

1 (11)/2016

Exlibris
Biblioteka Gerontologii Społecznej
Exlibris
Social Gerontology Journal

Starość w kontekście
społecznym i zdrowotnym

Social context and health
behaviors in old age

EXLIBRIS
Biblioteka Gerontologii Społecznej
EXLIBRIS
Social Gerontology Journal

1 (11) /2016

Redaktor prowadzący
Marcin Muszyński

© Wydawca / Publisher:

Wydział Pedagogiczny,
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej
www.bgs.up.krakow.pl



Recenzenci / Reviewers:

www.bgs.up.krakow.pl

Redaktor naczelna / Editor-in-chief:

Zofia Szarota

Zastępcy redaktora naczelnego / Deputy editor-in-chief:

Elżbieta Dubas, Artur Fabiś

Rada Naukowa / Scientific Council

Przewodnicząca / Chair:

Małgorzata Halicka (Uniwersytet w Białymstoku)

Członkowie / Members:

Beata Bugajska (Uniwersytet Szczeciński), **Bojana Filej** (University Alma Mater, Slovenia), **Marvin Formosa** (Department of Gerontology, University of Malta), **Giovanni Lamura** (National Institute of Health & Science on Ageing, Italy), **Nadiia Lutsan** (Precarpathian National University, Ukraine), **Jolanta Maćkiewicz** (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie; National Representative of the International Network for the Prevention of Elder Abuse), **Edward Alan Miller** (Department of Gerontology, University of Massachusetts Boston, USA), **Marcin Muszyński** (Uniwersytet Łódzki), **Pamela Nadash** (Department of Gerontology, University of Massachusetts Boston, USA), **Maria de Fátima Pereira da Silva** (Polytechnic Institute of Coimbra – Higher School of Education, Portugal), **Jolanta Perek-Białas** (Szkoła Główna Handlowa, Warszawa; Uniwersytet Jagielloński w Krakowie), **Thomas Scharf** (National University of Ireland Galway, Irish Centre for Social Gerontology, Ireland), **Mala Kapur Shankardass** (University of Delhi, India), **Joaquim J. F. Soares** (Mid Sweden University, Sweden), **Piotr Szukalski** (Uniwersytet Łódzki), **Arkadiusz Wąsiński** (Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie), **Tatyana Zelenova** (Moscow Social-Humanitarian Institute, Russia), **Maria Zralek** (Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu), **Adam A. Zych** (Dolnośląska Szkoła Wyższa)

Redaktor statystyczny / Statistical editor:

Łukasz Tomczyk

Sekretarz Redakcji / Assistant editor:

Katarzyna Sygulska, e-mail: bgs.exlibris@wp.pl

Projekt okładki / Cover design:

Kamil Baś

ISSN 2450-0232 (wersja papierowa)

ISSN 2719-9045 (wersja elektroniczna)

Skład:

Studio Grafpa, www.grafpa.pl

Druk i oprawa:

Zespół Poligraficzny Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

„EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej”, Nr Rej. Pr. 2898, jest uwzględniona
w bazie czasopism naukowych Index Copernicus oraz CEJSH.

Spis treści

Marcin Muszyński	
Wprowadzenie	9
SPOŁECZNE KONTEKSTY STAROŚCI	
Marcin Muszyński	
Starość w perspektywie postmodernistycznej.....	13
Ewa Pilat	
Seniorzy jako kreatorzy polityki publicznej – przykłady dobrych praktyk: Forum III Wieku.....	25
Kaja Zapędowska-Kling	
„Pasja dla życia” – innowacyjny program aktywizacji osób starszych na przykładzie doświadczeń szwedzkich.....	37
Maria Łuszczyńska	
Centrum Dialogu Międzypokoleniowego jako inicjatywa budująca kapitał społeczny bez względu na wiek	47
Elżbieta Kościńska	
Aktywność rodzinna starszych mężczyzn.....	63
Anna Sanecka	
Religia i wspólnoty religijne w życiu osób starych	77
Agnieszka Salon	
Społeczne wykluczenie seniorów na przykładzie życia w instytucjach opiekuńczych ..	89

ZDROWIE I STAROŚĆ

Anna Gawel, Maria Marta Urlińska

Zdrowie a jakość życia w starości. Konteksty socjopedagogiczne 105

Adrianna Maria Borowicz, Przemysław Kaczmarek, Mariola Pawlaczyk

Wykorzystanie skali Tinetti do programowania rehabilitacji u osób starszych 121

Jolanta E. Kowalska, Anna Makarczuk, Halina Zdebska-Biziewska

Przyczyny podejmowania aktywności ruchowej przez osoby starsze w województwie małopolskim (na podstawie wyników badań Polsenior) 131

Anna Makarczuk, Jolanta E. Kowalska

Aktywność fizyczna słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi 147

RECENZJE

Grażyna Orzechowska

Łukasz Tomczyk – *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015, s. 256 161

SPRAWOZDANIA

Monika Wrona, Joanna Kunert

Sprawozdanie z Ogólnopolskiego Seminarium Naukowego „Instytucjonalne i pozainstytucjonalne wsparcie osób starszych wymagających opieki” 165

Anna Gutowska

Sprawozdanie z X łódzkiej konferencji biograficznej: Biografia i badanie biografii – „Przełomy biograficzne i uczenie się” 169

ZAPOWIEDZI I ZAPROSZENIA

Andrzej Klimczuk, Łukasz Tomczyk

CfP ESPAnet Poland Conference – Social Investment and Development. Stream: Social and Technological Innovation in Ageing Policies in the European Union 175

Noty o autorach 177

Table of contents

Marcin Muszyński

Introduction9

THE SOCIAL CONTEXT OF OLD AGE

Marcin Muszyński

Postmodern perspectives of old age13

Ewa Pilat

Seniors as creators of public policy – examples of good practice:

The Third Age Forum25

Kaja Zapędowska-Kling

„Passion for life” – innovative activation programme

for elderly people, the case of Sweden37

Maria Łuszczyńska

Transgenerational Dialogue Center as the creating the social capital

no matter of participants age47

Elżbieta Kościńska

Family activity of elderly men63

Anna Sanecka

Religion and religious communities in old peoples' lives77

Agnieszka Salon

A case study of social exclusion of older people living in care institutions89

HEATH AND OLD AGE

Anna Gawel, Maria Marta Urlńska

Health and quality of life in old age. Social and pedagogical context..... 105

Adrianna Maria Borowicz, Przemysław Kaczmarek, Mariola Pawlaczyk

Tinetti scale in geriatric rehabilitation..... 121

Jolanta E. Kowalska, Anna Makarczuk, Halina Zdebska-Biziewska

The reasons for undertaking physical activity by seniors from
Małopolska voivodeship (based on PolSenior study)..... 131

Anna Makarczuk, Jolanta E. Kowalska

Physical activity of the students of the Third Age University 147

REVIEWS

Grażyna Orzechowska, Łukasz Tomczyk

Senior education. Older people in the field of new media,
DIFIN Publishing House, Warsaw 2015, pp. 256..... 161

REPORTS

Monika Wrona, Joanna Kunert

Account of National Scientific Seminar Institutional and non-institutional
support of older people who need care, Łódź, January 27, 2016. 165

Anna Gutowska

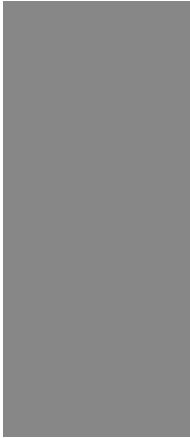
The 10th Biographical Conference in Łódź. Biographies and biographical research.
Learning and Turning Points in Biography, Łódź, February 05-06, 2016.” 169

ANNOUNCEMENTS AND INVITATIONS

Andrzej Klimczuk, Łukasz Tomczyk

CfP ESPAnet Poland Conference – Social Investment and Development. Stream:
Social and Technological Innovation in Ageing Policies in the European Union. 175

Notes about the authors 177



Wprowadzenie

Na środowisko społeczne składają się wszystkie stosunki społeczne wpływające na zachowania, postawy i przeżycia jednostki. Kontekst społeczny można rozpatrywać zarówno w kategorii globalnej, jak i lokalnej. Do tej pierwszej zalicza się czynniki ekonomiczne, polityczne i kulturowe, natomiast do drugiej należą osoby lub grupy społeczne, które są dla jednostki znaczące. W skład środowiska społecznego wchodzi zarówno stosunki społeczne bezpośrednie, z innymi ludźmi, jak również te zapośredniczone przez telewizję, radio, gazety, kulturę itp. Co ważne, człowiek ma zróżnicowany stosunek do wyżej wymienionych czynników. Jedne uważa za pożądane, innych unika. Zatem nie każdy element środowiska ma taki sam wpływ na działania jednostki.

Badania nad środowiskiem społecznym mają długą historię. W samej pedagogice społecznej, socjologii i psychologii odnaleźć można różne typologie środowisk. W gerontologii badacze także zwracają uwagę na kontekst społeczny. Jednakże wiedza na temat wpływu środowiska społecznego na starość i starzenie się jest na razie niekompletna. Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że utrzymywanie dobrych kontaktów z otoczeniem zmniejsza ryzyko zachorowań, wydłuża życie i ma wpływ na ocenę dobrostanu jednostki. Całkowicie odwrotnie wygląda sytuacja utrzymywania złych stosunków społecznych, które mogą być przyczyną stresu, chorób i niezadowolenia z życia. To wzajemne przenikanie się kontekstu społecznego i zdrowotnego jest tematem kolejnego tomu Exlibris Biblioteki Gerontologii Społecznej.

Zebrane teksty naukowe podzielone zostały na te, które poruszają społeczne konteksty starości (Marcin Muszyński, Ewa Piłat, Kaja Zapędowska-Kling, Maria Łuszczynska, Elżbieta Kościńska, Anna Sanecka, Agnieszka Salon), oraz te, które dotyczą zdrowia (Anna Gawęł, Maria Marta Urlińska, Adrianna Maria Borowicz, Przemysław Kaczmarek, Mariola Pawlaczyk, Jolanta E. Kowalska, Anna Makarczuk, Halina Zdebska-Biziewska, Anna Makarczuk, Jolanta E. Kowalska).

Artykuły zawarte w niniejszym tomie z jednej strony stanowią bogate źródło wiedzy, z drugiej zaś można uznać je za impuls do dalszej eksploracji społecznych i zdrowotnych kontekstów starości i starzenia się.

Marcin Muszyński

SPOŁECZNE KONTEKSTY STAROŚCI



Marcin Muszyński

Starość w perspektywie postmodernistycznej

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, postmodernizm, gerontologia społeczna

Keywords: old age, aging, postmodern, social gerontology

POSTMODERN PERSPECTIVES OF OLD AGE

Abstract: In the Polish gerontological literature there are a few articles on age and aging in the postmodern perspectives. The aim of the article is to characterize selected features of postmodern era which create the context for understanding age and aging.

Wprowadzenie

Każde badanie koncentruje się na wybranym aspekcie rzeczywistości. W ten sposób dochodzi do eksponowania jednych zjawisk kosztem innych. Dobrze widać to na przykładzie badań nad starością i starzeniem się prowadzonych z perspektywy wybranej dyscypliny naukowej. Po jednej stronie mamy perspektywę demograficzną przedstawiającą przede wszystkim makrostrukturalny wymiar starości i starzenia się. Po drugiej znajduje się ujęcie psychologiczne i pedagogiczne, które pomimo uwzględniania bliższych i dalszych determinantów starzenia się skoncentrowane jest głównie na samej jednostce. Jeszcze węższe ujęcie proponuje podejście biologiczne, w którym uwaga badaczy skupia się na cielesności człowieka (biomedycyzm). Pomiedzy tymi podejściami odnaleźć można też i takie, które umieszczają jednostkę w społeczeństwie, biorąc pod uwagę aspekt historyczny, a także czynniki społeczne, ekonomiczne i kulturowe (socjologia, antropologia, historia, ale również i pedagogika oraz psychologia). Próba zrozumienia życia człowieka powinna zawierać szerokie pole interpretansu, które związane jest z wyżej

wymienionymi czynnikami. To ono tworzy zbiór przekonań, wartości i technik wspólnych dla danej społeczności. Badacze nazywają to paradygmatem, rozumianym także jako macierz dyscypliny naukowej i zwanym czasami „szkołą myślenia”¹. Spośród wielu, jedną z ważniejszych funkcji paradygmatu jest określenie tego, jakie prawa, teorie czy instrumentarium poznania uznaje się za prawidłowe. Innymi słowy paradygmat stanowi fundament czy punkt wyjścia dla badań naukowych. Każdy z paradygmatów posiada odmienny zbiór założeń, zatem decyzja o jego wyborze ma niezwykle doniosłe znaczenie, ponieważ warunkuje on między innymi sposoby gromadzenia danych, jak i mówi o jakości tworzonych eksplikacji. Inaczej starość i starzenie się pojmowane jest z punktu widzenia strukturalnego funkcjonalizmu, inaczej z perspektywy gerontologii krytycznej, a jeszcze inaczej z punktu widzenia postmodernizmu. Celem artykułu jest scharakteryzowanie wybranych cech postmodernizmu, tworzących kontekst dla zrozumienia zjawiska starości i starzenia się.

Postmodernizm – próba charakterystyki zjawiska

Opis zjawiska, jakim jest postmodernizm, nastrocza wiele trudności. Dzieje się tak, ponieważ stanowi on skutek silnego kryzysu kulturowego (Motycka, 2005, s. 41). Jako twór kryzysowy jest wieloznaczny i niedookreślony. Nie do końca wiadomo, czy należy go uznać za zmianę w systemie, czyli taki rodzaj zmian, które wynikają z naturalnych przekształceń w ramach istniejącego systemu, czy zmianę systemu – innymi słowy zmiany pochodzące z zewnątrz, tworzące nową jakość systemu. Być może postmodernizm jest zmianą składu systemu, zmianą struktury systemu, jego granic, zmianą w relacjach podsystemów lub zmianą w środowisku (Sztompka, 2005, s. 21). Ten brak rozstrzygnięcia o rodzaju zmiany powoduje niemożność ustalenia tożsamości postmodernizmu.

¹ Źródłosłowu pojęcia *paradygmat* (gr. *παράδειγμα*) należy upatrywać w filozofii Platona, dla którego paradygmatem – inaczej wzorcem – były idee, na których wzorowany był świat zjawisk widzialnych. Popularyzatorem tego pojęcia w XX wieku był amerykański historyk nauki Thomas Kuhn, który dokonał istotnej reinterpretacji i rzucił nowe światło na sposoby rozumienia tego, czym jest paradygmat. Z jednej strony pojęcie to upowszechniło się w świecie nauki i wywołało prawdziwą „rewolucję naukową”, z drugiej Kuhnowi zarzucano, że uczynił ten termin zbyt mętnym, mglistym, niejasnym, doprowadzając tym samym do wielu nieporozumień. Margaret Masterman (1970, s. 61–65) analizując dzieła Kuhna naliczyła dwadzieścia jeden różnych definicji tego pojęcia. Na tej podstawie dokonała ich kategoryzacji, dzieląc je na paradygmat metafizyczny, socjologiczny i konstruktywny. Okazuje się, że w zależności od sposobu odczytania znaczenia pojęcia *paradygmatu* można wyróżnić znacznie więcej typologii. Zdaniem Thomasa Popkewitza (za: Malewski, 1998, s. 21) w badaniach edukacyjnych wyróżnić można trzy paradygmaty: empiryczno-analityczny, symboliczny i krytyczny. Inaczej widzi to Robin Ucher (za: Malewski, 1998, s. 21), który wyróżnia paradygmat pozytywistyczny, interpretacyjny, krytyczny i postmodernistyczny. Zupełnie inny sposób odczytania typologii paradygmatów proponuje Alina Motycka (1980, s. 35), która wymienia paradygmat socjologiczny, metodologiczny i gnoseologiczny. Jerzy Prokopiuk (1999, s. 237–238) przekonuje, używając terminologii Carla Junga, że w dziejach ludzkości są tylko dwa paradygmaty: intrawertyczny i ekstrawertyczny.

Zjawisko postmodernizmu zasadza się na pojęciu relatywizmu, a tym samym i pluralizmu, których korzeni należy upatrywać między innymi w Kuhnowskiej koncepcji paradygmatów, a także w stanowisku szkoły edynburskiej reprezentowanej przez Davida Bloora i Barry'ego Barnesa, zwolenników tzw. mocnego programu socjologii (Barnes, Bloor, 1992). Program ten opiera się na kilku postulatach. Najważniejszym z nich jest zasada symetrii, która zaleca „poszukiwanie społecznych przyczyn wiarygodności przekonań w sposób niezależny od oceny tych przekonań przez badacza jako prawdziwych lub fałszywych albo racjonalnych lub irracjonalnych” (Grobler, 2008, s. 274). Innymi słowy wiedza nauk społecznych jest konstruowana wedle wzorca norm obowiązujących w danej kulturze. Zatem źródłem informacji o rzeczywistości nie jest sama rzeczywistość, lecz tzw. paradygmat. Skutkiem takiego sposobu ujmowania spraw związanych ze źródłem pochodzenia wiedzy jest relatywizm w wymiarze kulturowym, ontologicznym i epistemologicznym.

W takich naukach jak antropologia relatywizm stał się dogmatem, który nie dopuszcza do powstawania pewników poznawczych przy badaniu innych kultur (Barnard, 2006). Niewątpliwie wpływ na tę postawę miało podejście zwane refleksywizmem. Jego źródeł upatruje się w pracach Bronisława Malinowskiego czy Claude'a Lévi-Straussa. Na siatkę etnograficznego i teoretycznego opracowania nałożona jest warstwa refleksji; z czasem skrajna refleksyjność stała się perspektywą teoretyczną – refleksywizmem, który został wykorzystany przez zwolenników postmodernizmu (Barnard, 2006).

Ponowoczesność porzuciła uniwersalne kategorie nadające rzeczywistości absolutystyczny wymiar (Seidman, 1998), wszystko się zrelatywizowało i zdecentralizowało, czego efektem w naukach jest chaos. Trudno jest bowiem powiedzieć, co jeszcze wchodzi w skład danej dyscypliny, a co już nie, co ją odróżnia od innych, co jest jej centrum, a co peryferią. Tworzy się iście swoista pedagogiczna, andragogiczna, socjologiczna, psychologiczna, gerontologiczna... wieża Babel.

Postmodernizm doprowadził do krytyki oświeceniowej wizji nauki. Zanegowano kumulatywny postęp nauki oraz to, że nauka przynosi jednostce szeroko rozumianą emancypację. Co więcej, kategoria prawdy w nauce społecznej jest odzwierciedleniem konsensu społecznego, a nie tego, co obiektywne. W związku z tym nauka powinna utracić swą uprzywilejowaną pozycję, podobnie zresztą jak każdy inny system wiedzy, łącznie z tym, który wygenerowany zostanie przez postmodernizm. Wiedza relatywizuje się do obowiązujących w danej kulturze norm (Turner, 2006, s. 692). Zatem należy być nieufnym w stosunku do wiedzy. Odrzuca się tzw. Wielkie Narracje, czyli opowieści o postępującej emancypacji rozumu i wolności, które mają charakter totalizujący. W postmodernizmie wysiłek, jaki czynili pozytywiści, neopozytywiści czy tacy filozofowie jak Karl Popper, który miał doprowadzić do oddzielenia nauki od innych wytworów kultury linią demarkacyjną, uważa się za daremny.

Druga cecha postmodernizmu, przywoływana przez Jonathana Turnera (2006, s. 692), to nawoływanie do zerwania z nowoczesnością. Perspektywa postmodernistycz-

na polega na dopuszczeniu wielu narracji, co prowadzi do pluralizmu i relatywizmu. Odrzuca się autorytety na rzecz nieokreśloności i wieloznaczności (Bauman, 1995). Brak przestrzegania norm, a także z góry ustalonych wzorów postępowania implikuje zasadę dobrowolności ich wyboru. To skutkuje także teoretyczno-metodologiczną anarchią, którą najlepiej oddawała Feyerabendowska koncepcja *anything goes* (Feyerabend, 1996), polegająca na tym, że „wszelkimi metodami, mniej lub bardziej uświęconymi, należy wysuwać coraz to nowe, niewspółmierne teorie, nie rezygnując zarazem ze starych, które przydadzą się, bo warto mieć jak najwięcej punktów widzenia na rzeczywistość. W ten sposób zasada pluralizmu teoretycznego z narzędzia krytyki w poszukiwaniu prawdy stała się zasadą autoteliczną: wielość alternatywnych ujęć teoretycznych jest celem samym dla siebie” (Grobler, 2008, s. 276).

Postmodernizm dopuszcza zatem wielość teorii, metodologii, stylów życia, wszelkich przejawów kultury, nie czyniąc żadnych uprzywilejowanymi. Każda jest na równych prawach. Kategorię prawdy, jednego z podstawowych nośników wartości modernistycznych, czyni podejrzaną. Za dążeniem do prawdy kryje się dążenie do władzy. Władza sankcjonowana jest wiedzą. Najdobitniej mechanizm ten wykazali w swoich pracach Michel Foucault i Jean-François Lyotard. Ten drugi dokonał dekonstrukcji struktury wiedzy i dowiódł, że sposób jej budowania miał za zadanie legitymizować hierarchie społeczne (Lyotard, 1997). Zdaniem Lyotarda społeczeństwo tradycyjne opierało się na narracjach tworzonych przez mit i tradycję. Uzyskana wiedza wskazywała na to, co dobre, i to, co złe, tym samym tworzyła zasady i normy współżycia społecznego, na straży których stał autorytet. Modernizm zerwał z narracją tworzoną przed nowoczesnością oferując prawdziwą wiedzę. Wyrazem tego była postawa Augusta Comte’a, który zrywał z wiarą w Boga (faza teologiczna) i bezosobowe siły (faza metafizyczna). Nową wiarą stała się nauka (faza pozytywna), która miała rozwiązać wszystkie problemy. Jednakże wyznawcy nowej religii zwanej scjentyzmem stworzyli samolegitymizującą się wiedzę, której zadaniem nie było odkrywanie uniwersalnych prawd, lecz utrzymanie kontroli nad społeczeństwami tak, by efektywnie funkcjonowały. Odkrywanie obiektywnej prawdy zastąpiono wiedzą służącą do osiągnięcia ekonomicznego wzrostu (Steuerman, 1992).

Oprócz powyższych przedstawionych cech, zjawisko postmodernizmu miało także swój początek w trzech ogólnych procesach: zmianie sposobu konsumpcji, zmianie tożsamości człowieka oraz zmianie polegającej na wzroście znaczenia klasy średniej (Urry za: Baldwin, Longhurst, McCracken, Ogborn, Smith, 2007, s. 441). Zmiana sposobu konsumpcji dostrzeżona została między innymi przez Ericha Fromma oraz Jeana Baudrillarda. Obaj twierdzili, że w czasach, w jakich przyszło nam żyć, zamiast prawdziwej rzeczywistości konsumujemy jej zastępniki – znaki i obrazy. „Jemy chleb pozbawiony smaku i wartości odżywczych, ponieważ taki właśnie odpowiada naszym wyobrażeniom o bogactwie i wytworności – jest taki biały i «świeży». W rzeczywistości «jemy» nasze wyobrażenie i utraciliśmy kontakt z tym, co zjadamy naprawdę. Nasze podniebienie, nasze ciało zostały wyłączone z aktu konsumpcji, który ich przede wszystkim

dotyczy. Pijemy etykiety. Z butelki Coca-Coli wypijamy obraz pięknej pary młodych ludzi, którzy piją Colę w reklamie, wypijamy slogan o «odświeżającej przerwie»; wypijamy wielki amerykański zwyczaj; nasze podniebienie bierze w picie najmniejszy udział. Wszystko to wygląda jeszcze gorzej w przypadku rzeczy, których realność polega głównie na fikcji stworzonej przez kampanię reklamową, na przykład «zdrowego» mydła lub pasty do zębów» (Fromm, 1996, s. 140).

Ponowoczesność dokonuje replikacji rzeczywistości w milionach egzemplarzy, tworząc kopię kopii, czyli znaków, które wskazują na siebie same. To typowa koncepcja Baudrillardowskich symulaków, w której znaki udają rzeczywistość, a życie człowieka staje się wielką symulacją.

Drugim procesem mającym wpływ na postmodernizm jest zmiana tożsamości człowieka. Modernizm oparty był o projekt z wyznaczonym celem. Projekty nadawały sens teraźniejszości i przeszłości. „Tożsamość była czymś budowanym i do budowania (...) Każde piętro wspierało się na niższym. Od dzikości do barbarzyństwa, od barbarzyństwa do cywilizacji (...), od dzieciństwa przez wiek młodzieńczy aż do wieku dojrzałego” (Bauman, 1998, s. 197). Za sprawą wszechobecnej technologii informacyjnej człowiek może być w wielu miejscach naraz. To spowodowało, że tradycyjna kategoria czasu i przestrzeni została poniekąd unieważniona. Człowiek jednocześnie może przynależać do wielu kultur i wielu miejsc. Jego tożsamość budowana jest w oparciu o inne kategorie, niż to się działo dotychczas – przypadkowości i relatywizmu.

Kolejny element odnosi się do wpływu klasy usługowej, czyli takiej grupy społecznej, która po pierwsze nie posiada kapitału, po drugie nim nie zarządza, a po trzecie ze względu na swój charakter nie może być zaliczana do klasy robotniczej (Urry za: Baldwin, Longhurst, McCracken, Ogborn, Smith, 2007, s. 443).

Inne, niesklasyfikowane cechy postmodernizmu odnoszą się do natychmiastowości, iluzoryczności każdego istnienia, nierealności świata, parcjalności, konsumeryzmu i różnorodności.

Starość i starzenie się w perspektywie postmodernistycznej

Polska literatura naukowa pełna jest interesujących opracowań na temat przemian społeczeństwa w dobie transformacji ustrojowej. Jednakże brakuje opracowań zagadnienia zjawiska starzenia się i starości w ujęciu postmodernistycznym.

Znacznie więcej odniesień do późnej dorosłości w kontekście ponowoczesności odnaleźć można w literaturze zachodniej. Interesujące wątki znajdują się w takich pozycjach jak: *Cultures of ageing. Self, citizen, and the body* z 2000 roku autorstwa Chrisa Gillearda, Paula Higgsa czy dzieła tych samych autorów *Contexts of ageing. Class, cohort and community* z 2005 roku, które stanowi uzupełnienie i rozwinięcie ich pierwszej pracy. Ciekawą propozycją jest książka Jasona Powella i Tima Owena pt. *Reconstructing postmodernism. Critical debates*, a także publikacja pod redakcją Jasona Powella i Tony’-

go Gilberta *Aging identity. A dialogue with postmodernism*. Niezwykle cenne okazały się dwa artykuły autorstwa Jasona Powella i Charlesa Longino (2001, 2002) oraz praca Jasona Powella *Social theory and aging*. Przytoczone pozycje pomogły w stworzeniu szkicu rekonstrukcji starości w ponowoczesności.

Analizy zjawiska starości i starzenia się należy dokonać w oparciu o konstytutywne cechy perspektywy postmodernistycznej. Po pierwsze, jest to brak wiary w prawdę obiektywną. Objawia się to między innymi krytyką języka oraz dyskursów obecnych w gerontologii. Wskazuje się, że prawda jest kontekstualna, sytuacyjna, inaczej warunkowana, czyli względna. Ostrze krytyki wymierzone jest także w stronę metodologii nadal legitymizowanej poprzez zdevaluowaną epistemologię. Po drugie, postmodernizm wskazuje na wyższość parcjalności nad uniwersalizmem. Wszystkie teorie starzenia się, które tworzone były w nowoczesności, pełne są makrogeneralizacji. Tworzą one tzw. Wielkie Narracje – są zbyt totalizujące, dążą bowiem do uchwycenia całości, pewnego ogółu. Postmodernizm z kolei zmierza w kierunku mikronarracji. Po trzecie, postmodernizm w wymiarze ekonomicznym sankcjonuje kulturę konsumeryzmu. Gospodarka w modernizmie skierowana była na masową produkcję. W ponowoczesności model ten zostaje unieważniony na rzecz gospodarki usługowej (*Service Economy*) oraz gospodarki wiedzy (*Knowledge Economy*), które nastawione są na zaspokajanie indywidualnych potrzeb. To prowadzi do zmian w aktywności osób starszych. Od tej pory gospodarka służy zaspokajaniu potrzeb związanych z hobby i zainteresowaniami seniorów, tworząc bogatą ofertę różnorodnych aktywności. Postmoderniści wskazują, że osoby starsze mają większe możliwości wyboru w gospodarce zorientowanej na klienta. Emancypacja spod zewnętrznych wpływów, które ustalały związek między pełnionymi rolami społecznymi a czasem, w jakim mogły być realizowane, ta emancypacja ze sztywnych ról społecznych, jakie nakładał modernizm, spowodowała, że osoby starsze pojawiły się w roli studentów na Uniwersytetach Trzeciego Wieku czy turystów zwiedzających inne państwa.

Z drugiej strony ideologia neoliberalna sankcjonująca konsumeryzm prowadzi do marginalizacji osób starszych. Filozofia neoliberalizmu wskazuje na samoregulującą moc rynku, co skutkuje ograniczeniem roli państwa do niezbędnego minimum. Nadzędnymi wartościami są decentralizacja, deregulacja i minimalna interwencja. Taki sposób postrzegania świata ma swoje reperkusje w kształcie polityki społecznej. Neoliberalizm obniża wydatki związane z finansowaniem seniorów, jednocześnie zmuszając ich do czerpania z prywatnych zasobów przy korzystaniu z różnych form pomocy. Może to prowadzić wiele osób do ubóstwa i społecznej deprywacji. Po czwarte, postmodernizm wskazuje na wyższość heterogeniczności nad homogenicznością. Populacja osób starszych wykazuje różnorodność zachowań, postaw i wartości. Zatem wszelkie uniwersalne wzory aktywności, zachowań lub uniwersalne sposoby rozwiązywania problemów społecznych zostają unieważnione.

Pierwsze prace, które dały asumpt do powstania tzw. gerontologii postmodernistycznej (*postmodern gerontology*), datuje się na lata 70. i lata 90. ubiegłego stulecia. Ba-

dania w tym nurcie zapoczątkował Jaber F. Gubrium (1993, 1994, 1999). Dokonał on rozróżnienia na starzenie się normalne i patologiczne. Wnioski te zostały wyprowadzone na podstawie badań nad osobami chorymi na Alzheimera. Dokonana została ciekawa, ponieważ inna niż dotychczasowe, konceptualizacja starości. Zjawisko to zostało przedstawione alegorycznie w postaci maski skrywającej prawdziwą (młodą) tożsamość (jaźń) jednostki. Temat podjęli Mike Featherstone i Mike Hepworth, zalecając gerontologom daleko idącą wrażliwość i czujność na napięcie, jakie powstaje pomiędzy zewnętrznym wyglądem jednostki, jej cielesnością, fizjonomią i funkcjonalnymi możliwościami a wewnętrznym odczuciem własnej tożsamości i subiektywnym doświadczaniem siebie. Napięcie to staje się coraz bardziej widoczne w okresie późnej dorosłości. Featherstone i Hepworth wskazują także na mechanizm przypisywania ról społecznych osobom starszym. Ich zdaniem odbywa się to z pominięciem oceny bogactwa doświadczeń, jakie posiadają seniorzy, jak też bez odniesień do różnych cech ich osobowości. Innymi słowy przypisanie roli społecznej odbywa się z pominięciem indywidualnego kontekstu życia. Postmodernizm pozwala na redefinicję ról społecznych w starości, której granice są płynne. Jednostka posiada możliwość realizacji własnych potrzeb bez przymusu i ograniczeń, jakie nakładał na nią biomedyczny i zachowawczy model starości. Zdaniem Anthony'ego Giddensa (2008, s. 178–179) biomedyczny model skonstruowany był w oparciu o trzy podstawowe założenia. Pierwszy z nich traktuje chorobę jako usterkę fizyczną, którą należy naprawić. Drugi dokonuje rozdzielenia umysłu od ciała, czego skutkiem jest nadmierna koncentracja na cielesności człowieka, a nie na nim samym. Wreszcie trzecie założenie wskazuje, że tylko wąskie grono specjalistów ma prawo wypowiadać się w kwestiach związanych z szeroko rozumianą i stosowaną medycyną. Wyklucza się wszystkich tych, którzy nie stosują procedur naukowych. Natomiast zachowawczy model starości podkreśla ważność aktywności jednostki, pozwalającej dłużej cieszyć się zdrowiem fizycznym i psychicznym. Ten model wywodzi się bezpośrednio z teorii aktywności, którą zdaniem wielu badaczy należy postrzegać jako teorię adaptacji do starości (por. Olszewski, 2003, s. 29).

W centrum dyskursu postmodernistycznego, w kontekście zjawiska starzenia się, znajdują się kategoria płciowości, kultura popularna oraz biotechnologia. Stosuje się je wszystkie w odniesieniu do ciała. Dlatego też swój renesans przeżywa dyskurs cielesności. Swoją początek datuje na lata osiemdziesiąte ubiegłego stulecia. Bezpośrednich źródeł zainteresowania tą nową subdyscypliną, jaką jest socjologia ciała, Turner (za: Kurczewski, 2006, s. 31) upatruje w ruchach feministycznych, nowych technologiach oraz rozwoju estetyki ciała. Socjologia ciała swoim programem obejmuje „symboliczne znaczenie ciała; wpływ ciała na praktyczną organizację życia społecznego; płciowe zróżnicowanie ucieleśnienia; związki między ciałem a technologią w rozwiniętych społeczeństwach informacyjnych; (...) zagadnienie zdrowia, choroby i samopoczucia, opisywane przez socjologię medycyny (...) zagadnienia ćwiczeń cielesnych, poruszane przez socjologię sportu (...) oraz socjologię starości i starzenia się” (Kurczewski, 2006, s. 32).

Postmodernizm przygląda się związkowi, jaki zachodzi między starzejącym się ciałem a społecznym kontekstem. Do tej pory uczeni nie byli zainteresowani ciałem. Skupili się na ładzie społecznym, strukturze, motywach, funkcjach, wartościach, zmianie itp. – wszystkim tym, co można nazwać zewnętrznymi wpływami odciskającymi swoje piętno na indywidualnej biografii. Cieleśność, jako element możliwy do przewidzenia i kontrolowania, wyrzucona została poza nawias poznawanego. Oczywiście w podejściu modernistycznym obecność ciała była mocno podkreślana, ale jedynie w kontekście biologicznym. Jednakże cieleśność w aspekcie społecznym i kulturowym nie stanowiła przedmiotu zainteresowań badaczy. Ciało w modernizmie zredukowane zostało do połączeń nerwowych, hormonów, tkanek, narządów, genów i mięśni, które mogą się zużyć i w efekcie popsuć. Wyrazem tego był gerontologiczny *model disuse*, inaczej teoria ograniczonego używania, która zakładała, że funkcje organizmu słabną wraz z wiekiem, ale mogą być utrzymane w dobrej kondycji poprzez ćwiczenia, treningi opóźniające procesy deterioracji (Dubas, 2004, s. 133), czyli obniżenia sprawności i możliwości.

W ponowoczesności cieleśność zaczęła być eksplorowana na zupełnie innych poziomach. Dostrzeżono, że w ciało wpisane są treści, znaczenia, które mają niewątpliwy walor poznawczy. Ciało jest zespołem znaków, którym należy nadać interpretację. Zapisana jest w nim między innymi płeć, wiek, orientacja seksualna, przynależność etniczna itp. Im więcej człowiek wie o ciele, tym łatwiej nim zarządza. Postmodernizm przenosi akcent na to, co indywidualne, czyli to, co własne. Oprócz własnych doświadczeń, biografii najbardziej własne jest ciało. Poprzez ciało manifestuje się „publiczna” część jaźni. Cieleśność jest integralnym elementem tożsamości jednostki. Nowe technologie umożliwiają dokonywanie zmian wyglądu zewnętrznego. Przyczyniają się do tego przemysł anti-aging, chirurgia plastyczna, a także zdobienie ciała (piercing, tatuaż, nacinanie itp.). Człowiek może także kreować swój wizerunek w przestrzeni wirtualnej. Te wszystkie zmiany dokonane w cieleśności człowieka (realne i wirtualne) mają istotny wpływ na tworzenie się tożsamości w starości. Przemysł anti-aging wraz z nowymi technologiami i chirurgią plastyczną doprowadził do tego, że starzejące się ciało można poddać zewnętrznej kontroli. Opóźnianie procesu starzenia się poprzez ingerencję we własną cieleśność oraz prowadzenie aktywnego trybu życia prowadzi do tego, że czas średniej dorosłości, związany między innymi z produktywnością, dobrym samopoczuciem i możliwościami realizacji celów życiowych, można rozciągnąć daleko poza formalne granice późnej dorosłości. W tym względzie dyskurs postmodernistyczny powiązany jest z pozytywnym starzeniem się oraz ze zdrowym trybem życia.

W nurt badań genderowych w cieleśność wpisane są znaczenia kultury. Ciało staje się zatem nośnikiem znaczeń kultury (Butler, 1994/1995, s. 58–67). Płciowość przesądza o schematach zachowań, ponieważ inaczej postępują mężczyźni, a inaczej kobiety. Ponowoczesność w pewnym sensie ten podział unieważnia: ciało nie jest zdeterminowane sztywnym wzorcem płci. Egzemplifikacją tego sposobu myślenia jest zjawisko metroseksualizmu. Ze względu na możliwości nowych technologii człowiek wyemancypował się

ze sztywnego gorsetu ograniczeń kultury i może swoją cielesność modelować zgodnie z własnym życzeniem. Poprzez biomedycynę jednostka stwarza siebie na nowo. Ciało przestało być biernym produktem natury, a stało się aktywnym wytworem kultury.

Biomedycyna pozwala na zrekonstruowanie ciała poprzez chirurgię plastyczną, umożliwia wymianę organów wewnętrznych. Złamanie genetycznego kodu biologicznego starzenia się odwróciło uwagę gerontologów od społecznych determinantów starzenia się, od związków władzy, struktury i hierarchii, kierując ją w stronę roli specjalistów, którzy są w stanie kontrolować nasze ciało. Zdaniem Powella i Longino (2002) doświadczenie, jakim jest starzenie się ciała, zostało wiekowo skategoryzowane, a do każdego okresu przypisano lekarza specjalistę.

Teoretyzacja starzejącego się ciała w perspektywie postmodernistycznej wskazuje także na wykorzystanie cielesności w kulturze konsumenckiej. W reklamach zazwyczaj pojawiają się młodzi starzy, czyli osoby, które dopiero co przeszły na emeryturę i nadal są pełne wigoru i chętne do podjęcia różnych wyzwań oraz zaangażowania się w życie społeczne. Ciało człowieka starszego wykorzystywane jest w reklamach, które pokazują, jak pozbyć się oznak starości (apoteoza młodości), jak szybko się uleczyć (kultura natychmiastowości), a także przedstawiają osoby starsze jako pełne życia (sportowa odzież), chętne do podjęcia różnych wyzwań (podróże) oraz mające kontrolę nad własnym ciałem (suplement diety). W przekazie tych treści chodzi o przekonanie konsumentów, że także w tym wieku nadal istnieje możliwość konsumpcji i cieszenia się z życia. Przekaz ten jest diametralnie odmienny od tradycyjnego, kiedy starość wiązana była z chorobą, wycofaniem i śmiercią. W ten sposób dokonano zmiany negatywnego obrazu starości na bardziej pozytywny, gdzie w starości, jak głosiła jedna z polskich reklam końca lat dziewięćdziesiątych XX wieku: „trzeba mieć fantazję, dziadku”².

Tradycyjnie w podejściu genderowym wyróżnia się płęć biologiczną (sex) i płęć kulturową (gender). Jeśli przyjąć tezę, że w ciało wpisane są kody kultury, to przewyższona zostaje dychotomia tego, co biologiczne (cielesność), i tego, co kulturowe (role społeczne, typowe zachowania). Obie płęce są konstruktami teoretycznymi (Butler, 1994/1995). Dla jednostki, która doświadcza starzenia się własnego ciała, ma to doniosłe znaczenie, doświadczenie bowiem to nie jest percypowane poprzez aspekt biologiczny, medyczny, ale poprzez aspekt kulturowy, dzięki któremu następuje identyfikacja własnej tożsamości. Skutkiem tego jest asynchroniczność między zewnętrznymi oznakami starzejącego się ciała a wewnętrznym odczuciem jednostki na temat siebie. Odczucie to budowane jest w oparciu o wzorzec kulturowy. Jak utrzymuje Meyrowitz (za: Powell, 2006, s. 73), w cywilizacji Zachodu dzieci upodobniają się do osób starszych (*mały-stary, mała-stara*), a osoby starsze do dzieci (*syndrom Piotrusia Pana* i *syndrom wiecznej dziewczynki*). Badacz określił naszą erę mianem *uni-age*, czyli takiego czasu, w którym dostępne wzorce zachowań można realizować bez względu na metrykę, w której wiek jednostki masko-

² Reklama grupy Allianz.

wany jest poprzez zachowanie i ubiór. Tożsamość człowieka budowana na atrybutach pochodzących z kultury prowadzi do rozbieżności między zewnętrznym wyglądem, który zmienia się wraz z wiekiem, a tożsamością, która pozostaje względnie ta sama. Różnica między fizycznym wyglądem a wewnętrznym obrazem siebie może być więc wielką niespodzianką dla starzejącej się osoby. Najlepiej widać to po doświadczeniu, w którym badany deklaruje, że nie czuje się stary, dopóki nie spojrzy w lustro.

Głębokim przeobrażeniem w postmodernizmie ulegają także edukacja i uczenie się osób starych. Tradycyjne programy kształcenia charakteryzujące się linearnością, determinizmem oraz porządkiem przyczynowo-skutkowym, ze względu na charakterystyczne cechy postmodernizmu, powinny zostać unieważnione na rzecz indeterminizmu, kreacji tożsamości, transformacji i przypadkowości. Edukacja seniorów powinna koncentrować się na redefinicji tożsamości w starości i możliwości wymyślenia siebie na nowo. Postmodernizm wymaga permanentnej samoaktualizacji, ciągłego dookreślania własnej egzystencji. Edukację taką charakteryzować powinna wielość stylów uczenia się i nauczania. Chodzi o zaspokojenie zróżnicowanych potrzeb uczących się osób starych. Tolerowana jest wieloznaczność, w której żadna ze stron procesu edukacyjnego nie posiada uprzywilejowanej pozycji (Moore, Lenker, 2009, s. 105–114). Edukacja w trzecim wieku zrywa z tradycyjną wizją starości rozumianej jako czas odpoczynku i wycofywania się ze znaczących ról społecznych. Heterogeniczność populacji osób starych oznacza zróżnicowanie oferty edukacyjnej pod każdym względem (wartości, potrzeb, preferowanych stylów kształcenia itp.).

Zakończenie

Postmodernizm ujawnia swą nieufność w stosunku do prawdy obiektywnej, sztywnych podziałów i klasyfikacji oraz metanarracji. Postuluje skrajny konstruktywizm, w którym z całą mocą objawia się siła języka, związków interpersonalnych oraz jednostkowych motywacji. Za najważniejszych twórców i propagatorów tego nurtu uważa się Richarda Rorty'ego, Jacques'a Derridę oraz Jean-François Lyotarda. W Polsce najbardziej znane są prace Zygmunta Baumana, autora licznych publikacji, w których analizowany jest związek między nowoczesnością a postmodernistycznym konsumeryzmem.

Zmiany, jakie zaszły w nauce pod wpływem postmodernizmu, wyrażają się między innymi w pluralizmie metodologicznym oraz w zwrocie w kierunku podejścia jakościowego. Świat społeczny przestał być postrzegany na wzór świata przyrodniczego. Człowiek widziany jest jako sprawca własnych czynów, a nie jedynie jako układ reaktywny. Rzeczywistość jest konstruowana w ramach interakcji. Przestrzeń wokół człowieka ma sens i znaczenie. Wszelkie uniwersalizmy zostają unieważnione na rzecz przygodności, nieokreśloności i lokalności.

Zjawisko postmodernizmu odcisnęło swoje piętno także na gerontologii społecznej. Pozwoliło na ujrzenie zmian w konceptualizacji starości i starzenia się. Postmodernizm,

zdominowany przez nieufność wobec władzy, wiedzy i wszelkich teorii uzurpujących sobie uprzywilejowaną pozycję, widzi starość jako przejaw indywidualnego projektu, w ramach którego jednostka może dowolnie kreować swoje własne *ja*. Działanie człowieka podlega nieustannemu procesowi negocjacji i stwarzania własnej tożsamości poprzez społeczną praktykę oraz codzienne rytuały (por. Katz, 2005). Badanie aktywności osób starszych koncentruje się na wymiarze egzystencjalnym, emocjonalnym, kulturowym, tradycji oraz znaczeniach nadawanych przez samych seniorów. Innymi słowy działanie związane jest z tym, co subiektywne, refleksyjne i sprawcze. W procesie badawczym niebagatelną rolę odgrywają świadomość narratora oraz autorska interpretacja własnych doświadczeń, które zrozumiane mogą być tylko w kontekście biograficznym (Gubrium, 1993).

Bibliografia

- Baldwin E., Longhurst B., McCracken S., Ogborn M., Smith G., 2007, *Wstęp do kulturoznawstwa*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Barnard A., 2006, *Antropologia*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Barnes B., Bloor D., 1992, *Relatywizm, racjonalizm a socjologia wiedzy* [w:] *Racjonalność a styl myślenia*, E. Mokrzycki (red.), Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- Bauman Z., 1995, *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Bauman Z., 1998, *Śmierć i nieśmiertelność — o wielości strategii życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Butler J., 1994/1995, *Podmioty płci/płciowości/pragnienia*, „Spotkania Feministyczne”, nr 1.
- Dubas E., 2004, *Starość w perspektywie rozwoju, duchowości i edukacji. Geragogiczny przyczynek do refleksji nad starością i starzeniem się człowieka* [w:] *Człowiek i edukacja. Studia ofiarowane Profesorowi Józefowi Póturzyckiemu*, E. A. Wesołowska (red.), Wydawnictwo Naukowe Novum, Płock.
- Feyerabend P. K., 1996, *Przeciw metodzie*, Wydawnictwo Siedmioróg, Wrocław.
- Fromm E., 1996, *Zdrowe społeczeństwo*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Giddens A., 2008, *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Gilleard C. J., Higgs P., 2005, *Contexts of ageing. Class, cohort and community*, Polity Press, Cambridge.
- Gilleard C. J., Higgs P., 2000, *Cultures of ageing. Self, citizen, and the body*, Prentice Hall, Harlow.
- Grobler, 2008, *Metodologia nauk*, Wydawnictwo Aureus, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Gubrium J. F., 1993, *Voice and context in a new gerontology* [w:] *Voices and visions of aging. Toward a critical gerontology*, T. Cole, W. A. Achenbaum, P. Jakobi, R. Kastenbaum (red.), Springer Publishing Company, NY.
- Gubrium J. F., Sankar A., 1994, *Qualitative methods in aging research*, Sage Publication, Thousand Oaks CA.

- Gubrium J. F., Holstein J.A., 1999, *Constructionist perspectives on aging* [w:] *Handbook of theories of aging, Handbook of theories of aging*, V. L. Bengtson, K. W. Schaie (red.), Springer Publishing Company, NY.
- Katz S., 2005, *Cultural aging: life course, lifestyle, and senior worlds*, Broadview Press, Peterborough Kanda.
- Kurczewski J. M., 2006, *Praktyki cielesne*, Wydawnictwo Trio, Warszawa.
- Lyotard J. F., 1997, *Kondycja ponowoczesna*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa.
- Malewski M., 1998, *Teorie andragogiczne. Metodologia teoretyczności dyscypliny naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Masterman M., *The Nature of a Paradigm* [w:] *Criticism and the growth of knowledge*, I. Lakatos, A. Musgrave, Cambridge University Press, 1970, s. 61–65.
- Moore K. M., Lenker L. T., 2009, *Redefining aging and identity. Reinvention through education as a postmodern dynamic* [w:] *Aging identity. A dialogue with postmodernism*, J. L. Powell, T. Gilbert (red.), NY.
- Motycka A., 2005, *Rozum i intuicja w nauce*, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa.
- Olszewski H., 2003, *Witaukt psychologiczny. Atrybucja rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Powell J. L., Longino C. F., 2001, *Towards the postmodernization of aging, the body and social theory*, „Journal of Aging and Identity”, nr 6 (4).
- Powell J. L., Longino C. F., 2002, *Postmodernism versus. modernism. Rethinking theoretical tensions in social gerontology*, „Journal of Aging and Identity”, nr 7 (4).
- Powell J. L., 2006, *Social theory of aging*, Rowman & Littlefield, Lanham MD.
- Powell J. L., Gilbert T., (red.), 2009, *Aging Identity. A Dialogue With Postmodernism*, Nova Science Publishers, Nowy Jork.
- Powell J. L., Owen T., 2007, *Reconstructing postmodernism. Critical debates*, Nova Science Publishers, Nowy Jork NY.
- Prokopiuk J., 1999, *Labirynty herezji*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA, Warszawa.
- Seidman S., 1998, *Contested Knowledge. Social theory in the postmodern era*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- Steuerma E., 1992, *Habermas vs. Lyotard. Modernity vs. Postmodernity?* [w:] *Judging Lyotard*, Routledge, A.E. Benjamin, (red.), NY.
- Sztompka P., 2005, *Socjologia zmian społecznych*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Turner J. H., 2006, *Struktura teorii socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.



Ewa Piłat

Seniorzy jako kreatorzy polityki publicznej – przykłady dobrych praktyk: Forum III Wieku

Słowa kluczowe: Uniwersytety Trzeciego Wieku, polityka społeczna, osoby starsze, aktywność, Forum III Wieku

Keywords: The University of the Third Age, social policy, the elderly, activity, the Third Age Forum

SENIORS AS CREATORS OF PUBLIC POLICY – EXAMPLES OF GOOD PRACTICE: THE THIRD AGE FORUM

Abstract: In social policy there has been a considerable change in the attitude towards the elderly in Poland. The activity of state institutions, so far focused on fulfilling the basic needs of the most dependent seniors, has begun to support healthy ageing as well as independent and satisfying life in old age. Senior policy is created from the basics with public and social partnership. Society is represented by active seniors participating, among others, in the biggest social movement born in Poland after the period of political transformation, that is The Third Age Universities movement (Polish: UTW). In 2015 over 550 Third Age Universities gathered 160,000 active older persons.

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie dynamiki ewolucji polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce. Wsparcie polskich instytucji państwowych¹ przez całe

¹ Przez instytucje państwowe rozumiem organy państwa (np. rząd, parlament, sądy), samorządu terytorialnego (urzędy, gminy, starostwa), instytucje edukacyjne, kulturalne, organizacje pozarządowe (związki zawodowe, stowarzyszenia, fundacje), które pełnią określone funkcje w społeczeństwie (za: Kijak, Szarota, 2013, s. 23).

dekady skierowane było niemal wyłącznie do seniorów bezradnych, ubogich, niesamodzielnych, chorych i samotnych. Od 2012 r. zmienił się model polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa. Wartością dla władz państwowych stało się również zdrowe starzenie oraz godne, niezależne i satysfakcjonujące życie w starości. Stało się tak na skutek aktywnej działalności seniorów skupionych wokół Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW). Ten największy ruch obywatelski w III Rzeczypospolitej zrzeszał w 2015 r. w ponad 550 UTW ok. 160 tys.² aktywnych osób starszych, stając się poważnym partnerem dla administracji publicznej. Zaczął budować oddolnie politykę publiczną, która odpowiadała na zróżnicowane potrzeby zróżnicowanego środowiska osób starszych. Ta polityka została nazwana polityką senioralną. Największy wpływ na jej kształtowanie w Polsce wywarło Forum III Wieku – impreza towarzysząca Forum Ekonomicznemu³ w Krynicy. Na spotkania do Krynicy przyjeżdżają najważniejsi politycy, naukowcy, praktycy, eksperci. Apele, postulaty, rozwiązania problemów starzejącego się społeczeństwa zaproponowane podczas Forum III Wieku znajdują odzwierciedlenie w dokumentach rządowych i są realizowane przez organy administracji państwowej wszystkich szczebli. Polityka senioralna w Polsce odpowiada obecnie nie tylko na potrzeby osób najmniej samodzielnych, ale i tych bardzo aktywnych. Stanowi przykład dobrej praktyki polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa. Na uwagę zasługują zarówno jej cele i wartości, jak i sposób, w jaki jest kształtowana.

Materiał do artykułu gromadziłam, wykorzystując metodologię terenowych badań jakościowych (Babbie, 2004, s. 309 i nast.). Jako czynna dziennikarka miałam okazję obserwować od początku konsolidację ruchu osób starszych skupionych pierwotnie wokół UTW, a następnie rozszerzanie o inne grupy aktywnych seniorów. Uczestniczyłam we wszystkich siedmiu dotychczasowych edycjach Forum III Wieku. Prowadząc wywiady swobodne, rozmawiałam zarówno z gośćmi tej imprezy – politykami, naukowcami, ekspertami – praktykami, jak i z jej uczestnikami. Napisałam na ten temat kilkadziesiąt artykułów; na kilka z nich powołuję się w tym tekście. Uczestnicząc w Forum III Wieku, starałam się pisać artykuły zachowujące pełny obiektywizm. Wykorzystując obecnie tamte obserwacje uczestniczące do opisanie zjawiska budowania polityki senioralnej przez samych seniorów, jestem przekonana, że udało mi się zachować naukowy dystans do prezentowanego procesu.

Dlaczego Forum III Wieku?

Polityka senioralna w Polsce, którą chcę pokazać jako dobrą praktykę polityki publicznej, jest efektem końcowym całej kaskady zdarzeń i zjawisk społecznych. Po pierwsze, senio-

² Dane Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń UTW w Nowym Sączu.

³ Forum Ekonomiczne w Krynicy to międzynarodowe spotkania ludzi biznesu i polityki organizowane od 1990 r.

rzy skupieni w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce musieli się zorganizować, aby dowieść swojej siły. Liczba UTW w Polsce rosła, ale przez długi czas były to rozproszone organizacje, funkcjonujące same dla siebie. Pierwszy UTW w Polsce powstał w 1975 r. w Warszawie. U progu transformacji ustrojowej, w 1989 r., istniało w Polsce zaledwie 9 Uniwersytetów Trzeciego Wieku, w roku 2008 – już 187, a w 2015 r. – 554. Skonsolidowanie tego ruchu obywatelskiego (ponad 60 proc. UTW to stowarzyszenia zakładane spontanicznie przez samych seniorów)⁴, skupiającego aktywne osoby starsze, było pierwszym krokiem w kierunku partnerstwa z administracją publiczną. Takiej siły władze nie mogły zignorować. Miejscem, gdzie odbywała się zarówno konsolidacja ruchu seniorów, jak i eksponowanie problemów dotyczących starzejącego się społeczeństwa, okazało się m.in. Forum III Wieku. Próby jednoczenia UTW w federacje czy porozumienia były i są podejmowane również w innych regionach Polski, jednak Forum III Wieku miało wyjątkową rangę, dzięki prestiżowi Forum Ekonomicznego, które określane jest jako „polskie Davos”⁵. Poza szwajcarskim uzdrowiskiem tylko w Krynicy można spotkać jednocześnie tylu premierów, ministrów, doradców, naukowców, parlamentarzystów (Piłat, 2011a, s. A3). Odbywające się od 1990 r. w Krynicy debaty, konferencje, panele dyskusyjne dotyczące przyszłości Europy i świata zyskują coraz większe znaczenie, mają coraz szerszą formułę i coraz więcej gości. W 2015 r. w ponad 200 wydarzeniach Forum Ekonomicznego uczestniczyło ponad 3000 gości z 60 krajów⁶, z czego około 200 osób stanowili uczestnicy Forum III Wieku.

Krótką historia Forum III Wieku

Pierwsze Forum III Wieku odbyło się w dniach 10–13 września 2009 r. Jednak seniorzy pojawili się w Krynicy jako uczestnicy debat i konferencji Forum Ekonomicznego kilka lat wcześniej. W 2005 r. Rada Programowa Forum Ekonomicznego po raz pierwszy zaprosiła do udziału w największej imprezie międzynarodowej w południowej Małopolsce słuchaczy lokalnego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Nowym Sączu. Po czterech latach, w maju 2009 r., prezes Sądeckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku podpisała pięcioletnie porozumienie z przewodniczącym Rady Programowej Forum Ekonomicznego o utworzeniu nowego obszaru tematycznego związanego z problemami demograficznymi w ramach „polskiego Davos”. Forum III Wieku, bo taką nazwę otrzymał nowy blok tematyczny, miało być miejscem, gdzie „styka się demografia z ekonomią” (Piłat, 2009, s. C7–C8). W pierwszym Forum III Wieku uczestniczyło ok. 230 gości, w tym kilkunastu z zagranicy. Zabrakło, niestety, zapowiadzianych ministrów polskiego rządu. W kolejnych edy-

⁴ Dane za Ogólnopolską Federacją Stowarzyszeń UTW. 20 proc. UTW funkcjonuje w strukturach uczelni wyższych, kolejne 20 proc. jako jednostki samorządu terytorialnego: w domach kultury, bibliotekach itp.

⁵ Davos – miasto-uzdrowisko we wschodniej Szwajcarii znane z odbywającego się tu co roku Światowego Forum Ekonomicznego.

⁶ www.forum-ekonomiczne.pl/dla-mediow/informacje-prasowe/, stan z dnia 11.01.2016.

cjach politycy już nie pozwolili sobie na nieobecność w Krynicy i Nowym Sączu. Forum stało się miejscem, gdzie nie wypada się nie pojawiać.

W II Forum wzięła udział nie tylko ówczesna minister pracy i polityki społecznej, ale też grupa parlamentarzystów oraz przedstawiciele samorządów lokalnych. Organizatorka imprezy, Wiesława Borczyk, mówiła: „Chcemy zwrócić uwagę na problemy starzejącego się społeczeństwa i zmobilizować polityków oraz naukowców do wypracowania rozwiązań systemowych, które zapewnią godne życie ludziom starszym” (Piłat, 2010a, s. C7), apelowała również przynajmniej o przedstawiciela interesów seniorów w rządzie, „bowiem sprawy ludzi starszych wymagają rozwiązań na najwyższym szczeblu. Wskaźniki demograficzne są alarmujące i najwyższy czas, aby przygotować instytucje państwowe do zmierzenia się z nimi. Gospodarka musi być bardziej srebrna, dostosowana do oczekiwań konsumentów z siwymi skrońmi, ale nie rezygnująca z nich jako pracowników” (Piłat, 2010b, s. C7). W ciągu kolejnych dwóch lat obydwie te postulatory zostały w znacznym stopniu spełnione. Seniorzy jako grupa nacisku zaczęli być dostrzegani przez polityków. To zbyt liczna grupa wyborców, aby ignorować jej problemy. Podczas II Forum III Wieku Carl Petrokofsky, dyrektor ds. zdrowia publicznego regionu południowo-wschodniego Wielkiej Brytanii, w obecności polskich polityków stwierdził: „(...) podziwiam, jak wy, Polacy, jesteście zorganizowani, jaką stanowicie siłę, z którą władze muszą się liczyć” (Piłat, 2010a, s. C7).

W 2011 r. uczestnicy III Forum III Wieku mieli okazję porozmawiać w Krynicy nawet z premierem Donaldem Tuskiem. Nawiązując do wcześniejszego (lipiec 2011 r.) spotkania z przedstawicielami Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Szczawnicy, premier zapowiedział powstanie programu wsparcia dla UTW i powołanie międzyresortowego zespołu ds. aktywizacji trzeciego wieku. Programowi wsparcia miała być przypisana, co bardzo ważne, pula środków na jego realizację.

1 lipca 2011 r. rozpoczęła się polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej, podczas której decyzją Parlamentu Europejskiego oraz Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. rok 2012 został ogłoszony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Te wydarzenia, zapowiedziane podczas III edycji Forum III Wieku, mobilizowały uczestników do jeszcze większej aktywności. Zaangażowanie w organizacjach seniorskich, aktywność społeczna, uczenie się przez całe życie, pokazywanie osiągnięć osób starszych na forum publicznym zaczęło przynosić efekty w postaci coraz przychylniejszych komentarzy w mediach. Zaczął się zmieniać wizerunek starszego człowieka, a starość zaczynała być postrzegana „jako interesujący etap życia, a nie czas wykluczenia na jego margines” (Piłat, 2011b, s. C7). Przede wszystkim zaczęła się zmieniać polityka społeczna wobec osób starszych realizowana przez państwo.

Przełomowy rok 2012

Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, w Polsce jednocześnie Rok Uniwersytetów Trzeciego Wieku (ogłoszony przez Senat 1 lutego

2012 r.), okazał się przełomowy w kształtowaniu polskiej polityki senioralnej. 19 marca 2012 r. w Sali Kongresowej w Warszawie odbył się I Kongres Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Do Warszawy przyjechało ok. 3000 osób reprezentujących największy ruch obywatelski w III RP. W 2012 r. 385 UTW skupiało dużo ponad 100 tys. osób starszych. Organizator Forum III Wieku – Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń UTW – współorganizowała to ogromne przedsięwzięcie wraz z Ogólnopolskim Porozumieniem UTW oraz Fundacją dla Uniwersytetu Jagiellońskiego. O znaczeniu ruchu UTW świadczy fakt, że w I Kongresie UTW wzięli udział premier rządu i żona prezydenta państwa, rzecznik praw obywatelskich, ministrowie, posłowie, senatorowie, liczne grono naukowców.

W Sali Kongresowej zapowiedziano powołanie w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wydziału ds. trzeciego wieku: „Ten wydział powinien objąć swoim działaniem wszystkie aspekty życia osób starszych, od zdrowia, przez pomoc społeczną, politykę rodzinną, edukację, aktywność społeczną, po kulturę i rozrywkę. Ludzie starsi są w różnej kondycji fizycznej i intelektualnej i mają różne oczekiwania wobec państwa” – wyjaśniał minister pracy (Piłat, 2012a, s. C8). O konieczności powołania działu administracji publicznej zajmującej się wyłącznie sprawami seniorów mówił również przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Uniwersytetów Trzeciego Wieku (a od maja 2014 r. przewodniczący Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej): „Obecnie mamy 32 działy administracji rządowej, żaden z nich nie obejmuje problematyki osób starszych i wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Nowy dział administracji to przydzielenie tej problematyki do konkretnego resortu i ministra, który będzie zobowiązany do inicjowania polityki Rady Ministrów oraz opracowywania propozycji aktów prawnych. W Niemczech mamy Federalne Ministerstwo ds. Seniorów, w Parlamencie Europejskim grupę ds. osób starszych. Czas na Polskę” (Piłat, 2012b, s. C8).

Pięć miesięcy później Zarządzeniem nr 68 prezesa Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2012 r. utworzono Departament Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Departament to więcej niż zapowiadany na I Kongresie UTW wydział w ministerstwie. Sprawy seniorów zyskały wyższą rangę. Departament Polityki Senioralnej odpowiada m.in. za stworzenie systemu wsparcia dla seniorów, realizację zadań z zakresu aktywnego starzenia, kreowanie działań mających na celu współpracę wewnątrz- i międzypokoleniową⁷. W polskiej polityce społecznej nastąpiła jakościowa zmiana. Wspieranie aktywności społecznej osób starszych znalazło się w katalogu obowiązków administracji publicznej. Objęła ona swoim działaniem nie tylko niedołężne, bezradne, wymagające pomocy osoby starsze, ale także zdrowych, energicznych, aktywnych seniorów, którzy potrzebują wsparcia, aby tę dobrą kondycję zachować jak najdłużej i nie powiększać w przyszłości grupy niesamodzielnych.

Departament Polityki Senioralnej jest odpowiedzialny za koordynację realizacji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS), uchwa-

⁷ <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/departament-polityki-senioralnej>, stan z dnia 11.01.2016.

lonego przez Radę Ministrów 24 sierpnia 2012 r. We wstępie do programu ASOS napisano: „Inspiracją do stworzenia Rządowego Programu na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2012–2013, zwanego dalej „Programem”, była obywatelska, publiczna identyfikacja problemów osób starszych, wynikająca z pogłębionej analizy i debaty dotyczącej procesów społecznych i demograficznych zachodzących w naszym kraju, na tle długofalowych wyzwań rozwojowych. Walorem sposobu tworzenia tego dokumentu jest zastosowanie w praktyce zasady partnerstwa publiczno-społecznego, integrującej w działaniu instytucje reprezentujące środowiska osób starszych i administrację publiczną”⁸.

Systemowym komponentem Rządowego Programu na rzecz aktywności społecznej osób starszych było powołanie w lutym 2013 r. Rady Polityki Senioralnej – organu konsultacyjnego i opiniodawczego przy ministrze pracy i polityki społecznej, w skład którego weszli eksperci, naukowcy, urzędnicy ministerialni, przedstawiciele organizacji seniorskich reprezentujący różne środowiska. Wyrażane podczas Forum III Wieku apele o reprezentację interesów seniorów w administracji publicznej zostały spełnione w dwojnasób – powstały Departament Polityki Senioralnej oraz Rada Polityki Senioralnej.

Próby rozwiązań systemowych w zakresie polityki senioralnej w Polsce

Jednym z ważniejszych efektów lobbingu środowiska aktywnych seniorów w Polsce była nowelizacja ustawy o samorządzie gminnym, która umożliwiła tworzenie gminnych rad seniorów (weszła w życie 30 listopada 2013 r.): „Oczekiwana przez środowiska seniorskie inicjatywa legislacyjna Parlamentarnego Zespołu ds. Uniwersytetów Trzeciego Wieku tworzy czytelną podstawę prawną dla funkcjonowania rad seniorów w samorządzie. Dzięki pracy rad seniorów osoby starsze będą mogły skutecznie korzystać z prawa do współdecydowania o tym, jak gmina ma funkcjonować, wyglądać, czemu służyć, na jakie programy i inwestycje wydawać środki budżetowe” (Szczერba, 2013).

24 grudnia 2013 r. Rada Ministrów przyjęła Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Było to wykonanie zobowiązania zapisanego w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2012–2013. Założenia zawierają katalog koniecznych działań w zakresie polityki społecznej dotyczącej osób starszych. Niewątpliwą zasługą środowisk skupionych wokół Forum III Wieku jest fakt, że w dokumencie „wykorzystano koncepcję aktywnego starzenia się, które jest definiowane jako proces umożliwiający zarówno jednostkom, jak i grupom społecznym zagospodarowanie ich potencjału z perspektywy całego życia, zachowania zarówno dobrostanu psychicznego i fizycznego, jak i aktywności zawodowej, społecznej oraz niezależności i samodzielności” (Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r., s. 5).

⁸ <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos>, stan z dnia 11.01.2016.

Długofalowa strategia rządu wobec osób starszych oraz starzejącego się społeczeństwa okazała się pierwszym programem działania przygotowanym na taką skalę. Jest to niewątpliwie osiągnięcie rządu, ale należy docenić również rolę inicjatorów procesów, które doprowadziły do powstania strategii – środowiska samych seniorów, upominających się m.in. podczas kolejnych edycji Forum III Wieku o rozwiązania systemowe uwzględniające i wspierające również osoby aktywne i w miarę zdrowe. Polityka społeczna poprzednich lat nie interesowała się osobami, które same dawały sobie radę.

VII Forum III Wieku rozpoczęło się 9 września 2015 r. od informacji ministra pracy i polityki społecznej o uruchomieniu obok już istniejących ośrodków wsparcia dziennego 119 nowych placówek pobytu dziennego o nazwie Senior-WIGOR⁹ w Polsce. Zaledwie rok wcześniej, podczas inauguracji VI Forum III Wieku, minister pracy zapowiadał dopiero powstanie systemu wsparcia dla niesamodzielnych seniorów. Centra Senior-WIGOR, będące dziennymi domami pobytu, miały zaoferować opiekę, rehabilitację, bezpieczne i atrakcyjne formy spędzania czasu dla osób o ograniczonej samodzielności. Otoczenie profesjonalną darmową opieką niesamodzielnych osób starszych umożliwiło ich opiekunom rodzinnym kontynuowanie pracy zawodowej i wytnięcie od wyczerpującej opieki nad niesprawnymi bliskimi. Do 2020 r. rząd przeznaczy na utrzymanie centrów 370 mln PLN. Podczas inauguracji VII Forum minister zapowiedział uchwalenie ustawy o osobach starszych (uchwalono ją jeszcze podczas trwania Forum – 11 września 2015 r.). W tym akcie prawnym „osoba starsza” została zdefiniowana jako ta, która ukończyła 60 lat. Ustawa zobowiązuje rząd do monitorowania m.in. sytuacji zdrowotnej, mieszkaniowej, rodzinnej, aktywności społecznej i edukacyjnej osób starszych. Co roku do 31 października rząd powinien przedstawić Sejmowi raport nt. sytuacji seniorów. To gwarantuje, że osoby starsze nie znikną z debaty publicznej.

Październik 2015 r. przyniósł kolejną satysfakcję organizatorom Forum III Wieku – we wrześniu Sejm uchwalił zmianę prawa bankowego. Podczas V edycji Forum w 2013 r. w Krynicy o tzw. martwych kontach czy uśpionych rachunkach dyskutowano m.in. z prezesem Związku Banków Polskich. Zmiana prawa bankowego umożliwiła dostęp spadkobierców do kont zmarłych bliskich. Do tej pory banki skutecznie szukały spadkobierców dłużników, natomiast chroniły tajemnicą (przed spadkobiercami) tzw. rachunki nieaktywne. Szacuje się, że ulokowano na nich nawet 8 mld PLN.

Jeśli dodać do wspomnianych aktów prawnych ustawę o bezpłatnej (m.in. dla osób starszych) pomocy prawnej (wejdzie w życie od 1 stycznia 2016 r.), o co wielokrotnie upominano się na Forum III Wieku, to organizatorzy mogą się poczuć ukontentowani. Najważniejsze postulaty środowiska aktywnych seniorów znalazły się w uchwalonych już ustawach. Samo środowisko seniorów także zaczęło rosnąć w siłę. W VII Forum III Wieku we wrześniu 2015 r. wzięli udział przedstawiciele Rad Seniorów z całej Polski

⁹ WIGOR – akronim od słów: Wiedza, Integracja, Godność, Opieka, Ruch. Działalność centrów Senior-WIGOR opiera się na wymienionych celach.

oraz Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, zrzeszającego ponad 500 tys. członków. Na tych trzech fundamentach został oparty Obywatelski Parlament Seniorów zwołany w Polsce po raz pierwszy 1 października 2015 r.

Nowy model polityki społecznej wobec osób starszych

Polityka społeczna wspierająca osoby starsze w Polsce w praktyce przez całe dekady była skupiona głównie na osobach niesamodzielnych. „Polityka społeczna wobec osób starszych koncentruje się na organizowaniu pomocy dla osób niepełnosprawnych i najsłabszych ekonomicznie, na instytucjonalizacji przedstawicielstw starszych mieszkańców na poziomie lokalnym, na organizacji systemów monitorowania poziomu zaspokojenia potrzeb starszych osób oraz organizacji procesu kształcenia kadr, działających w obszarze polityki społecznej” (Kijak, Szarota, 2013, s. 26). W ostatnich latach nastąpiła zmiana modelu. Przełomowym rokiem okazał się 2012 – Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Dzięki środkom z Unii Europejskiej pozwalającym na finansowe wsparcie różnych form aktywności osób starszych powstało wiele organizacji pozarządowych działających na rzecz seniorów. Te istniejące zintensyfikowały działalność. Nigdy w mediach nie pisano i mówiono tyle i tak dobrze o seniorach jak w 2012 r. Nigdy nie było tylu działań na rzecz osób starszych i z nimi w roli głównej. Wykreowany został inny obraz starości. Ten wyjątkowy dla seniorów rok wart jest pogłębionej analizy badawczej.

W 2012 r. po raz pierwszy pojawiło się określenie „polityka senioralna”. Po zakończeniu obrad I Kongresu UTW w Warszawie (19–20 marca 2012 r.) komitet organizacyjny przygotował apel, stanowiący podsumowanie zjazdu trzech tysięcy uczestników. „Uznano, że potencjał UTW to bezcenny kapitał, jakiego nie uzyskał żaden wcześniejszy projekt senioralny. (...). UTW powinny stać się partnerem w kreowaniu **polityki senioralnej** państwa, a jednocześnie podejmować działania dla jej realizacji” (Piłat, 2012c, s. C7). Czym ona jest?

Definicja „polityki senioralnej” została zawarta w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020: „Polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się”. „Celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych” (Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r., s. 4–6).

Tak zdefiniowana polityka publiczna wobec seniorów nie tylko terminologią¹⁰, ale przede wszystkim rozłożeniem akcentów różni się od dotychczasowych działań instytucji

¹⁰ Katarzyna Zamorska mówi np. o polityce społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa (*Osoby starsze...*, 2011).

państwowych na rzecz tej grupy wiekowej. W polskim piśmiennictwie wnikliwie zanalizowano politykę społeczną wobec ludzi starych i starości (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 291 i nast.), wyraźnie rozróżniając charakter obu działalności. Politykę społeczną wobec ludzi starych definiuje się „jako działalność różnych podmiotów mającą na celu zaspokajanie potrzeb tej zbiorowości oraz kształtowanie odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami – dzięki ograniczeniu uzależnienia starszych od młodszych, likwidacji różnych form społecznego wykluczenia ludzi starych, sprzyjaniu ich społecznej partycypacji oraz kształtowaniu stosunków międzypokoleniowej solidarności” (tamże, s. 291). Polityka wobec starości powinna zaś wspierać jednostki w kryzysach i zadaniach wynikających z tej fazy życia (tamże, s. 292).

Polityka senioralna stała się w Polsce po 2012 r. terminem powszechnie używanym, ale niejednoznacznym. Według Barbary Szatur-Jaworskiej „(...) na razie nie rozstrzygnięto, czy to powinna być odrębna dziedzina polityki państwa, czy raczej «przebiegająca w poprzek» polityk publicznych idea widoczna w polityce społecznej, gospodarczej, ludnościowej itd.” (Wiśniewski, 2015a, s. 18). „Dlatego lepiej jest używać określenia *polityka dla osób starszych*, tak jak mówimy o działaniach dla dzieci, młodzieży, osób pracujących – w tym ostatnim przypadku mówi się o polityce rynku pracy” (Perek-Białas, 2015, s. 14).

Mimo wątpliwości znaczeniowych młoda polska polityka publiczna staje się przedmiotem analiz i refleksji. Szatur-Jaworska uważa, że „nie ma i nie było w naszym kraju lobbingu środowisk osób starszych. (...) Aktualnie sporą grupą nacisku są uniwersytety trzeciego wieku, ale one nie mają jednego przedstawicielstwa, a w dodatku mogą reprezentować interesy osób najbardziej aktywnych. Uważam, że silny lobbing może powstać wtedy, gdy są istotne wspólne interesy grupy, która jest w stanie wyłonić program, ma dużą ekspercką kompetencję, co pozwala stać się partnerem dla decydentów” (Wiśniewski, 2015a, s. 19). Szukalski dodaje, że widać „zawłaszczanie polityki senioralnej przez organizacje reprezentujące seniorów lepiej wykształconych, zamożniejszych, o lepszej kondycji zdrowotnej. Uniwersytety Trzeciego Wieku, dzięki znakomitej sieci ogólnokrajowej i regionalnej, stały się przykładem dobra politycznego. (...) Choć podstawowa działalność UTW zasługuje na uznanie, jasno trzeba powiedzieć, iż instytucje te przejęły na siebie reprezentowanie środowiska seniorów, choć takimi zdecydowanie nie są z powodu nadreprezentacji osób relatywnie młodych, wykształconych, z miast przynajmniej powiatowych” (2015, s. 29).

Podsumowanie

Polityka senioralna w Polsce jest w trakcie kształtowania się. Inicjatywę tę od początku przejęły środowiska związane z Uniwersytetami Trzeciego Wieku, przede wszystkim podczas Forum III Wieku w Krynicy i Nowym Sączu. W tej chwili jest to ruch skonsolidowany i dobrze zorganizowany. O tym, że nie jest on reprezentatywny dla całego środowiska seniorów, zdawano sobie sprawę od pierwszej edycji Forum III Wieku. Warto się jednak zastanowić, kto ma reprezentować inne grupy społeczne osób starszych? Kto ma lobbować

w interesie niedołączonych, schorowanych, nieopuszczających domów lub placówek opiekuńczych ludzi starych? Oni sami? Kto będzie się wypowiadał w imieniu najliczniejszej grupy polskich seniorów, którzy są kompletnie niezainteresowani żadną działalnością? Aktywność społeczna polskich seniorów, kapitał społeczny tej grupy wiekowej jest bardzo niski (por. *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie* 2013, s. 17–37). Inicjatywę przejęli najbardziej aktywni, najlepiej wykształceni i stosunkowo młodzi w grupie starych. Wypowiadają się jednak w imieniu tych, którzy zabrać głosu nie mogą lub nie chcą. Wielokrotnie podczas Forum III Wieku analizowano projekt ustawy o osobach niesamodzielnych, zajmowano się osobami starszymi jako konsumentami i ich ochroną i zastanawiano się nad partycypacją (niską!) polskich seniorów w życiu społecznym. Uczestnicy ostatniego VII Forum III Wieku Forum zaapelowali do marszałek Sejmu o kontynuację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jego likwidacja jest sprzeczna z interesami osób starszych. Uczestnicy krynicko-sądeckich spotkań zwrócili się też do ministra administracji i cyfryzacji z wnioskiem o utworzenie rządowego programu edukacji cyfrowej osób starszych. Do prezydenta RP i rządu został z kolei skierowany wniosek o przygotowanie programów wsparcia i współpracy ze środowiskami polskich seniorów mieszkających za granicą, zwłaszcza na Wschodzie (Piłat, 2015 s. A6). Czy upomniano się wyłącznie o interesy środowiska związanego z UTW? To wreszcie z inicjatywy tej grupy społecznej zwołano Ogólnopolski Parlament Seniorów. Oprócz przedstawicieli środowisk reprezentowanych podczas Forum III Wieku: UTW, Rad Seniorów oraz Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, w I sesji OPS była reprezentowana Koalicja na rzecz Niesamodzielnych zrzeszająca ok. 500 stowarzyszeń.

Nie jest pewne, czy Forum III Wieku zachowa w przyszłości rangę najważniejszej, cyklicznej imprezy, mającej wpływ na formułowanie strategii władz państwowych wobec osób starszych. Możliwe, że tę rolę przejmie działający od 1 października 2015 r. Obywatelski Parlament Seniorów. Jeśli nawet tak się stanie, na docenienie zasługują dotychczasowe efekty działania Forum III Wieku jako inicjatywy w Polsce pionierskiej, w mądry sposób angażującej potencjał intelektualny i energię samych seniorów, a przez to niezwykle skutecznej. Zaangażowanie i determinacja ruchu aktywnych seniorów, prestiż i ranga Forum III Wieku pozwoliły na stworzenie partnerstwa publiczno-społecznego. Jego efektem jest nowy model polityki publicznej, korzystny dla wszystkich grup zróżnicowanego środowiska osób starszych w Polsce.

Bibliografia

Babbie E., 2004, *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa.

Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012), [w:] *Dziennik Urzędowy* L 246.

- Kijak R., Szarota Z., 2013, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Makuch M., Moroń D., (red.), 2011, *Osoby starsze w społeczeństwie. Społeczeństwo wobec osób starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Perek-Białas J., 2015, *Polityka senioralna a jakość życia osób starszych* [w:] *Polityka senioralna*, nr 1(1).
- Piłat E., 2009, *Forum III Wieku pokazało siłę osób starszych w Polsce* [w:] *Dziennik Polski*, nr 220.
- Piłat E., 2010a, *Nikt o nas, nic bez nas?* [w:] *Dziennik Polski*, nr 219.
- Piłat E., 2010b, *O wpływie demografii na gospodarkę* [w:] *Dziennik Polski*, nr 213.
- Piłat E., 2011a, *Krynickie konsylium nad światową gospodarką* [w:] *Dziennik Polski*, nr 207.
- Piłat E., 2011b, *Bohaterowie drugiej połowy życia* [w:] *Dziennik Polski*, nr 217.
- Piłat E., 2012a, *Kurs na srebrne tory* [w:] *Dziennik Polski*, nr 71.
- Piłat E., 2012b, *Nasi w parlamencie* [w:] *Dziennik Polski*, nr 77.
- Piłat E., 2012c, *Upominają się o sprawy seniorów* [w:] *Dziennik Polski*, nr 77.
- Piłat E., 2015, *Polacy starzeją się najszybciej, ale mają dużo wigoru* [w:] *Dziennik Polski*, nr 214.
- Szatur-Jaworska B., 2012, *Zasady polityk publicznych w starzejących się społeczeństwach* [w:] *Strategię działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., 2006, *Polityka społeczna wobec ludzi starych i starości*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- Szukalski P., 2015, *Regionalna polityka senioralna*, [w:] *Polityka senioralna*, nr 1(1).
- Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 [w:] *Monitor Polski*, 4 lutego 2014 r., Warszawa.
- Wiśniewski P., 2015a, *Decydenci nie myślą strategicznie* [w:] *Polityka Senioralna*, nr 1(1).
- Wiśniewski P., 2015b, *Jaka polityka senioralna?* [w:] *Polityka Senioralna*, nr 1(1).

Netografia

- <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www4.rp.pl/artykul/1074836-Polityka-senioralna-na-serio.html>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/departament-polityki-senioralnej>, stan z dnia 11.01.2016.
- www.forum-ekonomiczne.pl/dla-mediow/informacje-prasowe/, stan z dnia 11.01.2016.



Kaja Zapędowska-Kling

„Pasja dla życia” – innowacyjny program aktywizacji osób starszych na przykładzie doświadczeń szwedzkich

Słowa kluczowe: aktywizacja seniorów, model nordycki, całożyciowe uczenie się

Keywords: active ageing, the Nordic model, life-long learning

„PASSION FOR LIFE” – INNOVATIVE ACTIVATION PROGRAMME FOR ELDERLY PEOPLE, THE CASE OF SWEDEN

Abstract: With the focus on the concept of positive ageing, the article analyses Scandinavian determinants of active ageing and presents Sweden as an European leader in the field of activation of elderly people. It draws on the case study of „Passion for life” (*Passion för Livet*) project, which is discussed as an example of successful, accessible and low-budget form of seniors’ activation. The text evaluates the project, presents its main assumptions, goals and thematic areas. This publication is a result of a scientific visit at the Institute of Gerontology, Jönköping University, Sweden, where I had an opportunity to meet and talk with one of the initiators of the project.

Wstęp

1 października 1998 roku Sekretarz Generalny ONZ Kofi Annan ogłosił nadchodzący rok Międzynarodowym Rokiem Osób Starszych, a Światowa Organizacja Zdrowia rozpoczęła zakrojoną na szeroką skalę kampanię popularyzującą koncepcję aktywnego starzenia się. Ówczesna dyrektorka generalna WHO, Norweżka Gro Harlem Brundtland, przekonywała, że „jednostka może zrobić bardzo wiele, by pozostać aktywną i zdrową w jesieni życia. Odpowiedni styl życia, zaangażowanie w życie społeczne i rodzinne, wsparcie ze strony otoczenia to czynniki przedłużające życiowy dobrostan. Polityki zo-

rientowane na redukcję nierówności społecznych i ubóstwa stanowią niezbędne uzupełnienie indywidualnych inicjatyw na drodze ku aktywnej starości” (WHO, 2001). Dziś aktywne starzenie się to „nie tylko udział osób starszych w rynku pracy, lecz także ich aktywna kontrybucja dla społeczeństwa poprzez wolontariat, opiekę nad członkami rodziny, oraz możliwość niezależnego życia dzięki odpowiednio dostosowanej infrastrukturze i warunkom mieszkaniowym” (Eurobarometr, 2012). Wśród determinantów aktywnego starzenia się wymienić można uwarunkowania kulturowe, ekonomiczne, socjologiczne, behawioralne oraz inne. W obliczu zmian demograficznych doświadczanych przez społeczeństwa europejskie aktywna starość to nie tylko trend czy styl życia. W dzisiejszych czasach aktywne starzenie się określa się mianem nowego paradygmatu w polityce społecznej (Jurek, 2012).

Kraje członkowskie Unii Europejskiej podejmują własne inicjatywy na rzecz aktywizacji seniorów. Polska realizuje, między innymi, rządowy program *Solidarność pokoleń – działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+,* którego celem jest wzrost wskaźnika zatrudnienia w grupie wiekowej 55–64 lata. Do 2020 roku realizowany będzie także *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS)* z budżetem wynoszącym 280 milionów złotych. Program koncentruje się na realizacji czterech priorytetów:

- a) zwiększenia poziomu edukacji wśród osób starszych oraz popularyzacji koncepcji kształcenia ustawicznego,
- b) zwiększenia aktywności społecznej seniorów w ramach integracji międzypokoleniowej oraz wewnątrz własnego pokolenia,
- c) zwiększenia partycypacji społecznej oraz udziału w życiu publicznym osób starszych,
- d) rozszerzenia oferty usług społecznych skierowanych do osób starszych i ich opiekunów (MPiPS, 2014).

Podstawowym założeniem projektu jest promowanie i finansowanie lokalnych inicjatyw na rzecz osób starszych. Pilotażowa edycja programu (lata 2012–2013) zaowocowała realizacją ponad 400 projektów wyłonionych w konkursie spośród 1400 zgłoszeń. Dzięki programowi poszerza się oferta usług społecznych kierowanych do osób starszych, przybywa miejsc przyjaznych seniorom, rośnie liczba lokalnych inicjatyw o charakterze kulturalnym, rozrywkowym, edukacyjnym i rekreacyjnym. Dialog społeczny i współpraca organów rządowych z podmiotami trzeciego sektora przyczyniły się do decentralizacji oferty programów senioralnych. Mnogość oddolnych inicjatyw i przejęcie części odpowiedzialności za jakość życia seniorów przez lokalne organizacje i podmioty komercyjne zbliżają polskie realia do standardów dojrzałego społeczeństwa obywatelskiego, charakterystycznego dla krajów nordyckich i skandynawskiego modelu państwa dobrobytu.

Celem niniejszego artykułu jest refleksja nad skandynawskimi uwarunkowaniami aktywnego starzenia się, wynikającymi ze specyfiki nordyckiego modelu państwa opie-

kuńczego, a także omówienie głównych założeń, celów i obszarów tematycznych projektu „Pasja dla życia”, który przedstawiony jest jako przykład dobrej praktyki w dziedzinie aktywizacji osób starszych.

Skandynawskie uwarunkowania aktywnego starzenia się

Szwecja uchodzi za kraj, w którym dobrze jest się zestarzeć. Według rankingu jakości życia opracowanego przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*OECD Better Life Index 2013*) Szwecja znajduje się w ścisłej czołówce pod względem poziomu dobrobytu i satysfakcji z życia. Kraj wyróżnia się na arenie międzynarodowej wysokimi wartościami średniej długości trwania życia (83,6 lat dla kobiet i 79,9 lat dla mężczyzn, Eurostat 2012), wysokimi nakładami na ochronę zdrowia, dbałością o ekologię i środowisko naturalne oraz wysokim wskaźnikiem aktywności społecznej obywateli. Szwecja zajmuje pierwsze miejsce w rankingu aktywnego starzenia się *Active Ageing Index*. Wskaźnik AAI uwzględnia cztery podstawowe obszary aktywności: a) udział osób starszych na rynku pracy, b) społeczne zaangażowanie i partycypację, c) niezależne i autonomiczne funkcjonowanie na co dzień, d) osobiste kompetencje i warunki środowiskowe niezbędne do aktywnego starzenia się. Został on opracowany w 2012 roku przez Komisję Europejską, Europejskie Centrum Polityki Społecznej i Badań (ECSWPR) oraz Europejską Komisję Gospodarczą ONZ (UNECE). Szwecja słynie także z wysokiego wskaźnika aktywności zawodowej seniorów. W grupie wiekowej 55–64 lata wskaźnik zatrudnienia wynosi 73,6 procent i jest najwyższy w całej Unii Europejskiej (Eurostat, 2014).

Przyczyn tak imponującej aktywności osób starszych w Szwecji doszukiwać się można w uwarunkowaniach charakterystycznych dla nordyckiego modelu *welfare state*. Jednym z głównych priorytetów polityki społecznej jest aktywizacja zawodowa. Wysoki wskaźnik zatrudnienia jest podstawowym gwarantem stabilności ekonomicznej hojnego państwa opiekuńczego. Szwedzki rynek pracy jest inkluzywny – dąży do maksymalnego włączenia grup społecznych narażonych na ubóstwo i bezrobocie, takich jak kobiety (zwłaszcza wracające z urlopów rodzicielskich i wychowawczych), imigranci, osoby w wieku okołoemerytalnym i osoby niepełnosprawne. Szwecja jest krajem o rozwiniętym prawodawstwie antydyskryminacyjnym, włączając w to przepisy prawne zakazujące dyskryminacji ze względu na wiek. Zgodnie z obecnie obowiązującym ustawodawstwem (*Lag om anställningsskydd*, SFS 1982) pracownikowi przysługuje prawo do pozostania zatrudnionym do 67. roku życia. Projekt reformy zakłada wydłużenie okresu ochronnego do 69. roku życia, począwszy od 2016 roku (Swedish Pension Age Commission, 2013). Szwecja realizuje także model zatrudnienia typu *flexicurity*, który kładzie nacisk na połączenie elastyczności zatrudnienia z bezpieczeństwem socjalnym, ułatwiając w ten sposób dokonywanie zmian w życiu zawodowym w myśl zasady całościowego podejścia do cyklu życia (*life-course approach*). Aktywność osób dojrzałych na rynku pracy prze-

kłada się na życiowe postawy ludzi starych, którzy pragną samodzielności, ekonomicznej niezależności i pełnej partycypacji w życiu społecznym.

Kolejnymi cechami typowymi dla nordyckiego modelu państwa dobrobytu są uniwersalizm, egalitaryzm, dialog społeczny i kultura konsensusu. Kraje skandynawskie cechuje spójność społeczna i przywiązanie do zasady równości szans. Uniwersalność systemu świadczeń socjalnych sprawia, że zminimalizowane jest ryzyko stygmatyzacji jego beneficjentów. W myśl koncepcji „obywatelstwa socjalnego” Thomasa Marshalla (1964), wszyscy obywatele cieszą się równymi prawami socjalnymi. Ma to pozytywny wpływ na pozycję osób starszych w społeczeństwie, relacje międzypokoleniowe oraz ich postrzeganie przez otoczenie. Interesy seniorów są reprezentowane przez pięć dużych organizacji emerytów, z wiodącą rolą Narodowej Szwedzkiej Organizacji Emerytów i Rencistów (*Pensionärernas riksorganisation* – PRO) (Zapędowska-Kling, 2013). Opieka nad seniorami postrzegana jest jako obowiązek państwa (gmin) oraz rodzin. Kraje skandynawskie przywiązują dużą wagę do standardów w pracy socjalnej oraz indywidualnego podejścia do potrzeb klienta. Warunki społeczno-kulturowe sprawiają, że szwedzcy seniorzy cieszą się szacunkiem i niezależnością do późnej starości.

W ujęciu historycznym usługi społeczne w Szwecji podlegały stopniowemu procesowi decentralizacji, od 1992 roku stając się obowiązkiem gminy. Jedną z konsekwencji decentralizacji sektora usług społecznych było umożliwienie gminom podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących zakresu i sposobu organizacji oferty usług dla seniorów. Otworzyło to drogę do częściowej prywatyzacji sektora. Dotychczasowy monopol państwa został zastąpiony systemem wolnego wyboru konsumenta. Decentralizacja sprzyjała też rozwojowi oddolnych, lokalnych inicjatyw o charakterze wolontariackim i pozarządowym, które pełniły funkcję komplementarną względem standardowej podaży usług sektora publicznego. Jednym z przykładów takich inicjatyw jest szerzej omówiony w dalszej części artykułu projekt „Pasja dla życia”, zainicjowany dziewięć lat temu w gminie Jönköping w centralnej Szwecji.

Projekt „Pasja dla życia”

Projekt „Pasja dla życia” (*Passion för Livet*) to lokalna inicjatywa, której pomysłodawczynią jest szwedzka lekarka Elsa Ingesson – 75-latką, nadal aktywnie działająca na rzecz popularyzacji programu w kraju i za granicą. Pierwsza odsłona projektu miała miejsce w gminie Jönköping w centralnej Szwecji na przełomie 2005 i 2006 roku. Dziś „Pasja dla życia” realizowana jest w ośmiu krajach świata: w Szwecji, Norwegii, Danii, Finlandii, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Armenii i Singapurze. Wiosną 2014 roku projekt otrzymał Europejską Nagrodę Jakości ufundowaną przez belgijską Fundację Króla Baudouina w kategorii „Innowacje społeczne w procesie starzenia się” (Bardon, 2014).

Realizacja projektu polega na organizowaniu serii tematycznych spotkań z kilkukilkunastoosobową grupą seniorów. Spotkania odbywają się w swobodnej, przyjaznej at-

mosferze, w miejscach niekojarzących się z placówkami służby zdrowia – w kawiarniach, świetlicach, przytulnych lokalach. Miejsca spotkań nazywane są przez twórców programu „kawiarniami życia” (*Livscaféer*). Podstawowym celem projektu jest aktywizacja i poprawa jakości życia osób starszych. Spotkania i dyskusje – moderowane przez wykwalifikowanych trenerów – uczą seniorów wprowadzania pozytywnych zmian w swoim życiu i otoczeniu metodą małych kroków. U podstaw programu leży przekonanie, że ludzie świadomi swoich praw są zdolni do działania i dokonywania wolnych wyborów. Udział w spotkaniach pozytywnie wpływa na poczucie kontroli nad własnym życiem. Wyposaża w narzędzia potrzebne do działania, wzmacnia poczucie mocy sprawczej. Warunkiem niezbędnym jest aktywne zaangażowanie wszystkich członków grupy – każdy obecny na spotkaniu zabiera głos i dzieli się własnymi doświadczeniami (Nilsson, 2006).

Projekt koncentruje się na czterech obszarach tematycznych: a) bezpieczeństwo, b) aktywność fizyczna, c) aktywność społeczna oraz d) zdrowe nawyki żywieniowe. Metodyka pracy z seniorami oparta jest na koncepcji ciągłego doskonalenia, opracowanej przez Williama E. Deminga. Cykl Deminga, zwany także „cyklem PDCA” (od pierwszych liter angielskich słów *plan* → *do* → *check* → *act*), to technika ciągłego ulepszania, która zachodzi według schematu: zaplanuj → wykonaj → sprawdź → usprawnij. Model amerykańskiego statystyka znalazł zastosowanie między innymi w zarządzaniu jakością. W projekcie „Pasja dla życia” służy do stopniowego osiągania pożądanych rezultatów metodą „małych kroków”. Seniorzy są zachęceni do stopniowego wprowadzania niewielkich zmian, które pozytywnie wpływają na ich jakość życia. Proces doskonalenia ma zachodzić cyklicznie i nieustannie. Jego wizualne przedstawienie przypomina wtaczanie koła pod górę. Osoby starsze uczą się zarządzania czasem, zrywania z nawykami, stają się świadomi korzyści płynących ze zmian (Nilsson, 2006).

W ramach jednej edycji programu standardowo odbywa się sześć spotkań. Pierwsze spotkanie służy zapoznaniu i integracji osób starszych i trenerów. Uczestnicy uzyskują podstawowe informacje dotyczące metodologii i harmonogramu pracy, broszury informacyjne, spis numerów telefonów do instytucji zajmujących się sprawami senioralnymi. Przełamują barierę wstydu, nawiązują kontakt, dzielą się własnymi spostrzeżeniami i oczekiwaniami. Spotkanie drugie, poświęcone kwestii bezpieczeństwa we własnym gospodarstwie domowym, służy omówieniu najczęstszych przyczyn wypadków w domu. Uczy dostosowywania najbliższego otoczenia do zmieniających się potrzeb i możliwości osób starszych. Oprócz wymiaru teoretycznego, edukacyjnego, spotkanie stawia przed uczestnikami grupy zadanie samodzielnego zidentyfikowania trzech wybranych miejsc/przedmiotów we własnym domu, które stanowią – lub mogą stanowić w przyszłości – potencjalne zagrożenie dla bezpieczeństwa osoby starszej. Uczestnicy zostają zmotywowani do eliminacji tych czynników oraz pochwalenia się swoimi osiągnięciami przed resztą grupy na kolejnym spotkaniu. W ten sposób seniorzy dobrowolnie usuwają z mieszkań śliskie dywaniki, montują poręcze w łazienkach, wymieniają oświetlenie w ciemnych korytarzach lub wprowadzają kolorowe oznakowanie ostrych krawędzi i schodów. Siłą

napędzającą do działania jest perspektywa przedstawienia swoich pomysłów i działań pozostałym uczestnikom projektu (Nilsson, 2006).

Spotkanie poświęcone popularyzacji aktywności fizycznej ma na celu zapoznanie seniorów z podstawowymi technikami relaksacyjnymi oraz bezpiecznymi formami gimnastyki, dobranymi do predyspozycji i wieku. Spotkanie dzieli się na część teoretyczną – wykład podkreślający rolę aktywności fizycznej dla zdrowia i dobrego samopoczucia osób starszych, oraz część praktyczną – wspólne ćwiczenia fizyczne pod okiem doświadczonego fizjoterapeuty (Nilsson, 2006).

Spotkanie dotyczące zasad zdrowego odżywiania poprzedzone jest pracą domową. Seniorzy poproszeni są o notowanie składu spożywanych przez siebie posiłków przez okres 1–2 tygodni. W trakcie spotkania ich „dzienniczki” analizowane są przez dietetyka. Dzięki tego rodzaju profesjonalnym konsultacjom uczestnicy warsztatu otrzymują cenne wskazówki dotyczące zdrowej, zbilansowanej diety dostosowanej do ich indywidualnych potrzeb. Oprócz konsultacji z dietetykiem, projekt przewiduje wykład dotyczący najczęściej popełnianych przez osoby starsze błędów żywieniowych, takich jak niewystarczająca ilość spożywanych płynów, dieta uboga w pełnowartościowe białko, interakcje produktów spożywczych z lekami i tym podobne (Nilsson, 2006).

„Pasja dla życia” kładzie nacisk na interakcję osób starszych z pozostałymi uczestnikami warsztatów oraz na całościowe zwiększenie aktywności społecznej uczestników. Spotkanie poświęcone sieciom społecznym (*social networks*) ma za zadanie uświadomienie seniorom, że stanowią integralną część pewnej szerszej struktury społecznej oraz że są otoczeni siecią kontaktów międzyludzkich. Zadanie praktyczne polega, między innymi, na graficznym rozrysowaniu sieci własnych kontaktów rodzinnych, towarzyskich, sąsiedzkich, instytucjonalnych, i zastanowieniu się nad wpływem i znaczeniem tych kontaktów dla naszego życia (Nilsson, 2006).

Podsumowując, można powiedzieć, że projekt „Pasja dla życia” obala stereotypy, zapobiega dyskryminacji ze względu na wiek, promuje konstruktywne podejście do zarządzania czasem, inspirowanie do zmian stylu życia i nawyków. Wyposaża osoby starsze w wiedzę i narzędzia niezbędne do działania. Uczy wprowadzania pozytywnych zmian metodą małych kroków. Stawia seniorów i ich codzienne życie w centrum zainteresowania.

Ocena projektu

Analiza głównych założeń teoretycznych i metodologicznych, scenariuszy spotkań oraz doniesień medialnych na temat projektu pozwala na dokonanie jego oceny z uwzględnieniem wad i zalet, mocnych i słabych stron. Perspektywa autorki usytuowana jest w polskim kontekście społeczno-kulturowym, stąd też projekt jest oceniany jako zjawisko potencjalnie adaptowalne w naszym kraju. Ocena koncentruje się na aspektach metodologicznych, merytorycznych i organizacyjno-formalnych, nie uwzględniając gło-

sów samych uczestników, z uwagi na brak dostępu do ankiet wewnętrznych. Ewaluacja stanowi rezultat własnych doświadczeń i przemyśleń autorki.

Głównym powodem, dla którego lokalna inicjatywa – „Pasja dla życia” – stała się rozpoznawalna dla mediów i opinii publicznej, był proces jej stopniowego umiędzynarodowienia i popularyzacji. Fenomen projektu polega na jego błyskawicznym rozprzestrzenianiu się zarówno w skali kraju, jak i na arenie międzynarodowej. W ciągu ośmiu lat od pilotażowej edycji w programie wzięło udział 30 tys. uczestników oraz 2 tys. trenerów w ośmiu krajach świata. Proliferacja projektu odbywa się na zasadzie „łańcuszkowej”, a jej główną siłą napędową jest marketing szeptany. Każda edycja projektu kończy się rekrutacją nowych wolontariuszy, którzy aktywnie włączają się w jego popularyzację oraz współorganizują kolejne spotkania. Zaangażowanie byłych uczestników pozytywnie wpływa na wiarygodność programu oraz pozwala na ciągłe doskonalenie scenariuszy spotkań w oparciu o doświadczenia z poprzednich edycji. W praktyce projekt jest swoistym kontinuum, które podlega modyfikacjom. Dzięki aktywnemu zaangażowaniu uczestników żadna seria spotkań nie przebiega tak samo. Projekt oferuje infrastrukturę i ramy teoretyczne, jednak to sami seniorzy wypełniają spotkania treścią i znaczeniem.

Z punktu widzenia współczesnej gerontologii społecznej zaletą programu okazuje się sposób konceptualizacji procesów związanych ze starzeniem się i starością. Starość jest przedstawiana jako naturalny etap w życiu człowieka, który pociąga za sobą szereg możliwych do przewidzenia wyzwań. Myśl przewodnia projektu zakłada, że proces starzenia się sam w sobie nie musi być problematyczny. Odpowiednie przygotowanie, wsparcie otoczenia i zastosowanie metody małych kroków to narzędzia wystarczające, by efektywnie podnosić jakość swojego życia. Przez projekt przemawia typowe dla Skandynawów przekonanie, że perspektywa długofalowa i nacisk na prewencję (a nie interwencję) przynosi najlepsze rezultaty – tak w polityce społecznej, jak i w dążeniu do własnego dobrostanu. Projekt odcina się od tradycji medykalizacji starości, dzięki organizowaniu spotkań w neutralnych, przytulnych lokalizacjach, usytuowanych poza szpitalami, klinikami i innymi placówkami służby zdrowia. Psychologiczna i terapeutyczna wartość projektu wyraża się poprzez indywidualne, holistyczne podejście do potrzeb uczestników oraz dzięki uświadomieniu im znaczenia potencjału i mocy sprawczej, zasobów drzemiących w każdym człowieku. Opisana w poprzedniej sekcji metodologia projektu kładzie nacisk na ciągłość zmian, które następują powoli, acz konsekwentnie, niczym koło wtaczane pod górę. Trenerzy są świadomi, że osobom starszym, samotnym lub niesamodzielnym brakuje motywacji i wiedzy niezbędnej do dokonania zmian. Postawę ludzi starych cechuje często niechęć do zmian, lęk przed zmianami, rozumianymi jako ingerencja w raz zastany *status quo*.

Biorąc pod uwagę aspekty organizacyjne i formalno-prawne projektu, jego niewątpliwą zaletą jest współpraca czterech różnych środowisk: władz samorządowych, organizacji pozarządowych, ekspertów (gerontologów, geriatrów, dietetyków) oraz seniorów. W przypadku gminy Jönköping, kolebki „Pasji dla życia”, samorząd reprezentuje organi-

zacja Qulturum – jednostka organizacyjna rady okręgowej regionu Jönköping, a trzeci sektor – dwie organizacje seniorskie: Krajowa Organizacja Emerytów oraz Szwedzkie Stowarzyszenie Seniorów. Tego rodzaju współpraca jest przykładem praktycznej realizacji dialogu społecznego, jednego z fundamentalnych wyznaczników nordyckiego modelu państwa dobrobytu. Inną, nie mniej istotną cechą inicjatywy jest jej oddolny, niezinstytucjonalizowany charakter, dzięki czemu zachowuje merytoryczną i ideologiczną niezależność od szerszego dyskursu politycznego. Przykładem precedensu jest włączenie głównych założeń projektu „Pasja dla życia” w oficjalną strategię rozwoju ochrony zdrowia regionu Skania w południowej Szwecji na lata 2010–2013. W ten sposób lokalna inicjatywa może stać się inspiracją dla polityk publicznych.

Dokonując oceny lokalnych inicjatyw na rzecz osób starszych, nie sposób pominąć aspekty finansowe, które często stanowią barierę uniemożliwiającą przeniesienie koncepcji na grunt praktyczny. Według informacji udzielonych przez inicjatorów programu, realizacja „Pasji dla życia” na gruncie szwedzkim odbywa się bezgotówkowo, na zasadzie dobrowolnego zaangażowania ekspertów. Jedynym wyzwaniem jest znalezienie lokalu, w którym odbywają się szkolenia. Przy założeniu kameralnego, kilku-, kilkunastoosobowego charakteru spotkań, lokalizacją może być kawiarnia, świetlica lub inne miejsce publiczne, które nie wymaga wynajmu. Specyficzne warunki przestrzenne są jednak niezbędne podczas spotkania poświęconego aktywności fizycznej, gdyż wykład o roli ruchu i gimnastyki w życiu seniorów uzupełniony jest ćwiczeniami fizycznymi prowadzonymi pod okiem fizjoterapeuty. Biorąc pod uwagę grupę docelową programu, można przypuszczać, że udostępnienie pomieszczeń mogłoby leżeć w gestii osiedlowych Domów Seniora. Zaangażowanie ekspertów może odbywać się rotacyjnie, tak aby jeden specjalista włączał się w realizację programu na przykład raz do roku.

Dotychczasowa ocena programu jest w przeważającej mierze pozytywna, a przyznanie Europejskiej Nagrody Jakości Fundacji Króla Baudouina świadczy o docenieniu zalet projektu przez gremia międzynarodowe. Warto jednak zastanowić się nad ograniczeniami programu oraz obszarami, które mogłyby zostać poddane udoskonaleniu. Jednym z głównych ograniczeń jest dostosowanie oferty jedynie do potrzeb i możliwości seniorów sprawnych ruchowo lub sprawnie poruszających się w przestrzeni publicznej dzięki technologiom asystującym (np. wózkom inwalidzkim). Na spotkania trzeba regularnie przychodzić, niektóre z nich wymagają dodatkowej aktywności fizycznej w postaci wspólnie wykonywanych ćwiczeń. Grupą wykluczoną z możliwości udziału w programie są zatem seniorzy ze zdiagnozowanym zespołem słabości (*frailty syndrome*), osoby niesamodzielne, nieopuszczające gospodarstwa domowego, pacjenci szpitali, klinik i hospicjów. Metody stosowane przez instruktorów szkoleń (wspólne wypełnianie kwestionariuszy, czytanie książek, prowadzenie dzienniczka żywieniowego i inne) ograniczają grupę potencjalnych uczestników do osób niedotkniętych demencją ani innymi zaburzeniami funkcji poznawczych. Nasuwa się konkluzja, że projekt „Pasja dla życia” aktywizuje osoby relatywnie samodzielne i sprawne.

Podsumowanie

Wydatki publiczne na opiekę długoterminową w krajach nordyckich należą do najwyższych na świecie. Wyrażone jako procent PKB, w 2010 roku wynosiły 3,9 procent w Szwecji, 4,5 procent w Danii, w porównaniu do 0,7 procent w Polsce czy 0,3 procent na Słowacji (Lipszyc, Sail i Xavier, 2012). W perspektywie długofalowej wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze związane ze starzeniem się populacji może przyczynić się do niewydolności finansowej systemów, które nie zdołają zaspokoić potrzeb starzejącego się pokolenia powojennego wyżu demograficznego. Zmiany te powodują, że nawet w tradycyjnych państwach opiekuńczych, kojarzonych z tendencją do defamilizacji usług opiekuńczych, dochodzi do wzrostu ilości oddolnych, nieformalnych inicjatyw realizowanych przez lokalne społeczności i podmioty trzeciego sektora. Pełnią one funkcję komplementarną wobec coraz bardziej skromnej oferty sektora publicznego.

Projekt „Pasja dla życia” jest przykładem dobrej praktyki w dziedzinie aktywizacji seniorów na szczeblu lokalnym oraz świadectwem korzyści płynących z partnerstwa władz samorządowych, organizacji pozarządowych i specjalistów z dziedziny gerontologii. Wiarygodności dodaje mu fakt, iż założycielką i propagatorką programu jest 75-letnia Szwedka, lekarka, która, mając na co dzień styczność z osobami starszymi, dostrzegła potrzebę przekazania im fachowej wiedzy w przystępny sposób oraz zbudowania siatki społecznych kontaktów, podtrzymywanych na długo po zakończeniu udziału w programie.

Bibliografia

- Jurek Ł., 2012, „Aktywne starzenie się” jako paradygmat w polityce społecznej, „Polityka społeczna”, nr 3.
- Lipszyc B., Sail, E., Xavier A., 2012, *Long-Term Care: Need, Use and Expenditure in the EU27*, „Economic Papers 469”, Unia Europejska.
- Marshall T. H., 1964, *Class, Citizenship, and Social Development*, Greenwood Press, Michigan.
- Nilsson A., 2006, *Passion för Livet. Projektrapport*, Qulturum, Jönköping.
- Swedish Pension Age Commission 2013, *Åtgärder för ett längre arbetsliv*, Swedish Government Official Report, SOU:25.
- Zapędowska-Kling K., 2013, *Polityka społeczna wobec osób starszych w krajach skandynawskich – przykłady dobrych praktyk*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica”, nr 291.

Netografia

- Bardon R., 2014, *Europeiskt kvalitetspris till Passion för livet*, Qulturum, <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=19538&nodeId=32179>, stan z dnia 11.01.2016.

- Eurobarometr 2012, *Active Ageing: Special Eurobarometer 378*, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf, stan z dnia 11.01.2016.
- Eurostat 2012, *Life Expectancy at Birth, by Sex*, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00025>, stan z dnia 11.01.2016.
- Eurostat 2014, *Employment Rates for Selected Population Groups 2003–13*, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics, stan z dnia 11.01.2016.
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 2014, *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych*, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos>, stan z dnia 11.01.2016.
- WHO 2001, *Active Ageing Makes the Difference*, Światowa Organizacja Zdrowia, http://www.who.int/ageing/publications/alc_embrace2001_en.pdf, stan z dnia 11.01.2016.



Maria Łuszczżyńska

Centrum Dialogu Międzypokoleniowego jako inicjatywa budująca kapitał społeczny bez względu na wiek

Słowa kluczowe: starzenie się, dialog, kapitał społeczny, społeczne wsparcie pokoleń, Centrum Dialogu Międzypokoleniowego

Keywords: ageing, dialogue, social capital, social support of generations, Transgenerational Dialogue Center

TRANSGENERATIONAL DIALOGUE CENTER AS THE CREATING THE SOCIAL CAPITAL NO MATTER OF PARTICIPANTS AGE

Abstract: Generation gap, which is typical since ages, nowadays gets the stronger meaning because of ageing of the world population. It is recommended to seek any ways for breaking the stereotypes, reluctance, and ignorance prevailing between different generations living together in one society. The aim of the article is presenting the wide social context of Transgenerational Dialogue Center, which is the proposition to get the common action, to promote, to create the social bounds and occasion to making the transgenerational dialogue. It is the draft of the project possible to implement in the regular community and central area of meeting people in different age together.

*Istnieć – to znaczy dialogowo obcować z kimś (...)
tylko w obcowaniu, we wzajemnym oddziaływaniu (...)
odślania się człowiek w człowieku – wobec siebie i innych.
M. Bachtin*

Wstęp

W każdym roku Unia Europejska inicjuje działania na rzecz określonych zjawisk społecznych, na które chce zwrócić uwagę obywateli wszystkich krajów zrzeszonych. W ten sposób po dialogu międzykulturowym w 2008 roku, kreatywności i innowacji w 2009 roku, ubóstwie i wykluczeniu społecznym w 2010 roku i wolontariacie w 2011 roku przyszedł czas na Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej w roku 2012¹. Wszystkie te działania są nastawione w celach długofalowych na wzmacnianie społecznego uczestnictwa.

Jak zauważa A. Klimczuk: „Obywatelskie nieuczestnictwo w życiu publicznym należy do najważniejszych problemów współczesnej Polski. Zjawisko to czyni wszystkie pokolenia równymi, a przeciwstawienie się mu wymaga przełamania barier integracji międzypokoleniowej” (Klimczuk, 2010, s. 92). Budowanie solidarności międzypokoleniowej nie jest możliwe bez dialogu między pokoleniami. Jedynie taki dialog umożliwia/wspiera wymianę między osobami w różnym wieku – nie tylko między tzw. młodymi i starszymi, ale też między tymi, którzy w sposób oczywisty nie są brani pod uwagę w działaniach na rzecz wymiany międzypokoleniowej, uznani za zbyt zajętych zarabianiem pieniędzy na utrzymanie pokolenia najmłodszego i najstarszego.

Na czym polega w swojej istocie dialog międzypokoleniowy? *Dialog* – słowo odwołując się do greckiego *dialogos* – oznacza rozmowę, zwłaszcza dwóch osób, w utworze literackim (Kopaliński, 1987, s. 206). Analizując elementy składowe greckiego źródłosłowu *dia-* i *logos*, można mówić o wymianie (*dia*) pojęć, słów i nauki (*logos*) (*Słownik wyrazów obcych*, 1971, s. 435). Według innej definicji dialog to „wzajemna wymiana myśli co najmniej dwóch osób, w którym dochodzi do wymienności ról nadawcy i odbiorcy z pełnym poszanowaniem prawa do własnych poglądów, celem wzajemnego poznania się i zrozumienia prowadzącego do wzajemnego zbliżenia się osób” (Śnieżyński, 2001, s. 9). To poznanie i rozumienie dokonuje się w trakcie wymiany poglądów, zadawania pytań i poszukiwania na nie odpowiedzi. Umiejętne formułowanie pytań i udzielanie odpowiedzi, stanowiące treść dialogu, istotnie wpływa na rozwój osobowości, samodzielność myślenia i działania stron zaangażowanych w dialog. W potocznym rozumieniu dialog jest wypowiedzią wielopodmiotową, rozmową dwóch lub więcej osób. Należy również zauważyć, że prowadzenie dialogu może dokonywać się i – jak to często zdarza się w praktyce życia społecznego – dokonuje się nie tylko poprzez słowa, ale też przez wspólne działanie, bycie obok siebie i ze sobą. W tym sensie, w oparciu o dorobek nauk

¹ Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej został ustanowiony Decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012), opublikowaną w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej L 246/5 (dalej: Dz. UC) z 17.02.2011, nr 51, s. 55.

o komunikacji społecznej, dialogowanie byłoby zarazem także i rozmową niewerbalną – opartą na aktywności i obecności.

Z cech definicyjnych dialogu wynikają znaczące konsekwencje społeczne. Jeśli dialog wykroczy poza granice rodziny, grupy, najbliższego pokolenia i osiągnie poziom międzypokoleniowy, to dzięki jego budowaniu rozpocznie się i wzmocni proces wymiany tożsamości, której nośnikami są poszczególne pokolenia, w większym stopniu te, które są starsze. W dialogu każda jego strona ma szansę zaistnieć w swojej odrębności i odmienności, a jednocześnie w relacji z innymi. Budowanie obecności społecznej, przeciwdziałającej marginalizacji niektórych grup społecznych, nie tylko przeciwdziała temu zjawisku ale też – przez aktywizowanie tych grup zagrożonych wykluczeniem – pozwala na dookreślanie ich tożsamości społecznej.

Celem niniejszego artykułu jest pokazanie szerokiego kontekstu społecznego, związanego z pojawianiem się inicjatyw o charakterze promocyjnym i konstruktywnym, budujących więzi społeczne, oparte na komunikacji i dialogu międzypokoleniowym. Takie inicjatywy zostały określone mianem Centrum Dialogu Międzypokoleniowego i zaprezentowane jako szkic dla tych, którzy w przyszłości zamierzają podjąć podobne działania.

Problemy międzypokoleniowe

Dialog międzypokoleniowy nie przebiega płynnie i bezproblemowo. Jako zjawisko społeczne staje się on obecnie przedmiotem coraz większej liczby badań, z których wynika, że nie potrafimy go prowadzić. Potwierdzają to zleczone przez Rzecznika Praw Obywatelskich analizy. Ich głównym wnioskiem jest przykra konstatacja, że osoby młodsze i starsze nie mają ze sobą łatwego kontaktu. Młodzi chcą słuchać, co starsi mają im do powiedzenia, ale z kolei starsi nie potrafią rozmawiać z młodymi. Często ma to związek z negatywnym kontekstem spotkań międzypokoleniowych. Na ogół dochodzi do nich w miejscach publicznych – takich jak poczekalnia w przychodni lekarskiej, komunikacja miejska, sklep, poczta, ulica – gdzie odbywa się walka o przestrzeń, co prowadzi do wyzwolenia nieprzyjemnych emocji, utrudniając znacząco komunikację i współdziałanie². Jak się okazuje, młodzi ludzie są gotowi na komunikację z osobami starszymi od siebie, ale często spotykają się z dyrektywnością oraz postawą roszczeniową, cechującymi starsze pokolenie. I to właśnie mogą być czynniki ograniczające kontakt międzypokoleniowy.

W tym samym badaniu dowiedziono, że więcej barier związanych z nawiązywaniem kontaktu leży po stronie starszego pokolenia. Zdaniem autorów badań, wynika to, z jednej strony, z przekonań osób starszych na temat ich bogatszego doświadczenia życiowego i monopolu na najlepsze rozwiązania; z drugiej zaś – z ich „domatorskim” stylem spędzania wolnego czasu po zakończeniu aktywności zawodowej, znacznie ograni-

² Badania na zlecenie RPO, przeprowadzone przez Dom Badawczy Maison wraz z Towarzystwem Inicjatyw Twórczych „ę” wśród osób w wieku 18–90 lat. Było to badanie jakościowe, a nie ilościowe. Por. <http://www.rpo.gov.pl/pliki/13401198100.pdf>, stan z dnia 11.01.2016.

czającym wachlarz pomysłów na spędzanie czasu wolnego. Wiąże się to również zarówno z lękiem przed nowymi doświadczeniami, jak i ograniczeniami finansowymi. Starsze pokolenie jest ponadto przekonane o tym, że wielu rzeczy nie wypada robić³. Wnioski z przytoczonych badań wskazują na potrzebę większego wsparcia starszych uczestników tej korelacji w nawiązywaniu i podtrzymywaniu dialogu międzypokoleniowego. Można to robić wspólnie przez wymianę umiejętności, rozmowy na tematy, które interesują obydwie strony (młodzi ludzie chcą słuchać o tym, jak się kiedyś żyło, chętnie również słuchają anegdot i historii z życia starszych pokoleń oraz historii rodzinnych, budujących ich przynależność rodzinną i lokalną). Kolejnym działaniem jest tworzenie przestrzeni do spotkań. Należy też wykreować pozytywny model seniora – w mediach i środowiskach osób młodych⁴.

Kłopoty w nawiązywaniu i utrzymywaniu komunikacji międzypokoleniowej mogą być jednak przejawem czegoś głębszego, co badacze określają mianem konfliktu pokoleń, wskazując na jego nieuchronność. Konflikt pokoleń to przede wszystkim odmienne zdania i poglądy, system wartości, upodobania, wrażliwość, światopogląd, interpretacja zdarzeń oraz skłonności ludzi w różnym wieku. Odnosi się on zarówno do pokoleń bliższych, jeśli chodzi o charakter pokrewieństwa (rodzice – dzieci), jak i pod tym względem dalszych (wnuki – dziadkowie). Zaczyna się w rodzinie i głównie przejawia się w systemie wychowawczym, który niejako manifestuje różnice w interpretacji zdarzeń. Następnie przenosi się na obszar edukacyjny, a na końcu – społeczny. W tym ostatnim konflikt pokoleń „atakuje” takie sfery jak polityka społeczna, służba zdrowia, rynek pracy, przestrzeń publiczna, media.

Jakie są objawy tego konfliktu, poza oczywistym brakiem kontaktu lub niechęcią jego nawiązywania i podtrzymywania? Do głównych oznak można zaliczyć postawę wrogości lub dystansu wobec osób z innej grupy wiekowej, generalizacje w wypowiedziach na temat sposobów funkcjonowania grup wiekowych innych niż własna, stereotypowe wyolbrzymianie negatywnych cech danego pokolenia, postawa wyższości i siły lub wstydu i wycofania. Oczywiście to wszystko nie jest normą w kontaktach międzypokoleniowych, lecz jedynie przejawami konfliktu międzypokoleniowego.

U podstaw konfliktu leżą potrzeby wspólne wszystkim pokoleniom, niezależnie od sytuacji, w jakiej się znajdują. Naczelną wartością i potrzebą jest chęć rozwoju, rozumiana jako nabywanie własnych doświadczeń i samodzielne uczenie się, oraz potrzeba niezależności w tym procesie. Każda ingerencja w te potrzeby powoduje opór, sprzeciw, bunt i zerwanie komunikacji. A to zaognia konflikt, który – w przypadku jednoczenia się osób w podobnym wieku – nosi znamiona międzypokoleniowego (Olubiński, 2001; Wrzesień, 2003).

³ Ibidem.

⁴ Ibidem.

Należy jednak zauważyć, że jeśli popatrzy się na konflikt z perspektywy potrzeb – niezaspokojonych, eskalowanych, stłumionych – to nabiera on charakteru bardzo konstruktywnego i prorozwojowego. Służy jako obszar manifestacji i dzięki temu może przyczyniać się do nawiązywania kontaktu i poruszania trudnych tematów rozwojowych, a tym samym zwiększać świadomość społeczną poszczególnych grup wiekowych w wymiarze poznawania siebie i innych.

Centrum Dialogu Międzypokoleniowego: postulaty

Postulat stworzenia Centrum Dialogu Międzypokoleniowego (CDM) stanowi odpowiedź na ukazane powyżej konflikty. Celem nie jest ich zażegnanie, gdyż pozytywne elementy konfliktu wskazują, że ma on w dużej mierze twórczą energię – przez ujawnianie odmienności i rozbieżności może prowadzić do integracji, a nie unifikacji, co stanowi podstawę tolerancji (Nocuń, Szmagalski, 1996, s. 111–134). CDM jest raczej platformą, na której te konflikty mogą się w pełni ujawnić.

CDM może być zarazem rozpatrywane dwojako: po pierwsze, w znaczeniu społecznej rzeczywistości, czyli niejako w rzeczywistości wirtualnej, bezadresowej, nieinstytucjonalnej, ale po drugie, przeciwnie, jako instytucja, struktura, afisz.

W niniejszej części artykułu CDM zostanie omówione w obu znaczeniach – społecznym i instytucjonalnym. Ich powiązanie jest konieczne do wypracowywania efektów działań, które są wspólne tak dla CDM jako inicjatywy społecznej, jak i instytucji. Co więcej, bez wykształcenia tych dwóch płaszczyzn działania CDM, nie można odnieść sukcesu w którymkolwiek z wymienionych wyżej aspektów.

W pierwszym znaczeniu CDM, rozumiane jako inicjatywa społeczna, jest formułą dla organizacji czasu z poszanowaniem inności i zasobów wszystkich uczestników przedsięwzięcia. W tym przypadku CDM powinno rozwijać się od działań o charakterze wewnątrzrodzinnym.

Rodzina jest bowiem najbliższym i najbardziej naturalnym środowiskiem budowania relacji międzypokoleniowych oraz nabywania umiejętności komunikacji między przedstawicielami tej samej rodziny i różnych grup wiekowych. Niestety, w świetle współczesnego kryzysu rodziny, zaniku rodzin wielopokoleniowych, dominacji życia zawodowego nad rodzinnym, zmiany sposobów spędzania wolnego czasu na bardziej wirtualny i medialny – opisywanych przez badaczy zjawiska (Kwak, 2005; Slany, 2002; Warzywoda-Kruszyńska, Szukalski, 2004; Tyszka, 2003) – kształtowanie komunikacji między pokoleniami wydaje się być ogromnym wyzwaniem (Salamon, Moździerz, 2008, s. 209–214).

Rodzina może być materią Mikrocentrum Dialogu Międzypokoleniowego. Jest to punkt wyjścia dla budowania kapitału międzypokoleniowego, zarazem najtrudniejsza część tego projektu. Co jest potrzebne do realizacji powyższego zadania? Wypracowanie metody pracy z rodziną: z jednej strony bazującej na najlepszych technikach pracy so-

cialnej, takich jak Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach⁵ (Szczepkowski, 2010), Konferencja Grupy Rodziny⁶ (Przeperski, 2007), Wideotrening Komunikacji VIT⁷ (Reczek, Miś, 2001), praca z rodziną i grupą (jako egzemplifikacja drugiej metody pracy socjalnej), aktywizacja środowiska lokalnego (jako egzemplifikacja trzeciej metody pracy socjalnej), a z drugiej – odwołującej się do dorobku psychologii i psychoterapii, szczególnie metod terapeutycznych związanych z pracą z rodziną, jak na przykład terapia systemowa, psychoterapia analityczna czy bardzo kontrowersyjna terapia metodą Berta Hellinger⁸ (Weber, 2004).

Dobrym przykładem działania służącego wypracowaniu metody komunikacji wewnątrzrodzinnej jest dialog edukacyjny⁹, którego uniwersalna formuła może być stosowana zarówno w rodzinie, jak i w instytucjach edukacyjnych (Śnieżyński, 2008, s. 299–325). Połączenie oddziaływań psychospołecznych i terapeutycznych miałyby pomóc odbudować ten kapitał rodziny, który został zaprzepaszczonej w wyniku izolacji, redukcji, regresu, uwięzienia w bezradności, jawnej i ukrytej, stworzyć wzór skutecznego odbudowywania komunikacji w rodzinie, usprawniania jej współpracy i nawiązywania więzi, co mogłoby się przełożyć na organizację wspólnego czasu w rodzinie wokół takich wartości jak szacunek, zaufanie, wymiana, współdziałanie. Problem polega na tym, że

⁵ Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach jest nową metodą pracy z klientem nie tylko w pomocy społecznej, ale przede wszystkim w terapii i z terapii zaadaptowana do pracy socjalnej. Nie mówi się w niej o problemach, a raczej o realnych celach i zmianach. Jednym z założeń jest najbardziej optymalne zdiagnozowanie i wykorzystanie zasobów osoby, której się udziela wsparcia, zamiast analizowania przyczyn i przebiegu problemów, co często po prostu stygmatyzuje i hamuje rozwój. Praca na zasobach i wszelkie techniki stosowane w PSR stanowią dla klienta źródło siły do podejmowania działań w kierunku zmiany. Więcej na temat tej metody.

⁶ Konferencja Grupy Rodziny jest metodą wspierania rodziny przy pomocy jej najbliższego otoczenia – członków bliższej i dalszej rodziny, znajomych i sąsiadów. Podczas spotkania wszystkich sprzymierzeńców rodziny jego uczestnicy sami identyfikują źródła problemu i planują strategię wsparcia. Pracownicy pomocy społecznej pełnią jedynie funkcję wspierającą, porządkującą, i nie angażują się bezpośrednio w działania, przekazując odpowiedzialność za zmianę na system rodzinny.

⁷ Metoda wideo treningu komunikacji (VIT) polega na wprowadzeniu kamery video jako narzędzia towarzyszącego interwencji w środowisku osoby, której się udziela wsparcia. Kamera ma za zadanie rejestrowanie sposobów i form komunikacji, a osoba pomagająca wybiera z tych nagrań takie elementy, które pokazują nawet najmniejsze zasoby i pozytywne zmiany w komunikowaniu się osób wspieranych. Ma to na celu wsparcie i wzmocnienie naturalnych zasobów do budowania relacji wewnątrzrodzinnych.

⁸ Metoda Ustawień Systemowych opiera się na przekonaniu, że problemy człowieka wynikają przede wszystkim z relacji między ludźmi, głównie w obrębie rodziny, a także z wydarzeń, które w rodzinie (systemie) miały miejsce. Rozwiązanie tych problemów znajduje się również w systemie rodzinnym.

⁹ Dialog edukacyjny służy wykorzystywaniu najstarszej metody komunikacji międzyludzkiej do wymiany myśli i budowania porozumienia. W tej metodzie należy założyć, że obie strony dialogu mają jakąś część racji i ich subiektywność jest szansą na wzajemne uczenie się, a nie bezpośrednim zagrożeniem dla mnie i mojej tożsamości. Dialog jest wykorzystywany szeroko we wszystkich naukach humanistycznych i społecznych, i w ramach każdej dyscypliny znajduje on dla siebie zagospodarowaną przestrzeń.

w Polsce rodzina jest hermetycznym organizmem, który w imię utrzymania niezależności często chroni deficyty, dysfunkcje, antywartości. Nie chodzi więc o stworzenie metody, lecz o zachęcenie rodziny do rozwoju, tak żeby dostrzegła swoje deficyty i zasoby oraz żeby chciała dokonać zmian – w komunikacji i jakości więzi wewnątrzrodzinnych.

Propozycję na usprawnienie komunikacji i dialogu wewnątrzrodzinnego podaje – w oparciu o sprawdzone koncepcje psychologiczne – Adam Solak. Píše on, że najważniejszą kwestią jest odróżnienie dialogu od komunikacji, gdyż tylko ten pierwszy, wyrażony w rozmowie, może nie ograniczać wszystkich jego uczestników, pozwolić na wyrażanie uczuć, emocji i przeżyć każdego członka rodziny. Kolejne wskazówki dotyczą podmiotowego traktowania dziecka – uznania go za niezależną osobę, która ma prawo do swojego zdania, własnych słabości, błędów, planów i celów, a przede wszystkim jest odrębna od rodziców. Warunkiem zaistnienia dialogu wewnątrz rodziny jest wspólnie spędzany czas, podczas posiłków, zabaw, wspólnych działań – zakupów, wycieczek, podróży do i ze szkoły lub przedszkola, rodzinnych uroczystości. Nie bez znaczenia jest język, jakiego używa się w dialogu. Musi go cechować akceptacja tego, co się słyszy, i tego, co się mówi. Akceptacja ma dotyczyć nie tyle treści, co samego człowieka; często również musi on odnosić się nie tylko rozmówcy, ale też samego siebie. Obok zrozumienia i akceptacji ważne jest empatyczne słuchanie, polegające na wczuciu się w sytuację rozmówcy, uważnym wysłuchaniu i sparafrazowaniu jego wypowiedzi lub też odzwierciedleniu uczuć rozmówcy bądź swoich pod wpływem tych wypowiedzi (Solak, 2007, s. 155–160).

Zmiana sytuacji, i w efekcie wypracowanie dialogu wewnątrzrodzinnego, może doprowadzić do kolejnego etapu – tworzenia z CDM inicjatywy społecznej, czyli do kreowania inicjatyw rodzinnych, zarówno jednej rodziny, jak również rodzin zaprzyjaźnionych, pozostających ze sobą w relacjach przyjacielskich. Zatem od inicjatyw rodzinnych, takich jak wspólne spędzanie czasu, bez napięć, w atmosferze szacunku dla wszystkich członków rodziny, przechodzi się do wspólnej organizacji przedsięwzięć wielorodzinnych. Wśród takich zdarzeń można wymienić: wspólne wyjazdy, pikniki, wycieczki, spotkania towarzyskie, udział w imprezach kulturalnych, w działaniach wolontarystycznych o charakterze przedsiębiorczym lub na rzecz innych zaprzyjaźnionych rodzin, a także udzielanie pomocy w zaspokajaniu ich potrzeb.

Jeśli rodzina potrafi wykreować takie sposoby komunikacji wewnętrznej, że żaden z jej członków nie jest zraniony, że niezależnie od wieku każdy z nich ma tam swoje miejsce – bez lęku potrafi innym dawać i przyjmować od nich uwagi, informacje, zainteresowanie – to będzie również potrafiła komunikować się z innymi rodzinami w ich pokoleniowym zróżnicowaniu.

W tym momencie pojawiają się relacje nie tylko wertykalne (między różnymi pokoleniami), ale też horyzontalne (między członkami kilku rodzin w tym samym wieku). Jest to newralgiczny moment, w którym albo mogą narastać konflikty między pokoleniami albo też pokolenia mogą korygować się wzajemnie, w celu zachowania całościowej struktury swych kontaktów, budując międzypokoleniową komunikację wspierającą.

Kolejnym etapem wspierania rozwoju tego typu komunikacji stają się międzypokoleniowe zdarzenia społeczne. Zaliczają się do nich wszelkie działania środowiskowe, nie tylko będące rezultatami stosowania metody środowiskowej w pracy socjalnej (Wódz, 1998), ale też inicjatywy oddolne, dotyczące działań środowiskowych, szczególnie w małych wspólnotach lokalnych – t.j. małych ojczyznach. Te działania mogą mieć charakter planowy, być realizowane z ramienia instytucji lokalnych. Mogą też stanowić wyraz inicjatyw oddolnych – samodzielnych, samoorganizujących się grup międzypokoleniowych. Do takich przedsięwzięć zaliczyć można rozmaite formy wspólnego spędzania czasu (i podejmowania związanych z tym zadań), takie jak: pikniki rodzinne i lokalne, imprezy sportowe, kiermasze, festiwale, konkursy, turnieje, przeglądy różnorodnej twórczości, zabawy integracyjne, wspólne wyjazdy, wycieczki, imprezy turystyczne, krajoznawcze, plenerowe, mecze, działalność wolontarystyczna – w tym wymiana dóbr i usług między pokoleniami, wspólne tworzenie sztuki, uczestnictwo w kulturze i inne.

Jeśli w organizację takich imprez angażują się instytucje, to najczęściej są to instytucje edukacyjne (m.in. przedszkola, szkoły, uczelnie, uniwersytety trzeciego wieku), jednostki samorządu terytorialnego i podległe im podmioty (m.in. urzędy gmin i miast, ośrodki pomocy społecznej, bursy, świetlice środowiskowe, domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy), organizacje wyznaniowe oraz pozarządowe. Jeśli te inicjatywy mają charakter oddolny, to najczęściej organizatorami płaszczyzny komunikacji międzypokoleniowej są wspólnoty – wielorodzinne, przyjacielskie, sąsiedzkie, lokalne, kościelne. Na tej płaszczyźnie CDM stanowi mechanizm wspomagający współdziałanie i wspólną organizację czasu. Staje się to projektem ogólnospołecznym, spontanicznym i intuicyjnym, nie instytucjonalnym.

Zwieńczeniem drogi rozwoju dialogu międzypokoleniowego jest wsparcie i promowanie porozumienia – bez względu na wiek – w takich sferach życia społecznego jak: zatrudnienie, sprawy socjalne, polityka równych szans, edukacja, kultura, zdrowie, badania naukowe, społeczeństwo informacyjne, polityka regionalna, polityka transportowa. W tych obszarach w procesie powstawania społeczeństwa obywatelskiego można tworzyć ten dialog w sposób naturalny (wariant trudniejszy, bardziej czasochłonny i narażony na większe ryzyko zerwania komunikacji) lub też korzystać ze wsparcia państwa, chociażby w ramach programów i strategii politycznych oraz – co za tym idzie – projektów strukturalnych.

Wyrazem takiego wsparcia może być formuła Centrum Dialogu Międzypokoleniowego jako instytucji mającej adres, symboliczną tabliczkę przy wejściu i określoną strukturę organizacyjną. Gotowa do zagospodarowania przestrzeni, podkreślająca instytucjonalny wymiar działań, daje większe szanse na powodzenie, chociażby ze względu na specjalnie przeznaczone dla celów tej instytucji miejsce/przestrzeń. Wspomniane wcześniej badania na temat komunikacji międzypokoleniowej¹⁰ wskazują na brak „po-

¹⁰ http://wyborcza.pl/1,91446,11942407,Badania__nie_potrafimy_prowadzic_dialogu_miedzypokoleniowego,stan_z_dnia_11.01.2016.

zytywnej przestrzeni”, która miałaby sprzyjać spotkaniom, nie generować kosztów, tworzyć atmosferę współpracy, a nie rywalizacji. Być może przestrzeń ugruntowana przez instytucje dawałaby okazję do podejmowania wspólnych inicjatyw. Można tu przywołać przykład *community center* organizowanych w Oslo, w przypadku których już samo miejsce jest niezastąpionym wsparciem w działaniach międzypokoleniowych i międzykulturowych¹¹.

Poniżej zaprezentowano propozycję zorganizowania Centrum Dialogu Międzypokoleniowego jako instytucji centralnej, załączka ośrodka, który w ramach celów pośrednich realizowałby założenia polityki prorodzinnej rozumianej jako działania na rzecz poprawiania sytuacji rodziny. Jego struktura, uwzględniająca całościowo potrzeby międzypokoleniowe, mogłaby wyglądać następująco:

1. **Dział edukacyjny** odpowiedzialny za realizację projektów edukacyjnych we współpracy z różnymi instytucjami, takimi jak przedszkola, szkoły, uczelnie, uniwersytety trzeciego wieku;
2. **Dział wolontariatu** odpowiedzialny za inicjowanie i koordynację działań o charakterze wzajemnej wymiany dóbr i usług oraz za banki czasu;
3. **Dział organizacji inicjatyw międzypokoleniowych**, który odpowiadałby za organizację, koordynację i promocję różnych przedsięwzięć o charakterze sportowym, artystycznym, dyskusyjnym, środowiskowym i innych już wcześniej wymienionych, a także wspierałby pomysły nietypowe, jak na przykład: międzypokoleniowe degustacje potraw, napojów, cygar (dla ojca, syna, teścia) czy międzypokoleniowe pobyty w SPA (dla matki, córki, teściowej);
4. **Dział poradnictwa i terapii** zajmujący się wdrażaniem metody usprawniania dialogu międzypokoleniowego w rodzinie oraz świadczeniem poradnictwa w zakresie prawa, zdrowia, ubezpieczeń, psychologii;
5. **Dział badawczy** odpowiedzialny za organizację badań naukowych opisujących sytuację dialogu międzypokoleniowego w kraju i za granicą oraz analizujący nowości i zmiany na rynku produktów i usług (w tym społecznych, zdrowotnych, opiekuńczych);
6. **Dział współpracy z zagranicą**, którego celem jest wymiana doświadczeń w dialogu międzypokoleniowym, upowszechnianie wyników badań krajowych i zagranicznych, wymiany między różnymi grupami wiekowymi, wizyty studyjne;
7. **Dział inicjatyw medialnych** odpowiedzialny za wizerunek społeczny poszczególnych grup wiekowych, pracujący poprzez inicjowanie i organizowanie kampanii społecznych i medialnych.

Wszystkie powyższe działy miałyby za zadanie kreowanie inicjatyw związanych z obszarem swoich działań, a zarazem upowszechnienie tych działań i, na zasadzie patronackiej, gromadzenie informacji na temat różnych przedsięwzięć. Podstawowym celem

¹¹ Por. <http://www.sagenesamfunnshus.no/>, stan z dnia 11.01.2016.

funkcjonowania CDM – w opisanym powyżej kształcie – byłoby gromadzenie informacji, inicjowanie i organizowanie działań na rzecz wspierania i rozwoju dialogu międzypokoleniowego. Cele szczegółowe natomiast sprowadzałyby się do:

1. Podnoszenia ogólnej świadomości na temat znaczenia i przebiegu dialogu międzypokoleniowego;
2. Określenia właściwej roli i wkładu poszczególnych pokoleń dla gospodarki i społeczeństwa oraz wypracowywanie metod podnoszenia aktywności poszczególnych grup wiekowych;
3. Propagowanie idei solidarności międzypokoleniowej oraz witalności i poszanowania godności wszystkich ludzi, a także nasilenie działań na rzecz wykorzystania potencjału osób w każdym wieku niezależnie od ich pochodzenia i umożliwienie im prowadzenia samodzielnego życia;
4. Stymulowanie debaty, wymiana informacji i rozwój procesu wzajemnego uczenia się z udziałem reprezentantów wszystkich grup wiekowych i zainteresowanych podmiotów na wszystkich szczeblach, w celu promowania polityki na rzecz aktywności osób w każdym wieku, określenia i rozpowszechnienia dobrych praktyk, zachęcania do współpracy i sprzyjania synergii;
5. Promowanie działań wspomagających zwalczanie dyskryminacji ze względu na wiek, przewyżczanie stereotypów związanych z wiekiem i usuwanie przeszkód, hamujących społeczną integrację międzypokoleniową.

Należy podkreślić, że dwie omówione powyżej formy wypracowywania dialogu międzypokoleniowego – określone jako społeczna i instytucjonalna – są wobec siebie komplementarne i wzajemnie wpływają na jakość oraz rozwój dialogu międzypokoleniowego.

Dobre praktyki

Ze względu na wzmożone zainteresowanie tematami międzypokoleniowymi z racji proklamowania roku 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej można znaleźć wiele przykładów działań i inicjatyw mających na celu budowanie aktywności osób starszych. Bardzo często dzieje się to w oparciu o współpracę międzypokoleniową.

Na różnych szczeblach funkcjonowania społecznego pojawiły się inicjatywy o węższym lub szerszym charakterze oddziaływań. Krajowym koordynatorem Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej w Polsce jest Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Przygotowało ono Krajowy Plan Działania na rzecz Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 w Polsce¹². Ostatnia część tego dokumentu poświęcona jest nowym inicjaty-

¹² *Krajowy Plan Działania na rzecz Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 w Polsce*, Warszawa 2012

wom w obszarze aktywności osób starszych oraz promocji działań na rzecz integracji międzypokoleniowej. Znajdują się wśród nich projekty związane z prowadzeniem kampanii informacyjnej, która poza ukazaniem potencjału osób starszych ma też na celu zachęcenie seniorów do aktywnego życia, pozwalającego na realizację własnych pasji i dzielenie się swoim doświadczeniem z młodym pokoleniem. Innym przykładem tego rodzaju działań jest projekt „Bajkowa Europa łączy pokolenia”, polegający na organizowaniu w 16 miastach, na terenie Polski, spotkań z dziećmi w przedszkolach i szkołach, podczas których seniorzy-wolontariusze czytali by europejskie baśnie, a animatorzy prowadzili gry i zabawy ruchowe oraz zajęcia plastyczne, organizowali quizy i zagadki na temat Unii Europejskiej. Innym przykładem jest projekt „Filmoteka europejska”, cykl comiesięcznych wykładów „Unia Europejska dla seniorów” oraz konkurs dla organizacji pozarządowych na projekty dotyczące Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej¹³. W rozwój relacji międzypokoleniowych włączają się również instytucje centralne, takie jak Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, organizując m.in. spotkania dyskusyjne na ten temat¹⁴. Żadna z opisanych inicjatyw nie dotyczy bezpośrednio dialogu międzypokoleniowego, ale jest on wykorzystywany jako narzędzie realizacji celów, związanych z solidarnością międzypokoleniową.

Niektóre urzędy gmin w ramach animacji środowiska lokalnego organizują akcje międzypokoleniowe. Dobrym przykładem jest chociażby inicjatywa mieszkańców Żyrardowa pt. „Od przemysłu do pomysłu” – międzypokoleniowy projekt edukacyjny. W jego ramach zorganizowano cykl spotkań i warsztatów dla seniorów i młodzieży – mieszkańców Żyrardowa, oraz konkursy: fotograficzny i plastyczny. Uczestnicy projektu mieli również za zadanie nakręcenie filmu „Fabryka była cudowna”, opowiadającego historię żyrardowskich zakładów włókienniczych. Film był produktem współpracy młodzieży (realizatorów filmu) i seniorów (głównie byłych pracowników fabryki)¹⁵.

Urząd gminy w Tymbarku realizuje projekt „50+ NOWY WIEK KULTURY”, skierowany do osób po 50. roku życia oraz do młodych, którzy mają nie więcej niż 26 lat. Międzypokoleniowa współpraca ma wesprzeć rozwój i upowszechnienie lokalnej kultury, a uczestnicy projektu będą mieli możliwość wspólnej realizacji przedsięwzięć artystycznych, edukacyjnych i społecznych¹⁶.

¹³ Ibidem, s. 30 i nast.

¹⁴ 15 czerwca 2012 r. w Uniwersytecie SWPS odbyła się debata „Jak kształtować partnerskie relacje międzypokoleniowe? Osoby starsze w oczach młodzieży i młodzież w oczach osób starszych”, organizowana przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich i Szkołę Wyższą Psychologii Społecznej. Równolegle z nią były organizowane warsztaty dialogu międzypokoleniowego na temat: dom/rodzina, praca, środowisko/społeczność lokalna, wolontariat.

¹⁵ <http://www.zyrardow.pl/index.php?strona=3004&ukryj=no>, stan z dnia 11.01.2016.

¹⁶ http://www.sadeczanin.info/kultura-i-edukacja/miedzypokoleniowy-projekt-ukulturalniania-mieszkancow-gminy,32058#.T_SNfvW0cvo, stan z dnia 11.01.2016.

Niektóre gminy w Polsce zachęcały uczniów swoich szkół do wzięcia udziału w projekcie *generations@school*¹⁷, w ramach którego w okolicach obchodów Europejskiego Dnia Solidarności Międzypokoleniowej (29 kwietnia) uczniowie szkół zorganizowali spotkania w salach lekcyjnych z przedstawicielami starszych pokoleń i przekonywali się, w jaki sposób dialog pomiędzy pokoleniami może wpłynąć na poprawę edukacji i wzajemnego zrozumienia. Dodatkowo przełamywane były stereotypy wieku, następowała wymiana doświadczeń, wiedzy i umiejętności oraz wzajemnego uczenia się. Formuła spotkań była szeroka – organizowano dyskusje pomiędzy seniorami i uczniami, gry i zabawy, zajęcia artystyczno-kulturalne, takie jak rysunek, teatr, muzyka i rękodzielnictwo¹⁸. Projekt *generations@school* jest implementacją międzynarodowego pomysłu na budowanie dialogu międzypokoleniowego, realizuje się go m.in. na Łotwie, w Irlandii, w Hiszpanii, na Ukrainie, w Finlandii, Niemczech, Czechach, Grecji, na Malcie, we Włoszech, w Bułgarii, Rumunii, Szwajcarii, Austrii i wielu szkołach w Polsce.

Największą jednak rolę w budowaniu dialogu międzypokoleniowego odgrywają organizacje pozarządowe. Dobrym przykładem ich działalności jest projekt Centra Integracji Międzypokoleniowej (CIM), realizowany przez Stowarzyszenie Młodych Wielkopolan w Poznaniu na terenie powiatu gnieźnieńskiego i wrzesińskiego, współfinansowany ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. To inicjatywa, która ma na celu likwidowanie różnic w rozwoju społeczności lokalnych, a jednocześnie zwiększenie zaangażowania sektora organizacji pozarządowych w usługi na rzecz społeczności w różnym wieku, począwszy od dzieci, poprzez młodzież, po dorosłych i osoby starsze. W ramach działań przewidziane są punkty konsultacyjne, w tym poradnictwo z zakresu: zarządzania informacją w społecznościach lokalnych, pomocy i integracji społecznej, wolontariatu w organizacjach pozarządowych i innych; zarządzania funduszami Unii Europejskiej; prawa administracyjnego, cywilnego, karnego, prawa pracy, praw konsumenta; rynku pracy. Dla seniorów przewidziano m.in. doradztwo w zakresie możliwości pozyskania środków na rehabilitację. Oprócz punktów konsultacyjnych realizowane są kursy, szkolenia i warsztaty, skierowane zarówno do dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych i starszych. Dla seniorów stworzono Wakacyjny Klub Seniora, a dodatkowo „Akademię Pokolenia”, w ramach której odbywać się będą różnego rodzaju warsztaty i szkolenia, w tym: kursy obsługi komputera „e-senior”, lektoraty języka angielskiego, kursy kandydatów na wychowawców placówek wypoczynku dzieci i młodzieży, warsztaty taneczno-ruchowe, zajęcia *nordic walking*, warsztaty florystyczne, a także liczne przedsięwzięcia o charakterze integracyjnym i sportowym.

¹⁷ Wśród nich m.in. gmina Leżajsk, Kolno, Oświęcim, Stary Targ, Łódź.

¹⁸ http://www.etwinning.net/en/pub/news/news/join_the_generationsschool_pr.htm, stan z dnia 11.01.2016.

Projekt przewiduje organizację wielu imprez plenerowych o charakterze integracyjnym, takich jak: Rodzinny Festyn Sportowo-Rekreacyjny, imprezy sportowe dla dzieci i rodzin „Na sportowo z boiskiem Orlik”, imprezy adresowane do seniorów („Sport receptą na zdrowie”), do środowisk i samorządów wiejskich (czyli Pojedynki Sportowy Mieszkańców Wsi), piknik i spartakiada w ramach akcji letniego wypoczynku dzieci i młodzieży, Turniej Rodzin „Sprawnych Inaczej”, Olimpiada Osób Niepełnosprawnych, festyny rekreacyjne połączone z grzybobraniem¹⁹. Podobny program realizuje Centrum Inicjatyw Międzypokoleniowych przy Stowarzyszeniu Edukacyjnym Centrum Integracji Międzypokoleniowej „HIPOKAMP”²⁰ oraz Centrum Wspierania Rozwoju i Integracji Międzypokoleniowej „Sztafeta Pokoleń”²¹.

Powyzsza aktywność może służyć jako ilustracja działań opisanego w niniejszym artykule Centrum Dialogu Międzypokoleniowego, ale w skali lokalnej. CDM miaoby za zadanie inicjowanie i koordynowanie tego typu przedsięwzięć oraz wspieranie ich na poziomie centralnym. Niekoniecznie musi być to instytucja rządowa, choć ze względów organizacyjnych i formalnych działalność CDM, wsparta dotacjami państwowymi, mogłaby być długoterminowa i stabilna. Gdyby CDM było prowadzone przez organizację pozarządową z perspektywami na stałą współpracę z organami publicznymi, jego działalność mogłaby być równie skuteczna i sensowna ze względów społecznych i politycznych.

Zakończenie

Budowanie dialogu międzypokoleniowego i wspieranie jego rozwoju jest szansą dla rodziny, która przeżywa już od kilkudziesięciu lat poważny kryzys jako instytucja społeczna. Porozumienie między pokoleniami może być antidotum na kryzys rodziny, szczególnie, że jest to kryzys ukryty. Dialog międzypokoleniowy może, w pierwszej kolejności, ujawnić kryzys i konflikty w obszarze rodziny, a następnie zbudować porozumienie między członkami rodziny na rzecz przezwyciężenia konfliktów. W efekcie, pozwoliłoby to usprawnić komunikację interpersonalną, następnie komunikację międzypokoleniową i w końcu – komunikację społeczną, co, z kolei, przyczyni się to do poszerzania zasięgu wymiany społecznej – prowadzącej do współpracy, solidarności, integracji i spójności. W efekcie pojawi się szansa na podniesienie poziomu świadomości społeczeństwa, rozumianej jako wiedza i samowiedza o sobie jako grupie, o swojej tożsamości, zasobach

¹⁹ <http://www.smw.info.pl/aktualnosci.php?id=445>, stan z dnia 11.01.2016.

²⁰ Planowane formy pracy Centrum to: warsztaty, debaty, wykłady, spotkania tematyczne – kluby dyskusyjne, seminaria, szkolenia, projekty i przedsięwzięcia okazjonalne, poradnictwo i wsparcie indywidualne – spotkania ze specjalistami, inne propozycje wynikające z potrzeb uczestników, przygotowywanie od teorii do praktyki poprzez działanie, aktywizacja ruchowa, profilaktyka zdrowotna i ekologizacja życia, Mini-universytet Międzypokoleniowy. Por. <http://seniorzy-hipokamp.pl/>, stan z dnia 11.01.2016.

²¹ Działalność tej fundacji opiera się na tworzeniu Centrów Aktywności Lokalnej. Por. <http://www.sztafetapokolen.pl/>, stan z dnia 11.01.2016.

i możliwościach, o deficytach i potrzebach oraz sposobach ich zaspakajania. Dzięki opisanemu procesowi – nazwijmy go procesem autopoźnawania i rozwoju – członkowie danej społeczności mogą poczuć się częścią większej całości, jaką wspólnie z innymi tworzą poprzez budowanie wspólnoty społecznej.

Inicjatywa działalności Centrum Dialogu Międzypokoleniowego – niezależnie od tego, czy rozumiemy ją jako inicjatywę i ruch społeczny, czy jako działalność konkretnej instytucji – może przyczyniać się do realizacji ważnych celów takich jak:

1. **Cel świadomościowy:** rozwijanie w młodszym pokoleniu pozytywnej postawy wobec starości, rozumianej jako naturalny etap rozwoju w cyklu życia; przedstawienie starości jako okresu rozwojowego, dynamicznego, aktywnego, różnorodnego; przekształcanie postaw zdystansowanych w życzliwe, wyrozumiałe, pełne szacunku, rozwijanie pozytywnego myślenia o starości innych, a w perspektywie czasu i swojej.
2. **Cel relacyjny:** budowanie wzajemnych relacji, w których starsze pokolenie może się dzielić z młodszym dojrzałością i kapitałem życia; nawiązywanie współpracy i wspólnej aktywności w różnych dziedzinach życia, podejmowanie przez młodsze pokolenie zobowiązań i opieki nad osobami starszymi w systemie rodzinnym i społecznym; budowanie postaw poszanowania dla człowieka bez względu na wiek; kultywowanie tolerancji i otwartości.
3. **Cel edukacyjny:** przełamywanie barier w uczeniu się nowych technologii przez starsze pokolenie, rozwijanie kompetencji kulturowych, tożsamościowych poprzez manifestowanie przywiązania do historii, ojczyzny i wiary.
4. **Cel społeczny:** uwalnianie od stereotypów i wzajemnych uprzedzeń, rozwijanie postaw prospołecznych, uwrażliwianie na potrzeby i oczekiwania innych; wypracowywanie postaw i nawyków pomocowych wobec osób potrzebujących; angażowanie w działania na rzecz różnych grup wiekowych.

Wszystkie powyższe cele odnoszą się i realizują zarazem wartości, które są pożądane dla rozwoju społeczeństwa obywatelskiego, takie jak: życie, zdrowie, rodzina, godność, wolność osobista, bezpieczeństwo, tolerancja, samorealizacja, odpowiedzialność, uczciwość, patriotyzm, pluralizm społeczny, wrażliwość, poszanowanie innych, uznanie społeczne. Pozostaje mieć jedynie nadzieję, że te ogólne idee znajdą uznanie wśród osób, dla których kwestie związane z dialogiem międzypokoleniowym są bliskie i na tyle ważne, żeby poprzez nie budować kapitał społeczny, z którego będą mogły korzystać kolejne pokolenia.

Bibliografia:

- Bugajska (red.), 2010, *Młodość i starość. Integracja pokoleń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 246/5 z 17.02.2011, nr 51.

- Franczak K. (red.), 2007, *Dialog pokoleń. Studium interdyscyplinarne*, Wyd. Salezjańskie, Warszawa.
- Klimczuk A., 2010, *Bariery i perspektywy integracji międzypokoleniowej we współczesnej Polsce* [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.) *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Wyd. Biblioteka, Łódź.
- Kopaliński W., 1987, *Słownik mitów i tradycji kultury*, PIW, Warszawa.
- Krajowy Plan Działania na rzecz Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 w Polsce, MPiPS, Warszawa 2012.
- Kwak A., 2005, *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Wyd. Żak, Warszawa.
- Leszczyńska-Rejchert A., 2007, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. UWM, Olsztyn.
- Nocuń A., Szmagański J., 1996, *Podstawowe umiejętności w pracy socjalnej i ich kształcenie*, t. IV: *Rozwiązywanie konfliktów*, Interart, Warszawa.
- Olubiński A., 2001, *Konflikty rodzice – dzieci. Dramat czy szansa?*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń.
- Przeperski J., 2007, *Ekologiczny model pomocy rodzinie na przykładzie metody "Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR)"*, „Problemy społeczne”, nr 1.
- Reczek E., Miś L. (red.), 2001, *Z teoretycznych i metodologicznych zagadnień Wiedotoreningu Komunikacji*, Uniwersytet Jagielloński Instytut Socjologii i Fundacja na rzecz Dzieci ze Środowisk Zagrożonych PLUS, Kraków.
- Salamon J., Możdziej B.K., 2008, *Co gwarantuje dobre relacje międzypokoleniowe w rodzinie?* [w:] P. Szukalski, T. Kowaleski (red.) *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wyd. UŁ, Łódź.
- Slany K., 2002, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Wyd. NOMOS, Kraków.
- Słownik wyrazów obcych*, 1971, PWN, Warszawa.
- Solak A., 2007, *W kręgu dialogu międzypokoleniowego na płaszczyźnie rodzinnej* [w:] K. Franczak (red.) *Dialog pokoleń. Studium interdyscyplinarne*, Wyd. salezjańskie, Warszawa.
- Szczepkowski J., 2010, *Praca socjalna. Podejście skoncentrowane na rozwiązywaniach*, Wydawnictwo Akapit, Toruń.
- Śnieżyński M., 2001, *Dialog edukacyjny*, Wyd. Naukowe PAT, Kraków.
- Tysza Z., 2003, *Rodzina we współczesnym świecie*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań.
- Warzywoda-Kruszyńska W., Szukalski P. (red.), 2004, *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Weber G. (red.), 2004, *Terapia systemowa Berta Hellinger*, GWP, Gdańsk.
- Wojciechowska M., 2008, *Wartości młodszego i starszego pokolenia Polaków w okresie transformacji ustrojowej*, Wyd. Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Kochanowskiego, Kielce.
- Wódz K., 1998, *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Wyd. Śląsk, Katowice.
- Wrzesień W., 2003, *Jednostka – rodzina – pokolenie. Studium relacji międzypokoleniowych w rodzinie*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań.

Netografia

http://www.etwinning.net/en/pub/news/news/join_the_generationsschool_pr.htm, stan z dnia 11.01.2016.

<http://www.rpo.gov.pl/pliki/13401198100.pdf>, stan z dnia 11.01.2016.

http://www.sadeczanin.info/kultura-i-edukacja/miedzypokoleniowy-projekt-ukulturalniania-mieszkancow-gminy,32058#.T_SNfvW0cvo, stan z dnia 11.01.2016.

<http://www.sagenesamfunnshus.no/>, stan z dnia 11.01.2016.

<http://www.seniorzy-hipokamp.pl>, stan z dnia 11.01.2016.

<http://www.smw.info.pl/aktualnosci.php?id=445>, stan z dnia 11.01.2016.

<http://www.sztafetapokolen.pl/>, stan z dnia 11.01.2016.

<http://www.zyrardow.pl/index.php?strona=3004&ukryj=no>, stan z dnia 11.01.2016.

http://wyborcza.pl/1,91446,11942407,Badania__nie_potrafimy_prowadzic_dialogu_miedzypokoleniowego, stan z dnia 11.01.2016.



Elżbieta Kościńska

Aktywność rodzinna starszych mężczyzn

Słowa kluczowe: starsi mężczyźni, aktywność rodzinna, czynniki różnicujące formy aktywności rodzinnej

Keywords: older men, family activity, family activity differentiating factors

FAMILY ACTIVITY OF ELDERY MEN

Abstract: The article considers the question of family activity of older men in the light of the author's own empirical research. The introduction refers to basic issues concerning terminology of the demographic aspects of the old age. The author continues by characterizing forms of activity of senior citizens, particularly family activity forms, and presents methodological assumptions of her own research. Family activity of men aged 60+ living in the city and the countryside is analyzed further in the study, focusing on the analysis of the factors determining particular forms of family activity. The article finishes with conclusions following from the research.

Wprowadzenie

Starość to ostatnia faza życia. Jej granice są bardzo płynne, a sam proces starzenia się przebiega etapami. Najpierw mówimy o etapie starzenia się społecznego, a dopiero później fizycznego, które zależy od warunków i sposobów życia. „Nie ma granicy wieku dla indywidualnych różnic w przebiegu procesu starzenia się. Nie ma również ścisłej granicy wiekowej dla zachowania samodzielności czy kontaktów towarzyskich” (Lehr, cyt. za: Restak,

1999, s. 89). Jako granicę starości najczęściej przyjmuje się wiek 60 lub 65 lat¹. Z prognoz GUS (2009) wynika, że odsetek ludności w tym wieku i starszej będzie systematycznie wzrastał i w 2035 roku ma wynieść 23,2. Przewiduje się, że nieco wyższy będzie w miastach (24,3) niż na wsi (21,7%). Do 2035 roku nastąpi dalsze zwiększenie się różnicy między udziałem kobiet w tej grupie wieku i mężczyzn. Większa dynamika wzrostu odsetka mężczyzn w wieku 80 lat i więcej zwiększy się (z 2,2, do 5,0), podobnie wzrośnie u kobiet (4,7 do 9,2). Prognozy demograficzne Eurostat wskazują, że proces demograficznego starzenia się ludności Europy będzie przebiegał po 2035 roku jeszcze szybciej (Giannakouris, 2008). Przewidywane przeciętne trwanie życia w 2035 r. wyniesie 82,9 lat dla kobiet (79,7 lat w 2007 r.) i 77,1 lat dla mężczyzn (71 lat w 2007 r.), (GUS, 2009).

Populacja osób 60 lat i starszych jest bardzo zróżnicowana². Moment rozpoczynania okresu późnej dorosłości wiąże się przede wszystkim z inną formą funkcjonowania niż w poprzednich okresach życia. Wielu seniorów zachowuje swoją dotychczasową sprawność psychofizyczną, przez co mogą być aktywni w rodzinie i społeczeństwie. Postawa wobec własnej starości jest wynikiem licznych zależności psychicznych i biologicznych, takich jak cechy charakteru, osobowość, temperament, doświadczenia życiowe, ilość bolesnych lub pozytywnych przeżyć i ogólna dyspozycja fizyczna oraz stan zdrowia. Jest też splotem wielu czynników społecznych, jak: prestiż, status, stan rodziny, charakter wykonywanych zajęć zawodowych i pozazawodowych, status ekonomiczny (Bromley, 1996).

Aktywna postawa seniorów jest coraz bardziej zauważalna i popularna w polskim społeczeństwie (por. Tokaj, 2008). „Pojęcie «trzeci wiek» zaczyna oznaczać już nie początek starości i spadek możliwości, a – podążając za periodyzacją ludzkiego życia starożytnych Chin – «wiek upragniony», w którym jednostka może w pełni realizować swoje marzenia, spożywać plony całonocnego trudu” (Szarota, 2011, s. 7).

„Aktywność” w *Słowniku języka polskiego* (1996, s. 25) definiowana jest jako „skłonność do intensywnego działania, do podejmowania inicjatywy, czynny udział w czymś”. Zdaniem Agaty Chabior (2005, s. 73) oznacza ona „pewną osobową (podmiotową) dyspozycję, postawę, która realizowana jest poprzez określone czynności i działania. Jest

¹ Za początek starości Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjmuje 60. rok życia, dzieląc ten okres na poszczególne podokresy: 70 lat – wiek podeszły, 80 lat – wiek starczy, 90 lat – długowieczność. W. Pędich traktuje starość jako pojęcie statyczne i uznaje ją za końcowy okres starzenia się, który rozpoczyna się umownie w wieku 60 lub 65 lat i kończy się śmiercią. Pędich W., 1996, *Ludzie starzy*, PHARE, Warszawa, s. 7.

² Indywidualny charakter starzenia i długość ludzkiego życia jest wypadkową działania czynników genetycznych i środowiskowych. Por. H. Kachniuk, W. Fidecki, I. Wrońska, 2007, *Profilaktyka przedwczesnego starzenia* [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliński (red) *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wyd. Czelej, Lublin, s. 22, Wpływ wymienionych czynników powoduje, że przebieg procesu starzenia się człowieka charakteryzuje ogromna osobnicza indywidualizacja. Por. J. Kocemba, 2007, *Starzenie się człowieka* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk, s. 6.

więc w odniesieniu do człowieka czymś wewnętrznym, pewnym wewnętrznym imperatywem, nakazującym i pozwalającym realizować określone style życia”.

Teoria aktywności zakłada, że warunkiem udanej starości jest długotrwała realizacja przez ludzi starszych wszelkich form aktywności. Teoria opiera się na pozytywnej korelacji pomiędzy aktywnością a szczęściem oraz dobrym samopoczuciem. Zaangażowanie się osób starszych w nowe sfery życia może stanowić rekompensatę za wycofanie się z innych obszarów społecznego funkcjonowania. Badania potwierdzają pozytywny wpływ aktywności na sprawność i wiele funkcji życiowych starszych osób³, co przekłada się na jakość ich życia i samoocenę (Halik, 2002).

Formy przejawianej aktywności wynikają z preferowanego stylu życia. Olga Czerniawska na podstawie badań empirycznych wyróżniła sześć stylów życia w okresie senioralnym:

- 1) styl całkowicie bierny – pozostawanie we własnym mieszkaniu, wycofanie się z życia;
- 2) styl rodzinny – związany z podejmowaniem aktywności na rzecz najbliższych, rozszerzoną rolą babci, dziadka;
- 3) styl hobbystyczny – nakierowany na uprawianie i pielęgnację ogródka działkowego;
- 4) styl zaangażowany – w działalność stowarzyszeń, akcje charytatywne, wolontariat;
- 5) styl domocentryczny – polegający na pomaganiu innym, ale jedynie w przestrzeni własnego domu;
- 6) styl pobożny – kościół, modlitwa jako centralny punkt odniesienia wszelkiej aktywności (Czerniawska, 1998, s. 19–24).

W powyższym tekście analizie podlega aktywność rodzinna starszych mężczyzn, dlatego uzasadniona jest krótka jej charakterystyka. Jak zauważa Stanisław Jałowiecki, „termin *aktywność rodzinna* jest terminem bardzo szerokim. W jego zakres wchodzi wszystkie te rodzaje aktywności, które skierowane są na specyficzne rodzaje wartości społecznych, a mianowicie na rodzinę jako całość lub na poszczególne jej części” (Jałowiecki, 1973, s. 61). Życie rodzinne można rozpatrywać w różnych relacjach i na wielu płaszczyznach. „Utrudnieniem w wyczerpaniu tematu osób starszych w rodzinie i sformułowaniu rekomendacji są bez wątpienia zróżnicowane możliwości fizyczne i psychiczne osób starszych, a także ich odmienne potrzeby” (Mikołajczyk, 2012, s. 137).

Aktywność rodzinna osób w starszym wieku była przedmiotem wielu badań socjologicznych. Wykazały one, że osoby starsze bardzo chętnie podejmują się czynnej roli

³ Trzyletnie badania prowadzone na grupie 2040 starszych osób żyjących w departamencie Gironde we Francji wykazały, że do nasilenia aktywności mózgu przyczyniają się następujące rodzaje działań: systematyczny udział w spotkaniach i rozrywkach towarzyskich (takich jak podróże), rozmaite prace przy domu, robotki na drutach i uprawianie ogródka. Por. Restak R. M., 1999, *Starsi znaczą mądrzej. Jak zachować przez całe życie doskonałą sprawność umysłu*, przeł. E. Turlejska, Prószyński i S-ka, Warszawa, s. 95.

dziadka i babci. Jest ona ogromnie satysfakcjonująca. Niezmiernie rzadko określają tę rolę jako obciążającą fizycznie i psychicznie. Wręcz przeciwnie, staje się ona źródłem satysfakcji i zadowolenia. Posiadanie wnuków zmusza do aktywności ruchowej i umysłowej oraz sprzyja zadowoleniu z kontynuacji linii biologicznej.

Aktywność domowo-rodzinną należy rozumieć jako wykonywanie różnych czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i z życiem najbliższej rodziny (za: Orzechowska, 2002, s. 42). Osoby starsze nastawione na aktywność domową reprezentują zdaniem Marcza – „jeden z głównych typów zachowań na emeryturze – tzw. typ «praktyczny» – charakteryzujący się skierowaniem własnej aktywności na innych członków rodziny” (za: Chabior, 2001 s. 94). Jak pisze Grażyna Łój, „człowiek stary powinien mieć wobec rodziny obowiązki, wykonywać pewne lekkie, odpowiednie dla jego sił i możliwości prace” (Łój, 2005, s. 52)

Mężczyźni na ogół gorzej przystosowują się do przejścia na emeryturę. Jest to rezultatem ich stosunkowo większego niż u kobiet zaangażowania w pracę zawodową. Przejście na emeryturę łączy się ze zmianą trybu życia, większą ilością czasu wolnego oraz często z ułożeniem nowych relacji z rodziną. Życie rodzinne stwarza niekiedy sytuacje nieuchronnej konieczności (np. opieka nad członkiem rodziny pozbawionym możliwości samoobsługi – starszym ciężko chorym rodzicem). Ale bywa również tak, że obowiązek rodzinny przeniknięty jest satysfakcją swobody, jakby dobrowolnych zaangażowań. Z badań przeprowadzonych przez CBOS (2012) wynika, że mężczyźni nieco inaczej niż kobiety uczestniczą w życiu rodzinnym. W większym stopniu angażują się w uprawianie działki, ogrodu (K-52, M-60%), odwiedzanie rodziny poza miejscem zamieszkania (K-74, M-82%), opiekę nad wnukami/prawnukami (K-46, M-39%), pomoc dzieciom, rodzinie w prowadzeniu domu (K-38, M-28%), pomoc dzieciom, członkom rodziny w ich działalności zarobkowej (K-32, M-24%)⁴.

Procedura badań własnych i charakterystyka badanych

Badania przeprowadzono w okresie lipiec–sierpień 2012 roku we wsiach Dębsk, Olszewo, Kliczewo w gminie Żuromin w województwie mazowieckim, a także w okresie luty–marzec 2013 roku w Toruniu. Dobór trzech wymienionych wsi jako terenu badań był podyktowany znajomością tych okolic, ponieważ autorka artykułu spędziła dzieciństwo i wczesną młodość w gminie Żuromin. Są to małe miejscowości znajdujące się

⁴ Badania zaprezentowane w książce pod redakcją Janusza Halika wskazują, że: opiekę nad wnukami sprawuje 54% badanych mężczyzn i 56% badanych kobiet; opiekę nad innymi osobami sprawuje 6% badanych mężczyzn i 14% badanych kobiet; pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego przejawia 26% badanych mężczyzn i 42% badanych kobiet; pomoc w prowadzeniu gospodarstwa rolnego przejawia 15% badanych mężczyzn i 6% badanych kobiet, T. Borkowska-Kalwas, 2002, *Ludzie starzy w rodzinie* [w:] J. Halik (red) *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.

w obrębie czterech kilometrów⁵. Miasto Toruń to obecne miejsce zamieszkania autorki tekstu. Dobór grupy badanej był celowy, za główne kryterium doboru obrano wiek: 60 lat i więcej. Przed przystąpieniem do badań na wymienionych wsiach autorka zwróciła się osobiście do sołtysów miejscowości z prośbą o wskazanie rodzin, w których zamieszkiwali starsi mężczyźni. Kolejnym etapem było uzyskanie zgody na udział w badaniach wybranych mężczyzn po wcześniejszym wyjaśnieniu celu badań i procedury badawczej oraz zapewnieniu anonimowości. Ostatecznie zgodę na udział w badaniach uzyskano od 50 mężczyzn mieszkających na wsiach, 9 mężczyzn odmówiło. Badania wśród mężczyzn mieszkających na wsi przeprowadzono w ich domach.

Dobór badanych w Toruniu przebiegał następująco: wstępną zgodę na udział w badaniach uzyskano od mężczyzn uczestniczących w klubach seniora i czekających na wizytę lekarską w regionalnej przychodni. W ten sposób zgodę uzyskano od 32 osób. Uzyskanie zgody wśród mężczyzn mieszkających w Toruniu okazało się zdecydowanie trudniejsze niż od mężczyzn mieszkających na wsiach. W celu uzyskania założonej liczby 50 mężczyzn poproszono o pomoc seminarzystów, studentów Kolegium Pracowników Służb Społecznych w Toruniu, co w konsekwencji zaowocowało zebraniem pełnej grupy badawczej.

Badani stanowią zróżnicowaną grupę pod względem cech społeczno-demograficznych. Poniżej została przedstawiona charakterystyka badanych mężczyzn (dane w liczbach bezwzględnych).

W grupie badanych przeważają mężczyźni w wieku 60–65 lat (46 osób). Najmniej jest osób powyżej 70. roku życia (8 badanych). Średnia wieku respondentów wynosi 67 lat. Jeśli chodzi o poziom wykształcenia badanych, to najwięcej posiada wykształcenie podstawowe (31), wykształceniem niepełnym podstawowym legitymuje się 17 mężczyzn, wykształcenie zawodowe ma 29 badanych, średnie – 14 i wyższe – 9.

Zdecydowana większość badanych (83) nie przejawia aktywności zawodowej, mają oni status emeryta lub rencisty. Pozostałych 17 mężczyzn pracuje zawodowo (są to mieszkańcy miasta).

Większość badanych (79) ma żonę, dzieci i wnuki. Mniej liczną grupę (16) tworzą mężczyźni samotni (w tym 9 wdowców, 4 rozwiedzionych, 3 kawalerów mieszkających ze starszymi matkami). Najmniejszą grupę (5) stanowią mężczyźni, którzy mają żonę i nie mają dzieci.

Ponad połowa mężczyzn ze wsi (29) mieszka z rodziną (żoną, dziećmi i wnukami) w jednym gospodarstwie, 17 mężczyzn mieszka z żoną w jednym gospodarstwie, dzieci mieszkają w tej samej miejscowości lecz w oddzielnych gospodarstwach. Dwóch męż-

⁵ Z danych statystycznych wynika, że w 2013 roku we wsi Dębsk zamieszkiwało 298 mieszkańców, w tym w wieku poprodukcyjnym 70 osób; we wsi Kliczewo (Małe i Duże) zamieszkiwało również 298 osób, w tym w wieku poprodukcyjnym 54 osoby; we wsi Olszewo zamieszkiwało 267 osób, w tym w wieku poprodukcyjnym 48 osób. Statystyka Vademecum Samorządowca 2014 r. Województwo mazowieckie, gmina Żuromin, GUS – Bank Danych Lokalnych 2013 (warszawa.stat.gov.pl/bdl/app/samorząd_m.dims). Z informacji uzyskanych od sołtysów wynika, że w chwili prowadzenia badania liczba osób po 60. roku życia była taka sama jak przedstawiona w powyższych badaniach.

czyn mieszka z żoną, a dzieci mieszkają w mieście. Dwóch mężczyzn mieszka z matką, to kawalerowie.

Większość (36) badanych mężczyzn z miasta mieszka tylko z żoną. Dzieci 21 mężczyzn mieszkają w pobliżu w tym samym mieście, a dzieci 15 mężczyzn mieszkają w innych miastach. Zdecydowanie mniejszą grupę (8 osób) stanowią mężczyźni mieszkający z żoną, dziećmi i wnukami. Z dziećmi i wnukami mieszka 9 mężczyzn, 1 kawaler mieszka z matką.

Żaden z badanych mężczyzn nie ocenił swojego zdrowia jako bardzo dobre. 23 mieszkańców wsi deklarowało dobry stan zdrowia, 18 – średni, 9 – zły. Większość mężczyzn mieszkających w mieście (28) oceniła swój stan zdrowia jako dobry (w tym wszyscy pracujący zawodowo), 16 jako średni, 6 jako zły.

Próbę odpowiedzi na pytanie, jakie formy aktywności rodzinnej przejawiają starsi mężczyźni, stanowią wyniki sondażu diagnostycznego, przeprowadzonego za pośrednictwem techniki wywiadu częściowo kierowanego wśród starszych mężczyzn. Zastosowany rodzaj wywiadu pozwala respondentom na swobodne wypowiedzianie się w kwestiach interesujących badacza, ale jednocześnie umożliwia uzyskanie odpowiedzi na zadane pytania (Rubacha, 2008, s. 134). W realizowanych badaniach interesowano się takimi formami aktywności rodzinnej jak: kontakty osobiste seniorów z dziećmi i wnukami oraz z dalszą rodziną, pomoc w wychowaniu wnuków, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, opieka nad starszymi członkami rodziny, pomoc w uprawianiu gospodarstwa, działki, ogrodu. Założono, że powyższe formy aktywności są wielostronnie zdeterminowane. Swoistymi ramami je wyznaczającymi są: wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, fakt zamieszkiwania z dziećmi i stan zdrowia.

Analiza badań własnych

Rozpatrując kontakty osobiste starszych mężczyzn z rodziną, brano pod uwagę: kontakty z dziećmi i z wnukami oraz z dalszą rodziną i krewnymi poza miejscem zamieszkania. Dla analizy kontaktów z dziećmi i z wnukami przyjęto następujące kategorie częstotliwości kontaktów: 1) badany spotyka się codziennie lub prawie codziennie z przynajmniej jednym dzieckiem i/lub wnukiem, prawnukiem; 2) spotyka się raz w tygodniu z przynajmniej jednym dzieckiem i/lub jednym wnukiem, prawnukiem; 3) spotyka się rzadziej niż raz w tygodniu z przynajmniej jednym dzieckiem i/lub wnukiem, prawnukiem. Dla analizy kontaktów z dalszą rodziną i z krewnymi poza miejscem zamieszkania przyjęto następujące kategorie częstotliwości kontaktów: 1) badany spotyka się z dalszą rodziną częściej niż raz w tygodniu; 2) spotyka się przynajmniej raz w tygodniu; 3) spotyka się przy okazji świąt.

Z analizy wyników badań wynika, że większość badanych mężczyzn (57) spotyka się codziennie lub prawie codziennie z przynajmniej jednym dzieckiem i/lub wnukiem, prawnukiem. Raz w tygodniu z przynajmniej jednym dzieckiem i/lub wnukiem,

prawnukiem spotyka się 27 badanych. Najmniej mężczyzn (8) spotyka się rzadziej niż raz w tygodniu z przynajmniej jednym dzieckiem i/lub wnukiem, prawnukiem. Są to mężczyźni w wieku 60–65 lat pracujący zawodowo i posiadający wykształcenie średnie i wyższe. Kontakty starszych mężczyzn z dalszą rodziną wyglądają następująco. Częściej niż raz w tygodniu z dalszą rodziną spotyka się 12 badanych (w tym wszyscy kawalerowie, 3 wdowców i 5 mężczyzn mieszkających z żoną). Niewielu, 19 mężczyzn, z dalszą rodziną spotyka się przynajmniej raz w tygodniu. W tej grupie najwięcej jest osób z wykształceniem średnim i w wieku 64–70 lat. Najwięcej mężczyzn (59) spotyka się z dalszą rodziną przy okazji świąt. Żadnych kontaktów z dalszą rodziną nie utrzymuje 10 mężczyzn, wszyscy z wykształceniem podstawowym. Brak kontaktów z dalszą rodziną tłumaczyli trudną sytuacją materialną: „Żeby kogoś zaprosić, trzeba postawić coś na stole, żeby do kogoś pojechać, trzeba mieć na podróż, a nie ma skąd brać pieniędzy [...] ledwo wystarczy na życie i na opłaty” (M, 67 lat, miasto).

Z oczywistych względów najczęściej z dziećmi i/lub z wnukami, prawnukami spotykają się mężczyźni, którzy mieszkają z rodziną. Warto jednak podkreślić, iż dwóch mężczyzn mieszkających na wsi, pomimo zamieszkiwania w jednym gospodarstwie z dziećmi i wnukami, spotyka się z wnukami najwyżej raz w tygodniu. Ograniczenie kontaktów z wnukami jest spowodowane (jak twierdzą badani) postawą synowej, która tych kontaktów z dziadkiem zabrania. „Synowa mówi mojemu wnukowi, że nie może się spotykać z dziadkiem, bo jest brudny i mówi brzydkie słowa [...] a wie pani, jak to na wsi czasami się i przeklnie, i pobrudzi przy robocie [...] ja to wszystko przecież dla nich robię, żali mi serce ściska, ale co mam zrobić [...] to mój syn powinien coś z tym zrobić” (M, 69 lat, wieś).

Kolejną analizowaną formą aktywności było zaangażowanie w wychowanie wnuków. Największe zaangażowanie w tej formie aktywności przejawiają mężczyźni z miasta zamieszkujący razem z dziećmi i wnukami lub w pobliżu, posiadający wykształcenie średnie i będący w wieku 65–70 lat. Pomoc polega na odprowadzaniu wnuków do przedszkola/szkoły i przyprowadzaniu do domu. Badani mężczyźni postrzegali ten rodzaj pomocy jako satysfakcjonujące zajęcie, które wypełnia ich czas wolny i daje radość z możliwości przebywania z wnukami. „Bardzo lubię przebywać ze swoim wnukiem. Po drodze do szkoły i do domu dowiaduje się o wszystkim, co jest teraz na «topie», jak to określają młodzi. Czasem idziemy na lody albo na pizzę. W tajemnicy przed synem i synową” (M, 64 lata, miasto). Częstą formą pomocy jest opieka weekendowa, zabieranie dzieci do kina, na spacer (najczęściej dziadkowie w wieku 60–63 lata, z wykształceniem średnim lub wyższym), do kościoła (najczęściej dziadkowie powyżej 64. r.ż. i z wykształceniem zawodowym lub średnim), spożywanie wspólnych świątecznych obiadów. Dziadkowie chętnie spędzają czas z wnukami na działce, na wędkowaniu. „Mój syn nie lubi wędkowania, teraz mam przynajmniej z kim porozmawiać, jak spędzamy kilka godzin nad wodą” (M, 70 lat, miasto). Mniej popularną formą wspólnych aktywności dziadków i wnuków jest gra np. w warcaby, szachy i inne oraz surfowanie w Internecie. Tę formę

spędzania czasu wolnego z wnukami najczęściej wskazywali respondenci z wykształceniem wyższym i średnim. Z wypowiedzi badanych wynika, że chętnie uczą się od wnuków korzystania z Internetu, ale również sami udzielają im lekcji. „To wnuczka nauczyła mnie jak rozmawiać na Skype. Teraz mogę bez problemu rozmawiać z moją córką, która mieszka w Szwecji” (M, 62 lata, miasto). „Mój wnuk mówi, że jestem najlepszym nauczycielem obsługi komputera, bo się wcale nie denerwuję” (M, 67 lat, miasto).

Mężczyźni pracujący zawodowo przejawiają niewielkie zaangażowanie w opiekę nad wnukami. Niewielu dziadków (4) spędza czas z wnukami, grając w piłkę i jeżdżąc na rowerze. Intensywność zaangażowania dziadków we wszystkie te formy wychowania wnuków zależna jest od stanu zdrowia seniora. Pomoc w wychowaniu wnuków przez schorowanych mężczyzn ogranicza się do pilnowania bezpieczeństwa dzieci w domu. Działalność pomocowa dziadków w wychowaniu wnuków wzrasta w okresie wakacji.

Nieco inaczej wygląda pomoc w wychowaniu wnuków przez starszych mężczyzn zamieszkujących na wsi. Działania mężczyzn w tym zakresie polegają bardziej na wykonywaniu poleceń babci, aniżeli na podejmowaniu samodzielnych decyzji. „Ja nie wiem, co mogę z nimi (z wnukami) robić. Oni mają swoje zajęcia i ze starym dziadkiem nie chcą się zadawać [...] ja bym ich chętnie widział przy pracy, ale nie chcą mnie słuchać [...] żony (babci) lepiej słuchają” (M, 64 lata, wieś). Dziadkowie chętnie zajmują się wnukami pod warunkiem, że mają wsparcie ze strony babć. Chętniej zajmują się starszymi wnukami, angażując ich do wspólnej pracy w zagrodzie i w oborze. „Starszy wnuk chętnie mnie słucha i ja nawet lubię, jak idzie ze mną do zagrody, bo chłopak zna się na robocie [...] młodszy wnuk to tylko komputer mu w głowie” (M, 64 lata, wieś). Dziadkowie zarówno z miasta, jak i ze wsi obdarzają swoje wnuki drobnymi kwotami pieniężnymi.

Zdaniem Leona Dyczewskiego wnuki stają się fundamentalnymi nowymi wartościami w życiu dziadków po utracie innych wartości, które odgrywały ważniejszą rolę w okresie czynnej pracy zawodowej (Dyczewski, 1985). Bliskie kontakty z wnukami pozwalają zaspokoić wiele potrzeb osób starszych, szczególnie potrzebę sensu życia, użyteczności, zrozumienia, aktywności, uznania czy miłości (Sendyk, 2006). W analizie uaktywności rodzinnej starszych wiekiem mężczyzn w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego brano pod uwagę: pomoc w sprzątaniu mieszkania/domu, obejścia wokół domu, robienie zakupów, pranie. Realizacja tych zadań jest diametralnie zróżnicowana ze względu na miejsce zamieszkania, wiek i poziom wykształcenia badanych mężczyzn. Zdecydowana większość badanych z miasta (38) angażuje się w prace domowe. Wspólnie z żoną lub z córką regularnie robią porządki domowe i większe zakupy. Dwóch mężczyzn regularnie pierze i prasuje (choć do czasu przejścia na emeryturę nie wykonywali tych czynności). „Co to za filozofia, włożyć brudne rzeczy do prali, wsypać proszek i włączyć pralkę. Czasami to żona i córka pytają mnie, w jakiej temperaturze powinno się coś prać” (M, 67 lat, miasto). Znaczna część badanych (13) codziennie przygotowuje obiady dla całej rodziny, i jak twierdzą, stało się to ich pasją. „Kiedy pracowałem, to do pracy w kuchni nawet się nie dotykałem. To było zadanie żony i córki. Od kiedy jestem

na rencie, wszystko robię w kuchni, potrafię ugotować i nawet ciasto upiec [...] żona i dzieci mówią, że powinienem przepisy kulinarne wysyłać do gazety [...] przygotuję wszystkie święta i imprezy rodzinne” (M, 62 lata, miasto). Ośmiu mężczyzn regularnie przygotowuje zaprawy zimowe. Tylko niewielu spośród badanych (4) nie angażuje się w prowadzenie gospodarstwa domowego. W pracach domowych aktywny udział najczęściej biorą mężczyźni z wykształceniem wyższym i średnim oraz będący na emeryturze lub rencie.

Nieco inaczej wygląda zaangażowanie starszych mężczyzn w pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego na wsi. Można zaryzykować stwierdzenie, że podejście do prac domowych mężczyzn mieszkających na wsi wynika ze stereotypu, według którego to kobieta jest odpowiedzialna za prace domowe, a mężczyzna za pracę w polu lub w ogrodzie czy obejściu. „Robota w domu to babska sprawa, chłop nie powinien się do tego mieszać, bo nic dobrego z tego nie wyniknie [...] co by na wsi powiedzieli, że świat się poprzewracał” (M. 62 lata, wieś). Tylko nieznaczna część badanych (12) przyznała się do uczestnictwa w zakupach przedświątecznych. Do pomocy od czasu do czasu przy pracach porządkowych w domu przyznało się 8 mężczyzn. Większość mężczyzn (30) nie angażuje się w prace domowe.

Do aktywności rodzinnej należy zaliczyć również opiekę nad starszymi członkami rodziny. Ten rodzaj aktywności rodzinnej jest najmniej przejawiany zarówno przez mężczyzn mieszkających na wsi, jak i w mieście. Inne analizowane zmienne, takie jak wiek czy poziom wykształcenia, również nie wpływają na podejmowanie tych działań. Jedynym czynnikiem, który sprawia, że starsi mężczyźni opiekują się starszymi członkami rodziny, jest stan cywilny (kawalerowie). W badanej grupie było trzech kawalerów, którzy zamieszkują ze starszymi matkami, potrzebującymi ich pomocy, a często i opieki. Mężczyźni ci zapewniają swoim matkom podstawowe formy opieki i, jak twierdzili, jest to ich synowski obowiązek. „Nie mogę przecież oddać starej matki do domu opieki. Dopóki daję sobie radę, będę mamą się opiekował. Sumienie mi nie pozwala inaczej, no i co by ludzie powiedzieli, że jestem wyrodnym synem” (M, 68 lat, wieś). Bardziej specjalistyczne formy opieki realizowane są przez pracownika socjalnego i pielęgniarkę środowiskową. W opiece nad schorowanymi, starszymi matkami wspomagają mężczyzn również dalsi członkowie rodziny. 12 mężczyzn (łącznie z miasta i ze wsi) posiada starszych rodziców. Mają oni również żony i dzieci, w związku z tym cały ciężar opieki nad seniorkami i seniorami rodu przejmują kobiety i dzieci. Według badanych mężczyzn, nie są oni przygotowani do pracy opiekuńczej. „Myślę, że nie nadaję się do opieki nad starymi ludźmi, lepiej robią to kobiety. Pielęgniarek też jest więcej kobiet niż mężczyzn” (M. 64 lata, miasto). Ich kontakty ze starszymi rodzicami ograniczają się do odwiedzin i ewentualnie do pomocy w zapewnieniu opieki medycznej.

Najczęściej i najchętniej realizowaną przez badanych mężczyzn, zarówno przez tych mieszkających w mieście, jak i na wsi, aktywnością jest pomoc w uprawianiu działki, ogrodu, gospodarstwa rolnego. Niemal wszyscy badani mężczyźni ze wsi (44) pomagają

w uprawianiu gospodarstwa rolnego, działki lub pracują w ogrodzie⁶. W przypadku 6 mężczyzn jest to praca jak na pełnym etacie. Pomimo przepisania gospodarstwa na syna lub córkę panowie są zaangażowani w pracę jak dotychczas. Większość seniorów (38) wykonuje nieco lżejszą pracę, np. dogląda zwierząt, pracuje w obejściu gospodarstwa.

Badani mężczyźni z miasta również bardzo chętnie pracują na działce i w ogrodzie. Mniejsze zaangażowanie w tę formę aktywności przejawiają mężczyźni pracujący zawodowo. Ta forma aktywności jest zróżnicowana tylko stanem zdrowia badanych. Najmniej angażują się mężczyźni, którzy swoje zdrowie oceniali jako złe lub średnie. Mniej zaangażowani są również mężczyźni pracujący zawodowo. Takie zmienne, jak wiek i poziom wykształcenia, nie różnicują poziomu zaangażowania respondentów w ten rodzaj pomocy rodzinie.

Zakończenie i wnioski z badań

Starzenie się społeczeństwa należy do tych procesów, których dynamiki zatrzymać się nie da. Zjawisko to staje się inspiracją badań dla wielu naukowców. Interesującym z punktu widzenia zarówno jednostkowego, jak i społecznego obszarem badawczym jest aktywność seniorów, która zaczyna być postrzegana jako niezbędny element pomyślnego starzenia się. Jak zauważa Agata Chabior (2008, s. 37), „aktywność ludzi starzejących się i starych, która na stałe weszła do kanonu badań gerontologicznych, jest i będzie atrakcyjnym tematem rozważań teoretycznych i dociekań badawczych. Tym bardziej, że na tym polu ciągle jesteśmy zaskakiwani coraz to nowymi jej formami, aspektami, wymiarami”. Badacze analizują takie rodzaje aktywności seniorów jak: aktywność społeczna, kulturalna, edukacyjna, religijna, rodzinna – jej uwarunkowania oraz związek z jakością życia. Wyniki badań dowodzą, że aktywność seniorów przybiera różne formy, które są uwarunkowane wieloaspektowo. Szczególnym rodzajem aktywności osób starszych jest aktywność rodzinna.

Zachowanie aktywności w okresie starości przynosi liczne korzyści. Jednak nie każda aktywność służy tak samo każdemu seniorowi. Ważne jest, aby starsza osoba widziała sens w tym, co robi. Zwraca się uwagę, że poczucie satysfakcji, spełnienia i bycia częścią społeczności jest kwestią subiektywną i może być niezależne od rzeczywistego stopnia integracji. Korzyści z aktywności postrzega się jako funkcję indywidualnych percepcji i preferencji. W związku z tym należy przyjąć, że nie ma jednego wzoru starości dla wszystkich. Jednostki muszą zatem wybierać te działania, które w ich odczuciu przynoszą im najwięcej korzyści (Digs, 2008). Aktywność jest jedną z najistotniejszych potrzeb człowieka starszego, mająca charakter potrzeby obiektywnej ze względu na interes spo-

⁶ Z badań przedstawionych przez M. Halicką i J. Halickiego wynika, że w pracę w ogródku i na działce angażuje się 35,8% badanych mężczyzn mieszkających na wsi: M. Halicka, J. Halicki, 2008, *Czas wolny i aktywność społeczna ludzi starszych na Podlasiu*, [w:] A. Fabiś (red) *Aktywność społeczna i oświatowa seniorów*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Bielsko-Biała s. 47–59.

łeczny i jednostkowy. Brak aktywności może powodować samotność, izolację społeczną, postępującą niesprawność, nawet przedwczesną umieralność wśród osób w starszym wieku.

Jak wynika z prezentowanych badań, aktywność rodzinna mężczyzn w starszym wieku przybiera różne formy.

- Wszyscy badani mężczyźni utrzymują intensywne kontakty z dziećmi, wnukami/prawnukami.
- Rzadziej utrzymują kontakty z dalszą rodziną, co często spowodowane jest trudną sytuacją finansową.
- W pomoc w wychowanie wnuków częściej angażują się starsi wiekiem mężczyźni z miasta.
- Udział w wychowywaniu wnuków sprawia badanym wiele radości, nie oceniają tego jako obowiązku.
- Mężczyźni z wykształceniem średnim lub wyższym częściej w porównaniu do mężczyzn z niższym poziomem wykształcenia spędzają czas z wnukami, angażując się w gry i korzystając z Internetu.
- Mężczyźni mieszkający na wsi chętniej zajmują się starszymi wnukami i angażują ich do pracy w zagrodzie.
- W prowadzenie gospodarstwa domowego częściej angażują się mężczyźni z miasta, posiadający wykształcenie średnie lub wyższe oraz będący na rencie lub na emeryturze.
- Mężczyźni mieszkający na wsi bardzo rzadko angażują się w prace domowe. Ten rodzaj pracy przypisują kobietom.
- Badani mężczyźni nie angażują się w opiekę nad starszymi członkami rodziny (z wyjątkiem kawalerów).
- Najbardziej popularną formą aktywności rodzinnej starszych wiekiem mężczyzn jest praca na działce, w ogrodzie i gospodarstwie.
- Czynnikiem najbardziej różnicującym poziom zaangażowania w tę formę aktywności jest stan zdrowia mężczyzn. Czym gorzej oceniany stan zdrowia, tym mniejsze zaangażowanie w pracę na działce, w ogrodzie i gospodarstwie.

Podsumowując wyniki badań, należy podkreślić, że są one satysfakcjonujące. Nie potwierdzają bowiem funkcjonujących dość powszechnie negatywnych stereotypów na temat osób starych, wskazujących na ich małą aktywność. Prezentowane badania pokazują, że starsi mężczyźni dość intensywnie angażują się w aktywność rodzinną. Począwszy od kontaktów z rodziną, poprzez opiekę nad wnukami, pomoc w domu, aż do pracy na działce czy w gospodarstwie. Należy również zaznaczyć, że w spędzaniu czasu z wnukami nie unikają wykorzystywania najnowszych zdobyczy techniki, Internetu. Niewątpliwie istotne znaczenie dla przejawianych form aktywności rodzinnej mają stereotypy kulturowe. Świadczyć o tym mogą wyniki badań pokazujące niską aktywność w prowadzeniu gospodarstwa domowego mężczyzn mieszkających na wsi. Nie bez znaczenia

w podejmowaniu aktywności rodzinnej, szczególnie w utrzymywaniu kontaktów z dalszą rodziną, jest trudna sytuacja finansowa seniorów. Wyniki badań pokazują również, że mężczyźni potrafią opiekować się osobami starszymi, co może być predyktorem nowego wzoru funkcjonowania starszych mężczyzn, jakim jest działalność wolontarystyczna, np. w zakresie pomocy dla chorych osób.

Badania dowodzą, że płaszczyzna zróżnicowań w zakresie aktywności rodzinnej starszych wiekiem mężczyzn przebiega głównie wzdłuż podziału miasto/wieś, wiek, poziom wykształcenia i stan zdrowia. Przedstawiony materiał badawczy jest zbyt wąski, aby sformułowane wnioski uogólniać na całą populację mężczyzn po 60. roku życia. Zachodzi konieczność ich weryfikacji i uwzględnienia w analizach innych zmiennych, które nie zostały uwzględnione w prezentowanych badaniach, np. relacje panujące pomiędzy seniorami a ich dziećmi, rodzaje aktywności rodzinnej sprzed 60. roku życia, relacje związków panujących pomiędzy małżonkami.

Bibliografia

- Bromley D., 1996, *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa.
- Chabor A., 2001, *Kierunki działalności kulturalno-oświatowej* [w:] A.A. Zych (red.) *Demograficzne i indywidualne starzenia się*, Wyd. Akademii Świętokrzyskiej, Kielce.
- Chabior A., 2005, *Aktywność życiowa i jakość życia seniorów* [w:] A. Fabiś (red.) *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Wyd. Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec.
- Chabior A., 2008, *Z badań nad aktywnością seniorów – doświadczenia polskie i niemieckie*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Bielsko-Biała.
- Czerniawska O., 1998, *Style życia ludzi starszych* [w:] O. Czerniawska (red.) *Style życia w starości*, Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź.
- Diggs J., 2008, *Activity theory of ageing* [w:] S. Loue, M. Sajatovic (red.) *Encyclopedia of Aging And Public Health*, Springer.
- Dyczewski L., 1985, *Rodzice jako dziadkowie* [w:] W. Adamski (red.) *Miłość. Małżeństwo. Rodzina*, Wyd. Apostolstwo Modlitwy, Kraków.
- Giannakouris K., 2008, *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Statistics in Focus 72*, Eurostat.
- GUS 2009, *Prognoza ludności na lata 2009–2035*, GUS Warszawa.
- Halik J., (red.), 2002, *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społecznego*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Jałowiecki S., 1973, *Przejście na emeryturę jako proces zmian aktywności społecznej*, Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, Wyd. Polskiej Akademii Nauk, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk.

- Łój G., 2005, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie* [w:] A. Fabiś (red) *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec.
- Mikołajczyk B., 2012, *Człowiek starszy w rodzinie – wybrane aspekty prawne Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Rzecznik Praw Obywatelskich*, Warszawa.
- Orzechowska G., 2002, *Samoocena aktywności osób starszych zamieszkujących różne środowiska*, Zeszyty Naukowe WSHE, nr 7.
- Restak R.M., 1999, *Starsi znaczy mądrzejsi. Jak zachować przez całe życie doskonałą sprawność umysłu*, przeł. E. Turlejska, Prószyński i S-ka, Warszawa.
- Rubacha K., 2008, *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Tokaj A., 2008, *Aktywne życie w starości. Możliwości i ograniczenia* [w:] Z. Wiatrowski, I. Mandrzejewska-Smół, A. Afgański (red.) *Pedagogika pracy i andragogika z myślą o dorastaniu, dorosłości i starości człowieka XXI wieku*, Wyd. Włocławskiego Wydawnictwa Naukowego, Włocławek.
- Sendyk M., 2006, *Osoby starsze w roli dziadków* [w:] A. Nowicka (red) *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków.
- Słownik języka polskiego*, 1996, PWN Warszawa.
- Szarota Z. 2011, *Wstęp* [w:] Z. Szarota (red.) *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków.

Netografia

- CBOS BS/106/2012 *Sposoby spędzania czasu na emeryturze*, www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_106_12_PDF, stan z dnia 11.01.2016.
- GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, 2009, www.stat.gov.pl, stan z dnia 11.01.2016.



Anna Sanecka

Religia i wspólnoty religijne w życiu osób starych

Słowa kluczowe: starość, religia, wiara, wspólnota religijna, uczestnictwo w życiu religijnym, teologia, psychologia, socjologia, przykazanie, potrzeba, pomoc, bezpieczeństwo, kontakt, towarzystwo

Keywords: old age, religion, faith, religious community, participation in religious life, theology, psychology, sociology, commandment, need, help, security, contact, company

RELIGION AND RELIGIOUS COMMUNITIES IN OLD PEOPLES' LIVES

Abstract: Old people are the main age group participating in religious life. The role of religion and religious communities in old people's lives can be presented from three different points of view: theological, psychological and sociological. From a theological point of view religion helps old people to prepare for death and meeting God in the eternal life. Preparing for death is also important from the psychological point of view as it gives some hope and reduces stress of the unknown. Religion helps old people not only to feel more secure in the last period of their lives, but to also fulfil other needs as well. From a sociological point of view the religious communities are more important than religion itself. Although the communities help the elder in regards to medical care, social services and some material needs, it is quite possible that the most important thing for old people is the possibility to talk and have social bonds in their religious communities.

Starzy ludzie w Kościele

„Nasza cerkiew trzyma się na babciach” (Afanasjew, 2005, s. 5), napisał mnich Łazarz (Afanasjew) w pierwszym zdaniu broszurki *Starość – dar Boży. Słowa pociechy dla starych parafian*

kościół prawosławny. To stwierdzenie wydaje się być prawdziwe dla wszystkich wspólnot religijnych, nie tylko dla cerkwi prawosławnej w Rosji. I choć nie wszędzie na świecie budynki świątyni wypełniają jedynie stare kobiety, to w Polsce rzeczywiście przewyższają liczebnie starych mężczyzn aktywnie uczestniczących w życiu religijnym¹. Fakt ten ma podwójną genezę: 1. średnia długość życia kobiet jest wyższa niż mężczyzn², 2. to kobiety – niezależnie od wieku – przywiązują większe znaczenie do duchowej i religijnej sfery życia³, choć same religie przyznają im zwykle mniej praw niż mężczyznom. Związki religijne nie mają zwyczaju upubliczniania danych dotyczących swoich członków/wyznawców. Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego przeprowadza wprawdzie coroczne liczenie wiernych (Dominicantes i Comunicantes), jednak wyniki tego badania przedstawiane na stronie internetowej Instytutu nastroczają problemów nie tylko z interpretacją, ale nawet stwierdzeniem, co oznaczają przedstawione tam dane liczbowe⁴. A jednak brak miarodajnych danych statystycznych nie zmienia faktu, że nawet pobieżna obserwacja wystarczy do empirycznego stwierdzenia, iż znaczny odsetek uczestników życia religijnego stanowią osoby w podeszłym wieku.

Jeżeli więc religie i wspólnoty religijne opierają się na osobach w podeszłym wieku, warto zastanowić się, dlaczego się tak dzieje i czego starzy ludzie szukają w kościołach oraz czego oczekują od religii. Ze względu na brak jednej ogólnie obowiązującej definicji religii proponuję dla potrzeb niniejszego opracowania przyjąć taką, która włącza w swój zakres także tytułowe wspólnoty religijne. *Słownik socjologii i nauk społecznych* definiuje religię jako „zbiór wierzeń, symboli i praktyk (np. rytuałów) opartych na idei *sacrum*, które łączą wierzących w ramach wspólnoty społeczno-religijnej” (Marshall, 2005, s. 278). To definicja, która pozwala zagadnieniom religii i wspólnot religijnych w życiu seniorów przyrzeć się z trzech nierozłącznych, uzupełniających się i stale przeplatających się punktów widzenia: teologicznego, psychologicznego i socjologicznego.

Także pojęcie wspólnoty religijnej, z jednej strony zawarte w tytule niniejszego artykułu, z drugiej – w przyjętej powyżej definicji religii, wymaga pewnego wyjaśnienia. Wspólnotą religijną będzie więc każda grupa parafialna czy diecezjalna, której istnienie jest pochodną wewnętrznej struktury Kościoła, każda grupa zadaniowa działająca w ra-

¹ Dane z liczenia wiernych w Kościele Katolickim w 2010 roku przedstawia „Rzeczpospolita”: „Z liczenia wiernych wynika, że w Polsce dwa razy częściej niż mężczyźni praktykują kobiety. Na dziesięć kobiet, które uczestniczą we mszy św., przypada sześć mężczyzn, a na dziesięć kobiet przystępujących do komunii św. – czterech mężczyzn” (Czaczkowska, 2011, <http://www.rp.pl/artukul/670486.html>, stan z dnia 11.01.2016.)

² Według danych GUS z 2013 roku przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce to 73 lata, a kobiet – ponad 81. <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>, stan z dnia 11.01.2016.

³ Patrz: E. K. Czaczkowska, 2011

⁴ Wyniki badania Dominicantes 2013 opublikowane na stronach Instytutu Statystyki Kościoła Katolickiego: <http://www.iskk.pl/kosciolnaswiecie/193-dominicantes-2013.html>, stan z dnia 11.01.2016.

mach Kościoła i każde stowarzyszenie wiernych⁵. Ze względu na znaczną liczbę i wielką różnorodność tak pojmowanych wspólnot religijnych we wszystkich Kościołach, a także na wielorakość ich działań, a co za tym idzie – wielość ról pełnionych w życiu członków poszczególnych Kościołów, w niniejszym opracowaniu szczegółowo przedstawiono wyłącznie ogólnopolskie wspólnoty, które w ramach Kościołów wypełniają działania pomocowe i opiekuńcze, tak ważne z punktu widzenia osób starych. Wspólnoty parafialne czy prowadzone przez nie świetlice dla seniorów zostały jedynie wspomniane.

Przy prezentacji wspólnot religijnych intencjonalnie pominięto także ważną – jak się wydaje – w życiu seniorów Rodzinę Radia Maryja. Stało się tak z jednej strony z powodu niejednoznacznego stosunku Kościoła Katolickiego do tej wspólnoty⁶, z drugiej zaś – z powodu braku rzetelnych i potwierdzonych informacji odnoszących się do niej. Uzyskanie jakichkolwiek danych na temat Rodziny Radia Maryja i celu czy powodu jej istnienia oraz form działania jest właściwie niemożliwe. Na podstronie strony internetowej⁷ znajdują się tylko kolejne odsyłacze do Centrali Radia Maryja w Chicago oraz koła w Dortmundzie⁸. Informacje o tym, czym jest Rodzina Radia Maryja, można natomiast znaleźć na jednej z podstron strony internetowej Katolickiej Agencji Informacyjnej: „Wspólnota słuchaczy Radia Maryja oraz osób identyfikujących się z poglądami prezentowanymi w tej rozgłośni”⁹. Brak informacji dotyczy także liczebności tej ogólnopolskiej przecież zbiorowości – „dokładna liczba członków Rodziny Radia Maryja nie jest znana”¹⁰, z kolei „Toruńskiej rozgłośni słucha od 1 mln. do 1,5 mln. Polaków. W większości są to osoby powyżej 60. r.ż.” (ibidem). Na podstawie tych danych trudno określić rolę, jaką wspólnota ta odgrywa w życiu swoich członków.

Perspektywa teologiczna

Z teologicznego punktu widzenia można starość traktować jako czas przygotowania do życia wiecznego, do spotkania z Bogiem. To czas podsumowania życia doczesnego, pew-

⁵ Istnienie stowarzyszeń wiernych w Kościele Katolickim regulują przepisy Kodeksu prawa kanonicznego z 1983 roku (Kodeks prawa kanonicznego *Codex Iuris canonici auctoritate Joannis Pauli PP. II promulgatus*, Księga II Lud Boży, Tytuł V Stowarzyszenia wiernych (online) <http://kanon.republika.pl/kodeks3.htm#10>, stan z dnia 11.01.2016.

⁶ Prymas Glemp: *Radio Maryja to duży problem* (<http://wiadomosci.wp.pl/kat,1371,title,Prymas-Glemp-Radio-Maryja-to-duzy-problem,wid,12321033,wiadomosc.html?ticaid=113e4b>), stan z dnia 11.01.2016, Ojciec Ludwik Wiśniewski w Poznaniu: *Radio Maryja to problem Kościoła* (http://poznan.gazeta.pl/poznan/1,36001,17005155,Ojciec_Ludwik_Wisniewski_w_Poznaniu_Radio_Maryja.html#ixzz3KVqe2VEA), stan z dnia 11.01.2016, Sympatycy Radia Maryja szczególnie wypełnili halę (http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114883,17049520,Sympatycy_Radia_Maryja_szczelnie_wypelnili_hale.html), stan z dnia 11.01.2016.

⁷ <http://www.radiomaryja.pl/>, stan z dnia 11.01.2016.

⁸ <http://www.radiomaryja.pl/rrm/>, stan z dnia 11.01.2016.

⁹ <http://www.dziedzictwo.ekai.pl/text.show?id=4649>, stan z dnia 11.01.2016.

¹⁰ <http://www.dziedzictwo.ekai.pl/text.show?id=4648>, stan z dnia 11.01.2016.

nego zestawienia czynów, które – zgodnie z doktryną katolicką – mogą zapewnić zbawienie. To ostatnie chwile na pogodzenie się z bliźnimi i Bogiem. Czasami ostatnia chwila na nawrócenie.

Teologowie, a są nimi przeważnie księża, upatrują rolę religii, a poniekąd także wspólnot religijnych, w życiu starego człowieka właśnie w takim przygotowaniu do spotkania z Bogiem. Samą starość postrzegają zaś jako przygotowanie do śmierci. Tego typu stwierdzenia znajdujemy nawet w tytułach pisanych przez nich książek, np. *Zanim uderzy dzwon* ks. M. Malińskiego czy *Koniec czy początek? Szkice o godnym starzeniu się i umieraniu* ks. W. Irka. Prace te poruszają tematykę starości jako kresu życia na ziemi i przygotowania do dalszego, nowego życia. Czasem zwracają się ku zagadnieniom związanym z opieką czy pomocą, jakiej wymagają seniorzy, w większości wyrażają jednak zainteresowanie raczej kwestią śmierci niż życia w starości. I nawet jeżeli w tytule pracy pojawia się starość, a nie śmierć i życie wieczne, autorzy i tak dość szybko przechodzą do spraw ostatecznych, jakby nie bardzo wiedząc, jak poradzić sobie ze starością, z jej specyfiką, z jej problemami i odpowiedziami, jakich oczekuje ona od religii. I chociaż rzeczywiście osoby stare, czując nieuchronnie zbliżający się koniec życia, poszukują w religii pewnej pociechy oraz odpowiedzi na pytanie, co czeka je po – coraz bliższej – śmierci, wydaje się, że takie teologiczne podejście do starości jest sprzeczne z duchem i nauką chrześcijańską, gdzie – zwłaszcza w Starym Testamencie – znajdujemy wiele fragmentów wskazujących na szczególną rolę starości jako daru od Boga. Na fakt ten zwraca uwagę ks. Piotr Ostański, który tym właśnie zagadnieniom poświęcił swoją pracę *Historiozbawcza wizja starości w Piśmie Świętym. Studium egzegetyczno-teologiczne*. Już we wstępie pisze więc: „Tematyka starości, która stanowi szczególną część losu człowieka i która przewija się, mniej lub bardziej, w refleksji ludzi wszystkich epok, jest też obecna na kartach Pisma Świętego (...) Jedną z charakterystycznych cech biblijnego spojrzenia na człowieka jest jego podwójna perspektywa, świecka i religijna (...) Ów podwójny rys jest również obecny w biblijnym spojrzeniu na starość (...) Pisarze biblijni poświęcają mu (spojrzeniu człowieka Biblii na ten etap życia) sporo miejsca w swoich dziełach, wyrażają się o nim zawsze z powagą i ukazują go jako ostatnią fazę ludzkiego dojrzewania. W ich patrzeniu na podeszły wiek kryje się spojrzenie samego Boga na ten etap życia” (Ostański, 2007, s. 126–127).

Fakt postrzegania starości jako szczególnej nagrody, daru od Boga bardzo jednoznacznie wskazany jest w jedynym przykazaniu, które, oprócz nakazu lub zakazu robienia czegoś, zawiera też wyraźną informację o następstwie jego przestrzegania. Niestety tradycje religijne przekazują je zwykle w formie skróconej z pominięciem właśnie tego znaczącego elementu. Zatem biblijne przykazania: „Czcij ojca twego i matkę swoją, abyś długo żył na ziemi, którą Pan, Bóg twój, da tobie” (Wj 20,12) oraz „Czcij swego ojca i swoją matkę, jak ci nakazał Pan, Bóg twój, abyś długo żył i aby ci się dobrze powodziło na ziemi, którą ci daje Pan, Bóg twój” (Pwt 5,16). W powszechnym przekazie otrzymujemy w zniekształconej formie: czcij ojca swego i matkę swoją. Tak przekazywane przy-

kazanie obliguje człowieka do czci, a co za tym idzie – szacunku, wspierania, udzielania pomocy dla swoich rodziców i innych starszych, całkowicie pomijając jednak fragment nobilitujący długie życie, a więc osiągnięcie starości i samą starość.

Stary Testament pełen zaś jest sędziwych starców, choć i tam pojawia się już oczekiwanie nieśmiertelności i wiecznego zjednoczenia z Bogiem (znacznie wyraźniej zaznaczające się w Nowym Testamencie), a śmierć przedwczesna nie zawsze postrzegana jest jako kara za grzechy – „Sprawiedliwy, choćby umarł przedwcześnie, znajdzie odpoczynek” (Mdr 4,7). Mniej obecny jest temat starości w Nowym Testamencie i – jak pisze Ostański – „praktycznie dotyczy tylko trzech zagadnień: materialnej pomocy dla wdów; wsparcia dla starszych rodziców; szacunku dla starców” (Ostański, 2007, s. 591). Ważne zagadnienia i wskazania możemy znaleźć w Listach św. Pawła, choć Apostoł w swoich czternastu listach, w których udziela adresatom wielu rad dotyczących różnych obszarów życia, stosunkowo niewiele miejsca poświęca tematyce starości, wskazówkom dotyczącym osób starych lub stosunku do nich, o samej zaś starości wyraża się nie bardzo pochlebnie: „Ponieważ zaś mówi o nowym, pierwsze uznał za przestarzałe; a to, co się przedawnia i starzeje, bliskie jest zniszczenia” (Hbr 8,13). W *I Liście do Tymoteusza* przedstawia Apostoł Paweł wskazówki dotyczące traktowania osób starszych, szczególnie – wdów: „Starszego wiekiem nie strofuj, lecz nakłaniaj prośbą jak ojca, młodszych – jak braci, starsze kobiety – jak matki; młodsze – jak siostry, z całą czystością! Miej we czci te wdowy, które są rzeczywiście wdowami. Jeśli jakaś wdowa ma dzieci albo wnuki, niechże się one uczą najpierw pieczołowitości względem własnej rodziny i odpłacania się rodzicom wdzięcznością!” (1 Tm 5, 1–4). W *Liście do Tytusa* zamieszcza Paweł swoją wizję starego człowieka. Wizję dość wymagającą: „starcy winni być ludźmi trzeźwymi, statecznymi, roztroprnymi odznaczającymi się zdrową wiarą, miłością, cierpliwością. Podobnie starsze kobiety winny być w zewnętrznym ułożeniu jak najskromniejsze, winny unikać plotek i oszczerstw, nie upijać się winem, a uczyć innych dobrego. Niech pouczają młode kobiety, jak mają kochać mężów, dzieci, jak mają być rozumne, czyste, gospodarne, dobre, poddane swym mężom – aby nie bluźniono słowu Bożemu” (Tt 2, 2–5). Takie oczekiwania mogą być niewygodne dla samych osób starych, które na podstawie innych biblijnych fragmentów mogły się przyzwyczaić do specjalnego traktowania i poważania ze względu na sam wiek, a nie indywidualne przymioty. Mogą być jednak także mobilizujące dla osób poważnie traktujących naukę Pisma Świętego.

Trudno wyobrazić sobie, aby osoba naprawdę wierząca, znająca Pismo Święte i przywiązująca dużą wagę do religii, nie miała świadomości, jak w perspektywie biblijnej wygląda wiek podeszły, jak widzi lub powinno widzieć go chrześcijaństwo. W takiej perspektywie trudno zgodzić się z coraz częstszymi stwierdzeniami, że „starość się Panu Bogu nie udała”. Biblijne przykłady wskazują też zresztą, że długie życie było szczęśliwe i spełnione, jak w przypadku Abrahama, który „dożył lat stu siedemdziesięciu pięciu (...) i zmarł w późnej, lecz szczęśliwej starości, syt życia, i połączył się ze swoimi przodkami” (Rodz 25,7–8). Znając te biblijne refleksje nad starością i mając świadomość biblijnego

postrzegania starości jako szczególnego daru od Boga i jako pewnego rodzaju doczesnej już nagrody za dobre, sprawiedliwe życie, sami ludzie starzy mogą postrzegać swój podeszły wiek jako takie właśnie błogosławieństwo, szczególny przywilej, choć oczywiście dziś o wiele więcej osób niż w czasach biblijnych dożywa podeszłych lat. Mogą też w oparciu o religię i przekaz biblijny oczekiwać wsparcia i pomocy oraz szacunku od innych ludzi.

Perspektywa psychologiczna

Z psychologicznego punktu widzenia religia daje pewnego rodzaju nadzieję, w przypadku prawdziwej głębokiej wiary – nawet pewność istnienia życia po śmierci. To nadzieja na to, że śmierć nie jest jednak ostatecznym kresem istnienia. Ponieważ brak jakichkolwiek twardych dowodów na to, co czeka człowieka po śmierci, osoby stare, których problem zbliżającego się końca życia dotyczy szczególnie – jak mówi jeden ze starych bohaterów sztuki „Hopla, żyjemy!”¹¹: „śmierć przydarza się zwykle ludziom starym” – mogą szukać w religii i wierze nadziei na to, że Stwórca ma im coś jeszcze do zaproponowania. To pewnego rodzaju pociecha – wiara i religia chrześcijańska dają bowiem perspektywę zmartwychwstania i życia wiecznego. Sytuacja niepewności jest jedną z bardziej niekomfortowych i stresujących dla człowieka. Nieznane budzi też zwykle najwięcej lęku i wywołuje poczucie braku bezpieczeństwa. Jakakolwiek więc wiedza, nawet oparta na przyjmowaniu za prawdziwe przekonania o życiu wiecznym na podstawie wiary w cudze świadectwo, zmniejsza ten lęk. Inna z bohaterek wspomnianej już sztuki, nazywana przez autorkę Bigotką, mówi z nieukrywaną wyższością, że „wie, co ją czeka po śmierci”¹². I rzeczywiście, osoby wierzące, te, które wiedzą, że coś będzie i co będzie dalej, zdają się być w sytuacji jakby uprzywilejowanej. Można stwierdzić, że religia, wiara religijna zaspokaja ich bardzo pierwotną, zgodnie w piramidą Masłowa, potrzebę bezpieczeństwa. Ale z psychologicznego punktu widzenia religia i udział w życiu religijnym oraz wspólnotach religijnych dają też swoim wyznawcom zaspokojenie innych potrzeb. Właściwie można powiedzieć, że wszystkie poziomy piramidy potrzeb Masłowa w jakimś stopniu są realizowane bądź przez religię *per se*, bądź przez wspólnoty wyznaniowe. Poza tym, że daje pewnego rodzaju poczucie bezpieczeństwa, religia pozwala na znalezienie miłości (Bożej oraz ze strony bliźnich) nawet osobom, które poza sferą religijną nie czują się kochane i nie funkcjonują w związkach rodzinnych, emocjonalnych czy intymnych. A to częsta sytuacja w przypadku samotnych osób starych. Religia pozwala też na zaspokojenie potrzeby szacunku w obszarze własnej godności oraz poszanowania ze strony innych. Osoby religijne będą uznawały wszystkich ludzi za równe sobie „dzieci Boże”,

¹¹ „Hopla, żyjemy!” – sztuka teatralna autorstwa Krystyny Meissner, wystawiona przez autorkę we Wrocławskim Teatrze Współczesnym. Premiera 29.06.2012. Tekst sztuki nie ukazał się w formie drukowanej.

¹² Ibidem.

którym wrodzony szacunek należy jest w związku z ich człowieczeństwem. To ważny element w życiu ludzi starych, którzy we współczesnym świecie nie cieszą już takim poważaniem w związku np. z życiowym doświadczeniem. Najwięcej miejsca na religię znajduje się jednak na najwyższym poziomie piramidy. To poziom potrzeby samorealizacji, czyli osiągnięcia tego wszystkiego, co jest dla człowieka możliwe, a jak wiadomo „u Boga wszystko jest możliwe” (Mt 19, 26). Wśród potrzeb samorealizacji znajdują się wprost wszelkie potrzeby transcendentne czy religijne – potrzeby posiadania, poznawania, badania i obcowania z obecnym w religiach *sacrum*. Dodatkowo chrześcijaństwo uczy też, że grzechem jest niewykorzystywanie otrzymanych od Boga darów, zdolności, talentów¹³.

Także związki religijne pozwalają ludziom, w tym szczególnie starym, na zaspokajanie poszczególnych potrzeb. Poczynając od potrzeb biologicznych, kiedy korzystają np. z domów opieki czy pomocy medycznej, poprzez zaspokajanie tak ważnej potrzeby przynależności, bezdyskusyjnie wpisanej w społeczny, grupowy charakter religii, na potrzeby samorealizacji kończąc – np. w przypadku uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez parafialne świetlice dla seniorów.

Perspektywa socjologiczna

Z socjologicznego punktu widzenia ważne okazuje się przede wszystkim funkcjonowanie seniorów we wspólnotach religijnych. Jest to z jednej strony to wszystko, co wspólnoty wyznaniowe proponują starym ludziom, z drugiej to, czego sami seniorzy od nich oczekują. Pierwsza grupa interakcji wspólnota religijna–człowiek stary wynika wprost ze wskazań zawartych w Piśmie Świętym oraz w wykładniach zasad moralności poszczególnych kościołów, takich jak katechizmy. Jest więc to punkt widzenia ściśle powiązany z teologicznym i, jako odnoszący się do aktualnej rzeczywistości Kościoła oraz interpretujący coraz aktualniejszy problem starości z punktu widzenia nie tylko socjologii, ale także teologii, włączający się w obszar teologii praktycznej. Literatura przedmiotu raczej przedstawia to zagadnienie z punktu widzenia tych właśnie wspólnot religijnych i ich powinności względem osób starych. Zwykle powinności te obejmują działania z zakresu pomocy i opieki nad ludźmi starymi. Pomoc zaś dotyczy obszarów: materialnego, duchowego czy psychicznego. Znacznie mniej znajdujemy wypowiedzi samych seniorów na temat tego, jaką rolę w ich życiu pełnią wspólnoty religijne.

Jan Paweł II w swojej Encyklice *Centesimus Annus*, przedstawiając katolicką opcję na rzecz ubogich, pisze: „Opcja ta nie dotyczy tylko ubóstwa materialnego, wiadomo bowiem, że zwłaszcza we współczesnym społeczeństwie spotyka się liczne formy ubóstwa nie tylko ekonomicznego, ale również kulturowego i religijnego. Miłość Kościoła do ubogich, kierująca jego działaniem i należąca do jego stałej tradycji, każe mu zwracać

¹³ Patrz: Mt 25, 14–30; Łk 19, 12–26.

się ku światu (...) W krajach zachodnich istnieje różnorakie ubóstwo grup zepchniętych na margines, ludzi starych i chorych, ofiar konsumizmu” (CA 57). W tym fragmencie papieskiej Encykliki ludzie starzy są wprost wymienieni jako zepchnięci na margines, społecznie upośledzeni i wymagający pomocy. Na gruncie Kościoła Katolickiego zadania pomocowe wypełniają przede wszystkim Caritas Polska oraz Caritas poszczególnych diecezji. Obszary ich działania, których beneficjentami mogą być ludzie starzy, obejmują: parafialne i diecezjalne punkty wydawania odzieży, parafialne i diecezjalne punkty wydawania żywności, wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego, jadłodajnie dla ubogich, domy pomocy społecznej, świetlice parafialne dla seniorów, domy dziennego pobytu dla seniorów, hospicja domowe i stacjonarne, stacjonarne i ambulatoryjne zakłady rehabilitacyjne¹⁴. Szczególne znaczenie w dziele pomocy – w tym także osobom starszym – przypisywana jest parafiom, jako zbiorowości, które znają swoich członków bezpośrednio i orientują się w ich indywidualnej sytuacji i potrzebach. „W centrum działalności charytatywnej parafii stoi człowiek potrzebujący, który jawi się zawsze jako istota religijna i społeczna. (...) Pomocy od społeczeństwa, a w tym i od wspólnoty parafialnej, oczekują opuszczone matki, ludzie chorzy i niepełnosprawni, samotni i w podeszłym wieku, ludzie ubodzy, żyjący w nędzy i oczywiście bezdomni” (Drożdż, 2012, s. 53).

Podobnego typu działania pomocowe skierowane do seniorów prowadzą też inne kościoły – kościół prawosławny i jego wspólnoty diecezjalne oraz parafialne, a także wspólnoty protestanckie. W kościele prawosławnym działają ośrodki miłosierdzia ELEOS poszczególnych diecezji i oraz liczne domy opieki¹⁵. Są to także niezinstytucjonalizowane, spontaniczne działania członków wspólnot parafialnych. ELEOS, podobnie jak katolicki Caritas, „[o]rganizuje pomoc charytatywną, pomoc rodzinom ubogim i patologicznym, dzieciom z tych rodzin, wychowankom domów dziecka, osobom starszym, chorym, ubogim, bezdomnym, emigrantom i uchodźcom oraz osobom znajdującym się w trudnej sytuacji. (...) Ośrodek wydaje odzież i żywność, organizuje wypoczynek letni i wycieczki, prowadzi zajęcia świetlicowe, organizuje pomoc w miejscu zamieszkania osób starszych i chorych, przeciwdziała negatywnym zjawiskom społecznym” (Busłowska, 2009, s. 72). Protestancka DIAKONIA, działając w oparciu o słowa Jezusa „Cokolwiek uczyniliście jednemu z tych najmniejszych moich braci, mnie uczyniliście” (Mt 25,40), „wspiera diecezjalną działalność diakonijną i koordynuje projekty na rzecz pomocy osobom starszym, niepełnosprawnym, dzieciom, młodzieży i rodzinom w trudnej sytuacji życiowej”¹⁶. Osobom starszym Diakonia świadczy pomoc prowadząc m.in. domy opieki, wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego, kluby seniora, zajęcia komputerowe i prelekcje czy oferując ambulatoryjną pomoc medyczną.

¹⁴ Pełny wykaz wraz z liczbą placówek danego typu, patrz: B. Drożdż, *Kościelna opcja na rzecz ubogich*, s. 45.

¹⁵ W Grabarce, w Trześciance, w Jeleniej Górze, *Betania* w Stanisławowie, *Samarytanin* w Hajnówce, *Arka* w Koźminie, w Lublinie. Patrz: L. Busłowska (opr.), s. 72–73.

¹⁶ <http://www.diakonia.org.pl>, stan z dnia 11.01.2016.

Udzielając tego typu wsparcia i pomocy ludziom starym, Kościoły i wspólnoty religijne wywiązują się z narzuconych im wymagań moralnych. Czy spełniają tym samym oczekiwania swoich członków w podeszłym wieku, pozostaje oddzielnym zagadnieniem. Brunon Synak jako swoiste potrzeby seniorów wskazuje 1. potrzebę przynależności – integracji i towarzystwa, 2. potrzebę użyteczności i uznania, w tym także udziału w zinstytucjonalizowanych formach aktywności społecznej, 3. potrzebę niezależności przestrzennej i ekonomicznej, 4. potrzebę fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa oraz 5. potrzebę satysfakcji życiowej (Synak, 1982, s. 38). Co najmniej trzy z nich mogą być zaspokajane przez uczestnictwo w życiu religijnym i przynależność do wspólnoty religijnej. Piotr Czekanowski w swoim tekście *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, zamieszczonym w tomie *Polska starość*, pisząc o starych ludziach w rodzinie, wyraźnie zwraca uwagę na ich osamotnienie. Jednocześnie definiuje samotność jako obiektywny brak kontaktów z innymi ludźmi, a osamotnienie jako subiektywną i przykrą reakcję na brak tych kontaktów¹⁷. Osoby stare są grupą wyraźnie marginalizowaną w życiu społecznym, w tym także życiu towarzyskim. Nie bez przyczyny to osoby stare, obok dzieci, osób pod wpływem alkoholu oraz żartownisiów, są wymieniane przez pracowników infolinii oraz centrów obsługujących numery alarmowe jako te, które dzwonią najczęściej. Dzwonią po to, aby z kimś porozmawiać. Jak mówi np. Małgorzata Smolarek, kierownik Wojewódzkiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego w Szczecinie, cytowana w jednym z artykułów dotyczących działania numeru 112: „Kiedy obsługiwaliśmy tylko Szczecin, operatorzy, których na zmianie jest siedmiu, odbierali średnio 875 zgłoszeń na dobę. (...) Odkąd dołączyły nowe powiaty, ta liczba wzrosła do 2,5 tys. telefonów na dobę. Jedynie 15 proc. z nich to zgłoszenia zasadne (...). Reszta, czyli 85 proc., po prostu blokuje linię (...). Dzwonią też starsi ludzie, którzy chcą z kimś porozmawiać”¹⁸. I nie jest to głos odosobniony. Podobne uwagi zgłaszają pracownicy infolinii, i to nie tylko tych bezpłatnych.

W poszukiwaniu Boga czy kontaktu i zainteresowania?

Czy starsi ludzie w Kościele i wspólnotach religijnych szukają rzeczywiście wyłącznie Boga i pociechy w obliczu zbliżającej się śmierci? Czy może traktują te miejsca jako możliwość spotkania się z ludźmi, jako możliwość rozmowy? Jeśli tak, to czy słusznie oczekują, że ktoś – ksiądz, inny człowiek, np. członek ich wspólnoty religijnej – będzie tam mieć dla nich czas i ochotę na rozmowę i poświęcenie im czasu? Wydaje się, że uzasadnionym jest oczekiwanie, że akurat za drzwiami świątyni pędzący czas trochę zwolni. Że znajdzie się ten czas na rozmowę, że przestanie być przeliczany na zarobione lub stracone

¹⁷ Patrz: P. Czekanowski, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie* [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

¹⁸ http://szczecin.gazeta.pl/szczecin/1,34959,14979884,Halo__alarmowy_112__Teraz_zaspiewam_piosenke__A_ktos.html#ixzz3DcWsWeWY, stan z dnia 11.01.2016.

złotówki, dolary, euro... Przecież wszyscy wierzący doskonale pamiętają, a przynajmniej powinni pamiętać, że Jezus wyrzucił z jerozolimskiej świątyni kupców, przypominając, że świątynia ma być „domem modlitwy”¹⁹, oraz że nakazał miłować bliźniego.

Po pewnym okresie w historii cywilizacji, który cechował się wzrostem społecznego prestiżu starości, utożsamianej z doświadczeniem, mądrością i pamięcią historyczną, ludzkość znowu wróciła do pojmowania starości charakterystycznego dla plemion koczowniczych. Wtedy starcy nie nadążali za grupą lub opóźniali jej przemieszczanie się, dziś – nie nadążają za pędzącym coraz szybciej światem. Starość jest kłopotliwa i niezgodna z obowiązującym kultem młodości oraz życiem w ciągłym biegu. Nie dotrzymuje kroku młodym, zdrowym, skomputeryzowanym, wiecznie zabieganym. A to powoduje, że starzy ludzie często traktowani są z lekceważeniem, pogardliwie, z politowaniem, protekcyjnie. Jak zauważył E. H. Erikson, „rosnąca liczba ludzi w podeszłym wieku zaczyna być traktowana jako masa staruszków, a nie elita starców” (Erikson, 2002, s. 9). Warto więc wierzyć i mieć nadzieję, że chociaż w murach świątyni i w ramach wspólnot religijnych ludzie starzy mogliby liczyć na tak potrzebne im zrozumienie, pomoc, opiekę, rozmowę, pocieszenie, a przede wszystkim – czas i towarzystwo, tym bardziej że, jak wskazują wyniki badań opublikowane przez *Proceedings of the National Academy of Science*: „Po wyeliminowaniu czynników chorobowych naukowcy doszli do wniosku, że przyczyną wzrostu śmiertelności jest właśnie izolacja społeczna”. To pierwsze badanie, które wykazuje, że osamotnienie ma tak istotny wpływ na stan zdrowia”²⁰.

WYKAZ SKRÓTÓW

Księgi Biblijne

Stary Testament

Mdr	Księga Mądrości
Pwt	Księga Powtórzonego Prawa
Rodz	Księga Rodzaju
Wj	Księga Wyjścia

Nowy Testament

Hbr	List do Hebrajczyków
Łk	Ewangelia według św. Łukasza
Mt	Ewangelia według św. Mateusza
Mk	Ewangelia według św. Marka
1 Tm	Pierwszy List św. Pawła do Tymoteusza
Tt	List św. Pawła do Tytusa

¹⁹ Patrz: Mt 21, 12–13, Mk 11, 15–17, Łk 19, 45–46.

²⁰ Patrz: Steptoe A., Shankar A., Demakakos P., Wardle J., *Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women* (online), <http://www.pnas.org/content/110/15/5797.full>, stan z dnia 11.01.2016.

Dokumenty Kościoła

CA Encyklika *Centesimus Annus*

Bibliografia

- Busłowska L., (opr.), 2009, *Droga. Prawda. Życie*, Warszawska Metropolia Prawosławna, Hajnówka.
- Czekanowski P., 2002, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie* [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Drożdż B., 1998, *Duszpasterstwo charytatywne w diecezji i parafii* [w:] J. Stala (red.), *Życie i śmierć. Wyzwania działalności charytatywnej*, Polihymnia, Tarnów.
- Drożdż B., 2012, *Kościelna opcja na rzecz ubogich* [w:] J. Stala (red.) *Życie i śmierć. Wyzwania działalności charytatywnej*, Polihymnia, Tarnów.
- Erikson E.H., 2002, *Dopełniony cykl życia*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Marshall G., (red.), 2005, *Słownik socjologii i nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ostański P., 2007, *Historiozbawcza wizja starości w Piśmie Świętym. Studium egzegetyczno-teologiczne*, Uniwersytet Adama Mickiewicza. Wydział Teologiczny. Studia i materiały, Poznań.
- Synak B., 1982, *Migracja i adaptacja ludzi starszych do środowiska miejskiego*, Zeszyty naukowe UG. Rozprawy i monografie, Gdańsk.

Netografia

- Czaczkowska E. K., 2011, *Liczej do komunii. To źle?* [online], <http://www.rp.pl/artykul/670486.html>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://biblia.deon.pl/>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>, stan z dnia 11.01.2016.
- http://poznan.gazeta.pl/poznan/1,36001,17005155,Ojciec_Ludwik_Wisniewski_w_Poznaniu_Radio_Maryja.html#ixzz3KVqe2VEA, stan z dnia 11.01.2016.
- http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114883,17049520,Sympatycy_Radia_Maryja_szczelnie_wypelnili_hale.html, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1371,title,Prymas-Glemp-Radio-Maryja-to-duzy-problem,wid,12321033,wiadomosc.html?ticaid=113e4b>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.diakonia.org.pl/>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.dziedzictwo.ekai.pl/>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.dziedzictwo.ekai.pl/text.show?id=4648>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.iskk.pl/kosciolnaswiecie/193-dominicantes-2013.html>, stan z dnia 11.01.2016.
- Jan Paweł II, Encyklika „Centesimus Annus” [online], http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/centesimus_1.html, stan z dnia 11.01.2016.
- Kodeks prawa kanonicznego *Codex Iuris canonici auctoritate Joannis Pauli PP. II promulgatus*, [online] <http://kanon.republika.pl/index.html>, stan z dnia 11.01.2016.

- Łukaszuk A., 2013, *Halo, alarmowy 112? Teraz zaśpiewam piosenkę. „A ktoś czeka na pomoc”* [online], http://szczecin.gazeta.pl/szczecin/1,34959,14979884,Halo__alarmowy_112__Teraz_zaspiewam_piosenke___A_ktos.html#ixzz3DcWsWeWY, stan z dnia 11.01.2016.
- Rodzina i przyjaciele trzymają przy życiu* [online], <http://www.polishupdate.com/blog/2013/04/rodzina-i-przyjaciele-trzymaja-przy-zyciu/>, stan z dnia 11.01.2016.
- Steptoe A., Shankar A., Demakakos P., Wardle J., *Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women* [online], <http://www.pnas.org/content/110/15/5797.full>, stan z dnia 11.01.2016.



Agnieszka Salon

Społeczne wykluczenie seniorów na przykłądzie życia w instytucjach opiekuńczych

Słowa kluczowe: starość, rodzina, potrzeby, wykluczenie

Keywords: old age, care, needs, exclusion

A CASE STUDY OF SOCIAL EXCLUSION OF OLDER PEOPLE LIVING IN CARE INSTITUTIONS

Abstract: The paper discusses the situation of elderly people who for personal, health related and financial reasons live in nursing homes or receive daytime institutional care. It describes how they perceive their present situation, how they spend their time, what they think about the place they live in, what emotions and feelings they experience in daily lives. Subjects often claim to feel lonely, isolated and disappointed in other people's behaviour towards them. They experience social exclusion and lack of understanding and patience on the part of others. The paper also aims to depict some of the differences between living in a nursing home and living in one's home environment while receiving only daytime care.

Wprowadzenie

Nasilający się proces starzenia ludności na świecie, w tym również w Polsce, zmusza do refleksji nad konsekwencjami tego zjawiska. Obecnie nie tylko coraz większa część społeczeństwa przekracza umowny próg starości (ONZ podaje 65 lat), ale również czas życia po przekroczeniu tego progu znacznie się wydłuża. W amerykańskiej literaturze gerontologicznej stosowany jest podział populacji seniorów na trzy grupy: „młodych starych” (65–74 lat), „starych starych” (75–84 lat), „najstarszych starych” (85 lat i więcej) (Szukalski, 2009, s. 13).

W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia z września 2014 roku czytamy, że w latach 2000–2050 na świecie dwukrotnie zwiększy się liczba osób 60+; powiększy się również odsetek osób w wieku 80 lat i więcej. Na jakość naszego starzenia się wpływają właściwa dieta, aktywność fizyczna, unikanie czynników ryzyka, takich jak palenie papierosów czy nadużywanie alkoholu. Niestety, wydłużanie czasu życia związane jest ze wzrostem zachorowalności na choroby układu krążenia, cukrzycę, nowotwory oraz z występowaniem zaburzeń poznawczych i zespołów otępiennych, w tym choroby Alzheimera¹.

Według prognozy demograficznej GUS z 2014 r. w latach 2014–2050 w naszym kraju znacznie zmniejszy się liczba dzieci i osób dorosłych młodszych niż 65 lat. W tym samym czasie populacja 65+ zwiększy się o 5,4 mln, a widoczne powiększenie się grupy osób starszych nastąpi już w 2015 r. Wydłuży się także czas dalszego trwania życia².

Przyrost ludności w wieku poprodukcyjnym spowodowany jest czynnikami demograficznymi i społecznymi, poprawą jakości życia, większą świadomością w kwestii zdrowego odżywiania się i dbania o siebie, dostępem do szerszego zakresu usług zdrowotnych (Hryniewicz, 2012, s. 8). Według opracowań Global AgeWatch Index 2013 obecni sześćdziesięciolatekowie w Polsce będą żyli jeszcze 21 lat, z czego w dobrym zdrowiu około 16 lat. Konsekwencje tego już są i nadal będą odczuwalne w różnych aspektach życia społeczeństwa i jednostek – gospodarczym, zdrowotnym, rodzinnym, społecznym³.

Piotr Błędowski (2002, s. 231) uważa, że w polityce społecznej wobec osób starszych chodzi nie tylko o organizowanie pomocy dla tej grupy, ale przede wszystkim o zorganizowanie im życia. Zapewnienie właściwej opieki ludziom w podeszłym wieku będzie istotnym problemem naszego społeczeństwa. W Polsce zgodnie z tradycją opieka nad człowiekiem starszym, i często niepełnosprawnym, należy do zadań rodziny. Rodzina jest najważniejszą instytucją, która zaspokaja potrzeby, daje poczucie bezpieczeństwa i wsparcia (Synak, 2000, s. 14). Badania Elżbiety Bojanowskiej pokazały, że większość Polaków uważa, że opieka nad rodzicami w starszym wieku należy zdecydowanie do obowiązków dzieci, a w następnej kolejności dalszej rodziny. Opiekę instytucjonalną (w omawianym przypadku dom pomocy społecznej) uznaje się za ostateczność, rozwiązanie akceptowalne tylko w sytuacji przymusowej (Bojanowska, 2009, s. 213). Również badania Zofii Szaroty wskazują, że właśnie rodzina stanowi środowisko optymalne dla rozwoju starzejącej się osoby (Szarota, 2004, s. 95).

Jednocześnie na skutek przemian społecznych, ekonomicznych i kulturowych starsze osoby często są pozbawione opieki i wsparcia ze strony bliskich. Przyczyniają się do tego migracje, zmiany funkcji i struktury rodziny, osłabienie więzi i szereg innych zjawisk, które skutkują zanikaniem rodzin wielopokoleniowych i spadkiem intensywności

¹ www.who.int/ageing/about/facts/en, stan z dnia 11.01.2016.

² http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf, stan z dnia 11.01.2016.

³ www.globalagewatch.org, stan z dnia 11.01.2016.

kontaktów rodzinnych (Hrynkiewicz, 2012, s. 10). Dodatkowo niski poziom urodzeń, który w konsekwencji prowadzi do braku zastępowalności pokoleń, zmniejsza potencjał opiekuńczy rodziny (Hrynkiewicz, 2012, s. 13). Ważnym czynnikiem jest sytuacja materialna – opieka nad starszymi członkami rodziny staje się wyzwaniem w obliczu niewielkiego wsparcia tej formy opieki ze strony państwa.

Jak pisze Elżbieta Trafiałek (w kontekście ustawy o świadczeniach rodzinnych): „Są uwzględnione dodatki – świadczenia za opiekę nad dzieckiem, nad dzieckiem niepełnosprawnym, ale ustawodawca nie pomyślał o ekwiwalentach pieniężnych dla opiekunów osób starszych, wymagających stałej opieki domowej (np. chorzy na Alzheimera, cierpiący na demencję, niesprawni ruchowo). Wiele osób rezygnuje z pracy zawodowej, aby opiekować się starymi, chorymi rodzicami. Nie przysługuje im żadna rekompensata, choć z punktu widzenia interesów społecznych, budżetu i samego chorego – jest to rozwiązanie o wiele korzystniejsze od pobytu w zamkniętej placówce opiekuńczej, pielęgnacyjnej czy hospicyjnej”. W konsekwencji osoby w podeszłym wieku coraz częściej decydują się na spędzenie ostatniego etapu życia w przeznaczonych do tego instytucjach i na razie nie ma powodów, by sądzić, że ta tendencja się odwróci (Trafiałek, 2008).

Zofia Szarota pytała klientów pomocy środowiskowej o główne powody ubiegania się o miejsce w domu pomocy społecznej. Wymieniali m.in.: samotność, brak rodziny, konflikty rodzinne, złe warunki mieszkaniowe, złą sytuację materialną, obawę przed samotną starością, stan zdrowia, niepełnosprawność, brak możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Oto jak niektórzy z jej respondentów uzasadniali swoją decyzję: „Powody zdrowotne, no i brak rodziny, która by się mną zaopiekowała”, „Decyzję podjęłam ze strachu. Tam, gdzie mieszkalam, było straszne chuligaństwo. Poza tym jestem samotna (...)”, „Choroba Parkinsona, nie chciałam moim pogarszającym się stanem zdrowia obarczać mojej córki i jej rodziny (...)”. Opieka instytucjonalna była dla tych ludzi koniecznością, na którą zdecydowali się w wyniku niesprzyjających okoliczności, nie zaś czymś, czego oczekiwali (Szarota, 2011, s. 35). Przewlekła choroba, własna decyzja, samotność – to odpowiedzi udzielone przez mieszkańców domów pomocy społecznej w innym badaniu przeprowadzonym przez Zofię Szarotę. Trzeba jednak zaznaczyć, że odpowiedzi te nie potwierdzały informacji otrzymanych od pracowników tych placówek. Twierdzili oni, że główną przyczyną zamieszkania badanych są konflikty i nieporozumienia rodzinne (Szarota, 2000, s. 160). Elżbieta Chechelska badała hierarchie potrzeb mieszkańców domu pomocy społecznej. Respondenci za najważniejsze uznali potrzeby związane z mieszkaniem („dach nad głową”), poczucie bezpieczeństwa i zapewnienie wyżywienia. Najmniej ważne były: potrzeba bycia potrzebnym, ważnym i użytecznym dla innych oraz potrzeba uczestnictwa w życiu kulturalnym. Uzyskane wyniki można uznać za pesymistyczne z punktu widzenia jakości życia badanych osób: dominujące okazały się potrzeby najbardziej elementarne. Autor-

ka interpretuje je, odwołując się m.in. do teorii hierarchii potrzeb Masłowa: wyższe potrzeby nie ujawniają się wobec silnej deprywacji w zakresie zaspokojenia potrzeb pierwotnych (Chechelska, 2011, s. 101). U osób starszych występują przecież wszystkie wymienione przez Masłowa potrzeby, jednak na skutek zmiany sytuacji życiowej, pozycji społecznej, stanu zdrowia, sytuacji materialnej zmieniają się ich ważność i intensywność (Szkolak, 2011, s. 111).

Wykluczenie społeczne

Poprawa jakości życia osób starszych stała się jednym z głównych wyzwań starzejącego się społeczeństwa, a zapobieganie zjawisku wykluczenia społecznego może być istotnym elementem tego działania. Życie społeczne ma charakter wieloaspektowy. Większość definicji określa wykluczenie społeczne jako niemożność czy też niezdolność do uczestniczenia w uznawanych za ważne aspektach życia społecznego-gospodarczego, politycznego, kulturowego.

Anthony Giddens wyróżnia trzy wymiary wykluczenia: polityczny, społeczny i ekonomiczny. Wykluczenie ekonomiczne dotyczy sfer produkcji i konsumpcji. W sferze produkcji związane jest z utrudnionym dostępem do rynku pracy, brakiem ofert, zatrudnieniem na niekorzystnych warunkach. Przejawami wykluczenia w sferze konsumpcji są ubóstwo, brak mieszkania lub bardzo niski jego standard. Wykluczenie polityczne związane jest z utrudnieniami w uczestnictwie w życiu politycznym, spowodowanymi brakiem dostępu do informacji, brakiem kompetencji umożliwiających zrozumienie procesów politycznych. Trzeci, społeczny wymiar wykluczenia, wokół którego koncentruje się temat tego artykułu, Giddens definiuje jako słabą aktywność jednostek w relacjach pozarodzinnych, słabo rozwiniętą sieć takich relacji, izolację społeczną i ograniczenie kontaktów (Giddens, 2005, s. 738).

Do tych trzech wymiarów wykluczenia Barbara Szatur-Jaworska dodaje jeszcze świadomościowy wymiar wykluczenia. W tym ujęciu oznacza on nieobecność lub niewystarczającą obecność pewnych kategorii ludzi w kulturze masowej i społecznej komunikacji. Wykluczenie to może również oznaczać nieuwzględnianie potrzeb pewnych kategorii ludzi w tworzeniu publicznej przestrzeni, co spowodowane jest świadomością osób za to odpowiedzialnych (Szatur-Jaworska, 2005, s. 68).

W Polsce osoby starzejące się doświadczają wykluczenia w wielu dziedzinach życia: dostępie do usług, edukacji, służby zdrowia. Ogranicza się ich udział w rynku pracy, w kulturze masowej, komunikacji społecznej, życiu politycznym (Gierek, 2013, s. 188).

Jak czytamy w książce Zofii Szaroty, obszary potencjalnego wykluczenia społeczne osób starszych są wyznaczane przez kwestie dotyczące izolacji społecznej, niepełnosprawności, poczucia osamotnienia, niezadowolenia z jakości życia, niskiego poziomu usług i świadczeń zdrowotnych, niskich kompetencji cyfrowych i technologicznych, słabych zdolności przystosowawczych (Szarota, 2011).

W ujęciu przeglądowym Ryszarda Szarfenberga definicja wykluczenia społecznego obejmuje następujące konteksty⁴:

1. uczestnictwa w życiu społecznym lub zbiorowym,
2. dostępu do zasobów, dóbr, instytucji i systemów społecznych,
3. ubóstwa i deprywacji potrzeb,
4. praw społecznych i ich realizacji.

Przedmiotem badań i tematem niniejszego artykułu jest płaszczyzna społecznego wykluczenia osób starych, skorelowana z pozostałymi obszarami ekskluzji. Poszukiwane są odpowiedzi na następujące pytania:

- jak szeroki jest zakres społecznego wykluczenia osób starych?
- w jakich kontekstach wykluczenie jest najsilniej odczuwalne?
- w jakich obszarach deprywacja potrzeb jest największa?

W celu ustalenia zakresu wykluczenia społecznego osób starych postanowiłam porozmawiać z mieszkańcami zakładu opiekuńczo-leczniczego i beneficjentami dziennego domu pobytu, którzy na co dzień mieszkają we własnym środowisku.

Charakterystyka miejsca i osób badanych

Zakład opiekuńczo-leczniczy zapewnia długoterminową opiekę całodobową dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle chorych, wymagających stałej pomocy medycznej, pielęgniarstwa, wsparcia opiekuńczego i rehabilitacji. W przypadku osób ubezpieczonych w NFZ opłata za pobyt w ZOL-u wynosi do 70% ich renty lub emerytury. Większość mieszkańców-pacjentów cierpi na przewlekle choroby układu sercowo-naczyniowego oraz schorzenia neurologiczne, szczególnie stany po udarze mózgu – afazję, niedowłady i porażenia kończyn, jak również otępienie naczyniopochodne. W przeważającej większości są to osoby w podeszłym wieku i w mniejszym lub większym stopniu niepełnosprawne. Niewielu mieszkańców samodzielnie chodzi, mniejszość stanowią też osoby samodzielnie poruszające się na wózkach inwalidzkich. Pozostali przemieszczają się wyłącznie z pomocą drugiej osoby. U części mieszkańców można zaobserwować pogorszenie sprawności przebiegu procesów poznawczych, które odpowiada lekkiemu, średniemu lub głębokiemu otępieniu.

W zakładzie opiekuńczo-leczniczym mieszkańcy przebywają w pokojach dwu- lub trzyosobowych. Wyjątkiem są pacjenci w najgorszym stanie zdrowia, wymagający stałego nadzoru, którzy zajmują dwie czterołożkowe sale znajdujące się najbliżej dyżurki pielęgniarstwa. Mieszkańcy mają dostęp do ogrodu z altaną; spędzają też czas w sali terapii zajęciowej, gdzie dostępne są telewizor, kolorowa prasa i zakładowa biblioteka. Od poniedziałku do piątku mogą uczestniczyć w rehabilitacji z fizjoterapeutą, a także w terapii zajęciowej, w ramach której m.in. wykonują prace plastyczne, oglądają filmy, słucha-

⁴ www.ekonomiaspoleczna.pl/Biblioteka, stan z dnia 11.01.2016.

ją muzyki i wspólnie śpiewają (szczególną popularnością cieszą się pieśni patriotyczne i religijne). W drugim skrzydle znajduje się kaplica, w której w każdą niedzielę odbywa się msza prowadzona przez katolickiego księdza. Mieszkańcom przysługują 12-godzinne przepustki, wykorzystywane rzadko i głównie w okresie świąt. W dniu wyborów lokalny wyborczy jest organizowany na miejscu. Mieszkańcy mają stworzone warunki do aktywnego życia poprzez zajęcia ruchowe, organizacje imprez okolicznościowych, spotkania towarzyskie, realizowane są potrzeby kulturalne, społeczne i duchowe.

Beneficjenci dziennego domu pobytu to osoby, które potrzebują pomocy w codziennych czynnościach, ale są na tyle samodzielne, że mieszkają same. W ośrodku spędzają do ośmiu godzin dziennie, dochodząc lub dojeżdżając z miejsca swojego zamieszkania. Uczestniczą w terapii zajęciowej, terapii ruchowej, spotkaniach z oferty kulturalno-oświatowej, korzystają z posiłków, opieki medycznej i pielęgniarstwa, niekiedy też z poradnictwa specjalistycznego. Regularnie odbywają się spotkania w ośrodkowej kawiarni oraz organizowane są kilkudniowe wycieczki.

W badaniu posłużono się wywiadem swobodnym przeprowadzonym z mieszkańcami ZOL-u i beneficjentami dziennego domu pobytu. Przeprowadzono również wywiady narracyjne z kierownikami i osobami pracującymi w tych placówkach. Osoby badane (wyłączając pracowników) to kobiety i mężczyźni w wieku powyżej 75 lat. Każda ma rodzinę, dzieci i wnuki, z którymi utrzymuje kontakty. Współmałżonkowie lub partnerzy życiowi zdecydowanej większości respondentów zmarli co najmniej kilka lat temu. Badani to osoby ze średnim wykształceniem, jedna ukończyła studia wyższe, a jedna szkołę podstawową. Problemy zdrowotne, które im dokuczają, związane są z wiekiem, obniżeniem sprawności fizycznej i psychicznej. Wszyscy mają problemy ze słuchem, wzrokiem, pamięcią, koordynacją ruchową. Część z nich jest po poważnych operacjach, urazach czy zawałach serca lub mózgu. Przeważają osoby samodzielnie się poruszające, kilkoro z badanych jeździ na wózku inwalidzkim. Przebadana grupa to 15 osób.

Wywiady z mieszkańcami zakładu opiekuńczo-leczniczego i osobami korzystającymi z usług dziennego domu pobytu

Rozpoczynając rozmowy z respondentami, chciałam dowiedzieć się, jakie okoliczności sprawiły, że znaleźli się w tym miejscu. Wszyscy rozmówcy podkreślali, że była to ich własna, przemyślana decyzja. Są z niej zadowoleni i nie chcieliby jej zmieniać. Sytuacją przełomową dla mieszkańców ZOL-u był pobyt w szpitalu, uświadomienie sobie zależności od opieki ze strony innych, zakresu niepełnosprawności. Wśród czynników, które wpłynęły na ich decyzję, wymieniali przewlekłą chorobę, niewystarczające możliwości finansowe, niedostateczne warunki mieszkaniowe. Beneficjenci dziennych domów pobytu wśród powodów wymieniali śmierć małżonka, samotność, niewystarczającą sprawność i samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności domowych.

Każdy z respondentów wyrażał zadowolenie w związku z miejscem, w którym się znajduje. Podkreślał, że czuje się dobrze i bezpiecznie. Bezpieczeństwo daje mu zapewnioną opiekę, regularne posiłki, pomoc rehabilitacyjną, stały rozkład zajęć. Na dobre samopoczucie wpływa również stały kontakt z pozostałymi mieszkańcami czy regularnie odwiedzającymi ośrodek osobami. Nie czują się osamotnieni ani samotni, ciągle są wśród nich ludzie, którzy im pomagają, rozmawiają z nimi i współpracują. Realizowane są ich podstawowe potrzeby – fizjologiczne i bezpieczeństwa. O kontaktach z dziećmi i wnukami z reguły wypowiadają się lakonicznie, równocześnie podkreślając dobre relacje z nimi i stały kontakt. Rozumieją, że dzieci i wnuki mają swoje życie i obowiązki, i nie zawsze są w stanie zaopiekować się czy pomóc. Większość respondentów jest samodzielną finansowo, nie potrzebuje wsparcia finansowego ze strony dzieci, wystarcza im pieniędzy na życie i leki. Beneficjenci ZOL przywiązują duże znaczenie do bezpieczeństwa związanego ze stałą opieką pielęgniarstwa i rehabilitacyjną oraz stałym rozkładem zajęć. W zakresie potrzeb społecznych istotne są kontakty interpersonalne z innymi osobami w podobnym wieku, z podobnymi problemami; wśród innych mieszkańców wyróżniają osoby im bliższe, z którymi są w częstszym kontakcie. Niektórzy unikają jednak wchodzenia w relacje z innymi osobami. Pani J. (89 lat) narzeka, że po prostu nie ma z kim porozmawiać, bo jej sąsiedzi nie są dobrymi partnerami do rozmowy. Woli czytać książki – głównie jej ulubione: historyczne i biografie znanych postaci – nie wychodzi z pokoju, nie uczestniczy we wspólnych aktywnościach. „Tryb łóżkowy mi odpowiada. Książki to mój świat, nie trzeba mi nic więcej” – mówi. Inne podejście prezentuje pani Z. (87 lat): „Być w domu samemu jest jeszcze gorzej, więc lepiej w miejscu, gdzie do kogoś się można odezwać i ktoś ci pomoże w razie czego”.

Część badanych po zamieszkaniu w ZOL-u postanowiła nie opuszczać już tego miejsca. Nie korzystają z przepustek, nie wracają do domów na święta. Ograniczyli relacje z rzeczywistością, w której do tej pory funkcjonowali, a niekiedy zupełnie z nich zrezygnowali. „Zapraszają, mogę wyjść do miasta, ale ja nie chcę wracać do przeszłości. Zamknęłam to za sobą, teraz mam inny etap życia, ten ostatni. Po przekroczeniu bram zakładu zamknęłam za sobą przeszłość” – mówi pani Z. Na święta też nie chce wychodzić, argumentując, że powrót z takiej przepustki jest emocjonalnie kosztowny i bolesny. Pani T. (76 lat) stwierdziła natomiast, że miałyby możliwość zamieszkania z synem i synową, ale nie chce się na to decydować, bo wtedy „za bardzo wtrącałaby się w ich życie”. O powrocie do domu nie chce rozmawiać 75-letni pan T.: „Żona może mnie zabrać do domu, ale na razie ciągle są przeszkody i żonie jest dobrze w takim układzie, nie musi się ze mną zmagać na co dzień”. Pan T. jest jednak wyjątkiem – odwiedza dom rodzinny co dwa tygodnie w ramach 12-godzinnych przepustek.

Kolejnym wątkiem moich rozmów z mieszkańcami była hierarchia potrzeb i poziom ich zaspokojenia. Najważniejsza dla badanych okazała się realizacja potrzeb fizjologicznych – regularne posiłki, dostępność pomocy w korzystaniu z toalety, a także potrzeba bezpieczeństwa, która – o czym była już mowa – jest możliwa dzięki obecności

lekarza oraz personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego. Nie sposób nie zauważyć, że są to potrzeby najbardziej podstawowe.

W następnej kolejności mieszkańcy oczekują respektowania prawa do własnej przestrzeni i poszanowania ich prywatności. Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym wiąże się z dzieleniem przestrzeni z innymi, obcymi osobami; konieczność pomocy w realizacji potrzeb fizjologicznych także wiąże się ze zmianą przyzwyczajeń związanych z intymną sferą życia. Szereg codziennych aktywności jest podporządkowanych sposobowi funkcjonowania placówki. W tych okolicznościach ujawnia się potrzeba utrzymania poczucia własnej podmiotowości. Najbardziej bezpośrednio wyraziła to pani T.: „Chcę mieć możliwość decydowania o sobie, być traktowana jak osoba”. Beneficjenci ZOL-u nie narzekają na opiekę personelu opiekuńczego, choć zwracają uwagę na charakterystyczny sposób komunikacji używany wobec nich, tzw. *baby talk*. Wyróżnia się on m.in. prostą formą, częstym stosowaniem zdrobnień, dużą liczbą pytań i zdań rozkazujących („Pani Aniu, czego chcesz?”, „Panie Janie, za chwilę, kochaneczku” etc.).

Mniej ważne okazały się potrzeby kulturowe. Osoby, dla których mają one duże znaczenie, starają się realizować je we własnym zakresie, przede wszystkim dużo czytają, raz w tygodniu oglądają wybrane wcześniej filmy. Rzadko są natomiast zainteresowane kontaktem z kulturą w ramach terapii zajęciowej, gdyż uważają to za nudne, niewystarczająco stymulujące intelektualnie (terapia zajęciowa jest dostosowana do potrzeb innych uczestników, różniących się poziomem funkcjonowania w zakresie funkcji poznawczych).

Istotną kwestią poruszaną w rozmowach z mieszkańcami były ich aktualne relacje z najbliższą rodziną. Wszyscy respondenci są przez swoich krewnych odwiedzani, aczkolwiek nieregularnie. Bliskość relacji mieszkańców z dziećmi waha się pomiędzy poprawnymi, lecz chłodnymi stosunkami a dużą zażyłością, która znajduje wyraz w częstych wizytach, zaproszeniach na uroczystości rodzinne czy organizowanej opiece. Wpływ na jakość tych relacji bardzo często mają kwestie finansowe, mieszkaniowe, nierozwiązane konflikty rodzinne. Pani T. brakuje informacji o tym, jak rodzina dysponuje pieniędzmi z przysługujących jej świadczeń, czuje się oszukiwana. W początkowym okresie jej pobytu relacje były trudniejsze ze względu na wyrzuty sumienia ze strony dzieci. Pani J. również ma słabe relacje z dzieckiem, jest rzadko odwiedzana: „Córka pracuje, zięć sponsoruje wszystko”. Badani często skarżyli się na protekcyjny sposób traktowania ich przez odwiedzające dzieci – z wyższością i „pobłażliwą uprzejmością”. Częściej mają serdeczne kontakty z wnukami, mimo że rzadko się pojawiają. Respondentów boli brak cierpliwości ze strony bliskich. Chcieliby poszanowania ich starości i jednocześnie nieodbierania im możliwości decydowania o sobie (w zakresie większym niż „co babci kupić?”). Nie czują się potrzebni, „nikt niczego od nich nie oczekuje”, ale też nie pyta o zdanie, nie wysłuchuje tego, co mają do powiedzenia. Potrzeba szacunku i uznania nie jest zaspokajana.

Większość beneficjentów dziennego domu pobytu mieszka sama albo w bliskim sąsiedztwie z dziećmi. Często ich mieszkanie znajduje się w bardzo małej odległości od

ośrodka. Mają świadomość, że zawsze w nagłych przypadkach mogą skorzystać z pomocy bliskich lub pracowników ośrodka. To zapewnia im duże poczucie bezpieczeństwa. Większość z nich decyzję o przychodzeniu do ośrodka podjęła w momencie, gdy umarł małżonek i zostali sami, bo dzieci miały już ułożone własne życie rodzinne. Tutaj zapewniony jest kontakt z innymi ludźmi, jest towarzystwo, miła atmosfera i opieka pracowników ośrodka. Beneficjenci biorą udział we wspólnych zajęciach, a także wyjazdach, jeśli tylko stan zdrowia na to pozwala. Zaspokajane są ich podstawowe potrzeby, są zainteresowani własnym rozwojem, samorealizacją. Pani W. (82 lata) pisze wiersze, które drukowane są w lokalnej gazecie, oraz bierze udział w teatrze seniorów. Pisanie i teatr zawsze były jej pasją, ale ze względu na obowiązki rodzinne i zawodowe zaczęła je realizować na emeryturze, po śmierci męża. Pani E. (85 lat) w młodości śpiewała w chórze, potem musiała to przerwać. Od koleżanki dowiedziała się, że jest taki ośrodek, w którym organizowane są również zajęcia chóru. Codziennie dojeżdża z podkrakowskiej wsi, aby wziąć w nich udział, porozmawiać z innymi osobami, wspólnie zjeść obiad. Wszyscy moi respondenci są sprawni ruchowo, co pozwala im korzystać z oferty dziennego domu pobytu i uczestniczyć w zajęciach i spotkaniach. Część z nich regularnie odwiedza znajomych. Większość swoje relacje z rodziną ocenia bardzo dobrze; otrzymują pomoc w zakresie niezbędnych zakupów, sprzątania mieszkania, podwiezienia do lekarza. Zapraszani są również na rodzinne imprezy okolicznościowe. Nie czują się protekcyjnie traktowani ani przez rodzinę, ani przez pracowników ośrodka. Pomimo wieku czują się niezależni i samodzielni. Znajdują też sposoby na radzenie sobie z narastającą niesprawnością i deficytami. Pani M. (83 lata) zawsze czytała bardzo dużo książek, ale obecnie nie pozwala jej na to pogarszający się wzrok, więc kupuje audiobooki i z nich korzysta. Wśród badanych jedna osoba nie bierze żadnego udziału w życiu społeczności ośrodka. Jest sprawna ruchowo i mimo wieku (90 lat) nie ma poważnych problemów zdrowotnych. Mieszka w tym samym budynku, w którym mieści się ośrodek, ale na obiady nie przychodzi – przynoszą je pracownicy, a wynajęta opiekunka przygotowuje pozostałe posiłki, robi zakupy i zajmuje się opieką nad panią A., która nie ma żadnej rodziny, dzieci. Na pytanie, dlaczego chce być sama pomimo możliwości kontaktów towarzyskich, odpowiada, że nie jest zainteresowana przebywaniem z innymi osobami, męczyłaby ją taka sytuacja.

Podsumowanie

Mieszkańcy ZOL-u podkreślają, że ich obecność w tym miejscu jest wynikiem własnej, przemyślanej decyzji. Deklarują w ten sposób akceptację dla swojej aktualnej sytuacji życiowej oraz zaznaczają niezależność i samodzielność. Przyznają jednak, że do takiego wyboru zmusiły ich z jednej strony zły stan zdrowia, a z drugiej trudna sytuacja materialna. Postępująca niepełnosprawność ruchowa i umysłowa w coraz większym stopniu ograniczała i ogranicza ich samodzielność. Dodatkowo brakowało im wsparcia i opieki ze strony bliskich osób, doznawały rosnącego poczucia osamotnienia, wyobcowania,

braku zrozumienia i cierpliwości. Nerozwiazane kwestie mieszkaniowe, narastajace trudności finansowe, „zobowiązania” wobec wnuków uzupełniają informacje o sytuacji moich badanych, beneficjentów ZOL.

Integracja tych osób z resztą społeczeństwa jest coraz słabsza, wiele z nich „zamknęło za sobą drzwi”, zrezygnowało z utrzymywania dawnych relacji towarzyskich. W niektórych przypadkach nastąpiło całkowite odizolowanie od rzeczywistości, w której do tej pory funkcjonowali. Nie opuszczają w ogóle zakładu, nie korzystają z przepustek ani zaproszeń ze strony rodziny czy znajomych. Przyczynia się do tego wiele czynników, z których niektóre mogą zdumiewać. Jednym z nich jest – jak określiła to jedna z respondentek – „problem techniczny”. Chodzi o bariery architektoniczne, które stały się tak trudne do pokonania, że przyczyniły się do wycofania z aktywności. Pokonanie tych barier wiąże się również z odpowiednią logistyką i organizacją, za którą z reguły odpowiedzialni są bliscy. A im brakuje cierpliwości. Osoba stara, nie w pełni lub niesprawna ruchowo, jest zależna od pomocy innych, co obniża jej poczucie podmiotowości, możliwości decydowania o sobie. Pogarszający się stan zdrowia, brak wsparcia ze strony bliskich, utrata niezależności, poczucie, że nie jest się już potrzebnym, przyczyniają się do zjawiska automarginalizacji, które można dostrzec u moich respondentów. Skupienie się na najbardziej elementarnych potrzebach także wydaje się symptomatyczne dla sytuacji wykluczenia lub zagrożenia wykluczeniem społecznym; może być skutkiem deprywacji, do której udało się przyzwyczaić – obiektywnego lub subiektywnego braku możliwości realizowania potrzeb wyższych.

Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku beneficjentów dziennego domu pomocy. Postępująca niesprawność ruchowa i poznawcza nie zniechęca i nie wyklucza z udziału w codziennych zajęciach. Oczywiście należy tu zwrócić uwagę na fakt, że niektóre z badanych osób są w lepszej kondycji fizycznej i, co za tym idzie, psychicznej niż respondenci ZOL-u. Mieszkają też bardzo blisko ośrodka. Stały kontakt z innymi osobami, spotkania towarzyskie, zróżnicowane formy aktywności powodują, że nie czują się wyobcowani i niepotrzebni. Zorganizowany plan dnia, aktywność ruchowa i umysłowa, samorealizacja w zakresie zainteresowań i pasji – wszystko to pozytywnie wpływa na ich stosunek do własnej starości, a w dalszej kolejności na ich relacje z rodziną i otoczeniem. Stałe, regularne kontakty z innymi beneficjentami ośrodka stymulują do wspólnego działania i niepoddawania się starości. Bardzo istotne w życiu respondentów jest to, że pozostali we własnym środowisku zamieszkania. Jak to wyraziła jedna z badanych osób, „nie przesadza się starych drzew”. Przeżywanie starości cały czas w swoim własnym miejscu, poczucie niezależności i samodzielności, bycie potrzebnym i rozumianym przez innych to czynniki, które mogą sprawiać, że starość jest lepsza, a wykluczenie udaje się ograniczyć.

Do napisania tego artykułu skłoniło mnie przekonanie, że polskie społeczeństwo – zarówno władze publiczne, jak i zwykli obywatele – w niedostatecznym stopniu uświadamiają sobie problemy ludzi starych, chorych, niepełnosprawnych. Oprócz zapewnienia

im właściwej opieki medycznej, należy pochylić się nad kwestią jakości życia i integracji tych osób. Istnieje potrzeba prowadzenia szczegółowych badań, zlokalizowania sfer, w których ludzie starzy są najbardziej zagrożeni wykluczeniem, a także edukowania i przeciwdziałania stereotypom na temat starości.

Te negatywne stereotypy – podzielane także przez osoby w podeszłym wieku – zgodnie z zasadą samospełniającego się proroctwa prowadzą do pogorszenia funkcjonowania, zarówno fizycznego, jak i poznawczego, wycofania z aktywności, spadku chęci życia (np. Levy, Ashman i Dror, 2000; Levy, 2009). Ich wyeliminowanie wymaga zarówno porzucenia przekonań stygmatyzujących starych ludzi, jak i odrzucenia pokusy uniknięcia konfrontacji ze starością – upiększania jej, milczenia na temat związanych z nią problemów. Psycholog Douwe Draaisma (2010) ironicznie opisał dwuznaczny stosunek do starości, który łatwo zauważyć przeglądając dostępne na holenderskim rynku czasopisma dla seniorów, polegający na unikaniu prezentowania obrazu widocznej starości. „Na stronie redakcyjnej widać seniorów baraszkujących w falach przyboju, a podarunek powitalny dla nowych abonentów to aparat do mierzenia ciśnienia. (...) W ogłoszeniach znajdują się zdjęcia ludzi za młodych z pewnością o całe pokolenie, jak na dolegliwości, których dotyczy ogłoszenie”. Na marginesie: ile czasopism dla seniorów istnieje na polskim rynku? Większość reklam kierowanych do tej grupy zachęca do kupowania leków, ubezpieczeń na wypadek zgonu i zaciągania parabankowych pożyczek. Starsze osoby stanowią pokazną część społeczeństwa, ale najwyraźniej dla rynku nie są atrakcyjnymi konsumentami. Są traktowane jak homogeniczna grupa, w której brak różnorodności i indywidualnych cech.

Musimy dążyć do poprawy jakości życia osób starych i niepełnosprawnych, do zapewnienia im godnego miejsca w społeczeństwie. Istnieje pilna potrzeba kształcenia lekarzy geriatrów, rozważenia wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ale czeka nas także wiele zmian w gospodarce, kulturze, edukacji; potrzebne są szerokie i systematyczne badania starości. Ten ostatni etap życia – jeśli wierzyć statystykom – może się okazać najdłuższy dla naszych dziadków, rodziców i dla nas samych.

Bibliografia

- Bień B., 2012, *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski* [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Błędowski P., 2002, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.
- Bojanowska E., 2009, *Opieka nad ludźmi starszymi* [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Chechelska E., 2011, *Potrzeby ludzi starszych na podstawie badań przeprowadzonych wśród mieszkańców domu pomocy społecznej* [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc*

- społeczna. *Perspektywa gerontologii społecznej*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków.
- Czapiński J., Panek T., (red.), 2013, *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*.
- Draaisma D., 2010, *Fabryka nostalgii. O fenomenie pamięci wieku podeszłego*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.
- Giddens A., 2005, *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Gierek P., 2013, *Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów na przykładzie miasta Chorzów* [w:] A. Zawada, Ł. Tomczyk (red.), *Seniorzy w środowisku lokalnym (badania empiryczne i przykłady dobrych praktyk)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Hryniewicz J., 2012, *Los starca zależy od kontekstu społecznego* [w:] J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Levy B., Ashman O., Dror I., 2000, *To be or not to be: The effects of aging stereotypes on the will to live*, Omega, 40.
- Levy B., 2009, *Stereotype embodiment. A psychosocial approach to aging*. Current Directions in Psychological Science, 18.
- Synak B., 2000, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.
- Szarota Z., 2000, *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku* [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź.
- Szarota Z., 2004, *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków.
- Szarota Z., 2011, *Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej* [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków.
- Szarota Z., 2011, *Senior w wielkim mieście na przykładzie projektu „Krakowski pakt dla seniora”* [w:] Z. Szarota (red.), *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków.
- Szatur-Jaworska B., 2005, *Uwagi o ekskluzji i inkluzji na przykładzie polityki społecznej wobec ludzi starych* [w:] J. Grotowska-Leder, K. Faliszek (red.), *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, Akapit-Press, Toruń.
- Szkolak D., 2011, *Komunikacja z ludźmi starszymi w warunkach instytucjonalnych zdaniem mieszkańców i pracowników Domu Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku* [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków.
- Szukalski P., 2009, *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku* [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Trafialek E., 2008, *Rodzina i środowisko zamieszkania jako obszary ryzyka wykluczenia społecznego osób starszych* [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.

Netografia

- Global AgeWatch Index 2013*, raport opracowany na zlecenie ONZ, <http://www.globalagewatch.org>, stan z dnia 11.01.2016.
- Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*.
http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf, stan z dnia 11.01.2016.
- Szarfenberg R., *Marginalizacja i wykluczenie społeczne*, Wykłady, <http://www.ekonomiaspoleczna.pl/Biblioteka>, stan z dnia 11.01.2016.
- World Health Organization, *Fact About Aging*, <http://www.who.int/ageing/about/facts/en>, stan z dnia 11.01.2016.

ZDROWIE I STAROŚĆ



Anna Gawęł
Maria Marta Urlińska

Zdrowie a jakość życia w starości. Konteksty socjopedagogiczne

Słowa kluczowe: starzenie się, starość, zdrowie, jakość życia

Keywords: aging, old age, health, quality of life

HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN OLD AGE. SOCIAL AND PEDAGOGICAL CONTEXT

Abstract: Polish demographic forecasts appear a picture of an aging population, which translates into serious social consequences. The process of aging is conditioned by many factors and a key role in this process is played by the psycho-social factors, lifestyle and health. Conceptualization of the idea of quality of life which is used in the social and medical sciences, both in its subjective and objective dimension, are essentially derived from the understanding of the phenomenon of health and its determinants. So, it could be argued that health deficiencies which are based on advances in physiological aging and increase in the level of morbidity in this lifetime, have significant influence over the quality of life of old people. Among the personal and environmental resources for health and quality of life of old people particular importance should be attributed to their activity, which is treated as an essential component of lifestyle, and to their experience of social support. In this context, the application of idea of health promotion, which is related not only with senior's health education but also is connected with the strategies referring to the social determinants of health and quality of life, poses a challenge for pedagogic practice focus on the seniors. In our opinion, the promotion of health should be an important part of education in old age – aimed at triggering the health potential of aged man by shaping its motivation and competences to undertake widely understood activity. What is more, it is important to focus on the education to old age, which means taking into account the development of young people's healthy lifestyle as a resource for health in old age and shaping stereotypes

of old age which are appropriate to the reality. The last idea is education for the elderly – aimed at encouraging and motivating young people to make the effort to prepare for working with old people.

Wprowadzenie

Średnia długość życia na świecie od okresu średniowiecza systematycznie wzrasta. W latach 1950–2000 liczba osób powyżej 60. roku życia wzrosła trzykrotnie (Szarota, 2010, s. 7–11). Prognozuje się, że odsetek ludzi starych na świecie w 2050 roku zwiększy się z obecnych 19% do 35%, przy czym zmaleje również odsetek dzieci z obecnych 33% do 22%¹. Zgodnie z prognozami Eurostatu w Unii Europejskiej w 2060 roku na jedną osobę powyżej 65. roku życia będą przypadać tylko dwie osoby w wieku produkcyjnym, co będzie znacznym obniżeniem w porównaniu z proporcją z 2008 roku, która wynosiła 1:4.² Zgodnie z tymi przewidywaniami liczba ludności Europy w wieku produkcyjnym znacznie systematycznie spadać, zaś liczba osób powyżej 60. roku życia będzie rosła o około 2 miliony osób rocznie. Wzrośnie również odsetek osób w wieku powyżej 80. roku życia z obecnego 3–5% do 11–14%. Ponadto średni wiek mieszkańców Europy zwiększy się z 40,4 lat w 2008 roku do 47,9 lat w roku 2060. Proces starzenia się widoczny w prognozach dotyczy wszystkich krajów europejskich, a tylko w sześciu z nich przewiduje się wzrost liczby osób powyżej 65. roku życia nie wyższy niż o 10 punktów procentowych. W odniesieniu do krajów Europy Środkowej prognozowany jest największy wzrost odsetka osób starszych w 2060 w Słowacji (o 24 punkty procentowe) i w Polsce (o 23 punkty procentowe), a najmniejszy w Austrii (o 12 punktów procentowych)³.

Na podstawie danych krajowych pochodzących z przeprowadzanych spisów powszechnych można stwierdzić, że istotny wzrost liczby osób starszych w Polsce notowany jest od 1960 roku. Do 2002 roku liczba osób powyżej 80. roku życia wzrosła czterokrotnie z 200 tysięcy do 827 tysięcy. Według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego w latach 2000–2009 przyrost osób w wieku poprodukcyjnym wynosił około 60 tysięcy osób rocznie. W czerwcu 2010 roku odsetek osób w wieku emerytalnym wynosił 16,5% a ich liczba osiągnęła niemal 6 milionów 400 tysięcy osób. Jakkolwiek po gwałtownym spadku liczby osób w wieku produkcyjnym w latach 2010–2020 oczekuje się chwilowego zahamowania procesów starzenia się „zasobów pracy” (udział osób w wieku 50–64 lat ustabilizuje się na poziomie 21–22%), to jednocześnie zmniejszy się znacząco udział osób najmłodszych w strukturze demograficznej Polski (z 41% do 34%). Prognozuje się, że w 2035 roku liczba seniorów w Polsce będzie bliska 9,6 mln, co stanowić będzie 26,7%

¹ <http://bip.stat.gov.pl>, stan z dnia 11.01.2016.

² <http://www.senat.gov.pl>, stan z dnia 11.01.2016.

³ <http://bip.stat.gov.pl>, stan z dnia 11.01.2016.

ogółu ludności (Makuch, Moroń, 2011, s. 53). Z przedstawionych danych i prognoz demograficznych Polski wyłania się więc obraz społeczeństwa starzejącego się, co przekłada się na poważne społeczne konsekwencje.

Przebieg procesu starzenia się warunkuje wiele czynników, spośród których najbardziej kluczową rolę odgrywają czynniki socjodemograficzne (wiek, wykształcenie, stan cywilny), styl życia (aktywność ruchowa, sposób odżywiania się, uzależnienia) oraz determinanty zdrowotne (biografia zdrowotna jednostki, jakość świadczenia usług medycznych). Równie istotne są czynniki psychospołeczne, takie jak postawa wobec starości, aktywność społeczna, satysfakcja z własnego życia czy pozostanie osobą niezależną (por. Steuden, 2014, s. 42). Wymienione czynniki determinują zarazem jakość życia seniorów i ich rodzin, a wśród jej wyznaczników, zarówno w ujęciu subiektywnym, jak i obiektywnym, szczególną pozycję zajmuje zdrowie.

Punkt wyjścia niniejszych rozważań stanowi uznanie, że jakość życia seniorów jest modyfikowana skalą doświadczanych przez nich problemów zdrowotnych, które z jednej strony wynikają z postępu fizjologicznych procesów starzenia się, z drugiej natomiast wiążą się z konsekwencjami zdrowotnymi realizowanego od okresu młodości stylu życia. Przyjmując, że promocja zdrowia stanowi ważny punkt odniesienia w salutogenetycznym wzmacnianiu potencjałów zdrowia, a tym samym kształtowania jakości życia, pragniemy wykazać, że powinna ona stanowić nieodłączny element oddziaływań edukacyjnych adresowanych do człowieka w całym cyklu życia.

Proces starzenia się w kontekście założeń współczesnej koncepcji zdrowia

Zapis genetyczny zapewnia nam możliwość przeżycia około 120 lat, co w połączeniu z powszechnie przyjmowanym chronologicznym progiem starzenia się oznacza, że starość jako faza życia może być najdłuższym okresem w rozwoju ontogenetycznym jednostki⁴. Tak jak i we wcześniejszych fazach życia, zjawiskiem nieodłącznie towarzyszącym starzeniu się i starości jest fenomen zdrowia, a odwołanie się do koncepcji ujmowania go w sposób holistyczny, systemowy i salutogenetyczny pozwala ukierunkować dyskurs nad tą fazą cyklu życia na jej powiązania z procesami zdrowia i choroby oraz na warunkujące jej przebieg zasoby i deficyty.

We współczesnych ujęciach zdrowia w naukach społecznych za punkt wyjścia przyjmuje się, że człowiek jest istotą biopsychospołeczną, toteż jego zdrowie konstytuują powiązane ze sobą systemowo wymiary – fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy (por. Gawęł, 2014, s. 11). Takie wielowymiarowe ujęcie zdrowia nawiązuje do preambuły Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, w której zdrowie jest utożsamiane z fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanem (*well-being*), a nie tylko z brakiem choroby czy

⁴ Istota zawartej w tym stwierdzeniu dozy relatywizmu polega na tym, że nie każdemu dane jest dożyć wieku odpowiadającego chronologicznemu progowi starzenia się z powodu przedwczesnej śmierci.

niedomagania⁵. Zgodnie z tak pojętą ideą holizmu stan somatyczny naszego organizmu pozostaje w istotnych, wzajemnych relacjach z tym, jak funkcjonujemy w sferze psychospołecznej i w wymiarze duchowym.

Wzajemne wpływy poszczególnych wymiarów zdrowia na ogólny poziom dobrostanu człowieka mogą jednakże przybierać kształt zarówno dodatnich, jak też ujemnych zależności (Heszen, 2005). Są one widoczne w sposób szczególny w okresie starzenia się i starości. Z jednej bowiem strony z racji tego, że w proces starzenia są wpisane spontaniczne, stopniowe i nieodwracalne zmiany w zakresie biologicznych struktur i funkcji organizmu, efektem ich nieuchronności jest postęp niekorzystnych zjawisk w wielu obszarach psychiki starzejącego się człowieka oraz w jego funkcjonowaniu na płaszczyźnie społecznej. Jednocześnie jednak znamioną cechą tej fazy życia jest proces rozbudowywania zdrowia psychicznego i duchowego (zwłaszcza w obszarze religijności), który uwydatnia się szczególnie wyraźnie w sytuacji choroby i w obliczu zbliżającej się śmierci (Heszen-Niejodek, 2003; Heszen, Sęk, 2007, s. 73). Mamy tu zatem do czynienia z sytuacją, w której niedostatki dobrostanu wynikające z doświadczania somatycznych przejawów starzenia się są w pewnym przynajmniej stopniu rekompensowane rozwojem transcendentnych wymiarów egzystencji starzejącego się człowieka.

Holistyczne ujmowanie zdrowia dopełniane jest współcześnie podejściem salutogenetycznym nawiązującym do teorii salutogenezy A. Antonovsky'ego (Antonovsky, 1995). Zdrowie jest tu traktowane jako proces przemieszczania się jednostki na jednowymiarowym kontinuum zawartym między idealnym zdrowiem a poważną chorobą; przyjmuje się także, że przebieg tegoż procesu jest warunkowany obecnością podmiotowych (wewnętrznych) i środowiskowych zasobów zdrowotnych. W takim ujęciu zdrowie nie jest stanem statycznym, a jego procesualny charakter umożliwia podejmowanie działań ukierunkowanych na poprawę dzięki wykorzystywaniu czynników/zasobów służących procesom adaptacji do fizycznych, biologicznych i psychologicznych obciążeń zakłócających równowagę zdrowotną. Taka perspektywa procesualnego ujęcia zdrowia ma w odniesieniu do starzenia się wyraźną specyfikę.

Po pierwsze, pozycja starzejącego się człowieka na kontinuum zdrowie–choroba zależy w zasadniczym stopniu od tego, z jakim potencjałem zdrowia wchodzi on w etap starości. Może przecież cieszyć się wówczas dobrym zdrowiem, ale może być i tak, że już u progu starości doświadcza nasilonych w różnym stopniu dolegliwości związanych z wcześniejszą biografią zdrowotną, przewlekłej choroby czy niepełnosprawności, która ogranicza jego fizyczną i/lub psychiczną sprawność i samodzielność. Po drugie zaś, omawianą fazę życia cechuje nieuchronność zmian inwolucyjnych, przy czym różna może być ich dynamika, a wywoływane przez nie efekty mogą mieć różne nasilenie. Starzeniu się może również towarzyszyć znamienne zwiększenie chorobowości (związane chociaż-

⁵ Preambuła ta została przyjęta na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia w Nowym Jorku w roku 1946.

by z występowaniem tzw. chorób wieku podeszłego)⁶ i związany z nią wzrost śmiertelności (Duda, 2012). Prawidłowości te znalazły swoje odzwierciedlenie w biomedycznie zorientowanej koncepcji trzech torów starzenia się, określanych jako zdrowe starzenie się (*healthy ageing*), którego przebieg odpowiada fizjologii zmian w starzejącym się organizmie, zwykłe starzenie się (z ukrytą patologią) oraz chorobowe starzenie się (Rowe, Kahn, 1997). Jakkolwiek więc pozycja seniora na kontinuum zdrowie–choroba jest indywidualnie niezwykle zróżnicowana⁷, to można zasadnie twierdzić, że w okresie starzenia się zbliżanie się ku biegunowi choroby i wieńczącej ją śmierci ma w stosunku do wcześniejszych etapów życia zdecydowanie większą dynamikę.

Salutogenetyczna perspektywa pozyskiwania zdrowia wydaje się być cennym punktem wyjścia dyskursu nad zdrowiem człowieka w starości, gdy odwołamy się do ogłoszonej we wczesnych latach 80. ubiegłego wieku koncepcji wieloczynnikowych uwarunkowań zdrowia (LaLonde, 1974). Uwzględniając stosowaną w naukach społecznych zasadę demedycyzacji zdrowia warto w tym miejscu zwrócić uwagę na te jego determinanty, które w istotny sposób kształtują poziom fizycznego i psychospołecznego dobrostanu starzejącego się człowieka, a zarazem mieszczą się w zasięgu możliwości pozamedycznego wspierania seniora w jego radzeniu sobie z problemami starości. Są nimi mianowicie styl życia, wyrażający się specyfiką podejmowanych przez człowieka zachowań związanych ze zdrowiem, oraz środowisko życia. Środowiskowe uwarunkowania zdrowia należy przy tym ujmować bardzo szeroko, biorąc pod uwagę, że na poziom fizycznego i psychospołecznego dobrostanu wpływają zarówno czynniki środowiska przyrodniczego i fizycznego, jak również klimat społeczny panujący w miejscu codziennego bytowania seniora oraz społeczno-kulturowe, materialne i ekonomiczne warunki jego życia.

Jak powszechnie wiadomo, w naszym kraju szczególnie te ostatnie stanowią ważną determinantę zdrowia ludzi starych, którzy niejednokrotnie są zmuszeni do życia w warunkach ograniczonego wyboru zarówno w zakresie dóbr służących zdrowiu somatycznemu, jak i stylu życia zapewniającego zadowalający poziom ogólnego dobrostanu. Nierówności społeczne można zatem uznać za jedną z podstawowych przyczyn nierówności w zdrowiu seniorów. W omawianym kontekście zasadne jest twierdzenie, że salutogenetyczne kształtowanie zdrowia człowieka w ostatniej fazie jego życia jest związane nie

⁶ U 80–85% osób po 60. r.ż. można zauważyć występowanie przynajmniej jednej choroby, 30% osób cierpi z powodu słabszego słuchu, a 20% z powodu pogarszającego się wzroku. W tym wieku zwiększone jest także ryzyko wystąpienia chorób psychicznych, ponieważ gorsze funkcjonowanie biologiczne przyczynia się do słabszego funkcjonowania psychospołecznego (por. Straś-Romanowska, 2006).

⁷ Należy tu dodać, że heterogeniczność procesu starzenia się jest szczególnie wyraźna we wczesnej fazie starości (datowanej na lata od 65. do 75–80. roku życia), zwanej też wiekiem trzecim, po którym fizjologicznie uwarunkowane zmiany inwolucyjne zrównują u zdecydowanej większości seniorów poziom biologicznego funkcjonowania organizmu. Nie zmienia to jednak faktu, że w wielu przypadkach także w latach następujących po 75–80. roku życia wiek kalendarzowy (chronologiczny, metrykalny) seniorów nie pokrywa się z ich wiekiem biologicznym, psychologicznym czy też społecznym.

tylko z poziomem i dostępnością opieki zdrowotnej, ale wymaga również wsparcia ze strony pozamedycznych sektorów działalności społecznej.

Zdrowie seniora jako wyznacznik jakości jego życia

Już na początek należy zauważyć, że nasze codzienne doświadczenie wskazuje na wyraźne powiązania zdrowia z jakością życia, toteż niedostatki zdrowia wynikające z postępu fizjologicznych procesów starzenia się i zwiększonej w tym okresie życia chorobowości będą w zasadniczy sposób modyfikować jakość życia seniorów. Analiza tych powiązań na gruncie nauk medycznych i społecznych wskazuje, że stosowane w nich konceptualizacje pojęcia jakości życia są w zasadzie pochodną sposobu rozumienia fenomenu zdrowia i jego uwarunkowań.

W medycynie pojęcie jakości życia zaistniało na kanwie poszukiwań narzędzi diagnostycznych umożliwiających dokonywanie oceny funkcjonowania pacjentów cierpiących na określone schorzenia oraz funkcjonalnych efektów stosowanej terapii. Obok wypracowanych w takiej metodologii skal pomiaru jakości życia w różnych stanach chorobowych, w naukach medycznych funkcjonuje też pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life* – HRQOL). W jego operacjonalizacji są uwzględniane kliniczne, psychologiczne i społeczne aspekty zdrowia jako dobrostanu w obszarze fizycznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania człowieka oraz przyjęto, że doświadczanie tegoż dobrostanu jest warunkowane środowiskowym kontekstem jego codziennego życia (The WHOQOL Group, 1999; Okła, Steuden, 2007; Kowalik, 2007).

Szeroką podbudowę teoretyczną pojęcia jakości życia spotykamy w naukach społecznych. Zasadniczo panuje tu zgodność, że jakość życia obejmuje wzajemnie na siebie oddziałujące czynniki obiektywne i subiektywne. Przyjmuje się przy tym, że te pierwsze są istotnymi wyznacznikami subiektywnego wymiaru jakości życia, określanego też mianem poczucia jakości życia, związanego z dokonywaną przez człowieka waluacją poszczególnych sfer jego życia i życia jako całości (Sęk, 1993; Heszen, Sęk, 2007, s. 57; Gawęł, 2013).

Zagłębienie się w treść powyższego ujęcia wskazuje, że każda z wymienionych perspektyw oglądu jakości życia ma wyraźne powiązania ze zdrowiem. W odniesieniu do wymiaru obiektywnego, utożsamianego z poziomem życia, znajdujemy je po pierwsze w tym, że składające się na niego materialne, ekonomiczne i społeczno-kulturowe warunki życia są też traktowane, w myśl założeń współczesnej koncepcji zdrowia, jako znaczące determinanty zdrowotnego dobrostanu. Po drugie zaś, wśród wyróżnianych przez badaczy wyznaczników poziomu życia uwzględniany jest, między innymi, stan zdrowia jednostki określany w oparciu o obiektywne kryteria medyczne (Klebaniuk, 2006). Biorąc pod uwagę nieuchronność niekorzystnych zmian w stanie zdrowia starzejącego się człowieka, jak również pogarszające się zazwyczaj w tym okresie ekonomiczne warunki życia, można

twierdzić, że związany ze zdrowiem poziom życia osób w wieku senioralnym wyznacza obiektywnie niższe szanse na osiągnięcie przez nich wysokiego poczucia jakości życia.

Poczucie jakości życia jest przedmiotem ujęć fenomenologicznych, które koncentrują się wokół doświadczania, przeżywania i waluowania przez człowieka codzienności. Ten subiektywny wymiar jakości życia w naukach społecznych utożsamiany jest w zasadzie z funkcjonowaniem psychologicznym człowieka, które bywa analizowane na kanwie hedonistycznego bądź eudajmonistycznego sposobu rozumienia szczęścia. W pierwszym przypadku jakość życia jest wiązana z dobrostanem psychicznym, którego poziom jest wyznaczany bilansem doświadczanych w określonym odcinku czasu pozytywnych i negatywnych emocji oraz poznawczą oceną własnego życia (Klebaniuk, 2006; Kowalik, 2007). Natomiast w podejściach eudajmonistycznych, opartych na założeniu, że w szczęśliwym życiu przyjemność zmysłowa i doznania emocjonalne schodzą na dalszy plan w obliczu zasadniczego jego celu, jakim jest samorealizacja, jakość życia jest sprowadzana do poczucia spełnienia życiowego, realizacji potencjału rozwojowego oraz satysfakcji z dobrego życia opartego na uznawanych wartościach (Kowalik, 2007; Daszykowska, 2007, s. 68). Nietrudno tu zauważyć, że subiektywny wymiar jakości życia ma wyraźne odniesienia do psychicznego i duchowego wymiaru zdrowia, a te, jak już wcześniej wspomniano, w znaczącym stopniu ważą na odczuwaniu dobrostanu w okresie starzenia się i starości.

Konkluzją przedstawionej powyżej analizy może być twierdzenie, że poziom jakości życia seniorów – określony w oparciu o wskaźniki obiektywnego wymiaru tego zjawiska – można uznać za jedno z kryteriów ich zdrowia, natomiast deklarowane przez ludzi starych niskie poczucie jakości życia mogłoby być traktowane jako sygnał zagrożenia pogorszeniem zdrowia. Oznaczałoby to również, że diagnoza poczucia jakości życia seniora może być uznana na jedną z form drugorzędowej profilaktyki problemów zdrowotnych wieku podeszłego.

Rola aktywności seniora i wsparcia społecznego w kształtowaniu jego zdrowia i jakości życia

Stwierdzenie istnienia powiązań między zdrowiem człowieka a jakością jego życia pozwala sądzić, że jednym z efektów działań ukierunkowanych na kształtowanie czynników wpływających korzystnie na zdrowie będzie poprawa jakości życia. Uwzględniając zaś to, że determinanty zdrowia tkwią w samym człowieku oraz w środowisku jego życia, można się spodziewać, że efekt ten będzie dotyczył zarówno jej subiektywnego, jak i obiektywnego wymiaru.

Proces salutogenetycznego pozyskiwania zdrowia, a tym samym poprawy wskaźników jakości życia, w każdej fazie cyklu życiowego ma swoisty dla siebie przebieg. Specyficznie będzie też przebiegał w okresie starzenia się i starości, w którym w odniesieniu do większości ich uwarunkowań bilans zasobów i deficytów nie jest korzystny.

Spośród całej gamy podmiotowych zasobów dla zdrowia i jakości życia seniorów szczególne znaczenie należy przypisać ich szeroko rozumianej aktywności, traktowanej jako zasadniczy komponent realizowanego stylu życia⁸. Literatura przedmiotu pozwala tu wręcz twierdzić, że aktywność jest centralnym punktem scalającym zdrowie i jakość życia w starości. Chodzi przy tym zarówno o aktywność fizyczną, która w tym okresie życia ma dobroczynny wpływ na wydolność biologiczną starzejącego się organizmu, łagodzenie przebiegu wielu chorób wieku podeszłego i poprawę funkcjonowania psychospołecznego (Marchewka, 2012), jak również o aktywizację psychiczną seniora i jego udział w życiu społecznym.

Budujące jest to, że coraz więcej osób starszych interesuje się aktywnością fizyczną, co świadczy o podejmowaniu przez tę grupę działań prozdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła listę korzyści wypływających z aktywności podejmowanej przez osoby starsze. Należą do nich: polepszanie samopoczucia, zdrowia i psychiki, zmniejszanie niesprawności oraz bólu, autonomia i przełamywanie stereotypów dotyczących starości (Pikuła, 2011, s. 70–76). Zatem to właśnie aktywność fizyczna przyczynia się do polepszania jakości życia seniorów, zwiększenia ich autonomii i zmniejszania dolegliwości związanych z chorobami. Warto też dodać, że pozytywna samoocena własnej kondycji fizycznej jest jednym z warunków pomyślnego starzenia się. Wyniki badań w tym zakresie nie przedstawiają się jednak optymistycznie, okazuje się bowiem, że subiektywna ocena zdrowia u znaczącej liczby seniorów wypada negatywnie⁹.

Z kolei analiza uwarunkowań zdrowia i jakości życia seniorów z perspektywy czynników środowiskowych prowadzi do stwierdzenia, że jednym z najważniejszych zasobów, które mogą być kształtowane na drodze oddziaływań społecznych, jest wsparcie społeczne. Definiowane ono bywa na różne sposoby: jako indywidualna percepcja sieci wspierającej, jaką dysponuje jednostka, jako efekt lub wynik wspierającej wymiany społecznej albo jako specyficzny typ wsparcia dostarczany jednostce (Johnson, 1992). Rozumiane jest też jako poczucie zaspokojenia potrzeb społecznych podmiotu przez interakcje z osobami znaczącymi – wzmacnia uczucie przynależności, bezpieczeństwa, aprobaty (Skwara, 1998); jako pomoc w ukierunkowaniu działań, doradztwo, czerpanie z oparcia, jakiego doznaje człowiek będąc członkiem określonej grupy, co prowadzi do wzmocnienia poczucia własnej wartości (Popiołek, 1996). Można je także traktować w charakterze zasobów dostarczanych jednostce przez inne osoby z jej środowiska (Rodin, Salovey, 1997) czy też jako odbieranie komunikatu, który informuje człowieka, że jest kochany, ceniony, uważany za wartościową osobę oraz że jest współuczestnikiem systemu komunikacji międzyludzkiej i wzajemnych

⁸ Zgodnie z ogłoszoną w 1974 r. koncepcją „pól zdrowia” M. Lalonde’a udział stylu życia w warunkowaniu poziomu zdrowia populacji jest szacowany na ok. 50% globalnego wpływu wszystkich determinant zdrowia (LaLonde, 1974).

⁹ Z badań A. Tokaja, w których za wskaźnik ogólnej kondycji zdrowotnej przyjęta została subiektywna ocena zdrowia, wynika, że samoocena zdrowia u ponad połowy seniorów jest negatywna (Tokaj, 2006, s. 91–95).

zobowiązań (Fengler, 2000, s. 164). Ewa Syrek stwierdza, że wsparcie społeczne to otrzymywanie pomocy ze strony znaczących innych, bliskich osób lub instytucji w formie emocjonalnego oparcia, praktycznej pomocy, rady czy też informacji (Syrek, 2001).

Za pedagoga, który rozpoczął wprowadzanie terminu *wsparcie społeczne* do języka pedagogiki społecznej, uważa się Stanisława Kawulę. Definiuje on wsparcie społeczne jako „rodzaj interakcji podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji emocjonalnej lub instrumentalnej” (Kawula, 1996a). Rozpatruje je na pięciu płaszczyznach: emocjonalnej (dawanie komunikatów typu: „jesteś nasz”, „lubimy cię”, „masz mocne cechy charakteru” itp.), wartościującej (dawanie komunikatów typu: „jesteś dla nas kimś znaczącym”, „dzięki tobie...” itd.), instrumentalnej (dostarczanie konkretnej pomocy, świadczenie usług), informacyjnej (udzielanie rad, porad prawnych, medycznych, informacji, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu), duchowej/psychiczno-rozwojowej, kiedy nie pomagają żadne inne formy wsparcia (Kawula, 1996b). Płaszczyzny te służą jednocześnie określeniu rodzajów wsparcia społecznego.

Zależność między poziomem otrzymywanego wsparcia a kondycją zdrowotną osób starych dokumentują wyniki badań empirycznych wskazujące na istotne pogarszanie się stanu zdrowia osób, które tego wsparcia nie doświadczają (Schwarzer, Leppin, 1989). Jakkolwiek istotne znaczenie dla zdrowia i dobrej jakości życia będzie tu miało wsparcie informacyjne, instrumentalne i materialne (a zaistnienie tego ostatniego może stanowić w wielu przypadkach odpowiedź na egzystencjalne potrzeby seniorów), to poprawę dobrostanu starego człowieka należy wiązać przede wszystkim ze wsparciem emocjonalnym, ujmowanym w kategoriach jakości i dostępności relacji z innymi ludźmi w różnych sytuacjach codziennego życia.

Równie ważne jak doświadczanie potrzebnych danej jednostce rodzajów wsparcia jest dysponowanie odpowiednią do własnych oczekiwań siecią wsparcia społecznego, rozumianą jako układ wielorakich powiązań, w które wchodzi, kontaktując się z innymi ludźmi, członkami różnych grup społecznych. Sieć wsparcia społecznego daje poczucie przynależności, bezpieczeństwa, umożliwia otrzymywanie informacji zwrotnych dotyczących własnej osoby. Traktowana jest też jako układ wzajemnych zobowiązań, których stabilność staje się dla jednostki źródłem wzorców interpretowania zdarzeń zachodzących w rzeczywistości (Popiołek, 1996). Względnie ustalona, wytwarza w ludziach i grupach ludzkich poczucie wspólnotowości życia w konkretnym kręgu środowiskowym. Dzięki sieci wsparcia człowiek może cieszyć się zestawem przewidywalnych relacji społecznych dostosowanych do pełnionych przez niego ról, mieć poczucie większych możliwości wywierania wpływu na zmiany zachodzące w środowisku, być pozytywnie identyfikowany społecznie, a także mieć poczucie sprawstwa i kontroli (Rodin, Salovey, 1997). Niewątpliwie jednym z istotnych czynników sprzyjających formowaniu się sieci wsparcia seniorów jest pokonywanie funkcjonujących w świadomości społecznej stereotypów starości.

Stereotyp jest strukturą poznawczą składającą się z trzech elementów: wiedzy, przekonania i oczekiwań obserwatora na temat danej grupy społecznej. Dodatkowym elementem scalającym te trzy segmenty poznawcze jest afekt, czyli zabarwienie emocjonalne ukierunkowane ku obserwowanemu przedmiotowi, a mające duże znaczenie w zrozumieniu funkcjonowania stereotypu (Mackie, Hamilton, Susskind, Rosselli, 1999). Istniejąca w społeczeństwie wiedza jest aplikowana jednostkom za pośrednictwem stereotypów. Co za tym idzie stereotyp może pełnić funkcję depozytu i jednocześnie przekaznika wiedzy społecznej. Jednostka otrzymuje gotową i pełną (nie zawsze zgodną z rzeczywistością) informację, zawartą w treści stereotypu. Ta wiedza nadaje rzeczywistości pewną strukturę w miejsce ignorancji i chaosu informacyjnego. Ułatwia rozumienie otaczającego świata.

Wobec tego, że stereotypy ułatwiają proces przekazywania informacji o innych osobach w trakcie interakcji z otoczeniem, upraszczają one także komunikację z innymi ludźmi i proces wyrabiania sobie opinii o postrzeganych osobach, jak również przetwarzanie zdobytych danych. Jeśli spotykamy kogoś, kogo postrzegamy jako starego, nie podejmujemy wysiłku intelektualnego, aby zdobyć wiedzę na jego temat, lecz sięgamy po gotowe sądy i przekonania tkwiące w zasobach naszego umysłu. Bez straty czasu „zdobywamy” więc informację, iż zapewne jest to osoba z problemami zdrowotnymi, bez planów na przyszłość i większych zasobów finansowych. W ten sposób odciążamy intelekt, oszczędzamy operacyjne zasoby umysłu, co umożliwi nam skoncentrowanie ich na innych zadaniach.

Stereotyp może służyć także zachowaniu społecznego *status quo*. Stereotypy umożliwiają także usprawiedliwienie istnienia nierówności społecznych i zbiorowe działania (lub ich brak) na rzecz pewnych grup społecznych. Grupy uprzywilejowane, których członkowie zdają sobie sprawę, że system społeczny niesłusznie obdarza je szczególnymi prawami, mogą usprawiedliwiać swój uprzywilejowany status na drodze przypisywania członkom innych grup słabości charakteru, czy poziomu intelektu uzasadniających ich niską pozycję społeczną. Taką grupą uprzywilejowaną są ludzie młodzi dźwigający ciężar zabezpieczenia medycznego, socjalnego i społecznego starszych członków społeczeństwa.

Funkcjonujący w społeczeństwie stereotyp starości jest odzwierciedleniem sytuacji seniorów, którzy w tym społeczeństwie żyją. Odbiór ten może być pozytywny, gdy podkreśla doświadczenie życiowe i mądrość starych ludzi, potrzebę szacunku dla nich i odpowiedniej opieki¹⁰. Może jednak być też negatywny, jeśli w społeczności główny nacisk

¹⁰ Badania podejmowane wśród amerykańskich studentów pozwoliły gerontologom wyodrębnić trzy grupy pozytywnych stereotypów – portretów, wizerunków starości: *Wzorowy dziadek* (mądry, zdolny, wyrozumiały, zadowolony, szczęśliwy, potrzebny, zdrowy, aktywny, korzystający z życia, uczestniczący w życiu rodzinnym, odważny, otwarty, pomocny), *Mędrzec* (interesujący, inteligentny, skoncentrowany na ważnych zadaniach, snujący plany na przyszłość, znający historię, kochający), *Liberalna głowa*

kładzie się na produkcję, a człowieka ocenia się według tego, czy w niej uczestniczy. Wtedy to patrzy się na seniora jak na kogoś, kto jest nieużyteczny, a o jego doświadczeniach mówi się, że są przestarzałe i nieprzydatne.

Wyobrażenie starości i stosunek do niej zależą od wielu czynników, a jednym z nich jest wiek ludzi wypowiadających swoją opinię o seniorach. Z pewnością dla człowieka młodego starość własna jest perspektywą bardzo odległą, stąd ważne staje się formowanie w jego świadomości adekwatnego do rzeczywistości obrazu starości, a może to być realizowane poprzez doświadczanie przez ludzi młodych kontaktów z osobami starszymi w różnych kontekstach codziennego życia.

Podsumowanie. Pedagogika starości wobec problemów zdrowia i jakości życia seniorów

Geragogika jest stosunkowo młodą subdyscypliną nauk pedagogicznych, toteż będąc „w stanie tworzenia” (por. Palka, 1999) potrzebuje wielu perspektyw oglądu problemów starości. W zaprezentowanym tu ujęciu zagadnień związanych z jakością życia starzejącego się człowieka widoczne są liczne odwołania do nauk medycznych, bowiem z racji tego, że jest on istotą biopsychospołeczną, zrozumienie tej rzeczywistości wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Niewątpliwie z podejściem takim mamy do czynienia w ramach lokującej się na styku nauk medycznych i społecznych promocji zdrowia, która jest nie tylko gałęzią wiedzy, ale może być również traktowana jako filozofia życia, sfera praktycznych działań, strategia edukacyjna czy też strategia rozwiązywania problemów zdrowotnych populacji (Bik, 2000).

Idea promocji zdrowia odwołując się do jego społecznych uwarunkowań zakłada, że rozwiązywanie problemów zdrowotnych człowieka wymaga zarówno interwencji środowiskowych, wśród których wymienia się między innymi budowanie sieci społecznego wsparcia, jak również oddziaływań edukacyjnych umożliwiających ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu w całym cyklu życia (World Health Organization, 1986). Przywołane powyżej powiązania między zdrowiem a jakością życia starzejącego się człowieka pozwalają w tym miejscu na uznanie, że promocja zdrowia stanowi ważny teoretyczny punkt odniesienia w rozważaniach nad kształtowaniem jakości życia w starości.

Aplikacja idei promocji zdrowia do praktyki geragogicznej wiąże się nie tylko z adresowaną do seniorów edukacją zdrowotną i stosowaniem strategii odwołujących się do społecznych uwarunkowań ich zdrowia i jakości życia. Wymaga ona również uwzględnienia potrzeby przygotowania człowieka młodego do jego własnej starości oraz odpowiednio ukierunkowanego kształcenia gerontologicznego osób podejmujących się pra-

rodziny (dojrzały emocjonalnie i społecznie, przewodzący życiu rodzinnemu, podejmujący problemy rodziny) (za: Szarota, 1998, s. 29–30).

cy z seniorami. Tym samym można twierdzić, że promocja zdrowia powinna stanowić ważny element edukacji w starości, edukacji do starości oraz edukacji dla starości (por. Kijak, Szarota, 2013, s. 48).

Nawiązując do wcześniejszych ustaleń dotyczących wzajemnych relacji między zdrowiem a poczuciem jakości życia seniorów, należy uznać, że centralny punkt odniesienia promocji zdrowia w edukacji w starości jest związany z wyzwaniem potencjału zdrowotnego starzejącego się człowieka poprzez kształtowanie jego motywacji i kompetencji do podejmowania szeroko rozumianej aktywności.

Mówiąc o promocji zdrowia w edukacji do starości, mamy natomiast na myśli działania zmierzające do kształtowania u młodych ludzi podmiotowych zasobów zdrowotnych, t.j. ich wiedzy, przekonań i kompetencji, które będą sprzyjać temu, by chcieli realizować prozdrowotny styl życia. Jak wiadomo, styl życia stanowi jedną z zasadniczych determinant poziomu zdrowia w całym cyklu życia. To oznacza, że kondycja zdrowotna, z jaką człowiek wchodzi w późną dorosłość, ma znaczący wpływ na poziom zdrowia fizycznego i psychospołecznego, a zatem także na poczucie jakości życia w starości. Co więcej, ukształtowane w młodości postawy wobec własnej aktywności związanej ze zdrowiem przejawiają się zazwyczaj w niezmienionej postaci także w okresie późnej dorosłości. Ważnym wyzwaniem edukacji do starości jest ponadto kształtowanie u młodych ludzi adekwatnych do rzeczywistości stereotypów starości. Z jednej strony mogą one bowiem sprzyjać ich włączaniu się w budowanie sieci wsparcia dla osób w wieku senioralnym, z drugiej zaś pomagają w przygotowaniu się do przewidywania i pokonywania problemów, których mogą doświadczać u schyłku własnego życia.

Niewątpliwie wyzwaniem dla pedagogiki jest też włączenie idei promocji zdrowia w programy kształcenia kadr do pracy z seniorami. Ten obszar działań będzie się wiązał między innymi z przygotowaniem przyszłych adeptów pedagogiki do projektowania i realizacji programów promocji zdrowia w środowisku lokalnym seniorów, w których będą uwzględniane nie tylko strategie edukacyjne, ale również interwencje w fizyczne, materialne i psychospołeczne środowisko ich codziennego życia. Aktualnie na wielu uczelniach wyższych przygotowuje się studentów do realizowania projektów wspierających tę grupę społeczną. Powołuje się też specjalności studiów przygotowujące do pracy z seniorami. Nie wystarczy jednak jedynie otwarcie kolejnego kierunku kształcenia. Trzeba zachęcić młodych ludzi do podjęcia wysiłku przygotowania się do wspomagania tej grupy społecznej. To rola wymagająca posiadania nie tylko pewnych cech charakteru, ale też określonej wiedzy i ukształtowania pozytywnej postawy wobec ludzi starych, oczekujących wsparcia oraz godnego i podmiotowego ich traktowania.

Bibliografia

- Antonovsky A., 1995, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Bik B., 2000, *Koncepcja promocji zdrowia* [w:] A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, C. W. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Tom 2*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Daszykowska J., 2007, *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Duda K., 2012, *Proces starzenia się* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Fengler J., 2000, *Pomaganie męczy: wypalenie w pracy zawodowej*, przekł. K. Pietruszewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Gawel A., 2013, *Human health as a context of the andragogical discourse* [w:] M. Radovan, M. Kościelniak (red.), *Lifelong learning today. New areas. Contexts. Practices*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Gawel A., 2014, *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Heszen I., 2005, *Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka* [w:] D. Kubacka-Jasiecka, T. M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Heszen I., Sęk H., 2007, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Heszen-Niejodek I., 2003, *Wymiar duchowy człowieka a zdrowie* [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Jonhson J. R., 1992, *Social Support* [w:] E. F. Borgatta, M. L. Borgatta (red.), *Encyclopedia of sociology*, Volume 4, Macmillian Publishing, New York.
- Kawula S., 1996a, *Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 1.
- Kawula S., 1996b, *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*, „Wychowanie na Co Dzień”, nr 10/11.
- Kijak R. J., Szarota Z., 2013, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Klebaniuk J., 2006, *Materiałne uwarunkowania jakości życia* [w:] B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne*, Wydawnictwo „Jakopol”, Wrocław.
- Kowalik S., 2007, *Jakość życia związana ze stanem zdrowia* [w:] S. Kowalik (red.), *Społeczne konteksty jakości życia*, Wydawnictwo Uczelniane WSG w Bydgoszczy, Bydgoszcz.
- LaLonde M., 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Government of Canada, Ottawa.

- Mackie D. M., Hamilton D. L., Susskind J., Rosselli F., 1999, *Spółeczno-psychologiczne podstawy powstawania stereotypów* [w:] C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Makuch M., Moroń D., 2011, *Osoby starsze w społeczeństwie – społeczeństwo wobec osób starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Marchewka A., 2012, *Aktywność fizyczna – oręż przeciw niepełnosprawności osób w wieku starszym* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądz (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Okła W., Steuden S., 2007, *Wprowadzenie w problematykę jakości życia* [w:] S. Steuden, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Palka S., 1999, *Pedagogika w stanie tworzenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Pikuła N., 2011, *Etos starości w aspekcie społecznym*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Popiołek K., 1996, *Wsparcie społeczne – zarys problematyki* [w:] K. Popiołek (red.), *Psychologia pomocy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Rębiałkowska-Stankiewicz M., 2001, *Wsparcie społeczne jako element pedagogiki zdrowia* [w:] B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zawodowej, Warszawa.
- Rodin J., Salovey P., 1997, *Psychologia zdrowia* [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Rowe J.W., Kahn R. L., 1997, *Successful aging*, „Gerontologist”, nr 37.
- Schwarzer R., Leppin A., 1989, *Social Support and Health. A Meta-Analysis*, „Psychology and Health”, nr 3.
- Sęk H., 1993, *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 2.
- Sęk H., 1993, *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Skwara A., 1998, *Profilaktyka zespołu wypalenia zawodowego nauczycieli – stan faktyczny i proponowane zmiany* [w:] T. Rongińska, W. Gaida, U. Schaarsmidt (red.), *Zdrowie psychiczne w zawodzie nauczycielskim*, WSP, Zielona Góra.
- Steuden S., 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Straś-Romanowska M., 2006, *Późna dorosłość. Wiek starzenia się* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Syrek E., 2001, *Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej* [w:] B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zawodowej, Warszawa.
- Szarota Z., 1998, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Szarota Z., 2010, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

- The WHOQOL Group, 1999, *The World Health Organization WHOQOL – 100. Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide*, "Health Psychology", nr 18.
- Tokaj A., 2006, *U progu starości*, Wydawnictwo ERUDITUS, Poznań.
- World Health Organization, 1986, *Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. The move towards a new public health*, WHO, Ottawa.

Netografia

- http://bip.stat.gov.pl/gfx/bip/userfiles/_public/bip/organizacja/poz_zalozenia_polityki_ludnosciowej_polski_2013_projekt_luty_2013.pdf, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601>, stan z dnia 11.01.2016.
- http://bip.stat.gov.pl/gfx/bip/userfiles/_public/bip/organizacja/poz_zalozenia_polityki_ludnosciowej_polski_2013_projekt_luty_2013.pdf, stan z dnia 11.01.2016.



Adrianna Maria Borowicz
Przemysław Kaczmarek
Mariola Pawlaczyk

Wykorzystanie skali Tinetti do programowania rehabilitacji u osób starszych

Słowa kluczowe: skala Tinetti, rehabilitacja, osoby starsze

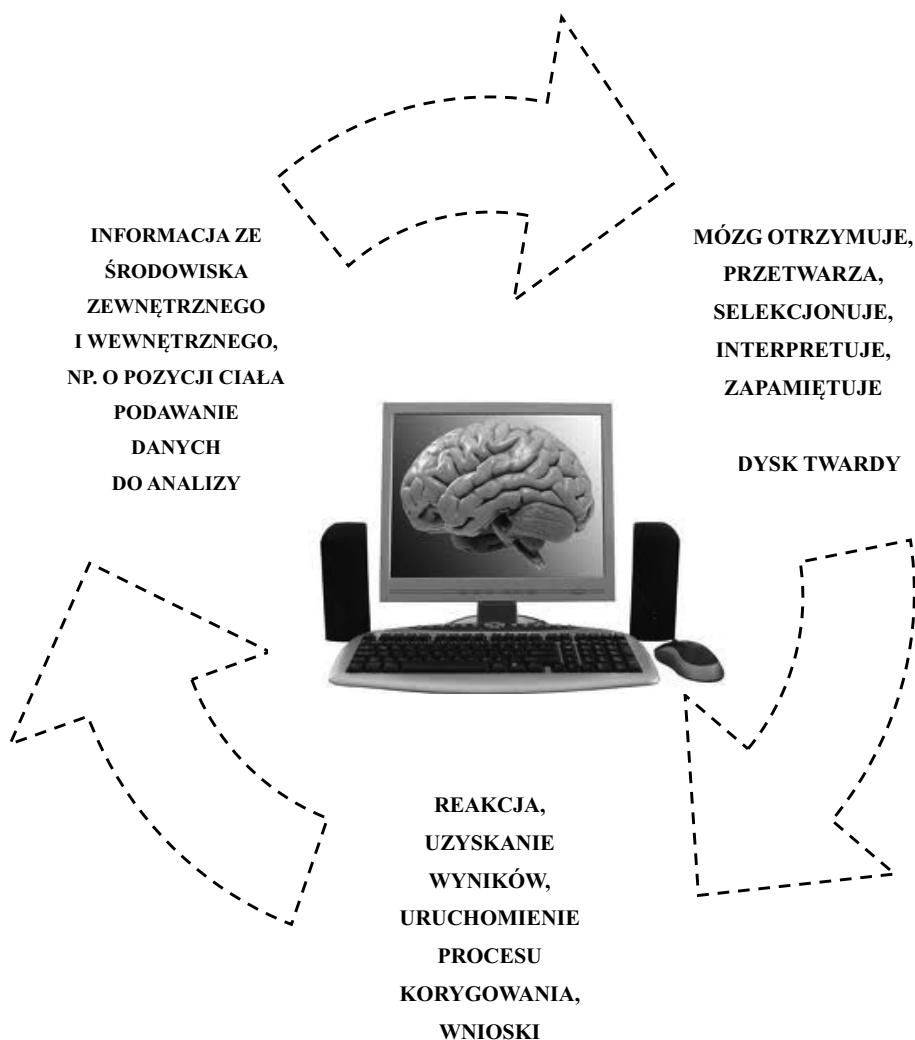
Keywords: Tinetti scale, rehabilitation, elderly

TINETTI SCALE IN GERIATRIC REHABILITATION

Abstract: Balance is very important in the performance of activities of daily living in elderly. It is often disturbance in diseases such as: stroke, Alzheimer's and Parkinson's disease. It seems necessary to perform an assessment of risk of falling in elderly. One of the tools is the Tinetti scale. It is estimated static and dynamic balance, which is particularly important to the process of rehabilitation. It allows you to plan the process of therapy and to evaluate the obtained results. This is consistent with the guidelines contained in the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The aim of the study is useful Performance Oriented Mobility Assessment in rehabilitation in elderly.

Sprawność funkcjonalna

Dobra sprawność funkcjonalna (z ang. *functional ability*) pozwala osobom starszym funkcjonować niezależnie w codziennym życiu. Zależy od wielu czynników: genetycznych, środowiskowych, od liczby i rodzaju chorób, od liczby stosowanych leków i od stylu życia (Kostka, 2007, s. 11–17). Wszystkie czynności kontrolowane są przez Ośrodkowy Układ Nerwowy (OUN), który odbiera, przetwarza, interpretuje i reaguje na wszelkie informacje dochodzące z wnętrza organizmu i ze środowiska zewnętrznego. Szczególną rolę w odpowiedzi na bodźce odgrywają kora ruchowa, mózdzek i zwoje podstawne. Mózg można porównać do dysku twardego w komputerze, na którym zapisywane są i poddawane selekcji i analizie ogromne ilości informacji w jednym czasie (ryc. 1).



Ryc. 1. *Analogia przetwarzania informacji w Ośrodkowym Układzie Nerwowym do przetwarzania informacji w komputerze.*

Równowaga ludzkiego ciała zależy również od wielu czynników i od przetworzenia mnóstwa informacji i zareagowania na nie w jak najkrótszym czasie. Niestety wraz z procesem starzenia nasilają się zmiany degeneracyjne w układzie nerwowym i mięśniowym. Zmniejsza się szybkość przekazywania informacji do OUN, a także szybkość ich przetwarzania (Browne, O'Hare, 2000, s. 525–534). To powoduje, iż wydłużeniu ulega szybkość reagowania na zmiany w środowisku zewnętrznym.

Kolejnym problemem są „uszkodzenia dysku twardego”, czyli choroby o różnej patogenezie, które zakłócają wewnętrzny obraz ciała tworzący się w mózgu. Do takich schorzeń należy np.:

- a) *choroba Creutzfelda-Jakoba* (encefalopatia gąbczasta, prawdopodobnie wywołana przez priony, która ma charakter neurodegeneracyjny) (Douet, Zafar, Perret-Liaudet, Lacroux, Lugan et al., 2014, s. 114–117),
- b) *choroba Alzheimera* (polegająca na degeneracji i ubytku neuronów, a także zmniejszeniu liczby synaps) (Revett, Baker, Jhamandas, Kar, 2013, s. 6–23),
- c) *choroba Parkinsona* (polegająca na braku wytwarzania neuroprzekaźnika dopaminy, co powoduje zaburzenia w systemie wewnątrz mózgowych połączeń komunikacyjnych) (Leverenz, Ouinn, Zabetian, Zhang, Montine, Montine, 2009, s. 903–912),
- d) *stan po udarze mózgu niedokrwiennym i krwotocznym* (gdzie dochodzi do niedotlenienia i obumarcia neuronów) (Mazur, Świerkocka-Miastkowska, 2005, s. 84–87).

Wszystkie te choroby utrudniają wykonywanie czynności życia codziennego i w mniejszym lub w większym stopniu utrudniają codzienne funkcjonowanie. Wiąże się również z zaburzeniami równowagi, której prawidłowe utrzymywanie warunkuje niezależność w starszym wieku. Równowaga jest potrzebna do przyjmowania pozycji ciała (siedzenie, stanie), ułatwia wykonywanie płynnych ruchów i zmian ułożenia ciała, reaguje na zmiany wywołane „zakłóceniami” (np. poślizg na oblodzonej powierzchni, czy pchanie jakiegoś przedmiotu) (Pollock, Durward, Rowe, Paul, 2000, s. 402–406).

Równowaga

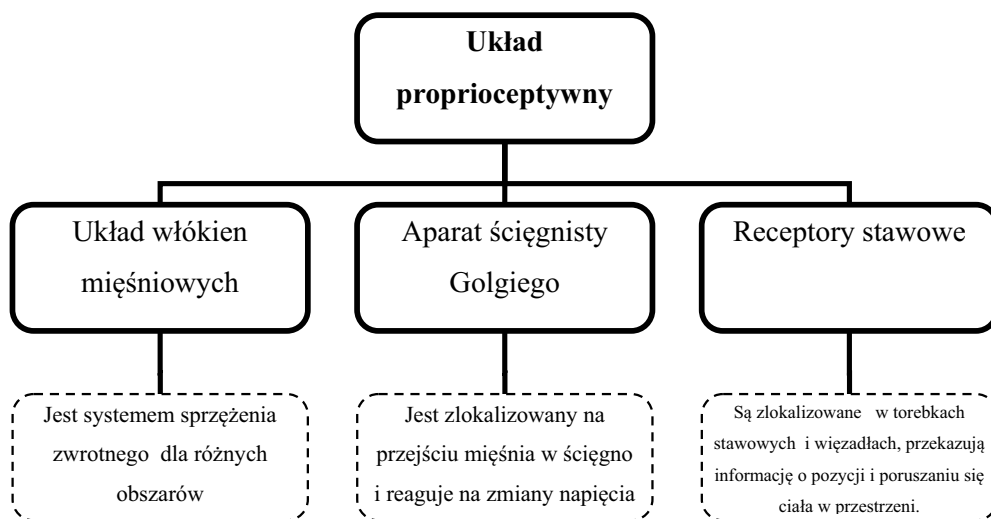
Równowagę ciała określa się jako dążenie organizmu do utrzymania pozycji ciała bez pomocy drugiej osoby. W jej utrzymaniu współdziałają następujące elementy: narząd przedsionkowy (błędnikowy), który znajduje się w uchu wewnętrznym, narząd wzroku, system proprioceptywny, który odpowiada za czucie głębokie (Horak, 1997, s. 76–84).

Układ przedsionkowy dostarcza informacji o pozycji głowy i jej przesunięciach w przestrzeni. Poprzez jego stymulację podczas rehabilitacji mięśnie antygrawitacyjne są stymulowane do utrzymywania prawidłowej postawy.

Narząd wzroku pozwala na szybką orientację, gdzie znajduje się ludzkie ciało i w jakiej odległości od różnych przedmiotów.

System proprioceptywny dostarcza informacji o ułożeniu ciała w przestrzeni (ryc. 2). Jego działanie jest szczególnie widoczne podczas wykonywania aktywności przy zamkniętych oczach (Sarlegna, Saintburg, 2009, s. 317–335).

Równowaga statyczna pozwala na utrzymanie pozycji ciała, jeśli punkt podparcia nie ulega zmianie, np. podczas pozycji siedzącej lub stojącej. Równowaga dynamiczna natomiast oznacza możliwość utrzymania równowagi, kiedy punkt podparcia się zmienia, np. podczas chodu. Chód określa się czasem „jako gubienie i odzyskiwanie równowagi”. Jest więc to proces niezwykle złożony. W przypadku wykonywania praktycznie każdej czynności życia codziennego u osób starszych wymagana jest dobra kontrola równowagi. Dlatego tak istotny jest aspekt jej oceny przed i po rehabilitacji.



Ryc. 2. System proprioceptywny – schemat.

Skala Tinetti

Skala Tinetti – z j. ang. *Tinetti Test (TT) lub Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)* – powstała w 1986 roku w USA. Jej nazwa pochodzi od nazwiska jednej z autorek tej skali – Mary Tinetti, która wraz ze współpracownikami opublikowała tę skalę (Tinetti, Williams, Mayewski, 1986, s. 429–434). Skala służy do oceny równowagi statycznej i dynamicznej u osób starszych. Pacjent jest proszony o wykonanie pewnych zadań, które są odpowiednio punktowane. Na wykonanie testu potrzeba około 10 minut. Wynik jest sumą punktów z dwóch części skali: części oceniającej chód (POMA-G, tutaj pacjent może otrzymać maksymalnie 12 punktów) i części oceniającej równowagę (POMA-B, maksymalna liczba punktów to 16). Wynik obu tych części oznacza się jako POMA-T – maksymalna liczba punktów to 28. Skala jest dość szeroko stosowana (Yelnik, Bonan, 2008, s. 439–445). W Polsce nie ma badań, które mówiłyby, czy jest powszechnie znana i używana. W tab. 1. przedstawiono interpretację uzyskanego wyniku.

Tab. 1. Interpretacja wyniku w skali Tinetti (Tinetti, Williams, Mayewski, 1986, s. 429–434).

Skala Tinetti – interpretacja wyniku	
0–18 punktów	Wysokie ryzyko upadku
19–23 punktów	Średnie ryzyko upadku
24–28 punktów	Niskie ryzyko upadku

W późniejszym czasie doprecyzowano jeszcze pierwsze badania. Wykazano, iż już osoby z wynikiem poniżej 26 punktów będą miały zwiększone ryzyko upadku. Skala Tinetti ma czułość 70% i swoistość 52%. Oznacza to, że 70% osób z wyższym ryzykiem upadku będzie miało wynik testu niższy niż 26 punktów. Oznacza to również, że 52% seniorów, którzy uzyskali wynik testu poniżej 26 punktów, ma wyższe ryzyko upadku i w przyszłości nastąpi u nich jeszcze większe pogorszenie w zakresie utrzymywania równowagi (Raiche, Hebert, Prince, Corriveau, 2000, s. 1001–1002). Tabela 2 przedstawia poszczególne zadania i ich punktację w skali Tinetti.

Tab. 2. Skala Tinetti (POMA).

Skala Tinetti (POMA)		
Równowaga		
L.p.	Czynność	Ocena
1.	Równowaga podczas siedzenia	☐ pochyla się lub ześlizguje z krzesła – 0 pkt., ☐ zachowuje równowagę zabezpieczony – 1 pkt.
2.	Wstawanie z miejsca	☐ niezdolny do wstania bez pomocy – 0 pkt., ☐ wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma – 1 pkt., ☐ wstaje bez pomocy rąk – 2 pkt.
3.	Próby wstawania z miejsca	☐ niezdolny do wstania bez pomocy – 0 pkt., ☐ wstaje, ale potrzebuje kilku prób – 1 pkt., ☐ wstaje po pierwszej próbie – 2 pkt.
4.	Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 s)	☐ stoi nie pewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem) – 0 pkt., ☐ stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty – 1 pkt., ☐ stoi pewnie bez żadnego podparcia – 2 pkt.
5.	Równowaga podczas stania	☐ stoi nie pewnie – 0 pkt., ☐ stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem, itp. – 1 pkt., ☐ stoi ze stopami złączonymi bez podparcia – 2 pkt.
6.	Próba trącania (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącąc dłońią w klatkę piersiową na wysokości mostka)	☐ zaczyna się przewracać – 0 pkt., ☐ zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję – 1 pkt., ☐ stoi pewnie – 2 pkt.

7.	Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego	☐ stoi niepewnie – 0 pkt., ☐ stoi pewnie – 1 pkt.
8.	Obracanie się o 360°	☐ ruch przerywany – 0 pkt., ☐ ruch ciągły – 1 pkt., ☐ niepewne – 0 pkt., ☐ pewne – 1 pkt.
9.	Siadanie	☐ niepewne (złe ocenia odległość, opada na krzesło) – 0 pkt., ☐ pomaga sobie rękami lub ruch nie jest płynny – 1 pkt., ☐ pewny, płynny ruch – 2 pkt.
Równowaga – wynik końcowy...../16		
Chód		
10.	Zapoczątkowanie chodu (bezpośrednio po wydaniu polecenia, żeby iść)	☐ jakiegokolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca – 0 pkt., ☐ start bez wahan – 1 pkt.
11.	Długość i wysokość kroku	Zasięg ruchu prawej stopy przy wyroku: ☐ nie przekracza miejsca stania lewej stopy – 0 pkt., ☐ przekracza położenie lewej stopy – 1 pkt., ☐ prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi – 0 pkt., ☐ prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą – 1 pkt. Zasięg ruchu lewej stopy przy wyroku: ☐ nie przekracza miejsca stania prawej stopy – 0 pkt., ☐ przekracza położenie prawej stopy – 1 pkt., ☐ lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi – 0 pkt., ☐ lewa stopa całkowicie unosi się nad podłogą – 1 pkt.
12.	Symetria kroku	☐ długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa – 0 pkt., ☐ długość kroku obu stóp wydaje się równa – 1 pkt.
13.	Ciągłość chodu	☐ zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu – 0 pkt., ☐ chód wydaje się ciągły – 1 pkt.
14.	Ścieżka chodu (oceniać w stosunku do płytek podłogowych o dł. 30 cm; odnotować odchylenie rzędu 30 cm na odcinku ok. 3 m wytyczonego toru)	☐ wyraźne odchylenie od toru – 0 pkt., ☐ niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.) – 1 pkt., ☐ prosta ścieżka bez korzystania z pomocy – 2 pkt.

15.	Tułów	☐ wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.) – 0 pkt., ☐ nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodzenia zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona – 1 pkt., ☐ pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan ani pleców, nie angażuje kończyn górnych, ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych – 2 pkt.
16.	Pozycja podczas chodzenia	pięty rozstawione – 0 pkt., pięty prawie stykają się podczas chodzenia – 1 pkt.
Chód – wynik końcowy:...../12		
Łączna liczba punktów:...../28		

Proces rehabilitacji a poprawa równowagi

Wieloczynnikowy program zapobiegania upadkom powinien zawierać oszacowanie ryzyka upadku (np. przy pomocy skali Tinetti), ocenę lekarską pod kątem ilości i jakości stosowanych przez seniora leków, edukację pacjenta i jego rodziny pod kątem przeciwdziałania upadkom (np. przystosowanie mieszkania) i zastosowanie indywidualnie dostosowanej rehabilitacji.

Rehabilitacja neurologiczna bazuje na zasadzie plastyczności mózgu, czyli możliwości jego reorganizacji pod wpływem różnorodnych bodźców. Donald Hebb zasugerował, iż możliwe jest, iż neuronowe związki korowe mogą zostać przemodelowane przez doświadczenie. Zauważył on, że jednoczesna aktywacja neuronów przed- i postsynaptycznych przyczynia się do wzmocnienia połączeń synaptycznych. Pozwala to na płynny przepływ bodźca i możliwość tworzenia nowych połączeń (jego teoria pochodzi z 1949 r.). Wykazano np., iż jeżeli często trzeba wykonywać skomplikowane zadania, to korowa reprezentacja dla włączonych w to zadanie mięśni zostaje rozszerzona – ma to miejsce w przypadku palców rąk u osób czytających Breillem (Clifford, Merzenich, Taub, Greenough, 1999, s. 16–20) Również na tej zasadzie następuje poprawa wykonywania czynności życia codziennego u osób starszych i poprawa równowagi. Trening powinien być urozmaicony i oczywiście dostosowany do możliwości fizycznych i psychicznych osób starszych.

Program rehabilitacyjny u osoby starszej z zaburzeniami równowagi powinien być przede wszystkim systematyczny, zawierać różne „zakłócenia” i obejmować:

- wzmacnianie mięśni tułowia i kończyn dolnych,
- ćwiczenia stymulujące równowagę statyczną i dynamiczną (zmniejszanie płaszczyzny podparcia – różne poziomy trudności),
- naukę wykonywania czynności życia codziennego (np. naukę wstawania i siadania na krzesło, przyjmowanie odpowiedniej postawy w pozycji siedzącej, przesiadanie

się z krzesła na łóżko, samodzielne wstawanie z łóżka, poruszanie się na niewielkiej przestrzeni z pomocą osoby drugiej lub zaopatrzenia ortopedycznego, pójście do toalety, chodzenie po domu, chodzenie po schodach),

- d) wykonywanie np. dwóch zadań w tym samym czasie, z kontrolą wzroku i bez tej kontroli, na różnych rodzajach powierzchni – w tym na powierzchni niestabilnej, dołączając różne elementy do czynności życia codziennego,
- e) naukę wstawania po upadku,
- f) ćwiczenia odruchów obronnych (np. wyciągnięcie rąk do przodu lub w bok w przypadku utraty równowagi, wykonanie wykroku stopą) (Martinez-Lopez, Hita-Contreras, Jimenez-Lara, Latorre-Roman, Martinez-Amat, 2014, s. 349–357; Rugelj, Tomsic, Sevsek, 2013, s. 1–8; Granacher, Muehlbauer, Gruber, 2012, s. 1–16; Borowicz, 2014, s. 21–26).

Podsumowanie

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, która została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia i zatwierdzona w 2001 r. zakłada, iż każdy pacjent powinien być oceniany przed i po terapii, a na planowanie procesu terapeutycznego należy spojrzeć pod kątem aktywności (utrata funkcji ruchowej), struktury (uszkodzenia organizmu), a także partycypacji (czyli uczestnictwa w życiu społecznym) (Horst, 2010). W tym aspekcie skala Tinetti wydaje się bardzo dobrym narzędziem oceniającym sprawność funkcjonalną pacjenta starszego pod kątem chodu i równowagi. Pozwala na zaobserwowanie nieprawidłowości, ukierunkowanie programu usprawniania i ocenę wyników.

Bibliografia

- Borowicz A. M., 2014, *Problem upadków u osób starszych*, „Rehabilitacja w Praktyce”, 2.
- Browne J., O'Hare N., 2000, *Development of a novel method for assessing balance: the quantitative posturography system*, „Physiol Meas”, 21.
- Clifford E., Merzenich M., Taub E., Greenough W.T., 1999, *Neural Plasticity*, „Brain”, 16.
- Douet J. Y., Zafar S., Perret-Liaudet A., Lacroux C., Lugan S. et al., 2014, *Detection of infectivity in blood of persons with variant and sporadic Creutzfeld-Jakob Disease*, „Emerg Infect Dis”, 20(1).
- Granacher U., Muehlbauer T., Gruber M., 2012, *A Qualitative Review of Balance and Stength Performance in Healthy Older Adults: Impact for Testing and Training*, „Journal of Aging Research”.
- Horak F. B., 1997, *Clinical assessment of balance disorders*, Gait & Posture, 6.
- Horst R., 2010, *Trening strategii motorycznych i PNF*, Top School, Kraków.

- Kostka T., 2007, *Czynniki determinujące sprawność funkcjonalną i jakość życia osób starszych* [w:] A. Dąbrowski, R. Rowiński (red.), *Sprawna starość*, Wydawnictwo AWF w Warszawie, Warszawa.
- Leverenz J.B., Ouinn J.F., Zabetian C., Zhang J., Montine K.S., Montine T., 2009, *Cognitive Impairment and Dementia in Patients with Parkinson Disease*, „Curr Top Med Chem”, 9(10).
- Martinez-Amat A., 2014, *The Association of Flexibility, Balance, and Lumbar Strength with Balance Ability. Risk of Falls in Older Adults*, „Journal of Sports Science and Medicine”, 13.
- Martinez-Lopez E. J., Hita-Contreras F., Jimenez-Lara P. M., Latorre-Roman P., Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M., 2005, *Udar mózgu – pierwsze objawy*, „Choroby Serca i Naczyń”, 2 (2).
- Pollock A. S., Durward B. R., Rowe P. J., Paul J. P., 2000, *What is balance?*, „Clin. Rehabil”, 14.
- Raiche M., Hebert R., Prince F., Corriveau H., 2000, *Screening older adults at risk of falling with the Tinetti balance scale*, „Lancet”, 16, 356.
- Revett T. J., Baker G. B., Jhamandas J., Kar S., 2013, *Glutamate system, amyloid β peptides and tau protein. Functional interrelationships and relevance to Alzheimer disease pathology*, „J Psychiatry Neurosci”, 38(1).
- Rugelj D., Tomsic M., Sevsek F., 2013, *Do fallers and nonfallers equally benefit from balance specific exercise program? A Pilot Study*, BioMed Research International.
- Sarlegna F. R., Saintburg R. L., 2009, *The Roles of Vision and Proprioception in the Planning of Reaching Movements*, „Adv Exp Med Biol”, 629.
- Tinetti M. E., Williams T. F., Mayewski R., 1986, *Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities*, „Am J Med”, 80.
- Yelnik A, Bonan I., 2008, *Clinical tools for assessing balance disorders*, „Neurophysiol. Clin”, 38.



Jolanta E. Kowalska
Anna Makarczuk
Halina Zdebska-Biziewska

Przyczyny podejmowania aktywności ruchowej przez osoby starsze w województwie małopolskim (na podstawie wyników badań Polsenior)

Słowa kluczowe: aktywność ruchowa, osoby starsze, Małopolska

Keywords: physical activity, the elderly, Małopolska Voivodeship

THE REASONS FOR UNDERTAKING PHYSICAL ACTIVITY BY SENIORS FROM MAŁOPOLSKA VOIVODESHIP (BASED ON POLSENIOR STUDY)

Abstract: Many authors reported the benefits of physical activity of seniors in both context – physical and psychosocial. The research has been conducted as part of the PolSenior national program funded by the Ministry of Science and Higher Education (nr PBZ-MEIN-9/2/2006). The research results were shown in percentage form and concerned declared reasons for undertaking physical activity by seniors. With age the percentage of people who spend their free time actively decreases. The most frequent reason for undertaking physical activity by seniors from Małopolska Voivodeship is improvement of health conditions.

Wprowadzenie

W rozwiniętych krajach rozwiniętych zjawisko starzenia się społeczeństw jest powszechne, zmieniło się jednak samo pojęcie starości. W ubiegłym wieku miarą tempa starzenia się określano długość życia, dzisiaj nieodwracalne zmiany w na-

¹ Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Pracownia Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego, 90-236 Łódź, ul. Pomorska 149/153, anna.makarczuk@gmail.com.

² Instytut Nauk Społecznych AWF Kraków im. Bronisława Czecha, 31-571 Kraków, Al. Jana Pawła II 78, halina.zdebska@awf.krakow.pl.

rzędach i tkankach – zarówno w procesie biologicznym, jak i psychicznym (Wolański, 2006, s. 498).

Prognozuje się, że udział ludzi starych, po 65. roku życia, w ogólnej populacji UE w 2040 roku wyniesie 20%, a w 2060 roku aż 30% (Ciura, Szymańczak 2012, s. 1–2). Z badań Cezarego Żołędowskiego (2013, s. 41) wynika, że Polska należy do grupy państw unijnych najbardziej zagrożonych depopulacją i starością demograficzną. Natomiast dane statystyczne GUS wskazują, że stale wzrasta odsetek ludzi starszych, po 65. roku życia, dotyczy to także województwa małopolskiego. W 1990 roku odsetek osób, które ukończyły 65 lat, wynosił tutaj 10,3%, w 2012 zwiększył się do 14,1% (Rocznik Demograficzny GUS, 8.11.2013, s. 62–64).

Wśród 27 państw Unii Europejskiej w styczniu 2010 roku żyło 501,1 mln ludzi. Ta zmieniająca się sytuacja demograficzna stawia przed krajami Unii Europejskiej, wyzwania związane z planowaniem i kształtowaniem polityki na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się. Dotyczy to także Polski. Narzędziem służącym realizacji tego zadania może być – jak zapisano w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 – Wskaźnik Aktywnego Starzenia się (Active Ageing Index – AAI), który określa potencjał osób starszych w obszarze zatrudnienia, życia społecznego, samodzielnej egzystencji oraz możliwości aktywnego starzenia się. Dla Polski wskaźnik ten wynosi 27,3 przy założeniu, że 100 opisuje sytuację idealną (w rankingu ogólnym krajów UE Polska zajmuje 27., ostatnie miejsce) (Monitor Polski. Dziennik Urzędowy RP z dnia 24 stycznia 2014 r., s. 6).

Jakość życia we współczesnym społeczeństwie uzależniona jest przede wszystkim od dbałości o zdrowie własne i innych, a korzyści z aktywnego i systematycznego uczestnictwa człowieka w kulturze fizycznej są znane i opisywane przez wielu badaczy problemu. Obniżona aktywność ruchowa u osób starszych jest uważana za równie niebezpieczną, jak stosowanie używek czy nieprawidłowe żywienie, i prowadzi bezpośrednio do występowania chorób cywilizacyjnych, tj.: nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, choroby wieńcowej, osteoporozy i innych (Jegier, 2008, s. 19). Jak wskazują liczne badania (Kozdroń E., Wolańska T., Dąbrowski A., Błędowski P., Żołędowski C. i inni), aktywność ruchowa i uprawianie sportu na miarę sił i możliwości danej jednostki decydują o sprawności psychofizycznej i wydolności fizycznej na starość. Henryk Kuński i Mirosław Janiszewski (1999, s. 35) podkreślają, iż najważniejszymi celami aktywności ruchowej u seniorów jest zachowanie sprawności, samodzielności i niezależności. Należy jednak pamiętać o tym, że u każdego człowieka, „starzenie, mimo wspólnych cech, przebiega w sposób indywidualny i z odmienną dynamiką. Udział osób starszych w życiu społecznym zależy nie tylko od ich zdrowia i zasobów ekonomicznych, ich pozycji w społeczeństwie, ale także od aktywności intelektualnej, edukacyjnej, kulturalnej i fizycznej oraz warunków, sprzyjających rozwijaniu i utrzymywaniu takiej aktywności” (Borczyk, 2012, s. 1).

Metodologia badań

Badania zostały wykonane w ramach ogólnopolskiego programu PolSenior, sfinansowanego jako grant przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (nr PBZ-ME-IN-9/2/2006). Szczegółowe opisy projektu i metod doboru prób zostały zamieszczone w pracy Błędowskiego i współautorów (Błędowski i współ., 2011). Badania zostały wykonane przez specjalnie przeszkolony zespół pielęgniarek Pracowni Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010. Natomiast koordynatorem projektu był Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie.

Dobór badanych miał charakter losowy, trzystopniowy. W pracy wykorzystano część uzyskanych wyników – dane ankietowe 157 mężczyzn i 187 kobiet po 65. roku życia, mieszkańców województwa małopolskiego. Wyniki analizowano w kategoriach trzech grup wiekowych: 65–74, 75–84 i powyżej 85 lat, oraz płci, wielkości miejsca zamieszkania ze względu na liczbę mieszkańców (do 20 tys. i powyżej 20 tys.).

Celem przywołanych w niniejszej pracy badań jest przedstawienie przyczyn podejmowania aktywności ruchowej osób starszych z województwa małopolskiego w kontekście wyżej wymienionych kategorii. Wyniki badań zostały przedstawione za pomocą siedmiu tabel w postaci wartości odsetkowych.

W pracy sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jakie są przyczyny podejmowania aktywności ruchowej przez badane osoby starsze z województwa małopolskiego?
2. Czy w przeszłości badani seniorzy uprawiali sport lub rekreację ruchową?
Czy i jakie występują różnice ze względu na:
 - płeć i wiek badanych,
 - miejsce zamieszkania badanych z uwzględnieniem liczby mieszkańców (do 20 tys. i powyżej 20 tys.).

Formy aktywności ruchowej najczęściej wybierane przez badane osoby starsze

Badane osoby starsze z województwa małopolskiego najczęściej wymieniały jako formę aktywności ruchowej, podejmowaną kilka razy w tygodniu lub częściej, krótkie spacery w pobliżu miejsca zamieszkania – ponad 70% wskazań. Z dużym zainteresowaniem respondentów spotkała się praca w ogrodzie czy na działce, choć zdecydowanie rzadziej – w młodszej grupie ogółem 33,4% respondentów wskazywało na tę formę aktywności, w następnej grupie wiekowej deklarowali ją częściej mężczyźni (41,7%) niż kobiety (26,1%), odsetek wskazań zmniejszał się znacznie wśród 80-latków oraz wśród badanych, którzy żyją w miejscowościach powyżej 20 tys. mieszkańców.

Najmniejszą popularnością – jako formą aktywności ruchowej – cieszył się wśród wszystkich badanych taniec. Więcej takich wskazań udzielili badani mężczyźni niż kobiety – **tabela 1**.

Tabela 1. Taniec podejmowany przez badane osoby starsze w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p	Czynnik	Kategorie	Płeć	Taniec podejmowany przez seniorów				
				Mniej niż 1 raz w miesiącu – w tym wcale	Od 1 razu w miesiącu do 1 razu w tygodniu	Kilka razy w tygodniu lub częściej	ogółem	
				% z N	% z N	% z N	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	94,7	5,3	0,0	65	100
			kobieta	98,5	1,5	0,0	81	100
			ogółem	97,1	2,9	0,0	146	100
		75–84	mężczyzna	100,0	0,0	0,0	62	100
			kobieta	100,0	0,0	0,0	57	100
			ogółem	100,0	0,0	0,0	119	100
		> 85	mężczyzna	100,0	0,0	0,0	30	100
			kobieta	100,0	0,0	0,0	49	100
			ogółem	100,0	0,0	0,0	79	100
		Ogółem	mężczyzna	96,5	3,5	0,0	157	100
			kobieta	99,1	0,9	0,0	187	100
			ogółem	98,2	1,8	0,0	344	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	98,7	1,3	0,0	77	100
			kobieta	100,0	0,0	0,0	109	100
			ogółem	99,6	0,4	0,0	186	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	94,7	5,3	0,0	80	100
			kobieta	98,0	2,0	0,0	78	100
			ogółem	96,7	3,3	0,0	158	100

Źródło: Wyniki badań wykonane przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Równie małą popularnością co taniec cieszyło się wśród badanych zarówno kobiet, jak i mężczyzn – zapewne ze względu na możliwość jej podejmowania – zbieranie grzybów w lesie tylko 7,3% ogółu badanych (**tabela 2**).

Tabela 2. Zbieranie grzybów w lesie przez badane osoby starsze w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p	Czynnik	Kategorie	Płeć	Zbieranie grzybów w lesie przez seniorów				
				Mniej niż 1 raz w miesiącu – w tym wcale	Od 1 razu w miesiącu do 1 razu w tygodniu	Kilka razy w tygodniu lub częściej	ogółem	
				% z N	% z N	% z N	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	88,3	7,1	4,6	65	100
			kobieta	86,7	9,6	3,7	80	100
			ogółem	87,2	8,7	4,1	145	100
		75–84	mężczyzna	89,6	8,2	2,1	60	100
			kobieta	93,6	4,3	2,1	57	100
			ogółem	92,3	5,7	0,0	117	100
		> 85	mężczyzna	100,0	0,0	0,0	30	100
			kobieta	100,0	0,0	0,0	48	100
			ogółem	100,0	0,0	0,0	78	100
		Ogółem	mężczyzna	89,0	7,2	3,8	155	100
			kobieta	89,7	7,3	3,0	185	100
			ogółem	89,4	7,3	3,3	340	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	88,9	6,1	5,0	76	100
			kobieta	91,1	5,1	3,8	108	100
			ogółem	90,4	5,4	4,2	184	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	89,1	8,1	2,7	79	100
			kobieta	88,2	9,7	2,1	77	100
			ogółem	88,6	9,1	2,3	156	100

Źródło: Wyniki badań wykonane przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Powody, dla których seniorzy nie podejmują aktywności ruchowej, to przede wszystkim deklarowane przeciwwskazania zdrowotne.

Brak aktywności fizycznej deklaruje łącznie 17,4% badanych, w tym wśród osób z miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców jest ich dwa razy mniej (23,%) niż z miejscowości powyżej 20 tys. (11,7%) – wskaźnik ten dotyczy też kobiet (26,2% do 10,9%).

Przyczyny, dla których badani seniorzy z obszaru województwa małopolskiego podejmują aktywność ruchową, są zróżnicowane. Najczęściej jednak wskazywali oni na czynnik zdrowotny aktywności fizycznej – uważa tak 70,7% ogółu mężczyzn i 64,3% kobiet (**tabela 3**). Im młodsze osoby, tym odsetek deklarowanych odpowiedzi jest wyższy. W grupie najmłodszej (65–74 lat) wynosi ogółem 71%, natomiast wśród osób po 85. roku życia 39,6%. Mieszkańcy mniejszych miejscowości rzadziej wskazywali na aspekty zdrowotne w podejmowaniu aktywności ruchowej (59,2%), aniżeli mieszkańcy większych miejscowości (73%).

Tabela 3. Przyczyny zdrowotne podejmowania aktywności ruchowej przez badane osoby starsze w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p	Czynnik	Kategorie	Płeć	Dla zdrowia				
				NIE	TAK	BRAK aktywności fizycznej	ogółem	
				%	%	%	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	11,7	76,7	11,5	63	100
			kobieta	20,1	67,8	12,1	79	100
			ogółem	17,1	71,0	11,9	142	100
		75–84	mężczyzna	21,2	59,4	19,5	58	100
			kobieta	12,2	62,8	25,0	54	100
			ogółem	15,3	61,6	23,1	112	100
		> 85	mężczyzna	9,1	51,3	39,6	28	100
			kobieta	7,1	37,2	55,7	49	100
			ogółem	9,5	39,6	52,9	77	100
		ogółem	mężczyzna	14,6	70,7	14,7	149	100
			kobieta	16,9	64,3	18,8	182	100
			ogółem	16,1	66,5	17,4	331	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	13,3	70,0	16,7	72	100
			kobieta	19,5	54,3	26,2	106	100
			ogółem	17,6	59,2	23,2	178	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	15,7	71,3	13,1	77	100
			kobieta	14,0	75,2	10,9	76	100
			ogółem	14,6	73,7	11,7	153	100

Źródło: Wyniki badań wykonanych przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Drugą co do częstości deklarowanych przyczyn podejmowania aktywności ruchowej jest potrzeba czynnego wypoczynku. Tak wskazało 32,4% badanych osób obojga płci. Z wiekiem odsetek ten wyraźnie spada i zdecydowanie wyraźniej u badanych kobiet. W grupie kobiet w przedziale wiekowym 75–84 lata – taką potrzebę zadeklarowało 33,4% badanych, a mężczyźni tylko 19,2%. Między 65. a 74. rokiem życia wskazywało na nią 39,2% mężczyzn oraz 33,8% kobiet, a w grupie najstarszej ogółem 14%, w tym u 25,4% mężczyzn i 11,7% kobiet (**tabela 4**). Mieszkańcy większych miejscowości (36,8%) wyraźnie częściej niż osoby z małych miasteczek i wsi (27,9%) wskazywali na tę potrzebę jako na ważny czynnik podejmowania aktywności ruchowej.

Tabela 4. Potrzeba wypoczynku jako przyczyna podejmowania aktywności ruchowej przez badane osoby starsze w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p	Czynnik	Kategorie	Płeć	Z potrzeby wypoczynku				
				NIE	TAK	BRAK aktywności fizycznej	ogółem	
				%	%	%	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	49,3	39,2	11,5	63	100
			kobieta	54,1	33,8	12,1	79	100
			ogółem	52,4	35,7	11,9	142	100
		75–84	mężczyzna	61,3	19,2	19,5	58	100
			kobieta	41,6	33,4	25,0	54	100
			ogółem	48,5	28,4	23,1	112	100
		> 85	mężczyzna	35,1	25,4	39,6	28	100
			kobieta	32,6	11,7	55,7	49	100
			ogółem	33,0	14,1	52,9	77	100
		ogółem	mężczyzna	52,6	32,6	14,7	149	100
			kobieta	48,9	32,3	18,8	182	100
			ogółem	50,2	32,4	17,4	331	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	60,5	22,8	16,7	72	100
			kobieta	43,5	30,3	26,2	106	100
			ogółem	48,8	27,9	23,2	178	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	46,2	40,8	13,1	77	100
			kobieta	54,7	34,4	10,9	76	100
			ogółem	51,5	36,8	11,7	153	100

Źródło: Wyniki badań wykonanych przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Istotnym czynnikiem mającym wpływ na podejmowanie aktywności ruchowej w starszym wieku jest fakt uprawiania sportu w młodości. Ponad 25% ogółu mężczyzn i 15% ogółu kobiet wskazywało na tę przyczynę (**tabela 5**). Z wiekiem ankietowani coraz rzadziej akcentują ten czynnik – w grupie najmłodszej jest dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet – 30,1% , a w najstarszej tylko nieco ponad 5% mężczyzn i 4% kobiet. Częściej wskazywali na niego mężczyźni z małych miejscowości (32,8%) w porównaniu z mieszkańcami większych miast (18,5%).

Tabela 5. Sport uprawiany w młodości jako przyczyna podejmowania aktywności ruchowej przez badane osoby starsze w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p	Czynnik	Kategorie	Płeć	Z nawyku (ćwiczyłem/am w młodości)				
				NIE	TAK	BRAK aktywności fizycznej	ogółem	
				%	%	%	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	58,4	30,1	11,5	63	100
			kobieta	71,8	16,1	12,1	79	100
			ogółem	67,0	21,1	11,9	142	100
		75–84	mężczyzna	65,0	15,5	19,5	58	100
			kobieta	59,5	15,4	25,0	54	100
			ogółem	61,4	15,5	23,1	112	100
		> 85	mężczyzna	55,1	5,3	39,6	28	100
			kobieta	40,1	4,2	55,7	49	100
			ogółem	42,7	4,4	52,9	77	100
		ogółem	mężczyzna	60,3	25,0	14,7	149	100
			kobieta	66,0	15,2	18,8	182	100
			ogółem	64,1	18,5	17,4	331	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	50,4	32,8	16,7	72	100
			kobieta	59,3	14,5	26,2	106	100
			ogółem	56,5	20,3	23,2	178	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	68,5	18,5	13,1	77	100
			kobieta	73,3	15,8	10,9	76	100
			ogółem	71,5	16,8	11,7	153	100

Źródło: Wyniki badań wykonanych przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Stosunkowo niewielki odsetek badanych (18,2% ogółu mężczyzn i kobiet) jako przyczynę podejmowania aktywności ruchowej podało rozrywkę w czasie wolnym (**tabela 6**). Na podobnym poziomie procentowym można zauważyć odpowiedzi we wszystkich grupach wiekowych za wyjątkiem najstarszych kobiet (2,1%). Wyraźnie częściej przyczynę tą wskazywali mieszkańcy mniejszych miejscowości – zarówno kobiety, jak i mężczyźni (27,8%), w porównaniu z większymi (8,8%), w tym dwa razy częściej mężczyźni. U kobiet nie ma znaczenia wielkość miejscowości, w której żyją.

Tabela 6. Rozrywka w czasie wolnym jako przyczyna podejmowania aktywności ruchowej przez badane osoby starsze w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p	Czynnik	Kategorie	Płeć	Dla „zabicia czasu”				
				NIE	TAK	BRAK aktywności fizycznej	ogółem	
				%	%	%	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	73,3	15,1	11,5	63	100
			kobieta	67,3	20,6	12,1	79	100
			ogółem	69,4	18,7	11,9	142	100
		75–84	mężczyzna	56,8	23,7	19,5	58	100
			kobieta	57,5	17,5	25,0	54	100
			ogółem	57,2	19,7	23,1	112	100
		> 85	mężczyzna	45,3	15,1	39,6	28	100
			kobieta	42,2	2,1	55,7	49	100
			ogółem	42,7	4,4	52,9	77	100
		ogółem	mężczyzna	67,5	17,8	14,7	149	100
			kobieta	62,7	18,5	18,8	182	100
			ogółem	64,3	18,2	17,4	331	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	59,4	23,8	16,7	72	100
			kobieta	44,2	29,6	26,2	106	100
			ogółem	49,0	27,8	23,2	178	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	74,1	12,8	13,1	77	100
			kobieta	82,7	6,4	10,9	76	100
			ogółem	79,5	8,8	11,7	153	100

Źródło: Wyniki badań wykonanych przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Lekarze nie doceniają pozytywnej roli aktywności ruchowej w zachowaniu i pomnażaniu potencjału zdrowotnego. Najrzadziej wskazywanym czynnikiem wpływającym na podejmowanie aktywności ruchowej przez badanych seniorów jest porada lekarska – zadeklarowało tak 8,8% ogółu mężczyzn i 6% ogółu kobiet. Przyczyna ta jest też słabo zróżnicowana w poszczególnych grupach wiekowych i środowiskach respondentów z obszaru województwa małopolskiego (**tabela 7**). Zalecenia lekarskie – jako wskazanie podejmowania aktywności ruchowej – nieco częściej deklarują mieszkańcy większych miejscowości (8,9%), w porównaniu z małymi (4,9%).

Tabela 7. Porada lekarska jako przyczyna podejmowania aktywności ruchowej przez badane osoby starsze w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p	Czynnik	Kategorie	Płeć	Za poradą lekarza				
				NIE	TAK	BRAK aktywności fizycznej	ogółem	
				%	%	%	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	78,2	10,3	11,5	63	100
			kobieta	81,1	6,9	12,1	79	100
			ogółem	80,0	8,1	11,9	142	100
		75–84	mężczyzna	74,5	6,0	19,5	58	100
			kobieta	71,5	3,5	25,0	54	100
			ogółem	72,5	4,4	23,1	112	100
		> 85	mężczyzna	56,0	4,5	39,6	28	100
			kobieta	35,4	8,9	55,7	49	100
			ogółem	38,9	8,2	52,9	77	100
		ogółem	mężczyzna	76,5	8,8	14,7	149	100
			kobieta	75,2	6,0	18,8	182	100
			ogółem	75,6	7,0	17,4	331	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	78,2	5,1	16,7	72	100
			kobieta	69,0	4,9	26,2	106	100
			ogółem	71,9	4,9	23,2	178	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	75,0	11,9	13,1	77	100
			kobieta	81,9	7,2	10,9	76	100
			ogółem	79,3	8,9	11,7	153	100

Źródło: Wyniki badań wykonanych przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Biorąc pod uwagę płeć, zauważamy, iż w większych miejscowościach – powyżej 20 tys. mieszkańców – lekarze dwa razy częściej polecają aktywność ruchową mężczyznom niż kobietom.

Jednym z bardzo istotnych pytań ankiety było to odnoszące się do systematycznego uprawiania sportów i podejmowania rekreacji ruchowej w życiu dorosłym (do 30. roku życia) (**tabela 8**), między 30. a 60. rokiem życia (**tabela 9**) oraz po 60. roku życia (**tabela 10**).

Tabela 8. Sport lub rekreacja ruchowa uprawiana przez badane osoby starsze do 30. roku życia w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p.	Czynnik	Kategorie	Płeć	Sport lub rekreacja ruchowa uprawiana przez seniorów do 30. r.ż.			
				NIE	TAK	ogółem	
				% z N	% z N	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	66,3	33,7	64	100
			kobieta	85,2	14,8	81	100
			ogółem	78,4	21,6	145	100
		75–84	mężczyzna	72,3	27,7	62	100
			kobieta	94,0	6,0	57	100
			ogółem	86,3	13,7	119	100
		> 85	mężczyzna	79,1	20,9	30	100
			kobieta	90,7	9,3	49	100
			ogółem	88,6	11,4	79	100
		Ogółem	mężczyzna	75,4	24,6	156	100
			kobieta	94,6	5,4	187	100
			ogółem	87,9	12,1	343	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	90,7	9,3	76	100
			kobieta	97,4	2,6	109	100
			ogółem	95,3	4,7	185	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	63,0	37,0	80	100
			kobieta	91,5	8,5	78	100
			ogółem	80,6	19,4	158	100

Źródło: Wyniki badań wykonane przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Systematyczne podejmowanie aktywności sportowej i rekreacyjnej do 30. roku życia deklarowali częściej ankietowani mężczyźni (31,5%) niż kobiety (11,7%). Twierdzącą odpowiedź udzielali najczęściej mężczyźni w przedziale wiekowym 65–74 lata (33,7%), następnie w przedziale wiekowym 75–84 lata (27,7%) i 20,9% mężczyzn w wieku powyżej 85 lat. Aktywny udział w ćwiczeniach sportowych potwierdzał też wyższy odsetek respondentów z większych miast (powyżej 20 tys. mieszkańców) w porównaniu do osób z mniejszych miejscowości (odpowiednio 42,5% i 17,9%). Częściej także sporty w młodości uprawiały osoby niepracujące fizycznie (45,9%) niż pracownicy fizyczni (21,8%).

Tabela 9. Sport lub rekreacja ruchowa uprawiana przez badane osoby starsze pomiędzy 30. a 60. rokiem życia w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p.	Czynnik	Kategorie	Płeć	Sport lub rekreacja ruchowa uprawiana przez seniorów w wieku pomiędzy 30. a 60. r.ż.			
				NIE	TAK	ogółem	
				% z N	% z N	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	72,1	27,9	64	100
			kobieta	94,8	5,2	81	100
			ogółem	86,7	13,3	145	100
		75–84	mężczyzna	81,2	18,8	62	100
			kobieta	94,0	6,0	57	100
			ogółem	89,5	10,5	119	100
		> 85	mężczyzna	87,5	12,5	30	100
			kobieta	95,2	4,8	49	100
			ogółem	93,8	6,2	79	100
		Ogółem	mężczyzna	75,4	24,6	156	100
			kobieta	94,6	5,4	187	100
			ogółem	87,9	12,1	343	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	90,7	9,3	76	100
			kobieta	97,4	2,6	109	100
			ogółem	95,3	4,7	185	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	63,0	37,0	80	100
			kobieta	91,5	8,5	78	100
			ogółem	80,6	19,4	158	100

Źródło: Wyniki badań wykonane przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

W okresie życia zawodowego (pomiędzy 30. a 60. rokiem życia) mało kobiet i mężczyzn podejmowało systematyczną aktywność sportową i rekreacyjną (ogółem – 12,1%), najwięcej mężczyzn w wieku 65–74 lata (27,9%). Aktywność ruchową badanych różnicuje także wielkość miejsca zamieszkania. Ponad trzykrotnie częściej uprawianie sportu i rekreacji ruchowej deklarowali badani mężczyźni z miejscowości powyżej 20 tys. mieszkańców (37%), niż do 20 tys. mieszkańców (9,3%).

Znaczący odsetek osób po 60. roku życia deklarujących systematyczne uprawianie sportu lub rekreacji ruchowej można zauważyć tylko u mężczyzn z przedziału wiekowego 65–74 lata zamieszkujących miejscowości powyżej 20 tys. mieszkańców. W pozostałych grupach odsetek odpowiedzi twierdzących nie zbliża się do 10%.

Tabela 10. Sport lub rekreacja ruchowa uprawiana przez badane osoby starsze po 60. roku życia w aspekcie wieku, płci, miejsca zamieszkania i statusu społeczno-zawodowego [w %].

L.p.	Czynnik	Kategorie	Płeć	Sport lub rekreacja ruchowa uprawiana przez seniorów po 60 r.ż.			
				NIE	TAK	ogółem	
				% z N	% z N	N	%
1.	Wiek [lata]	65–74	mężczyzna	84,7	15,3	64	100
			kobieta	96,8	3,2	81	100
			ogółem	92,5	7,5	145	100
		75–84	mężczyzna	92,8	7,2	62	100
			kobieta	97,7	2,3	57	100
			ogółem	96,0	4,0	119	100
		> 85	mężczyzna	100,0	0,0	30	100
			kobieta	100,0	0,0	49	100
			ogółem	100,0	0,0	79	100
		Ogółem	mężczyzna	87,7	12,3	156	100
			kobieta	97,3	2,7	187	100
			ogółem	94,0	6,0	343	100
2.	Wielkość miejscowości [liczba mieszkańców]	do 20 tys.	mężczyzna	95,1	4,9	76	100
			kobieta	100,0	0,0	109	100
			ogółem	98,5	1,5	185	100
		powyżej 20 tys.	mężczyzna	81,6	18,4	80	100
			kobieta	94,4	5,6	78	100
			ogółem	89,5	10,5	158	100
3.	Status społeczno-zawodowy	pracownik fizyczny, rolnik	mężczyzna	91,8	8,2	96	100
			kobieta	100,0	0,0	88	100
			ogółem	96,5	3,5	184	100
		Nie pracujący fizycznie	mężczyzna	81,4	18,6	60	100
			kobieta	95,1	4,9	92	100
			ogółem	91,2	8,8	152	100

Źródło: Wyniki badań wykonane przez Pracownię Badań Społecznych BGA z Sopotu w latach 2007–2010 w ramach projektu PolSenior.

Wnioski i dyskusja

Na podstawie analizy zebranego materiału badawczego sformułowano następujące wnioski:

1. Najczęstszą przyczyną podejmowania aktywności ruchowej przez badanych seniorów z województwa małopolskiego jest chęć poprawy i zachowania zdrowia, następnie aktywny wypoczynek. Istotnym czynnikiem wpływającym na podejmowanie aktywności ruchowej jest uprawianie sportu w młodości. Należy dążyć zatem do tego, aby wzmacniać cele wychowania fizycznego – odczuwanie potrzeby oraz umiejętności ruszania się przez całe życie – na wszystkich etapach edukacyjnych i jednocześnie promować różne formy sportu dla wszystkich wśród osób dorosłych. Szczególnie w mniejszych miejscowościach.
2. Czynniki mającymi najmniejszy wpływ na podejmowanie aktywności ruchowej przez seniorów są porady lekarskie (w mniejszych miejscowościach jednak zdecydowanie częściej przekazywane mężczyznom niż kobietom). Należy zatem dążyć do tego, aby lekarze uświadamiali osoby starsze o pozytywnym wpływie ruchu na pomnażanie i zachowanie zdrowia.
3. Systematyczne podejmowanie aktywności sportowej i rekreacyjnej w młodości, wieku dorosłym i starszym trzy razy częściej podejmowali ankietowani mężczyźni niż kobiety, osoby zamieszkujące większe miejscowości (powyżej 20 tys. mieszkańców) oraz niepracujące fizycznie.

Głównym powodem, dla którego badani seniorzy podejmują aktywność ruchową, jest chęć poprawy zdrowia lub zachowania zdrowia. Systematyczne podejmowanie aktywności sportowej i rekreacyjnej do 30. roku życia deklarowali trzy razy częściej ankietowani mężczyźni niż kobiety. Aktywny udział w ćwiczeniach sportowych potwierdzał też wyższy odsetek respondentów z większych miast (powyżej 20 tys. mieszkańców) w porównaniu do osób z mniejszych miejscowości. Odsetek osób po 60. roku życia, deklarujących systematyczne uprawianie sportu lub rekreacji ruchowej, można zauważyć tylko wśród mężczyzn z przedziału wiekowego 65–74 lata, zamieszkujących miejscowości powyżej 20 tys. mieszkańców i niepracujących fizycznie. Wśród badanych kobiet deklaracje w każdej z tych kategorii występowały w małych odsetkach. Wyniki badań są zbieżne z wynikami badań wybranych innych autorów (Ignasiak i wsp. 2013, Błędowski i wsp., 2011, i in.). Mężczyźni częściej aniżeli kobiety podejmują rekreacyjną aktywność ruchową. Najwyraźniej widać to w grupie młodszych seniorów (do 74. roku życia). Natomiast wśród najstarszych osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, nikt nie podejmuje aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym.

Analiza wyników badań, dotycząca struktury czynników mających wpływ na podejmowanie aktywności ruchowej przez osoby starsze: wiek, uprawianie sportu w młodości, ma swoje potwierdzenie również w opisanych obserwacjach Zofii Żukowskiej (2012, s. s. 89–107), według której wiek i płeć determinują aktywność fizyczną, tj. maleje ona wraz z wiekiem i kobiety wykazują mniejszą aktywność w tym zakresie.

Poza wartościami zdrowotnymi aktywności fizycznej Halina Zdebska-Biziewska uważa nade wszystko aspekt autoteliczny (Zdebska, 2012, s. 237–245) – wysiłek fizyczny jest dla seniorów wartością samą w sobie. Zapewne takie podejście może wzrastać wraz ze zwiększającą się świadomością, którą seniorzy nabywają przede wszystkim podczas zajęć na Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Wiedza i zdobywanie nowych umiejętności oraz aktywne uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej mogą inspirować emerytów do szeroko rozumianej aktywności indywidualnej i społecznej – jak pisze Walentyna Wnuk: „Osoby starsze mają wiele do zaoferowania innym, a przede wszystkim chcą działać. Ilustracją tego, a właściwie potwierdzeniem, są rozwijające się żywiołowo w całej Polsce Uniwersytety Trzeciego Wieku” (Wnuk, 2013, s. 23).

Zakończenie

W kontekście większego zainteresowania aktywnym spędzaniem czasu wolnego przez respondentów z mniejszych miejscowości, ważnym staje się stwarzanie warunków do podejmowania aktywności ruchowej i większej jej dostępności. Służyć temu mogą między innymi wypracowywane strategie czy realizowane projekty (w tym na terenie województwa małopolskiego), takie jak: „Wyzwania Małopolski w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Podejście strategiczne” oraz „Aktywny senior – najlepszy rzecznik swoich społeczności” (współfinansowany ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013)³.

Bibliografia

- Ignasiak Z., Sławińska T., Dąbrowski A., Rowiński R., 2013, *The structure of physical activity in seniors from Lower Silesia*, Roczniki Państwowych Zakładów Higieny 64 (1).
- Jegier A., 2008, *Zalecenia aktywności ruchowej dla osób dorosłych* [w:] A. Kaźmierczak i współ. (red.), *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka*, wyd. UŁ, Łódź.
- Kowalska J., 2012, *Aktywność fizyczna słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi* [w:] J. Nowocień (red.), *Aktywność fizyczna i społeczna osób trzeciego wieku*, AWF Warszawa.
- Kuński H., Janiszewski M., 1999, *Medycyna aktywności ruchowej dla pedagogów*, UŁ, Łódź.
- Olszewski H., 2000, *Egzystencja w starości jako przedmiot działań prozdrowotnych* [w:] I. Kropińska (red.), *Zdrowie człowieka w jego egzystencji*, wyd. UEWSzH, Elbląg.
- Wolański N., 2006, *Rozwój biologiczny człowieka*, PWN Warszawa.

³ Projekt „Aktywny senior – najlepszy rzecznik swoich społeczności” jest współfinansowany ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013: http://www.małopolskie.pl/Pliki/2010/MSR_2_19-20_2010.pdf, stan z dnia 11.01.2016.

- Zdebska H., 2012, *Aksjologiczny wymiar aktywności fizycznej w grupie wiekowej 50+* [w:] J. Nowocien, K. Zuchora (red.), *Aktywność fizyczna i społeczna osób trzeciego wieku*, AWF Warszawa.
- Żukowska Z., 2008, *Aktywność fizyczna w prozdrowotnym stylu życia współczesnego człowieka* [w:] A. Kaźmierczak i współ. (red.), *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka*, wyd. UŁ, Łódź.

Netografia

- Beck O. i współ., 2013, *Wybrane aspekty stylu życia a zaburzenia poznawcze u osób starszych* [w:] P. Błędowski i inni (red.) *Wyzwania współczesnej gerontologii*, Poznań. <http://ptg.otbd.pl/pliki/wyzwania.pdf>, stan z dnia 11.01.2016.
- Błędowski P. i współ., 2011, *Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in Poland Assumptions and objectives of the PolSenior Project*, Exp. Gerontol., doi:10.1016/j.exger.2011.09.006.
- Borczyk W., 2012, *Sytuacja osób starszych w kontekście doświadczeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku* [w:] http://www.wrzos.org.pl/download/Ekspertyza_2_ASOS.pdf, stan z dnia 11.01.2016.
- Ciura G., Szymańczak J., 2012, *Starzenie się społeczeństwa polskiego* [w:] Infos – Biuro Analiz Sejmowych, nr 12 (126), [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/D5E35E200F187640C1257A-29004A756B/\\$file/Infos_126.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/D5E35E200F187640C1257A-29004A756B/$file/Infos_126.pdf), stan z dnia 11.01.2016.
- Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020* [w:] Monitor Polski. Dziennik Urzędowy RP z dnia 24 stycznia 2014 r., http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Seniorzy/Program%20ASOS%202014-2020.pdf, stan z dnia 11.01.2016.
- Wnuk W., 2013, *Potencjał osób starszych* [w:] P. Błędowski i in. (red.) *Wyzwania Współczesnej gerontologii*, WSzNHiD, Poznań. <http://ptg.otbd.pl/pliki/wyzwania.pdf#page=22>, stan z dnia 11.01.2016.
- Żołędowski C., 2013, *Starzenie się ludności – Polska na tle Unii Europejskiej*, Instytut Polityki Społecznej UW. <http://recesja.icm.edu.pl/ips/problemyps/pps17/PPS17-Zoledowski.pdf>, stan z dnia 11.01.2016.



Anna Makarczuk
Jolanta E. Kowalska

Aktywność fizyczna słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, seniorki, Uniwersytet Trzeciego Wieku

Keywords: physical activity, older people, University of the Third Age

PHYSICAL ACTIVITY OF THE STUDENTS OF THE THIRD AGE UNIVERSITY

Abstract: The aim of this research was to present physical activity level of the students of the Third Age University in Łódź as well as barriers to physical activity in this group. The survey has been conducted among 213 women. A study has shown that the most frequently undertook forms of physical activity is gymnastic, Nordic walking and walk. The awareness of the positive effects of physical activity among seniors are high. The main barrier to physical activity of seniors is their a poor state of health. It should be underlined that University of the Third Age play an important role in stimulation to physical activity. Can be perceived as source of knowledge, place of personal development and promote health life styles and health-improving activities.

Wstęp

Aktywność fizyczna stanowi jeden z wyznaczników zdrowego stylu życia, który cechuje nasycenie czasu wolnego oraz wypoczynku aktywnymi ruchowo formami. Zofia Żukowska twierdzi, że „styl życia, w który wpisane jest uczestnictwo w kulturze fizycznej, charakteryzuje się dynamiką zmian i większymi zdolnościami adaptacyjnymi do zmieniających się warunków życia oraz sprzyja skuteczniejszej samorealizacji jednostki w warunkach zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych” (Żukowska, 2006, s. 17–22).

Dla dzisiejszej Europy i krajów rozwiniętych takim wyzwaniem jest niewątpliwie problem starzenia się społeczeństw. Proces ten prowadzi z jednej strony do zmniejszenia potencjału ekonomicznego państw, przez zmniejszenie populacji osób w wieku produkcyjnym w społeczeństwie, z drugiej zaś strony do wzrostu wydatków socjalnych skierowanych do osób starszych.

Polska należy do grupy państw unijnych najbardziej zagrożonych depopulacją i starością demograficzną – jest krajem, w którym przekształcenia demograficzne przebiegają w sposób bardzo dynamiczny. Z powyższych względów problem starzenia się naszego społeczeństwa należy traktować jako priorytetowy do rozwiązania (Żołędowski, 2013, s. 41)¹.

Z danych statystycznych GUS wynika, że stale wzrasta u nas odsetek ludzi starszych, po 65. roku życia. Dane procentowe z ostatnich trzech dekad wyraźnie ukazują taką tendencję. Jest to tym bardziej niepokojące, że jednocześnie zmniejsza się populacja dzieci i osób młodych, do 19. roku życia. Ocenia się, że w roku 2050 w Polsce co trzecia osoba przekroczy 65. rok życia. (Rocznik Demograficzny GUS, 2013, s. 62–64)².

Powszechnie podejmowane są debaty oraz próby reform mające na celu włączenie osób starszych w nurt aktywności, głównie ekonomicznej, oraz ograniczenie wydatków socjalnych. Wiele działań Unii Europejskiej mieści się w tym zakresie. Przykładem jest strategia walki z kryzysem Europa 2020 (Czapulis-Rutkowska, 2013, s. 19–31). W ramach tego projektu w Polsce została przyjęta Uchwała Rady Ministrów w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2014–2020 (Monitor Polski, 2014, poz. 52, s. 9–10). Celem głównym programu jest poprawa jakości i poziomu życia osób w wieku emerytalnym. Autorzy wyodrębniają cele szczegółowe: poprawę oferty edukacyjnej dla osób starszych, tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej, rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej seniorów oraz zwiększenie dostępności i podniesienie jakości usług społecznych skierowanych do osób starszych.

Cel badań

Celem badań była próba oceny poziomu aktywności fizycznej oraz diagnoza barier w jej podejmowaniu przez słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

- Jak często badane seniorki podejmują aktywność fizyczną?
- Jakie rodzaje aktywności fizycznej preferują badane seniorki?
- Z jakich powodów badane podejmują aktywność fizyczną?
- W jakich miejscach najczęściej badane seniorki podejmują aktywność fizyczną?
- Jak badane oceniają wpływ aktywności fizycznej na swoje zdrowie?
- Jakie są bariery w podejmowaniu aktywności fizycznej w opinii badanych?

¹ <http://recesja.icm.edu.pl/ips/problemyps/pps17/PPS17-Zoledowski.pdf>, stan z dnia 11.01.2016.

² www.stat.gov.pl/gus, stan z dnia 11.01.2016.

Material i metoda

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z techniką ankietową i narzędziem – kwestionariuszem ankiety, który składał się z informacji wstępnych, metryczki i 14 pytań (jednym otwartym i pozostałymi półotwartymi).

Badania zostały przeprowadzone w marcu 2014 roku. Dobór próby był celowy – wszystkie osoby, które czekały na wykład i wyraziły zgodę na wypełnienie ankiety. Na wykładzie znajdowało się około 300 osób. Łącznie badaniom poddano 213 kobiet, słuchaczek Łódzkiego Uniwersytetu Trzeciego Wiek. Przeważały osoby z wykształceniem wyższym (105 badanych) i średnim (102 badanych). W badanej grupie senierek najczęściej znalazło się osób, które ukończyły 65. rok życia (186 badanych).

Terenem badań był Łódzki Uniwersytet Trzeciego Wiek, który rozpoczął swą działalność 25 kwietnia 1979 roku. Zajęcia odbywają się w formie wykładów ogólnych i sekcji oraz lektoratów językowych.

Wyniki badań

Jedną z podstawowych cech charakteryzujących poziom aktywności fizycznej człowieka jest częstotliwość jej podejmowania. Badane słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wiek w Łodzi odpowiadały na to pytanie, w ponad połowie przypadków stwierdzając (53%), że podejmują ją kilka razy w tygodniu. We wszystkich grupach wiekowych odsetek ten był podobny (tabela 1). Ponad 40% pań, które nie ukończyły 60. roku życia, podejmuje aktywność fizyczną codziennie. Wraz z wiekiem odsetek ten maleje. Warto podkreślić, że najmniej liczną grupę stanowiły słuchaczki w ogóle niepodejmujące aktywności ruchowej lub podejmujące ją rzadko. Wśród najmłodszych Pań takich odpowiedzi nie odnotowano wcale.

Tab. 1. Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej przez badane seniorki.

Lp.	Wyszczególnienie wiek	Badane							
		60 lat i mniej		61-65 lat		66 lat i więcej		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Codziennie	12	44	18	33	39	30	69	32
2.	Kilka razy w tygodniu	15	56	27	50	69	52	111	53
3.	Rzadko	-	0	9	17	24	18	33	15
4.	Wcale	-	0	-	0	-	0	-	0
5.	Ogółem	27	100	54	100	132	100	213	100

Wśród przyczyn, które skłaniają do podejmowania aktywności fizycznej, badane seniorki wymieniały najczęściej chęć utrzymania dobrej kondycji fizycznej (31%), zachowanie zdrowia (24%) oraz dobrego samopoczucia (20%). W najstarszej grupie wiekowej znaczącym czynnikiem okazały się kwestie kontaktów ze znajomymi (20%). Zjawisko to potwierdza fakt postępującej z wiekiem izolacji społecznej i chęci jej przezwyciężenia (tabela 2).

Tab. 2. Główne przyczyny podejmowania aktywności fizycznej przez badane seniorki.

Lp.	Wyszczególnienie Wiek	Badane							
		60 lat i mniej		61–65 lat		66 lat i więcej		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Zachowanie lub poprawa zdrowia	12	44	6	10	33	25	51	24
2.	Utrzymanie dobrej kondycji fizycznej	12	44	18	30	36	27	66	31
3.	Rozładowanie stresów	–	0	12	20	6	5	18	8
4.	Poprawa samopoczucia	3	12	12	20	27	21	42	20
5.	Poprawa wyglądu zewnętrznego	–	0	3	10	3	2	6	3
6.	Spotkania ze znajomymi	–	0	3	10	27	20	30	14
8.	Ogółem	27	100	54	100	132	100	213	100

Preferowane formy aktywności fizycznej są wyraźnie uzależnione od wieku badanych (tabela 3). W najmłodszej grupie kobiet dominują: gimnastyka (34%), jazda na rowerze (22%) oraz spacer (22%). Wśród pań między 61. a 65. rokiem życia największą popularnością cieszą się spacer (21%), ale znaczny odsetek respondentek wskazuje też na nordic walking (17%), pływanie (17%), jazdę na rowerze (17%), gimnastykę (17%). W najstarszej grupie słuchożek (powyżej 66. roku życia) wyraźnie dominującą formą aktywności fizycznej okazują się spacer (46%). Pozostałe formy są podejmowane przez niewielki procent badanych seniorek.

Tab. 3. Rodzaje aktywności fizycznej najczęściej podejmowane przez badane seniorki.

Lp.	Wyszczególnienie Wiek	Badane							
		60 lat i mniej		61–65 lat		66 lat i więcej		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Spacery	6	22	12	21	60	46	45	21
2.	Nordic walking	–	0	9	17	12	9	48	23
3.	Bieganie	3	11	–	0	–	0	3	1
4.	Jazda na rowerze	6	22	9	17	6	5	21	10
5.	Pływanie	–	0	9	17	9	7	18	8
6.	Aerobik	–	0	6	11	3	2	9	4
7.	Gry zespołowe (siatkówka, koszykówka itd.)	–	0	–	0	3	2	6	3
8.	Gimnastyka	9	34	9	17	36	27	51	24
9.	Ćwiczenia rehabilitacyjne	3	11	–	0	3	2	12	6
10.	Inne	–	0	–	0	–	0	–	0
11.	Ogółem	27	100	54	100	132	100	213	100

Miejszem, gdzie badane słuchaczki najczęściej podejmują aktywność fizyczną, jest Uniwersytet Trzeciego Wiek (38%). To bardzo ważna informacja, wskazująca na doniosłą rolę, jaką spełniają tego typu placówki w Polsce (tabela 4). Często aktywność fizyczna podejmowana jest na dworze – 31% wszystkich wskazań. Miejsce to wskazywane jest też najczęściej przez panie pomiędzy 61. a 65. rokiem życia (44%). W ośrodkach sportowo-rekreacyjnych aktywność ruchową uprawia 21% badanych seniorek. Jest to miejsce najczęściej wybierane przez najmłodsze słuchaczki (33% odpowiedzi).

Tab. 4. Miejsca, w których badane najczęściej podejmują aktywność fizyczną

Lp.	Wyszczególnienie Wiek	Badane							
		60 lat i mniej		61–65 lat		66 lat i więcej		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1.	W domu	3	11	–	0	12	9	15	7
2.	Na dworze	3	11	24	44	39	30	66	31
3.	W ośrodkach sporto- wo-rekreacyjnych	9	33	6	11	30	23	45	21
4.	W ramach zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku	12	45	21	39	48	36	81	38
5.	Inne	–	0	3	6	3	2	6	3
6.	Ogółem	27	100	54	100	132	100	213	100

Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na zdrowie człowieka jest niezaprzeczalny i potwierdzony przez wielu badaczy (Kozłowski, Nazar, 1996, s. 345, Rejewski, Mihal-ko, 2001, s. 23–35). Takie przekonanie dominuje również wśród respondentek (tabela 5). Starsze osoby, powyżej 66. roku życia, częściej wskazują na aspekt związany z poprawą samopoczucia (48%) oraz odporności organizmu na choroby (27%), a w grupie najmłodszej badanych przeważają odpowiedzi dotyczące poprawy ogólnej kondycji fizycznej (78%). Żadna z ankietowanych osób nie wybrała odpowiedzi wskazującej na negatywny wpływ aktywności fizycznej na organizm człowieka (osłabienie organizmu).

Tab. 5. Najważniejszy wpływ aktywności fizycznej na zdrowie według badanych kobiet.

Lp.	Wyszczególnienie Wiek	Badane							
		60 lat i mniej		61–65 lat		66 lat i więcej		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Poprawia ogólną kondycję fizyczną	21	78	21	39	33	25	75	35
2.	Oslabia organizm	–	0	–	0	–	0	–	0
3.	Poprawia samopoczucie	6	22	21	39	63	48	90	42
4.	Zwiększa odpor- ność na choroby	–	0	6	11	36	27	42	20
5.	Pomaga w utracie wagi ciała	–	0	6	11	–	0	6	3
6.	Nie ma wpływu	–	0	–	0	–	0	–	0
7.	Inne	–	0	–	0	–	0	–	0
8.	Ogółem	27	100	54	100	132	100	213	100

Ciekawych informacji dostarcza analiza struktury odpowiedzi na pytanie dotyczące barier, które powodują, że badane seniorki nie podejmują aktywności fizycznej w takim wymiarze, który by je zadowalał (tabela 6). Najmłodsze respondentki najczęściej wskazują na kwestie materialne (45%). W grupie kobiet między 61. a 65. rokiem życia największy odsetek wskazań uzyskała odpowiedź „brak czasu” (27%). Wśród najstarszych słuchaczek w ponad połowie odpowiedzi podkreślany jest zły stan zdrowia, który uniemożliwia lub ogranicza możliwości podejmowania wysiłku fizycznego (54%). Ogółem to właśnie na stan zdrowia jako barierę do podejmowania aktywności fizycznej najczęściej wskazują badane seniorki (41%).

Tab. 6. Główne bariery w podejmowaniu aktywności fizycznej przez badane seniorki.

Lp.	Wyszczególnienie Wiek	Badane							
		60 lat i mniej		61–65 lat		66 lat i więcej		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Brak czasu	6	22	15	27	-	0	21	10
2.	Brak chęci	-	0	12	22	33	25	45	20
3.	Brak motywacji	-	0	3	6	12	9	15	7
4.	Kwestie materialne	12	45	12	22	3	2	27	13
7.	Brak towarzystwa	3	11	3	6	6	5	12	6
8.	Stan zdrowia	6	22	9	17	72	54	87	41
9.	Nieśmiałość	-	0	-	0	6	5	6	3
10.	Inne	-	0	-	0	-	0	-	0
11.	Ogółem	27	100	54	100	132	100	213	100

Podsumowując powyższe omówienie wyników badań, należy stwierdzić, że ankietowane słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi w zadawalającym stopniu podejmują aktywność fizyczną. Mają świadomość pozytywnego wpływu, jaki ruch wywiera na zdrowie człowieka. Stosują właściwie dobrane do wieku i swoich możliwości formy aktywności fizycznej. Główną barierą w podejmowaniu aktywności fizycznej przez badane seniorki jest stan ich zdrowia.

Dyskusja

Analiza przedstawionych powyżej wyników badań pozwala na sformułowanie odpowiedzi na postawione w doniesieniu pytania badawcze.

1. Jaka jest częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej przez badane seniorki?

Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na zdrowie człowieka był opisywany przez wielu badaczy (Kozłowski, Nazar, 1996, s. 345). Systematycznie uprawiana działa jako silny czynnik zapobiegawczy w przypadku chorób układu krążenia – stymuluje pracę serca, reguluje ciśnienie krwi, zmienia skład krwi. Autorzy zajmujący się tym zagadnieniem określają jej wpływ jako kardioprotekcyjny, co warto podkreślić mając na uwadze najczęstsze przyczyny zgonów w krajach wysoko rozwiniętych Europy i świata (Jegier, Drygas, 2011, s. 14–15)³.

Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia ma tu kluczowe znaczenie. W niniejszym opracowaniu wskaźnik ten wydaje się zadowalający: badane słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi w ponad połowie przypadków podejmują aktywność kilka razy w tygodniu. Prawie jedna trzecia badanych ćwiczy codziennie. W badaniach Umiastowskiej (Umiastowska, 2012, s. 273–281) częstotliwość podejmowania aktywności ruchowej przez słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Stargardzie Szczecińskim i Myśliborzu jest podobna. Prawie połowa badanych ćwiczy kilka razy w tygodniu. Wyraźnie niższy jest za to odsetek aktywnych ruchowo codziennie (tylko 11% studentów ze Myśliborza i nieco ponad 3% ze Stargardu Szczecińskiego). Trzeba pamiętać, że oba te badania dotyczą dosyć specyficznej grupy osób starszych, słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – społeczności aktywnej, świadomej swoich potrzeb, chcącej wprowadzać zmiany w swoim życiu – więc nie są one z pewnością standardem odnoszącym się do reszty społeczeństwa polskiego.

2. Jakie rodzaje aktywności fizycznej najczęściej podejmują badane seniorki?

Drugim oprócz częstotliwości, nie mniej ważnym czynnikiem, który powinien być uwzględniony podczas treningu zdrowotnego osób starszych, jest jej rodzaj. Ogólnie wiadomo, że lepsze dla organizmu seniora są wysiłki o charakterze wytrzymałościowym, angażujące duże grupy mięśniowe, stosowane w szerokiej amplitudzie ruchu oraz dynamiczne. Taka aktywność, o indywidualnie dobranym nasileniu, najlepiej wpływa na układ krążeniowo-oddechowy, stawy kończyn oraz mięśnie szkieletowe (Leszczyńska-Rejchert, 2007, s. 26–33). Wśród badanych seniorek – słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi – dominowały właśnie takie formy ruchu. Były to najczęściej gimnastyka (24%), nordic walking (23%), spacer (21%), jazda na rowerze (10%) oraz pływanie (8%).

W badaniach prowadzonych w tym samym Uniwersytecie Trzeciego Wieku w Łodzi, ale w latach 2008–2009 (Kowalska, 2012, s. 305–315), zdecydowanie dominującą formą aktywności fizycznej seniorów były spacer (40%). Można zatem pokusić się o stwierdzenie, że nastąpił pewien postęp. Więcej starszych osób deklaruje podejmowa-

³ http://umed.pl/geriatria/pdf/Zalecenia_dotyczace_aktywnosci_ruchowej_w_profilaktyce_chorob_ukladu_krazenia.pdf, stan z dnia 11.01.2016.

nie innych niż spacerowanie form aktywności fizycznej, bardziej aktywizujących układ ruchu oraz krążeniowo-oddechowy, co z pewnością jest zjawiskiem pozytywnym.

Podobne zjawisko potwierdzają badania, które zostały poświęcone analizie zajęć ruchowych prowadzonych w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce. Autorzy opracowania podkreślają fakt częstszego podejmowania nowych form aktywności ruchowej przez osoby starsze, takich jak nordic walking, oraz różnych odmian tańca (Morgulec-Adamowicz, 2011, s. 190–198).

3. Jakie są przyczyny podejmowania aktywności ruchowej przez badane seniorki?

Badane seniorki jako przyczynę podejmowania aktywności fizycznej najczęściej podawały chęć poprawy stanu zdrowia – zarówno w jego aspekcie fizycznym (24%), jak i psychicznym (20%). Obserwacja ta nie jest zaskakująca. Ogólnie wiadomo, że z wiekiem większą wagę przywiązujemy do spraw związanych z własnym zdrowiem i samopoczuciem. Jest to zjawisko powszechne, wynikające z prostego faktu – człowiek starszy odczuwa już pewne zmiany w funkcjonowaniu swego organizmu, nierzadko pojawiają się u niego schorzenia typowe dla podeszłego wieku i strach przed śmiercią. Aby temu zapobiec, częściej odwiedzamy gabinety lekarskie, a w przypadku osób świadomych i aktywnych właśnie w aktywności fizycznej upatrujemy ratunku.

Podobnych obserwacji dokonali Ignasiak i wsp. Poddali badaniom grupę ponad 350 kobiet i mężczyzn po 65. roku życia z terenu Dolnego Śląska (Ignasiak, 2013, s. 67–73). Około 80% badanych seniorów obojga płci jako główną przyczynę podejmowania aktywności fizycznej podało względy zdrowotne. Drugą co do częstości wskazań była potrzeba wypoczynku oraz chęć wypełnienia wolnego czasu (35%).

4. W jakich miejscach badane najczęściej podejmują aktywność fizyczną?

Warto podkreślić, że miejscem, w którym najczęściej badane słuchaczki podejmują aktywność fizyczną, jest Uniwersytet Trzeciego Wieku (38%). Sam ten fakt ukazuje znaczącą rolę Uniwersytetu w podnoszeniu poziomu zdrowia osób starszych na terenie Łodzi.

Odnosząc tę obserwację do wcześniejszych badań (Kowalska, 2012, s. 305–315), prowadzonych na terenie Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi, stwierdzić należy pewną zmianę preferowanych miejsc podejmowania aktywności ruchowej przez badanych seniorów. W latach 2008–2009 były to najczęściej: park (45%), ośrodek sportowo-rekreacyjny (23%) lub ośrodek rehabilitacyjny (23%). Obecnie jest to najczęściej, jak wspomniano wyżej, Uniwersytet Trzeciego Wieku (38%), park (31%) lub ośrodek sportowo-rekreacyjny (21%).

5. Czy badane słuchaczki dostrzegają wpływ aktywności fizycznej na zdrowie?

Ponad 40% respondentek podkreśliło fakt poprawy samopoczucia płynący z podejmowania aktywności ruchowej. Około 35% stwierdziło poprawę kondycji fizycznej. Spo-

ry odsetek seniorek wskazał na kwestię zwiększenia odporności organizmu na choroby (20%). Wyniki te jednoznacznie wskazują na dosyć wysoki u badanych kobiet stopień świadomości pozytywnego wpływu aktywności fizycznej na organizm człowieka.

Zagórska w badaniach przeprowadzonych na terenie Częstochowy stwierdza, że świadomość korzyści płynących z systematycznie podejmowanej aktywności fizycznej jest u starszych osób dosyć wysoka. Co drugi badany wskazuje na poprawę samopoczucia i zdrowia oraz sprawności fizycznej (Zagórska, 2006, s. 4–6)⁴.

W badaniach innych autorów zajmujących się kwestiami aktywności fizycznej osób trzeciego wieku znaleźć można potwierdzenie powyższych obserwacji (Ignasiak, 2013, s. 67–73; Kowalska, 2012, s. 305–315). W większości osoby aktywne fizycznie dostrzegają pozytywny wpływ ruchu na swoje zdrowie. Często podkreślana jest jego rola jako czynnika mocno redukującego stres i poczucie osamotnienia osób starszych.

Warto podkreślić tu rolę, jaką ma wpływ kształcenia osób starszych w Uniwersytech Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne. Badania przeprowadzone wśród 600 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Kielcach wykazały znaczące statystycznie różnice w podejściu do problematyki zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej i okresowych badań lekarskich w stosunku do grupy kontrolnej, gdzie świadomość korzyści płynących z takich zachowań była wyraźnie niższa (Kozieł, 2008, s. 23–28).

6. Jakie są bariery najczęściej napotymane przez badane seniorki w podejmowaniu aktywności fizycznej?

Główną barierą w podejmowaniu aktywności fizycznej jest zły stan zdrowia badanych seniorek. Odpowiedziało tak ponad 40% kobiet – słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi. Najwięcej w tej grupie było słuchaczek starszych, które ukończyły 65. rok życia. Drugą często wskazywaną przyczyną jest brak chęci (20%), który z pewnością ma związek z samopoczuciem ankietowanych. Wiele kobiet, zwłaszcza młodszych, wskazało na brak czasu jako przyczynę ograniczania lub niepodjęcia aktywności fizycznej (10%).

W przytoczonych wcześniej badaniach seniorów z Dolnego Śląska (Ignasiak 2013, s. 67–73), dyskomfort zdrowotny jako barierę ograniczającą aktywność fizyczną wymienia ponad 90% seniorów w grupie starszej (powyżej 85. roku życia) i około $\frac{3}{4}$ respondentów w grupach młodszych. W badaniach Kowalskiej (Kowalska, 2012, s. 305–315) ankietowani najczęściej wskazywali na barierę finansową (44%), a w drugiej kolejności na fakt pogorszenia stanu zdrowia (32%) i związanych z tym zaleceń lekarskich, m.in. dotyczących ograniczenia aktywności fizycznej. Paradoksalnie takie postępowanie skutkuje często dalszym pogarszaniem się samopoczucia, chociaż oczywiście nie dotyczy to wszystkich jednostek chorobowych.

⁴ www.lider.szs.pl/biblioteka/, stan z dnia 11.01.2016.

Działania na rzecz poprawy jakości życia osób starszych prowadzone są na terenie Łodzi przez różne instytucje i stowarzyszenia. Na szczególną uwagę zasługuje Centrum Aktywności Seniora działające jako komórka Urzędu Miasta Łodzi.

Zakres działania Zespołu ds. Seniorów obejmuje m.in. realizację Programu „Aktywizacja 60+”, w tym: tworzenie i koordynowanie projektów aktywizujących oraz edukacyjnych dla seniorów, prowadzenie punktu informacyjnego, koordynowanie współpracy Miasta Łodzi z organizacjami seniorskimi. Centrum od dwóch lat organizuje wraz z instytucjami i organizacjami pozarządowymi „Łódzkie Senioralia” – tydzień wydarzeń kulturalnych, sportowo-rekreacyjnych, zdrowotnych i edukacyjnych dedykowanych łodzianom w wieku powyżej 60. roku życia⁵.

W maju 2015 roku odbyła się kolejna IV edycja Festiwalu „Łódź Miastem Kobiet” objętego patronatem Prezydent Miasta Łodzi Hanny Zdanowskiej. Organizatorem jest Dyrektor Akademickiego Ośrodka Inicjatyw Artystycznych Monika Kamieńska⁶.

W ramach Festiwalu odbywają się spotkania i prelekcje, warsztaty, wystawy oraz pokazy filmów o tematyce związanej z działalnością kobiet na różnych płaszczyznach.

Jednym z punktów programu tej edycji festiwalu były obchody 80. urodzin Marii Kornatowskiej, wybitnej łódzkiej eseistki i krytyczki filmowej zmarłej w 2011 roku.

Od roku 2001 działa w Łodzi Stowarzyszenie Kobiety lodz.pl. Celami statutowymi Stowarzyszenia są m.in.: promowanie inicjatyw kobiet zmierzających do ich równouprawnienia w dziedzinie politycznej, kulturalnej i społecznej. Duży nacisk kładziony jest na działalność edukacyjną, informacyjną i szkoleniową oraz aktywizację społeczną i zawodową kobiet, w tym kobiet starszych⁷.

Reasumując, należy stwierdzić, że Łódź to miasto wielu inicjatyw, których celem jest aktywizowanie i angażowanie kobiet w wieku senioralnym do działań na rzecz poprawy własnego stanu zdrowia i zachowania pełni aktywności życiowej.

Wnioski

Większość badanych seniorek deklaruje podejmowanie aktywności fizycznej kilka razy w tygodniu lub codziennie.

Wymieniając powody podejmowania aktywności fizycznej, badane najczęściej wskazywały na utrzymanie dobrej kondycji fizycznej i zachowanie lub poprawę zdrowia.

Najczęściej podejmowanymi rodzajami aktywności fizycznej przez respondentki są: gimnastyka, nordic walking, spacer.

⁵ <http://seniorzy.uml.lodz.pl/k-146.html>, stan z dnia 11.01.2016.

⁶ <http://www.lodzmiastemkobiet.pl/2015>, stan z dnia 11.01.2016.

⁷ <http://lfop.pl/o-nas/czlonkowie/7-o-nas/51-stowarzyszenie-kobietylodzpl.html>, stan z dnia 11.01.2016.

Badane seniorki najczęściej podejmują aktywność fizyczną w ramach zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz na dworze, a także w ośrodkach sportowo-rekreacyjnych.

Słuchaczki zauważyły wiele korzyści wynikających z podejmowania aktywności fizycznej. Najwięcej badanych wskazało poprawę samopoczucia i kondycji fizycznej.

Jako główne bariery w podejmowaniu aktywności fizycznej respondentki wskazywały stan zdrowia oraz brak chęci.

Zakończenie

Przeprowadzone badania w sposób niezwykle wyraźny ukazały znaczącą rolę Uniwersytetu Trzeciego Wieku w procesie aktywizacji osób starszych. Jest on źródłem informacji na tematy zdrowia, miejscem do samorozwoju i wdrażania do zachowań prozdrowotnych dla jego słuchaczek. Warto zatem propagować i stwarzać możliwości samodoskonalenia dla większej grupy uczestników, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb mężczyzn.

Bibliografia

- Czapulis-Rutkowska Z., 2013, *Polityka społeczna Unii Europejskiej wobec osób starszych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica”, nr 291.
- Ignasiak Z., Sławińska T., Dąbrowski A., Rowiński R., 2013, *The structure of physical activity in seniors from Lower Silesia*, *Roczniki Państwowych Zakładów Higieny*, 64 (1).
- Kowalska J. E., 2012, *Aktywność fizyczna słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi*, [w:] J. Nowocien, K. Zuchora (red.), *Aktywność fizyczna i społeczna osób trzeciego wieku*, AWF Warszawa.
- Kozieł D., Kaczmarczyk M., Naszydlowska E., Gałuszka R., 2008, *Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych*, *Studia Medyczne*, nr 12.
- Kozłowski S., Nazar K., 1996, *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*, PZWL Warszawa.
- Leszczyńska-Rejchert A., 2007, *Człowiek starszy i jego wspomaganie*, Olsztyn.
- Monitor Polski, 2014, Uchwała nr 237 w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020, Uchwała z dnia 24.12.2013r, poz. 52.
- Morgulec-Adamowicz N., Rutkowska I., Rekowski W., Kosmol A., Bednarczuk G., 2011, *Zajęcia aktywności fizycznej w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce*, „Gerontologia Polska”, tom 19, nr 3–4.
- Rejewski W. J., Mihalko S. L., 2001, *Physical activity and quality of life in older adults*, „Journal of Gerontology”, Nr 56.

- Umiastowska D., 2012, *Aktywność fizyczna i styl życia studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku* [w:] J. Nowocien, K. Zuchora (red.), *Aktywność fizyczna i społeczna osób trzeciego wieku*, AWF, Warszawa.
- Żukowska Z., 2006, *Styl życia wobec zagrożeń zdrowia współczesnego człowieka i jego miejsce w wychowaniu zdrowotnym*, Rocznik PZH, Suplement 57.

Netografia

- Jegier A., Drygas W., 2001, *Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób układu krążenia*: http://umed.pl/geriatria/pdf/Zalecenia_dotyczace_aktywnosci_ruchowej_w_profilaktyce_chorob_ukladu_krazenia.pdf, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://lfop.pl/o-nas/czlonkowie/7-o-nas/51-stowarzyszenie-kobietylodzpl.html> stan z dnia 11.01.2016.
- Rocznik Demograficzny GUS, 8.11.2013: www.stat.gov.pl/gus, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.lodzmiastemkobiet.pl/2015>, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://seniorzy.uml.lodz.pl/k-146.html>, stan z dnia 11.01.2016.
- Zagórska M., 2006, *Wiedza starszych mieszkańców Częstochowy o aktywności fizycznej w życiu codziennym*: www.lider.szs.pl/biblioteka/download.php?plik_id=1079&f...1079, stan z dnia 11.01.2016.
- Żołędowski C., 2013, *Starzenie się ludności – Polska na tle Unii Europejskiej*, Instytut Polityki Społecznej UW, <http://recesja.icm.edu.pl/ips/problemyps/pps17/PPS17-Zoledowski.pdf>, stan z dnia 11.01.2016.

RECENZJE

Grażyna Orzechowska

Łukasz Tomczyk – *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015, s. 256

Książka Łukasza Tomczyka pt. *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów* podejmuje bardzo ważną i bardzo aktualną problematykę dotyczącą specyficznej płaszczyzny edukacji osób w późnej dorosłości, tj. edukacji w obszarze nowych mediów. Dotychczas była ona prezentowana w niewielkim zakresie, na ogół sygnałowo i szczególnie przy okazji omawiania możliwości wykorzystywania nowych technik w kształceniu osób dorosłych w ogóle.

Łukasz Tomczyk przygotował do druku pracę, która stanowi unikalne opracowanie teoretyczno-metodyczne, łączące dotychczasową wiedzę w zakresie nauczania osób dorosłych (z podkreśleniem osób starszych) z wielu nauk: andragogiki, gerontologii społecznej i geragogiki, psychologii, nauk o mediach elektronicznych itp. z praktycznymi doświadczeniami Autora, który przez wiele lat wspierał swoją wiedzę w zakresie nowych mediów Uniwersytety Trzeciego Wieku w południowej części Polski. Jej dodatkowym walorem jest włączenie podobnych doświadczeń zagranicznych, a konkretnie z Republiki Czeskiej.

Jako cel Autor postawił sobie stworzenie metateoretycznej (jak to ujął we wstępie) koncepcji edukacji seniorów w obszarze mediów elektronicznych. Łącząc doświadczenia nauczania informatycznego w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w dwóch krajach, spróbował wskazać najważniejsze czynniki, które warunkują skuteczność kształcenia w najstarszej grupie wiekowej dorosłych: planowanie nauczania i uczenia się, łączenie edukacji z potrzebami grupy uczącej się, stosowanie odpowiednich metod i form, stosowne wykorzystywanie środków dydaktycznych, tworzenie odpowiednich warunków do kształcenia, odpowiedni dobór grupy kształcących się, przygotowanie do edukacji seniorów nauczyciela itp.

Całość swoich rozważań Autor usytuował na tle nowej formacji społecznej, tj. społeczeństwa informacyjnego, w którym brak podstawowej wiedzy i umiejętności obsługi nowych mediów czyni człowieka uboższym w codziennym funkcjonowaniu, a nawet

może prowadzić do wykluczenia społecznego. Seniorzy są grupą narażoną na tego typu sytuacje, ponieważ ich możliwości edukacyjne już nie są takie jak we wcześniejszych etapach życia, a ponadto dość często zmniejsza się motywacja do poznawania nowych obszarów życia.

Wybór przez Autora coraz dynamiczniej rozwijającego się obszaru edukacyjnego, jakim są Uniwersytety Trzeciego Wieku stawiające głównie na intelektualny rozwój osób starszych, jest trafny o tyle, iż słuchacze tej placówki stanowią autentyczne zaprzeczenie stereotypowemu postrzeganiu tej grupy. Są to bowiem takie osoby, które zadziwiają swoją otwartością na wszelką wiedzę, niezwykle „zachłanne” na nowe i nowoczesne rozwiązania w różnych dziedzinach życia. Autor wskazuje na to, iż ta grupa może inspirować innych seniorów do takich zachowań i tym samym tzw. zagrożenie wykluczeniem cyfrowym nie musi jej dotyczyć. Swoistym panaceum staje się tu odpowiednio przygotowana edukacja, dzięki której nowe media nie tylko zostaną względnie opanowane, ale na trwałe wpiszą się w codzienność seniorów i w dużej mierze będą ją ułatwiać. I temu właśnie poświęcona jest niniejsza praca.

Przedstawiona do recenzji praca wpisuje się w cykl opracowań poświęconych szczególnie obszarom edukacji osób dorosłych – tu: edukacji seniorów w obszarze technologii informacyjnej.

Konstrukcja książki, a także jej zawartość teoretyczno-metodyczna, jest klarowna i zgodna z założeniami tego typu opracowania.

W rozdziale pierwszym Autor przedstawił osoby starsze w kontekście przemian demograficznych, psychologii i edukacji, a w szczególności podkreślił konsekwencje tychże przemian, dokonał charakterystyki edukacji dorosłych i jej rozwoju (uwzględniając w niej edukację osób starszych), a także zaprezentował polskie i czeskie Uniwersytety Trzeciego Wieku: ich rozwój, modele, główne cele i zadania, specyfikę słuchaczy oraz ocenę jakości odbywającej się w nich edukacji.

Drugi rozdział poświęcił przemianom codziennego życia seniorów w społeczeństwie informacyjnym. Podkreślił tu zarówno dobre praktyki (m.in. różnorodne projekty dotyczące nowych mediów, które realizowane są w Polsce i na świecie), jak i wskazał na rozmaite zagrożenia dla bezpieczeństwa najstarszych członków społeczeństwa, np. wykluczenie cyfrowe. Ważnym zagadnieniem poruszonym w tym rozdziale jest ukazanie tych nowych mediów, które w sposób szczególny wspierają seniorów, np. odpowiednio skonstruowane telefony, piloty do telewizorów, tablety czy urządzenia monitorujące przyjmowanie leków.

Z kolei rozdział trzeci został poświęcony szczegółowej analizie procesów nauczania i uczenia się seniorów, z równoległym uwzględnieniem obszaru nowych mediów. Wykorzystując tu wiedzę andragogiczną, gerontologiczną i psychologiczną, Autor skupił się na szczegółowych celach edukacji, treściach, metodach i zasadach nauczania, wyzwaniach w przestrzeni technologii informacyjnej, ale również towarzyszących edukacji motywach i trudnościach.

Natomiast w czwartym rozdziale Autor przedstawił nauczyciela osób starszych, który przybliży im nowoczesne technologie informacyjne. W sposób bardzo wnikliwy, a zarazem z wielkim znawstwem odniósł się on do funkcji i kompetencji wykładowców pracujących ze słuchaczami z Uniwersytetów Trzeciego Wieku, wskazał na szczególne umiejętności zawodowe, które powinny być uwzględniane w pracy z tą grupą, a także podkreślił potrzebę podnoszenia jakości kształcenia w tej specyficznej instytucji edukacyjnej. Pracę kończy podsumowanie, w którym Autor jeszcze raz odniósł się do powszechnie panujących mitów co do możliwości opanowywania przez osoby będące w późnej dorosłości nowych przestrzeni kształcenia. Przedstawił tu istotne argumenty obalające je, podkreślając jednocześnie czynnik motywacyjny, który jest podstawą skuteczności opanowywania przez seniorów technik multimedialnych, co zostało poparte jego doświadczeniami dydaktycznymi z tą grupą. Ponadto podkreślił on, że takie uwarunkowania, jak: miejsce osób starszych w społeczeństwie, ich cechy osobowe, zmiany cywilizacyjne, wśród których wymienił m.in. e-usługi; ale także nowe rozwiązania dydaktyczne i instytucjonalne; tworzą system edukacji osób starszych w zakresie nowych mediów.

Recenzowana przeze mnie praca znajdzie szerokie grono odbiorców, zarówno wśród praktyków (w związku z jej unikalnym walorem metodycznym), którzy są związani z różnorodnymi działaniami dydaktycznymi na rzecz najstarszej grupy naszego społeczeństwa (Uniwersytety Trzeciego Wieku, kluby seniora, wykłady otwarte, kursy dla seniorów itp.), ponieważ może być ona dodatkowym narzędziem usprawniającym prowadzenie zajęć z osobami starszymi; ale również teoretyków, ze względu na to, iż stanowi ona komplementarną całość, przedstawiającą zarówno w sposób teoretyczny, jak i praktyczny edukacyjne działania na rzecz uczących się. Dotychczas brak było takiego opracowania i dlatego opowiadam się za jej promocją.

SPRAWOZDANIA

Monika Wrona

Joanna Kunert

Sprawozdanie z Ogólnopolskiego Seminarium Naukowego „Instytucjonalne i pozainstytucjonalne wsparcie osób starszych wymagających opieki”

27 stycznia 2016 roku Zakład Andragogiki i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, oraz Stowarzyszenie Gerontologów Społecznych zorganizowały w Łodzi Ogólnopolskie Seminarium Naukowe pt. *Instytucjonalne i pozainstytucjonalne wsparcie osób starszych wymagających opieki*, podczas którego zaprezentowano wyniki projektu ELMI TOI. W seminarium wzięło udział ponad 70 osób z różnych ośrodków akademickich, w tym przedstawiciele firm, fundacji, stowarzyszeń, instytucji wsparcia seniorów oraz Urzędu Miasta Łodzi i Miejskiej Rady Seniorów.

W trakcie seminarium, na które składały się dwie sesje, dyskutowano nad teoretycznymi i praktycznymi aspektami związanymi z szeroko rozumianą opieką nad osobą starszą, która może mieć miejsce w rodzinie, nosić charakter pomocy środowiskowej, a także sprowadzać się do otrzymywania świadczeń pieniężnych z budżetu państwa. W ramach seminarium poszukiwana była odpowiedź na pytania: jak organizować pomoc dla osób starszych, w tym również osób z demencją?, oraz jakie czynniki odgrywają kluczową rolę w organizowaniu tej pomocy?

W imieniu Władz Wydziału Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego oraz Zespołu realizującego projekt ELMI seminarium otworzyła prof. Elżbieta Dubas – Prodziekan ds. Nauki. Uczestnicy seminarium powitani zostali przez dra Marcina Muszyńskiego – przewodniczącego Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego – oraz dr Agnieszkę Majewską-Kafarowską – prezesa Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych.

W ramach pierwszej sesji poprowadzonej pod przewodnictwem prof. Bogusławy Urbaniak z Uniwersytetu Łódzkiego odbyły się cztery wystąpienia.

Referat otwierający Seminarium został wygłoszony przez prof. Piotra Szukalskiego z Uniwersytetu Łódzkiego, który wskazał współczesne przemiany demograficzne rodziny i ich wpływ na potencjał opiekuńczo-pielęgnacyjny nad osobami starszymi. Podniesiony

został także związek pomiędzy rodzinną a pozarodzinną opieką nad seniorami. Profesor Barbara Szatur-Jaworska z Uniwersytetu Warszawskiego w swoim wystąpieniu poddała analizie politykę senioralną w Polsce. Pani Profesor wskazała na potrzeby starzejącego się społeczeństwa, którym polityka społeczna, w tym polityka senioralna, musi stawić współcześnie czoła. Do najważniejszych potrzeb zostały zaliczone potrzeby zdrowotne, mieszkaniowe, dostępu do środków konsumpcji, uczestnictwa w życiu społecznym, edukacji, poczucia bezpieczeństwa w przypadku niesamodzielności oraz pracy. W prezentacji wyróżniony został także katalog działań prewencyjnych i adaptacyjnych wdrażanych w ramach polityki społecznej w Polsce. Następnie głos zabrała prof. Zofia Szarota z Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, która starała się odpowiedzieć na pytanie: Jak polityka społeczna kształtuje przestrzeń przyjazną seniorom i czy naprawdę się to dzieje? Wyjaśnione zostały odmienne zadania polityki społecznej wynikające z odwróconej piramidy wieku. Omówiono także przykłady praktycznych działań oferowanych seniorom w poszczególnych segmentach polityki społecznej: polityce pomocy społecznej, polityce rynku pracy, polityce ochrony zdrowia, polityce kulturalno-edukacyjnej, polityce socjalizacyjnej, polityce dot. ubezpieczeń społecznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Jako ostatni w pierwszej sesji wystąpił dr Artur Fabiś z Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Referat dotyczył rozwoju duchowego osób starszych, a w szczególności poszukiwania celu życia/sensu istnienia, poszukiwania świętości oraz egzystencjalnego znaczenia, realizacji zasady autentycznej transcendencji siebie ku dobru i prawdzie oraz przekraczania granic i ograniczeń. Jak zauważył referent, zadaniem rozwojowym w starości jest konfrontacja z troskami egzystencjalnymi, z bliskością śmierci, tak by w konsekwencji zaakceptować swą skończoność i osiągnąć mądrość, transcendować, oczekiwać ze spokojem śmierci, by starość była satysfakcjonująca, a umieranie stało się ostatnim etapem rozwojowym w cyklu życia. Tymczasem wyniki badań wskazują, że instytucje zajmujące się wsparciem seniorów koncentrują swoją uwagę przede wszystkim na terapii zajęciowej, kontaktach społecznych, rekreacji, kulturze i rozrywce.

Po przerwie rozpoczęła się druga sesja poprowadzona pod przewodnictwem dr Małgorzaty Dziegielewskiej z Uniwersytetu Łódzkiego, w ramach której wygłoszono sześć wystąpień. Jako pierwsi głos zabrali dr Marcin Muszyński i dr Anna Gutowska z Uniwersytetu Łódzkiego, którzy przybliżyli realizowany w Zakładzie Andragogiki i Gerontologii Społecznej UŁ projekt *Enhancing labour market integration of elderly family carers through skills improving (ELMI)*. W trakcie wystąpienia zostały przedstawione założenia dotyczące integracji opiekunów rodzinnych osób starszych z rynkiem pracy, ogólne informacje o projekcie ELMI, cele i rezultaty projektu oraz poszczególne fazy jego realizacji. Ważnym punktem w wystąpieniu było przedstawienie wyników badań oraz fragmentów pilotażowego kursu dla nieformalnych opiekunów osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem opiekunów osób cierpiących na chorobę Alzheimera. Jako następna głos zabrała mgr Jolanta Kordacka z Łódzkiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, która wyjaśniła istotę choroby Alzheimera, jej osiowe objawy oraz kolejne fazy rozwoju.

Następnie prelegentka przedstawiła cele i działalność Towarzystwa, które oprócz organizacji opieki w domu dziennego pobytu organizuje także szkolenie dla pracowników domów opieki społecznej, pracowników nieformalnych oraz praktyki dla studentów. Kolejny referat wygłosiła prof. Elżbieta Dubas z Uniwersytetu Łódzkiego, która przedstawiła praktyczne podejście do opieki nad chorym na chorobę Alzheimera. Omówione zostały trzy płaszczyzny relacji: Mieć, Funkcjonować i Być. W relacji typu Być człowiek najpełniej otwiera się na spotkanie z drugim człowiekiem a doświadczenie to ma charakter egzystencjalny. W dalszej części wystąpienia zreferowane zostały trzy wymiary relacji chorego z opiekunem – norma personalistyczna (podmiotowość), wymiar emocjonalny, wspólnotowość i komunikowanie się. Jako następny głos zabrał mgr Robert Chyczewski, dyrektor Radosnego Domu Seniora w Łodzi, który zaprezentował dynamiczny rozwój prywatnego sektora usług opiekuńczych w Polsce. Pod uwagę wziął między innymi takie wskaźniki jak liczba placówek oraz koszty ich funkcjonowania. Zostały także omówione wady i zalety instytucjonalnego wsparcia seniorów. Nowe kierunki działań w opiece nad seniorem związane są coraz częściej z wykorzystywanymi nowoczesnymi technologiami. Referent zwrócił uwagę również na pojawiające się na rynku usług opiekuńczych nowe podmioty, takie jak duże koncerny medyczne, które stanowią alternatywę dla istniejących już placówek państwowych i prywatnych. W kolejnym wystąpieniu wygłoszonym przez lek. med. Iwonę Sitarską z Zespołu Domowej Opieki Hospicyjnej Caritas Archidiecezji Łódzkiej uczestnicy seminarium mieli okazję zapoznać się z charakterystyką terminu *opieka paliatywna*, jej faktycznymi celami i zadaniami oraz środkami. Jak się okazuje, bezpłatną opieką paliatywną nie są objęci pacjenci z chorobami o tępiennymi. W wystąpieniu podane zostały także założenia, cele oraz zakres działań Domowego Hospicjum Caritas, którego pomoc nie ogranicza się jedynie do działań medycznych, ale stanowi realne wsparcie dla chorych i ich opiekunów. Jako ostatnie w tej sesji głos zabrały mgr Agata Deszyńska-Susik i mgr Danuta Sażyn z Biura Wolontariatu Caritas Archidiecezji Łódzkiej, które przybliżyły zakres działań i formy pomocy wolontaryjnej dla osób starszych udzielanej przez Caritas. Wolontariusze przechodzą szkolenie z zakresu praw i obowiązków oraz specyfiki pracy z seniorami.

Na zakończenie przeprowadzono dyskusję dotyczącą problematyki objętej zakresem tematycznym Seminarium. Ukazane zostały zaniedbania w relacjach rodzinnych i duchowych fundamentalnych dla człowieczeństwa. W podsumowaniu prof. Elżbieta Dubas podziękowała wszystkim za uczestnictwo w Seminarium, które w umiejętny sposób połączyło zmagania teoretyków i praktyków zajmujących się zagadnieniem instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego wspierania osób starszych wymagających opieki.



Anna Gutowska

Sprawozdanie z X łódzkiej konferencji biograficznej: Biografia i badanie biografii – „Przełomy biograficzne i uczenie się”

W dniach 5–6 lutego 2016 roku w Łodzi odbyła się dziesiąta cykliczna ogólnopolska konferencja andragogiczna poruszająca problematykę biografii i jej badania, zorganizowana przez Zakład Andragogiki i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego. W tym roku uczestnicy debatowali wokół problematyki związanej z przełomami biograficznymi i uczeniem się.

Konferencja zgromadziła 75 przedstawicieli z dwudziestu sześciu ośrodków naukowych z całej Polski (m.in. Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Śląski, Uniwersytet Zielonogórski, Uniwersytet Wrocławski, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Akademia Ignatianum w Krakowie, Politechnika Wrocławska, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Uniwersytet Łódzki). Obrady toczyły się w Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnym UŁ przy ul. Kopcińskiego 16/18.

Konferencję otworzyła prof. nadzw. dr hab. Elżbieta Dubas (Uniwersytet Łódzki), która powitała przybyłych gości – Dziekana Wydziału Nauk o Wychowaniu UŁ prof. nadzw. dr hab. Danutę Urbaniak-Zajac, prof. zw. dr hab. Olę Czerniawską – twórczynię łódzkiej szkoły badań biograficznych, przedstawicieli poszczególnych uczelni oraz studentów UŁ, a następnie wprowadziła w problematykę obrad. Gości powitała także Dziekan Wydziału Nauk o Wychowaniu UŁ, życząc zebranym owocnych obrad. Przedwodnictwo sesji plenarnej objął prof. nadzw. dr hab. Jerzy Semków.

Referat inauguracyjny Konferencję wygłosił dr hab. Mariusz Granosik (Uniwersytet Łódzki), który w wystąpieniu *Krytyczne ujęcie przemiany biograficznej inspirowane koncepcją tożsamości R. Turnera* wprowadził uczestników w debatę konferencyjną. W dalszej części sesji plenarnej wystąpili: dr Janusz Krysztofik (Akademia Ignatianum w Krakowie) z referatem *Przełomy biograficzne w perspektywie teorii prototypu* przygotowanym wspólnie z mgr Magdaleną Szyszko, dr hab. Dorota Sieroń-Galusek (Uniwersytet Śląski)

z referatem *Przełom biograficzny w humanistyce – kilka uwag* oraz dr Emilia Mazurek (Politechnika Wrocławska) z referatem *Narracje w badaniach nad przełomami biograficznymi – szanse i ograniczenia*. Po przerwie kontynuowano obrady w sesji plenarnej. Jej przewodnictwem powierzono prof. nadzw. dr hab. Elżbiecie Dubas (Uniwersytet Łódzki). Jako pierwszy wystąpił prof. nadzw. dr hab. Jerzy Semków (Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Warszawie) z wystąpieniem zatytułowanym *Refleksja autobiograficzna jako źródło wyzwolenia z traumy przeżyć dzieciństwa*. Następnie prof. nadzw. dr hab. Elżbieta Dryll (Uniwersytet Warszawski) wygłosiła referat *Zmiana opowieści tożsamościowej jako efekt przełomu biograficznego na przykładzie macierzyństwa*, a prof. nadzw. dr hab. Danuta Urbaniak-Zając referat zatytułowany *Ja długo w ogóle nie mogłam dojść do siebie – rekonstrukcja niewykorzystanego przełomowego doświadczenia wychowawczyni domu dziecka*. Rozważania w sesji plenarnej zakończyła prof. zw. dr hab. Olga Czerniawska (Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi) wystąpieniem *Dylematy wydarzeń przełomowych*. Ta część konferencji podsumowana została w interesującej dyskusji.

Po przerwie obiadowej obrady wznowiono w trzech sekcjach. W sekcji pierwszej, zatytułowanej *Przełomy biograficzne w perspektywie resocjalizacji*, której przewodniczyła prof. nadzw. dr hab. Barbara Toroń-Fórmanek (Uniwersytet Zielonogórski), zaprezentowano łącznie pięć referatów. Pierwsza referentka, mgr Lilianna Kurek (Uniwersytet Zielonogórski), podzieliła się z zebranymi refleksją na temat biografii osób skazanych za morderstwa w aspekcie przełomów życiowych. Następnie mgr Lidia Kaczorek (Uniwersytet Zielonogórski) wygłosiła referat *Przełomy biograficzne na podstawie analizy biografii skazanych kobiet*, a mgr Monika Kaczmarczyk (Uniwersytet Zielonogórski) tekst pod tytułem *Osadzone dziecko. Biografie skazanych kobiet w Zakładzie Karnym*. Kolejni referenci w tej sekcji to mgr Miłosz Mółka (Akademia Ignatianum w Krakowie) z referatem *Wydarzenia przełomowe w narracjach mężczyzn wykończonych przestępczo* i Milena Drąg (Uniwersytet Zielonogórski) z referatem „*Zamknięta biografia*”. *Osadzeni mężczyźni w Zakładzie Karnym*.

W sekcji drugiej, zatytułowanej *Przełomy biograficzne w kontekście starości i choroby w starości*, której przewodniczył dr Marcin Muszyński (Uniwersytet Łódzki), obrady otworzyła prof. nadzw. dr hab. Elżbieta Dubas (Uniwersytet Łódzki) wystąpieniem *Doświadczenie choroby Alzheimera jako przełom życiowy i sytuacja uczenia się*. Następnie mgr Katarzyna Kołaczyńska (Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie) przedstawiła wyniki badań własnych nad opiekunami rodzinnymi seniorów w kontekście podjęcia opieki jako wydarzenia przełomowego. Zagadnieniom związanym z opieką nieformalną nad osobą starszą z demencją poświęciła swoje wystąpienie dr Anna Gutowska (Uniwersytet Łódzki), natomiast prof. nadzw. dr hab. Anna Walulik wraz z mgr Anną Piestrzyńską (Akademia Ignatianum w Krakowie) zaprezentowały referat *Dziadkowie wobec głuchoty wnuków – perspektywa biograficzna*. Na zakończenie dr Małgorzata Lis (Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi) wygłosiła referat *Składniki procesu wychowawczego czy predyktory przełomów biograficznych? – na przykładzie biografii z piętnem Syzyfa (dr Michał Marczak, 1886–1945)*.

W sekcji trzeciej zatytułowanej *Przełomy biograficzne w kontekście rodziny i rodzicielstwa*, której przewodniczył dr Arkadiusz Wąsiński, łącznie wystąpiło pięcioro prelegentów. Rozpoczęła dr hab. Anna Cierpka (Uniwersytet Warszawski) z referatem *Zdarzenia krytyczne w przestrzeni rodzinnej a przemiany tożsamości osoby*. Następnie dr Emilia Mazurek (Politechnika Wrocławska) przybliżyła zebranym projekt realizowany we współpracy z dr hab. Edytą Zierkiewicz (Uniwersytet Wrocławski) dotyczący strategii pomagania chorej żonie w procesie uczenia się. W dalszej kolejności wystąpiła dr Karolina Kuryś-Szyncel (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) dzieląc się z uczestnikami rozważaniami na temat pierwszego rodzicielstwa w teoretycznym oglądzie i osobistych narracjach, stawiając pytania, czy to wydarzenie krytyczne, przełomowe czy rozwojowe. Jako ostatnia w tej sekcji, referat *Utrudniona prokreacja – w oczekiwaniu na przełom biograficzny* wygłosiła mgr Katarzyna Walentynowicz-Moryl (Uniwersytet Zielonogórski).

Po przerwie nadal kontynuowano obrady w trzech sekcjach – pierwszej, *Przełomy biograficzne w kontekście niepełnosprawności i choroby*, przewodniczyła dr Anna Gutowska (Uniwersytet Łódzki). Obrady rozpoczęto od referatu dr Anny Jarkiewicz (Uniwersytet Łódzki) *Konstruowanie biografii chorego – momenty przełomowe ze społeczno-pedagogicznymi przesłankami*. Następnie mgr Magdalena Bartniczak (Uniwersytet Gdański) przedstawiła zebranym wyniki swoich badań w wystąpieniu zatytułowanym *Nabycie niepełnosprawności jako przełom biograficzny – rekonstruowanie kobiecej tożsamości w obliczu niepełnosprawności*. W dalszej kolejności mgr Róża Majzner (Akademia Ignatianum w Krakowie) wygłosiła referat *Diagnoza-dystrofia jako zdarzenie krytyczne w życiu rodzica dziecka chorego*. Spotkanie w sekcji zakończyły dwa wystąpienia: dr. Tomasz Hauzy (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Lesznie) z referatem *Zakażenie wirusem HIV jako czynnik zmian w życiu oraz mgr Beaty Działo (Uniwersytet Wrocławski) na temat zjawiska potraumatycznego jako momentu przełomu biograficznego oraz edukacyjnego*. W sekcji drugiej, obradującej pod przewodnictwem dr Małgorzaty Dziegielewskiej (Uniwersytet Łódzki), dyskutowano o przełomach biograficznych w kontekście starości. Pierwszy referat, *Życie jako dzieło sztuki. Znaczenie przełomów w biografii człowieka dojrzałego*, wygłosił mgr Paweł Czyszczak (Uniwersytet Gdański), a następnie o *Doświadczeniach edukacyjnych a przygotowaniu do samorealizacji w wieku senioralnym* opowiadała mgr Joanna Grochala (Uniwersytet Jagielloński). Jako ostatni referat *Egzystencjalna perspektywa refleksji biograficznej seniorów w narracyjnym przekazie międzypokoleniowym* wygłosił dr Arkadiusz Wąsiński (Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Warszawie). Sekcji trzeciej, *Przełomy biograficzne w kontekście rodziny*, przewodniczyła dr hab. Dorota Sieroń-Galusek (Uniwersytet Śląski). Jako pierwsza z referatem *Macierzyństwo jako przełom biograficzny* wystąpiła dr hab. Beata Ecler-Nocoń (Uniwersytet Śląski). Następnie dr Łukasz P. Ratajczak (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) zaprezentował tekst pod tytułem *Przełomowe doświadczenia życiowe w biograficznej narracji niepełnoletnich ojców*. W dalszej kolejności dr Elżbieta Woźnicka (Akademia Humanistyczno-Ekono-

miczna w Łodzi) podzieliła się z zebranymi refleksją na temat wydarzeń przełomowych w rodzinie na przykładzie trzech pokoleń.

Drugiego dnia Konferencji obrady nadal toczyły się w trzech sekcjach. W pierwszej sekcji, zatytułowanej *Przełomy biograficzne w biografiach*, której przewodniczył prof. nadzw. dr hab. Ryszard Skrzyniarz (Katolicki Uniwersytet Lubelski), wystąpiło pięciu referentów. Mgr Elżbieta Krzewska (Instytut Studiów Politycznych PAN) mówiła o punktach zwrotnych w biografiach błogosławionych i świętych Polek, mgr Katarzyna Popek (Uniwersytet Łódzki) referowała o *Znaczeniu kryzysów na drodze Nauczyciela w odkrywaniu prawdy*, a dr Monika Gromadzka wygłosiła referat *Od Super- do Antybohatera. Analiza wydarzeń krytycznych w biografii Anakina Skywalkera*. Dwa ostatnie referaty wygłosiły: dr Małgorzata Kutyla (Akademia Ignatianum w Krakowie): *Zmiana miejsca – sytuacja graniczna w życiu jednostki?* oraz mgr Katarzyna Jarosz (Uniwersytet Jagielloński): *Dom Pomocy Społecznej jako punkt zwrotny?*. W sekcji drugiej, *Przełomy biograficzne a edukacja i twórczość*, pod przewodnictwem dr Emilii Mazurek (Politechnika Wrocławska) zaprezentowano sześć referatów. Jako pierwsza wystąpiła dr Kamila Lasocińska (Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi), dzieląc się rozważaniami pod tytułem *Kreatywność, transgresje, autokreacja – przełomy biograficzne a potrzeba twórczości osób dorosłych*. Następnie mgr Zuzanna Wojciechowska i mgr Ewa Kurek (Uniwersytet Warszawski) zaprezentowały referat *Biografie edukacyjne w okresie wczesnej dorosłości – wydarzenia przełomowe*. W dalszej kolejności mgr Katarzyna Grzesiak (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy) podzieliła się wynikami badań własnych z projektu *Sesja doktorantów jako zdarzenie krytyczne w doświadczeniach doktorantów edukacji Abo Akademii w Vaasa*, a dr Krzysztof Czykier i dr Anna Rudnik (Uniwersytet w Białymstoku) omówili warsztaty biograficzne skierowane do młodzieży akademickiej zatytułowane *W kierunku „wewnątrzsterowności”*. Dwa ostatnie wystąpienia wygłosiły mgr Katarzyna Deryńska (Uniwersytet Warszawski) z referatem *Jeśli nie teraz, to kiedy? – przełomy biograficzne lokalnych aktywistów* oraz mgr Monika Wrona (Uniwersytet Łódzki), referując tekst *Obraz przełomów biograficznych w świetle transformatywnego uczenia się*. W sekcji trzeciej, *Przełomy biograficzne w karierach zawodowych*, pod przewodnictwem dr Joanny Stelmaszczyk (Uniwersytet Łódzki) zaprezentowano pięć referatów. Rozpoczęła mgr Justyna Sarnowska (SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie) tekstem *Znaczenie doświadczenia migracji w biografiach absolwentów szkół wyższych wchodzących na rynek pracy*. Następnie dr Joanna Szłapińska (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) wygłosiła referat *Zmiany na rynku pracy jako tło uczenia się menadżerów*, a dr Renata Brzezińska (Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku) referat *Doświadczenie epifanii w karierze zawodowej, w biografiach nauczycieli-seniorów*. Obrady w sekcji kontynuowały mgr Marta Bożewicz (Uniwersytet Warszawski) z wystąpieniem na temat doświadczeń przełomowych w życiu powołanych do kapłaństwa oraz mgr Maja Wenderlich (Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie) z referatem *Kamienie milowe w przebiegu życia wybitnych matematyków i uzdolnionej matematycz-*

nie młodzieży. Na zakończenie dr Joanna Stelmaszczyk (Uniwersytet Łódzki) przybliżyła zebranym refleksję na temat szkoły w narracjach biograficznych dzieci.

Konferencję zakończyła sesja plenarna pod przewodnictwem prof. nadzw. dr hab. Anny Walulik. Jako pierwszy wystąpił prof. nadzw. dr hab. Ryszard Skrzyniarz (Katolicki Uniwersytet Lubelski) z referatem *Przełomy w biografiach Zygmunta Szczęsnego Fe-lińskiego, Rafała Kalinowskiego, Alberta Chmielowskiego*. Następnie dr Martyna Prysz-mont-Ciesielska (Uniwersytet Wrocławski) podzieliła się z zebranymi refleksją na temat *Doświadczenia macierzyństwa bezdomnych kobiet w perspektywie narracji pisemnej i wi-zualnej*. W dalszej kolejności prof. nadzw. dr hab. Barbara Toroń-Fórmanek (Uniwersy-tet Zielonogórski) zaprezentowała zebranym rozważania pod tytułem *Biografie skaza-nych kobiet i mężczyzn kryzysem rozwoju tożsamości człowieka*. Sesję zamykały referat dr Urszuli Tokarskiej (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie) *Gerotranscendencja jako potencjalna możliwość dopełnienia rozwoju w cyklu życia. Perspektywa narracyjna oraz interesująca dyskusja*.

Na zakończenie prof. nadzw. dr hab. Elżbieta Dubas (Uniwersytet Łódzki) podzię-kowała wszystkim uczestnikom, a także wyraziła nadzieję na spotkanie podczas kolejnej z tego cyklu, jedenastej konferencji organizowanej przez Zakład Andragogiki i Geronto-logii Społecznej UŁ.

Podsumowując, należy stwierdzić, że już po raz dziesiąty Łódzka Konferencja Bio-graficzna stworzyła uczestnikom okazję do namysłu nad teorią i praktyką w badaniach biograficznych, ich miejsca w perspektywie metodologicznej, jak też możliwości wyko-rzystania w praktyce.

ZAPOWIEDZI I ZAPROSZENIA

Andrzej Klimczuk
Łukasz Tomczyk

CfP ESPAnet Poland Conference – Social Investment and Development. Stream: Social and Technological Innovation in Ageing Policies in the European Union

Stream description:

In recent years, more and more emphasis is placed on the search for innovative responses to the challenges of ageing populations. Increasingly, the legitimacy of creating local solutions, products, and services is emphasized to meet the social needs of older adults as well as for the maintenance of intergenerational solidarity.

The aim of the session is to discuss the programming, promotion, and implementation of innovative policies, programs, and projects related to ageing. In particular, we draw attention to the search for best practices, testing of innovative models, and dilemmas in the fields of management, financing, implementing and maintaining the sustainability of these new programs.

The session welcomes papers that will provide both theoretical and empirical findings. Selected topics that we would like to underline include, but are not limited to:

- Social innovations based on diversity of ageing policy concepts (such as healthy ageing, active ageing, creative ageing, and ageing in place).
- Preventive approaches in ageing policies as well as older-person centered and integrated care.
- An integrated public policies for older adults and intergenerational programs for delivering social and care services.
- Governance and ageing policies, including multilevel and multisectoral approaches to age-friendly cities and communities.
- Strategies for scaling social innovations for ageing societies.
- Digital social innovation, ICT solutions, social and service robotics, smart solutions, gerontechnology, and welfare technology for independent living for older adults.

Stream convenors:

Andrzej Klimczuk (Warsaw School of Economics, Poland)

Łukasz Tomczyk, PhD (Pedagogical University of Cracow, Poland)

Language: English

CALL FOR ABSTRACTS

The 3rd International Conference ESPAnet-Poland

University of Warsaw

September 22–24, 2016, Warsaw (Poland)

Papers presented in the thematic session will have a chance to be published in the planned volumes of the “Czech-Polish-Slovak Studies in Andragogy and Social Gerontology” series (<https://gerontolodzy.wordpress.com>).

Each abstract should contain:

- Contact details (name and surname, institutional affiliation, e-mail address);
- Information on the selected stream;
- Title of the proposed paper;
- Abstract: 200–250 words.

**PLEASE, SEND THE ABSTRACT ONLY AT ESPANET2016@UW.EDU.PL,
DEADLINE: MAY 15TH 2016.**

<http://www.espanetpolska2016.org/-english---home.html>

<http://www.espanetpolska2016.org/stream-themes-and-call-for-abstracts.html>



Noty o autorach

Adrianna Maria Borowicz, doktor nauk medycznych
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
Adres do korespondencji: ada-borowicz@wp.pl

Anna Gawel, doktor habilitowany
Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Jagielloński
Adres do korespondencji: anna.gawel@uj.edu.pl

Anna Gutowska, doktor
Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki
Adres do korespondencji: annagc@tlen.pl

Przemysław Kaczmarek
Studenckie Koło Medycyny Przeciwstarzeniowej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
Adres do korespondencji: przemek.kaczmarek06@gmail.com

Andrzej Klimczuk, doktorant
Szkoła Główna Handlowa, Warszawa
Adres do korespondencji: klimczukandrzej@gmail.com

Elżbieta Kościńska, doktor
Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Adres do korespondencji: inped@ukw.edu.pl

Jolanta E. Kowalska, doktor

Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

Adres do korespondencji: jolanta.kowalska@uni.lodz.pl

Joanna Kunert, doktor nauk medycznych

Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adres do korespondencji: joanna.kunert@umed.lodz.pl

Maria Łuszczzyńska, doktor

Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Adres do korespondencji: maria.luszczynska@upjp2.edu.pl

Anna Makarczuk, doktor

Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

Adres do korespondencji: anna.makarczuk@gmail.com

Marcin Muszyński, doktor

Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

Adres do korespondencji: mlodziako@go2.pl

Grażyna Orzechowska, doktor

Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Adres do korespondencji: grazynaorzechowska@uwm.edu.pl

Mariola Pawlaczyk, doktor nauk medycznych profesor UM w Poznaniu

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Adres do korespondencji: geriatria@ump.edu.pl

Ewa Piłat, magister

Pełnomocnik Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Jagiellońskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku

Adres do korespondencji: ewa.pilat@uj.edu.pl

Agnieszka Salon, magister

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PASTERNIK" w Modlniczce

Adres do korespondencji: salonowa1@gmail.com

Anna Sanecka, magister

Wydział Teologiczny, Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie

Adres do korespondencji: asanecka@gazeta.pl

Łukasz Tomczyk, doktor

Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, Kraków

Adres do korespondencji: tomczyk_lukasz@prokonto.pl

Maria Marta Urlńska, doktor habilitowany, profesor UMK

Wydział Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Adres do korespondencji: murlin2@tlen.pl

Monika Wrona, magister

Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

Adres do korespondencji: monika.wrona@uni.lodz.pl

Kaja Zapędowska-Kling, doktor

Wydział Studiów Międzynarodowych i Politologicznych, Uniwersytet Łódzki

Adres do korespondencji: kaja.kling@gmail.com

Halina Zdebska-Biziewska, doktor habilitowany profesor AWF w Krakowie

Instytut Nauk Społecznych, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Adres do korespondencji: halina.zdebska@awf.krakow.pl

