

EXLIBRIS
Biblioteka Gerontologii Społecznej
EXLIBRIS
Social Gerontology Journal

2 (19) /2020

Redakcja
Jolanta Maćkiewicz, Artur Fabiś

Guest Editor
Mechthild Kiegelmann

© **Wydawca / Publisher:**

Instytut Nauk o Wychowaniu,
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej
www.bgs.up.krakow.pl



Recenzenci / Reviewers:

www.bgs.up.krakow.pl

Rada Redakcyjna / Editorial Board

Redaktor naczelny / Editor-in-chief:

Artur Fabiś (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)

Zastępcy redaktora naczelnego / Deputy editor-in-chief:

Zofia Szarota (Uniwersytet Warszawski), Marcin Muszyński (Uniwersytet Łódzki)

Członkowie Rady Redakcyjnej / Members of the Editorial Board:

Elżbieta Dubas (Uniwersytet Łódzki), Aleksandra Błachnio (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy)

Redaktor statystyczny / Statistical editor:

Piotr Szukalski (Uniwersytet Łódzki)

Sekretarze Redakcji / Assistant editor:

Joanna Wnęk-Gozdek (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie), Katarzyna Zaremba (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)

e-mail: exlibris.bgs@up.krakow.pl

Rada Naukowa / Scientific Council

Przewodnicząca / Chair:

Małgorzata Halicka (Uniwersytet w Białymstoku)

Członkowie / Members:

Beata Bugajska, prof. US (University of Szczecin, Poland), **Bojana Filej** (University Alma Mater, Slovenia), **Marvin Formosa** (University of Malta, Malta), **Mechthild Kiegelmann** (University of Education Karlsruhe, Germany), **Gumze Goran** (Hochschule Propraxis Graz, Austria), **Giovanni Lamura** (National Institute of Health & Science on Ageing, Italy), **Nadiia Lutsan** (Precarpathian National University, Ukraine), **Jolanta Maćkiewicz**, prof. UP (Pedagogical University of Krakow, Poland), **Wojciech J. Maliszewski**, prof. PUSS (Staszic University of Pila, Poland), **Kate de Medeiros** (Miami University, USA), **Edward Alan Miller** (University of Massachusetts Boston, USA), **Pamela Nadash** (University of Massachusetts Boston, USA), **Maria de Fátima Pereira da Silva** (Higher School of Education, Portugal), **Jolanta Perek-Białas** (Szkoła Główna Handlowa, Warszawa; Uniwersytet Jagielloński w Krakowie), **Thomas Scharf** (Newcastle University Institute for Ageing, United Kingdom), **Mala Kapur Shankardass** (University of Delhi, India), **Michal Šerák**, Ph.D. (Charles University in Prague, Czechia), **Joaquim J.F. Soares** (Mid Sweden University, Sweden), **Lukasz Tomczyk** (Pedagogical University of Krakow, Poland), **Elżbieta Trafialek**, prof. UJK (Jana Kochanowski University of Kielce, Poland), **Tatyana Zelenova** (Moscow Social-Humanitarian Institute, Russia), **Adam A. Zych** (University of Lower Silesia, Poland)

Projekt okładki / Cover design:

Magdalena Muszyńska

ISSN 2719-9045

DOI 10.24917/27199045.192

Skład, druk i oprawa:

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

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

Table of contents

Wstęp	7
Artykuły	
I. Zagrożenia i problemy w starości	
<i>Zofia Szarota</i> Indywidualne strategie adaptacyjne osób starszych w czasach pandemii COVID-19	13
<i>Sara Alon, Ariela Lowenstein</i> Nadużycia i zaniedbania wobec osób starszych w społeczeństwie izraelskim w czasie pandemii COVID-19	32
<i>Beata Bugajska</i> Sytuacja życiowa osób starszych nieheteronormatywnych – analiza przypadków w perspektywie biograficznej	42
<i>Mechthild Kiegelman</i> Osoby starsze nieheteronormatywne – rozwiązania niemieckie	59
<i>Artur Fabiś, Katarzyna Sygulska</i> Porażki w bilansie życiowym polskich senierek i seniorów	67
<i>Ewa Śliwa</i> Alienacja i osamotnienie osób starszych w relacjach społecznych	82
<i>Agata Chabior</i> Starość, choroba i śmierć	99

II. Wsparcie potrzebujących

Elżbieta Trafiałek

Wyzwania międzypokoleniowego solidaryzmu 115

Fernando Barragán-Medero, Daniel José Hernández Armas,

Manuel Rebollo Segurado, David Pérez-Jorge

Kształcenie integracyjne osób starszych: niezwykle doświadczenia
oraz społeczne i etyczne zaangażowanie 129

Isabelle Maillé, Marie Beaulieu, Sophie Éthier

„Dla mnie to było wspaniałe. Powiedziałam sobie: Nie jestem sama!”

Głosy starszych osób – ofiar nadużyć, które otrzymały bezpośrednie wsparcie
od organizacji non-profit 141

Klaudia Kaczmarek, Wojciech Maliszewski

Fundusze pomocowe jako narzędzie wsparcia polityki senioralnej
na terenie powiatu pilskiego w latach 2016–2020 159

Sprawozdania

Jan Wacław Kroczeł

SPRAWOZDANIE z międzynarodowej konferencji naukowej
14th Supercentenarian Seminar, Francja, Paryż: 28–29. XI 2019 175

Anna Okońska-Walkowicz

Polityka senioralna gminy Kraków 179

Recenzje

Fasalu Rahman

RECENZJA KSIĄŻKI: Mala Kapur Shankardass (ed.) „Ageing Issues
and Responses in India”, Wydawnictwo Springer, Singapore 2020, ss. 253 145

Katarzyna Sygulska

RECENZJA KSIĄŻKI: Artur Fabiś, „Troski egzystencjalne w starości.
Ujęcie geragogiczne”, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego
w Krakowie, Kraków 2018, ss. 417 145

Wstęp

Kryzys utożsamiany jest z punktem zwrotnym lub sytuacją kryzysową (Zych, 2010). Sytuacje kryzysowe, rozumiane jako przejściowe stany nierównowagi wewnętrznej mogą stać się jednocześnie tymi punktami zwrotnymi i odwrotnie - to punkty zwrotne mogą wygenerować sytuacje krytyczne. Człowiek w kryzysie zmuszony zostaje przez sytuację, wydarzenie, jakąś okoliczność do podejmowania rozstrzygnięć, zmian, by zaradzić patologicznej sytuacji w której się znalazł. W starości kryzysy utożsamia się nie tylko z konsekwencjami zmian rozwojowych jak kryzys tożsamości, czy lęki egzystencjalne, ale także z sytuacjami wynikającymi z uwarunkowań społecznych i wydarzeń. Kryzys nie może być jedynie utożsamiany z zagrożeniem czy troską, w psychologii rozwojowej ma on kluczowe znaczenie w rozwoju, jest szansą, sposobnością do zmiany, gdyż mobilizuje do działania, wyzwala twórczy potencjał (Appelt, 2005). Trudno w roku 2020 nie wspomnieć o pandemii (Covid19), która doprowadziła cały świat do kryzysów w wielu obszarach życia zbiorowego i indywidualnego, przede wszystkim w kontekście zdrowia, ale także ekonomii i życia społecznego. Z perspektywy funkcjonowania społecznego zwiększyła się między innymi skala ubóstwa, agresji wobec innych, ludzie odczuwają masowo osamotnienie, smutek, obniża się poziom satysfakcji życiowej. Badacze zdrowia psychicznego zauważają objawy stresu pourazowego (PTSD) w społeczeństwie, wzrasta poziom lęku i niepokoju, a osoby starsze jako grupa mogą doświadczyć poważnych problemów z samopoczuciem psychicznym (Wierzbński, 2020; Philip, Cherian, 2020). Jednocześnie te sytuacje wyzwalają zachowania zmierzające do poprawy obecnego stanu. Media już donoszą, a wkrótce badania naukowe zweryfikują te dane, że stajemy się bardziej wrażliwi, czego dowodzi organizowane obecnie na niespotykaną dotychczas skalę zbiórka żywności dla bezdomnych w Wielkiej Brytanii czy że gotowi jesteśmy do wielkich poświęceń wobec najbardziej potrzebujących, czego przykładem może być zaangażowanie młodych ludzi – wolontariuszy w opiekę nad opuszczonymi, przez

zakażony personel, osobami starszymi w domu pomocy społecznej, jak miało to miejsce w wielu polskich dps-ach.

Na przestrzeni całego życia człowiek musi radzić sobie z kryzysami i przez całe życie nie pozostaje z nimi sam. Dlatego też i starość nie tylko jako dar, ale także jako zadanie i czas wyzwań (Zych, 2014) staje się etapem konfrontacji z kryzysami i potrzebą wsparcia trudach radzenia sobie z nimi.

Doświadczenie kryzysów osadzone jest w środowiskach, kulturze, światopoglądzie jednostki. Dlatego też wydaje się interesujące poznawczo dotrzeć od specyfiki doświadczania trosk w innych uwarunkowaniach społecznych i kulturowych, poznać nowe możliwości wspomagania osób starych w kryzysie, dobre praktyki, by skorzystać z doświadczenia i zaadaptować najlepsze rozwiązania do swoich potrzeb.

Do dziewiętnastego numeru Biblioteki Gerontologii Społecznej. Exlibris zaproszeni zostali specjaliści z polski i zagranicy, by podzielić się refleksjami, doniesieniami z badań, analizami naukowymi, których punktem odniesienia jest kryzys człowieka w starości. Inspiracją do zgłębienia się w tę tematykę stała się ogólnoswiatowa pandemia, której skutki w specyficzny sposób odczuwa najstarsza generacja. Dlatego w pierwszej części autorzy tekstów skoncentrowali się na zagrożeniach, upatrując ich głównie nietolerancji, wykluczeniu, zaniedbania, a nawet przemocy. Także troski egzystencjalne stały się przedmiotem dociekań naukowych autorów niniejszego numeru BGS. Exlibris, w których człowiek stary skonfrontowany został z osamotnieniem, chorobą, bilansem życiowym, cierpieniem i śmiercią.

Z pewnością wartościowe dla polskich czytelników będą odniesienia do zagranicznych perspektyw konfrontowania się z kryzysem w starości. Teksty naszych gości z Hiszpanii, Kanady, Niemiec i nawet z Izraela zostały przetłumaczone na język polski, by ułatwić polskiemu Czytelnikowi zrozumieć w najmniejszych szczegółach wyjątkowość specyfiki radzenia sobie z kryzysami za granicą. Druga część opracowania zawiera teksty przybliżające problematykę wsparcia seniorek i seniorów w kryzysie. Zawiera analizy polityki społecznej wobec osób starszych, oryginalne rozwiązania i dobre praktyki. Całość zamykają aktualności – sprawozdania i recenzje.

Zachęcając do lektury, wyrażamy nadzieję, że dziewiętnasty numer Biblioteki Gerontologii Społecznej będzie nie tylko ciekawą poznawczą lekturą, ale przyczyni się do zainteresowania problematyką starzenia się, a może też przyczyni się do wdrożenia zamian w środowisku osób starszych, wspomagając seniorki i seniorów w ich kryzysach. Ograniczenia i utrata sprawczości w starości wymagają od innych rozumnego, odważnego, a zarazem nienachalnego działania. „Szczególnie przykrym i dotkliwym doświadczeniem jest utrata zdolności wywierania wpływu, nagle lub stopniowe popadanie w zależność od sił zewnętrznych. Choroba starość, niedołężność to częste powody takiej utraty. Wielu dręczy się świadomością, że nie od nich zależy to, co się zdarzy – nie z lenistwa, nie z unikania odpowiedzialności, tylko z realnej bezradności. Trudny to los” (Łukaszewski, 2020, s.190), ale człowiek nie musi być pozostawiony sam sobie.

Redaktorzy

Bibliografia

- Appelt, K. (2005). Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych?
W: A.I. Brzezińska (red.) *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: GWP, ss. 503–552
- Łukaszewski, W. (2020). *Niewielka suma szczęścia*. Sopot: Smak słowa.
- Philip, J., Cherian, V. (2020). Impact of COVID-19 on mental health of the elderly. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 7 (6): 2435–2436
- Wierzbiński, P (2020). *Psychospołeczne skutki pandemii Covid-19*, ŚWIAT LEKARZA.PL 21.08.2020, pobrane z <https://swiatlekarza.pl/psychospoleczne-skutki-pandemii-covid19/> [23.10.2020]
- Zych, A.A. (2010). *Leksykon gerontologii*. Kraków: Impuls.
- Zych A.A. (2014). Starość darem losu, życiowym zadaniem i wyzwaniem dla przyszłości.
W: A.A. Zych, (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*, Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem” w Dąbrowie Górniczej ss. 347–357.

ARTYKUŁY

I

Zagrożenia i problemy w starości

Zofia Szarota¹

Indywidualne strategie adaptacyjne osób starszych w czasach pandemii COVID-19

DOI 10.24917/27199045.192.1

INDIVIDUAL RESISTANCE STRATEGIES OF OLDER PEOPLE DURING PANDEMIC COVID-19

Abstract

The subject of the analyzes were adaptation strategies and spaces of unobvious learning of people aged 60-79 in pandemic conditions. The aim of the study was to present individual resistance strategies. In the nondirective interviews, attention was paid to the changes taking place in everyday life, in relations with family members and local community, to the changes that took place in the public space, selected emotions important for the interlocutors and aspects of their intellectual, cultural and social activity. Social isolation triggered various reactions of the elderly, from an accepting attitude – “nothing has changed, and it is even better”, through an attitude of rebellion – “I have had enough of this”, to fatalism mixed with panic – “we will all die”. In the context of the main stream of considerations, the resignation strategies as well as grassroots initiatives and social actions undertaken to strengthen the sense of security of the elderly were presented.

Keywords: pandemic, social isolation, adaptation in old age, geragogy, unobvious learning

Słowa kluczowe: pandemia, izolacja społeczna, adaptacja, podeszły wiek, geragogika, nieoczywiste uczenie się

Wstęp

W listopadzie 2019 r. w mediach zaczęły się pojawiać informacje na temat koronawirusa SARS-CoV-2. Ogniskiem choroby było chińskie miasto Wuhan. Wirus rozprzestrzenił się szybko. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 29 stycznia 2020 roku ogłosiła stan globalnego zagrożenia zdrowia publicznego, a 11 marca 2020 roku

¹ Dr hab. Zofia Szarota, prof. UW, Uniwersytet Warszawski, Wydział Pedagogiczny, z.szarota@uw.edu.pl

uznała epidemię COVID-19 za pandemię. Jako środek prewencyjny wprowadzony został nakaz zachowywania 1,5–2 metrów odległości między osobami i apel o pozostawanie w domach. Wdrożono administracyjny nakaz kwarantanny u osób zakażonych oraz prewencyjnie – przyjeżdżających z zagranicy. W Polsce pierwsze zakażenie COVID-19 zostało zarejestrowane 4 marca 2020 roku. Za grupę szczególnego ryzyka zostali uznani seniorzy, czyli osoby z ukończonym 60. rokiem życia (Ustawa z 11 września o osobach starszych, 2015). U tych osób obserwowano najcięższy przebieg choroby, w szczególności, gdy występowały choroby współistniejące.

Czas pandemicznego zamknięcia, społecznej kwarantanny oraz urzędowy nakaz samoizolacji mógł wzmocnić u osób starszych poczucie samotności i mógł skutkować obniżeniem nastroju, wystąpieniem lęków, a nawet wywołać depresję. Relacje międzyludzkie i postrzeganie wartości mogły ulec zmianom. Czy tak rzeczywiście się stało? Jakie strategie adaptacyjne przyjęli badani? Opracowanie jest próbą odpowiedzi na te pytania. W artykule został uwzględniony kontekst sytuacyjności ludzkich doświadczeń, zachowań, potrzeb i wartości w codzienności naznaczonej doświadczeniem pandemii.

Rama teoretyczna

Izolacja społeczna, rozumiana jako obiektywna fizyczna separacja od innych ludzi, przynosi negatywne konsekwencje dla dobrostanu człowieka w podeszłym i zaawansowanym wieku. Izolację, niekiedy utożsamianą z wykluczeniem społecznym, cechuje samotne życie, będące efektem kurczącej się sieci zasobów społecznego wsparcia i rzadkich kontaktów międzyludzkich. Stoją za tym słabnące wraz z wiekiem zainteresowanie utrzymywaniem szerokich kontaktów społecznych, kurcząca się z przyczyn naturalnych grupa rówieśnicza, pogarszający się stan zdrowia, który wpływa na ograniczenie społecznej ruchliwości oraz bywa przyczyną instytucjonalizacji życia odbiorcy świadczeń opiekuńczych (Yu, Lee, 2019). Znikome zasoby wsparcia społecznego są konsekwencją przemian społeczno-kulturowych oraz procesów demograficznych, które charakteryzują współczesne rodziny: niska dzietność, migracje, zanik wielopokoleniowych gospodarstw domowych. Na rozmiar izolacji społecznej osób starszych wpływa polityka senioralna, kształtująca (lub nie) środowiska i grupy wsparcia, placówki służące integracji środowiskowej i zaspokajaniu potrzeb emerytów (Szarota, 2015a).

Samotność może być efektem subiektywnego poczucia izolacji społecznej i zarazem trudnym doświadczeniem dla osoby, która doznała (samo)wyłączenia z grupy ludzi, którzy dotąd byli dominującymi podmiotami kształtującymi jej codzienność. Jednak: „Samotność jest czymś naturalnym i ma wartość dla rozwoju i funkcjonowania człowieka [...]. Ponieważ samotność wiąże się z cierpieniem i jest trudnym do zniesienia doświadczeniem, trudności z jej przyjęciem nasilają się we współczesnej kulturze, gdzie samotność jest postrzegana negatywnie, co prowadzi jednostki do prób unikania jej” (Horowski, 2020). Samotność fizyczna (społeczna) „polega na osłabieniu lub zerwa-

niu więzi naturalnej z innymi ludźmi, na bardzo luźnym związku ze społeczeństwem lub życiu poza nim (...). Samotność jest wyłącznym obcowaniem ze sobą samym i ze swoim wewnętrznym światem, jest schronieniem się – z życiem i działaniem – w nim” (Wałęjko, 2007, s. 47–48).

Tym samym samotność zyskuje dwa konteksty: pozytywny – rozwijający oraz negatywny – degradujący. Aspekt negatywny zbliża samotność do wykluczenia społecznego (Horowski, 2020). Warto jednak zwrócić uwagę, że przeżywanie samotności może stać się okazją do spojrzenia na rzeczywistość z innej, transcendentnej perspektywy. Osoba starsza u schyłku swojej wędrówki przez życie staje przed koniecznością zmierzenia się z osamotnieniem i – niekiedy wyczekiwaną – samotnością, jako nowymi wymiarami duchowości i trosk egzystencjalnych (Fabiś, 2018), powrotu do „pierwotnej samotności”. Zgodnie w myślą Jana Pawła II „pierwotna samotność” oznacza nie tylko doznania pierwszych ludzi oraz ich, nałożonej przez Stwórcę, powinności zrozumienia siebie i świata, ale i wypełnienie człowieka dialogiem wewnętrznym, samoświadomością i samostanowieniem w sferze duchowej: „W rzeczywistości samotność oznacza także podmiotowość człowieka, która tworzy się przez poznanie siebie” (Jan Paweł II, 1979).

Brak pewności jutra, brak pewności, że bieżąca sytuacja ulegnie zmianie jest czynnikiem deprywacyjnym, zachwianiu ulega poczucie bezpieczeństwa. „Stres społeczny w odniesieniu do starzejącej się populacji może być definiowany jako reakcja osób starszych na zewnętrzne wyzwania lub bodźce (tj. stresory) o charakterze społecznym, które mogą zagrażać ich poczuciu własnej osoby lub poczuciu pozycji społecznej lub przynależności w relacji, w grupie lub w większej społeczności” (Nguyen, Quach, Tran, 2020).

W celu rozwiązywania problemów można stosować strategie wynikające z rutyny (zob. Drozdowski et al., 2020, s. 38), co jest szczególnie ważne w przypadku starszych wiekiem osób. Podstawową formą życia zbiorowego i przestrzenią rozwoju ludzi starszych jest rodzina i społeczność lokalna. Bezpieczne domostwo, znajoma okolica, życzliwe sąsiedztwo budują poczucie komfortu psychicznego, *well-being*, dobrej jakości życia (Błachnio, 2019, s. 99–102).

Zachodzące tam uczenie się jest procesem usytuowanym w codzienności, w relacjach z innymi członkami społeczności. Generuje doświadczenia, składające się na **nieoczywiste uczenie się**. Jest to mój autorski termin, bliski nieformalnemu uczeniu się w ujęciu D. W. Livingstone’a (1999, s. 3–6; 2001, s. 4–5) ale nie tożsamy. Koncepcja „edukacji nieformalnej”, przyporządkowanej przez Mieczysława Malewskiego (2010, s. 20) do dydaktyki krytycznej i towarzyszącej jej krytyczne, refleksyjne myślenie także nie oddaje istoty mojego zamysłu. Podobieństwa odnaleźć można w koncepcji uczenia się z doświadczeń, które „jest uczeniem się w trakcie życia, w sytuacjach organizowanych lub incydentalnych, związanych z realizacją zadań życiowych i podejmowanymi aktywnościami czy też ich zaniechaniem. To uczenie się z doświadczeń – w sposób bezpośredni, tj. w trakcie dziania się zdarzeń, w trakcie trwania określonych sytuacji życiowych. Jest ono uczeniem się z doświadczeń własnych i doświadczeń Innych, po-

zostających w bezpośredniej styczności czasowo-przestrzennej jaką tworzą sytuacje” (Dubas, 2017, s. 64). Analizowany w literaturze termin „ciche/milczące uczenie się” (*tacit learning*: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/tacit-knowledge>), rozumiany jest jako wiedza uzyskana z osobistego doświadczenia ale trudna do zapisania, wizualizacji lub przeniesienia z jednej osoby na drugą (*know how*). To wiedza personalna, podświadoma, wykorzystywana w codzienności, wynikająca z rutyny, jej zasób jest większy niż dana osoba uświadamia to sobie i może zwerbalizować: *wiem więcej, niż mogę powiedzieć*.

Inny termin to „socjalizacja”. Tu cechami są nieintencjonalność i nieświadomość. Socjalizacja zachodzi m. in. w życiu wspólnot, społeczności i „(...) odnosi się do internalizacji wartości, postaw, zachowań, umiejętności itp. występujących w życiu codziennym. Nie tylko nie mamy *a priori* zamiaru ich przyswajania, ale nie jesteśmy świadomi, że czegoś się nauczyliśmy.” (Schugurensky, 2000). Krzysztof Pierścieniak (2009, s. 86, 87), nawiązując do koncepcji Daniela Suchugurenskiego, jako cechy „socjalizacji” wskazuje nieplanowość, spontaniczność, nieintencjonalność, nieświadomość. Jako przykłady podaje rozmowy w gronie przyjaciół lub rodziny, podróże i wycieczki, rozrywkę, zabawę, udział w życiu wspólnot i społeczności lokalnych. Pierścieniak jako autorską propozycję wyodrębnia uczenie się autonomiczno-selektywne i podaje przykłady ilustrujące tę formę aktywności: czytanie instrukcji obsługi, udział w grach miejskich, widowiskach historycznych, wyjazdy studyjne, uprawianie hobby. Wskazuje na istotną cechę tego procesu – gdy jedne treści przyswajamy intencyjnie, inne pozostają poza świadomością uczącego się, ale w sprzyjających okolicznościach pozwalają mu skonstruować nową wiedzę.

Pewne tropy interpretacyjne nieoczywistego uczenia się można odnaleźć w koncepcji uczenia się utajonego (*implicit learning*) rozumianego jako sposoby skutecznej adaptacji do nieustająco zmieniających się warunków otoczenia (Virag, Nemeth, 2016, s. 281). Aktywna adaptacja jest określeniem Knuda Illerisa i łączy się z uczeniem się z codzienności (Illeris, 2006, s. 191).

Zgodnie z własną koncepcją **uczenie się nieoczywiste** oznacza uczenie się przy okazji, w doraźnych sytuacjach, w których osoby – poprzez doświadczenie i habitus (rozumiany jako nabyte umiejętności i kompetencje definiujące jednostkowe sposoby postrzegania świata, zasady postępowania i porządek myślenia) adaptują się, przystosowują do nowych warunków i konieczności, nieoczekiwanie dla siebie generują nową wiedzę i włączają ją w mechanizmy swoich zachowań. Środowiskami nieoczywistego uczenia się (naturalnego) są zdarzenia i interakcje społeczne, czynności i zachowania zachodzące w codzienności, zwyczajności, perspektywa temporalna przeszłości, teraźniejszości i przyszłości jako bazy doświadczenia i antycypowania. Podmiot, internalizując konsekwencje autodoświadczenia rzeczywistości, najczęściej nie nadaje epizodom poznawczym znaczenia edukacyjnego, nie wie, że się uczy, czyniąc z tej czynności akt nieintencjonalny, ukryty, nieuświadomiony. Uczenie się ma w tym przypadku mimowolny charakter. Jednakże w procesie nieoczywistego uczenia się podmiot wypracowuje nowe

strategie adaptacyjne i strategię radzenia sobie. Strategie rezyliencyjne (radzenia sobie w sytuacji stresu) zaliczam do obszaru uczenia się nieoczywistego. Należy przy tym pamiętać, że osoby starsze cechuje niechęć do wprowadzania zmian w życiu osobistym. Starzenie się i adaptacja są procesami przeciwstawnymi, dlatego też można było oczekiwać, że uczestniczące w badaniach osoby będą miały obniżoną sprawność adaptacyjną.

Rama metodologiczna

Celem badań było ustalenie indywidualnych strategii minimalizowania skutków zagrożenia COVID-19 w warunkach przymusowej izolacji społecznej. Poszukiwana była odpowiedź na pytanie, jak dramat zamknięcia i odosobnienia zmienił optykę postrzegania centralnych tematów i hierarchię potrzeb osób w wieku 60 i więcej lat.

Badania przeprowadzone zostały w czerwcu i lipcu 2020 roku, w nurcie badań jakościowych z wykorzystaniem pół-ustrukturyzowanego wywiadu na temat środowiska życia, który umożliwia „badanie sposobu, w jaki jednostki doświadczają swojego świata i postrzegają go. Pozwala na jedyny w swoim rodzaju wgląd w świat życia badanych, którzy własnymi słowami opisują swoje działania, doświadczenia i poglądy” (Kvale, 2010, s. 39). Wywiad taki daje możliwość uzyskania odpowiedzi na konkretne pytania badawcze, ale jest na tyle otwarty, że niesie badanym szansę na nieograniczone wypowiedzi, które mogą nadawać nowe znaczenia eksplorowanemu problemowi (Galletta, 2013). Dyspozycje wywiadu koncentrowały się wokół doświadczania obostrzeń epidemicznych. Pytano o reakcje wyzwolone przez informację o pandemii (co wtedy czuli, co myśleli, czego się ewentualnie obawiali); o reakcje wywołane koniecznością poddania się *lockdownowi* i izolacji społecznej. Ważnym problemem był zakres i rodzaj otrzymanego wsparcia. Istotną badawczo kwestią były potencjalne zmiany, które zaszły w ich relacjach domowych, rodzinnych, sąsiedzkich, makrospołecznych. Pytano o źródła ich wiedzy na temat potencjalnego zagrożenia, o treści które złożyły się na (nieoczywiste, nieuświadomione) uczenie się z pandemicznego doświadczenia. Interesujące były środki prewencji podjęte przez badanych wobec zagrożenia COVID-19. Rozmówcy byli proszeni o sformułowanie przesłania, zasady, która wydaje się im najważniejsza po doświadczeniu skutków pandemii.

Uzyskano ponad 10 godzin nagrań (10:35:14). Nagrania poddane zostały transkrypcji. Zastosowano analizę zorientowaną na znaczenie (Kvale 2010, s. 171–176). Transkrybowany tekst poddany został kodowaniu i kategoryzacji, następnie kondensacji. Ustalono zostały jednostki znaczeniowe z uwzględnieniem celu badań i rangi przypisanej im przez rozmówcę. Opis wyników zawiera informacje dotyczące centralnych wątków wywiadu.

Charakterystyka rozmówców

Zgodnie z Ustawą o osobach starszych (2015) w Polsce za osobę starszą uznaje się mężczyznę lub kobietę z ukończonym 60. rokiem życia. Badani – dziewięć kobiet

i trzech mężczyzn – mieli od 60 do 79 lat. Do badań (przełom czerwca i lipca 2020) zaproszone zostały osoby mieszkające w różnych częściach Polski: czworo badanych mieszkało w regionie o bardzo dużym wskaźniku zachorowań na COVID-19, pięcioro w województwach o dużym wskaźniku zachorowań (5 i 6 pozycja wśród 16 regionów), dwie osoby mieszkaly na terenach o niskim poziomie zachorowań (dwa ostatnie miejsca wśród województw).

Od każdej z zaproszonych osób oczekiwano świadomej zgody na udział w badaniu (Kvale, 2010, 9, s. 64–65). Niektóre z nich odmówiły, argumentując, że nie wierzą w obiektywizm wyników, bowiem „na pewno ktoś je zamówił i opublikuje dla merkantylnych celów”. Obawiały się, że badaczka została „wynajęta do wyszukiwania ludzi, którzy zgodzą się na wywiad i podadzą swój pogląd akurat w tej sprawie”, zirytowani pytali: „Jak najlepiej kogoś wyprowadzić z równowagi? Prowadzić przesłuchanie przez telefon”. Twierdzili: „Nie wierzę w szczytny cel takich wywiadów”. Ostatecznie w badaniach z wykorzystaniem połączeń telefonicznych udział wzięło 12 osób. W jednym przypadku wywiadu udzieliło małżeństwo, odpowiedzi małżonków analizowane były oddzielnie.

Podczas badań siedem osób przebywało w domu, dwie na urlopie (w tym jedna za granicą), dwie pracowały, jedna przebywała samotnie w swoim domu na wsi. Wszyscy mieli rodziny, nikt nie był samotny, choć pięć osób żyło we wdowieństwie. Poza jedną osobą z niemieckim obywatelstwem rozmówcy byli Polakami. W chwili badań przebywała ona w Polsce. Wywiad przeprowadzony został w języku polskim.

Cztery osoby gospodarowały jednoosobowo, samodzielnie, cztery jednopokoleniowo w małżeństwie lub związku, trzy mieszkaly w gospodarstwie dwupokoleniowym – dwie osoby z rodzicami (w wieku 95 i 94 lata), a jedna z mężem i studiującą córką, jedna osoba w rodzinie wielopokoleniowej – z mężem i rodziną prokreacyjną jednego z własnych dzieci. Trzy osoby mieszkaly w domach, pozostali w budynkach wielorodzinnych.

Stan zdrowia w samoocenie siedmiorga badanych był *dobry* i *bardzo dobry*, pomimo przypadków POChP i stanu rekonwalescencji po resekcji prostaty, trzy osoby oceniły swoje zdrowie na *tak sobie* i wskazały na choroby przewlekłe (sarkoidoza płucna, chora tarczyca, chore jelito grube, rekonwalescencja po złamaniu kości). Dwie osoby oceniły swoje samopoczucie jako *złe* i wymieniły szereg współwystępujących schorzeń przewlekłych, w tym cukrzycę, chorobę oczu, układu trawiennego, układu krążenia. Własną sytuację ekonomiczną badani ocenili jako *dobrą*.

Kobieta, która jako jedyna uznała stan finansów za bardzo dobry, od przejścia na emeryturę prowadziła własny biznes w branży turystycznej. Druga kobieta pracowała na podstawie umowy o pracę, trzecia – czasowej umowy zlecenia. Mężczyzna prowadził jednoosobową działalność gospodarczą. Pięć kolejnych osób działało wolontaryjnie na rzecz uniwersytetów trzeciego wieku (UTW) jako ich animatorzy, w tym dwie prowadziły lektoraty języka obcego (rosyjskiego oraz francuskiego), kolejna śpiewała w amatorskim zespole wokalnym. Trzy osoby były aktywne w obszarze własnego gospodarstwa domowego i zajęć hobbystycznych. Siedem osób miało wyższe wykształcenie, pięć średnie.

Wyniki badań

Pandemia – lockdown

Rozmówcy zapamiętali moment, gdy w Polsce ogłoszono pierwszy przypadek zachorowania na COVID-19. Również dzień wprowadzenia reżimu izolacyjnego zapadł im w pamięci. Wskazywali na wydarzenia z ich dnia codziennego, które zostały albo przerwane albo znacząco zmodyfikowane. Tym samym stały się zdarzeniami znaczącymi. Niektóre z nich miały wymiar jednostkowy, inne związane były z koniecznością porzucenia dotychczasowej aktywności kulturalno-edukacyjnej:

– Byłam w Polsce, wyjeżdżaliśmy z mężem w tym dniu do domu, do Niemiec. Ogłosiłi epidemię i szlaban się za nami zamknął (S k 65); – Byłam w szpitalu, docierały do mnie informacje, że ludzie chorują na dziwny rodzaj grypy, która z Chin idzie na inne kraje (W m 60); – To było jak córka pojechała na delegację. a ja pilnowałam wnuków. Zadzwonił jej szef i powiedział, że jest koronawirus i że jest zagrożeniem dla starszych ludzi. Zięć mnie od razu odwiózł do mojego domu. To było 13 marca. Jak mnie zawiózł, to pięć tygodni siedziałam w całkowitej izolacji (T k 70); – To było 12 marca, ostatni czwartek mojej wolności poza domem, rocznica śmierci mojej mamy (E k 69).

– To było po 9 marca, po poniedziałkowym spektaklu w UTW (Li k 69); – Zamknęli wtedy nasz UTW (A m 76); – Musieliśmy odwołać zajęcia w UTW, to było straszne! (Lu k 63); – Doskonale pamiętam. Byliśmy z naszym zespołem na koncercie koło Rzeszowa. Ludzie mówili, że coś złego się dzieje, każdy zaczął się bać [...] We środę odwołali kolejny koncert i koniec (J k 70).

Informacje o pandemii wywołały reakcje od „spodziewałem się tego”, poprzez „miałem ważniejsze problemy”, po „byłam wstrząśnięta”:

– Ja przewidywałem co się może stać, bo w Wuhan i we Włoszech... Czekałem, kiedy u nas to będzie. Kupowałem maseczki, zanim wprowadzili nakaz (A m 76); – W Europie wiedzieli już w grudniu, a kiedy ogłosili? W lutym! Można wnioski wyciągnąć z tego! (S k 65).

– Docierało to do mnie, ale się nie przejmowałem. Równie dobrze mogłyby to być informacje o Twardowskim na Księżycu (W m 60); – Wcześniej byłam pół roku zamknięta w domu z powodu złamania nogi i to był dla mnie problem. Rząd uspokajał, że jesteśmy przygotowani, wierzyłam, że pandemia nas nie dopadnie (K k 75).

– Załamalam się. Płakałam. Dużo się modliłam (Lu k 63); – Myślałam o tym co będzie w przyszłości, jak zmutuje, co będzie z dziećmi, z wnukami (D k 79); – Te obrazy medialne mnie dobijały, te masowe pochówki we Włoszech (E k 69).

Można było założyć, że osoby w podeszłym wieku zareagują lękiem, dowiadując się, że są w grupie wysokiego ryzyka. Istotnie, część odczuwała egzystencjalny niepokój. Jak ukazały badania przeprowadzone przez CBOS (2020) na reprezentatywnej grupie dorosłych Polaków w drugiej połowie czerwca 2020 r., czyli w tym samym czasie co

raportowane wywiady, 64% badanych deklaroowało obawę przed zarażeniem się korona wirusem, a 20% określiła poziom lęku jako duży. Najbardziej zarażenia bały się osoby najstarsze, powyżej 65. roku życia (77%).

We własnych badaniach odnotowano następujące określenia stanów emocjonalnych: zaniepokojenie, lęk, strach, przerażenie, panika. Narratorzy bali się o bliskich, o siebie i o innych ludzi, o zdrowie, życie, o to, że zabraknie respiratorów. Bali się zarazy i jej skutków:

– Bałam się że umrę, o zdrowie, bałam się komunikacji miejskiej (E k 69); – Nie zdawałam sobie sprawy, że to takie straszne, ta epidemia. Bałam się, żeby się nie zarazić, wiek jest jaki jest, można zachorować. Bałam się o dzieci, o wnuki (T k 70); – Bałem się o siostrę, o 11 lat starszą. Jak zaczęła się ta sytuacja na Śląsku [nagły i intensywny wzrost zakażeń], a mąż wnuczki pracuje w kopalni, bardzo się o nich bałem (A m 76); – Strach, panika, samotność, Rozumiałam zagrożenie, czułam lęk o mamę i o to, jak sobie poradzę poza domem. O to, by nie doświadczyć respiratora (Li k 69); – To było wstrząsające, czułam strach przed śmiertelną chorobą (D k 79); – Bałam się o syna, o siebie, nie spałam, oceniałam ryzyko (J k 70); – Jak miałam bóle żołądka to nie jechałam na pogotowie z obawy przed zarażeniem (M k 67).

Ale były też osoby, które – jak twierdziły – nie bały się niczego:

– Zdrowy organizm trudno jest zaatakować. Jeżeli zdrowo się pani odżywia to jest pani zdrowa (S k 65); – Moją główną troską było to, czy po operacji dojdę do siebie, że się nie dostanę do ambulatorium jak zamknę szpital. Ta troska była ważniejsza niż COVID. Napominałem matkę, by myła, myła ręce i nosiła maseczkę (W m 60); – O siebie się nie bałem. Jeśli się zdarzy – trzeba będzie pokonać chorobę. Po wstępnym rachunku sumienia człowiek jest przygotowany na odejście w mrok. Już z tą kosą może przyjść po człowieka. Przyjdzie, trudno, pójdziemy! (A m 76).

Nieoczekiwanym „dodatkiem” do relacji narratorów stały się ich wspomnienia związane z zamknięciem salonów fryzjerskich. Część respondentów twierdziła, że „okropnie” wyglądali: *– Patrzeć się na siebie w lustrze nie mogłam (M k 67); – Mężczyźni zapuszczali brody, włosy, niektórzy wyglądali świetnie, inni niekoniecznie – jak goryle (Lu k 63). Inni brali sprawy, a właściwie nożyczki, we własne ręce: – Sama podcinałam sobie włosy (Lu k 63);*

– Codziennie się golę, ale patrzeć na siebie nie mogłem. Mam maszynkę do strzyżenia i przed lustrem się ostrzygłem. Próbowalem nawet zejść do podziemia fryzjerskiego, ale się nie udało (śmiech) (A m 76); – Sam się strzygę, do żony przyszła fryzjerka, ale dopiero w maju (W m 60); – Otworzyli salony fryzjerskie więc dla poprawy nastroju od razu poszłam i obciąłam włosy. Od razu lepiej się poczułam (E k 69).

Ważna wydaje się opinia rozmówców dotycząca służby zdrowia. W wielu rozmowach poruszali wątek szacunku, uznania za odwagę, za ciężką pracę personelu medycznego:

– Zaczęliśmy szanować własne zdrowie, inaczej podchodzi się do lekarza, lekarstw (A m 76); – Służba zdrowia z pierwszej linii frontu zasługuje na medale, brawa (E k 69).

Izolacja

Konieczność poddania się izolacji fizycznej spotkała się ze zrozumieniem niemal wszystkich rozmówców. Ich pierwsze reakcje rozłożyły się kontrastowo, od buntu i zaskoczenia po autoizolację:

– Byłam zdziwiona, że świat może się tak zmienić, że pokornie siedzimy w domach (K k 75); – Obostrzenia zaakceptowałam, ale część uznaję za głupie – zakaz jazdy rowerem, zakaz wstępu do lasu, na cmentarz – to było głupie zarządzenie (D k 79); – To głupota. W Niemczech nie było nakazu siedzenia w domach, chodziliśmy na długie spacer-y, z tego względu, że to zdrowe i żeby nie zwariować (S k 65); – Odebrałam nakaz jako całkowicie niezrozumiały (J k 70); – Po operacji i tak musiałam być w domu. a potem chodziłam na spacer-y po łąkach, lesie, w maseczce, jak idiota (W m 60).

– Pierwszy miesiąc spędziłam w pełnej izolacji, w domu, tyle co do pobliskiego sklepu, zakupy raz w tygodniu. Dwa razy dziennie mierzyłam temperaturę, mydło szare, często myłam ręce, wewnętrzna dezynfekcja, ha ha, dobra śliwowica, ha ha ha!! (A m 76); – Rękawiczki, maseczki, odstęp-y. Jak wracałam z zakupów to całe ubranie ściagałam, myłam się cała (Li k 69); – Zamknęłam się. Nie chciałam się kontaktować ani z synem ani z siostrą (E k 69); – Pięć tygodni siedziałam w całkowitej izolacji, wychodziłam tylko na balkon (T k 70); – Trzy tygodnie w domu. Było takie zawieszenie, takie smutne oczekiwanie w społecznej ciszy (J k 70); – Rozumiem ideę izolacji, z domu wychodziłam tylko na zakupy (Z m 71); – Spirytusem dezynfekowałam wszystko. Jak stanęłam w kolejce to się bałam, trzymałam dystans (M k 67).

W późniejszym okresie dominowało zrationalizowane podejście do problemu izolacji, wszyscy zachowali rozwagę i daleko idącą ostrożność:

– Po dwóch tygodniach paniki już nie było, zostało przygnębienie. Działalam zadaniowo, trzeba iść na zakupy to idę (Lu k 63); – Uspokoiliłam się, bo unikałam kontaktów, byłam bezpieczna. W kwietniu wyjechałam na wieś i tu będę do jesieni (T k 70); – Chodziłam do pracy, ale tak żeby nikogo nie spotkać, w pracy były dyżury, nie było kontaktu z nikim (M k 67); – Przyszło opamiętanie, zakupy na pięć dni, środki czystości. Oswoiliłam się z zagrożeniem. Bałam się miejskiej komunikacji, ale gdy trzeba było – jeździłam na swoją rehabilitację (Li k 69); – Staralam się zachować logicznie, spokojnie i stosownie do zaleceń (D k 79); – Staralem się zachowywać przepisy sanitarne, żeby nie narażać siebie i innych (A m 76); – Żyć trzeba... Jakoś sobie z tym poradzić. Żyjemy z tym, z ostrożnością, z higieną, bez dotykania twarzy. Drażnią mnie osoby bez maseczki i bez rękawiczek. W sklepie macają, dotykają... Żeby to świniństwo świeciło to można by reagować... (J k 70); – W maseczce i rękawiczkach wychodziłam na spacer-y, jeździłam na rehabilitację. Unikam ludzkich skupisk i obsesyjnych myśli, w które wsłuchiwałam się szczególnie podczas bezsennych nocy. Gdy wyszłam z domu lęk się skończył (E k 69); – Zachowaliśmy posłuszeństwo wobec zaleceń (M k 67, Z m 71).

Narratorzy obserwowali otoczenie, wdrażali strategie prewencyjne, które ich zdaniem minimalizowały ryzyko.

Wsparcie społeczne

Wsparcie jest procesem wymiany informacji, emocji, troski, dóbr materialnych, usług, opieki i pomocy. Osłabia poczucie zagrożenia, niepewności. Narratorzy doceniali starania innych osób:

– Sąsiadka pytała żonę, czy czegoś potrzebujemy (W m 60); – Młodsza sąsiadka oferowała pomoc w zakupach (K k 75); – Młody chłopak dwa razy przychodził, pytał czy mi czegoś potrzeba, przynosił wodę mineralną, całe zgrzewki (Li k 69); – Po dwóch tygodniach przyszło wsparcie, poczułam, że nie jestem sama. Były telefony, życzenia miłego dnia, pytania o zdrowie, wiadomości po 30 na dzień, WhatsApp i Messenger, bardzo dużo serdeczności krążyło po Internecie (Lu k 63).

Wszyscy rozmówcy dysponowali zasobami rodzinnego wsparcia, nie było wśród badanych osób osamotnionych. Równie ważna okazała się funkcja opiekuńcza, wyrażająca się w dostarczaniu rodzicom zakupów. Narratorzy wskazali sytuacje, które ich bezpośrednio dotyczyły:

– Córci dzwoniły bardzo często, prawie codziennie (A m 76); – Syn przywoził i zostawiał zakupy przed drzwiami, przez okno rozmawialiśmy (Z m 72); – Od rodziny zakupy, troska o moje zdrowie, broń Boże żebym nigdzie nie chodziła, wszystko do domu przyniesione miałam (T k 70); – Wsparcie od dzieci, robiły zakupy, czułam się zaopiekowana (J k 70); – Syn starał się, ale bez styczności ze mną (D k 79); – Siostra starała się i syn. Przywozili zakupy, były telefony (E k 69); – Syn nie chciał przyjeżdżać, bo wnuki i synowa chorowali na grypę (być może nawet był to COVID), bali się o mnie (K k 75).

W pamięć zapadały oddolne, społeczne inicjatywy podejmowane w celach pomocowych:

– Z mediów wiem, że były inicjatywy pomagania w zakupach, wyprowadzania starszym ludziom psów na spacer (W m 60); – Młodzi organizowali akcję „Zadzwoń do seniora” (T k 70); – Ludzie oddolnie się organizowali, miałam telefony od byłych uczennic, że chciałyby szyć maseczki. Chwyciło mnie to za serce, że wyszły z taką inicjatywą (J k 70); – Moja siostra szyła ręcznie maseczki z płótna. Sąsiadki dezynfekowały wspólną przestrzeń. Słyszałam o zakupach, posiłkach, o rozklejaniu ogłoszeń z podanym kontaktem, o wyprowadzaniu psów osób na kwarantannach, o telefonach do samotnych seniorów, o wolontariacie w domach pomocy społecznej (E k 69); – Szycie maseczek w bibliotece (A m 76); – W ośrodku wsparcia dziennego szyli maseczki (K k 75).

Pracujący narratorzy wskazali także na działania ochronne, wsparcie finansowe ze strony rządu, tzw. Tarczę 2.0. Działania osłonowe skierowane do prywatnego biznesu ocenili jako sprawne i korzystne.

Niektórzy rozmówcy nie dostrzegli wspólnotowych działań pomocowych:

– Tu nikt (Z m 72); – Nie słyszałam o żadnym wsparciu (Li k 69); – Słyszeliśmy to, co podawali w telewizji, ja byłam poza zasięgiem takich akcji (M k 67); – Społeczeństwo nie angażowało się w pomaganie. Z telewizji wiem, że sąsiad sąsiadowi czasem pomagał, ale w Niemczech nie ma wsparcia społecznego, rodziny liczą na siebie. Wie pani, tu chodzi więcej o gospodarkę jak o życie człowieka! (S k 65).

Kilkoro rozmówców wskazało na siebie, jako dawcę wsparcia emocjonalnego i rzeczowego:

– *To ja udzielałem wsparcia innym, w rozmowach z siostrą wykorzystywałem mój czarny humor (A m 76); – Jeśli chodzi o koleżanki to jestem zawiedziona, to ja inicjowałam kontakty z tymi, których uczyłam francuskiego. W drugą stronę nie było tej troski (E k 69); – Szyłam z sąsiadką maseczki, rozdawałam potrzebującym, szyliśmy z płócienka, nieodpłatnie, żeby pomóc tym emerytom, których nie stać (D k 79); – Jestem na tyle sprawna, że to ja pomagałam, szyłam maseczki. Byłam zaangażowana w akcję czytania dzieciom, zorganizowała to biblioteka, każdy z nas czytał fragment, a dzieci mogły to oglądać na ekranie (Lu k 63).*

Narratorzy racjonalizowali pandemiczne napięcia poprzez koncentrację na działaniach na rzecz innych, na podtrzymywaniu więzi ze światem zewnętrznym.

Zmiany w relacjach – „skorupka lęku”

Pytani o jakość relacji osobowych pomiędzy domownikami narratorzy zazwyczaj odpowiadali – żadnych zmian. Małżonkowie biorący udział w badaniu udzielili budującej odpowiedzi: – *Żyjemy jak dotąd. Nam nigdy siebie za dużo (śmiej) (M k 67 i Z m 72).* Uciekająca w samotność przed stresem narratorka stwierdziła: – *Odkąd jestem sama czuję się dobrze, nie boję się, że siostra przywiezie mi zarazę (E k 69).* Dwie pozostające w związkach osoby wskazały na pogłębienie się frustrujących stanów: – *Mąż się zajmuje swoimi sprawami (telewizją, Internetem), a my z córką jesteśmy obok (Lu k 63); – Za dużo bycia razem, smutno, nerwowo, ciężko, on [partner] wciąż ma pretensje (K k 75).*

Refleksje dotyczące relacji rodzinnych były zgodne – emocjonalnie bez zmian, ale kontakty przeniosły się na łącza telefoniczne i do komunikatorów. Kilkoro narratorów ze smutkiem wspominało Święta Wielkanocne, które w kulturze polskiej są jednymi z najważniejszych:

– *Pierwsze święta w życiu, że ani do kościoła, ani z bliskimi, samotnie. Telefoniczne życzenia były, każdy u siebie. Do kościoła od marca nie chodzę (T k 70); – Święta były smutne, najsmutniejsze. Triduum Paschalne jest dla mnie bardzo ważne. Palmę święciłam przed ekranem. Ksiądz święcił pokarmy „objazdowo”, wychodziliśmy przed domy, poświęcił i jechał dalej (Lu k 64); – Święta były smutne, każdy był u siebie, po raz pierwszy. Smutne doświadczenie... (Li k 69); – Syn przyjechał pod balkon, rozmawialiśmy, to było bardzo smutne. Przez messengera rozmawialiśmy z córką i wnukiem (M k 67 i Z m 72); – Zazwyczaj starsza córka zapraszała rodzinę do siebie. W tym roku byłam tylko ja i matka zięcia. Zachowywaliśmy odległość, bez uścisku, bez kontaktu fizycznego z najbliższymi. Cholernie mi tego brakuje (A m 76).*

W zakresie stosunków z sąsiadami część rozmówców dostrzegła zmiany:

– *Każdy u siebie, nikt o nic nie pyta (M k 67 i Z m 72); – Pustka wokół bloku. Chodzimy zamaskowani, nie ma relacji, na balkonach nie wyśpiewywaliśmy (śmiej) (A m 76); – Tylko „dzień dobry” (T k 70); – Relacje schłodziły się, każdy siedzi w swoim gnieździe.*

Normą są zdawkowe rozmowy o niczym przez płot. Nie chcę rozmawiać o chorobach samotnych ludzi z samotnymi ludźmi (J k 70); – Jesteśmy obok, ale nie razem, dystans społeczny zamienił się w rezerwę (E k 69).

Stosunki społeczne ukazywane przez media okazały się być dla respondentów frapujące. Byli ambiwalentni w ocenie rzeczywistości:

– Młodzi ludzie poczuli, że mogą pomóc i to jest dobra rzecz. a starsze pokolenie ubrało się w skorupkę lęku przed kontaktem z innymi (J k 70); – Młodzież się zmobilizowała, było sąsiedzkie wsparcie, sąsiedzka pomoc (D k 79); – Ujawniły się dobre zaangażowane postawy, a z drugiej strony cwaniaki, ludzie podli, którzy się chcieli wzbogacić na ludzkiej krzywdzie (K k 75); – Skandal z maseczkami, wręcz przestępstwo, zarabiać na ludzkim cierpieniu to niegodziwe (E k 69); – Złe stany się ujawniły, każdy zagarnia pod siebie (Z m 72); – Ludzie stali się nerwowi, złośliwie i agresywnie reagujący na innego człowieka, lęk o to, że można zachorować i umrzeć wyzwala wrogość (Lu k 64); – Nie ma ludzi na ulicach. Smutne były te pogrzeby z udziałem tylko najbliższych, nie można było okazać szacunku zmarłym i ich rodzinom. Jak niewiele potrzeba, żeby zawałiło się życie społeczne. Zostaliśmy rozczłonkowani na kraje, regiony, zatomizowani na rodziny, na mieszkania! Jakim kruchym organizmem jest społeczeństwo! (A m 76).

Źródła wiedzy i treści uczenia się z pandemicznego doświadczenia

Kwarantanna społeczna wymusiła zmianę sposobu organizacji czasu i codziennych zadań. Ludzie pozbawieni dostępu do miejsc, w których spędzali czas musieli znaleźć zamienniki. Szybką odpowiedzią stało się przeniesienie działań kulturalnych, rozrywkowych i edukacyjnych do Internetu. W ten sposób każdy, kto miał dostęp do sieci, mógł przeczytać ebooka, nieodpłatnie przeczytać artykuły prasowe, obejrzeć wybrane spektakle teatralne, wirtualnie zwiedzić muzeum, wziąć online udział w koncercie. W czasie izolacji poszerzyła się oferta działań o charakterze popularyzatorskim i edukacyjnym. Interesujące wykłady, dyskusje, spotkania odbywały się na żywo, na ekranie laptopa, wiele z nich można było odtworzyć po zakończeniu.

Większość narratorów to były osoby bardzo aktywne, korzystające z oferty UTW, kina, teatru. Dla nich *lockdown* okazał się trudnym doświadczeniem:

– Zamroziłam swoje zainteresowania. Nie lubię pośrednich form. Żeby przeżyć muszę wyjść, być z ludźmi. Stanęłam nad urwiskiem. Cofnęłam się, szukając bezpiecznego miejsca dla własnej egzystencji. Możemy przez chwilę sobie bezpiecznie pospacerować, ale do przodu nie można pójść, bo przepaść... (E k 69);

Dla wielu podstawowymi źródłami wiedzy były telewizja i Internet, co zrozumiałe w warunkach pandemicznego zamknięcia: *– Śledziłam, co WHO zaleciła (S k 65).* Dla laików kryje się tu niebezpieczeństwo, bowiem Internet jest przepełniony różnorodnymi treściami, a wiedza ekspercka jest niełatwa do znalezienia oraz zrozumienia (Jarynowski et al., 2020, s. 8). Niektórzy wskazywali na prewencyjne spoty informacyjne, inni na wywiady ze specjalistami, audycje tematyczne, także w telewizjach zagranicznych: *– Jestem zdumiony nieodpowiedzialnością niektórych społeczeństw, np.*

ludzi z USA i tego konsekwencjami! (A m 76). W sieci poszukiwali treści dotyczących zdrowia, odżywiania się, higieny, kondycji fizycznej: – *Szukam porad żywieniowych na YouTube, w grupach dyskusyjnych na Facebooku. Jeśli będę mieć odporność żaden COVID mi nie da rady. Chorobę można wyrzucić z organizmu* (T k 70).

Niektóre osoby unikały massmediów, by zminimalizować stres:

– *Nie mogłam skupić się na telewizji, jeśli są informacje, pokazują trumny, to po co później wołać „nie panikuj”?* (J k 70); – *Oglądałam w Internecie film o Chinach, wielce pouczający, bardzo to przeżyłam. We Włoszech, ogrom tych trumien, rodziny, które nie mogły pożegnać się z bliskimi* (Li k 69).

Respondenci dużo czytali i wykorzystywali zasoby domowe w celach rozrywkowych:

– *Redukowałam swój niepokój czytając książki* (J k 70); – *Czytam książki, nie zasypiam bez czytania. Dobieram literaturę wg autora, kończę jednego, zaczynam poznawać kolejnego* (Lu k 63); – *Czytam, sięgnęłam po nowe gatunki literackie. Krzyżówki, telefon do przyjaciół w Paryżu, to takie ćwiczenie w konwersacji* (E k 69); – *Mam w domu ogromny księgozbiór, mam z czego wybierać* (A m 76); – *Internet, krzyżówki, książki, dużo czytam, mam swoje seriale, nie nudzę się* (D k 79); – *Coś poczytam, coś napiszę, pasjanse, poszukam na facebooku* (K k 75).

Rezyliencja

Rozmówcy stosowali różne strategie radzenia sobie w warunkach stresu, osvajania zagrożenia, redukcji lęku. Początkowo izolowali się, wyjeżdżali z wielkich miast na wieś, gromadzili zapasy środków odkażających, niemal kompulsywnie wykonywali zabiegi higieniczne, minimalizując ryzyko świadomie nie spotykali się z rodziną, podejmowali nowe rodzaje aktywności.

Niektóre z zachowań ledwie wychodziły poza ramy dotychczasowej rutyny:

– *Żadnych zmian, poza tym, że na zewnątrz nie wychodziłam, trybu życia nie zmieniłam, jedynie bardziej dbałam o higienę. Codziennie gimnastyka, codziennie!* (T k 70); – *Poranna gimnastyka, mam robotę w domu, wychodzę do ogródka* (J k 70); – *Mnie koronawirus nie zaszkodził, nie zmienił jakości życia. Gimnastyka, szklanka wody na czczo, ogródek, zakupy, pomoc sąsiadka. Czasami brakuje mi czasu (śmiech)* (D k 79).

Inni poszukiwali spokoju w kontemplacji, modlitwie, przyrodzie:

– *Miałam swoją modlitwę, nordic walking, spotkania z sarnami i różaniec odmawiany w lesie. W Ewangelii powiedziano: „Zamknij się w swojej izdebce, tam się módl w ciszy”. Jak mi odebrano możliwość uczestniczenia w sakramencie było mi źle. Powróciłam do Kościoła 10 maja, przeplakałam całą mszę. Bardzo mi tego brakowało* (Lu k 63).

Samotność bywała postrzegana jako stan negatywny:

– *Żyję tyle miesięcy w pustce, niepotrzebna nikomu, ludzie się do siebie nie odzywają* (E k 69); – *Funkcjonowanie bez więzi społecznych jest niemożliwe* (A m 76).

Wszyscy rozmówcy znali objawy COVID-19. Wszyscy też pamiętali i w większości stosowali zabiegi prewencyjne takie jak mycie rąk, zachowywanie odstępów, dezynfekcja powierzchni dotykowych, nakładanie maseczek itd. Połowa negatywnie oceniła wprowadzone do handlu tzw. „godziny dla seniora” (od 10:00 do 12:00), uznając tę innowację za „głupią”, „chorą”, „niewypał”, „stygmatyzowanie”, „negatywne naznaczenie”. Część skrytykowała nakaz noszenia rękawiczek: – *Cały dzień nosili rękawiczki i wkładali je wszędzie. Większy sens miało mycie rąk. Nie ufam też środkom dezynfekcyjnym, wysuszają naskórek, lepiej myć dłonie niż smarować brudy* (W m 60).

Rozmówcy o domocentrycznym stylu życia poszukiwali wiedzy, pozostając w określonych telewizyjnych „bańkach informacyjnych”. W ślad za tym pojawiły się mechanizmy asymilowania komunikatów, dostosowania się do zaleceń sanitarnych: – *Byliśmy posłuszni* (M k 67 i Z m 72). Niektórzy sceptycznie odnosili się do komunikatów rządowych:

– *Negatywnie oceniam politykę informacyjną rządu. Korzystałem z własnego doświadczenia dotyczącego innych rodzajów infekcji, różnych rodzajów grypy* (W m 60); – *Pełna dezorientacja! Minister zdrowia wypowiadał się kpiąco o maseczkach, a potem zwrot o 180 stopni! Nagle wszyscy muszą!* (D k 69).

Inni wdrożyli mechanizm unikowy poprzez wypieranie niezrozumiałych i niechcianych informacji:

– *Posłucham rano, zdenerwuję się a potem przełączam się na filmy przyrodnicze* (A m 76); – *Tłumaczę sobie, że no trudno, współczuję, ale nie za głęboko przeżywam. Te wydarzenia są za daleko* (D k 79).

Nie wszyscy zachowywali ostrożność wobec *fake newsów*, spreparowanych wiadomości, działających na zasadzie stugębnej plotki:

– *Jest teoria, że ludzie szczepieni przeciw gruźlicy lepiej znoszą koronę lub nie chorują. a ci, którzy głodowali są bardziej odporni. a ja miałem złe, pełne głody dzieciństwo* (A m 76); – *Ten COVID to ściema. Ja się na wsi podbuduję, słońce, witamina D3 dają mi odporność. Szczepić się nie będę, bo to nic nie daje. Jem seler naciowy – jest bezcenny. Umrzeć kiedyś trzeba* (T k 70).

Osoby aktywne kulturalnie i społecznie, wskazywały na swój związek z UTW:

– *Zarząd UTW zaczął na stronie internetowej udostępniać wykłady, propozycje zajęć ruchowych. To było bardzo dobre!* (A m 76); – *Dzwonimy do samotnych, są dyżury, najpierw my do nich, teraz one do nas. Są osoby, które się w domach zasiedziały, straciły kondycję, przewracają się, łamią ręce. Wprowadziliśmy gimnastykę przez Internet, wykłady, ale to nie to samo. Tęsknię za UTW, za edukacją, rozrywką, ludźmi* (J k 70).

Nie wiadomo było jak długo potrwa izolacja. Zaszła więc konieczność znalezienia nowych rozwiązań, nowych strategii rezyliencyjnych (radzenia sobie). Część osób pozbawionych dostępu do miejsc, w których spędzali czas znalazło zamienniki:

– *Nie tęsknię za UTW, są ważniejsze sprawy* (Li k 69); *Dobrze nam ze sobą, pijemy sobie popołudniami kawkę* (M k 67 i Z m 72).

Inni organizowali sobie czas, dostarczając kulturalnych rozrywek innych niż w czasach przed pandemią:

– *Na Netflixie oglądałyśmy z córką po kolacji seriale, nogi wysoko, między nami laptop, kino domowe, co wieczór!* (Lu k 63).

W przestrzeni medialnej pojawiły się żartobliwe memy, dowcipne smsy, tragicomiczne żarty, anegdoty. Byli i tacy, którzy podejmowali nowe rodzaje aktywności. Gdy w internecie rozlała się fala tzw. „wyzwań” #hot16challenge2, Maria Kramarczyk, jedna z osób, z którą nawiązałam kontakt, ale która nie zgodziła się na wywiad, występująca w zespole wokalnym The Senior Singers, zgodziła się na udostępnienie skomponowanego przez siebie utworu:

*Siedzę w domu trzy miesiące
Z moją kulturą w rozłące
Ludzie co nas otaczali
Też są od nas oddaleni Też są od nas oddaleni
Czekam kiedy to się skończy
Ale widok nie krzepiący
Teraz szybkie odmrażanie
Bo wybory są na planie, bo wybory są już w planie
To, co kocham bardzo robić
Dziś nie mogę, bo jest COVID
Medycyna jest bezsilna na zarazę, co nas zgina
Służbie zdrowia – szacun wielki
Dbacie o nas chociaż ciężko
Nie poddamy się nikomu
Chociaż robią z nas balonów Chociaż robią nas w balonów
Wyzwolimy się z przemocy, bo w nas jeszcze dużo mocy (bis)*

Maria Kramarczyk, #hot16challenge2; https://www.youtube.com/watch?v=_sAdw0DIw4U

Pragnienia, wartości

W rozmowach o nowej jakości życia poruszony został wątek codziennych potrzeb i pragnień. Wszyscy narratorzy wskazali na potrzebę bezpieczeństwa, pewności warunków życia, unikania ryzyka:

– *Wdrażam się do unikania ryzyka* (J k 70); – *COVID u mnie nic nie zmienił i niech tak zostanie* (D k 79); – *Mam zastrzeżenia do funkcjonowania nieCOVIDowej służby zdrowia, nie można zastać lekarza w przychodni, skandal* (E k 69).

Wielu wskazywało na potrzeby więzi, przynależność do wspólnoty:

– *Ludzie chcą się spotykać, tęsknią za społecznymi kontaktami, choćby po, żeby móc pogadać* (Li k 69); – *Ludzie potrzebują bliskości, rozmowy, współpracy, wymiany doświadczeń, docenienia* (J k 70).

Najmocniej akcentowane było znaczenie rodziny:

– *Rodzina ponad wszystko, ich bezpieczeństwo ponad wszystko* (S k 65); – *Rodzina to najcenniejsza i najpewniejsza wartość* (J k 70).

Kilka osób zaznaczyło swój wkład w budowanie ładu społecznego:

– *Ja mam swoje hobby – pracę* (S k 65); – *Dobrze się czuję w pracy, kocham ją* (M k 67); – *Gdy nie ma celu, gdy nie ma gdzie wyjść, to nie chce się żyć* (K k 75); – *Przygotowywałam materiały dla słuchaczy UTW* (J k 70); – *Aktualizowaliśmy stronę internetową naszego UTW* (Lu k 63).

Część odłożyła realizację planów i marzeń nie „kiedyś”:

– *Myślałam sobie na 70. urodziny pojechać do Włoch – ale czy dożyję?* (E k 69); – *Mieliśmy w UTW nagrany wyjazd do Sankt Petersburga i Moskwy, zaliczki powpłacane i nie wyszło. Ale jeśli Allah i zdrowie pozwolą to pojedę!* (A m 76).

Przesłania, które chcieliby skierować do innych, są proste:

– *Za mała jestem, żeby świat pouczać. Za szybko biegniemy, przyszedł moment przyhamowania, opamiętania, zatrzymania, dostrzeżenia rzeczy najbliższych* (J k 70); – *Wiedzy wam nikt nie zabierze* (S k 65); – *Cóż mam powiedzieć światu? Żeby mył ręce?* (W m 60); – *Pamiętaj, jutro też jest dzień!* (A m 67); – *Ludzie, bądźcie dla siebie dobrzy i serdeczni* (Lu k 63); – *Powiedziałabym – bądź dobrym człowiekiem, krzywdy nikomu nie rób* (M k 67); – *Ważny jest szacunek, wyrozumiałość* (Z m 72); – *Moje wartości są stałe, koronawirus ich nie zmienił, należy myśleć o ludziach, o środowisku a nie o pieniądzach* (K k 75).

Kilkoro opowiedziało o konieczności dzielenia się z innymi:

– *Trzeba sobie nawzajem pomagać* (Lu k 63); – *Żyj tak, żeby coś po tobie pozostało, i dlatego napisałem autobiografię* (śmiejch) (A m 76).

Podsumowanie

Kwarantanna społeczna wymusiła zmianę sposobu organizacji czasu i codziennych zadań. Pandemia, izolacja społeczna zatrzymały nas w domach, wyzwoliły duże emocje. Sklepy spożywcze wprowadziły tzw. „godziny dla seniora”. Kluby seniora, UTW odwołały zajęcia i wszelkie wydarzenia. Wstrzymane zostały wyjazdy, imprezy. Zamknięte zostały niektóre zakłady pracy, wszystkie szkoły i uczelnie, tereny zabaw i gier ruchowych, parki i lasy. Ośrodki zdrowia, placówki pomocowe, lekarze, apteki, banki stały się niczym bastiony do zdobycia. Życie społeczne zamarło. *Lockdown* był zdarzeniem krytycznym, swoistą tranzycją, trudnym dla badanych przeżyciem. Można było oczekiwać, że osoby w podeszłym wieku nie znajdą w sobie sił do radzenia sobie ze zmianą. Tak się nie stało. Po początkowej fazie obniżenia nastroju i nasilenia się postaw lękowych odnaleźli się w zmodyfikowanej pandemii codzienności. Nasy-

cone lękiem określenia charakteryzujące ich emocje z początków pandemii zmieniły się w wypowiedzi oddające istotę indywidualnych strategii radzenia sobie. Wnioskuje, że stało się to dlatego, że nie musieli znacząco dokonywać zmian w rytmie powszedniego dnia, nie musieli podejmować pracy zdalnej, korzystać z komunikacji zbiorowej, walczyć o ekonomiczne przetrwanie. Poddali się reżimowi sanitarnemu, mieli poczucie wspólnotowości w poczuciu zagrożenia i wspólnocie doświadczeń łagodzenia stresu (zbiorowe zachowania w sklepowych kolejkach, w komunikacji zbiorowej, w przestrzeni publicznej). Nasiliła się deprywacja ich potrzeb, w szczególności więzi i przynależności, kontaktu z innymi oraz bezpieczeństwa – unikania ryzyka. Istotne stało się bycie przydatnym, potrzebnym, zaangażowanym w oddolnie i spontanicznie podejmowane prospołeczne działania. Co budujące – rodziny narratorów sprawdziły się w dobie koronawirusa, żaden z rozmówców nie wskazał na negatywną zmianę w rodzinnych relacjach, poza brakiem fizycznej bliskości.

Tworzywem ich nieoczywistego uczenia się były treści udostępniane przez telewizję i samodzielnie wyszukiwane w Internecie. Wszyscy rozmówcy byli użytkownikami Internetu i komunikatorów społecznościowych, mediów elektronicznych. Poszukiwali tam wiedzy i rozrywki, społecznych kontaktów, komunikowali się z rodzinami i znajomymi. Tym samym technologia elektroniczna stała się czynnikiem łagodzącym ich izolację fizyczną, dystans społeczny. Ale pandemiczny „areszt domowy” dokuczał większości, był przyczyną natrętnych i posępnych myśli oraz bezsennych nocy. Rozmówcy chcieli wrócić do aktywności sprzed epidemicznych obostrzeń. Podejmowali nowe formy aktywności.

Można stwierdzić, że doświadczenie zamknięcia pandemicznego nie wpłynęło znacząco na postawy i potrzeby osób biorących udział w badaniach. Strategie rezyliencyjne okazały się podobne, ze względu na sanitarne zalecenia. Miały jednak rys indywidualizmu, w szczególności gdy chodzi o sferę emocjonalną. System wartości narratorów nie zmienił się. Przekonanie jednej z rozmówczyń: – *Dla naszego pokolenia czas się zatrzymał, nie będziemy się rozwijać, nie ma sensu czekanie!* (E k 69) było odosobnione.

W prezentowanym opracowaniu nie ma wzorów ani typologii. Są przykłady indywidualnego podejścia do problemu społecznej izolacji, poszerzania kompetencji niezbędnych w pandemicznej (nie)codzienności, nieoczywistego uczenia się z życia i dla życia. Uczenie się w późnej dorosłości to proces, który angażuje doświadczenia (indywidualne i kolektywne), pogłębia refleksję, uprawomocnia subiektywne sądy. Nieoczywiste uczenie się dowodzi, że w każdej chwili naszego życia poszerzamy własne horyzonty, pogłębiały kompetencje, a codzienność jest naszą nauczycielką – facylitatorką, pomagając w adaptacji do nowych warunków.

Bibliografia

- Błachnio, A. (2019). *Potencjał osób w starości. Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*. Bydgoszcz: Wydaw. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- CBOS News (2020). *Poczucie zagrożenia epidemicznego w drugiej połowie czerwca*, Nr 22.

- Drozdowski, R., Frąckowiak M., Krajewski M., Kubacka M., Luczys P., Modrzyk A., Rogowski Ł., Rura P., Stamm A. (2020). *Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z drugiego etapu badań*, UAM, Poznań. Pobrańe z: https://www.academia.edu/43755026/%C5%83%81NA_email_work_card=abstract-read-more
- Dubas, E. (2017). Uczenie się z własnej biografii jako egzemplifikacja biograficznego uczenia się, *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, 1(4).
- Fabiś, A. (2018). *Troski egzystencjalne w starości. Ujęcie geragogiczne*. Kraków: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.
- Galetta, A. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond. From research design to analysis and publication*. New York, NY: New York University Press.
- Horowski, J. (2020). Education for Loneliness as a Consequence of Moral Decision-Making: An Issue of Moral Virtues, *Studies in Philosophy and Education*, 39, s. 591–605. <https://doi.org/10.1007/s11217-020-09728-7>
- Illeris, K. (2006). *Trzy wymiary uczenia się. Poznawcze, emocjonalne i społeczne ramy współczesnego uczenia się*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Jan Paweł II (1979). *Mężczyznę i niewiastę stworzył ich. Odkupienie ciała a sakramentalność małżeństwa*, cz. I rodz. 1. Pobrańe z: <http://www.madel.jezuici.pl/rodzina/Jan-Pawel-II-Teologia-malzenstwa.html#4898>
- Jarynowski, A., Wójta-Kempa, M., Płatek, D., Czopek K. (2020). Attempt to Understand Public-Health Relevant Social Dimensions of COVID-19 Outbreak in Poland, *Society Register*, 4(3), s. 7–44.
- Kvale, S. (2010). *Prowadzenie wywiadów*. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN,
- Livingstone, D.W. (1999). Exploring the icebergs of adult learning. Findings of the First Canadian Survey of Informal Learning Practices, *WALL Working Paper No.10*. Pobrańe z: <https://tspace.library.utoronto.ca/retrieve/4451>
- Livingstone, D.W. (2001). Adults' informal learning: definitions, findings, gaps and future research, *WALL Working Paper No. 21*. Pobrańe z: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/2735/2/21adultsinformallearning.pdf>
- Malewski, M. (2010). *Od nauczania do uczenia się. O paradygmatycznej zmianie w andragogice*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Nguyen, U.S.D.T., Quach, L., Tran, T.V. (2020). Social Stress. In: Gu D., Dupre M. (eds) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, Springer, Cham, Pobrańe z: https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_513-1
- Pierścieniak, K. (2009). Nieformalna edukacja dorosłych. Wokół zakresów i znaczeń, *Rocznik Andragogiczny*, s. 79–98.
- Schugurensky, D. (2000). The forms of informal learning: towards a conceptualization of the field, *WALL Working Paper No.19*, Pobrańe z: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/2733/2/19formsofinformal.pdf>
- Szarota, Z. (2015a). Senior Policy in Poland: Compensation of Needs and Active Ageing, *EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 2(10), s. 99–112.
- Szarota, Z. (2015b). Uczenie się starości, *Edukacja Dorosłych*, 1(72), s. 23–36.
- Tacit learning*. Pobrańe z: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/tacit-knowledge>
- Tabor, U. (2011). Strategie uczenia się dorosłych w sytuacjach edukacji nieformalnej, *Dyskursy Młodych Andragogów*, 12, s. 105–119.

Ustawa z 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz. U. 2015 poz. 1705.

Virag, M., Nemeth, D. (2016). The negative relationships between executive functions and implicit learning, w: M. Kielar-Turska (red.) *Starość, jak ją widzi psychologia*, Kraków: WAM, s. 281–290.

Wałęjko, M. (2007) Samotność a osamotnienie – Osobowe stany egzystencjalne człowieka. Analiza etyczno-metafizyczna, *Roczniki Nauk Społecznych*, 2, 45–66.

Yu J., Lee T.M.C. (2019). Social Isolation. In: Gu D., Dupre M. (eds) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_422-1

#hot16challenge2 https://www.youtube.com/watch?v=_sAdw0DIw4U&feature=share&fbclid=IwAR1oGplpkjxZm2008SvmrD8nQKN5oPcuDpBVFFV3dJRNcPZNXetqXkH13cc

Sara Alon¹
Ariela Lowenstein²

Nadużycia i zaniedbania wobec osób starszych w społeczeństwie izraelskim w czasie pandemii COVID-19

DOI 10.24917/27199045.192.2

ELDER ABUSE AND NEGLECT IN ISRAELI SOCIETY DURING COVID-19 PANDEMIC

Abstract

Exposure to COVID-19 virus, which has become a global pandemic, challenges society, in general and the older adult population in particular. This epidemic has had a significant impact on different aspects of daily life for older adults. Lockdown and social distancing regulations can lead to stress and conflicts between a family member and or a paid caregiver and this might cause elder abuse and neglect.

This article aims at discussing the implications of Covid-19 pandemic on vulnerable older adults in Israeli society. The first section will describe the phenomenon of elder abuse and neglect, followed by a theoretical framework for understanding the occurrence of elder abuse. Five case studies will be presented with emphasis on risk factors for abuse and neglect, and patterns of abusive relationships between care provider and care recipient. Type of elder abuse and neglect will be identified. The last part will summarize and conclude the article.

Keywords: COVID-19 pandemic in Israel, elder abuse and neglect, case studies, risk factors

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19 w Izraelu, nadużycia i zaniedbania wobec osób starszych, studia przypadku, czynniki ryzyka

1 Sara Alon, PhD, Szkoła Pracy Socjalnej im. Boba Shapella, Uniwersytet Tel Awiwu, Izrael

2 Prof. Ariela Lowenstein, PhD, Uniwersytet w Hajfie, Wydział Gerontologii: Centrum Badań Gerontologicznych i Studiów nad Starością, Izrael, ariela@research.haifa.ac.il

Wprowadzenie

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 wywołało globalną pandemię. Oprócz ryzyka zarażenia i wysokiej zachorowalności, ograniczenie kontaktów i inne nałożone restrykcje mają wpływ na życie całego społeczeństwa, w szczególności zaś na funkcjonowanie słabszych osób starszych. Celem artykułu jest omówienie pięciu studiów przypadku, przedstawiających funkcjonowanie starszych ludzi w Izraelu podczas pandemii COVID-19. Większość z nich żyje w lokalnej społeczności, niektórzy mieszkają z rodziną (współmałżonkiem, dorosłymi dziećmi) i/lub opiekunem. Omówione zostaną czynniki ryzyka wystąpienia nadużyć i zaniedbań, a także wzorce relacji między opiekunami a ich podopiecznymi, w których występują takie nadużycia. Określone zostaną rodzaje nadużyć i zaniedbań wobec osób starszych. Ostatnia część stanowi podsumowanie artykułu i prezentację wniosków.

Nadużycia i zaniedbania wobec osób starszych

W ciągu ostatnich dziesięcioleci jesteśmy świadkami rewolucji demograficznej. Zmiany w medycynie i technologii to jedno z czynników, które spowodowały wzrost przeciętnej długości życia i liczby osób starszych w społeczeństwie. W efekcie społeczeństwa stają wobec wyzwań związanych z poprawą jakości życia osób w wieku powyżej 70 lat, z których część jest dyskryminowana i wykluczona społecznie, bądź staje się ofiarami nadużyć i zaniedbań. Specyfika nadużyć i zaniedbań wobec osób starszych stanowi poważne wyzwanie dla społeczeństwa, jako że problem ten dotyka znaczną liczbę starszych obywateli.

Nadużycie wobec osób starszych zostało zdefiniowane jako pojedynczy lub powtarzalny akt lub brak stosownych działań, występujący w każdej relacji opartej na zaufaniu i powodujący krzywdę lub cierpienie osoby starszej (WHO, 2002). Nadużycia wobec osób starszych mogą przybrać różne formy, np.: przemoc fizycznej, przemoc emocjonalnej lub psychologicznej, przemoc ekonomicznej, naruszenia praw, ograniczenia wolności, pozbawienia prawa wyboru, wykluczenia społecznego. Zaniedbanie jest definiowane jako niezaspokajanie podstawowych potrzeb poprzez celowe działanie lub zaniechanie działania, skutkujące brakiem pożywienia, lekarstw, nieodpowiednimi warunkami mieszkaniowymi, brakiem podstawowego sprzętu (Alon, 2015; Mosqueda i in., 2016; Storey & Perka, 2018; WHO, 2018). Zachowania te występują w relacji opartej na zaufaniu, ze strony członków rodziny, zatrudnionych opiekunów, znajomych czy sąsiadów; nie ograniczają się do pojedynczych incydentów i powodują szkodę lub traumę. Ich konsekwencje są złożone i wielowymiarowe. Mogą być odczuwalne w sferze fizycznej, emocjonalnej, psychologicznej i społecznej (WHO, 2018).

Powszechność

Z powodu braku jednolitej definicji i sposobu mierzenia skali nadużyć wobec osób starszych dane na temat skali zjawiska różnią się między sobą. Yon, Mikton, Gassoumis i Wilber (2017) zweryfikowali 52 projekty badawcze z 28 krajów. Doszli do wniosku, że łączny wskaźnik powszechności nadużyć wobec osób starszych wynosi 15,7%.

W Izraelu Lowenstein, Isikovits, Band-Winterstein & Enosh (2009) przedstawili wyniki pierwszych ogólnokrajowych badań dotyczących nadużyć i zaniedbań wobec osób starszych. W badaniu uczestniczyło w sumie 1635, losowo wybranych, starszych dorosłych w wieku 65+. Wyniki wskazują, że 18,4% ankietowanych było narażonych na przynajmniej jeden rodzaj nadużyć w ciągu roku poprzedzającym badanie. Najczęstszą formą nadużyć była przemoc słowna (8,1%), a następnie przemoc ekonomiczna (6,6%). Około 2% badanych doświadczyło przemocy fizycznej lub przemocy na tle seksualnym, natomiast 2,7% – ograniczenia wolności. Najbardziej powszechne okazały się przypadki zaniedbania zarówno podstawowych, jak i drugorzędnych potrzeb (26%).

Przemoc fizyczna, na tle seksualnym, emocjonalna i słowna, a także ograniczenie wolności występowały najczęściej wśród partnerów. Przemoc ekonomiczna była najczęściej stosowana przez dorosłe dzieci.

Ze względu na zakres i szkody, jakich doznają osoby starsze, ich rodziny oraz społeczeństwo ogółem, nadużycia i zaniedbanie wobec osób starszych zostały uznane za ważny problem zdrowotny i społeczny.

Zachowania przemocowe często mają miejsce „za zamkniętymi drzwiami”, a jedynie niewielki odsetek przypadków jest wykrywany, diagnozowany i leczony. Literatura przedmiotu opisuje dodatkowe bariery uniemożliwiające wykrywanie i ujawnianie przypadków nadużyć wobec seniorów. Są to, m.in.: normy kulturowe i społeczne, np. prywatność rodziny; bariery dotyczące ofiary (brak świadomości praw, wstyd i poczucie winy, ochrona członka rodziny, lęk przed sprawcą); bariery związane ze sprawcą (zaprzeczenie, wstyd i poczucie winy); bariery związane z osobami zawodowo pracującymi z seniorami (brak świadomości i wiedzy, dylematy etyczne, wątpliwości odnośnie skutków interwencji, brak wystarczającej ilości usług); bariery organizacyjne, takie jak nadmiar spraw, priorytety, brak koordynacji działań różnych służb. Wszystkie powyższe bariery lub część z nich mogą skutkować niedostatecznym stopniem wykrywalności nadużyć (Alon, 2015).

Ramy teoretyczne wyjaśniające występowanie nadużyć wobec osób starszych

Z powodu złożonego charakteru zjawiska i wielości sytuacji, w których mogą wystąpić nadużycia wobec osób starszych, badacze i osoby zawodowo zajmujące się tym problemem mają trudność ze wskazaniem jednej, spójnej teorii wyjaśniającej występowanie nadużyć i zaniedbań. Niektóre podejścia i perspektywy mogą jednak dostarczyć pewnych wyjaśnień.

Ageizm (dyskryminacja ze względu na wiek) i negatywne postawy wobec osób starszych

Ageizm to systematyczna, bazująca na stereotypach dyskryminacja starszych osób z powodu ich wieku (Butler, 1975). Negatywne stereotypy przypisywane starości i starzeniu się przedstawiają starsze osoby jako chore i niepełnosprawne, co sprawia, że są one postrzegane jako „mentalnie niezdolne”. Te stereotypy zakorzenione są w negatywnych postawach wobec seniorów. Obniżanie wartości starzejących się członków społeczeństwa może tworzyć okoliczności i atmosferę usprawiedliwiające nadużycia (Phelan, 2008; Rees, King, & Schmitz, 2009; Voss, Bodner, & Rothermund, 2018).

Modele psychologiczne

Analizują występowanie nadużyć z indywidualnej perspektywy (ofiary i/lub sprawcy). Na przykład, osoby z demencją – potencjalne ofiary lub potencjalni sprawcy, zostały uznane za czynnik ryzyka wystąpienia nadużyć lub zaniedbania (Cooper & Livingston, 2014). Psychopatologia, nadużywanie lekarstw i alkoholu może prowadzić do zachowań przemocowych (Labrum & Solomon, 2017; Pillemer i in., 2016). Odkryto również, że istnieje pozytywna korelacja między zaburzeniami osobowości, chorobami psychicznymi i nadużyciami wobec starszych rodziców. Patologiczne relacje rodziców i ich dorosłych dzieci, złożona dynamika stosunków w rodzinie mogą przyczynić się do występowania nadużyć (Labrum & Solomon, 2017; Santos i in., 2018).

Stres

Stres spowodowany wydarzeniami w życiu i/lub okolicznościami, takimi jak bezrobocie, choroba i trudności w funkcjonowaniu, również okazał się czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia nadużyć lub zaniedbania. Przykładowo, stres opiekunów może prowadzić do nadużyć wobec osób postrzeganych jako „przyczyna” danej trudności i frustracji (DeLiema i in., 2018; Wang, Huimin, Jumjian & Juan, 2019).

Zależność

To sytuacja, w której starsza osoba jest zależna od swojego opiekuna (członka rodziny lub osoby zatrudnionej do opieki) może być okolicznością sprzyjającą zachowaniom przemocowym (Borenstein, 2019; Mysyuk, Westendorp & Lindenberg, 2016). Zależność (finansowa, emocjonalna) dorosłych dzieci od rodzica również okazała się czynnikiem ryzyka (Band-Winterstein i in., 2016; Pillemer i in., 2016).

Czynniki ryzyka

Biorąc pod uwagę, że nie ma jednej spójnej teorii, badacze traktują odkryte czynniki ryzyka jako predyktory nadużyć i zaniedbania (Cohen & Alon, 2014; Yon i in., 2017). Czynniki ryzyka są powiązane z: **charakterystyką ofiary** (wiek 75+, choroby, demencja, zależność lub izolacja społeczna); **charakterystyką sprawcy** (bezrobocie, ży-

ciowe wydarzenia i kryzysy, psychopatologia, zależność od rodzica, izolacja społeczna); **interakcjami między nimi** (dynamika relacji rodzinnych, rodzaj relacji) oraz **okolicznościami zewnętrznymi** (wspólne mieszkanie, wzajemna zależność, relacje opiekuńcze) (DeLiema i in., 2018; Labrum & Solomon, 2017; Pillemer i in., 2016).

Pandemia COVID-19 a nadużycia i zaniedbania wobec osób starszych

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2, powodującego chorobę COVID-19, wywołało globalną pandemię. Epidemia znacząco wpłynęła na różne aspekty codziennego życia wszystkich ludzi, a w szczególności starszych, mieszkających samotnie i w domach opieki. Kryzys zaskoczył wszystkich. W efekcie, nie było czasu na przygotowanie się, co tylko zwiększyło nieustanne poczucie zagrożenia i ryzyka.

W Izraelu, podczas pierwszej fali epidemii COVID-19 zarządzone pełny *lock-down*. Jego celem była ochrona populacji przed zakażeniem i wynikającym z niego zagrożeniem. Jedną z grup społecznych, którą te regulacje szczególnie dotknęły byli starsi dorośli. Restrykcje związane z izolacją i dystansem społecznym jeszcze bardziej utrudniły funkcjonowanie słabszych seniorów. Z powodu ograniczonej dostępności pomocy, braku dostępu do usług i zasobów, ograniczonego wsparcia ze strony formalnych i nieformalnych sieci pomocy, doświadczali oni silnego poczucia osamotnienia i bezsilności. Osoby mieszkające z nieformalnymi lub formalnymi opiekunami w domach lub placówkach opiekuńczych znalazły się wśród najbardziej zagrożonych grup społecznych. W tym kontekście należy zauważyć, że 98% osób starszych mieszka w Izraelu we własnych domach. Spośród nich 16% ma prawo do usług opiekuńczych świadczonych w domu przez opiekunów pochodzących z Izraela lub z zagranicy. Zgodnie z regulacjami Ministerstwa Zdrowia, osoby starsze znajdujące się pod całodobową opłacaną opieką przebywały w izolacji razem ze swoimi opiekunami. Z dużym prawdopodobieństwem, takie okoliczności mogą zwiększyć poziom stresu zarówno u opiekunów, jak i podopiecznych, co z kolei może prowadzić do nadużyć (Ayalon, 2009).

Przedstawione poniżej opisy przypadków wskazują na okoliczności, które mogą sprzyjać występowaniu nadużyć lub zaniedbań:

Pan Daniel ma 88 lat, jest wdowcem i cierpi na zaawansowaną demencję, jest jednak sprawny fizycznie. Od trzech lat przebywa pod opieką zatrudnionego opiekuna z zagranicy. Codzienna, rutynowa opieka polega na dbaniu o wszystkie podstawowe potrzeby pacjenta, co obejmuje też spacer po pobliskim parku. Od początku kryzysu wywołanego pandemią COVID-19, opiekun i jego podopieczny nie mogli wychodzić z domu. Musieli przestrzegać ograniczeń dotyczących pełnej, całodobowej izolacji. Pan Daniel zaczął być niespokojny i agresywny wobec opiekuna. Odmawiał kąpeli, popychał go i krzyczał na niego. Podczas jednego z takich incydentów opiekun próbował powstrzymać pana Daniela, używając siły. Pan Daniel przestał jeść, stracił zainteresowanie otoczeniem i zamknął się w sobie. Widząc, że sytuacja się pogarsza, opiekun przestraszył się, stracił kontrolę i zaczął prosić o pomoc...

Opis sytuacji pana Daniela pozwala zidentyfikować pięć czynników ryzyka nadużyć/zaniedbania: zaawansowany wiek (88), demencja, zależność od opiekuna, wspólne mieszkanie oraz izolacja społeczna. Jak już wspomniano, te czynniki ryzyka są predyktorami nadużyć i zaniedbania (Borenstein, 2019; DeLiema i in., 2018; Dong & Simon, 2014; Labrum & Solomon, 2017). Czynniki ryzyka związane z potencjalnym sprawcą, czyli opiekunem stanowią: zależność od podopiecznego (w kwestii zarobków i miejsca zamieszkania), mieszkanie z osobą starszą, izolacja społeczna oraz stres powodowany przez wszystkie te czynniki.

Inny ważny element dotyczący ryzyka wystąpienia nadużyć to charakter interakcji między ofiarą a domniemanym sprawcą. Relacja pana Daniela i jego opiekuna to relacja opiekuńcza. Z powodu wprowadzonych ograniczeń codzienna rutyna seniora uległa zmianie. Pan Daniel stał się niespokojny i agresywny. Jego opiekun użył siły, aby go uspokoić. W tym przypadku możemy stwierdzić, że ta interakcja doprowadziła do nadużycia.

Kolejny przykład opisuje nadużycia ze strony zagranicznej opiekunki.

Lia ma 89 lat i mieszka samotnie w Izraelu, podczas gdy jej dwie córki mieszkają w Kanadzie. Była raczej zdrową i aktywną osobą. Pomagała swoim znajomym, którzy ją uwielbiali. Podczas epidemii COVID-19 ciężko znosiła osamotnienie, ale wielu przyjaciół, zwłaszcza Miriam, która mieszka w pobliżu, starało się być z nią na tyle, na ile to było możliwe. Niestety, Lia poślizgnęła się na ulicy i złamała kostkę. Zabrano ją do szpitala, a po niedługim czasie odesłano do domu. Z powodu problemów z poruszaniem się Lia korzystała z wózka inwalidzkiego. Otrzymała również pomoc zagranicznej opiekunki – Terezy, która zamieszkała z nią. Na początku wszystko wydawało się być w porządku. Opiekunka gotowała, sprzątała i pomagała Lii, gdy ta potrzebowała pomocy. Jakiś miesiąc później Miriam zdała sobie sprawę, że coś jest nie tak. Lia straciła apetyt i wydawała się bardzo przygnębiona. Gdy Miriam porozmawiała z nią, okazało się, że Tereza zaniedbywała Lię, nie udzielając jej pomocy przy myciu i nie karmiąc jej wystarczająco. Cały czas też na nią krzyczała... Miriam natychmiast poprosiła agencję, która przysłała opiekunkę, o zamianę i odszkodowanie dla Lii...

Powyższy przykład to klasyczny przypadek zaniedbania i przemocy słownej. Potrzeby Lii nie były zaspokajane. Jakie wystąpiły w tym przypadku czynniki ryzyka? Zaawansowany wiek Lii, ograniczona sprawność i zależność. Czynniki ryzyka dotyczące Terezy – zatrudnionej opiekunki: zależność od podopiecznej (w kwestii zarobków i miejsca zamieszkania) i wspólne mieszkanie. Ich interakcje również można określić jako relację opiekuńczą.

Jak wspomniano wcześniej, do nadużyć i zaniedbań dochodzi za zamkniętymi drzwiami. Podczas epidemii COVID-19 restrykcje dotyczące izolacji społecznej uniemożliwiły odpowiednim władzom dostęp i kontrole/nadzór. Na szczęście Lia miała bliską sąsiadkę, która potrafiła dostrzec nadużycia i zaniedbanie ze strony opiekunki.

Starsze osoby przebywające w domach opieki to kolejna grupa, która wymaga specjalnej uwagi. Jednym z nowych ograniczeń podczas epidemii COVID-19 była kwarantanna nałożona na placówki opieki długoterminowej. Był to surowy środek

zapobiegawczy, którego celem była ochrona pacjentów. Izolacja od rodziny i przyjaciół miała ogromny wpływ na ogólne samopoczucie seniorów. Co więcej, zależność podopiecznych, braki kadrowe, brak jasnych procedur oraz izolacja społeczna mogą być czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia nadużyć (Ben Natan, Lowenstein, & Eisikovits, 2009). Przypadek Nory uwidacznia te czynniki.

Nora jest uroczą, 74-letnią kobietą, która zdecydowała się przenieść do domu opieki razem z 82-letnim mężem, aby mieszkać bliżej dzieci. Z początku była bardzo szczęśliwa i utrzymywała bliski kontakt z rodziną. Jednak po rozpoczęciu pandemii ogłoszono pełną kwarantannę we wszystkich placówkach opieki długoterminowej. Nie mogli wychodzić z pokoju ani widywać rodziny. Jedzenie i inne podstawowe rzeczy, takiej jak lekarstwa, zostawiano im przed drzwiami. Kontakt ze światem mieli jedynie przez telefon lub oglądając telewizję. Mimo, iż środki te miały chronić mieszkańców, Nora stała się niespokojna i zaczęła przejawiać pierwsze symptomy pogarszających się funkcji poznawczych... Czuli się samotni i nawet towarzystwo męża nie pomagało.

Czy Nora jest w sytuacji zagrożenia zaniedbaniem? Jej podstawowe potrzeby (dach nad głową, pożywienie i lekarstwa) są zaspokajane. Jednak izolacja i dystans społeczny mają na nią negatywny wpływ. Jak zauważono, czuje się samotna i niespokojna. Zaczynają pojawiać się symptomy pogarszających się funkcji poznawczych. Wszystkie te objawy to znaki ostrzegawcze i czynniki ryzyka zaniedbania (Pillemer i in., 2016).

Osoby starsze mieszkające z członkiem rodziny to kolejna grupa społeczna, na której należy się skupić. Okres pandemii COVID-19 okazał się wyzwaniem dla wielu rodzin. Wspólne mieszkanie ze starszymi rodzicami może być okolicznością sprzyjającą zachowaniom przemocowym (Borenstein, 2019; Mysyuk, Westendorp & Lindenberg, 2016). Co więcej, w tym okresie opieka nad rodzicem może być wyjątkowo stresująca. Stres może prowadzić do nadużyć (DeLiema, et. al., 2018; Lowenstein, 2010; Lin, 2018; Wang, Huimin, Jumjian & Juan, 2019). W tym stresującym okresie byliśmy również świadkami sytuacji, gdy dorosłe dzieci wracały do domu rodziców z powodu utraty pracy lub bezpłatnego urlopu. Życie pod jednym dachem przywołuje również konflikty z przeszłości. Stały dochód rodziców może też być przyczyną potencjalnych nadużyć. Stwierdzono, że zależność ekonomiczna jest czynnikiem ryzyka wystąpienia nadużyć na tle finansowym (Pillemer i in., 2016).

Poniższy przykład opisuje rzeczywistość wielu rodzin:

Pan Josef ma 80 lat i zaawansowaną demencję. Mieszka z żoną, Bellą (78 lat), która jest niepełnosprawna fizycznie. Przyznano im prawo do opieki w domu przez 5 dni w tygodniu. W wyniku kryzysu spowodowanego pandemią COVID-19 ich 51-letni rozwiedziony i bezrobotny syn, Moses, wrócił, by zamieszkać z rodzicami. Moses nie jest w stanie płacić alimentów swojej byłej żonie i dzieciom. Ma długi u wielu osób. Oczekuje, że rodzice zadbają o wszystkie jego potrzeby i dadzą mu pieniądze dla byłej żony i dzieci. Żądaniom tym towarzyszą groźby i krzyki. Atmosfera w domu stała się napięta i nie do zniesienia. Sąsiadka usłyszała, jak krzyczał na swoich rodziców. Zadzwoiła do służb społecznych...

Josef i Bella są narażeni na przemoc ekonomiczną i groźby słowne. Zaawansowany wiek, niepełnosprawność fizyczna, demencja i zależność znalazły się wśród czynników ryzyka wystąpienia wykorzystywania finansowego (Lin, 2018; Wood & Lichtenberg, 2017). Czynniki ryzyka dotyczące syna-sprawcy to: bezrobocie, kryzys psychiczny, zależność od rodziców i wspólne mieszkanie – każdy z nich może sprzyjać nadużyciom. W tym kontekście, należy przyjrzeć się regulacjom narzuconym obywatelom podczas pandemii COVID-19. Ograniczenia mogą zwiększać ryzyko wystąpienia przemocy.

Inny rodzaj nadużyć ze strony dorosłych dzieci został przedstawiony w poniższym przykładzie:

Sara (75 lat) była aktywną, zdrową osobą. Zachorowała jednak na raka piersi. Z tego powodu, przez 5 miesięcy dwa razy w tygodniu przyjmowała chemioterapię i terapię biologiczną. W tym okresie jej córka, która ma 2 małych dzieci domagała się, aby Sara przyjeżdżała i pomagała jej w opiece nad nimi, mimo iż mieszkała dosyć daleko. Dwa tygodnie później, gdy była z wnukami, zemdlala i przed około dwie godziny leżała nieprzytomna na podłodze, dopóki nie wrócił jej mąż i nie zaczął jej cucić. To wyjątkowy przykład pokazujący wykorzystywanie chorej matki... Zwłaszcza w okresie, gdy to ona potrzebuje wsparcia...

Powyższy przypadek nie pasuje do klasycznego opisu nadużyć wobec osób starszych. Jednak córka Sary wykorzystwała relację matka-córka. Jej matka nie potrafiła jej odmówić. Spełniała żądania córki niezależnie od stanu zdrowia – dopóki nie straciła przytomności.

Podsumowanie

Niniejszy artykuł skupia się na kwestii nadużyć i zaniedbań wobec starszych osób w Izraelu, podczas pandemii COVID-19. Przedstawia pięć losowo zebranych studiów przypadku i ich analizy, w wieku od 74 do 89 lat. Czworo z nich mieszka w domu, jedna osoba przebywa z placówce opiekuńczej. Zmagają się z problemami zdrowotnymi i niepełnosprawnością ruchową. Dwie osoby mają zaawansowaną demencję. Wszyscy pozostawali w interakcjach z domniemanymi sprawcami – zatrudnionymi opiekunami lub dorosłymi dziećmi. Oprócz tego należy wziąć pod uwagę okoliczności, w jakich te interakcje miały miejsce.

Jak widać, pandemia COVID-19 może się przyczynić do zwiększenia ryzyka występowania nadużyć zarówno w placówkach opiekuńczych, jak i poza nimi.

W raporcie „Wpływ COVID-19 na osoby starsze” wydanym przez Sekretarza Generalnego ONZ - Antonio Guterresa, ostrzega on, iż środki mające na celu ograniczenie przemieszczania się mogą skutkować częstszymi przypadkami przemocy wobec osób starszych i wszelkiego rodzaju nadużyć - fizycznych, emocjonalnych, ekonomicznych i seksualnych, a także zaniedbania. Stwierdza również, że brak odpowiednich przepisów na poziomie krajowym, które chroniłyby prawa osób starszych w połączeniu z brakiem międzynarodowych ram prawnych przyczyniają się do większej bezbronności osób

starszych. Reakcje na kryzys spowodowany pojawieniem się COVID-19 były nieadekwatne i należy uzupełnić te braki. Ponadto, należy zapewnić zasoby umożliwiające realizację strategii walki z tym zjawiskiem (UN, 2020).

Rządy, pracownicy socjalni oraz międzynarodowe organizacje, takie jak INPEA, czyli Międzynarodowa Sieć Zapobiegania Przemocy Wobec Osób Starszych (prof. Lowenstein jest członkiem zarządu) powinni starać się wpływać na rządy i inne organizacje międzynarodowe, sugerując wdrażanie odpowiednich polityk i metod zwalczania nadużyć i zaniedbań wobec osób starszych.

Jako specjaliści w tej dziedzinie spotykamy się z przypadkami nadużyć i zaniedbań, jak te opisane powyżej. Zgodnie z deklaracją WHO (2018) **przemoc wobec osób starszych może prowadzić do poważnych obrażeń fizycznych i mieć długotrwałe konsekwencje psychologiczne**.

Musimy zwiększać świadomość i zatrudniać ekspertów w zakresie zdrowia i opieki socjalnej do walki z tym zjawiskiem. Skuteczniejsze wdrażanie dzięki ramom systemowym to wyzwanie dla decydentów i specjalistów.

Bibliografia

- Alon, S. (2015). Elder abuse and neglect: Dimensions and coping strategies. In: M. Cohen, & D. Perlotzki (Eds). *Practical Gerontology*, pp 445–494. Jerusalem: JDC Israel Eshel [in Hebrew].
- Ayalon, L. (2009). Fears come true: The experiences of older care recipients and their family members of live-in foreign home care workers. *International Psychiatrics*, 1–8. doi:10.1017/S1041610209990421
- Band-Winterstein, T., Semloy, Y., & Avieli, H. (2016). Shared reality of the abusive and vulnerable: The experience of aging for parents living with abusive adult children coping with mental disorder. *International Psychiatric*, 26(11), 1917–1927.
- Ben Natan, M., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2009). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 57, 113–120.
- Borenstein, R. F. (2019). Synergetic dependency in partner and elder abuse. *American Psychologist*. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000456>.
- Butler, R.N. (1975). *Why survive: Being old in America*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Cohen, M., & Alon, S. (2014). Development and dissemination of a tool for identification of elder abuse and Neglect. *Gerontology*, 41(2), 75–98. [Hebrew].
- Cooper, C., & Livingston, G. (2014). Mental/Psychiatric issues in elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4), 839–850.
- DeLiema, M., Yonashiro-Cho, J., Gassoumis, Z. D., Yon, Y., & Conrad, K.J. (2018). Using latent class analysis to identify profiles of elder abuse perpetrators. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 73(5), e49–e58.
- Dong, X., Chen, R., & Simon, M. A. (2014). Elder abuse and Dementia: a review of the research and health policy. *Health Affairs*, 33(4), 642–649.
- Labrum, T., & Solomon, P.L. (2018). Elder mistreatment perpetrators with substance and/or mental health conditions: Results from the National Elder Mistreatment Study. *Psychiatry Quarterly*, 89, 117–128. Doi: 10.1007/s11126-017-9513-z.
- Lowenstein, A. (2010). Caregiving and elder abuse and neglect- Developing a new conceptual perspective. *Aging International*, 35, 215–227.

- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 253–277.
- Lin, M.C. (2018). Elder abuse and neglect: Examining caregiver characteristics and perceptions of their elderly care receiver's under-accommodative behavior. *Journal of Family Communication*, 18(4), 252–269.
- Mosqueda, L., Burnight, K., Girona, M.W., Moore, A.A., Robinson, J., & Olsen, B. (2016). The abuse intervention model: a pragmatic approach to intervention for elder mistreatment. *JAGS*, 64, 1879–1883. Doi: 10.1111/jgs.14266.
- Mysyuk, Y., Westendorp, R.G.J. & Lindenberg, J. (2016). Perspectives on the Etiology of violence in later life. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(18), 3039–3062.
- Phelan, A. (2008). Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: Implication for nursing discourse. *Nursing Inquiry*, 15 (4), 320–329.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M.S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S194–S205.
- Rees, J., King L. & Schmitz, K. (2009). Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics*, 16, 436–452. doi:10.1177/0969733009104608.
- Santos, A.J., Nunes, B., Kisleya, I., Gil, A.N. & Riberio, O. (2018). Older adults' emotional reactions to elder abuse: Individual and victimization determinants. *Health Social Care Community*, 1–12. Doi: 10.1111/hsc.12673.
- Storey, J.E., & Perka, M.R. (2018). Reaching out for help; recommendations for practice based on an in-depth analysis of an elder abuse intervention program. *British Journal of Social Work*, 48, 1052–1070.
- Voss, P., Bodner, E., & Rothermund, K. (2018). Ageism: The Relationship between Age Stereotypes and Age Discrimination. In L. Ayalon & C. Tesch-Romer (Eds.), *Contemporary Perspective on Ageism* (pp. 11–32). UK: Springer.
- Wang, M., Huimin, S., Junjian, Z., & Juan, R. (2019). Prevalence and associated factors of elder abuse in family caregivers of older people with Dementia in central China, Cross-Sectional Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(2), 299–307.
- Wood, S., & Lichtenberg, P.A. (2017). Financial capacity and financial exploitation of older adults: Research findings, policy recommendations and clinical implications. *Clinical Gerontologist*, 40(1), 3–13. Doi:10.1080/07317115.2016.1203382
- World Health Organization (2018). *Elder Abuse*. WHO, Geneva: Switzerland.
- WHO. (2002). *Missing voices, views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Yon, Y., Mikton, C.R., Gassoumis, Z.D., & Wilber, K.H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and Meta Analysis. *Lancet Global Health*, 5, 147–156.
- United Nations (2020). The Impact of COVID-19 on older persons. Pobrane z <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf> [25.11.2020]



Beata Bugajska¹

Sytuacja życiowa osób starszych nieheteronormatywnych – analiza przypadków w perspektywie biograficznej

DOI 10.24917/27199045.192.3

THE LIFE SITUATION OF NON-HETERONORMATIVE OLDER ADULTS
– CASE ANALYSES IN BIOGRAPHICAL PERSPECTIVE

Abstract

In Poland, homosexual older adults born before 1960 grew up in times when heterosexuality was considered the only right sexual orientation. In the so called pre-liberation era, homosexuality was treated as mental disorder. Homosexual persons were marginalised, discriminated or even invisible in family, professional and social life. During the course of life, they experienced loneliness, isolation, shame, humiliation, disapproval and rejection from family and friends. They were under surveillance (Operation Hyacinth) and forced to enter into heterosexual marriages. Facing homophobia, they hid their sexual orientation, which caused them many sufferings or decided to defend it despite the risk of being stigmatised. As they were trying to find their place in the world, they used different strategies of dealing with difficult situations, some of them constructive (fighting for independence), some negative (addictions, suicides and suicidal thoughts). The goal of the study is to explore life situation of homosexual older people, with particular interest in difficult experiences and strategies adopted to deal with them – from the biographical perspective. A particular focus will be on dealing with own ageing. It is likely that senior homosexuals are more at risk of lonely life, disability, poverty, homelessness, social isolation, depression, alcohol addiction, housing deprivation and premature institutionalization. They have less developed support network. On the other hand, experiencing discrimination during their lives may prove helpful in dealing with the challenges of ageing. Homophobia, still present in many environments, may place older homosexual persons at risk of double invisibility – due to their age and sexual orientation. Lack of research into the situation of senior homosexuals in the Polish society results in the lack of adequate

¹ Dr hab. Beata Bugajska, prof. US, Uniwersytet Szczeciński, Instytut Pedagogiki, beata.bugajska@usz.edu.pl

support systems and relevant education for social assistance staff. The practical objective of the study is to identify daily problems of homosexual older adults and, consequently, to develop solutions to build adequate support system. The study is qualitative, using case study and in-depth interview. Five interviews with homosexual individuals aged 60 and more were analysed.

Keywords: old age, aging, lesbian, gay

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, lesbijka, gej

Wprowadzenie

Osoby starsze homoseksualne, urodzone przed 1960 rokiem, dorastały w czasach kiedy heteroseksualizm był uznawany za jedyną właściwą orientację seksualną. W tzw. czasach pre-wyzwolenia homoseksualizm był traktowany jako zaburzenie psychiczne (Harley, Teaster, 2016). Osoby homoseksualne były marginalizowane, dyskryminowane wręcz niewidzialne w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym. W biegu życia doświadczały poczucia osamotnienia, izolacji, wstydu, upokorzenia, dezaprobaty i często odrzucenia przez najbliższych. Niektórzy prowadzili podwójne życie, byli przymuszani do zawierania małżeństw. Akcja „Hiacynt”, przeprowadzona w PRL w 1985 roku, świadczy o tym, że byli również inwigilowani. W obliczu homofobii ukrywali własną orientację seksualną, co stanowiło źródło cierpień lub decydowali się na jej obronę, pomimo ryzyka stygmatyzacji. Poszukując swojego miejsca w świecie stosowali różne strategie radzenia sobie z doświadczanymi sytuacjami trudnymi, zarówno konstruktywne (walka o własną niezależność), jak i negatywne (uzależnienia, samobójstwa i myśli samobójcze). W gerontologii społecznej badania prowadzone są z przesłanek poznawczych i społecznych. Podjęta problematyka badań, dotycząca sytuacji życiowej osób starszych nieheteronormatywnych podyktowana była przesłankami społecznymi. Pozostaje w związku z dyskursem na temat „ideologii LGBT” w społeczeństwie polskim, który spolaryzował społeczeństwo, skłaniając tym samym do refleksji nad znaczeniem egzystencjalnie znaczących wartości, takich jak równość, wolność, godność w życiu człowieka.

Osoby starsze LGBT w perspektywie gerontologii społecznej

W gerontologii społecznej coraz częściej zwraca się uwagę na różnorodność starzenia się, jednakże problematyka starzenia się i starości osób z grupy mniejszości seksualnych jest rzadko podejmowana w badaniach (Harley, Teaster, 2016). Pomimo tego, że już w 1984 roku, w podręczniku poświęconym starzeniu się, pod redakcją E. Palmore, ukazał się artykuł A. Lipmana, pt. *Homoseksualizm*, nadal nie jest to wystarczająco eksplorowany przedmiot badań (za: Allen, Roberto 2016). Osoby starsze o orientacji homoseksualnej nie są uwzględniane w badaniach z powodu ignorancji i celowej

marginalizacji (Sullivan, 2014). Zdaniem Mabey (2011), pominięcie osób starszych LGBT w gerontologii skutkuje brakiem przygotowania specjalistycznej kadry.

Grupa osób starszych LGBT nie jest grupą jednorodną, lecz posiadająca różnorodny zakres doświadczeń (Cronin, King 2010). Osoby starsze homoseksualne w okresie starości są bardziej niż osoby heteroseksualne narażone na samotne życie, wyższe ryzyko ubóstwa, bezdomności, izolacji społecznej, niepełnosprawności i problemów zdrowia psychicznego, uzależnienia od alkoholu, braków mieszkaniowych, przedwczesnej instytucjonalizacji. (Kehoe, 1991; Porter, Russell, Sullivan, 2004; Fokkema, Kuypers, 2007; Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan 2012). Ograniczona liczba badań, głównie badania jakościowe, nie pozwala na rozpoznanie potrzeb tak zróżnicowanej grupy (Otis, Harley, 2016). Starzejące się osoby nieheteronormatywne są nadal stosunkowo „niewidoczne” (Orel, 2006). Zgodnie z teorią stresu mniejszościowego, osoby LGBT z racji większego narażenia na uprzedzenia i stygmatyzację, znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka problemów w sferze zdrowia psychicznego (Chakraborty, McManus, Brugha i in. 2011, Frost, Lehavot, Meyer 2015). Osoby starsze LGBT doświadczają trudności w dostępie do opieki zdrowotnej (Wilkens, 2015). W literaturze przedmiotu zwraca się również uwagę na problemy związane z zapewnieniem opieki osobom LGBT (Traies, 2016). Instytucje opiekuńcze są postrzegane jako heteronormatywne (Phillips, Marks 2008; Westwood, 2016), akceptujące wyłącznie związki heteroseksualne. Osoby starsze nieheteronormatywne albo ukrywają swoją tożsamość, albo unikają korzystania z usług społecznych (Porter, Russell, Sullivan, 2004). Wskazuje się na brak rozpoznania potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych oraz oczekiwań związanych z opieką (Kneale, French, Henley, Thomas 2018).

Związana ze starzeniem się utrata niezależności ma negatywny wpływ na mniejszości seksualne (Westwood, 2017 a). Podkreśla się znaczenie sieci wsparcia w procesie podtrzymania niezależności osób LGBT (Simpson, 2016). U osób starszych LGBT, w porównaniu do osób heteronormatywnych, wyższe jest ryzyko konieczności opieki formalnej – instytucjonalnej (Westwood, 2017 a), co ma związek niejednokrotnie z brakiem potomstwa i brakiem wspierającej sieci rodzinnej (Healphy, Yip, 2003). Z drugiej strony, rozwijają się sieci wsparcia z udziałem dalszej rodziny i osób niespokrewnionych (tamże). W porównaniu ze starszymi gejami, starsze lesbijki mają niższe dochody, ale większe sieci społecznościowe (Fredriksen-Goldsen, Muraco 2010).

Osoby starsze LGBT, częściej niż ich rówieśnicy heteroseksualni doświadczali w biegu życia samotności (Fokkema, Kuypers, 2007). Samotność nie jest jednak uniwersalnym doświadczeniem osób starszych homoseksualnych. Osoby starsze, które tworzyły w biegu życia relacje i rozwijały sieć społeczną posiadają zasoby emocjonalne, społeczne i ekonomiczne, pozwalające przezwyciężać sytuacje kryzysowe (Cronin, King, 2014; Traies, 2015).

Badania własne

Celem badań jest rozpoznanie sytuacji życiowej osób starszych homoseksualnych ze szczególnym zwróceniem uwagi na doświadczane sytuacje trudne i obierane strategie radzenia sobie z nimi w perspektywie biograficznej. Sytuacja, zgodnie z rozumieniem pojęcia zaproponowanym przez W.I. Thomasa, określa sytuację jednostki w danej chwili jako subiektywnie zinterpretowany system warunków, sytuacja społeczna jest równoznaczna z jej definiowaniem przez uczestników (Berger, 1997). Według Znanieckiego wyobrażenie o sytuacji, osiągnięte przez jednostkę w wyniku refleksji „obejmuje wiele wartości i faktów w danym momencie praktycznie dla niej ważnych” (1971, s. 421–423). Zdaniem A. Schütza definicja sytuacji jest biograficznie określona, wyznacza najbliższe cele człowieka i określa charakterystyczny dla niej system istotności, stanowiący punkt odniesienia dla przypisywania znaczeń w procesie interpretowania świata i definiowania kolejnych sytuacji (1988).

W badaniach, szczególna uwaga została zwrócona na doświadczenia związane z orientacją seksualną badanych w różnych okresach życia. Istnieje prawdopodobieństwo, że doświadczanie dyskryminacji w biegu życia może być pomocne w radzeniu sobie z wyzwaniami starzenia się. Występujący nadal w wielu środowiskach problem homofobii może uczynić osoby starsze homoseksualne „podwójnie niewidzialne” – z uwagi na wiek i orientację seksualną. Brak badań na temat sytuacji osób starszych homoseksualnych w społeczeństwie polskim skutkuje brakiem adekwatnych do potrzeb systemów wsparcia, brakiem edukacji pracowników służb społecznych w tym zakresie. Cel praktyczny badań łączony jest zatem z rozpoznaniem problemów życia codziennego osób starszych homoseksualnych i tym samym, z zaprojektowaniem w przyszłości rozwiązań służących budowaniu adekwatnego systemu wsparcia.

Badania mają charakter jakościowy. Zastosowano metodę indywidualnych przypadków oraz technikę wywiadu skoncentrowanego na problemie (Juszczyk, 2013). Dobór badanych miał charakter ochotniczy. Informacja o prowadzonych badaniach została przekazana przez Stowarzyszenie Lambda, ukierunkowane w działalności na pomoc osobom LGBT; zamieszczono również informację w prasie. W badaniach wzięły udział osoby powyżej 60 roku życia, czterech mężczyzn i jedna kobieta. Wywiady zostały przeprowadzone w okresie grudzień 2019 – wrzesień 2020. Najkrótszy wywiad trwał 56 minut – najdłuższy 2 godziny 20 minut. Cztery wywiady przeprowadzano w Szczecinie na terenie Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Szczecińskiego. Jeden wywiad przeprowadzono w Bydgoszczy na terenie Miejskiego Domu Kultury. Osoby uczestniczące w badaniach zostały poinformowane o celu badań. Poproszone zostały o opowiedzenie o swoim życiu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na relacje z innymi ludźmi i sobą samym w przeszłości, teraźniejszości i oczekiwanej przyszłości, w kontekście własnej orientacji seksualnej. Uczestnicy badań zostali poproszeni o wyrażenie siebie pseudonimem.

Rozmówca 1 (R1) *Poszukujący niezależności*, lat 75, wykształcenie wyższe.

Rozmówca 2 (R2) *Integralny*, lat 60, wykształcenie średnie.

Rozmówca 3 (R3) *Zdystansowany*, 72 lata, wykształcenie średnie.

Rozmówczyni 4 (R4) *Ukryta w muszli*, 75 lat, wykształcenie wyższe.

Rozmówca 5 (R5) *Samotnik*, 68 lat, wykształcenie zasadnicze.

Wyniki badań

Sytuacja życiowa osób starszych uczestniczących w badaniach została ukazana w perspektywie biograficznej. Doświadczenie własnej orientacji seksualnej przez badanych w biegu życia odnosi się do wymiaru czasu przeszłego, teraźniejszego i przyszłego. Refleksja osób uczestniczących w badaniach sięgała okresu dzieciństwa, dorastania, wchodzenia we wczesną dorosłość i dojrzałość. Odnosiła się do życia w teraźniejszości, jak również wykraczała w przyszłość, łączoną z nią planami, obawami i nadzieją.

Przeszłość

Analiza zebranego materiału pokazała, że najwięcej uwagi osoby uczestniczące w badaniach poświęciły refleksji dotyczącej własnej przeszłości. W wyniku analizy dotyczącej sytuacji życiowej osób starszych nieheteronormatywnych w kolejnych fazach życia, stanowiącej refleksję dotyczącą wymiaru czasu przeszłego wyłonione zostały kategorie, takie jak: (1) *stosunek do samego siebie – Kim Jestem? – dylematy tożsamościowe*; (2) *Ja – Inni – relacje*; (3) *Ja – Inni – tabu*; (5) *Ja – Inni – dążenie do niezależności*.

Przeszłość – stosunek do samego siebie – Kim Jestem? – dylematy tożsamościowe

Dla wszystkich badanych dzieciństwo i dorastanie było trudnym okresem życia z uwagi na niemożność zrozumienia tego, co przeżywali. Rozmówcy zwracali uwagę na podobne problemy i emocje związane z odkrywaniem własnej tożsamości i budowaniem relacji ze znaczącymi innymi. Nie rozumieli tego, co się z nimi dzieje, wiedzieli, że różnią się od rówieśników, uważali to za nieszczęście, nie rozmawiali z nikim o tym, czego doświadczają.

Ja wiedziałem od samego początku, od samego początku, że... Nie wiedziałem, co to jest.
(R4.)

Do 23–24 roku życia to ja nie miałem takich kontaktów – nie wiedziałem gdzie, co, gdzie ani prasy nie było, po prostu człowiek był sam w tej bańce. Coś było nie tak. (R4).

Nie mając dostępu do informacji żyłem w przekonaniu, że to... nazwijmy to nieszczęście, bo w tej kategorii to rozpatrywałem – wcześniej nazywałem to swoją tajemnicą, spotkało tylko mnie bo nie miałem kontaktu ze światem zewnętrznym w tym zakresie. To bardzo zaburzyło moją drogę do niezależności, że nie mogę robić to, czego chcę bo będę postrzegany I tak się działo zresztą (R1).

Długo nie mogłam zrozumieć co ze mną jest nie tak, czułam się inna, Źle się czułam w towarzystwie kolegów, za to otwierałam się w obecności koleżanek. Zawsze byłam skryta, dużo czytałam i marzyłam. Byłam jak zamknięta w muszli – tak jest do dziś (R3).

Byłam inny (...) (R1).

Bałam się o tym komukolwiek powiedzieć, bałam się, że jestem chora, że coś ze mną jest nie tak. Płakałam nocami – czułam się taka zagubiona – zupełnie sama, inna (R3).

Ja gdzieś tak w wieku 6 lat to odkryłem, że mi się kolega podoba i gdzieś to potem we mnie było cały czas, (...) Ale ja gdzieś już od początku wiedziałem, że to trzeba ukrywać. Bo nie, że jakaś presja ale to był taki temat, którego albo nie było wtedy, albo gdzieś tak był wykpiwany (R2).

Osoby uczestniczące w badaniu czuły się inne, zagubione, samotne, zdane na samych sobie, bały się komukolwiek powiedzieć o tym, czego doświadczają. Nie umiały nazwać tego, co się dzieje, wiedziały, że trzeba to ukrywać, nie chciały być przedmiotem żartów i narażać się na negatywne reakcje ze strony innych. Jedna osoba miała próby samobójcze, innej myśli o samobójstwie przez wiele lat nie opuszczały, była jak mówi „skazana na samotność”.

Długo w siebie nie wierzyłem. Często słyszałem że nic nie potrafię i nie potrafiłem (...) miałem dwie czy trzy próby samobójcze – w wieku 16 lat (R2).

(...) I taką jedną wielką trudność miałem gdy pojawiło się uświadamianie sobie, bardzo późno zresztą, mojej orientacji. Umiejętność nazwania jej, to było najtrudniejsze. (...) (R1).

Z perspektywy lat, nawet jak się przeżyło jakąś tragedię to się inaczej ocenia. Sporo czasu musi zająć aby sobie wyobrazić jak było mi ciężko, kiedy miałem lat 20 parę Jak było, było mi naprawdę trudno, ile ja nocy nie przespałem, już nie pamiętam czy płakałem. To były tortury. Proszę sobie wyobrazić – mnie temu pozytywnemu człowiekowi non stop, permanentnie przez 20 lat mojego życia, przez 20 lat towarzyszyły myśli samobójcze – nie to, że ja sobie z sobą nie radzę ale to – jaki sens ma moje życie – po co? Wstrzymywała mnie jedynie miłość moich rodziców. To była jedyna więź emocjonalna, bo siostrę mam daleko (...) bardzo się kochamy ale ona była daleko. Tego nie mogłem zrobić moim rodzicom. Zasniewałem z myślą, że chętnie bym się nie obudził – dopiero teraz sobie to uświadomiłem - to trwało latami zasniewałem z myślą – „Najchętniej bym się nie obudził” (R1).

Później, w wieku 25 lat ta świadomość poczucia bycia skazanym na samotność (...) Mam takie życie, jestem skazany na samotność – tak to interpretowałem wtedy. (R1).

Przeszłość – Ja – Inni – relacje

Relacje osób uczestniczących w badaniach z najbliższą rodziną były różne – od zrozumienia i próby akceptacji po odrzucenie. Rozmówca 1. kilkakrotnie podkreślał wsparcie otrzymywane od rodziców, zwłaszcza matki. Aktualnie jest w dobrych re-

lacjach z rodzicami swojego partnera, których wspiera. Rozmówca 2. nie miał nigdy dobrych relacji z rodzicami. Małżeństwo było dla niego ucieczką z domu rodzinnego, miał też złe relacje z siostrą. Rozmówczyni 3. z powodu orientacji seksualnej zdecydowała się zamieszkać w innym mieście. Nie czuła się odrzucona ale również nie czuła się wspierana przez rodziców i siostrę. Rodzina, którą stworzyła, dzieci i wnuki są aktualnie dla niej silnym źródłem wsparcia. Rozmówca 4. był w dobrych relacjach z rodzicami, zwłaszcza z matką, która, jak przypuszcza domyślała się prawdy, ale nigdy o tym nie rozmawiali. Rozmówca 5. we wczesnym dzieciństwie stracił ojca; sprawiał problemy wychowawcze, co było przyczyną umieszczenia go przez matkę w domu dziecka.

Gdzieś już koło 50-tki jako dorosły człowiek kiedy chciałem porozmawiać z mamą czy z moją siostrą, bo ojciec już nie żył to się nie dało. To badały takie słowa jak: gnój.. i takie inne rzeczy (R2).

Zwierzyłam się mojej siostrze z nadzieją, że zrozumie, że poradzi. Powiedziała, że nie mogę o tym nikomu powiedzieć. Mówiła mi, że jestem nieśmiała i dlatego stronię od mężczyzn, ale kiedy zbliżę się do kogoś wszystko minie i przestanę się zamartwiać. Po tej rozmowie już nic nie było takie same (...). Poczułam się zagubiona, całkowicie osierocona i zdana na samą siebie (...) Do mamy nie chciałam wracać (R3).

Osoby uczestniczące w badaniu zwracały uwagę na negatywne reakcje ze strony innych osób.

(...) kiedyś, ktoś mi powiedział, że ja duchowości nie mam bo jestem gejem (R2).

W życiu uczestnikom badań brakowało osób, którym mogliby się zwierzyć, które pomogłyby zrozumieć to, czego doświadczali, które nauczyłyby, jak sobie radzić z negatywnymi reakcjami, takimi jak odrzucenie, wyśmiewanie, agresja fizyczna.

Brakowało mi w moim gejowskim życiu mentora. Dzisiaj jest o to łatwiej, bo ja jestem mentorem wielu młodych ludzi (R1).

Aniola stróża to ja nie miałem (R5).

Uczestnicy badań często czuli się osamotnieni lub samotność była ich strategią obronną.

Ja to byłem taki odludek, sam lubiłem chodzić jak byłem sam, samotny (R5).

Wszyscy uczestnicy badań w relacjach z innymi poszukiwali miłości. Wiązało to się z różnymi konsekwencjami. Szukali osoby bliskiej, z którą mogliby się związać, przeżywali rozczarowania i rozstania.

Nie będę oszukiwał, człowiek gdy był młody – zacząłem szukać podobnych do mnie. Znalazłem – dosyć poważnie podchodziłem do tego. W pewnym momencie zauważyłem, że zaczynam być dosyć instrumentalnie traktowany i – ... że to tylko przygoda... (...) Znowu na parę lat zaprzestałem poszukiwania zapamiętałe i ochoczo tej drugie połów-

ki swojej. (...) Poznałem bardzo sympatycznego, bardzo miłego – żeśmy się dopasowali i kajak, i rowery, i piłka, i to, i tamto, i literatura Ale już te wieczory można było przy książkach spędzić – czyli pełnią szczęścia – pełnią szczęścia. Pełnią szczęścia – nie wytrzymał presji rodziny – ożenił się, ożenił się. Tak szczerze, miało to być tak, że oficjalnie a my będziemy się spotykać. I znowu te moje zahamowania, te wewnętrzne, chcę być dla kogoś tą osobą najważniejszą – nie mam przerostu ego ale (...) nie chcę być tą drugą w cieniu osobą. Twój wybór. (...) Rozstanie było trudne.

Mój partner ten wcześniejszy, za którego oddałbym życie gdybym mógł, z którym byłem 15 lat – (...) tak wartościowych ludzi jak on nie ma na świecie tylko niestety ja nie byłem w stanie mu pomóc. (...) Nie poradziłem sobie – on stworzył mi piekło na ziemi. To było straszne. Pogodziłem się z tym, że mnie wyrzucił – ja bym nigdy go nigdy nie zostawił. Skomplikowane - ale to największa strata w moim życiu – połączyły na wspólne fascynacje (...) (R1).

Potrzeba bliskich relacji nie odnosiła się wyłącznie do okresu młodości. Dwóch uczestników badań jest w szczęśliwych homoseksualnych związkach – trwających 20 i 15 lat.

Potem myślałem, byłem przekonany bo w końcu miałem 55 lat - no fajnie przeżyłem tyle i teraz – trzeba zająć się sobą bo przecież już nic dobrego w aspekcie relacji mnie nie spotka, niczego już nie oczekuję. Jak się tak powie, to życie jest przewrotne. W Sylwestra się poznaliśmy i od 20 lat jesteśmy razem. Był chłopcem 24-letnim (R1).

Dużo trudniej było czerpać radość z bliskości do osoby tej samej płci, będąc w związku z osobą innej orientacji seksualnej.

Kiedy miałam 36 lat drugi raz w życiu, a właściwie pierwszy i ostatni raz zakochałam się z wzajemnością. Obie byłyśmy mężatkami, miałyśmy dzieci. (...) Obie byłyśmy osobami wierzącymi. Drobne pocałunki, uściski - to nam wystarczało. Mój mąż jednak domyślił się (...) Nie krzyczał, płakał – razem płakaliśmy – potem wypłynął. (...) Już nigdy nic nie był takie samo – utraciłam miłość kobiety, ale i zaufanie mężczyzny, który mnie kochał, ojca moich dzieci. (...) już na emeryturze rozstaliśmy się (R3).

W przypadku dwóch badanych poszukiwanie bliskiej osoby prowadziło do poważnych konsekwencji narażenia się na kontakt z nieznanymi osobami czy też presję środowiska zakładu karnego, w którym osoby nieheteronormatywne są silnie stygmatyzowane.

Nie było żadnych miejsc żadnych kawiarni, życie gejów (...) toczyło się w toaletach publicznych, na dworcu, w parkach (...) I tak upłynęła ta moja młodość.... (...) Ktoś powie że to niemoralne – dla mnie to było rozpaczliwe poszukiwanie miłości (R2).

W Zakładzie Karnym w Sztumie poznałem chłopaka, o ciemnej karnacji bardzo mi się podobał i tak się w sobie zakochaliśmy. Bo tam już było takie zakochanie. Wszystkim żeśmy się dzielili, razem żeśmy wszędzie starali się przebywać, gdzie tylko było można razem chodziliśmy do szkoły, do tej samej klasy, razem siedzieliśmy w jednej ławce, razem na przerwy. I tak żeśmy seks uprawiali. To trwało 2 lata. (...) Ale już poszła fama, że my

kochankami jesteśmy; w więzieniu jak już pójdzie coś takiego to zaraz mówią, że cwele są (trafny chłopak itd.). I od tego czasu nie puszczano nas abyśmy mogli się spotykać na oddziale. Spotykaliśmy się w pracy. To był trudny okres – wyzywali, znęcali psychicznie cały czas człowiek chodził w napięciu bo spotykał się ze wzrokiem innych osób, takim negatywnym, poniżającym, oprócz tego były różne gestykulacje pokazujące, że to pedał i tak dalej. Raz zostałem pobity (R5).

Odrębną kategorią wyróżnioną w obszarze relacji z innymi osobami stanowi małżeństwo. W czasach młodości obecnego pokolenia osób starszych, kwestia oficjalnych związków osób nieheteronormatywnych łączyła się z brakiem akceptacji społecznej, małżeństwa zawierane były w obliczu społeczno-kulturowej presji, dla niektórych zawarcie małżeństwa stanowiło swoistego rodzaju ochronę przed ujawnieniem własnej orientacji seksualnej. Spośród uczestników badań, dwie osoby były zameżne niezgodnie z własną orientacją. Mężczyzna rozwiódł się po dwóch latach. Żałuje, że tak się stało. Kobieta rozwiodła się po 40 latach wspólnego życia, po wychowaniu córek i wnucząt, nie chciała nikogo skrzywdzić, nie miała wsparcia, chciała wierzyć, że małżeństwo, kontakt z mężczyzną ją odmieni. Respondenci mówili też o swoich kolegach, którzy wychodzili za mąż dla tzw. „świętego spokoju”.

(...) było tak przyjęte że homoseksualizm owszem, przyjaciele owszem faceci owszem ale normalne życie to jest małżeństwo (...) Ja dodatkowo chciałem uciec z domu od moich rodziców. Poznałem siostrę mojej koleżanki i w wieku 23 lat wziąłem ślub. Gdzieś tak do mnie dotarło w USC, kiedy pani urzędniczka coś o miłości zaczęła mówić, ale to już było po fakcie (...) bardzo skrzywdziłem tę kobietę i jej rodzinę też rozwód nastąpił po dwóch latach, bo ja już miałem inne pomysły na życie. (...) Na szczęście nie było dzieci (R2).

Nie chciałem go skrzywdzić. Chciałem zaznać trochę spokoju, wierzyć, że ślub zmieni moje życie, odmieni mnie samą. Ze zrozumiałych względów tak się nie stało. Ta jedna noc – jego promienny uśmiech i moje skrywane łzy – to było moje przeznaczenie. Pogodziłam się z tym, zaczęłam spełniać się jako matka – urodziłam trzy córki, mój zawód był dla mnie źródłem wielkiej satysfakcji (R3).

W wieku 21 lat sądziłem, że spotkam kobietę i spadnie na mnie jakiś grom, że spotkam kobietę, zakocham się i wszystko będzie jak Pan Bóg przykazał. Dla świętego spokoju chciałem tego – moi koledzy żenili się plus presja społeczna – aby schować się (R1).

Pierwsze kontakty miałem nawiązane z szeroko pojętą erotyką – w okresie 14–15 lat i to z takim swoim rówieśnikiem, u którego dwa lata temu byłem na pogrzebie – został tzw. jak to się mówi heretykiem – żonaty, dzieciaty, wnuczaty itd. (R4).

Przeszłość – Ja – Inni – tabu

Respondenci uczyli się żyć z własną orientacją, stosując różne strategie. Wszyscy jednak, szczególnie w okresie dorastania i wczesnej dorosłości starali się ukryć przed bliskimi i znajomymi to, kim są. Czuli, że im nie wolno, że to jest przeszkoda, trzymali to w tajemnicy. Prawdopodobnie, problem ten może dotyczyć większości pokolenia

osób starszych, które dorastało w czasach, kiedy heteroseksualizm był uznawany za jedyną właściwą orientację seksualną.

Ja się z tym ukrywałem, starałem się to ukryć, a jak coś tam coś tam zaczynali już tam przebąkiwać, to starałem odizolować się, zerwać znajomość (R5).

Wracając do kwestii seksualności człowieka (...) Wiadomo, że to były czasy, kiedy o takich rzeczach się nie mówiło (R4).

Te moje pokolenie tego się nie pozbędzie Nie mówiono o tym nigdzie, tego nie było. Tak jak pani słyszała w PRL prostytutce też nie było; tego nie chciało się widzieć (R5).

Naprawdę, to mógłbym swoje życie określić jednym zdaniem – 50 lat w szafie, czyli tego ukrywania się (R2)

Ja nawet gdy byłem w związku to mówiłem, że to jest mój kuzyn, mimo że wszyscy wiedzieli. Uważałem, że wszyscy są moimi wrogami (...) bliscy koledzy mi powiedzieli – ty nie możesz o tym mówić, bo potem będą plotki (R2).

W głębi siebie czułam się taka inna, taka osamotniona, taka nie spełniona – Kiedy o tym myślałam czułam złość, wstyd, poczucie winy Budziłam się w nocy przestraszona, że moja tajemnica ... (R3).

Moje hamulce wszelkich wyborów moich dróg życiowych to było wewnętrzne przekonanie, że nie jest mi to dane bo mi nie wolno. Bo w ten czy inny sposób to się ujawni i bardzo mi (...) miałem z tyłu głowy świadomość, że to jest przeszkoda (R1).

Przeszłość – Ja – Inni – poszukiwanie niezależności

W życiu rozmówców duże znaczenie miała niezależność, która jednocześnie zapewniała im poczucie bezpieczeństwa i posiadanej kontroli nad własnym życiem.

Ja zapewnilem sobie bezpieczeństwo finansowe. Od zawsze byłem niezależny finansowo Zapewnilem sobie to moją naprawdę ciężką pracą. Bo nikt mi tego nie dał. Większość moich przyjaciół gejów sobie tego nie zapewniło. Do tego dochodziły wątpliwości, co z życiem w ogóle zrobić – a ja miałem się czego ucześcić. Jeżeli nie moje życie osobiste, to ja miałem fantastyczny zawód, w którym się wyżywałem, bo mam duszę nauczyciela, który kocha się dzielić (R1).

(...) Dlatego porównuję się – jak koszmar nie musi być innym w życiu (R1).

Mam 48 lat przepracowanych. Od 16 roku życia jestem na swoim, od nikogo niezależny finansowo i wręcz odwrotnie – wspierałem (R4).

To, co powodowało mną przez całe życie to poszukiwanie niezależności. Nie względne jej realizowanie, a poszukiwanie niezależności. To poszukiwanie polegało na tym, że ciągle byłem wytrącany z tej drogi – były trudności (R2).

Teraźniejszość

Aktualna sytuacja życiowa osób uczestniczących w badaniach jest zróżnicowana, mocno związana z całościowym doświadczeniem, zależna od posiadanych zasobów indywidualnych i społecznych.

Rozmówca 1. jest niezależny finansowo, spełniony zawodowo, pozostaje od 20 lat w szczęśliwym związku.

Bilans życia pojawił się gdy spotkałem mojego obecnego partnera – jesteśmy ze sobą 20 lat. To też odbiega od wszelkich standardów. Uznałem, że spotkała mnie nagroda za to co zrobiłem dobrego innym ludziom i to co złego od paru osób mnie spotkało. Nic nie jest łatwe w życiu. Ale dalej uważam, bo mój partner jest 30 lat młodszy, i jesteśmy szczęśliwi razem. W związku z tym robimy fantastyczne rzeczy razem – jeździmy po świecie razem – robimy to, co chcemy po prostu. ujawniamy się na blogu – tym którzy chcą nas zobaczyć (...) On jest cudownym uzupełnieniem, mój tzw. dysk zewnętrzny (R1).

Rozmówca 2. rozwiódł się po dwóch latach małżeństwa. W życiu zmagał się z chorobą alkoholową, bezdomnością, potem chorobą nowotworową. Od 10 lat nie pije, 4 lata temu zrobił maturę. Jest na rencie, czeka na emeryturę. Jest sam, stara się pomagać innym.

W tej chwili od ponad 10 lat jestem sam ale mi dobrze z tym. Od ponad 10 lat nie piję. Robię dużo dla innych ludzi co mi też daje radość (...) Długo w sobie nie wierzyłem. Często słyszałem, że nic nie potrafię i nie potrafiłem... cztery lata temu zrobiłem maturę (R2).

W przeszłości to uczucie się pojawiało i poczucie samotności i to, że to moje życie jest takie poniszczone i niczego nie osiągnąłem Natomiast od 5–6 lat nie, ale to się wiąże z tym, że od roku, dwóch mam maturę (R2).

Opinia innych ludzi zupełnie mnie nie interesuje bo już jestem za stary aby żyć dla kogoś. Chcę żyć w zgodzie ze swoim sumieniem. Najważniejsze jest spokój i równowaga bo tego nigdy nie miałem (...) Zależało mi na opinii innych, zależało mi na kolegach, a dzisiaj to co myślą ludzie to jest ich sprawa (R2).

Mam wypracowaną emeryturę tylko czekam żeby osiągnąć wiek emerytalny Żyję sobie fajnie, spokojnie, na wszystko mi starcza, pewnie że by się przydało na wczasy na urlop bo na to mi nie starcza ale żyję sobie spokojnie – mam kota, mały ogródek i sobie żyję (R2).

Rozmówczyni 3. jest zabezpieczona finansowa, ma duże wsparcie ze strony rodziny, udziela się w Uniwersytecie Trzeciego Wieku. Realizuje się w roli babci. Tylko trzem osobom w życiu zwierzyła się ze swojej tajemnicy.

Rozmówca 4. jest aktywny fizycznie, ma duże grono znajomych, jest w stałym wieloletnim związku. Ma emeryturę, czasami dorabia.

Jestem w związku teraz – już od 15 lat – w związku dosyć burzliwym – dwóch dominatów się spotkało – walczymy ze sobą ale to nadaje pewnego uroku czasami – nudno nie jest (R4).

Rozmówca 5. od ósmego roku życia przebywał w domach dziecka, w ośrodkach młodzieżowych, potem w zakładach karnych; łącznie 35 lat spędził w więzieniu. Aktualnie jest zakochany bez wzajemności. Ma niską emeryturę i długi.

Pięć lat jestem na wolności, korzystałem z MOPR, z dodatku mieszkaniowego, węgiel załatwiałem sobie bo mam piec w mieszkaniu. Wreszcie przyszła emerytura, a potem jeszcze ktoś mi zaproponował pracę na czarno ale teraz komornik mi wszedł na emeryturę (...) to gdzieś 800 zł będę miał na rękę (R5).

4 lata temu poznałem takiego młodego chłopaka –23 lata; ja mu się nie podobam, a pomimo tego, że ja jestem w nim zakochany i robię dla niego różne rzeczy materialne. On na początku mi powiedział, że z nami nic nie będzie więc tylko możemy zostać przyjaciółmi. Bardzo go kocham, ale nic tego nie wychodzi, ale on i tak umie mnie owinąć wokół palca (R5).

Przyszłość

W wyniku analizy wypowiedzi osób uczestniczących w badaniach, związanych z przyszłością wyłoniono trzy kategorie: przemijanie, obawy i nadzieje.

Przemijanie

Osoby uczestnicząc w badaniu w naturalny sposób podchodzą do przemijania. Osoby pozostające w związkach spisały testamenty.

Ja już się nie katuję przyszłością ani przeszłością tak naprawdę to normalna kolej rzeczy ludzie żyją – ludzie umierają (...), (R2).

Pewnie nie walczyłbym z wiatrakami - w sytuacjach kryzysowych mówię, że na moim etapie życia potrzebuję świętego spokoju i pieniędzy. Nie będę walczyć – zaoferowałem tyle, że więcej już nie mogę. Zabezpieczyliśmy się i ja jestem bezpieczny, mój partner stara się tego nie zauważać, jego to nie interesuje – dobrze on jest młodszy – młodość ma swoje prawa ale dobrze – ja się czuję bezpieczniejszy – ja tego chcę po prostu. (...) Na pewne się tak stanie, że mi się krzywdą nie stanie (R1).

Mam taki testament życia aby mnie nie ratować gdybym był zdany na jakąś opiekę paliatywną to zero. Spisaliśmy testament – on dokładnie wie, że będzie musiał podatek wyższy zapłacić (R3).

Obawy

Respondenci żyjący samotnie, nie posiadający rodziny odczuwają obawy związane z brakiem osoby, której mogli by zostawić po swojej śmierci swój dobytek (mieszkanie i inne dobra). Jedna z osób badanych odczuwa niepokój związany z tym, że kiedy umrze w swoim mieszkaniu, to nikt go nie znajdzie. Jeden z rozmówców, myśląc o przyszłości boi się samotności – uważa, że z uwagi na swój wiek nie jest już atrakcyjny.

Ostatnio z kolegą rozmawiałem i pytałem czy by wziął klucze od mojego mieszkania i jakieś pełnomocnictwa bo tak naprawdę nie mam nikogo, kto by mógł mnie znaleźć nawet jeżeli umrę ... (...) jeszcze się kolega zastanawia. Ja też bym nie chciał obcych ludzi obciążać sobą (R2).

Nie obawiam się starości, jestem zabezpieczona finansowo, mam córki i wnuki, którym okazuję serce i wiem, że to odwzajemnią (R3).

W więzieniach prawie cały czas miałem kogoś, nie zastanawiałem się nad tym, co będzie później, jak się zestarzeję, dopiero teraz ta refleksja przyszła, jak już jestem na wolności mam dużo czasu, z tymi którymi chciałbym się zaprzyjaźnić nie są tacy skorzy do zapoznania się i wtedy właśnie zaczyna przychodzić ta myśl, że człowiek jest sam i dlaczego sam – bo człowiek jest już nieatrakcyjny (R5).

Nadzieje

Nadzieję, samotni respondenci wiążą ze znalezieniem jeszcze bliskiej osoby, z którą mogliby spędzić starość.

Ja już nie szukam bo ja już mam, to że bardzo lubię ludzi i mam przyjaciół ale też lubię pobyć sam. Jeżeli coś by mi się w życiu zdarzyło i bym kogoś poznał to jak najbardziej ale nie na siłę – nie szukam (R2).

Jestem już w tym wieku, że nie szukam wrażeń. Życie nauczyło mnie cieszyć się z tego co mam. Nie umiałabym już żyć bez „mojej muszli” ale już się z tym pogodziłam. Może czasami powraca nostalgia za innym życiem ale to już przeminęło z wiatrem. Nie można mieć wszystkiego (R3).

Ja już zdałem sobie sprawę, że nic już na to nie poradzę więc nie ma co się zasmucać więc wziąłem to do siebie, że będę dążył do tego aby postarać się aby kogoś chociaż na krótką chwilę mieć ale jeśli już nie dam rady i nie będę miał to nie będzie koniec bo rozumiem jaki jestem nieatrakcyjny. Owszem jestem atrakcyjny ale dla tych osób, które mnie w ogóle nie interesują (R5).

Dyskusja

Podsumowanie uzyskanych wyników badań, dotyczących sytuacji życiowej osób nieheteronormatywnych, umożliwia sformułowanie kilku wniosków. Uczestnicy badań przez lata ukrywali swoją orientację seksualną, czując się zagubieni, inni, osamotnieni. Nie rozumieli tego, czego doświadczali a dostęp do informacji w tym zakresie był bardzo ograniczony. Relacje z rodziną i najbliższymi osób uczestniczących w badaniach były zróżnicowane od pełnej akceptacji, przez niezauważanie problemu, po odrzucenie. Powodem zaburzonych relacji z rodziną, w przypadku dwóch osób nie była orientacja seksualna tylko niewydolność wychowawcza rodziny już w okresie wczesnego dzieciństwa. Jedna osoba miała próby samobójcze, jedna wieloletnie myśli

samobójcze. Dwie osoby uczestniczące w badaniach pozostawały w związku małżeńskim, niezgodnie z własną orientacją; jedna osoba po dwóch, a druga po czterdziestu latach rozwiódła się. Jedna osoba ma dzieci i wnuki. Wyniki badań potwierdzają, że osoby starsze nieheteronormatywne to bardzo różnorodna grupa, niektórzy mogą pozostawać w związkach małżeńskich, mieć dzieci, inni pozostają samotni lub wchodzą w związki partnerskie (Mabey 2011).

W okresie późnej dorosłości dwie osoby, które pozostają w wieloletnich związkach radzą sobie dobrze, są niezależne finansowo. Determinacja w przezwyciężaniu problemów związanych z orientacją seksualną dodała im siły, do przezwyciężania życiowych trudności, w tym tych związanych ze starzeniem się. Można wnioskować, że rozwinęły silne poczucie tożsamości, prowadzące do pomyślnego rozwiązania kryzysu integralność ego versus rozpacz, zgodnie z teorią E.H. Eriksona. Doświadczane w biegu życia sytuacje trudne, mogły „rozwinąć unikalne zestawy umiejętności lub mocne strony” (Hash, Rogers, 2013, s. 249). W okresie starości wykazują większą odporność na stres mniejszościowy, którego doświadczali w życiu. Jedna osoba – kobieta – otrzymuje duże wsparcie od dzieci i wnuków. Jej najbliżsi nie wiedzą o tajemnicy życia. Dwie osoby uczestniczące w badaniach pozostają samotne, bez wsparcia rodziny. Przez całe życie doświadczwały sytuacji trudnych (bezdumność, izolacja więzienna). Trudno jednak stwierdzić czy powodem były problemy związane z własną tożsamością seksualną, czy też brak wsparcia ze strony najbliższej rodziny we wczesnym okresie życia. W odniesieniu do przyszłości, uczestnicy badań wydają się być pogodzeni z nieuchronnością końca własnej egzystencji. Trzech badanych zabezpieczyło siebie i swoich bliskich, dwóch rozmówców, nie pozostających w związkach i nie posiadających wsparcia rodziny, wyraża obawy w zakresie poczucia osamotnienia, włącznie z lękiem przed samotną śmiercią we własnym mieszkaniu, braku osób, którym można byłoby przekazać dorobek swojego życia. Poczucie osamotnienia łączy się z posiadaniem przez uczestników badań nadziei na znalezienie bliskiej osoby w okresie późnej dorosłości. W świetle literatury przedmiotu, obawy osób starszych homoseksualnych pozostają podobne do obaw osób starszych heteroseksualnych, dotyczą obawy o utratę niezależności w związku z chorobą, w tym demencją, strachu przed samotną śmiercią (McParland, Camic, 2018). Obawy są jednak wzmocnione doświadczaniem homofobii, heteronormatywności i tzw. niewidzialności.

Podsumowanie

Badania potwierdziły, że grupa osób starszych nieheteronormatywnych nie jest grupą jednorodną. Sytuacja życiowa osób uczestniczących w badaniach, zarówno w wymiarze czasu przeszłego, teraźniejszego i przyszłego, jest powiązana z zasobami jednostkowymi i społecznymi. To, co jest wspólne dla uczestników badań, to silne dylematy tożsamościowe doświadczane w okresie dorastania i wczesnej dorosłości. W okresie starości wydają się być odporni na dylematy tożsamościowe, cztery osoby

identyfikują się z własną orientacją seksualną i jej nie ukrywają, jedna osoba – kobieta – konsekwentnie przez całe życie nie ujawnia własnej orientacji, chociaż można przypuszczać, że wewnętrznie czuje się z nią pogodzona. Uczestnicy badań obierali w biegu życia różne strategie radzenia sobie z doświadczaniem stresu mniejszościowego. Wśród nich, w świetle prowadzonych badań własnych, można wyróżnić strategię konstruktywną, destrukcyjną i unikową. Strategię konstruktywną stosowały dwie osoby (R1 i R3). Wyraża się ona w wysokiej świadomości własnych potrzeb, jak również posiadanych zasobów, w dążeniu do niezależności i utrzymania satysfakcjonujących związków i szerokiej sieci wsparcia. Strategię destrukcyjną obrało dwóch rozmówców (R2 i R5). Wyrażała się ona w szukaniu tymczasowego rozwiązywania problemów związanych z własną orientacją seksualną, polegającego na zaspokajaniu potrzeb bez świadomego planowania własnego życia, co prowadziło do sięgania po używki, poszukiwanie bliskości w przypadkowych relacjach. Osoby stosujące destrukcyjną strategię miały bardzo ograniczoną sieć wsparcia, w tym brak zrozumienia ze strony rodziny i niskie zasoby własne. Jednak, co ważne z pedagogicznego punktu widzenia, jeden z badanych w tzw. „przedpolu starości”, dzięki terapeutycznemu wsparciu zaczął stosować strategię konstruktywną, przejawem czego była zmiana dotychczasowego stylu życia (rezygnacja z alkoholu, zrobienie matury, zaangażowanie w działalność wolontariacką). Strategia unikowa polega na ukrywaniu własnej orientacji seksualnej i planowaniu życia zgodnie z dominującymi we współczesnej kulturze standardami heteronormatywnymi. Strategię tę obrała kobieta, która spełniła się w roli matki i babci, pomimo rezygnacji z bliskości w relacji z drugą kobietą. Zaproponowane strategie stanowią propozycję wymagającą empirycznej weryfikacji w dalszych badaniach. Ograniczeniem prezentowanych badań jest dobór próby badanej. Nie można wykluczyć, że na udział w badaniach zgodziły się te osoby, które identyfikują się z własną orientacją seksualną. W przypadku respondentki ukrywającej swoją orientację seksualną motywacją do udziału w badaniach było podzielenie się własnym doświadczeniem w trosce o młode pokolenie, aby nie musiało, podobnie jak ona, całe życie „pozostawać ukrytym w szafie”. Jeden z uczestników badań, zwrócił uwagę na problem w pozyskaniu osób chętnych do wzięcia udziału w badaniach:

Trudność dla Pani dotarcia do szerokiego grona – w tym wieku dla niektórych osób w moim wieku i starszych to już rozdział zamknięty. Doszło do pewnej równowagi, pewnego znalezienia swojego miejsca – spokojnego, o wiele bardziej spokojnego niż przed laty. I pogodzenia się z tym, co się musiało zdarzyć. Co się zdarzyło. Myślę, że nie wszyscy są gotowi wrócić do tego emocjonalnie (R1).

Nastawienie społeczne do osób z grupy mniejszości seksualnych, stygmatyzacja, dyskryminacja, uprzedzenia, stanowi źródło wielu problemów, które zwłaszcza w okresie dorastania stają się dla młodego człowieka niemożliwe do rozwiązania. Wyniki badań, z jednej strony mogą uświadamiać, jak ważne w okresie dorastania i młodości jest społeczne wsparcie, nie tylko rodziny, przyjaciół ale i szerszego środowiska społecznego. Z drugiej strony, mogą zwrócić uwagę na wartości egzystencjalnie znaczące,

takie jak: godność, wolność, równość, które nie były dane pokoleniu osób starszych nieheteronormatywnych, które na wiele lat, czy wręcz na całe życie uczyniono pokoleniem „niewidzialnym”. Pedagogicznym wyzwaniem jest zatem podejmowanie świadomych oddziaływań wychowawczych, wspierających osoby nieheteronormatywne, reprezentujące zarówno młode, jak i starsze pokolenie, w procesie budowania własnej tożsamości, tak aby obierali konstruktywną strategię radzenia sobie ze stresem mniejszościowym, a nie strategię destrukcyjną czy unikową,

Bibliografia

- Allen, K.R., Roberto K.A. (2016). Family Relationships of Older LGBT Adults. In D.A. Harley, P.B. Teaster (eds.). *Handbook of LGBT Elders An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies*, New York: Springer.
- Berger, P.L. (1997). *Zaproszenie do socjologii*. Warszawa: PWN.
- Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T., Bebbington, P., King, M. (2011). Mental health of the non-heterosexual population of England. *British Journal of Psychiatry*, 198(2), 143–148.
- Cronin, A., (2004). Sexuality in gerontology: a heteronormative presence, a queer absence. In S.O. Daatland, S. Biggs (eds.). *Ageing and Diversity: multiple pathways and cultural migrations*, Bristol: Policy Press, 107–122.
- Cronin, A., King A. (2010). Power, inequality and identification: exploring diversity and intersectionality amongst older LGB adults. *Sociology*, 44, 5, 876–892.
- Cronin, A., King A. (2014). Only connect? Older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults and social capital. *Ageing & Society*, 34, 258–279.
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Muraco, A. (2010). Aging and Sexual Orientation: a 25-Year Review of the Literature, *Research on aging*, 32(3), 372–413.
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Kim, H.J., Barkan, S.E. (2012). Disability among lesbian, gay, and bisexual adults: disparities in prevalence and risk. *American Journal of Public Health*, 102(1), e16–e21.
- Frost, D.M., Lehavot, K., Meyer, I.H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals, *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 1–8.
- Harley, D.A., Teaster, P.B. (2016). Theories, Constructs, and Applications in Working with LGBT Elders in Human Services. In D.A. Harley, P.B. Teaster (eds.), *Handbook of LGBT Elders An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies*. New York: Springer.
- Hash, K.M., Rogers A., (2013). Clinical practice with older LGBT clients: Overcoming life-long stigma through strength and resilience. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 249–257.
- Heaphy, B., Yip, A.K. (2003). Uneven possibilities: understanding non-heterosexual ageing and the implications of social change. *Sociological Research Online*, 8, 1–12.
- Juszczak, S. (2013). *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kehoe, M., 1991, Loneliness and the Aging Homosexual: Is Pet Therapy the Answer? *Journal of Homosexuality*, 20 (3/4), 137–141.
- Kneale, D., French, R., Henley, J., Thomas, J. (2018). *Inequalities and Measurement Issues in Researching Older LGBT People's Health and Care Needs in the UK: Scoping Review Protocol*. London: EPPI-Centre, Institute of Education, University College London.

- Kneale, D., Henley, J., Thomas, J., French, R. (2019). Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review. *Ageing & Society*, 1–23.
- Lipman, A. (1984). Homosexuals. In E. Palmore (ed.), *Handbook on the aged in the United States*, Westport: CT: Greenwood Press, 323–337.
- Mabey, J.E. (2011). Counseling older adults in LGBT communities. The professional Counselor. *Research and Practice*, 1(1), 57–62.
- McParland, J., Camic, P.M., (2018). How do lesbian and gay people experience dementia?. *Dementia*, 17, 452–477.
- Orel, N., (2006). Community needs assessment: Documenting the need for affirmative services for LGB older adults, In D. Kimmel, T. Rose, S. David (eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspective*, New York: Columbia University Press, 227–246.
- Otis, M. D., Harley D. A. (2016). The intersection of identities of LGBT elders: Race, age, sexuality, and care Network, In D. A. Harley, P. B. Teaster (eds.), *Handbook of LGBT elders: An interdisciplinary approach to principles, practices, and Policies*. New York: Springer, 83–101.
- Phillips, J., Marks, G. (2008). Ageing Lesbians: Marginalising Discourses and Social Exclusion in the Aged Care Industry. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20:1–2, 187–202.
- Porter, M., Russell Ch., Sullivan G. (2004). Gay, Old, and Poor. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 16:2, 43–57.
- Schütz, A. (1988). Sens działania społecznego według fenomenologii. *Studia Filozoficzne*, 5.
- Simpson, P. (2016). The resources of ageing? Middle-aged gay men's accounts of Manchester's gay voluntary organizations. *Sociological Review*, 64, 366–383.
- Sullivan, K. M. (2014). Acceptance in the domestic environment: The experience of senior housing for lesbian, gay, bisexual, and transgender seniors. *Journal of Gerontological Social Work*, 57, 235–250.
- Fokkema, T., Kuyper, L. (2009). The Relation Between Social Embeddedness and Loneliness among Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the Netherlands. *Arch Sex Behav*, Apr; 38(2), 264–75.
- Traies, J. (2015). Old lesbians in the UK: community and friendship. *Journal of Lesbian Studies*, 19, 35–49.
- Traies, J. (2016). *The Lives of Older Lesbians: Sexuality, Identity & the Life Course*. New York, NY: Springer.
- Westwood, S. (2016). We see it as being heterosexualised, being put into a care home: gender, sexuality and housing/care preferences among older LGB individuals in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 24, e155–e163.
- Westwood, S., (2017a). Older lesbians, gay men and the 'right to die' debate: „I always keep a lethal dose of something, because I don't want to become an elderly isolated person”. *Social & Legal Studies*, 26, 606–628.
- Westwood, S., (2017b). Religion, sexuality, and (in) equality in the lives of older lesbian, gay, and bisexual people in the United Kingdom. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 29, 47–69.
- Wilkens, J., (2015). Loneliness and belongingness in older lesbians: the role of social groups as 'community'. *Journal of Lesbian Studies*, 19, 90–101.
- Znaniecki, F. (1971). *Nauki o kulturze*. Warszawa: PWN.

Mechthild Kiegelmann¹

Osoby starsze nieheteronormatywne – rozwiązania niemieckie²

DOI 10.24917/27199045.192.4

NON-HETERONORMATIVE OLDER PERSONS – GERMAN SOLUTIONS

Abstract

In order to get an impression about older LGBTIQ+ persons in Germany a look at the current legal situation helps to understand the current state of several achieved rights with a history of slow acceptance. Even with current rights, scars of previous discrimination shape the experiences of older members of the LGBTIQ+ communities – especially the massive violence and discrimination of gay men who were labeled with the pink triangle and lesbian women who were categorized as a-social during Nazi Germany. In order to understand the situation of elder persons from with homosexual or bi-sexual orientation and of persons with trans* or inter gender, is necessary to differentiate the heterogeneity within the communities. Gay men are benefitting more from unjust intersectional social structures on the one hand and trans* persons experiences multiple and massive oppression on the other hand--with further subgroups in-between. Yet, a history of shared resources and successively opening of organizations that were founded to serve homosexuals towards including all persons from LGBTIQ+ communities can currently be observed. a look at written legal rights is not sufficient to understand the everyday lives of older LGBTIQ+ persons in Germany, because discrimination that violates the achieved rights is still ongoing.

Keywords: homosexuality, transsexuality, intersectionality, older persons in Germany, antidiscrimination rights

Słowa kluczowe: homoseksualizm, transseksualność, intersekcjonalność, osoby starsze w Niemczech, prawa antydyskryminacyjne

1 Prof. Mechthild Kiegelmann, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Karlsruhe, Instytut Psychologii, Niemcy, mechthild.kiegelmann@ph-karlsruhe.de

2 Przekład z języka niemieckiego: Artur Fabiś.

Sytuacja prawna

Aby opisać ogólną sytuację osób starszych reprezentujących społeczność LSBTIQ* w Niemczech warto najpierw zapoznać się z aktualną podstawą prawną dotyczącą tej grupy. Od 2006 roku w Niemczech istnieje *Ustawa o powszechnym równym traktowaniu* (*Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz – AGG*), która w §1 wskazuje za cel „zapobieganie lub eliminowanie dyskryminacji ze względu na tożsamość seksualną». Ponadto, od 1.10.2017 roku w Niemczech pary tej samej płci mogą zawierać związki małżeńskie – choć brakuje jeszcze pełnej równości z małżeństwami heteroseksualnymi, np. ze względu na prawo pochodzenia (*Abstammungsrechts*) (np. druga kobieta w związku nie może być przybrany rodzicem dziecka [drugą matką]. Przyp. A.F.)

Od 1 stycznia 2019 r. Prawo Cywilne w Niemczech przewiduje możliwość wpisania do rejestru urodzeń takich określeń jak: „płeć różnicowana” (*divers*) lub „bezpłciowość” (*kein Geschlecht*). O takie rozwiązania w zakresie praw przedstawicieli społeczności LSBTIQ* walczono małymi krokami przez wiele lat, ale nadal nie osiągnięto pełnej równości prawnej. W odniesieniu do rozwiązań międzynarodowych uzyskano w ten sposób szereg całkiem znaczących praw dla osób LSBTIQ*. Perspektywa międzynarodowa wskazuje, że sytuacja prawna w Niemczech jest lepsza niż w niektórych krajach, ale są też kraje z jeszcze bardziej daleko idącymi rozwiązaniami.

Podsumowując, można zauważyć, że dzięki długiej i wytrwałej pracy w Niemczech i w UE prawa były i nadal będą stopniowo osiągane. Obecny status praw człowieka uzyskany przez osoby ze społeczności LSBTIQ* został zatem osiągnięty z trudem i był to bardzo powolny proces. Prawa te były często egzekwowane wbrew silnemu oporowi społeczeństwa i polityki. Choć można także w niektórych przypadkach mówić o regresie.

Zwłaszcza osoby starsze ze społeczności LSBTIQ* żyją z doświadczeniami powolnego przyznawania im praw w połączeniu z głęboko zakorzenionymi uprzedzeniami i wykluczeniem wobec nich (Gerlach & Schupp, 2016). Aby zapoznać się z historią równych praw dla osób LSBTIQ*, stowarzyszenie Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) opracowało obszerny zbiór zasobów, który jest również stale aktualizowany.

Starsi przedstawiciele środowiska LSBTIQ* w Niemczech

Ze względu na brak praw i utrzymującą się dyskryminację, życie mniejszości seksualnych i płciowych w Niemczech pozostaje zadaniem naznaczonym często bolesnymi doświadczeniami przemocy. Dla starszych osób LSBTIQ* rozbieżność pomiędzy codzienną dewaluacją i dyskryminacją a obecną sytuacją prawną – przynajmniej na papierze – jest bolesnym wyzwaniem także z innego powodu. Ponieważ obecne odczuwanie dyskryminacji często rozbudza wspomnienia lub rozdrapuje rany po wcześniejszych doświadczeniach związanych z szykanami, gdy sytuacja prawna była jeszcze gorsza niż obecnie. Gdy jest się adresatem drobnych nawet przejawów agresji powracają dawne krzywdy, stając się odniesieniem do aktualnych przeżyć i powodu-

jąc ból. Obecne rozwiązania nie działają jednak wstecz i przykładowo, lesbijka, która wiele lat temu została pozbawiona opieki nad swoimi dziećmi z powodu jej *coming out*, dzisiaj nic nie zyskuje i trudno o satysfakcję ze sprawiedliwości, skoro zapewniona jest ona jako ochrona prawna jedynie dla obecnych „rodzin tęczyowych”. Relacja między matką i jej dziećmi w okresie dorastania i sprawowania opieki rodzicielskiej nie może już być w żaden sposób nadrobiona (por. Jansen, Steffens, 2006).

Na relacje międzypokoleniowe pomiędzy młodszy i starszymi osobami LSBTIQ* wpływa zatem również fakt, że nawet w przypadku obecnie istniejącej sytuacji prawnej, biograficzne ślady upokarzającego i łamiącego prawodawstwa nadal oddziałują na starsze osoby i utrudniają wzajemne zrozumienie pomiędzy pokoleniami. Młodsze osoby LSBTIQ* często łatwiej korzystają z obecnych możliwości. Przykładem tego jest fakt, że dopiero od niedawna perspektywa starszych osób LSBTIQ* i ich potrzeby zostały wyraźnie uwzględnione w planowaniu i realizacji parad CSD w różnych miastach (BISS & DLA, 2019)³.

Poprzez wyraźne włączenie starszych osób LSBTIQ* do imprez społecznych, można usunąć bariery i umożliwić pełne uczestnictwo w życiu społecznym (Zeyen, Brunnett, Lottmann, & Kiegelmann, 2020). Starsze osoby LSBTIQ* mają dziś często silne powiązania biograficzne z historią narodowego socjalizmu w Niemczech. Ludzie, którzy obecnie mają około 80 lub 90 lat, spędzili ten ważny etap życia jako dzieci i młodzież w społeczeństwie, szkołach, kulturze i instytucjach edukacyjnych, gdzie ideologia narodowego socjalizmu była dominująca. Doświadczyli tego, że osoby LSBTIQ* były poddawane upokorzeniom, przemocy i pogardzie, jak osoby homoseksualne były napiętnowane różowym trójkątem, deportowane do obozów koncentracyjnych i zabijane, jak stygmatyzowane czarnym trójkątem lesbijki pod etykietą „asocjalne” były deportowane do obozów koncentracyjnych i zabijane⁴. Homonegatywność przybrała w takich historiach nawet zagrażającą życiu postać i pozostawiła ślady i blizny, które nadal odciskają swoje piętno w życiu współczesnych świadków narodowego socjalizmu (Hájková, 2013; Schwartz, 2014). Ale także sami potomkowie sprawców i zwolenników epoki nazistowskiej doświadczają dzisiaj skutków prześladowania wszelkiej inności przez nazistów.

Niejednolitość w społecznościach LSBTIQ*

Nie tylko w kontekście historycznego rozwoju zarówno równości prawnej, jak i dyskryminacji społecznej, ludzie w społecznościach LSBTIQ* różnią się od siebie, gdyż jako członkowie różnych pokoleń doświadczyli różnych faz i okoliczności historycz-

3 Christopher Street Day – święto środowisk LGBT obchodzone w rocznicę Stonewall, zamieszek w Nowym Jorku z 1969 roku na tle dyskryminacji mniejszości seksualnych, (przyp. A.F.).

4 Trójkąty różowy (mężczyźni) i czarny (kobiety) były wykorzystywane w III Rzeszy do oznaczania więźniów homoseksualnych (przyp. A.F.).

nych, jak również związanych z nimi cierpień. Dodatkowo, społeczność LSBTIQ* dotykają także inne formy piętnowania ze względu na przynależność do grup społecznych czy posiadanie jakichś cech podobnie jak w przypadku wszystkich ludzi w ogóle, niezależnie od orientacji seksualnej i różnorodności płci.

Ze względu na udział przywilejów i dyskryminacji, pozycje osób w społecznej sieci intersekcyjności są bardzo różne (Riegel, 2018, Kiegelmann 2020; Lottmann & Kollak, 2017). Ponadto, w społecznościach LSBTIQ* istnieje również heterogeniczność i nierówność społeczna w odniesieniu do podgrup. Na przykład tradycje sekсистowskie i porządki społeczne znajdują również odzwierciedlenie w przywilejach dla mężczyzn, którzy zostali wychowani jako cisplściowi (zgodność płci przypisanej i tożsamej – przyp. A.F.), ale mężczyźni utożsamiający się jako geje są również podatni na patriarchalne atrybuty władzy, przywileje i łatwo rozwijają swój wizerunek pewności siebie, wyższości i nadrzędności w stosunkach społecznych. Nierefleksyjne obchodzenie się z własnymi przywilejami, czy nawet agresywne, dyskryminujące twierdzenie o własnej pozycji władzy wobec członków mniejszości może mieć więc miejsce zarówno u gejów, jak i heteroseksualnych mężczyzn ze zgodnością płci przypisanej i utożsamianej. Z tym, że geje są narażeni na niebezpieczeństwo, że staną się obiektami rozczarowania, złości i agresywnych oskarżeń, dla osób, które nie mają siły przebicia, będąc sami ofiarami dyskryminacji i przemocy ze strony innych.

Obecnie wiele osób i organizacji jest również zaangażowanych w podnoszenie świadomości na temat różnorodności i przeciwdziałania dyskryminacji na różnych obszarach wewnątrz społeczności LSBTIQ*, na przykład przeciwko rasizmowi (Sequeira, 2015).

Niektóre kluczowe organizacje działające na rzecz zwalczania dyskryminacji wobec członków społeczności LGBTIQ* wywodzą się z pionierskich grup i organizacji gejowskich. Na przykład, LSVD został założony jako stowarzyszenie gejowskie w Niemczech. Również stowarzyszenie VLSP* wywodzące się z grupy psychologów gejowskich jest coraz częściej dostrzegane w przestrzeni społecznej, ze względu na intensywnie zaangażowane na rzecz osób trans*. Z biegiem czasu wiele ważnych organizacji tego typu otworzyło się na szerszą grupę docelową, jak kobiety, osoby trans* i interseksualne.

Wpierw kobiety o różnej orientacji seksualnej wywalczyły możliwość przynależności i aktywnego uczestnictwa, ale również osoby biseksualne są już reprezentowane przez stowarzyszenia. W nowych publikacjach uwidacznia się różnorodność orientacji seksualnych oraz różnorodności płci wśród mniejszości społecznych i jest dowodem rosnącej wrażliwości. Przykładowo, coraz bardziej widoczne stają się doświadczenia dyskryminacji osób aseksualnych (Lund, 2021).

Analiza opublikowanych badań naukowych wskazuje, że studia w zakresie homoseksualizmu znacznie przyczyniły się do poznania sytuacji życiowej osób homoseksualnych w Niemczech i poza nimi (Girad & Dore, 2018). W szczególności wyzwania zdrowotne związane z HIV i AIDS doprowadziły do znaczących i ważnych sukcesów w zakresie wsparcia i coraz większego uznania w społeczności NRD, byłych Niemczech Zachodnich i dzisiejszych zjednoczonych Niemiec. Istotna dla sytuacji senierek i se-

niorów w Niemczech jest działalność dwóch organizacji zajmujących się problematyką starszych homoseksualistów, które są podzielone według płci: stowarzyszenia starszych gejów i stowarzyszenia „Lesbijki i starość”.

Szczególnie pomocny dla osób starszych w Niemczech jest na przykład praktyczny przewodnik „CSD jest dla wszystkich”, który został opracowany w ramach Stowarzyszenia Seniorów Gejów (BISS & DLA, 2019). Takie organizacje osiągają ogromne sukcesy w sferze politycznej i społecznej w działaniach na rzecz lesbijek i gejów. Podobny przegląd sytuacji starszych lesbijek i gejów uczyniła Sabina Misoch (2016), odwołując się do istniejącej literatury dotyczącej badań empirycznych. Nieco inaczej wygląda stan badań i sytuacja społeczno-polityczna osób trans*, zwłaszcza starszych, jest ona bardzo zróżnicowana. W podręczniku *LSBTIQ* und Alter(n)* redaktorzy starali się ukazać całą gamę podgrup społeczności LSBTIQ*. Dbając o przezwycięzenie nadmiernego nacisku na uprzywilejowaną grupę gejów i lesbijek, zdecydowano, by zwiększyć widoczność także innych grup w ogólnym spektrum społeczności LGBTIQ*. W podręczniku uwzględniono zatem w szczególności tych autorów, którzy przedstawiają bieżące dane o osobach starszych z wewnętrznej perspektywy poszczególnych podgrup. Nawet w roku 2020 nadal trudno było uzyskać wystarczająco wiarygodne dane na temat sytuacji osób starszych żyjących w mniej licznych społecznościach LSBTIQ* (Zeyen, Brunnett, Lottmann & Kiegelmann, 2020a).

Ze względu na rosnącą liczbę ujawniającej się młodzieży trans* i jej zwolenników w obecnym społeczeństwie, coraz większe są sukcesy działań antydyskryminacyjnych w Niemczech w odniesieniu do praw i sytuacji życiowych osób transpłciowych (Krell & Oldemeier, 2015). Dowodem na to jest właśnie wprowadzenie w Niemczech możliwości określenia „zróżnicowany” (*divers*) jako wskazania płci (Schweizer, Köster & Richter-Appelt, 2019). Te częściowe sukcesy są znaczące i widoczne zarówno w przypadku aktów urodzenia, jak i ogłoszeń o pracę na rynku pracy. Dla wielu starszych osób ze społeczności te nowe regulacje pojawiają się po prostu za późno i doświadczeń związanych z przemocą i urazami nie można już naprawić ani cofnąć. Akt urodzenia lub ogłoszenie o pracę nie mogą pomóc 90-latkowi w podjęciu decyzji o przeprowadzce do domu opieki.

Jednocześnie opisane powyżej rozwiązania antydyskryminacyjne, wprowadzane bardzo małymi krokami, wymagają kontynuacji, ponieważ nadal istnieje dyskryminacja w zakresie zapewnienia wielu praw, a także w związku z niskim uznaniem społecznym osób transpłciowych w Niemczech (VLSP*, 2017). Również w psychologii są powolne i niewielkie postępy w depatologizacji, które wciąż nie są zadowalające, szczególnie w odniesieniu do osób trans* (Por. Rauchfleisch, 2019). Niejednorodność wewnątrz społeczności LGBTIQ* staje się również coraz bardziej widoczna w działaniach specjalistów, np. w pracy socjalnej (Löf i Olaison, 2020).

Historia wciąż niepełnego sukcesu w eliminowaniu niekorzystnej sytuacji prawnej i obszarów dyskryminacji pozostaje stale motywacją dla społeczności LSBTIQ*. Niemniej jednak istnieje wiele życzliwego przyjęcia i solidaryzowania się osób, które

okazują uznanie praw zarówno w odniesieniu do orientacji seksualnej (np. lesbijek czy osób biseksualnych), jak i różnorodności płci (np. Trans* czy Inter*). Sama trudna kwestia nazewnictwa i określenia grupy docelowej odzwierciedla tę solidarność: obecnie używa się terminu LSBTIQ* lub, w międzynarodowym kontekście anglojęzycznym, SOGI, czyli „orientacja seksualna i tożsamość płciowa” (Higashi, 2017). Ten spłot sił i wspólne działania antydyskryminacyjne są również widoczne np. w kolejnych zmianach nazw ważnych organizacji reprezentujących osoby LGBTIQ*.

W tym kontekście szczególnie ważne jest, aby prawa i potrzeby interseksualistów zostały wyraźnie uznane i uwzględnione w rozwiązaniach społecznych. W Niemczech mniejszość społeczna, w szczególności osób interseksualnych, doświadczyła własnej historii poniżania i przemocy (Veith, 2014). Zwłaszcza praktyka okaleczania narządów płciowych i operacje medyczne bez medycznego uzasadnienia, mające na celu dostosowanie się do społecznie skonstruowanych binarnych porządków płci, które są również międzynarodowo zakazane, ma smutną i długą tradycję (Intersexuelle Menschen e. V./XY-Frauen, 2011). Bardzo ważne jest, aby starsi interseksualiści w Niemczech zostali uznani za mniejszość społeczną w zakresie opieki i pielęgnacji senioralnej. Niestety niebezpieczeństwo utrwalania niesprawiedliwości nadal istnieje (Reuter & Brunnett, 2020).

Różnica między posiadaniem prawa a otrzymaniem prawa

Poza spojrzeniem na obowiązujące przepisy i ramy prawne, istotne jest także spojrzenie na rzeczywistość. Ponieważ posiadać prawo i korzystać z prawa to istotna różnica – w wielu kontekstach społecznych. Możliwość zostania matką przez pary lesbijek i zarejestrowania ich dzieci we wszystkich dokumentach, takich jak akty urodzenia, jako pełnoprawnych rodziców z pełną opieką jest ważnym krokiem naprzód dla rodziców lesbijek w odniesieniu do praw rodziców heteroseksualnych w Niemczech. Jednak prawa te nie oznaczają w życiu codziennym, że dyskryminacja została zakończona, o czym świadczy przykładowo brak możliwości pełnego zalegalizowania macierzyństwa dwóch kobiet i uznanie jednej z dwóch matek jako mniej istotnej. Nawet dziś wiele matek-lesbijek doświadcza tego, że inni członkowie społeczności i przedstawiciele władz starają się legitymizować macierzyństwo wyłącznie poprzez biologiczne pokrewieństwo (Kappler & Werner, 2020).

Nakładanie się na siebie różnych tradycji dyskryminacji społecznej, systemowej i indywidualnej przemocy odbywa się w szerokim kontekście społecznym. Osoby ze społeczności LSBTIQ nie są z tego wyłączone. Na przykład, relacje między płciami w tych społecznościach są również naznaczone seksizmem. Nie przezwyciężają seksizmu mężczyźni wykształceni w duchu dominacji i patriarchatu jedynie poprzez przyznanie się, że są gejami. W binarnym, heteronormatywnym środowisku, znajdują się zarówno ludzie heteronormatywni, jak również wiele lesbijek, gejų i biseksualistów w pozycji dominacji oraz przywilejów i istnieje niebezpieczeństwo, że będą oni utrwalali binarny sposób myślenia i działania. Natomiast osoby trans* i interseksualne

są narażone na dalszą dyskryminację. Nierzadko ich odważne ruchy emancypacyjne i ich perspektywy pozostają zaniedbane, stłumione lub lekceważone.

Istnieje nieproporcjonalnie dużo literatury dotyczącej gejów i lesbijek w porównaniu z całym spektrum członków społeczności LSBTIQ* (Zeyen, Lottmann, Brunnet & Kiegelmann, 2020b). Dlatego też, zajmując się sytuacją starszych osób LSBTIQ* w Niemczech, szczególnie ważne jest, aby mieć także na uwadze całe niejednorodne spektrum osób różnorodnych kulturowo. Wykluczanie, lekceważenie, a nawet niedostrzeganie dyskryminowanych obecnie osób musi zostać przezwyciężone.

Bibliografia

- Gerlach, H., & Schupp, M. (2016). Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung.
- Hájková, A. (2013). Between Love and Coercion: Queer Desire, Sexual Barter and the Holocaust. *German History*.
- Higashi, Y. (2017). PL-13 Impact of the Health-Based Approach on SOGIE in Japan. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), e215.
- Intersexuelle Menschen e. V./XY-Frauen (2011a): Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). Berlin.
- Jansen, E., & Steffens, M.C. (2006). Lesbische Mütter, schwule Väter und ihre Kinder im Spiegel psychosozialer Forschung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38(3), 643–656.
- Kappler, K., & Werner, M. (2020). Adoptionen in nicht-heterosexuellen Partnerschaften: Verschlechterung der Situation durch neues Adoptionshilfegesetz. JuWissBlog.
- Kiegelmann, M. (2020). Gender und Generationen. In T.-L. Zeyen, R. Brunnett, R. Lottmann & Kiegelmann, M. *LSBTIQ* und Alter(n): Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 77–82.
- Krell, C., & Oldemeier, K. (2015). *Coming-out - und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. München: DJI- ISBN: 978-3-86379-172-8
- Lottmann, R., & Kollak, I. (2017). Aging & Diversity: LGBT Seniors and Long-Term Care. *Journal of Sexual Medicine*, 14, e288. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.386>
- Löf, J., & Olaison, A. (2020). 'I don't want to go back into the closet just because I need care': recognition of older LGBTQ adults in relation to future care needs. *European Journal of Social Work*, 23(2), 253–264.
- Lund E.M. (2021). Violence Against Asexual Individuals. In: Lund E.M., Burgess C., Johnson A.J. (eds) *Violence Against LGBTQ+ Persons*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52612-2_13
- Misoch, S. (2016). Lesbian, gay & grey: Specific needs and concerns of elderly homosexual women and men. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(3), 239–246.
- Rauchfleisch, U. (2019). *Transsexualismus–Genderdysphorie–Geschlechtsinkongruenz–Transidentität: Der schwierige Weg der Entpathologisierung*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reuter, F. & Brunnette, R. (2020). Inter* und Alter(n). In T.-L. Zeyen, R. Brunnett, Lottmann, R. & Kiegelmann, M. *LSBTIQ* und Alter(n): Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 119–126.

- Riegel, C. (2018). Intersektionalität. In *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft* (pp. 221–232). Springer VS, Wiesbaden.
- Schwartz, M. (Ed.). (2014). *Homosexuelle im Nationalsozialismus: Neue Forschungsperspektiven zu Lebenssituationen von lesbischen, schwulen, bi-, trans- und intersexuellen Menschen 1933 bis 1945* (Vol. 18). Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Schweizer, K., Köster, E. M., & Richter-Appelt, H. (2019). Varianten der Geschlechtsentwicklung und Personenstand. *Psychotherapeut*, 64(2), 106–112.
- Sequeira, D. F. (2015). Gefangen in der Gesellschaft-Alltagsrassismus in Deutschland: rassistismuskritisches Denken und Handeln in der Psychologie. Tectum Wissenschaftsverlag.
- Veith, L. (2014): Vom Opfersein zum Menschsein in Würde: Intersexuelle Menschen auf dem Weg zurück in das gesellschaftliche Bewusstsein. In: K. Schweizer/F. Brunner/S. Cerwenka/ T. Nieder/P. Briken (Hg.): *Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven* (S. 145–154). Gießen.
- VLSP* (2017). Stellungnahme des VLSP* e.V. (Verband von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, queeren, trans* und intersexuellen Menschen in der Psychologie) zur Einführung einer dritten Option im Personenstandsrecht. https://www.vlsp.de/files/pdf/170123vlsp_dritte_option.pdf [27.11.2020]
- Zeyen, T.-L., Brunnett, R., Lottmann, R. & Kiegelmann, M. (2020a). *LSBTIQ* und Alter(n): Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zeyen, T.-L., Brunnett, R., Lottmann, R. & Kiegelmann, M. (2020b). Einleitung. In T.-L. Zeyen, R. Brunnett, R. Lottmann & Kiegelmann, M. *LSBTIQ* und Alter(n): Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 9–14.

Zalecana literatura

- Allen, K. R., & Lavender-Stott, E. S. (2020). The Families of LGBTQ Older Adults: Theoretical Approaches to Creative Family Connections in the Context of Marginalization, Social-Historical Change, and Resilience. *Journal of Family Theory & Review*, 12(2), 200–219.
- Chen, J., McLaren, H., Jones, M., & Shams, L. (2020). The Aging Experiences of LGBTQ Ethnic Minority Older Adults: a Systematic Review. *The Gerontologist*.
- Girard, G., Doré, V. Thirty Years of Research on Gay Men and HIV Prevention in France: a Narrative Review of the Literature. *Arch Sex Behav* 47, 1341–1349 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1163-1>
- Goldsen, K. I. F., Jen, S., & Muraco, A. (2019). Iridescent Life Course: LGBTQ Aging Research and Blueprint for the Future—A Systematic Review. *Gerontology*, 65(3), 253–274.
- Golembe, J., Leyendecker, B., Maalej, N., Gundlach, A., & Busch, J. (2020). Experiences of minority stress and mental health burdens of newly arrived lgbtq refugees in germany. *Sexuality Research & Social Policy: a Journal of the NSRC*. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00508-z>
- McGovern, J., Brown, D., & Gasparro, V. (2016). Lessons learned from an LGBTQ senior center: a Bronx tale. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(7-8), 496–511.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In I. Meyer & M. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations* (pp. 242–267). New York: Springer.
- Steffens, M. C., & Wagner, C. (2009). Diskriminierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen. In *Diskriminierung und Toleranz* (pp. 241–262). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Artur Fabiś¹
Katarzyna Sygulska²

Porażki w bilansie życiowym aktywnych edukacyjnie seniorek i seniorów

DOI 10.24917/27199045.192.5

Abstract

The article presents the results of empirical research about the life balance of seniors. The aim of the study was to find the meanings that old people give own life failures in the perspective of retrospective life review. The aim was also to identify the mechanisms that seniors used in own life balance. An open questionnaire was used for data collection. a qualitative analysis of the written statements of seniors was used. People over 60 years of age (students of university of third age) participated in the research.

Seniors pointed to the failures in life concerning: own person, family, education, work, health and financial situation. The mechanisms used in retrospective life review consisted of: denial, blaming themselves or other people.

Keywords: life balance, retrospective life review, life failures, seniors, old age

Słowa kluczowe: bilans życiowy, retrospektywny przegląd życia, porażki życiowe, seniorzy, starość

Wstęp

Człowiek w swoim życiu, na wielu jego etapach, dostrzega porażki i sukcesy. Szczególnie jednak w okresie starości analizowanie niepowodzeń i sam sposób odczytywania, (re)definiowania przeszłych zdarzeń, nawet z najwcześniejszych lat życia, w skróconej perspektywie przyszłościowej staje się problemem natury egzystencjalnej, wpływającym na jakość życia w starości. Istotne w procesie retrospektywnego przeglądu życia stają się nie tylko fakty z przeszłości, emocje z nimi związane, namysł nad nimi,

1 Dr hab. Artur Fabiś, prof. UP, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, artur.fabis@up.krakow.pl

2 Dr Katarzyna Sygulska, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, katarzyna.sygulska@up.krakow.pl

lecz także aktualna sytuacja bilansującego, a w szczególności wykorzystywane sposoby radzenia sobie w tych ciężkich sytuacjach z porażkami. Nieuchronne zbliżanie się do końca egzystencji może wyzwać potrzebę przypominania sobie przeszłych doświadczeń. To przypominanie z jednoczesnym nadawaniem znaczeń stanowi bilans życiowy, który jest jednym z niepokojów egzystencjalnych (Zych, 2013), nierozzerwalnie związanym z inną troską – sensem życia (Yalom, 1980).

Bilans życiowy

Bilans życiowy, nazywany także retrospektywnym przeglądem życia, jest czynnością życiową, która nie jest wcale zarezerwowana wyłącznie dla ludzi starych. Ludzie młodzi także dokonują przeglądu swojego życia, a na dalszych etapach rozwojowych czynność ta staje się trwałym, powtarzającym się elementem. Sztuka bilansowania wymaga jednak specyficznego podejścia do myślenia, które szczególnie w literaturze psychologicznej i pedagogicznej jest poddawane intensywnej analizie z wyszczególnieniem kluczowych cech tego procesu, mowa tu o myśleniu refleksyjnym (Moon, 1999), transformatywnym (Mezirow, 1991) oraz krytycznym (Fisher, 2008).

Bilans życiowy (retrospektywny przegląd życia), stanowi analizę i samoocenę przeszłości, dokonywaną przez człowieka. Jest to także sposób, w który jednostka umieszcza własne doświadczenia w biegu życia (Zych, 2010, s. 149). To „postawa człowieka wobec własnego życia, definiowana najczęściej w terminach poczucia jakości życia. Nasila się w okresie późnej dorosłości. Ludzie starzy dokonują oceny tego, co dotychczas zrobili, a globalna ocena własnego życia zależy od realizacji celów uznanych za ważne, od społeczno-emocjonalnej dojrzałości danej osoby oraz od aktualnej sytuacji życiowej” (Szmigielska, 2009, s. 44). Retrospektywny przegląd życia dotyczy „Wszystkiego, co jest ważne dla Ja: wybieranych i realizowanych wartości, bliskich związków z innymi ludźmi, czynników wpływających na poczucie własnej wartości, skutków wydarzeń życiowych, spełnionych i niespełnionych szans, sukcesów i porażek. Można powiedzieć, że od strony obiektywnej – wydarzeń i relacji z innymi ludźmi, a od strony subiektywnej – wartości osobiste ważne. Poprzez odniesienie do wartości bilans życia wpisuje się w aksjologiczną stronę aktywności ludzkiej. Jest nie tylko przesycony metarefleksją – co było warto, a co nie, czy środki były adekwatne – ale też oceną: dlaczego coś było wartościowe, a coś nie” (Oleś, 2011, s. 275).

Refleksja nad życiem pojawia się już w młodości, odwołuje się do pamięci biograficznej, tworząc narracyjną historię życia, wiążąc w całość i integrując wydarzenia z przeszłości, budując przekonania o świecie i samym sobie, rozwijając tożsamość. Może koncentrować się na szczególnych wydarzeniach, na szerszych kontekstach i aspektach życia, a nawet jednostkowych sytuacjach (Staudinger, 2001). „Refleksja nad życiem jest podstawowym narzędziem kierowania rozwojem, sprzyja psychologicznemu wzrostowi i dojrzewaniu osobowości (...). Pomaga monitorować i harmonizować procesy warunkujące rozwój osobowości i giętką adaptację w dorosłości (wybór, kompensacja

i optymalizacja celów) – i w tym sensie stanowi mocną stronę człowieka, który chce żyć świadomie” (Oleś, 2011, s. 166).

Szczególnie w starości refleksja przyczynia się do scalenia wydarzeń z całego życia, które stanowią tło do retrospektywnego przeglądu życia. Jest wyzwaniem i zadaniem w starości, którego realizacja przybliży do dojrzałości, do zmierzenia się własną skończonością, do zintegrowania myśli o własnej śmierci i osiągnięcia mądrości (Erikson, 2002).

Przegląd życia wygenerowany przez akceptację starości i własnej śmiertelności możliwy jest dzięki głębokiemu namysłowi nad własnym życiem, jest subiektywnym podsumowaniem dotychczasowych osiągnięć. Jest to konfrontacja z założonymi celami, z poczuciem sensu życia w ogóle. Czynność ta jest zawsze osadzona w pewnym momencie własnej egzystencji, dlatego musi ewoluować wraz z wiekiem na skutek stale wzbogacającego się doświadczenia życiowego i zmian rozwojowych. Na szale kładzie się więc z jednej strony zgromadzone korzystne doświadczenia, generujące szczęście, świadomość spełnienia stawianych celów, satysfakcji z podjętych decyzji, reprezentowanych postaw, z drugiej zaś – stawiane są porażki, nietrafne decyzje, cierpienie, niespełnione marzenia, nieosiągnięte cele, wstydlive postawy, niezaspokojone aspiracje, a także wyrządzone i doznane krzywdy oraz wszystkie inne doświadczenia negatywnie wpływające na poczucie jakości życia i degradujące radość z życia. Bilansowanie może odnosić się do zysków i strat, wartości lub możliwości (Oleś, 2011). Zyski stanowią posiadane i rozwinięte zdolności, sukcesy i osiągnięcia, zrealizowane cele oraz udane związki. Straty mają charakter losowy lub rozwojowy, są to także porażki i zaniedbania, niespełnione pragnienia i dążenia oraz zawinione niekorzystne zmiany. Punktem odniesienia w retrospektywnym przeglądzie życia mogą być także wartości, urzeczywistniające się w realizacji ideałów młodości i dorosłości. Innym kryterium są dążenia, cele, które udało się osiągnąć, z uwzględnieniem działań na rzecz drugiego człowieka. Wartością może być także pozostawienie czegoś po sobie, co spełnia funkcję nieśmiertelności symbolicznej, dając poczucie nieprzemijalności i stworzenia czegoś unikatowego. Jeszcze inną perspektywę bilansowania życia generuje kultura oraz wysoko cenione i eksponowane w niej wartości społeczne. Podstawą trzeciej opcji jest odwołanie się do możliwości. Za kryterium bilansowania przyjmowane są posiadane zdolności, utracone i wykorzystane szanse. Punktem odniesienia może być także dom rodzinny czy stan zdrowia, które dają pewne szanse i ograniczenia w realizacji celów życiowych. Ich wykorzystanie i pokonywanie związanych z nimi trudności stanowią swoistą perspektywę oceny całościowej życia. Ostatnim źródłem możliwości jest mądrość życiowa i doświadczenie. Człowiek wtedy, dzięki aktywności metapoznawczej, rozważa możliwe scenariusze rozwoju wydarzeń z przeszłości i ich ewentualnych konsekwencji, wartościując przy tym podjęte decyzje. Jednakże do tej pory nie udowodniono badaniami, że istnieją jakiegokolwiek korzyści z prowadzenia retrospektywnego przeglądu życia (Bee, 2004), choć akceptacja własnej starości oraz dodatni bilans życiowy wydają się bezdyskusyjnie zwiększać szansę na pogodzenie się

także z własną skończonością i na godne zmierzenie się z procesem umierania (Kępiński, 2004). Z pewnością osiąganie mądrości sprzyja konfrontowaniu się z troskami egzystencjalnymi – w tym także z bilansowaniem życia czy poszukiwaniem sensu życia, będącego jego częścią składową. Mądrość przychodzi w starości, jest pomocna w uporządkowaniu swojego życia, a jego przegląd nie tylko ogranicza się do wartościowania pewnych wydarzeń z przeszłości w perspektywie teraźniejszości, posiada także aspekty perspektywiczne, choć z ograniczonym planowaniem przyszłości. Bilansowanie na każdym etapie życia stwarza więc szansę na działania, to pewna forma ewaluacji, która poza oceną ma także mobilizować do dalszego działania.

Powody dokonywania retrospektywnego przeglądu życia mogą mieć charakter losowy lub rozwojowy. Czynniki te nakładają się także wzajemnie na siebie. Przyczyny losowe obejmują różne wydarzenia, do których należą:

- istotna zmiana, rodząca potrzebę podsumowania przeszłych doświadczeń oraz rozpoczęcia nowego etapu w życiu,
- sytuacja zagrożenia życia wskutek wypadku, choroby, niepełnosprawności,
- przełomowe zdarzenie, takie jak rozwód, nowy związek, zmiana pracy, emerytura, powrót z emigracji,
- istotna porażka lub sukces, skłaniająca do przewartościowania dotychczasowego życia,
- znaczące niepowodzenie, po którym jednostka dochodzi do wniosku, że inwestowanie w realizację istotnego celu okazało się nietrafione,
- skłaniający do refleksji kontakt z drugą osobą,
- istotny konflikt z bliskim człowiekiem – w sytuacji, gdy porozumienie wydaje się niemożliwe (Oleś 2011, s. 274).

Natomiast przyczyny rozwojowe to:

- zakończenie określonego etapu lub zadania,
- poczucie zbliżającego się końca życia – na skutek wieku, zagrożenia, choroby,
- opuszczenie domu przez dzieci, zakończenie znaczącego okresu życia rodzinnego,
- przyjęcie biograficznej perspektywy, która jest wynikiem ostatniej fazy życia (Oleś 2011, s. 274–275).

Według Erika Eriksona głównym kryzysem ostatniej fazy życia jest „opozycja integralności i rozpacz”. Integralność pociąga za sobą mądrość (2002, s. 75). W sytuacji rozpacz jednostka odczuwa żal z powodu straconych szans. Jednocześnie ma świadomość, że jest zbyt mało czasu, aby dokonać zasadniczych zmian i rozpocząć nowe życie. Do objawów braku poczucia integralności należą: pogarda, wstręt, narzekanie, skupianie się na problemach, podejmowanie czynności niedających satysfakcji, poczucie chaosu i goryczy, a także lęk przed końcem życia. Rozstrzygnięcie kryzysu okresu starości ma wpływ na samopoczucie jednostki oraz jej relacji z innymi ludźmi. Integralność powoduje otwarcie się na kontakty społeczne, natomiast rozpacz – skutkuje zamknięciem się na nie. Jeśli człowiek nie angażuje się w relacje, inni ludzie odpowiadają tym samym (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2016, s. 323).

Negatywny bilans życiowy może stać się motywacją do dokonywania zmian, nawet w okresie starości. Jeżeli istnieje jeszcze szansa na działanie, może to stymulować do podejmowania aktywności. Jednostka, którą w ostatnim okresie życia dotyka rozpacz, może nie godzić się ze starością i skończonością. Poczucie rozpacz pociąga za sobą uznanie swojej egzystencji za bezwartościową, brak satysfakcji ze starości, lęk przed końcem życia. Zbliżająca się śmierć jest postrzegana jako bezpowrotne zamknięcie drogi do jakiegokolwiek zmiany i odwrócenia negatywnej oceny własnych doświadczeń. Natomiast pozytywny wynik retrospektywnego przeglądu życia staje się motywacją do zachowania ciągłości, przynosi satysfakcję życiową i prowadzi do integracji – akceptacji swojego życia oraz jego skończoności (Fabiś, 2017).

Nie każda osoba starsza chętnie dokonuje oceny własnej przeszłości. Bilans życiowy może pociągać za sobą stres i frustrację. Kiedy porównanie sukcesów i porażek nie wypada korzystnie, może wystąpić kryzys (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 85). Niektórzy ludzie nie chcą dokonywać retrospektywnego przeglądu swojego życia lub odraczają jego wykonanie. Jak pisze Duccio Demetrio: „Wspominanie ich drażni, ponieważ jest czcze i niczemu nie służy – nie zabliznia ran, nie przywraca straconych złudzeń, nie koi bólu doznanych zdrad. W zupełności wystarczające w mniemaniu ludzi, o których mowa, jest już samo pamiętanie i wkraczanie z nostalgią i trudem w wypełnione ciepłem kadry pamięci, których atmosfera topi nieraz lód skuwający przywoływanie pamięci” (Demetrio, 2009, s. 34).

Jednostka dokonująca przeglądu własnych doświadczeń życiowych ocenia wydarzenia, decyzje, sytuacje z innej perspektywy aniżeli wtedy, kiedy miały one miejsce. Człowiek, analizując swoją przeszłość, znajduje się w innym okresie rozwojowym, ma za sobą różnorodne zmiany, jest w innej sytuacji, posiada większe doświadczenia życiowe, wie więcej o sobie samym i o świecie. Bilans życiowy dokonywany jest przez pryzmat wartości, które w obecnym momencie życia są preferowane. Dlatego też te same zdarzenia, zachowania, postawy mogą być inaczej oceniane w różnych okresach egzystencji (por. Fabiś 2017, Oleś 2011).

Badania nad bilansem życia osób starszych w Polsce dają pewien obraz tego zjawiska. Ustalono, dzięki podejściu ilościowemu, między innymi, że osoby zamieszkujące domy pomocy społecznej mają bardziej negatywny bilans życiowy niż osoby mieszkające z rodzinami. Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie korelacji pomiędzy poziomem bilansu a wiekiem (wszyscy powyżej 65–93 roku życia) czy płcią. Natomiast osoby z wykształceniem wyższym i średnim mają bardziej pozytywny bilans niż te z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Osoby, które wykonywały pracę umysłową w przeszłości lepiej oceniały swój bilans życiowy niż pracujący fizycznie. Pozytywna ocena życia generowana była także przez lepszy stan zdrowia oraz sytuację finansową w starości. Wysokiemu poziomowi koherencji, zrozumiałości, sensowności i zaradności towarzyszy wysoki poziom bilansu życiowego (Izdebski, Polak 2005). Autorzy innych badań opartych na wywiadach, przeprowadzonych wśród osób w wieku 60–101 lat, o zróżnicowanych cechach socjo-demograficznych stwierdzają, że zdecydowana więk-

szość badanych oceniła swoje życie pozytywnie lub zdecydowanie pozytywnie. Badani wiązali zadowolenie ze swojego życia z autonomią w myśleniu i działaniu, kontrolą swojego życia oraz możliwością kształtowania środowiska (Pożarska-Zarzecka, Oleś, 2019).

Z badań biograficznych przeprowadzonych wśród aktywnych edukacyjnie polskich senierek i seniorów wynika z kolei, że trud podejmowania rozliczenia z własnym życiem nie jest czynnością chętnie dokonywaną przez narratorów. Nie widzą w tej trudnej i angażującej emocjonalnie czynności większych korzyści. Zakładają, że to nie jest czas na bilans, ten przyjdzie tuż przed śmiercią, choć mają wątpliwości, czy w ogóle jakikolwiek sens można mu przypisać. Zresztą bilans życiowy, jako jedna z trosk egzystencjalnych jest przez badanych włączana do tych właśnie czynności, których warto unikać. Choć, kiedy już seniorki i seniorzy dokonują takiej retrospekcji, to dostrzegają swoje błędy bądź sytuacje, które spowodowały kryzysy, niemniej szala zysków przeważa nad trudami ich życia i określają swoje życie jako udane, co tłumaczyć może także ich styl życia – aktywnych edukacyjnie. Punktem odniesienia bilansu badanych było poczucie ich sprawstwa lub jego brak. To właśnie niemoc związana z sytuacjami kryzysowymi łagodzi ich poczucie winy, gdyż to zazwyczaj inne osoby, bądź sytuacje losowe doprowadzały do niekorzystnie interpretowanych wydarzeń z przeszłości. Byli to małżonkowie (na co wskazywały wyłącznie kobiety), rodzice czy współpracownicy. Porażkami były więc głównie małżeństwa, problemy z dziećmi, trudności w pracy, ale także własne postawy będące konsekwencją wychowania w dzieciństwie i młodości. Z kolei największe sukcesy również odnosiły się głównie do życia rodzinnego i związane były z satysfakcją z relacji z małżonkami (na co wskazywali mężczyźni), z dziećmi i wnukami, a także osiągnięcia zawodowe. Wśród narracji pojawiały się także niezwykle skomplikowane losy ludzkie, na które składały się wydarzenia, sytuacje, wyzwania generujące większy wysiłek do realizacji zakładanych celów, wtedy nawet mniej spektakularne sukcesy, jak ukończenie szkoły (pochodząc z rodziny niewykształconej), wykonywanie zawodu nauczyciela (przy wrodzonej niepełnosprawności) oceniane były przez narratorów niezwykle wysoko (Fabiś, 2018).

Założenia metodologiczne badań

Celem badania było odnalezienie znaczeń, jakie seniorki i seniorzy nadają, w perspektywie własnego bilansu życiowego, porażkom życiowym oraz rozpoznanie mechanizmów wykorzystanych w prowadzeniu bilansowania życia. Do zebrania danych na temat porażek życiowych aktywnych edukacyjnie osób w późnej dorosłości wykorzystano kwestionariusz otwarty (Kubinowski, 2010). Postawione zostały pytania o największe sukcesy na przestrzeni całego życia oraz największe porażki. Zebrane krótkie pisemne wypowiedzi, senierek i seniorów w bardzo swobodnej i różnorodnej formie zostały przepisane w edytorze tekstowym i zaimportowane do programu wspomagającego analizę jakościową Nvivo. Zastosowano jakościową analizę treści wypowiedzi pisemnych (Kubinowski, 2010). Kodowanie indukcyjne w pierwszej fa-

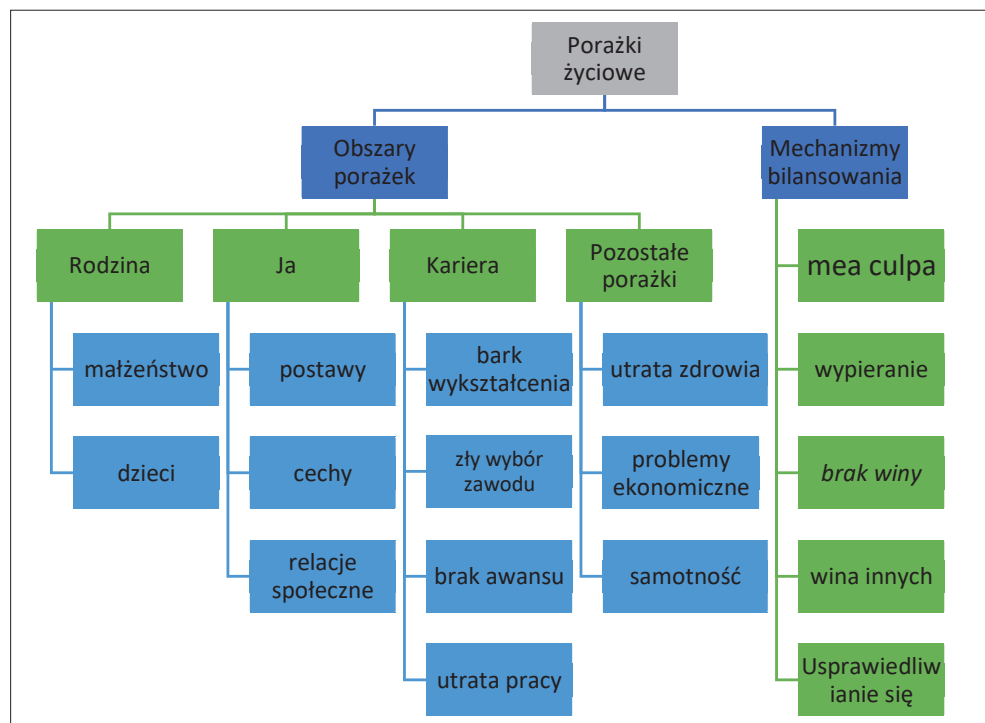
zie miało charakter otwarty – wyboru kategorii, następnie selektywny, by w końcu doprowadzić do not teoretycznych (Rubacha, 2011).

Próbę w badaniach stanowiły osoby po 60. roku życia, aktywne edukacyjnie, które zgodziły się wziąć udział w badaniu, odpowiadając pisemnie na pytania otwarte. Byli to słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku województwa śląskiego i małopolskiego. Badanie wykonano w okresie od października 2015 do czerwca 2017 roku. Zebranych zostało łącznie 340 wypowiedzi. Wstępnej analizie poddano 240, pozostałe teksty posłużyły do nasycania wyodrębnionych kategorii, czyli uzupełniania treściami wypowiedzi tych kategorii, które badacze uznali za niedostatecznie opisane.

Analiza wyników badań

Przedstawione drzewo kodowe (ryc. 1) ma postać zestawienia wyodrębnionych zbiorów porażek pogrupowanych ze względu na obszar życia, w którym ulokowali je badani. Kategorie podzielone zostały na mniejsze zbiory uszczegółowiające zestawienie. Niezależną kategorię stanowi wyodrębnienie mechanizmów towarzyszących temu krótkiemu retrospektywnemu przeglądowi życia.

Ryc. 1. Obszary życiowych porażek oraz mechanizmy bilansowania badanych seniorek i seniorów



Wypowiedzi badanych rozciągają się na continuum od „Moje całe życie jest porażką” do drugiej skrajności „Nie mam porażek”, jednakże większość wypowiedzi sytuuje się pomiędzy tymi skrajnymi postaciami oglądu swojego życia.

Badanym seniorom nie przychodzi łatwo opisanie swoich porażek. Wiele osób nie dostrzega tych niepowodzeń (*bez dużych porażek, nie było w moim życiu żadnych porażek*) lub umniejsza ich znaczenie (*nie myślę o swoim życiu w kategorii porażki, może raczej błędów*). Niektórzy badani, choć przyznają się do drobnych niepowodzeń, to według nich nie zasługują one nawet, by je wymieniać, nie pamiętają ich, albo też nie są zależne od badanych (*drobne, ale staram się ich nie pamiętać, jestem wyrozumiała dla wszystkich i drobne porażki życiowe przechodzą w niepamięć*).

Obszary życiowe porażek

Rodzina

Główny obszar wśród refleksji nad porażkami życiowymi stanowi rodzina. Dominujące odpowiedzi w tym zakresie sprowadzają się do stwierdzenia, że największą porażką życiową była rezygnacja z założenia rodziny bądź nieumiejętność utrzymania dobrych relacji z rodziną (*Widzę, jak zbyt mało czasu poświęciłam rodzinie z powodu pracy, zaowocowało to trudnościami moich dzieci; niewykorzystane kontakty z rodzicami, którzy już niestety odeszli*). Najistotniejszym problemem, wyłaniającym się z wypowiedzi jest nieudane małżeństwo. Proste, krótkie wypowiedzi wskazywały na trudy relacji z partnerem życiowym (*wady mojego męża, z którymi nie mogę do końca sobie poradzić, trudne życie z dziwakiem po rozwodzie*), w bardziej szczegółowych można było odnaleźć kilka kluczowych cech, które przypisywali narratorzy swoim współmałżonkom, decydujących o nieudanym związku, takie jak: egoizm, lenistwo, szantażowanie. Ale także śmierć współmałżonka jest traktowana jako porażka i choć może mieć to uzasadnienie w przypadku pewnych zaniedbań (*nie potrafiłam go wyrwać z nałogu*), to trudno naturalną śmierć współmałżonka traktować w kategorii porażki. Jednak również tak są interpretowane niepowodzenia – jako niezawinione sytuacje, których nie można było uniknąć w przypadku nagłej śmierci współmałżonka. Niemniej z większości wypowiedzi trudno jest wywnioskować, czy badani winę za niepowodzenie obarczają siebie czy innych. Jeszcze inna perspektywa ukazuje porażkę małżeństwa przez pryzmat własnego niezdecydowania w odniesieniu do komplikującego się już małżeństwa. To zbyt długie trwanie w nim uznane zostaje jako niepowodzenie życiowe (*nigdy nie umiałam odejść od męża – szantażysty emocjonalnego; pozostanie w tym związku przez 55 lat!*).

W drugim obszarze niepowodzenia rodzinne skupiają się na potomstwie, pojawiają się wątpliwości względem realizacji rodzicielskich obowiązków, wypełniania funkcji wychowawczych, a w szczególności ilości spędzonego czasu z dziećmi (*brak konsekwencji w niektórych sytuacjach wychowawczych; to były czasy, kiedy dzieci miały słuchać, a nie dyskutować. I to jest nie do odrobienia; nie umiałam wychować dziecka*).

W skrajnych przypadkach rodzice obwiniają się nawet za przedwczesną śmierć dziecka. Same dzieci również są obciążane winą za odczuwanie porażki, stają się źródłem rozczarowania, gdy wyjeżdżają za granicę, pozostawiając rodziców samych, nie interesując się nimi. Także ich codzienne postawy czy życiowe rozstrzygnięcia stają się podstawą do negatywnej oceny własnych osiągnięć wychowawczych (*dzieci wyjechały za granicę i to jest przykra sytuacja; Nie ożenienie się syna; rozwód mojego syna*). Przejawia się ona w dostrzeganiu u potomstwa egoizmu, uzależnień, rozwodów, braku własnej rodziny, powierzchownych relacji. Z kolei wśród osób, które nie doświadczyły rodzicielstwa, jako porażka życiowa pojawia się brak posiadania potomstwa.

Ja

Uczestnicy badania porażki życiowej upatrywali w sobie samych. Wypowiedzi te wskazują na wysoki poziom krytycyzmu wobec siebie i są jednocześnie bardziej refleksyjne i rozbudowane niż pozostałe. Niektóre z nich są niezwykle dramatyczne i odnosiły się do najbardziej intymnych wydarzeń, postaw, zachowań i cech z przeszłości (*brak akceptacji choroby nieuleczalnej w młodości i próby odebrania sobie życia*). Inne wskazywały na bardziej przyziemne sytuacje, które obnażały negatywne cechy czy postawy (*poddawanie się sugestiom otoczenia; często robiłam coś za kogoś; niska samoocena i mała przebojowość*). Bezwzględnie krytykowane jest zaniedbanie siebie, czego konsekwencją jest żal za straconymi szansami i świadomość niemożności nadrobienia tych strat (*zabrakło mi czasu na rozrywki; niezrealizowane własne marzenia*). Warty podkreślenia jest także fakt, że wśród tych wypowiedzi znaczące miejsce zajmują relacje społeczne. To one są źródłem niezadowolenia i wynika ono z braku umiejętności funkcjonowania wśród innych, z naciskiem na brak przygotowania do konfrontacji z brutalną rzeczywistością (*niemożność zmiany i wyłapania pułapek nieżyczliwych osób, mogę liczyć na bardzo niewiele osób; łatwowierność – wierzyłam w dobroć ludzi*).

Kariera

Utrata pracy i konieczność wcześniejszego przejścia na emeryturę stało się źródłem niezadowolenia z perspektywy pytaných osób (*przepracowałam w swoim zawodzie 40 lat i dalej mam siły do pracy*). Nawet sam wybór złego zawodu czy miejsca pracy był przyczyną życiowych rozterek, problemów, frustracji. Samo wykonywanie zawodu wiązało się często z trudami. Jednakże najgłębsze wypowiedzi wygenerowane zostały wyrzutami z powodu niezrealizowania często bardzo ambitnych planów rozwoju zawodowego i awansów. Jedni oczekiwali jedynie wykonywania zawodu, który daje satysfakcję, inni natomiast poszukiwali możliwości pięcia się po szczeblach awansu, robienia kariery, co w ich przypadku jednak nie zostało zrealizowane (*parę lat pracy, której nie lubiłam; mogłam zrobić doktorat i pracować na uczelni, w życiu zawodowym poświęciłam za mało czasu na własne potrzeby*).

Analogicznie do odniesień do zawodowych porażek, także w przypadku edukacji wskazywanie obszarów niepowodzeń skupiało się na niezrealizowanych potrzebach i aspiracjach oraz przedwcześnie zakończonych aktywnościach – w tym wypadku edukacyjnych, czego konsekwencją jest brak oczekiwanego wykształcenia, nieznajomość języków obcych czy przerwanie studiów (*nie nauczyłam się języka angielskiego, tak aby się swobodnie porozumiewać, nie zdobyłam średniego wykształcenia, nie dokończenie doktoratu z powodów rodzinnych, możliwość i nie wykorzystanie studiowania*). Są to także niespełnione marzenia o szkole artystycznej, doktoracie, a także o ukończeniu szkoły średniej. Szczególnie dla wyemancypowanych senierek i seniorów, którzy obcują często ze swoimi wykształconymi rówieśnikami, choćby uczestnicząc w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, porażka ta nabiera wyjątkowego znaczenia.

Pozostałe niepowodzenia

Wśród niepowodzeń, które sporadycznie pojawiają się w tym krótkim retrospektywnym przeglądzie życia aktywnych edukacyjnie osób starszych pojawia się jeszcze jedna z kluczowych wartości w życiu w ogóle, jaką jest zdrowie. Brak dbałości o nie, czy sytuacje losowe, które spowodowały uszczerbek na zdrowiu stały się dla bilansujących punktem odniesienia do odczuwanych porażek w obszarze zdrowia. Dominują działania autodestrukcyjne, przejawiające się przede wszystkim nadużywaniem alkoholu. Co istotne, czasami chodzi o zaniedbania względem najbliższych, a nie tylko samego siebie (*to nieudana walka z nałogami i... słodycze; Był stan wojenny, uszkodzenie mojego ciała, przyczyna padaczki; nie ustrzegłam męża przed alkoholizmem i nie dostrzegłam wcześniej oznak współzależnienia*). Jednakże swoje zdrowia postrzegali badani także w odniesieniu do dyskomfortu psychicznego, a nawet trosk egzystencjalnych, reprezentowanych głównie przez samotność (*choroby emocjonalne, samotność po śmierci męża; myślałam o wszystkich tylko nie o sobie – zostałam na stare lata samotna*).

Choć ekonomiczne porażki sporadycznie wynoszone są na pierwszy plan, to jednak są osoby wśród badanych, które podkreślają trudy funkcjonowania obecnie bądź wcześniej. Przy wypowiedziach określających niski status materialny, niską emeryturę, brak działki lub niestabilność finansową pojawiają się także bardzo poważne problemy natury ekonomicznej, takie jak brak własnego lokum czy niespłacone kredyty (*mało skuteczne gospodarowanie finansami, zadłużenie, którego nie mogę spłacić, niskie dochody, brak środków na remont domu*).

Mechanizmy w bilansowaniu życia

Poza danymi, które pozwoliły rozpoznać obszary życia, w których seniorki i seniorzy odnajdywali swoje porażki, nadając im odpowiednie z ich perspektywy: wagę, znaczenia czy konteksty, można było także rozpoznać pewne mechanizmy, które uruchomione zostały w procesie bilansowania swojego życia. Dokonywanie retrospektywnego przeglądu życia jest sytuacją trudną, wymagającą dużego wysiłku emo-

cyjnego. Kiedy człowiek analizuje to, co dobrego, pozytywnego przydarzyło mu się w życiu, pojawiają się przyjemne odczucia – radość, zadowolenie, satysfakcja, duma. Jednak kiedy jednostka przywołuje w pamięci porażki, pojawiają się przykre emocje, takie jak lęk, żal, poczucie winy, złość, frustracja. W radzeniu sobie z nimi mogą być pomocne różne mechanizmy, służące zachowaniu równowagi psychicznej, zmniejszeniu stresu, zredukowaniu poczucia winy, poprawie samooceny i samopoczucia. W przeprowadzonych badaniach wyłoniły się mechanizmy w postaci wypierania, usprawiedliwiania się, poczucia braku winy, szukania winy w sobie lub w innych ludziach.

Mea culpa

Najbardziej samokrytyczne i wydaje się, że najgłębiej przemyślane wypowiedzi wskazują na swoje wady jako przyczyny porażki, jest to otwarte przyznanie się do słabszych stron (*brak konsekwencji, lenistwo, pycha czasami mnie gubi; niecierpliwość i za szybkie podejmowanie decyzji; za duże wymagania od siebie i perfekcjonizm*). Wskazywanie na swoje wady, zaniedbania, nieodpowiednie decyzje pozwala spojrzeć na własną osobę w sposób realistyczny, a nie wyidealizowany. W rzeczywistości bowiem każdy człowiek posiada zalety i wady, mocne i słabsze strony. Wskazanie na tę drugą stronę może dawać też poczucie większej sprawczości, wpływu na bieg życia.

Wypieranie

Wypieranie polega na usunięciu ze świadomości myśli, wspomnień, które związane są z trudnymi do zniesienia emocjami. Bolesne fakty zostają zepchnięte do podświadomości, ponieważ powodują dyskomfort psychiczny. Liczne wypowiedzi wskazywały na brak życiowych porażek. Można założyć, że dojrzałe osoby osiągające mądrość, poddające refleksji swoje życie w naturalny sposób odnajdują na przestrzeni swojego życia wydarzenia, które można rozpatrywać w kategoriach niepowodzenia, choć nie można oczywiście wykluczyć, że są biografie bez porażek. Niemniej, w niektórych przypadkach można powiedzieć o pewnym mechanizmie wypierania myśli o niepowodzeniach, umniejszania skutków błędnych decyzji, lekceważenia ich (*jestem wyrozumiała dla wszystkich i drobne porażki życiowe przechodzą w niepamięć; nie myślę o tym jako o porażce, lecz bardziej jak o zaniechaniu; nie rozpamiętuję porażek, pewnie były niewielkie*).

Brak winy

Zupełnie odmienną postawę wykazywali ci, którzy przypisywali sobie porażki w sytuacjach braku jakiegokolwiek wpływu na te wydarzenia, generujące obecną negatywną ocenę albo wskazując na dokonanie trudnego wyboru, który niósł za sobą nieuniknione konsekwencje, niemniej i tak był słuszny (*brak akceptacji własnej choroby nieuleczanej w młodości; przegranie walki o życie bliskich [choroby] w tym męża; był stan wojenny, uszkodzenie mojego ciała, przyczyna padaczki*). Mechanizm ten dotyczy

radzenia sobie z sytuacjami, w których jednostka nie miała na nie wpływu, lub jej możliwość wpływu była znacznie ograniczona. Przykładem mogą być tutaj choroby, niepełnosprawność.

Wina w innych

Innym mechanizmem, wykorzystywanym przez badanych, było doszukiwanie się winy za sytuacje niekorzystne u innych. Trudy generowali członkowie rodziny, środowisko pracy, a nawet środowisko lokalne (*radna, dwa razy byłam, że po raz trzeci mieszkańcy wybrali konkurenta wicherzyciela, a nie moje doświadczenie; moja bezkompromisowość w pracy, a z tego tytułu mobbing i zazdrość współpracowników*). Poszukiwanie winy własnych niepowodzeń w innych ludziach może dawać uczucie ulgi – jednostka „odciąża” siebie, przenosi odpowiedzialność na innych. Z drugiej jednak strony może to powodować poczucie krzywdy, żalu, złości i braku własnej sprawczości.

Usprawiedliwianie się

W wypowiedziach zauważyć można było także pewną formę usprawiedliwiania się za zaniechania, za zaniedbanie edukacji czy za brak awansów zawodowych. Swoje zaangażowanie badani kierowali wtedy na cele, które wydawały się bardziej wartościowe, a jednak postrzegają ten brak sukcesów jako swoją porażkę (*brak rozwoju naukowego kosztem życia rodzinnego; mogłam zrobić doktorat, pracować na uczelni, jednak ważniejsze było wychowanie i wykształcenie dzieci, za mało myślałam o sobie i czasami tego żałuję*). Mechanizm ten powiązany jest z poprzednim – jednostka szuka usprawiedliwienia swoich decyzji, zachowań, postaw różnymi okolicznościami.

Dyskusja

Refleksje nad życiem skoncentrowane były na różnych jego obszarach i aspektach, jak również konkretnych sytuacjach. Badania własne ukazały także wagę niezależności w działaniu oraz poczucia kontroli własnego życia, poczucie sprawstwa lub jego brak, co z kolei znajduje odzwierciedlenie w innych poszukiwaniach badawczych (Pożarska-Zarzecka, Oleś 2019). Badania potwierdzają, że dokonywanie retrospektywnego przeglądu życia jest zadaniem trudnym, wymagającym dużego wysiłku emocjonalnego i chęci, o czym świadczy fakt, że niektórzy badani bardzo powierchownie potraktowali to zadanie. Część grupy badanych wręcz nie dostrzegła swoich porażek albo minimalizowała ich znaczenie, co mogło być także wyrazem zlekceważenia namysłu nad własnym życiem.

Dominującym obszarem rozważań na temat niepowodzeń była rodzina. Badani przywoływali takie kwestie, jak zaniechanie założenia rodziny własnej, nieudany związek, śmierć współmałżonka, błędy wychowawcze w stosunku do własnych dzieci i rozczarowanie potomstwem. Badani upatrywali porażki także w sobie, wskazując na różne zachowania i postawy. Seniorki i seniorzy przypominali sobie także straty

i trudności związane z karierą, takie jak nieuzyskanie wykształcenia, nieodpowiedni wybór zawodu, brak awansu czy utratę pracy. Inne porażki dotyczyły także sytuacji zdrowotnej i finansowej. Punktem odniesienia w bilansie życiowym uczyniono zatem relacje z innymi, szczególnie z najważniejszymi dla siebie członkami rodziny. Największą porażkę upatrywano w kwestiach wychowawczych i w relacjach z dziećmi. Badania biograficzne nad troskami egzystencjalnymi (Fabiś, 2018) choć potwierdzają doniesienia z przedstawianych badań w kwestii rozczarowania rodziną jako jednej z podstawowych porażek życiowych, to jednak w narracjach osobami generującymi rozczarowanie są współmałżonkowie a nie dzieci, natomiast zdecydowanie mniej uwagi kierowano na kwestie zdrowotne. Podobnie wnioski ze swoich badań jakościowych przedstawiają Pożarska-Zarzecka i Oleś (2019). Z kolei Ryszard Cibor w raporcie z badań ilościowych wskazuje na „dramatyczne niezadowolenie” badanych seniorek i seniorów ze swojej sprawności fizycznej, zdrowia i uposażenia, co z nie znalazło potwierdzenia w przedstawianych badaniach. Jak wcześniej wspomniano, była to tematyka poruszana marginalnie. Przyczyny takiej różnicy upatrywać można przede wszystkim w charakterystyce badanych osób, w prezentowanych badaniach seniorki i seniorzy pochodzili z najbardziej wyemancypowanej grupy, także dużo lepiej funkcjonującej fizycznie niż cała populacja osób starszych. Fakt ten może uzasadniać jeszcze jedną różnicę w obu badaniach. Badania Cibora wskazują na znaczne niezadowolenie z własnej „przydatności społecznej”, co nie ma odzwierciedlenia w prezentowanych badaniach, gdyż badanymi były osoby niezwykle aktywne edukacyjnie i można także zakładać, że zaangażowane w inne aktywności. Status badanych – wyższe wykształcenie, aktywność, lepsze zdrowie i sytuacja materialna, co jest charakterystyczne dla aktywnych edukacyjnie seniorów i seniorek w Polsce – w bilansie życia również ma swoje odzwierciedlenie, co potwierdzają z kolei inne badania o charakterze ilościowym (Izdebski, Polak, 2005).

Zestawiając mechanizmy bilansowania w badaniach nad troskami egzystencjalnymi z przedstawianymi rezultatami podobieństwa dostrzec można w wypieraniu swojego sprawstwa, natomiast analiza wyżej prezentowanych danych wskazuje na przewagę upatrywania winy w sobie, z kolei w narracjach (Fabiś, 2018) dominuje wypieranie i porównywanie. Tego drugiego mechanizmu nie dostrzeżono w omawianych tu badaniach.

Choć przedstawiane badania są potwierdzeniem doniesień z innych badań, a także wskazują na nowe obszary i specyficzne cechy bilansowania własnego życia w starości, to z pewnością ich słabością jest właściwość zebranych danych, którą można określić mianem „skąpości wypowiedzi”. Badacze oczekiwali szerszych kontekstów i znaczeń poszczególnych aspektów bilansowania, jednak wybrana metoda otwartego kwestionariusza nie pobudziła do głębszych refleksji i rozpisanie się. Można założyć, że rzetelnie przeprowadzone wywiady biograficzne mogłyby dostarczyć szerszej perspektywy oglądu badanego zjawiska.

Zakończenie

Badani, wymieniając swoje życiowe porażki, przywoływali doświadczenia przynoszące cierpienie, źle podjęte decyzje, niezrealizowane cele i marzenia, nieodpowiednie zachowania, niezaspokojone aspiracje w różnych obszarach, a także krzywdy, zarówno te wyrządzone, jak i doznane. Badane osoby starsze, bilansując swoje doświadczenia życiowe, wskazywały na porażki dotyczące: własnej osoby, rodziny, edukacji, pracy zawodowej, a także w mniejszym stopniu sytuacji zdrowotnej i finansowej. Szczególnie akcentowane były niepowodzenia i straty związane z relacjami z bliskimi osobami.

Zmaganie się w starości z różnymi zdaniem, trudami, troskami egzystencjalnymi i problemami życia codziennego, w tym także bilansowaniem, może być owocne z perspektywy szans rozwojowych. Przegląd życia w znaczący sposób wpływa na postawę wobec jego własnej skończoności. Zintegrowanie myśli o własnej śmiertelności jest jednak oczekiwaną postawą w starości (Erikson, 2002). Bilans życiowy związany jest silnie z poczuciem sensu życia, determinują one postawę wobec własnej egzystencji oraz zaakceptowanie jej skończoności, stanowi o satysfakcji życiowej w ostatnim okresie życia (Fabiś, 2015) i przyczyniać się może do osiągania oczekiwanej na tym etapie rozwojowym mądrości (Sternberg 2003; Kunzmann, Baltes, 2005).

Bibliografia

- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: „Zysk i S-ka”.
- Brzezińska, A., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2016). *Psychologia rozwoju człowieka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cibor, R. (2008). Wartości życiowe i ich bilans u osób starszych. *Chowanna* 1, 97–110
- Demetrio, D. (2009). *Pedagogika pamięci. W trosce o nas samych, z myślą o innych*, przeł. A. Skolimowska. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
- Erikson, E.H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wyd. Rebis.
- Fabiś, A. (2015). Rozwój duchowy jako atrybut dojrzałości w starości. *Biblioteka Gerontologii Społecznej. Exlibris*, 1(9).
- Fabiś, A. (2017). Bilans życiowy. W: A.A. Zych (red.) *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*. Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae.
- Fabiś, A. (2018). *Troski egzystencjalne w starości. Ujęcie geragogiczne*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Fisher, A. (2008). *Critical Thinking. An Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Izdebski, P., Polak, A. (2005). Bilans życia i poczucie koherencji osób starszych w zależności od ich aktualnej sytuacji życiowej. *Gerontologia Polska*, 3/(13), 188–194.
- Kępiński, A. (2014). *Melancholia*. Warszawa: PZWL, 1974, nowe wyd. Kraków: Wyd. Literackie.
- Kubinowski, D. (2010). *Jakościowe badania pedagogiczne*. Lublin: Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kunzmann, U., Baltes P.B. (2005), The psychology of wisdom: Theoretical and empirical challenges. In R.J. Sternberg, J. Jordan (eds.), *A Handbook of wisdom. Psychological perspectives* (s. 110–135). Cambridge: Cambridge University Press.

- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moon, J. (1999). *Reflection in Learning and Professional Development*. London: Kogan Page.
- Oleś, P.K. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pożarska-Zarzecka, M., Oleś, P. (2019). Dobrostan psychologiczny, postawy egzystencjalne i bilans życia w wieku starszym. *Psychologia Rozwojowa*, 24/4, 57–70.
- Rubacha, K. (2011). *Metodologia badań nad edukacją*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łoś-graf.
- Staudinger, U.M. (2001). Life reflection: a social-cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 6, 148–160.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dzięgielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Szmigielska, B. (2009). *Bilans życia*. Hasło w: J. Siuta (red.). *Słownik psychologii*. Kraków: Kra-kowskie Wydawnictwo Naukowe.
- Sternberg, R.J. (2003). *Wisdom, Intelligence and Creativity Synthesized*. Cambridge: Cambrid-ge University Press.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zych, A.A. (2010). *Leksykon gerontologii*. Kraków: Impuls.
- Zych, A.A. (2013). *Przekraczając „smugę cienia”*. Szkice z gerontologii i tanatologii. Wyd. 2. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.



Ewa Śliwa¹

Alienacja i osamotnienie osób starszych w relacjach społecznych

DOI 10.24917/27199045.192.6

ALIENATION AND LONELINESS OF OLD PERSONS IN SOCIAL RELATIONSHIPS

Abstract

Alienation and loneliness are common and therefore, they present a challenge for modern social sciences and practice. Older people are particularly exposed to this phenomenon. No sense of connection with the family and friends, and weakened social relationships affect significantly the sense of satisfaction from life, social usefulness and the reason to live on.

The goal of the text is to present the role of close social relationships in the context of subjective sense of satisfaction from life among older persons. For the purpose of the research, the qualitative strategy with interview and (online) focus group technique were used as well as analysis of online materials regarding older people's experiences with loneliness. Conclusions: The subjective satisfaction from life is inextricably connected with maintaining close, positive relationships with one's external environment. For older people in particular, emotional bonds determine directly their motivation to engage in different activities and their optimistic view of the future.

Keywords: alienation, loneliness, social relationships, interpersonal bonds, old age

Słowa kluczowe: alienacja, osamotnienie, relacje społeczne, więzi interpersonalne, starość

Wprowadzenie

W człowieczeństwo nieodłącznie wpisane jest przebywanie w grupie oraz gwarantująca poczucie bezpieczeństwa bliskość więzi międzyludzkich. Gdy człowiek zostaje wyłączany ze środowiska, w którym przebywa, pomimo fizycznej bliskości innych ludzi odczuwa osamotnienie, powodujące ból i cierpienie. Jest to stan po-

1 Dr Ewa Śliwa, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, ewa.sliwa@up.krakow.pl

zostający poza sferą decyzyjną człowieka, a który jest sprzeczny z jego potrzebami i pragnieniami.

W wiedzy potocznej możemy odnaleźć przykłady zamiennego używania pojęć: samotność, osamotnienie oraz alienacja i wyobcowanie. Traktowane jako określenia bliskoznaczne, są nierozróżniane w wypowiedziach badanych osób. Jednak w ujęciu naukowym pomiędzy tymi pojęciami zachodzi znacząca jakościowa różnica.

Należy zwrócić uwagę na odmienność znaczeniową pojęć: samotność i osamotnienie, o których Jan Szczepański mówił, iż są to dwa różne stany ludzkiego bytowania. „Osamotnienie wynika z niedorozwoju świata wewnętrznego, z braku porządku, w którym tworzymy dla siebie samych innych niż zewnętrzny rytm istnienia, inne miary wartości i w którym jesteśmy wolni od klęsk, upokorzeń. Jest to także świat wolny od cierpień zadawanych nam przez innych ludzi” (Szczepański, 1984, s. 23). Lęk przed osamotnieniem jest lękiem przed sobą samym. Z poczucia osamotnienia jest bowiem zawsze wyjście do kontaktu z sobą samym. Jednak „kto boi się dialogu z sobą samym, ten nigdy nie opanuje sztuki przemijania” (Szczepański, 1984, s. 22). Osamotnienie jest to odczucie braku więzi z innymi ludźmi niezależne od ich oddalenia przestrzennego. Czasami fizyczna obecność bliskich, przy braku możliwości podtrzymywania pogłębionych relacji wzmacnia poczucie osamotnienia. Wiąże się z tym przeżycie straty, żalu, bólu i cierpienia. Osamotnienie szczególnie ciężko doświadcza osoby starsze, gdyż może się wiązać z zaburzeniem ich normalnego funkcjonowania w sytuacji zależności od opieki rodziny, instytucji społecznych oraz wspólnoty sąsiedzkiej. Osamotnienie wpływa znacząco na poczucie sensu istnienia, samoocenę, motywację do podejmowania aktywności we wszystkich dziedzinach życia. Osamotnienie jest skutkiem warunków zewnętrznych, niezależnych od decyzyjności starszej osoby.

Według Szczepańskiego, samotność to stan wynikający z własnego wyboru, niepowodujący dyskomfortu psychicznego. Umożliwia człowiekowi koncentrację na własnym „świecie wewnętrznym”, zazwyczaj jest świadomym wyborem człowieka, a także jest jego prawem. Dzięki niej człowiek kształtuje swoją kreatywność, potrzebną dla rozwoju indywidualności i przeżycia własnej odrębności (Wasilewska, 2010, s.26). Często samotne są osoby nieprzeciętne, odczuwające brak zrozumienia ze strony otaczających ludzi. Wybierając życie w samotności, odpowiadają na swą wewnętrzną potrzebę nieulegania oczekiwaniom społecznym. Taka decyzja, będąca reakcją na potrzebę doświadczenia braku kontaktu z innymi, jest u zdrowo funkcjonującego człowieka czymś naturalnym i niezagrażającym jego egzystencji oraz rozwojowi.

Samotność jest nie tylko poszukiwaniem siebie, ale też umiejętnością koncentracji na swym świecie wewnętrznym i zdobywania obojętności wobec świata. Daje człowiekowi niezbędny dystans, odwagę, gotowość rezygnacji i poczucie wewnętrznej samowystarczalności. Samotność jest stanem, na który człowiek świadomie się decyduje, stanem koniecznym dla jego prawidłowej i satysfakcjonującej egzystencji. Jest to decyzja podejmowana przez dojrzałą jednostkę, rozumiejącą swe potrzeby oraz właściwie diagnozującą zewnętrzne możliwości rozwojowe.

Alienacja z kolei jest procesem psychicznym, który objawia się odczuciem braku przynależności człowieka do otaczającego go świata społecznego. Poczucie alienacji można określić, jako przekonanie jednostki, że pewnie istotne wartości, relacje, aktywności są dla niej niedostępne, przez co uniemożliwiają realizację jej potrzeb. Alienacja wyzwała negatywne emocje, które mogą prowadzić to zaburzeń w funkcjonowaniu jednostki. Wśród osób starszych dominującą reakcją na wyalienowanie jest wycofanie się z życia społecznego, ucieczka w świat wspomnień oraz powstanie negatywnych odczuć, takich jak: żal, frustracja, zgorzknienie oraz utrata chęci dalszego życia. Może pojawić się także pogłębienie istniejących schorzeń lub pojawienie się nowych, co także utrudnia podtrzymywanie relacji z otoczeniem społecznym. Alienację charakteryzuje w szczególności fakt, iż w przeciwieństwie do samotności, obecność bliskiej osoby może ją jeszcze bardziej pogłębiać, a pożądana staje się jego nieobecność (McGraw, 2000). Warto także wspomnieć o wnioskach z badań wysnutych przez Jolantę Maćkiewicz i Joannę Wnęk-Gozdek (2018) wskazujących, że subiektywnie odczuwane poczucie osamotnienia jest uzależnione od cech osobowościowych osób starszych oraz od ich postawy optymistycznego lub pesymistycznego nastawienia do przeżywanej codzienności. Zgodnie z tym, pomimo przeżytych traumatycznych zdarzeń, badani nie popadali w stan osamotnienia, gdyż zachowali zdolność budowania nowych relacji społecznych, w tym także międzypokoleniowych.

Wobec powyższych definicji samotność nie powoduje destrukcyjnych zmian zarówno w życiu jednostki, jak i całego społeczeństwa. Także osoby starsze mogą poczuć potrzebę nabrania czasowego dystansu do środowiska rodzinnego, sąsiedzkiego, czy też szerszego kontekstu społecznego. Jeżeli podyktowane jest to decyzją odpowiadającą na wewnętrzną potrzebę, stanowi to normalne zjawisko towarzyszące człowiekowi niezależnie od etapu w jego życiu. Tak ujmowana samotność nie będzie stanowić przedmiotu rozważań w niniejszej pracy. Stanowić go będzie zjawisko osamotnienia i alienacji osób starszych w relacjach ze społecznością, w której żyją.

Osamotnienie i alienacja w życiu starszych osób – rozróżnienie znaczeniowe

Teresa Olearczyk zauważa, że „umierająca cisza i rodzące się osamotnienie to efekt cywilizacji ponowoczesności. W dzisiejszym świecie jesteśmy osamotnieni, coraz to nowsze technologie zabierają to, co jest w życiu ważne. Człowiek zamiast spędzać czas z drugim człowiekiem woli wpatrywać się w ekran telefonu czy laptopa. Dlatego zanika rodzinne życie oraz więzi między ludźmi. Wolimy rozmawiać przez różnorodne komunikatory niż w cztery oczy” (Olearczyk, 2010, s. 139). Technologiczny postęp, za którym ciężko nadążyć, nadmierna urbanizacja, migracje, konsumpcja, lęk przed odrzuceniem, ciągły stres, nastawienie na sukces i bogactwo – wszystko to może doprowadzić człowieka do osłabienia więzi z drugim człowiekiem, a następnie do samotności (Dubas, 2002).

Osamotnienie

Pojęcie osamotnienia wiąże się z odczuwanym dyskomfortem psychicznym i emocjonalnym, jest stanem niezamierzonym przez człowieka, będącym skutkiem zjawisk zewnętrznych od niego niezależnych. Osamotnienie wyrasta z uczucia obcości, nosi na sobie piętno nie-kochania. Ma swoje źródło w poczuciu żalu, krzywdy, pozbawienia głębokich, prawdziwych, emocjonalnych więzi.

Osamotnienie może dotyczyć każdego bez względu na wiek czy płeć, jednak niektóre grupy są bardziej narażone na to zjawisko od innych. Najczęściej problem ten dotyczy osób uzależnionych od środowiska społecznego ze względu na stan zdrowia, wiek, sytuację rodzinną. U osób starszych osamotnienie może wywołać nagła strata bliskiej osoby lub połączona z nią nieumiejętność przystosowania się do warunków i tempa życia we współczesnym świecie. Osamotnienie może powodować poczucie lęku przed niepowodzeniem, brak zaufania wobec własnych możliwości oraz motywacji do działania. Aleksander Maciarz stwierdził, że osamotnienie to „stan psychiczny jednostki, która ma względnie trwałe niezaspokojone potrzeby akceptacji, przynależności i miłości oraz w wyniku tego osłabione oczekiwania, co do nawiązywania pozytywnych relacji społecznych i więzi emocjonalnych z innymi ludźmi. Przeżycie to wywołuje przykre doznania takie jak: smutek, rozżalenie, przygnębienie, co z kolei destrukcyjnie oddziałuje na funkcjonowanie starszej osoby w środowisku społecznym. Może być ono spowodowane obojętnym emocjonalnie lub wrogim stosunkiem do jednostki bliskich jej dotąd osób, brakiem akceptacji, zainteresowania i zrozumienia jednostki w najbliższym otoczeniu społecznym lub na przykład świadomością pewnej odmienności, która utrudnia porozumienie” (2005, s. 263).

Osamotnienie w ujęciu Jerzego Gajdy „stanowi ograniczenie rozwoju jednostki, zaburzenie jej normalnego funkcjonowania, dociążenie życiowego doświadczenia, trudne przeżycia w sytuacji, która wydaje się jednostce często nie do pokonania” (Gajda, 2003, s. 657). Właśnie przekonanie, o niemożności samodzielnego rozwiązania problemu powoduje powstanie poczucia bezradności, bezsilności, co bardzo destrukcyjnie oddziałuje na psychikę starszego człowieka. Poczucie osamotnienia znacznie utrudnia tworzenie i podtrzymywanie relacji społecznych, powodując pogorszenie umiejętności nawiązywania i utrzymywania więzi emocjonalnych z otoczeniem. Mechanizmem obronnym, jaki wytwarza wówczas człowiek jest pozorna obojętność uczuciowa granicząca z oschłością, oziębłością, czy nieszanowaniem konwencyjnych norm grzecznościowych. Często intensywne pragnienie uwagi przy braku zdolności do dawania i odbierania uczuć powoduje zamknięcie się w sobie, brak inicjatywy w podejmowaniu relacji. Zagubienie w rozeznawaniu własnych stanów emocjonalnych oraz brak rozumienia siebie i innych, może skutkować niemożnością realistycznego podejścia do rzeczywistości, brakiem obiektywizmu w ocenie zjawisk życiowych, tak osobistych, jak i społecznych, obniżoną syntoniznością, czyli ograniczeniem empatycznego dostosowania emocjonalnego. Jednak należy zaznaczyć, że te negatywne przemiany mają swoje źródło w autentycznie odczuwanym bólu i cierpieniu.

Warte podkreślenia w powyższym ujęciu jest wskazanie podobieństwa w przeżywaniu osamotnienia przez adolescentów i osoby starsze. Daje to możliwość stworzenia programów pracy pedagogicznej w kierunku tworzenia i pogłębiania więzi międzypokoleniowej pomiędzy tymi generacjami. Przedstawiciele obu pokoleń mogą odczuwać deficyt wsparcia w osobach z otoczenia. Mogą w sposób autentyczny przeżywać osamotnienie powodowane powierzchownością relacji rodzinnych, brakiem czasu ze strony bliskich na podtrzymywanie więzi, oddaleniem przestrzennym. Zanikająca więź utrudnia podtrzymywanie relacji. Kontakty z innymi osobami, ich rodzaj i częstotliwość budzą niepokój, są coraz bardziej ograniczone, niesatysfakcjonujące. Pojawia się świadomość, braku pamięci, uwagi ze strony otoczenia oraz przekonanie o przedmiotowym, instrumentalnym stosunku innych do osoby osamotnionej (Dubas, 2002). Wobec powyższego osamotnienie może być odczuwanie niezależnie od sytuacji zewnętrznej, będąc procesem zachodzącym w psychice osoby starszej, powstałej pod wpływem, przykrego lub mylnie interpretowanego wydarzenia. Poczucie osamotnienia może być też pochodną złego stanu zdrowia, wynikające z dolegliwości somatycznych oraz psychicznych, takich jak: nerwica, depresja, lęk lub fobia społeczna, czy zaburzenia osobowości.

Poczucie osamotnienia może towarzyszyć przeżywanej dyskomfortowej relacji starszego człowieka, niezależnie od środowiska, w którym przebywa. Oczywiście uwarunkowania społeczne będą mieć ogromne znaczenie dla możliwości regeneracyjnych psychicznych i emocjonalnych, po przeżytym traumatycznym, stresującym zdarzeniu. Innego rodzaju stany emocjonalne będą towarzyszyć alienacji w środowisku rodzinnym. Różne od powyższego uczucia pobudzone zostaną w przypadku utraty osoby najbliższej i pozostaniu bez wsparcia ze strony otoczenia. Inaczej będzie postrzegał rzeczywistość człowiek wyobcowany w środowisku sąsiedzkim i lokalnym. Zupełnie inne będzie przeżywanie wyalienowania przez osobę starszą w czasie pobytu w placówce zdrowotnej, takiej jak szpital, ośrodek zdrowia, czy sanatorium. Kolejnym wymiarem egzystencjalnym starszego człowieka, jest jego pobyt w placówkach pomocy społecznej, mogący generować przekonanie o odizolowaniu od normalnie funkcjonującego świata ludzi młodych. Kryterium analizy odczucia alienacji przeżywanej przez osoby starsze, będzie podział na zróżnicowane środowiska społeczne.

Alienacja

Dynamika rozwoju społecznego sprzyja poczuciu nienadążania za tempem przemian i powstaniu subiektywnej oceny pozostawania na marginesie społecznym, bycia wyłączonym z procesów, w których uczestniczy całe społeczeństwo. Wiele osób starszych nie radzi sobie z narzucanym rytmem życia, czego konsekwencją może stać się permanentna alienacja i wycofanie z życia społecznego. Stan taki charakteryzuje się rezygnacją z wcześniejszych planów, marzeń czy zainteresowań. Kolejną konsekwencją może być frustracja egzystencjalna, powodująca zmiany osobowościowe

uniemożliwiające powrót do wcześniejszych relacji społecznych. Towarzyszyć mogą jej gniew, pesymizm, niezadowolenie, poczucie zawiedzionych nadziei, uczucie zagrożenia oraz wynikający z tego stanu ciągły stres.

Wielu autorów podkreśla, iż poczucie alienacji może mieć charakter sytuacyjny lub osobowościowy. Andrzej Jakubik wskazuje na możliwość powstania „osobowości alienacyjnej” z uwagi na jej długotrwały i przewlekły charakter. Istotą osobowości alienacyjnej jest uogólnione poczucie wyobcowani, które charakteryzuje się „poczuciem anomii – przekonaniem, że istniejące normy społeczne (prawne, moralne, obyczajowe, zwyczajowe) są niespójne, niejasne, nieobowiązujące, a ich przestrzeganie uniemożliwia osiąganie własnych celów” (1999, s. 830). W przypadku osób starszych wiele norm społecznych, tych formalnych oraz tych obowiązujących zwyczajowo, postrzeganych jest jako krzywdzące dla tej grupy społecznej i nie uwzględniające jej interesów i potrzeb. Czują się obywatelami gorszej kategorii, nieużytecznymi społecznie oraz żyjącymi na marginesie zainteresowania systemu polityki społecznej państwa. Alienacja związana jest z „poczuciem bezsensu – przekonaniem o braku sensu życia, utracie określonej hierarchii wartości, niemożności przewidywania efektów swojego zachowania” (Jakubik, Piaskowska, 2000, s. 70). Życiu osób starszych nadaje sens przekonanie o własnej sprawczości, decyzyjności, możliwości kierowania swoim losem. Istotna jest także aktywność pozwalająca utrzymać dobrą kondycję fizyczną, zdrowotną, psychiczną i emocjonalną. Spełnienie tych czynników zapobiega wytworzeniu się poczucia alienacji, gdyż starszy człowiek może uczestniczyć w wybranych przez siebie aktywnościach indywidualnych i społecznych. W obliczu zmian fizjologicznych w sposób naturalny towarzyszących procesowi starzenia się organizmu, człowiek uczy się akceptacji tych zmian. Posiadając prawidłowe, serdeczne relacje z bliskimi i ważnymi osobami starszy człowiek nie traci w procesie tym wiary we własne możliwości. Wyobcowaniu przeciwdziałają silne i bliskie więzi rodzinne, relacje z przyjaciółmi, znajomymi. Mogą one utwierdzać starszą osobę w poczuciu racjonalności myślenia, słuszności podejmowanych decyzji, adekwatności odczuwania emocji w reakcji na zachodzące w przestrzeni społecznej wydarzenia. Istotą takiego stanu jest ocalone poczucie godności starszego człowieka, jako pełnowartościowej jednostki ludzkiej. Skrajnie inne postrzeganie siebie wzrasta na gruncie poczucia porażki, bezsilności w działaniach, które pomimo starań, kończą się dla osoby starszej niepowodzeniem. Dotyczy to w szczególności opieki instytucjonalnej, służby zdrowia, ale też wszelkich urzędów, w których starsze osoby są penitencjonariuszami. Starsze osoby zmuszone są często do przyjmowania postawy uniżonej względem urzędników, którzy poprzez takie relacje tworzą zafałszowany obraz niesprawnej społecznie starszej osoby. Wyalienowane osoby starsze zmagają się także z „poczuciem osamotnienia - przekonaniem, że wchodzenie w pożądane relacje międzypersonalne i społeczne jest z różnych względów niemożliwe i niezależne od własnych zachowań, poczuciem braku satysfakcjonujących związków z innymi ludźmi” (Jakubik, Piaskowska, 2000, s. 70). Pożądane przez osoby starsze relacje powinny być bliskie, pełne szacunku, zainteresowania i życzliwości. Jest

to postawa, która buduje każdą relację niezależnie od wszelkich danych demograficznych osób wchodzących w interakcje. Wykształcenie takich postaw jest możliwe przy równoczesnym zwalczaniu schematycznego i stereotypowego ujęcia wiedzy potocznej dotyczącej okresu starości.

Wyalienowanie czy każda inna forma izolacji odbiera jednostce sposobność korzystania z wielu przywilejów, a dostarcza jedynie subiektywnie odczuwanych nieustannych, nieuzasadnionych ataków, nacisków, czy krytyki. Osoba wyalienowana, z tego powodu często odczuwa utratę bezpieczeństwa, szacunku i społecznej godności (Skibińska, 2017).

Aspekt wyalienowania kulturowego opisuje Adelheid Nicol (2007) Określa je jako poczucie odłączenia od społecznego i kulturowego środowiska życia człowieka. Obejmuje ona subiektywną sferę podejścia osoby do siebie, a także samoistnej egzystencji wobec odmiennego kulturowo całego społeczeństwa. W badaniach nad poczuciem alienacji dominuje podejście zapoczątkowane przez M. Seemana (1959), który podjął próbę integracji różnorodnych teorii alienacji. Seeman wyróżnia pięć rodzajów poczucia alienacji: poczucie bezsilności, poczucie bezsensu, poczucie anomii, poczucie samowycbowania i poczucie osamotnienia, czyli izolacji. Subiektywne poczucie alienacji należy wyraźnie odróżnić od alienacji socjologicznej (np. anomii, braku jasnej hierarchii wartości, niemożności wyrażania swoich poglądów i realizacji własnych potrzeb, samotności), chociaż mogą często razem współwystępować. (Seemana, 1959).

O alienacji, poczuciu wyobcowania mówimy, gdy dana osoba samoczynnie wycofuje się lub zostaje odizolowana od swojego otoczenia/innych osób. Ludzie przejawiający objawy alienacji często odrzucają bliskie osoby, wycofują się z życia społecznego, mogą również wykazywać poczucie zdystansowania czy wręcz braku kontaktu z własnymi emocjami.

Wśród przyczyn poczucia alienacji naukowcy wymieniają niski status ekonomiczno-społeczny oraz zawodowy. Wspominają również o wysokim stopniu zburokratyzowania instytucji oraz organizacji. Można również, znaleźć informacje o nieprawidłowym procesie socjalizacji, charakterystycznych cechach podmiotu oraz swoistych właściwościach struktur poznawczych (Jakubik, Piaskowska, 2000).

Założenia metodologiczne

Celem pracy było ukazanie znaczenia jakości relacji społecznych osób starszych dla przeżywania przez nich subiektywnego poczucia alienacji społecznej. Przedmiotem badań były bezpośrednie doświadczenia przeżywanego osamotnienia w kontekście relacji społecznych, wyrażane przez osoby starsze oraz wypowiedzi studentów dotyczące zjawiska osamotnienia i wyalienowania osób starszych. W badaniach wykorzystano strategię jakościową z wykorzystaniem wywiadu i analizy dokumentów oraz technikę internetowych zogniskowanych wywiadów grupowych. Technika FGI (Focus Group Interview), określana także badaniem fokusowym, polega na wspól-

nej dyskusji grupy uczestników wywiadu, na zadany przez badacza temat. W badaniu wzięły udział cztery grupy studentów liczące 12–16 osób. W trakcie przebiegu wywiadu formułowane były pytania o charakterze eksploracyjnym. Uczestnicy spotkania wyrażali swe poglądy, przemyślenia i skojarzenia, wzajemnie się inspirując i stymulując. Dzięki dynamice grupowej zostały pozyskane nie tylko odpowiedzi na wcześniej sformułowane pytania badawcze, ale także ujawniają się nowe obszary i aspekty badanego zagadnienia. Dyskusja była moderowana na podstawie wcześniej skonstruowanego scenariusza. Drugą zastosowaną w badaniach metodą była analiza materiałów źródłowych w postaci wypowiedzi osób starszych zawartych w następujących zasobach internetowych: 1) forum dyskusyjne „facebook/samotni 50, 60, 70-latkowie”, 2) blogi: O prozie życia/samotność w związku; psychologia-plus/blog/to samotność sprawia, że dzieją się rzeczy...; 3) źródła upublicznione w przestrzeni wirtualnej: *Zdrowie.wprost/koronawirus: Samotność w czasie pandemii; Uczucie samotności-sposób na samotność/Charaktery*.

Prezentacja wyników badań

Odpowiadając na pytanie czym jest osamotnienie, uczestnicy grup fokusowych w głównej mierze odnosili się do doświadczeń związanych z obserwacją otoczenia, w którym mieszkają lub przebywały. Żadna z wypowiedzi nie dotyczyła bezpośredniej styczności z osobą wyalienowaną. Padały odpowiedzi:

Samotność w większym stopniu polega na świadomości, że nie ma możliwości dzielenia się życiem z kimś innym.

Można być samotnym w tłumie, w rodzinie, wśród przyjaciół.

Samotność jest się „towarem luksusowym”, na który stać osoby młode, zdrowe, ambitne, które przedkładają karierę zawodową i wygodne życie bez zobowiązań nad rodzinę i bliskie związki z innymi.

Świat, w którym żyjemy tak błyskawicznie się zmienia na różnych płaszczyznach, że człowiek staje się coraz bardziej bezradny, czuje się jak trybik w maszynie, bezużyteczny i osamotniony.

Dzięki temu, że wirtualny świat daje nam możliwość oderwania się od życia codziennego. Możemy zagłębić się w możliwościach, jakie nam oferuje. Z drugiej strony ludzie są coraz bardziej osamotnieni.

Każda istota doświadczająca osamotnienia jest pozbawiona „bycia, stawania się sobą”, co sprawia, że nie jest w stanie czerpać radości z życia, nie jest w stanie zaspokoić swoich potrzeb.

Człowiek ma przed oczami tylko jeden cel: być najlepszy w tym, co robi. Takie podejście sprawia, że traci kontakt z otaczającym go światem rzeczywistym, ignoruje dotychczasowe

we relacje z innymi ludźmi, spada u niego zdolność do porozumiewania się, a co za tym idzie, staje się coraz bardziej samotny.

Z wypowiedzi badanej młodzieży wynika, że wiedzą i rozumieją, czym jest osamotnienie. Potrafią także empatycznie wczuć się w przeżycia osób osamotnionych. W swych refleksjach przekazują także wyobrażenie zagrożeń wynikających z powierzchowności relacji oraz zastępowania ich kontaktem medialnym.

Gdy poddano analizie wypowiedzi seniorów zaczerpnięte z rozmaitych publikacji dokumentalnych zawartych na stronach internetowych, stało się oczywiste, że pomimo bezosobowej formy stosowanej często przez badanych zagadnienia osamotnienia i alienacji bezpośrednio dotyczą wypowiadających się osób starszych.

Samotność w wieku starszym [...] w ogóle samotność, to jest coś strasznego (Kobieta 85 lat).

Samotność nic jest nie warta. To człowiek jest wart tyle, ile inni ludzie są koło niego (Mężczyzna 83 lata).

Można być samemu, ale nie musi się być samotnym, bo to jest różnica. Można być samemu, ale to nie jest powiedziane, że jest się samotnym. Człowiek sam sobie pracuje na samotność. Zaczyna się od pewnego wieku. Jeżeli się unika otoczenia, nie mamy kontaktów z ludźmi bądź bardzo mały kontakt. Kontakt międzyludzki jest potrzebny (Kobieta 85 lat).

Dla mnie samotność to jest wtedy, gdy człowiek nie potrafi działać, nawet wokół siebie, nie umie się czymś zająć (Mężczyzna 81 lat).

Ja należę do ludzi, którzy muszą mieć jakieś kontakty. Mnie by dobiła taka samotność. To zależy od charakteru człowieka, może niektórzy uciekają po prostu i chcą być samotni. No nie mogę nazwać tego chorobą, bo to jest wybór najczęściej [...] no może nie najczęściej, ale jest ta samotność z wyboru, prawda? (Mężczyzna 81 lat).

Samotność? To dosłownie kalectwo człowieka. Człowiek nie powinien być nigdy sam. To jest coś nie do zaakceptowania... I to przez nikogo. Nikomu nie życzę samotności, nikomu (Kobieta 86 lat).

To jest bardzo, bardzo trudne do powiedzenia, bo każdy przeżywa tę samotność inaczej, w inny sposób (Kobieta 87 lat).

W wypowiedziach osób starszych można odnaleźć dwa podejścia do problemu osamotnienia. Jedno oparte na doświadczeniu wyalienowania, drugi natomiast wynikające z chęci niedopuszczenia do zaistnienia takiego stanu we własnym życiu badanych. Osamotnienie w jednym i drugim wymiarze ma wydźwięk stanu wysoce niepożądanego, porównywanego z kalectwem, czymś strasznym.

Osamotnienie w rodzinie

Problematyka osamotnienia w rodzinie jest coraz częściej podejmowana przez przedstawicieli nauk społecznych. Tematyka ta jest ważnym wyzwaniem dla pedagogów, geragogów, gerontopsychologów i gerontosocjologów, wobec starszych osób wymagających wsparcia w dziedzinie podtrzymywania więzi rodzinnych oraz tworzenia nowych relacji społecznych. Celem tych działań jest zapobieganie i eliminowanie poczucia osamotnienia osób starszych w rodzinie. W bardzo trudnej sytuacji znajdują się osoby starsze z rodzin patologicznych, obciążonych uzależnieniami od środków odurzających, rodzin bardzo biednych. Jednak najcięższą sytuację powodują destrukcyjne relacje, w których dominuje więź przedmiotowa, a którą spotkać można we wszystkich środowiskach społecznych. W rodzinach z toksyczną więzią brakuje gestów czułości, troski i zaangażowania w relację. Członkowie rodziny nie okazują sobie miłości, serdeczności, zainteresowania oraz gotowości do niesienia pomocy. W rodzinach takich panuje obojętność wobec cierpienia bliskich, wrogość, agresja, a także przemoc. Atmosfera takiego domu naraża osoby starsze, słabsze, schorowane, a często zależne od otoczenia na osamotnienie, które stanowi dla starszego człowieka ciężar psychiczny często nie do udźwignięcia i może doprowadzić do „odkształceń psychicznych” (Szyszkowska, 1979). Stan taki generuje niskie poczucie własnej wartości, a co za tym idzie zaniżoną samoocenę, skłonność do introwersji, zamykanie się w sobie, tłumienie uczuć, bierność poddanie się zewnętrznej kontroli, wysoki poziom lęku, ograniczoną aktywność, poczucie alienacji (Kmieciak-Baran, 1992). Oto jak wypowiadali się badani studenci:

Starsze samotne osoby bardzo często cierpią. Chcą być wysłuchane, przytulone, chcą czuć się bezpiecznie. Pragną być po prostu obecni w czymś życiu. Dlatego tak przejmujące jest to, że czasami starsze osoby są odpychane nawet przez najbliższych, przez rodziny, które najprawdopodobniej nie zdają sobie sprawy z tego, że pewnego dnia i oni utracą swoją młodość, swoje zdrowie, swoją siłę

Samotność nie jest przyjemnym odczuciem zwłaszcza, gdy z wiekiem docenia się każde chwilę spędzane z najbliższymi ludźmi. Jest to duży problem i może mieć smutne skutki dla osoby, której nie daje się ciepła, wsparcia i towarzystwa. Ludzie potrzebują miłości i poczucia bezpieczeństwa, który możemy podarować w najmniejszym geście. Pamiętajmy ze małe gesty czynią wielkie serce.

Osobą osamotnioną, wyalienowaną społecznie jest człowiek, który jest opuszczony, niezauważalny przez rodzinę i przyjaciół.

(...) kiedy myślimy o samotności i osamotnieniu, bardzo często przydzielamy ten aspekt tylko osobom w podeszłym wieku, których współmałżonek zmarł, a najbliższa rodzina nie interesuje się ich losem. To standard takie myślenie o samotnej starości.

Powoli zanika życie rodzinne, które było kiedyś wartością nadrzędną. Rodziny nie spędzają już wolnego czasu razem, a dzieci zamiast biegać i spędzać czas na świeżym powietrzu wolą wpatrywać się w ekran monitorów.

Poddane badaniom młode osoby zauważają uwarunkowania dynamiki współczesnego życia, które powoduje, że relacje rodzinne schodzą na plan dalszy, a realizacja wartości rodzinnych zostaje odroczone w czasie. Mówią oni, że pogoń za lepszym życiem prowadzi do rozpadu rodzin, przyjaźni, znajomości. Także przeżycie straty kogoś bliskiego, co w tym wieku wiąże się z rozstaniem partnerskimi, jest powodem niechęci do nawiązywania bliskich emocjonalnych więzi. Jak twierdzą badani, efektem tego może być unikanie nawiązywania głębszych przyjaźni i poważnych relacji z ludźmi z obawy przed bólem, jaki będzie niosło ze sobą rozstanie. Jednak padają także stwierdzenia odnoszące się do świadomości potrzeb osób bliskich oraz własnych związanych z prawidłowym rozwojem, w którym konieczna jest obecność pogłębionych relacji:

Musimy próbować budować trwałe związki przynajmniej z kilkoma osobami, w tym z członkami rodziny, w której powinna panować otwartość, akceptacja, szacunek dla unikalności każdego z nas.

Osoba starsza w środowisku lokalnym

Środowisko lokalne wywiera znaczący wpływ na życie osób w podeszłym wieku. Zwłaszcza, gdy osoba starsza nie posiada rodziny, lub nie doświadcza opieki z jej strony. Gdy osoba starsza jest sprawna, czerpie satysfakcję z dobrze układających się relacji sąsiedzkich. Gdy nie układają się one zbyt poprawnie, także emocjonalnie jest zaangażowana w ich przebieg. Uczestniczenie w życiu tego środowiska jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania emocjonalnego osób starszych. Niejednokrotnie pomoc sąsiedzka bądź lokalnych urzędów jest jedyną możliwą formą pomocy, na którą mogą liczyć osoby starsze pozbawione pomocy ze strony rodziny. Jak zauważają Martin Pinquand i Sylvia Sorensen (2001, s. 245–266), „jakość relacji w sieci społecznościowej, silniej niż ich ilość jest skorelowana z odczuciem osamotnienia. Bycie kobietą o niskim statusie socjoekonomicznym i niskich kompetencjach oraz mieszkanie w domach opieki również wiązało się z większą samotnością”. Środowisko często bywa dla osób starszych najważniejszą grupą odniesienia, od której otrzymują oni wsparcie i pomoc. Istnieje znaczące środowiskowe zróżnicowanie w świadczonej pomocy w środowisku sąsiedzkim i lokalnym w stosunku do osób starszych. Istnieje zależność pomiędzy wielkością środowiska, a zażyłością kontaktów i głębokością więzi interpersonalnej. W małych liczebnie środowiskach takich jak wieś, czy osiedle w mieście istnieje większe zainteresowanie życiem i losem osób starszych, wymagających pomocy, niż w anonimowym i pozbawionym kontroli społecznej środowisku wielkomiejskim.

Mając na uwadze ten fakt, że instytucje, organizacje czy firmy, podejmując różnorodne działania w celu zaspokajanie potrzeb członków społeczeństwa, dostosowują je

do grup wiekowych, w tym osób starszych. Środowisko lokalne pełni formę wsparcia dla osób samotnych, oddalonych od rodziny bądź takich, którzy jej nie posiadają. Sieci relacji sąsiedzkich są dostępne seniorom i stanowią uzupełnienie dla kontaktów seniora z członkami rodziny w trudnych dla niego codziennych sytuacjach życiowych. Badane osoby w podeszłym wieku deklarują, iż otrzymują od sąsiadów wsparcie emocjonalne, instrumentalne i informacyjne. W pierwszej kolejności zaprezentowane zostaną wypowiedzi uczestników badań fokusowych.

Ludzie często zmieniają miejsce zamieszkania, nie nawiązując relacji z sąsiadami, niszczy to poczucie więzi sąsiedzkiej. W mieszkaniu obok może płakać dziecko, dziać się jakaś awantura, a nikt nie zwraca uwagi. Wszyscy udają, że nic się nie dzieje

Ludzie żyjący w ciągłym chaosie, pośród setek tysięcy osób szukają ciszy i spokoju, powoduje to, że wiele osób żyje w izolacji i osamotnieniu. Każdy zwraca uwagę tylko na własne sprawy.

Wokół nas mieszka wiele osób osamotnionych, które pragną poczuć się kochane i dowartościowane, a często wstydzą się poprosić o pomoc, ponieważ w ich opinii nie warto tracić czasu na rozmowę i nawiązanie z nimi przyjaźni.

Obawa przed nieznanymi osobami wzmaga w ludziach poczucie niepewności i strachu, co pociąga za sobą zjawisko izolowania się od innych, podejrzliwości i wycofania się. Zatrważający jest fakt, że im więcej ludzi mieszka obok siebie, tym słabsze są ich relacje oraz rzadziej nawiązują się przyjaźnie.

Podam przykład: dom jest zdewastowany, psy chore, a stare kobiety same wymagają codziennej opieki i wsparcia. Jedna z nich wymaga podstawowej pomocy oraz opieki lekarskiej. Jednak bliscy, przyjaciele oraz urzędnicy, mimo że znają bardzo ciężko sytuację starszej kobiety w żadnej sposób nie udzielają jej pomocy oraz nie szukają wyjścia z sytuacji w jakieś się znalazła. Na szczęście uzyskała pomoc; przywieziono jej odzież oraz codziennie są jej dostarczane posiłki (Uwaga TVN, 2020).

Ilustracją występowania sąsiedztwa świadczeniowego jest fragment wypowiedzi mieszkanki osiedla na temat znajomych i przyjaciół w bloku (Niezabitowski, 2020):

(...) mam sąsiadkę, którą jakbym tylko poprosiła, gdyby coś się stało, to dzwonię, to zawsze przyjdzie, mogę na nią liczyć. [...] Na przykład spadłam dwa lata temu z taboretu i roztrzaskałam nogę, bo zrzuciłam kredens na siebie, to dzwoniłam do sąsiadki, to wezwiała pogotowie (Kobieta 71 lat).

Mamy bliskich przyjaciół – dosyć dużo, jeśli czegoś potrzebujemy, na przykład wyjeżdżamy gdzieś, nie ma problemu, żeby zaopiekować się kwiatkami, popilnować mieszkania, mamy zaufanie. [...] z sąsiadką codziennie, jak gdzieś wychodzi to daje znać, jak my wychodzimy to też dajemy znać, odwiedziny towarzyskie – jak są imieniny czy urodziny – na kawę się prosimy (Kobieta 72 lata).

Mam wielu przyjaciół [...] tutaj wszyscy jesteśmy jak przyjaciele (Kobieta 65 lat).

Jest jedna sąsiadka, posiada klucze do mieszkania w razie jakby się coś stało (Kobieta 76 lat).

Jednak pojawiają się też takie wypowiedzi:

(...) tu każdy sam dla siebie żyje teraz. Kiedyś było zupełnie inaczej, bo jak tak z początku te maluchy [dzieci – przyp. M.N.] mieli, to się skrzyknęli w niedzielę, to potrafili przyjść tacy sąsiedzi jedni, drudzy i jedziemy do lasu. Jedna miała babkę upieczoną, druga kawę zaparzoną – to było takie przyjemne. a w tej chwili to tego już nie widać. Tu właściwie jeden drugiemu dzień dobry nie potrafi powiedzieć, a ja, chociaż jestem stara, to jak kogoś widzę, to powiem „dzień dobry” (Kobieta 81 lat).

Środowisko społeczne, zwłaszcza takie, w którym osoby starsze mieszkają od lat, jest naturalną ostoją, znaną i bezpieczną. Jeżeli w takiej społeczności występuje silna integracja oraz współodpowiedzialność za los mieszkańców, przy wsparciu instytucjonalnym, taka społeczność może stworzyć optymalne warunki do życia i aktywności starszego pokolenia. Obecność drugiej osoby, rozmowa, wspólna wymiana doświadczeń to elementy codzienności, powodujące poczucie satysfakcji z życia. Obecność sąsiadów, znajomych oraz przyjaciół stanowi podstawę nawiązania i podtrzymania pełnej ciepła i wzajemnej życzliwości relacji z otoczeniem. Osoby samotne bardzo cenią sobie zainteresowanie ze strony społeczeństwa, jest to dla nich równoznaczne z faktem, iż mogą być dla kogoś ważni. Wsparcie społeczne może być również określone, jako szczególny rodzaj pomocy zapewniany jednostkom w celu stymulowania i mobilizowania ich sił, zdolności oraz zasobów, które zachowały, aby były w stanie radzić sobie z problemami.

Osamotnienie w opiece instytucjonalnej

Choroba jest czynnikiem potęgującym poczucie samotności i osamotnienia. Osoby starsze, które przebywają w szpitalach, domach opieki, często nie mając wsparcia ze strony bliskich oraz opiekunów, nie wykazują chęci leczenia i poddają się chorobie. Badania (Holmen, Ericsson, Andersson, Winblad 1993, s. 56–60) potwierdzają zależność pomiędzy zaburzeniami funkcji poznawczych osób starszych a odczuwanym przez nich osamotnieniem. Często towarzyszy im smutek, cierpienie, lęk przed śmiercią, poczucie izolacji, osamotnienie czy marginalizacja, czynniki te pogarszają kondycję psychiczną oraz fizyczną seniorów. Choroba wiąże się także z większym poziomem stresu, jaki wywołuje adaptacja do nowych warunków, kiedy osoba starsza jest zmuszona zamieszkać w obcym dla siebie środowisku. Nie doświadczają tego osoby chore, które pozostają w miejscu sobie znanym doświadczając opieki ze strony rodziny czy pielęgniarzy. Stan ten sprzyja szybszym powrotom do zdrowia i lepszemu samopoczuciu (Girzelska, at al., 2018, s. 46).

Wypowiadający się studenci stwierdzali:

Można zauważyć, że osoby starsze czują się samotne, osamotnione i wyalienowane w służbie zdrowia.

Niestety, ale źródłem cierpienia osób starszych często jest niewłaściwe traktowanie zarówno przez lekarzy jak i pielęgniarki. Powinni oni traktować każdą osobę niezależnie od wieku z należytym szacunkiem i otaczać opieką i troską.

Szpitala są traktowane jako „przechowalnie” dla osób starszych, jest to bardzo przykre zjawisko przybierające na sile zwłaszcza w okresie świątecznym. Osoby starsze czują się porzucone i niechciane. Ale to już wina rodziny.

U wielu osób, u takich jak starsi ludzie dotknięci chorobą lub inwalidztwem, którzy nie mogą wychodzić z domu, samotność może być skutkiem sytuacji, w jakiej się znajdują. Ludzie wstydliwi, introwertycy są bardziej narażeni na samotność, gdyż trudno jest im nawiązać znajomość.

Wypowiedzi osób starszych związane z pobytem w szpitalach, sanatoriach są świadectwem przeżytej traumy związanej z przedmiotowym traktowaniem ze strony personelu tych instytucji.

Ordynator oddziału podczas porannej wizyty poświęcał osobom młodszym zdecydowanie więcej czasu.

Lekarz często nie tłumaczył dolegliwości chorobowych lub w sposób niezrozumiały informował o stanie zdrowia. Nie słuchał, co ma do powiedzenia starszy pacjent, co – zdaniem osób starszych – mogło wpłynąć na postawioną diagnozę i leczenie.

Lekarka powiedziała, że jestem stara, i że mam się pogodzić z dolegliwościami bólowymi. Nie potrafiła wytłumaczyć mi przyczyny mojego bólu.

Lekarz przerwał mi mówiąc: „... dobrze, dobrze. Wiem, o co chodzi. W pani wieku większość osób ma takie dolegliwości. Tego nie da się wyleczyć”.

Lekarz odmówił skierowania na prześwietlenie RTG ze względu na mój podeszły wiek.

Lekarz ortopeda powiedział do mnie: „Jak pani jest 44. rocznik, to już wszystko jest zużyte i nic nie da się z tym zrobić.

Lekarz zapytał mnie ile mam lat, a następnie skomentował: „Jak ma pani 75 lat to jest pani za stara na operację”.

W pani wieku nie ma sensu wykonanie zabiegu.

W takim wieku trzeba wołać księdza, a nie lekarza.

Lekarz stwierdził, że już jestem za stara i nie potrzeba leków podawać, bo to jest już koniec życia.

Wykryli u mnie oponiaka – a lekarz zapytał: „ile ma pani lat?” Zajrzał w kartotekę i stwierdził, że operacja jest niepotrzebna (Kropińska, 2013).

Wypowiedzi osób starszych na temat dyskryminacji przez pielęgniarkę:

Pielęgniarka była obojętna na moje prośby. Powiedziała, że musi się w pierwszej kolejności zająć młodszymi pacjentami.

Pielęgniarka zwracała się do mnie bardzo arogancko i bezosobowo. Do młodszych pacjentów była miłsza.

Wygląda pani jak koczodan – „niech Pani coś ze sobą zrobi.” – Byłam po operacji i nie mogłam się sama uczesać. Młodszym paniom na sali pomagała, a mnie nie.

Na oddziale urologii ja i inne pacjentki starsze dostawałyśmy środki nasenne, aby w nocy spać i nie chodzić. Personel miał mieć wtedy ciszę i spokój.

W wypowiedziach tych przeważa uczucie smutku i rozżalenia. Można się w nich doszukać sprzeciwu wobec instrumentalnego i przedmiotowego traktowania osób starszych. Przygnębienie powodowały także uwagi dotyczące nieprzydatności i nieistotności życia osób starszych w wymiarze społecznym.

Dyskusja i podsumowanie

W prezentowanych wynikach przeważającą większość stanowią dane wskazujące na niedoskonałość relacji pomiędzy osobami starszymi ich otoczeniem społecznym. W wypowiedziach dotyczących relacji rodzinnych, zarówno wyrażanych przez młodzież e grupach fokusowych, jak i same osoby starsze, dominuje wątek spłylenia i zaniechania podtrzymywania silnych emocjonalnych więzi. Winą za taki stan rzeczy obarczana jest dynamika zmian społecznych, determinowana rozwojem technologicznym promującym relacje medialne kosztem bezpośrednich. Odracanie w czasie inwestowania w rodzinne więzi, może okazać się zgubne dla zdolności budowania bliskości i nasycenia emocjonalnego kontaktów interpersonalnych.

Bardzo pozytywnie na tym tle zaprezentowane zostały relacje sąsiedzkie w społecznościach lokalnych. W tych małych zbiorowościach, zdaniem badanych, odnaleźć można podstawową dla prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa, troskę i odpowiedzialność za drugiego człowieka. Relacje w tych społecznościach opierały się na bezinteresowne pomocy i dbałości o osoby starsze, wymagające wsparcia i życzliwego zainteresowania ich osobą.

Analiza wypowiedzi związanych z relacjami osób starszych z przedstawicielami służby zdrowia, daje obraz skrajnie odmiennych od wcześniej wspomnianych relacji. Rzeczywistość przeżyć wyrażanych w opiniach jest przerażająca. Jednak należy wziąć pod uwagę, że na płaszczyźnie wirtualnej rzeczywistości Internetu, skąd pozyskiwane były wypowiedzi badanych starszych osób, dominują negatywne spostrzeżenia i wspomnienia. Internet wobec przeżytej traumy stał się jedynym miejscem, gdzie osoby poszkodowane w relacjach z instytucjonalną formą opieki mogły znaleźć wsparcie i zrozumienie.

Wypowiedzi badanych studentów wieńczyły konkluzje dotyczące możliwości podejmowania różnych form pracy pedagogicznej w zakresie podtrzymywania relacji społecznych oraz wdrażania do nabycia umiejętności tworzenia bliskich emocjonalnych więzi pomiędzy przedstawicielami różnych pokoleń. Stwierdzono, że bardzo ważne jest, aby wdrażać strategie radzenia sobie z samotnością, znajdowanie różnych form wspólnej aktywności międzypokoleniowej. Skoro osamotnienie może stać się synonimem współczesności należy stwierdzić, że przed współczesną pedagogiką stoją nowe zadania.

Praca z osobami wyalienowanymi to świetny trening doskonalenia własnych umiejętności: nawiązywania i utrzymania relacji interpersonalnych, ćwiczenia cierpliwości, serdeczności, okazywania współczucia i dostrzegania w bliźnich tego, co w nich dobre.

Dlatego tak ważne jest aby nie pozostawiać obojętnym na osamotnienie innych. Jeżeli jesteś w stanie pomóc - zrób to. Nie zastanawiaj się czy co z tego będziesz miał, czy za oferowanie pomocy opłaci ci się, czy też nie szkoda twojego cennego czasu na to. Czasem jedno twoje słowo, gest może wpłynąć na życie drugiego człowieka.

W obliczu starzejącego się pod względem demograficznym społeczeństwa, należy podjąć pracę pedagogiczną z najmłodszym pokoleniem polegającą na umożliwieniu tworzenia pozytywnych relacji międzypokoleniowych. Wspólne zajęcia, spotkania, podróże starszego i młodego pokolenia, mogą być okazją do nawiązania więzi oraz oswojenia lęków wynikających z zakorzenionych w społeczeństwie stereotypów dotyczących okresu starości oraz młodości. Zapobiegają także powstaniu poczucia osamotnienia zarówno wśród młodszych, jak i starszych.

Bibliografia

- Dean, D. (1986). Alienation Its Meaninig and Measurment. *American Sociological Review*, 26(5).
- Dubas, E. (2002). Samotność i osamotnienie jako wyzwanie dla dzisiejszej edukacji, W: T. Borowska (red.), *Pedagogika wobec zagrożeń, kryzysów i nadziei*. Kraków: Impuls.
- Gajda, J. (2003). Samotność, W: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. V, Warszawa: Żak.
- Girzelska, J., at al. (2018). *Pielęgniarstwo XXI wieku, Profilaktyka samotności i osamotnienia jako czynnik determinujący życie seniora*. Lublin: Uniwersytet Medyczny.
- Holmen, K., Ericsson K., Andersson, L., Winblad, B. (1993). ADL capacity and loneliness among elderly persons with cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 11:1, 56–60, DOI: 10.3109/02813439308994903
- Kmiecik-Baran, K. (1992). Człowiek w sytuacjach samotności a poczucie osamotnienia. *Zdrowie Psychiczne*, 3–4.
- Korczak, J. (1993). *Jako kochać dziecko*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Latona.
- Maciarz, A. (2005). *Mały leksykon pedagoga specjalnego*. Kraków: Impuls
- Maćkiewicz, J., Wnęk-Gozdek, J. (2018). Centenarians' experience of (non-) loneliness—life lessons. *Educational Gerontology*, DOI: 10.1080/03601277.2018.1473969
- McGraw, J. (2000). *Samotność. Studium psychologiczne i filozoficzne*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.

- Nicol, A. A. M. (2007). Social dominance orientation, right-wing authoritarianism, and their relation with alienation and spheres of control. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 2007: 891–899.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: a MetaAnalysis. *Basic and Applied Social Psychology* 23: 4, 245–266, DOI: 10.1207 / S15324834BASP2304_2
- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Review*, 24(6)
- Skibińska, B. (2017). „Skazani na samotność?” O konsekwencjach izolacji społecznej w wybranych jej kontekstach. Gorzów Wielkopolski: Stowarzyszenie Rodzin Katolickich w Gorzowie Wielkopolskim.
- Szczepański, J. (1988). *O indywidualności*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Wydawniczych.
- Szczepański, J. (1984). *Sprawy ludzkie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Wydawniczych.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P. (2019). *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu*. Warszawa: RPO.
- Tarnogórski, Cz. (1988). *Samotność i osamotnienie*. Warszawa.
- Wasilewska, K.M.(2010). *Samotność młodzieży*. Bydgoszcz
- Weissbrok-Koziarska, A. (2017), W pułapce samotności. Pracownik socjalny wobec wykluczenia samotnych seniorów z lokalnej przestrzeni społecznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, XXX: 4

Netografia

- <https://polityka.zaczyn.org/model-wsparcia-spoiecznego-osob-starszych-w-srodowisku-zamieszkania/> [dostęp: 27.06.2020]
- <https://senioralna.um.warszawa.pl/camnowolipie> [dostęp: 28.06.2020] 5.
- http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.desklight-9ad-ba521-45f3-40e7-94e6-0bece8e6205c/c/Marek_Niezabitowski.pdf
- <https://uwaga.tvn.pl/reportaze,2671,n/slowna-malarka-zrujnowany-dom-i-70-psow-oficjalna-strona-programu-uwaga-tvn,292790.html> – (28.11.2020)
- <http://www.wbc.poznan.pl/Content/298683/index.pdf> (Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony, Sylwia Kropińska)
- Forum: Samotni 50, 60, 70-latki, <https://www.facebook.com/groups/322625031456439>
- Blog: O prozie życia, <http://bambosza.pl/samotnosc-w-zwiazku/>
- Blog: Psychologgia plus, <https://www.psychologgia-plus.pl/blog/to-samotnosc-sprawia-ze-dzieja-sie-rzeczy/>
- Zdrowie.wprost/koronawirus: Samotność w czasie pandemii; <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/10320388/psycholog-w-czasie-pandemii-covid-19-samotnosc-to-powazny-czynnik-ryzyka-dla-zdrowia.html> [stan na 14.09.2020]
- Magazyn psychologiczny „Charaktery” <https://ona21.pl/uczucie-samotnoscisposob-na-samotnosc>

Agata Chabior¹

Starzenie się w aspekcie choroby, umierania i śmierci

DOI 10.24917/27199045.192.7

AGEING IN TERMS OF ILLNESS, DYING AND DEATH

Abstract

The article presents old age as a phase of an elderly person's life in which his/her social roles, especially family roles, are subject to change. In spite of these changes, family is still thought to be a fundamental plane of one's emotional functioning, it is where intergenerational transmission takes place. However, there are such events in the elderly person's life as illness, suffering and death that abolish intergenerational divisions, becoming a sphere of common searching for the best ways of going through them.

Keywords: old age, illness, suffering, dying and death, bereavement

Słowa kluczowe: starość, choroba, cierpienie, umieranie i śmierć, żałoba

Wprowadzenie

W istniejących charakterystykach procesu starzenia się wskazuje się, że związane z wiekiem pogarszanie się stanu zdrowia było i będzie jego nieodłączną częścią. Wynikają z tego przewidywalne konsekwencje, takie jak różnorodne ograniczenia, zawężenie horyzontów poznawczych, niedołęstwo, ból, cierpienie, śmierć. W XX wieku zazwyczaj starość kojarzono z przejściem na emeryturę, demencją, chorobami i śmiercią. Starsze osoby często przedstawiano jako ludzi potrzebujących pomocy w życiu codziennym, mniej zdolnych do radzenia sobie z nieuchronnymi konsekwencjami starzenia się. Panował stereotyp osoby starszej zajętej własnymi lękami dotyczącymi starości i starzenia się, a właściwie lękami związanymi z licznymi, trau-

¹ Dr hab. Agata Chabior, prof. UJK, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiki i Psychologii, agata.chabior@ujk.edu.pl

matycznymi zdarzeniami w życiu człowieka, jak choroba, umieranie i śmierć. Warto jednak wspomnieć, że już w połowie ubiegłego stulecia pojawiały się koncepcje, które zmieniały ten obraz promując aktywny styl życia, zaangażowanie we własny rozwój (Cavan, Burgess, Havighurst, Goldhammer 1949; Cavan, 1962).

Trudno jest pogodzić się z myślą o nieuchronności starzenia się i tego, do czego w konsekwencji prowadzi – śmierci (Yalom, 2008a). Człowiek instynktownie chce żyć długo i szczęśliwie, ale żeby długo żyć trzeba w końcu się zestarzeć i umrzeć. Śmierć jawi się jako zintegrowane z życiem zjawisko, o nieuchronności którego przypominają nam kolejne lata i zdarzenia takie jak choroba, cierpienie, osamotnienie, które jednocześnie jest zapisane w cyklu rozwojowym człowieka (Erikson, 1982).

Kolejne fazy życia w przestrzeni rodzinnej i społecznej przynoszą kolejne zadania i doświadczenia, wypierając myśl o śmierci, ale ona nam towarzyszy do starości i jest ciągle obecna, przez co „we wnętrzu wszystkich naszych zwykłych źródeł radości wyraźnie dostrzegamy robaka i stajemy się melancholijnymi metafizykami. Gaśnie wspaniałość życia i blaski świata. Ostatecznie jest tylko wieczne zmaganie się gorącej młodości z pokrytą szronem starością. Wreszcie starość wypowiada ostatnie słowo: czysto naturalistyczny pogląd na świat, choćby zaczynał się najbardziej entuzjastycznie, na pewno zakończy się smutkiem” (James, 1918, s. 128).

Człowiek spotyka się z ideą śmierci nawet przy okazji życzeń, kiedy ludzie mówią sobie „abyś żył długo i szczęśliwie”. Wyraża się tym samym przekonanie, że jakość życia i jego sens, ujmowanie są poprzez pryzmat długości i szczęśliwości egzystencji. Istotne jest więc zdrowie, które pozwala na życie w nadziei, że dążenie do kresu bez cierpieniem, a w poczuciu radości.

W okresie starości zdaje się mieć potwierdzenie nasze przywiązanie do modelu świata, który nazwać możemy „światem metafizycznego porządku”. Świat metafizycznego porządku to rzeczywistość kształtowana przez obiektywne (w chrześcijaństwie dane od Boga) prawa fizyczne. „Prawa te w omawianym modelu są tożsame z prawami moralnymi i estetycznymi, pospołu stanowiąc jednię Prawdy, Dobra i Piękna. Troiste prawa nadawały rzeczywistości równie troisty ład fizyczny, będąc zarazem ładem moralnym i estetycznym” (Gałuszko, Szewczyk, 1996, s. 17). Prawa troistego porządku tworzą coś w rodzaju planu strukturalno-funkcjonalnego świata, w którym wszystko ma swoje miejsce i związane z nim dokładnie sprecyzowane funkcje. Swoje sens i wartość mają w nim narodziny, radość i szczęście. Mają je też choroba, cierpienie, ból. Ma ją też śmierć. W świecie metafizycznego porządku śmierć, ból i cierpienie są zadomowione. Każdy człowiek w refleksji nad życiem i śmiercią odwołuje się do nagromadzonego w ciągu życia doświadczenia i samowiedzy.

Nasza cywilizacja jest cywilizacją postępu, który przyniósł bujny rozkwit medycyny i dyscyplin biologicznych mniej czy bardziej z medycyną związanych. Doniesienia o coraz to nowych osiągnięciach medycyny, przynoszą obietnicę wykorzenienia chorób, a tym samym niezwykle czytelną, choć pośrednią obietnicę zwalczania śmierci. Świadczy o tym chociażby fakt, że choroby kiedyś uznawane za śmiertelne, dziś mają

statut przewlekłych. Z drugiej jednak strony ta sama potęga biomedycyny przeraża. Silna jest jednak świadomość nieuchronności własnej śmierci. Mamy świadomość tego, że zgodnie z podstawowym prawem biologicznym, każda komórka żywego organizmu musi po upływie określonego czasu zwyrodnąć i obumrzeć. (Wiśniewska-Roszkowska, 1985). Biomedycyna daje nadzieję, że można to zjawisko odroczyć w czasie, a jednocześnie potęguje lęk przed śmiercią i tym, aby nie była cierpieniem, bo wydłużanie życia wydaje się nierozzerwalnie związane z ewentualnie realnie występującym cierpieniem. Jednocześnie istnieje też obawa przed tym, by medykalizacja śmierci nie pozbawiła człowieka godności, aby „nasza” śmierć nie stała się „jakąś” śmiercią, nie przyjęła formy społecznie akceptowanego zabiegu. Wkomponowanie śmierci w naturalny bieg codziennych wydarzeń nie jest w stanie skutecznie wykorzenić pragnienia jej egzystencjalnego rozumienia, choć taka perspektywa egzystencjalistów (Kierkegaard 1972) przekonuje o wartości wpłatania w codzienne życie świadomości własnej śmiertelności. Wreszcie przychodzi w życiu czas, uświadamiania sobie, że choroba i cierpienie to przedpole śmierci i żałoby, czas smutku i osamotnienia, ale też pracy nad porządkowaniem i organizowaniem życia na nowo, życia „po”, budowania przyszłości w cieniu przeszłości. Warto rozumieć swoją śmierć, aby nie była ona tylko biologiczną konsekwencją obumierania, aby śmierć miała swój sens i swoją jakość, aby nie była obnażaniem ludzkiego osamotnienia. W tych i takich właśnie momentach życia człowieka nie tylko seniora, nieocenioną rolę pełni rodzina. To w niej w pierwszej kolejności poszukuje się wsparcia, ale i potwierdzenia sensowności cierpienia, sposobu na oswojenie zaistniałej sytuacji.

W niniejszym ujęciu starość traktuje się jako zjawisko jednostkowe i społeczne, które ma swój głęboki obiektywny i subiektywny wymiar oraz rozpatrywana jest w relacji do czasu, jako czasu życia, działania i doświadczania. Tym bardziej, że postęp dokonujący się w dziedzinie medycyny i opieki geriatrycznej nie tylko wydłuża życie, ale też pomaga starszym pacjentom zachować funkcjonalność, także w przewlekłej chorobie. Co więcej, w dążności do opisywania ludzkiego starzenia się istnieje potrzeba koncentrowania się na zdolności człowieka do działania, przezwyciężania i osiągania, a nie na pasywnym unikaniu życiowych problemów i na strachu przed bólem, niepełnosprawnością, chorobą, troskami i śmiercią (Yalom 2008b).

Upływ czasu – bieg życia – starość

„Starość należy do tych pojęć, które, choć dla każdego w pospolitym znaczeniu oczywiste, są trudne, a nawet niemożliwe do naukowego zdefiniowania. Klasycznym przykładem takiego pojęcia, trudnego do naukowego zdefiniowania, jest życie, którego nikt jeszcze nie potrafi określić bez zastrzeżeń. Starość jest fazą życia końcową, po niej przychodzi tylko śmierć, w konsekwencji brak definicji życia przekreśla możliwość zdefiniowania jednego z jego okresów w sposób bezdyskusyjny” (Kępiński, 1973, s. 318).

Według A. Comforta starzenie „polega na mijaniu, zużywaniu, narastaniu czy uciekaniu czegoś innego niż czas” (Comfort, 1968). Starość określana jest jako zjawisko kulturowe wywołane na podłożu biologicznym związanym z osłabieniem sił. Nie ma żadnego obiektywnego czy przyrodniczego progu starości. Wiązanie starości z wiekiem chronologicznym 70, 80 lat jest czysto umowne i rozpowszechniło się wraz z zabezpieczeniem społecznym (Piotrowski, 1973). Elżbieta Trafiałek o starości napisała: „jest naturalną fazą życia, następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się. Określana mianem »końcowej trzecji życia«, utożsamiana jest ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość biologiczna, fizjologiczna), ograniczeniem zdolności przystosowania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjoekonomicznym – nierzadko też z pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna) i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (starość społeczna)” (2006, s. 69). „Rozpatrywanie starości jako sytuacji w biegu życia pozwoliło odróżnić kulturową, umowną definicję starości od indywidualnej definicji starości. Indywidualna definicja starości wyraża się, mówiąc najogólniej, w odpowiedzi na pytanie »Kim jestem?« w obliczu obiektywnie doświadczanej sytuacji starości. Tym samym jest to przejaw biograficznie kształtującego się poczucia tożsamości, która rozpatrywana jest w aspekcie integralności jednostki, jej struktury wartości oraz projektów na przyszłość” (Bugajska, 2012, s. 72).

Wiek chronologiczny to kolejno przeżywane lata i związane z nimi fazy od urodzenia aż do sędziwej starości. Z fazami życia permanentnie związany jest czas i wyznaczany nim wiek. Mamy wiek chronologiczny, biologiczny, instytucjonalny, wzorcowy, metrykalny itd. Wszystkie one istnieją obiektywnie. Obok nich istnieją jeszcze subiektywnie przeżywane czasy: czas miłości, rozłąki, choroby, cierpienia. Czas i wyznaczany nim wiek jest zdomowiony w każdej fazie życia, które nachodząc na siebie spinają w klamrę zwaną „życiem” teraźniejszość, przeszłość i przyszłość. Życie to pewne kontinuum. „Teraźniejszość, przeszłość i przyszłość nie oddzielają się, są ciągłością, która nas unosi. Dlatego starzenie i starość nie mogą być oddzielone od dzieciństwa, młodości, dorosłości. Kontinuum życia prowadzi od urodzenia do śmierci” (Reboul, Guillaumin, 1982, s. 21).

W starzenie i starość bardzo mocno wpisany jest jej obiektywny i subiektywny wymiar. Wymiar obiektywny to pewien zbiór cech, które występując łącznie, uznawany jest za symptomy starości. Wśród nich najczęściej wymienia się w pierwszej kolejności oznaki starzenia zewnętrznie obserwowalne jak: siwizna, zmarszczki, plamy starcze, pochylona sylwetka czy konieczność posługiwania się protezami, a zaraz po nich: osłabienie sił biologicznych związanych ze zmianami w organizmie, cechy wyglądu zewnętrznego, emerytura, pojawienie się wnuków, śmierć współmałżonka. Obok tego wymiaru jest jeszcze wymiar subiektywny, związany z tym, naszej starości z całym dobrodziejstwem losu, który z sobą niesie nikt za nas nie przeżyje. Nie ma jakiejś starości, jest czyjaś starość i moja starość – do kogoś przynależy. Dlatego to jak jest

przeżywana zależy od wielu indywidualnie wykształconych cech, oraz od kontekstu społeczno-ekonomicznego w jakim jednostka przeżywająca swą starość się znajduje. Subiektywny wymiar starości łączy się z czasem i wiekiem, a dokładniej z byciem w czasie „bez wieku”. Wiek jako liczba lat jak i idea dojrzałości, starzenia się, życia i śmierci, bez której liczenie lat nie miałoby sensu przychodzi do innych osób, gdyż człowiek sam dla siebie nie ma wieku. Występuje zdecydowana zależność między wiekiem jednostki i poczuciem czasu. Trwanie czasu przedłużają przeżywane zdarzenia. Inaczej biegnie czas wtedy, kiedy jest się szczęśliwym, a zupełnie inaczej kiedy odczuwa się samotność lub cierpienie. Tak więc inaczej przeżywa się starość w miarę zdrową i pogodną, a inaczej tą obciążoną chorobami i cierpieniem. Bo starość choć chorobą nie jest, to z pewnością chorobom sprzyja. Subiektywny wymiar starości to także przeżywanie i odczuwanie upływu czasu. Znacznie szybciej w subiektywnym odczuciu upływa czas radości, zabawy i relaksu, znacznie dłużej się czas oczekiwania na jakieś zdarzenie, przyjazd długo oczekiwanej osoby, diagnozę. Wydaje się jednak, że najwolniej upływa czas cierpienia i choroby, to jakby zwielokrotnienie przeżywanego czasu.

Choroba

Choroba to stan, który pojawić się może w każdej fazie życia, ale są dwie szczególnie predysponowane do jej występowania – dzieciństwo i starość.

Choroba to odchylenie od prawidłowego stanu, jest ona odpowiedzią organizmu na działanie szkodliwego bodźca, czynnika chorobotwórczego. Rozumiana tu będzie jako element cielesnej, a przede wszystkim psychicznej kondycji człowieka.

Choroba jest wpisana w życie człowieka (Keirse, 2005). Zaburza w człowieku porządek duchowy i psychiczny (Yalom, 2008b). Stanowi swoisty element cielesnej kondycji człowieka, tak jak starzenie się i śmierć. Choroba wyzwala różne postawy wobec niej. W. Szewczyk (1984) wymienia pięć sposobów patrzenia na chorobę: wyzwanie, czyli trudność, którą trzeba rozwiązać; wróg, którego trzeba pokonać; kara, którą trzeba ponieść; ucieczka od problemów życiowych i odpowiedzialności; wreszcie wartość, która rozwija i pogłębia wewnętrznienie.

Choroba jako integralna część ludzkiego życia rozciąga się na jej płaszczyznę cielesną, psychiczną i duchową. Według K. Osińskiej przeżywanie jej w sposób świadomy nadaje wartość o wiele większą od tej, jaką może dać samo zdrowie. Według autorki choroba może być przyjmowana jako dar, zjawisko, sytuacja, cierpienie, fakt, szansa i znak łaski. W odniesieniu do procesu adaptacji do choroby, włączając w to etap diagnozowania, wprowadza rozróżnienie na dwa zasadnicze rodzaje postaw wobec niej: altruistyczne (twórcze) i egoistyczne (pasożytnicze) (Ososińska, 1980). Choroba może być dla człowieka przeszkodą, stratą, ulgą, korzyścią lub wartością. Traktowana jako przeszkoda łączy dwa określenia: wróg i wyzwanie. Przyjmując chorobę jako wyzwanie człowiek podejmuje walkę, przeciwstawia się schorzeniu oraz odznacza się silną motywacją do pokonania słabości. Uznanie choroby za wroga kształtuje u cho-

rego gotowość do poddania się. Postrzeganie jej jako starty prowadzi do reakcji, którą cechuje stopniowe wycofanie się i bierne poddanie biegowi wydarzeń (Pilecka, 1986).

Człowiek chory przechodzi przez trzy etapy związane z zaistnieniem choroby: etap zaskoczenia, etap poszukiwania równowagi i etap uwalniania się od uzależnień chorobowych. Etap zaskoczenia charakteryzuje się między innymi rozczarowaniem, niepokojem i zawstydzeniem. Łączy się z oczekiwaniem na diagnozę, leczenie i rokowania. Warunkiem wkroczenia w drugi etap jest zmiana elementów zaskoczenia w elementy rozwijające i scalające chorego wewnętrznie.

Etap poszukiwania równowagi może mieć cechy pozytywne i negatywne oraz neutralne. Nastawienie pozytywne cechuje się refleksją nad sensem i celem życia, systemem wartości i realizacją ról społecznych. Prowadzi do wewnętrznego zharmonizowania człowieka chorego. Zdobywa on umiejętność chorowania, co przejawia się w rozumnym wykorzystaniu do troski i pomocy innym w rozwoju, dorastaniu i dojrzewaniu osobowości. Nastawienie negatywne polega na biernym przyjęciu choroby, izolowaniu się od innych ludzi i ich problemów oraz realizacji własnych egoistycznych celów. Nastawienie neutralne przejawia się w poszukiwaniu nieokreślonych celów i wartości. Osoby dążące do osiągnięcia równowagi w sposób negatywny lub neutralny nie widzą możliwości rozwoju osobowości i traktują chorobę jako porażkę życiową.

Etap uwalniania się od uzależnień chorobowych realizują osoby, które przeszły etap pozytywnego poszukiwania równowagi. Uwalniają się one od wpływu choroby na sposób myślenia, działania i odczuwania. Świadomie dążą do rozwoju własnej osobowości. Prowadzą aktywne i twórcze życie oraz konsekwentnie zmierzają do realizacji życiowych celów. Osoby chore, które zdobyły umiejętność chorowania, odznaczają się bezinteresownością, mądrością oraz coraz większą dojrzałością (Tamże).

Najważniejsza jest nadzieja, czyli przekonanie, że pożądane cele są możliwe do realizacji niezależnie od znikomości prawdopodobieństwa ich osiągnięcia. Znaczy to, że istnieje przeświadczenie, że można wyzdrowieć niezależnie od tego, jak ciężko jest się chorym. Ważne by wierzyć, że jest wokół chorego, to czego potrzebuje. Trzeba odnaleźć przekonanie, dzięki któremu można współdziałać z lekarzem i razem sprawić, że zmieni się jakość życia chorego i z sukcesem zwalczy chorobę (Krzemionka – Brózda, 2005).

Choroba łączy się z przeżywaniem kolejnych etapów prowadzących do jej oswojenia. Przy czym to swoiste osvajanie choroby przybierać różne kierunki od *in plus* do *in minus*. Może dać twórczy rozwój i w efekcie wewnętrznie silnie zintegrowaną osobowość, gotową do walki z chorobą lub jej godnym przyjęciem. Ale może też zmierzać w kierunku apatii, izolacji, odrzucenia.

Przeżywanie choroby i kierunek jej przyjęcia zależy w bardzo dużym stopniu od stanu emocjonalnego chorego (często dokonuje on tzw. poznawczego przepracowania choroby, które jest podstawą do przystosowania się do niej), od jego cech osobowości oraz przeżywanych we wcześniejszych fazach życia zaburzeń nerwicowych lub psychicznych, wieku chorego i jego sytuacji rodzinnej, obrazu własnej choroby i możliwości jej leczenia.

Choroba to jedno z najbardziej jednostkowych, indywidualnych i intymnych przeżyć. W relacji do czasu możemy mówić o etapach przeżywania choroby. Choroba w relacji do funkcjonowania rodzinnego, to wydarzenie, które zmienia funkcjonowanie człowieka chorego i wszystkich innych członków wspólnoty rodzinnej. Choroba zmienia życie osoby chorej na wielu płaszczyznach, wyłączając z jednych, mocno ograniczając w innych, ale zmienia też życie pozostałych członków rodziny, reorganizuje je, modyfikuje postawione cele, przeszerogowuje priorytety.

Choroba to sytuacja, w którą zaangażowane są w mniej bądź bardziej świadomy sposób trzy strony: personel medyczny, chory i jego rodzina. Każda z nich ma inny obraz choroby budowany w oparciu o bardzo różne źródła oraz odmienny sposób reagowania na zdarzenia z nią związane. Wspólną płaszczyzną ich działania jest pomoc w budowaniu zrozumieniu choroby, jej przyjęcia i uczynienia z niej wartości. Do głównych zadań stojących przed rodziną chorego należą: redukcja lęku i poczucia chaosu, reorganizacja życia domowego i umacnianie wzajemnych więzi. Szczególnie istotne jest przeciwdziałanie osamotnieniu, bezradności i bezsilności poprzez poszukiwanie nowych wartości i zmianę planów życiowych z jednoczesnym umacnianiem poczucia wpływu na zdarzenia.

Spośród najczęściej występujących przykrych uczuć, które obserwuje się wśród śmiertelnie chorych jest przygnębienie, gniew i lęk. Najmocniejszy z nich jest lęk, który może mieć różne przyczyny. Najczęściej jest to obawa przed pogorszeniem się stanu zdrowia, ale przede wszystkim jest to lęk przed umieraniem, śmiercią (Tillich, 2016). W ostatniej fazie choroby, która nieuchronnie zmierza ku końcowi szczególnie silnie pojawić się może lęk przed umieraniem w cierpieniu i samotności. Jak wynika z badań jakościowych, to głównie cierpienie i sam proces umierania jest przedmiotem lęku, a w mniejszym stopniu sama śmierć (Fabiś, 2018). Cierpienie nierozdzielnie związane z życiem jest jednym z bardziej dokuczliwych doświadczeń życiowych. O ile bólowi można próbować zaradzić, o tyle w pewnych formach cierpienia ujawnia się bezradność człowieka. Jest ono sytuacją graniczną nie tylko dla samego cierpiącego, ale i dla otoczenia, jest wyzwaniem, które może stać się sensem życia (Frankl, 1971). Najbardziej widoczne jest cierpienie fizyczne, obok niego istnieje jeszcze odmienne od pierwszego cierpienie moralno-duchowe. Najczęściej powoduje je śmierć bliskich osób albo perspektywa własnej skończoności.

Człowiek doświadcza cierpienia, jest ono nieodłącznym elementem ludzkiego życia, jest to zjawisko powszechne, towarzyszy człowiekowi na każdym etapie rozwoju. Źródeł i przyczyn cierpienia może być wiele, składają się na nie częściowo czynniki zewnętrzne i częściowo wewnętrzne. Czynniki zewnętrzne stanowią nieodłączny element ludzkiego losu – już narodzenie człowieka naznaczone jest stanem cierpienia. Niezamierzoną przyczyną cierpienia bywa powszechne zjawisko choroby. Zjawiskiem nierozzerwalnie związanym z ludzkim cierpieniem jest starzenie się i wszystkie towarzyszące mu symptomy. Cierpienie jest rzeczywistością przeżywaną indywidualnie

przez osobę ludzką. Tylko człowiek, gdziekolwiek żyje i cierpi, stawia pytanie o sens i przyczynę tego faktu (Frankl, 2009).

Szczególnym stanem, który cierpienie wywołuje, jest lęk o los, jaki czeka człowieka po śmierci. Lęk ten wyrasta z biologicznego popędu zachowania gatunku i ludzkiego życia. Popęd ten nastawiony jest na rozwój i obronę własnego życia, a perspektywa przemijania i śmierci, rodzi w człowieku lęk i cierpienie.

Śmierć

Starość to ostatni etap w życiu człowieka, może dlatego napawa smutkiem, budzi tyle złych często nieuzasadnionych lęków. Częściej ten lęk towarzyszy ludziom jeszcze młodym, osoby starsze chyba coraz częściej godzą się z nieuchronnością własnej śmierci. To nie śmierci się boją najbardziej, lecz umierania, cierpienia, utraty samodzielności, niezależności, mocy sprawczej we własnym życiu. a przecież i jedno i drugie (starość i śmierć) są wpisane w każde ludzkie życie.

Śmierć jest dla człowieka zjawiskiem nieuniknionym, a zarazem stanowi wielką niewiadomą. Dla jednego będzie przejściem do „innego świata”, dla drugiego unicestwieniem – końcem wszystkiego. Nikt z żyjących nigdy nie zgłębi tego zjawiska, stąd rodzi się lęk przed śmiercią. Lęk tanatyczny od zawsze towarzyszył człowiekowi, tak jak sama śmierć. Wydawać by się jednak mogło, że podejście do zjawiska śmierci współczesnego człowieka uległo zmianie. Dawne kultury były bardziej odporne na umieranie. Wytworzyły model „śmierci oswojonej” – ludzie umierali w domach, w otoczeniu najbliższych, pogodzeni z tym faktem. W kulturze tradycyjnej śmierć pojmowana była jako naturalne przejście do Stwórcy. Model współczesny niesie ze sobą niepokój, lęk i wypiera świadomość śmierci. Dziś coraz więcej ludzi chce umrzeć jak najszybciej, bez bólu, żeby nawet nie poczuć – najlepiej ze znieczuleniem, we śnie. Z tym podejściem wiąże się również – obecne dzisiaj – zjawisko eutanazji. Eutanazja to przecież właśnie śmierć na życzenie – szybka, gładka, bez bólu i cierpienia (Israel, 2002).

Każdy człowiek w pewnym momencie swojego dzieciństwa zaczyna rozumieć właściwie pojęcie śmierci, jej nieodwracalności i tajemniczości (Kübler-Ross, 2007). Z całą pewnością śmierć ma swój sens – bez względu na punkt widzenia, i silnie oddziałuje na ludzi, co wyraża się w zmianie postaw, redefinicji celów życiowych u osób pozostających w żałobie. Nie można stwierdzić, co dzieje się po śmierci. Jest to w głównej mierze zależne jest przyjętej doktryny filozoficznej czy religijnej, ale występują pewne zachowania jednostkowe, które możemy nazwać etapami przechodzenia żałoby jako przeżycia osobowego, a nie faktu społecznego.

Śmierć zawsze wywołuje bardzo silną emocjonalną reakcję, której siła, natężenie i rodzaj zależy od takich czynników jak: sposób śmierci (wypadek, śmierć nagła, śmierć poprzedzona chorobą), stopień pokrewieństwa, rodzaj i częstotliwość wcześniejszych kontaktów z osobą zmarłą czy od wieku osoby zmarłej.

Proces umierania i śmierci był opisywany w literaturze przedmiotu na wiele sposobów, przytoczone wcześniej myśli potwierdzają tylko fakt, że wciąż trwa dyskusja na temat tego, czy lepiej definiować go jako stan, szereg etapów czy trajektorię. Niemniej jednak wszystkie teorie umierania oparte są na koncepcji, że jest ona procesem przebiegającym według pewnych przewidywalnych wzorców i obejmującym przejściowe stany emocjonalne i psychiczne wśród których dominuje ból, lęk, stres, zaprzeczenie. Za najpopularniejsze można uznać dwie teorie śmierci. W pierwsza z nich, reprezentowanej między innymi przez Elizabeth Kübler-Ross, umieranie i śmierć opisana jest jako zbiór stadiów pokonywanych przez człowieka w drodze ku śmierci. Umieranie charakteryzuje się jako proces obejmujący szereg nieciągłych etapów, które człowiek musi przejść, zbliżając się do schyłku życia. Charakter poszczególnych etapów oraz to, czy człowiek pokonuje je po kolei, czy może wrócić do wcześniejszych etapów trudno stwierdzić. Aby jednak zachować wysoką jakość życia w procesie umierania, trzeba je pokonać wszystkie.

Druga charakteryzuje śmierć i proces umierania jako stan psychiczny z antycypacyjnym nastawieniem do zdarzenia, sugerując przy tym, że stan psychiczny człowieka zmienia się z czasem, gdy życie dobiega końca.

Zgodnie z pierwszą klasyczną teorią na proces umierania składa się 5 etapów: zaprzeczenia, gniewu, negocjacji, depresji i akceptacji.

- Zaprzeczenie to wczesna faza umierania, oznacza niezdolność do zaakceptowania faktu umierania. To ważny etap, bo kiedy człowiek w końcu uzna fakt własnej śmierci, może przejść kolejne etapy w pełni świadomie.

- Gniew jest wynikiem uświadomienia sobie zbliżającego się końca. Może mieć charakter ukierunkowany i nieukierunkowany. Ten pierwszy kierowany jest najczęściej na członków rodziny lub samą osobę umierającą. Nieukierunkowany gniew to sytuacja w której człowiek zda sobie sprawę z tego, że nic nie jest w stanie powstrzymać procesu umierania.

- Negocjacje są wyrazem ukrytej nadziei na odzyskanie zdrowia.

- Doświadczanie depresji może obejmować smutek, poczucie beznadziejności i inne negatywne symptomy afektywne.

- Akceptacja nadchodzącej śmierci i retrospektywna analiza własnego życia jako próba uporządkowania spraw i zapomnienia dawnych krzywd jest ostatnim stadium.

Bardziej współczesne podejście do etapowego modelu umierania zostało zaproponowane przez R. Buckmana, który wylicza tylko trzy etapy umierania: fazę początkową, przewlekłą i końcową (2001).

Drugie teoretyczne podejście do procesu umierania łączy go z konkretnymi stanami psychicznymi lub postawami. Jego najpopularniejszym ujęciem jest teoria „lęku przed śmiercią”, podkreślająca antycypacyjny i afektywny komponent śmierci i umierania, który objawia się w stanie emocjonalnym pacjenta (strachu, lęku, przerażeniu, poczuciu zagrożenia). Paradygmat lęku przed śmiercią sugeruje, że umierający człowiek

wykorzystuje określone mechanizmy społeczne i psychologiczne aby poradzić sobie z lękiem antycypacyjnym.

Odwołując się do własnych doświadczeń, można w reakcji na śmierć osoby bliskiej wyróżnić pewne etapy. *Etap szoku i zagubienia w rzeczywistości* (nagle, uporządkowany do tej chwili świat ulega rozbiciu na wiele części, pomiędzy którymi nie dostrzega się żadnego logicznego czy egzystencjalnego porządku, a nawet konieczności bycia). *Etap spotkania ze śmiercią* to czas konieczności pożegnania się fizycznie z ciałem zmarłego, przygotowania i przeżycia pogrzebu, sprostania obowiązkom stworzenia możliwości i warunków do pożegnania zmarłego przez członków rodziny i znajomych. Najczęściej jest okresem buntu, niezgody, osamotnienia, zmęczenia i poczucia krzywdy. To czas bólu, w którym uświadamiamy sobie konieczność pożegnania się z nawykami, przyzwyczajeniami, stylem życia „sprzed”. Trudny moment uświadomienia sobie, że już nigdy nie będzie tak jak przedtem. Kolejny etap to *etap przebaczenia samemu sobie* tego, że nie powiedzieliśmy wszystkiego tego co powiedzieć powinniśmy osobie zmarłej, że nie kochaliśmy zbyt mocno, że nie zdążyliśmy zrobić tylu rzeczy. To właściwy etap pożegnania ze zmarłym. Wreszcie *etap wypracowania własnego indywidualnego i autonomicznego sposobu bycia i funkcjonowania bez osoby zmarłej*. Redefiniuje się wtedy własne uczucia towarzyszące nowej sytuacji życiowej, to czas aktywnego bądź destrukcyjnego poszukiwania nowego ładu w życiu i organizacji codzienności.

Śmierć zawsze wywołuje bardzo mocne emocjonalne reakcje, jedną z nich jest dotkliwy żal, któremu towarzyszą poważne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja i patologiczny lęk. Śmierć – strata należy do trudniejszych wyzwań emocjonalnych, w obliczu których staje człowiek starszy. Problem utraty członka rodziny opisywany był na wiele sposobów, funkcjonują głównie dwa terminy uwzględniające jego konsekwencje emocjonalne i fenomenologię społeczną, a mianowicie żal i żałoba. Żal jest psychologicznym lub wewnętrznym doświadczeniem straty, podczas gdy żałoba odnosi się raczej do procesu zmagania się z nią. Poszukiwania społecznego i rodzinnego wsparcia (Hill, 2005, s.275).

Ze śmiercią nierozzerwalnie związana jest żałoba. Elementami żałoby są różne doznania i zachowania. Przeżywaniu żałoby towarzyszy smutek, lęk, poczucie winy, samotności (Fabiś i in., 2015). W psychologii przyjmuje się głównie, że żałoba ma następujące fazy:

- Fazę początkową (3–4 tygodnie) żałobnicy reagują na śmierć bliskiej osoby szokiem i niedowierzaniem w realną śmierć. Stan ustępuje po kilku dniach, a jego miejsce zajmuje zgeneralizowany smutek.

- Faza pośrednia (od 3 do 8 miesięcy po śmierci) okres poszukiwania nowej tożsamości, uczenia się nowych ról: wdowy, wdowca, osieroconego.

- Faza odzyskiwania równowagi (około roku od śmierci) wiąże się z pogodzeniem z realną sytuacją braku bliskiej osoby i zajęciem się życiem. Jest to okres reorganizacji życia oraz akceptacji śmierci. Żałoba trwa przeciętnie od jednego do dwóch lat.

W końcowej fazie żałoby zwiększa się zaufanie do siebie i poczucie własnej wartości. (Strelau, 2000, Fabiś i in., 2015).

Wyróżnia się czynniki ochronne w żalu i żałobie, które zdefiniowano jako konkretne zasoby dostępne dla osób przeżywających żałobę, zmniejszające stres związane ze śmiercią bliskiej osoby. Wśród nich zgodnie z koncepcją pozytywnego starzenia się wskazuje się na wsparcie społeczne. Wsparcie społeczne zostało zbadane jako czynnik ochrony z uwzględnieniem faktu, że osoby starsze funkcjonują w ramach licznej rodziny obejmującej dzieci i ich małżonków, a często mają także rozległe powiązania z własnym rodzeństwem i dalszymi krewnymi. Jeżeli starsza owdowiała osoba należy do rozległej sieci społecznej, otaczający ją ludzie mają osobisty interes w jej wspieraniu, ponieważ służy to zachowaniu ciągłości systemu społecznego wsparcia. W przypadku dzieci wspieranie rozpaczającego rodzica może być także sposobem na ukojenie własnego żalu po stracie rodzica. Nic więc dziwnego, że wiele starszych owdowiałych osób zwraca się do najbliższych i dalszych członków rodziny z prośbą o zrozumienie i wsparcie, szczególnie w początkowym okresie żałoby bardzo ważnym aspektem społecznego i rodzinnego wsparcia jest to, czy jest ono postrzegane przez osobę w żałobie jako znaczące i pomocne. Znaczące wsparcie obejmuje konkretne zachowania, w tym empatyczne słuchanie, udzielanie pomocy instrumentalnej, pomoc w zagospodarowaniu przedmiotów należących do osoby zmarłej oraz ułatwienie przyjęcia tożsamości osoby samotnej (Tamże).

Zakończenie

Omówione tu: choroba jako stan zaburzający w człowieku porządek duchowy i psychiczny oraz modele umierania, opisują złożoność interakcji sił psychicznych i fizycznych kształtujących indywidualną reakcję na proces umierania, w tym stanu wewnętrznego człowieka w jakościowo różnych punktach na kontinuum umierania. Podejścia te sugerują jednak, że radzenie sobie z chorobą i ze śmiercią wymaga włączenia zarówno mechanizmów psychologicznych jak i wsparcia społecznego oraz rodzinnego, pozwalających w pozytywny i nacechowany godnością sposób traktować spodziewane zmiany psychiczne i fizyczne, zwiastujące schyłek życia. Odwołanie się i wykorzystanie czynników ochronnych w żałobie jakimi niewątpliwie są regulacja emocjonalna i wsparcie rodziny pozwalają na następujące w czasie zbudowanie tożsamości osoby starszej i samotnej.

Rodzina jawi się jako podstawowa i najważniejsza płaszczyzna społecznego i emocjonalnego funkcjonowania człowieka starszego pogrążonego w żałobie czy pozostającego w sytuacji choroby i związanym z nią lękiem przed śmiercią. Rodzina jest środowiskiem aktywnym, to znaczy takim, które ulega przekształceniom i zmianom zarówno pod wpływem upływającego czasu, jak i różnorodnych zdarzeń rodzinnych warunkowanych kulturowo i obyczajowo. Życie rodzinne seniorów jest procesem dynamicznym, przechodzą oni przez różne fazy rozwoju, w tym proces umierania i śmierci, a także żałoby. Zgodnie z modelem pozytywnego starzenia się to rodzina uznana została za jeden z czynników ochronnych w chorobie, żalu i żałobie.

W tym aspekcie starość jawi się jako okres widocznego pogarszania się kondycji psychofizycznej, które staje się istotnym aspektem egzystencji, a jednocześnie zmusza do radzenia sobie z problemami egzystencjalnymi w celu zachowania odpowiedniej jakości życia. To właśnie sposób przeżywania starzenia się w zdrowiu i chorobie jest decydującym wyróżnikiem godnego życia, starzenia się i umierania.

Bibliografia

- Bartoszek, A. (2000). *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*. Katowice.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurology & Clinical Neurology*, 19, 989–1004.
- Cavan, R.S. (1962). Self and role in adjustment during old age. In: A. Rose (ed.). *Human behavior and social processes. An International Approach*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Cavan, R.S., Burgess, E.W., Havighurst, R.J., Goldhammer, H. (1949). *Personal adjustment in old age*. Chicago: Science Research Associates.
- Comfort, A. (1968). *Dlaczego się starzejemy*. Warszawa: PWN.
- Czerniawska, O. (1996). *Edukacja dorosłych we Włoszech. Szkice z andragogiki i gerontologii*. Łódź.
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed, a Review*. New York/London: Norton.
- Fabiś, A. (2018). *Troski egzystencjalne w starości. Ujęcie geragogiczne*. Kraków: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.
- Fabiś, A., Wawrzyniak J., Chabior A. (2017). *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Impuls.
- Frankl, V.E. (1971). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frankl, V.E. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Gałuszek, M., Szewczyk, K. (red.). (1996). *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź: PWN.
- Hill, R. (2005). *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*. Warszawa, Larum.
- Israel, L. (2002). *Eutanazja czy życie aż do końca*. Kraków: WAM.
- James, W. (1918). *Doświadczenia religijne*. Warszawa: Skład Główny W Księgarni Gebethnera i Wolfa.
- Keirse, M. (2007). *Życie z chorobą*. Radom: POLWEN.
- Kępiński, A. (1998). *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kierkegaard, S. (1972). *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć*. Łódź: PWN.
- Kübler-Ross, E. (2007). *Dzieci i śmierć*. Poznań: Media Rodzina.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
- Krzemionka-Bruzda, D. (2005). *Siły, które pokonują raka: wiara, nadzieja, zdrowie*. Kielce.
- Osińska, K. (1980). *Twórcza obecność chorych*. Warszawa: PAX.
- Pilecka, B. (1986). (red.), *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*. Rzeszów: Wyd. WSP.
- Reboul, H., Guillaumin, J. (red.). (1982). *Le tempset la vie les dynamisme du vieillissement*. Lyon: Librairie Decitre.
- Strelau, J. (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dziegielewska, M. (2006). *Gerontologia społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa, Aspra-jr.
- Szewczyk, W. (1994). *Rozumieć siebie i innych, Zarys psychologii*. Tarnów: Biblos,

- Tillich, P. (2016). *Męstwo bycia*. Kraków: Wydawnictwo Vis-a-vis/Etiuda.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1989). *Starość jako zadanie*. Warszawa: PWN.
- Yalom, I.D. (2008a). *Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć grozę śmierci*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Yalom, I.D. (2008b). *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.



II

Wsparcie potrzebujących

Elżbieta Trafiałek¹

Wyzwania międzypokoleniowego solidaryzmu

DOI 10.24917/27199045.192.8

THE CHALLENGES OF INTERGENERATIONAL SOLIDARITY

Abstract

This article analyses contemporary demographic trends and transformations taking place in the structure of the Polish society. Multigenerational, longer and longer lifespan with decreased retirement age and the family model change have been recognised as the basis of contemporary challenges to social policy. It was stressed that social solidarity in the current dimension in the situation of further ageing of the population will be insufficient. It can be replaced by a conflict of generations the instruments aimed at stabilising the relations between the generations, shaping social relationships, guarantee of social security. An opportunity is the development of the service sector, professional activation 50-60+, environmental integration and strengthening of intergenerational dialogue.

Keywords: Social policy, demographic change, solidarity and intergenerational dialogue

Słowa kluczowe: polityka społeczna, zmiany demograficzne, solidaryzm, dialog międzypokoleniowy

Wstęp

Narastające od kilku dekad przekształcenia demograficzne, w tym kurczące się przedstawicielstwo ludzi młodych i coraz liczniejsza reprezentacja populacji 60+, tworzą nowy wymiar i przekrój struktury społecznej, generując tym samym przed polityką społeczną, podobnie jak i innymi dyscyplinami nauk społecznych, wyzwania wynikające z wielopokoleniowości i narastających dysproporcji w udziale różnych grup wie-

¹ Prof. zw. dr hab. Elżbieta Trafiałek, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Prawa i Nauk Społecznych, elzbieta.trafialek@ujk.edu.pl

kowych (mobilnych i niemobilnych) w ogólnej strukturze społecznej. Wychodzenie naprzeciw tym przekształceniom oraz specyficznym potrzebom generacji seniorów wymaga kompleksowych, systemowych przekształceń rynkowych, mieszkaniowych, zdrowotnych, edukacyjnych, usługowych, a nade wszystko mentalnościowych. Wymaga dalszego rozwoju instytucji opiekuńczych i wspierających rodzinę, wskazania płaszczyzn nieuniknionej współzależności generacyjnej oraz wyeksponowania roli przekazu kulturowego, publicznego dialogu, międzypokoleniowego solidaryzmu. Jakość życia obecnych i przyszłych pokoleń najstarszych stanowi miarę wartości społeczeństw, miarę kultury. Dlatego też za wyzwanie dla polityki społecznej XXI wieku należy uznać poszukiwanie dróg optymalizacji wielopłaszczyznowej współpracy między wszystkimi pokoleniami. Współpraca i współodpowiedzialność zamiast rywalizacji, aktywność zamiast petryfikacji i kontestacji, mobilność zamiast osamotnienia, empatia zamiast obojętności i przekaz kulturowy zamiast izolacji – to znamienne dla czasów dylematy, choć jednocześnie rzadko wskazywane, ale niezmiernie istotne elementy kapitału społecznego, indywidualne i ogólnospołeczne gwarancje satysfakcji z życia oraz poczucia bezpieczeństwa. Tym też zagadnieniom poświęcono prezentowany tekst, traktując go jako zachętę dla podjęcia przedmiotowego, interdyscyplinarnego, akademickiego i ogólnospołecznego dyskursu poświęconego poprawie relacji międzypokoleniowych w starzejącym się społeczeństwie.

Zmiany demograficzne a wielopokoleniowość

Procesy demograficzne z jednej strony determinują wielkość, funkcje rodziny, zadania polityki ludnościowej i rodzinnej; z drugiej zaś stanowią specyficzną konsekwencję modelu, struktury rodziny i ról społecznych kulturowo przypisywanych jej członkom. Demografia integralnie powiązana jest też z polityką społeczną i wszystkimi jej subdyscyplinami (tak w wymiarze naukowym, badawczym, jak i praktycznym), bowiem od dostarczanych przez nią wskaźników zależą kierunki bieżących i perspektywicznych działań uznawanych za priorytetowe. Np. coraz dłuższe średnie dalsze trwania życia, coraz większy udział przedstawicieli populacji 60–65+ i 80–85+ w ogólnej strukturze społecznej, utrzymujący się na niskim poziomie współczynnik przyrostu naturalnego i wskaźnik dzietności, gospodarstwa jednoosobowe jako dominujący typ gospodarstw domowych dla kategorii wieku 65–70+ – to już wystarczające dane uprawniające do prognozowania wielopokoleniowości i stałego wzrostu zapotrzebowania na pozarodzinne formy wsparcia seniorów w naturalny sposób objętych ryzykiem niepełnosprawności, wielochorobowości oraz osamotnienia.

Proces demograficznego starzenia się społeczeństwa polskiego cechują przynajmniej trzy zjawiska: rosnąca wraz z wiekiem liczebność grupy kobiet w populacji seniorów (feminizacja), samotne gospodarowanie osób starszych (singularyzacja) i tzw. „podwójne starzenie”, czyli tendencje wzrostu liczebności zarówno populacji dożywających wczesnej (65+), jak i późnej starości (85+). Świadomość tych tendencji to podstawa

racjonalnego planowania koniecznych innowacji w zakresie polityki rodzinnej, mieszkaniowej, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego. Np. informacje o nowych trendach demograficznych (Stanny, Wyduba, 2019; Organiściak-Krzykowska), czy o tym, że w latach 2005–2016 udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej strukturze społecznej wzrósł z 15,4% do 20,2% (Ludność, 2016) – w planowaniu polityki rynku pracy systematycznie powinny być wykorzystywane dla uruchamiania nowych instrumentów wzmacniania potencjału pracowniczego, dla weryfikacji założeń polityki migracyjnej, azylowej, asymilacyjnej, integracyjnej, dla profilaktyki powstania luki, próżni kadrowej na rynku pracy w najbliższych latach i dekadach. a takich wskaźników zmian rejestrowanych w przestrzeni życia społecznego w dostępnych analizach statystycznych wiele (Hryniewicz, Witkowski, Potrykowska, (red.), 2019; Durasiewicz, 2012). O ile np. w roku 2010 przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn wynosiło 72,1, to w 2018 już 73,8 lat. W kategorii kobiet czas ten w analogicznym przedziale wzrósł z 80,6 do 81,7 lat. Jednocześnie próg wieku emerytalnego przywrócono do poziomu 60/65 lat, dwutorowo tym samym zwiększając liczebność populacji niepracujących, adresatów systemu zabezpieczenia społecznego. W 2010 roku co siódmy (13,5%), a w 2018 już co szósty Polak (17,5%) był w wieku 65+. Obecnie co czwarty jest w wieku 60+ (24,75%), choć dekadę wcześniej ta grupa wiekowa obejmowała 19,6% ogółu społeczeństwa (Rocznik, 2019, s. 209). Za znamienne dla demograficznych trendów należy uznać też długowieczność. Populacja w wieku 85+ w 2018 roku obejmowała 2,05% ogółu ludności (w 2010 roku – 1,35%), a 5 lat wcześniej liczebność samej tylko grupy stulatków szacowano w Polsce na ponad 4 tys. osób (Rocznik, 2019; Auleytner, 2015). Przynajmniej trzy ostatnie polskie dekady to zatem ustawiczny wzrost liczby opuszczających rynek pracy, osób starszych oraz dożywających starości sędziwej. To coraz liczniejsza grupa utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych, dysponująca dużym marginesem czasu wolnego, ale też (w kolejnych przedziałach czasowych) coraz częściej wymagająca specjalistycznej opieki medycznej, wsparcia, pielęgnacji, nierzadko codziennej obecności innych. To populacja o narastającej równolegle do wieku feminizacji oraz problemach samotnego gospodarowania z racji utrzymującej się 7–8 letniej różnicy w średniej życia kobiet i mężczyzn.

Mediana wieku z każdym rokiem przesuwana się w kierunku granicy wieku mobilnego, co oznacza, że każda kolejna dekada pogłębiać będzie deformację struktury w nadreprezentacji populacji w wieku emerytalnym. W świetle najnowszych raportów, Polska znajduje się w pierwszej dziesiątce krajów OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) z najwyższym diagnozowanym i prognozowanym tempem starzenia się społeczeństwa. W latach 2020–2060 liczba osób w wieku 65+ na 100 w wieku produkcyjnym wzrośnie bowiem z 30 na 71, podczas gdy np. w Niemczech z 35 do 60; we Francji z 37 do 55, w Danii z 35 do 46, a w Czechach z 32 do 58. Podobne tempo narastania starości demograficznej przewidywane jest tylko w Japonii (z 52 do 81) i w Hiszpanii (z 36 do 77 w wieku 65+ na 100 osób w wieku produkcyjnym w analogicznych przedziałach czasowych) (Mazurek, 2020).

Dla sprostania wyzwaniom generowanym takimi zmianami sam solidaryzm młodych wobec starszych i w wieku sędziwym nie wystarczy. Nie wystarczy też pronatalistyczna polityka rodzina, gdy dwie generacje wyżu demograficznego (powojennego i z lat 70–80. XX wieku) oczekiwać będą wsparcia ze strony coraz mniej licznej (niska dzietność, wskaźnik przyrostu naturalnego poniżej prostej zastępowalności pokoleń, migracje) pokolenia ludzi młodych, aktywnych zawodowo na rodzimym rynku pracy.

W przestrzeni międzynarodowej upowszechnianie idei społeczeństwa dla wszystkich grup wieku, dla wszystkich pokoleń zapoczątkowano w 1995 roku na Światowym Zgromadzeniu Narodów Zjednoczonych promującym rozwój społeczny w nowych i perspektywicznych realiach demograficznych. Siedem lat później w ONZ opracowano Madrycki Plan Działania w kwestii starzenia się społeczeństw, w świetle którego oczekiwane na całym świecie poprawne międzypokoleniowe relacje zależą od spełnienia kilku warunków, w tym: upodmiotowienia osób starszych, uznania ich za cenny kapitał społeczny, przyjęcia za podstawę relacji międzypokoleniowych wspólnoty celów i wzajemnego wsparcia². Współpraca międzypokoleniowa sprzyja bowiem budowaniu poprawnych interakcji, więzi rodzinnych i środowiskowych, stanowiąc jednocześnie bazę dla prowadzenia dialogu między przedstawicielami wszystkich pokoleń.

Rzeczywista i prognozowana wielopokoleniowość wymaga wypracowania adekwatnych do potrzeb płaszczyzn współpracy, przekazu kulturowego, wsparcia i integracji. Wymaga, jak syntetycznie określił to Piotr Szukalski „polityki międzypokoleniowej”, opartej na instytucjonalizacji indywidualnych i zbiorowych relacji między pokoleniami w sferze publicznej i prywatnej lub na relacjach międzypokoleniowych o wzmocnionej, wzajemnej odpowiedzialności (Szukalski, 2012). Poszukiwaniu optymalnych rozwiązań powinno towarzyszyć przeświadczenie, że skutki wielopokoleniowości, jej wymiar w odbiorze osobniczym i odczuciach społecznych różnicują się w wielu przekrojach: regionalnym, środowiskowym, ekonomicznym, kulturowym, a nawet zawodowym i wiekowym. Nie ma zatem ponadczasowego, uniwersalnego modelu wielopokoleniowego solidaryzmu, ale na bazie profesjonalnej diagnozy gerontologicznej można budować sieci, więzi i wzajemne relacje, utrwalane ekonomicznym i organizacyjnym wsparciem sektora publicznego, pozarządowego i prywatnego.

Rodzina jako przestrzeń życiowa

Od 2009 roku, po recesji gospodarczej Europy, wyraźnym przekształceniom zaczął ulegać model rodziny i preferowany styl życia rodzinnego. Ekonomiczne bariery w dostępie do mieszkań i wszelkich dóbr wyższego rzędu, do różnorodnych konsumpcyjnych aspiracji wcześniej chętnie kredytowanych przez banki, spowodowały powszechne opóźnianie decyzji młodych ludzi o opuszczaniu domu rodziców i za-

2 Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego polskojęzyczna wersja Madryckiego Planu Działania w kwestii starzenia się społeczeństwa, uchwalonego przez ONZ w 2002 roku, jest dostępna na stronach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

kładaniu własnej rodziny, o rodzicielstwie i ekonomicznej niezależności. W kategoriach wskaźników demograficznych zanotowano spadek wskaźnika płodności kobiet, wskaźnika dzietności i przyrostu naturalnego (z różnym natężeniem, ale głównie w Europie Południowej). Po kilku latach wahań europejska średnia płodności ustabilizowała się na relatywnie do okresu sprzed kryzysowego niskim poziomie 1,7 (w Polsce 1,3), równoważnym z brakiem prostej zastępowalności pokoleń (Matusiak, 2014). Kolejne lata przyniosły pogłębianie zmian w obrębie wielkości, struktury rodzin i wypełnianych przez nie funkcji. Popularność i dominującą rolę w życiu pokolenia ludzi młodych zyskały tzw. alternatywne formy życia społecznego i małżeńsko-rodzinnego, w tym *parents*, związki partnerskie, kohabitacja, monoparentalność czyli samotne rodzicielstwo, małżeństwa i związki bezdzietne, samotna bezdzietność oraz rodziny patchworkowe. Mimo ekonomicznych wzmocnień polityki prorodzinnej, bardzo popularny pozostał też model małżeństwa z jednym dzieckiem. Obecnie 80% polskich rodzin to 2+1. Niewiele w nich miejsca na wielopokoleniowość pod jednym dachem i na rezygnację z ról pracowniczych na rzecz opiekunów rodzinnych. Nowy model prowadzenia gospodarstw, planowania życia małżeńsko-rodzinnego przez ludzi młodych spowodował kurczenie potencjału opiekuńczego rodziny. I to nie tylko w Polsce, choć przywiązanie do tradycyjnego pojmowania roli kobiety w rodzinie i roli rodziny w społeczeństwie nadal w kraju jest bardzo silne.

W najnowszych europejskich badaniach porównawczych, przeprowadzonych wśród 28 tys. osób, tezę, że „najważniejszym zadaniem kobiety jest zajmowanie się domem oraz troska o rodzinę” potwierdziło 77% Polaków, choć stanowczo zaprzeczyło jej 80% przedstawicieli krajów skandynawskich i 54% ogółu badanych Europejczyków (Bojar, 2018).

Wraz z pogłębianiem się starości demograficznej i coraz większym procentowym udziałem w strukturze społecznej osób wkraczających w fazę starości sędziwej, rośnie zapotrzebowanie na różne usługi i formy opieki. W tradycyjnym modelu potrzeby te zaspokajane były w ramach podstawowych funkcji rodziny, a wypełniane głównie przez kobiety w wieku aktywności zawodowej, niepracujące, opiekujące się dziećmi i dziadkami, prowadzące gospodarstwa domowe, tzw. gospodynie domowe. Takie zachowania, nierzadko z konieczności, nadal występują w wielu środowiskach i regionach kraju, głównie spauperyzowanych transformacją systemową, bezrobociem, ubogą infrastrukturą usługową, słabą siecią instytucji leczniczych, pomocowych, integracyjnych. Relacje wewnątrzrodzinne w poszczególnych środowiskach pozostają w ścisłym związku z tradycjami, modelem rodziny, stanem zdrowia seniorów, poziomem wykształcenia, statusem zawodowym i aspiracjami ich bliskich, realnym dostępem do instytucjonalnych form opieki i wsparcia (dps, świetlice środowiskowe, kluby, dzienne domy opieki specjalistycznej, mieszkania chronione itp.), ale nie bez znaczenia jest tu także status ekonomiczny wspólnoty i jej członków.

Wbrew stereotypom, sytuacja życiowa osób starszych (jak na razie) bywa lepsza od sytuacji ludzi młodych, a zależność pokoleniowa nierzadko ma charakter przepływów

dwukierunkowych (Zamorska, 2018). Np. w świetle badań CBOS, problemy finansowe, związane z dostępem do służby zdrowia, z osamotnieniem częściej sygnalizują osoby w wieku średnim (45–54) niż starszym. Czynnikiem różnicującym zakres codziennych problemów częściej od wieku bywa też poziom wykształcenia, zawód i status na rynku pracy. (Kalka, 2016.). Nierzadko osoby w wieku do 75 roku życia, uzyskujące stałe dochody emerytalno-rentowe, wspierają finansowo, opiekuńczo i organizacyjnie swoje rodziny (prowadzenie gospodarstwa, gotowanie, sprzątanie, opieka nad wnukami), ale po wkroczeniu w drugą fazę starości (*old old* 75+) wymagają wzajemności – opieki, lub choćby obecności bliskich. Każdy etap starości, tak jak i całego życia, jest niehomogenny, ale znamienne dla wieku, nieuniknione deficyty wymagają odpowiedniego przygotowania do ich kompensowania, ograniczania, redukowania. To wyzwanie, jakie rzeczywistość demograficzna postawiła tak przed władzami publicznymi, rodzinami, organizacjami pozarządowymi, jak i przed każdym komu zależy na własnym i bliskich godnym życiu w starości. W poszukiwaniu skutecznych instrumentów wzmacniania międzypokoleniowego solidaryzmu nie można przy tym pomijać faktu, że narastające zmiany w obrębie wielkości, struktury i funkcji rodziny (nuklearna, otwarta na migracje wewnętrzne i zewnętrzne, bez stabilnego zaplecza mieszkaniowego, zależna od koniunktury rynkowej) nie sprzyjają obecnie ani budowaniu trwałych, satysfakcjonujących relacji, ani też więzi społecznych, emocjonalnych i psychicznych między przedstawicielami różnych generacji. Pozostają kontakty sporadyczne, odświeżone – ważne dla poczucia tożsamości, identyfikacji z bliskimi, ale niewystarczające w sytuacji zapotrzebowania na stałą opiekę i wsparcie.

Instytucjonalne i pozainstytucjonalne wyznaczniki międzypokoleniowego wsparcia

Rodzina jest dla Polaków wartością niezmiennie najważniejszą, choć relacje między jej członkami coraz częściej przybierają charakter incydentalny. „Coraz częściej mamy do czynienia z oddaleniem geograficznym dziadków i wnuków” (Rosochacka-Gmitrzak i Chabiera, 2013, s. 6). Zawężona przestrzeń kontaktów i interakcji w gronie rodzinnym rodzi zatem zapotrzebowanie na rozwój różnych form relacji międzypokoleniowych w przestrzeni publicznej. Dobrym przykładem realizacji i popularności tej idei na gruncie edukacji, integracji, aktywności życiowej są np. dynamicznie rozwijające się uniwersytety trzeciego wieku (od roku 1975 powstało ich w Polsce ponad 800); w przestrzeni społecznej – współpraca w wolontariacie, samorządach, stowarzyszeniach i ugrupowaniach politycznych; na rynku pracy – poprzez tworzenie nowych miejsc pracy i optymalne wykorzystanie dojrzałych kadr (w literaturze przedmiotu określanych mianem „późnej dorosłości”), poprzez umiejętne zarządzanie potencjałem doświadczenia, cierpliwości, kultury i znajomości potrzeb potencjalnych klientów. Interesujące projekty wzmacniania międzypokoleniowego dialogu, współpracy i kulturowego przekazu między czterema pokoleniami od lat re-

alizowane są przez Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO). Niektóre z nich to projekty zatytułowane: „Mistrz-uczeń”, czy „Osoby starsze w oczach młodzieży. Młodzież w oczach osób starszych” (Rosochacka-Gmitrzak i Chabiera, 2013, s. 8–9).

Ciekawe propozycje integracji międzypokoleniowej od lat wdrażane są w lubelskim środowisku akademickim. Upowszechniona w latach 80. XX wieku przez Zofię Zaorską pedagogika zabawy oraz modna aktywizacyjna działalność pod hasłem „superbabcia” – cieszą się niezmienną popularnością wśród studentów UMCS, KUL, słuchaczy UTW w Lublinie i licznych jego filii w regionie oraz wśród andragogów, gerontologów i animatorów społecznych, wśród przedstawicieli wszystkich grup wiekowych. Z prowadzenia różnych form edukacji do i o starości znane jest też Wrocławskie Centrum Seniora, realizujące ciekawe projekty współfinansowane ze środków unijnych. W ramach przykładowego „Miasto pokoleń – edukacja do starości” organizowane są w różnych środowiskach spotkania przedstawicieli kilku pokoleń: w przedszkolach, domach dziecka – gdzie starsi czytają młodszym książki, prowadzą zajęcia warsztatowe; w gimnazjach, gdzie uczniowie udzielają seniorom konsultacji w zakresie obsługi komputera. To cenne wzorce integracji pokoleniowej, godne upowszechniania.

Relacje rodzinne ulegają stałym przekształceniom, a funkcje opiekuńcze rodziny nadal nie znajdują oczekiwanego wsparcia prawnego, instytucjonalnego, czy finansowego w politykach publicznych. Np. opiekun rodzinny, szczególnie w małych środowiskach lokalnych (wsie, miasteczka, gminy), kompleksowo odpowiedzialny za koncepcję projektu opieki, za tzw. „zarządzanie chorobą” podopiecznego – sam musi być sponsorem, koordynatorem i wykonawcą czynności związanych z całodobową obecnością przy chorym, niepełnosprawnym. W niektórych środowiskach dla zainteresowanych pełnieniem takich funkcji (opiekun rodzinny/nieformalny) wobec spokrewnionych, bądź nie, z najbliższego otoczenia, organizowane są bezpłatne szkolenia, kursy oraz udostępnianie centra tzw. opieki wytchnieniowej. To niezmiernie cenne inicjatywy lokalne, samorządowe, wzorcowo wdrażane np. w Gdańsku przez Fundację Hospicyjną im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza, w ramach projektu „Opiekun rodzinny nie musi być sam” (Opiekun, 2020, s. 7). To przykład dobrych praktyk zasługujących na upowszechnianie i finansowe wsparcie – o wiele bardziej oczekiwane w rodzinach z osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi, niż wszelkie formy instytucjonalne: domy pomocy społecznej, hospicja, placówki dziennej opieki.

W gospodarce rynkowej głównym stymulatorem gwarancji bezpieczeństwa tak seniorów, jak i ich rodzin jest rynek pracy, usługi publiczne i dostęp do usług społecznych. Problem tkwi w braku odpowiednich rozwiązań i elastyczności w rozumieniu istoty działań pomocowych. Wśród badaczy życia społecznego nie ma jednoznacznych ocen skutków demograficznego starzenia. Jedni traktują te zmiany jako zagrożenie dla stabilności rynku pracy i gospodarki; inni *silver economy* postrzegają jako szanse wdrażania innowacyjności, rozwój nowych technologii, usprawnień podnoszących jakość kapitału społecznego, a tym samym i konkurencyjność gospodarki. W każdym z tych modeli uwaga skupia się jednak na dwóch zasadniczych kwestiach: koniecznym

rozwoju sektora usług i poszukiwaniach skutecznych metod, instrumentów modernizacji systemu zabezpieczenia społecznego. Największe wyzwanie stanowi rynek pracy i płynność finansów publicznych. Czyli polityka solidarności dwukierunkowej: młodzi w środowisku rodzinnym i publicznym współpracują z seniorami, wspierają ich i gwarantują poczucie bezpieczeństwa poprzez powszechny dostęp do usług i profesjonalnej opieki; a starsi, w poczuciu odpowiedzialności za pokolenie młodych sami starają się kumulować środki na swoje emerytury i deficyty starości. Aktywność zawodowa, inwestowanie w siebie (kondycja fizyczna, dbałość o zdrowie, samowystarczalność) i swoją przyszłość – to warunek solidarnej współpracy. W miarę narastania starości demograficznej, ani państwo, ani nuklearne rodziny, ani samorządy nie będą w stanie sprostać wyzwaniom samodzielnej organizacji dobrej przestrzeni życiowej seniorom. Potrzebna jest wielopłaszczyznowa, konstruktywna współpraca między tymi podmiotami i perspektywiczne działania w zakresie systemowej modernizacji polityki zabezpieczenia społecznego. Równie ważne jest uznanie rodziny i sektora nieformalnego za wiodących koproducentów usług społecznych (Grewiński, 2017). Zatem solidaryzm międzypokoleniowy wymaga systematycznego utrwalania rzetelnym dialogiem społecznym.

Starość alternatywna – od aktywności do zależności

Kluczowym zadaniem współczesnej polityki społecznej, a w tym senioralnej, jest aktywizacja ludzi w starszym wieku oraz kształtowanie nawyków aktywności na długo przed przekroczeniem progu wieku emerytalnego, a ten w Polsce jest coraz niższy, przy rosnących wskaźnikach dalszego trwania życia dla 60+. To znaczy, że kurczy się przestrzeń aktywności zawodowej wyznaczana regulacjami prawnymi, a rośnie czas życia i utrzymywania się ze źródeł niezarobkowych. Opuszczający rynek pracy z racji uzyskania ustawowego prawa do świadczeń emerytalnych, w tym głównie kobiety (60 lat) mają przed sobą przynajmniej $\frac{1}{4}$ życia. W repartycyjnych systemach emerytalnych poziom solidaryzmu wyznacza ekonomia, a zatem im liczniejsza grupa uprawnionych do świadczeń emerytalnych (rentowych), tym niższe świadczenia. Zdaniem analityków rynku³, polityków społecznych, wartość nabywcza emerytur i ich wysokość w stosunku do płac stale będzie spadać, a kolejne roczniki emerytów będą biedniejsze niż pokolenie obecnych seniorów (Mazurek, 2020). Taka perspektywa nie służy budowie pozytywnego modelu międzypokoleniowej solidarności.

3 Na podstawie wywiadu Bożeny Wiktorowskiej przeprowadzonego dnia 23 marca 2017 roku i aktualizowanego 19 października 2019 roku z grupą ekspertów: Markiem Górą i Leokadią Oręziak z SGH, Piotrem Kuczyńskim, Agnieszką Chłoń-Domińczak i Jeremim Mordasiewiczem z Lewiatana. Młodzi odpoczną później. Ekspert: odniesienie wieku emerytalnego jest konieczne. [Dostęp: 24 lutego 2020], <https://gospodarka.dziennik.pl/emerytury-i-ofe/artykuly/545657,wyzszy-wiek-emerytalny-system-emerytalny-emerytury-podniesienie-wieku-emerytalnego.html>

Narastanie starości demograficznej w naturalny sposób skutkuje coraz większymi wydatkami z budżetu państwa na opiekę zdrowotną i dofinansowywanie systemu emerytalnego, a coraz mniej liczna populacja aktywnych na rynku pracy powoduje mniejsze wpływy do budżetu i systemu ubezpieczeń społecznych. W konsekwencji zaspokajanie potrzeb społecznych przez państwo ze środków publicznych staje się coraz trudniejsze. Za skuteczną formę ograniczania takiego ryzyka uznaje się optymalne wydłużanie czasu mobilności, kreatywności, aktywności zawodowej na rynku pracy oraz tworzenie optymalnych warunków zapewniania sobie przez obywateli samodzielności – ekonomicznej i życiowej. Optymalne wykorzystanie potencjału zawartego w kapitale ludzkim, umiejętne wdrażanie modelu *silver economy* w znaczący bowiem sposób może ograniczyć, zredukować wszelkie ryzyka konfliktów, napięć, deficytów generowane dysproporcjami pokoleniowymi w strukturze społecznej.

Od zagospodarowania tego czasu i potencjału, od aktywności życiowej zależy zarówno jakość życia jednostek, rodzin, jak i kondycja finansów publicznych państwa. Tu jest jeszcze wiele do zrobienia, bowiem pod względem zatrudnienia osób starszych i zdolności najstarszych do samodzielnego życia Polska plasuje się na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej (UE). U podstaw dobrej, oczekiwanej współpracy międzypokoleniowej leży dialog, integracja i wzajemne wsparcie. Ale o ile dialog prywatny, umocowany w relacjach rodzinnych, znajduje powszechne zrozumienie i akceptację, to dialog publiczny, związany z budowaniem pozadomowej, przyjaznej przestrzeni życiowej dla seniorów, nadal należy uznać za niewystarczający (Rosochacka-Gmitrzak, Chabiera, 2013). 90% wkraczających w fazę pełnej (75+) i późnej (85+) starości oczekuje na opiekę. I faktycznie jej potrzebuje. Ale jak podaje Piotr Błędowski „żeby utrzymać w zdrowiu 70-latkę, trzeba wydać na leczenie cztery razy więcej niż na leczenie osobę w wieku 30 lat” (Błędowski, 2019). A za 50–60 lat już co siódmy Polak, podobnie zresztą jak Niemiec, Słowak, będzie w wieku 80+.

Wybór między spędzeniem trzeciej/czwartej fazy życia w rodzinie, czy też placówce opiekuńczej dla wszystkich stron jest bardzo trudny. Tym bardziej, że polski stereotyp schyłku życia poza rodziną marginalizuje, w niektórych środowiskach wręcz stygmatyzuje dzieci, wnuki, wszystkich krewnych osoby starszej wymagającej stałej, profesjonalnej opieki. Najlepszym rozwiązaniem byłby szeroki rozwój i powszechna dostępność zorganizowanych, instytucjonalnych usług w środowisku lokalnym, bowiem organizowane w warunkach domowych z reguły są niewystarczające. Tak jak niewystarczająca w sytuacji typowych dysfunkcji geriatrycznych jest funkcja opiekuna domowego.

Fundusze socjalne transferowane do rodzin dla podnoszenia jakości życia nie rozwiązują problemu współpracy międzypokoleniowej i dobrostanu przedstawicieli poszczególnych pokoleń. Skuteczność wszelkich działań nakierowanych na opiekę, wsparcie, poczucie bezpieczeństwa w głównej mierze zależy bowiem od rozwiązań kompleksowych, od sieci instytucji i usług tworzących przestrzeń życiową dla codziennego życia rodzin i jej członków. Od wielopłaszczyznowości i wzajemnego

zaangażowania jednostek publicznych, pozarządowych i mieszkańców środowisk lokalnych. Od współpracy i subsydiarności, wzmacnianych powszechnym dostępem do profesjonalnych placówek opiekuńczych, edukacyjnych, ochrony zdrowia, usługowych. Problem tkwi tak w słabo rozwiniętej sieci instytucji opiekuńczych, jak i ograniczonym na poziomie gmin, środowisk lokalnych dostępie do placówek służby zdrowia, do profesjonalnych usług medycznych, gospodarskich, rehabilitacyjnych, terapeutycznych, czy psychologicznych. a ponieważ ich ranga, podobnie jak i katalog form oferowanych na wolnym rynku, stale rosną – wielu potencjalnych odbiorców po prostu na nie nie stać. Także wielu gmin nie stać na ich organizację i udostępnianie swoim mieszkańcom. Gminy są biedne z powodu biedy swoich mieszkańców, dlatego też największy deficyt pomocy dostępnej w środowisku lokalnym, miejscu zamieszkania występuje z reguły tam, gdzie dominuje ludność rolnicza, w starszym wieku, gdzie nie ma rynku pracy ani pracujących ludzi w wieku mobilnym. Wzrost cen usług pozostaje także w bezpośrednim związku ze wzrostem minimalnej stawki godzinowej i minimalnej płacy brutto, a te stale rosną i nie w tym tempie co waloryzacja świadczeń emerytalnych. Często transfery socjalne płynące z gmin rozmiągają się z faktycznymi potrzebami najstarszych mieszkańców środowiska. Źródeł nietrafionych wydatków można upatrywać tak w słabym monitoringu realnych problemów społecznych, w braku odpowiednich placówek i instrumentów sprawnej organizacji życia społeczności lokalnych, jak i w braku profesjonalnej kadry pracowników socjalnych. Wiele na ten temat w najnowszym Raporcie Najwyższej Izby Kontroli (NIK, 2019)

Międzypokoleniowy solidaryzm – teoria a praktyka

W polskiej przestrzeni społecznej spotykają się obecnie trzy, a nierzadko i cztery pokolenia, w tym dwa w wieku emerytalnym. Obok licznych roczników powojennego wyżu demograficznego jest to pokolenie ich dzieci wkraczających w wiek aktywności niemobilnej, pokolenie wnuków rozpoczynających pracę zawodową i prawnuków – z racji wieku wymagających stałej opieki. W optymalnym wariacie na rynku pracy mogą pozostawać aktywni przedstawiciele nawet trzech pokoleń (od 18 do 65/70 roku życia), ale najczęściej na barkach pokoleniu środkowego (dzieci) spoczywa obowiązek zagwarantowania stałej opieki i wsparcia rodzicom i wnukom. W systemie zabezpieczenia społecznego z kolei oznacza to, że świadczenia emerytalne i rentowe przynajmniej dwóch pokoleń finansowane są ze składek na ubezpieczenia społeczne pokolenia młodych, aktywnych zawodowo. O wiele mniej liczne pokolenia, dla którego inwestowanie w swoją starość na lata przybiera postać wirtualną. W sytuacji gdy system repartycyjny z interwencyjnego przechodzi w tryb stały – rozumienie solidaryzmu traci jednoznaczność interpretacyjną.

W wyniku obniżenia progów wieku emerytalnego, w 2018 roku z prawa do świadczeń w Polsce skorzystało dodatkowo około 550 tys. osób, Zdaniem ekspertów, będzie to miało ogromny wpływ na dobrobyt najmłodszych pokoleń. W świetle Raportów

z 2017 roku: „Obniżanie wieku emerytalnego” przygotowanego przez Group for Research in Applied Economics (GRAPE) oraz „Starzenie się ludności, rynek pracy i finanse publiczne w Polsce” przygotowanego przez Instytut Badań Strukturalnych na zlecenie Komisji Europejskiej – urodzeni w latach 90. XX wieku będą musieli pracować do 75. roku życia bo nie zgromadzą środków na starość, a 40% kobiet (nawet z dochodami 250% średniej krajowej) uzyska świadczenie minimalne. Jeżeli obecne pokolenie 20-latków nie przedłuży swej aktywności zawodowej poza ustawowe progi, 75% ich populacji także otrzyma zaledwie świadczenie minimalne (Wiktorowska, 2019).

Emil Durkheim solidaryzm społeczny utożsamiał ze współpracą i jednakowym zaangażowaniem wszystkich w wykonywanie pracy, w pozyskiwanie środków. Zakładając że koncepcje z XIX wieku nie przystają do współczesnych wyzwań, warto jednak pamiętać, że ograniczanie solidaryzmu wyłącznie do gwarancji socjalnych nie tylko sprzyja deformacjom rynkowym i demotywuje do samokreacji, ale burzy relacje pokoleniowe. Optymalny wymiar solidarności międzypokoleniowej to bowiem wszelkie przedsięwzięcia, inicjatywy, działania podejmowane z myślą tak o skutkach obecnych, jak i perspektywicznych. To taka równoważna wzajemność rozłożona w czasie. W przestrzeni społecznej obejmuje cały katalog działań systemowych wdrażanych i konsekwentnie kontynuowanych w ramach długodystansowej polityki społecznej. W ramach polityki rodzinnej to np. budowa infrastruktury wspierającej rodzinę w pełnieniu przez nią funkcji opiekuńczej; w ramach polityki rynku pracy – wprowadzanie elastycznego zatrudnienia dla kobiet; w ramach polityki mieszkaniowej – usprawnienie procesu zamiany i adaptacji zasobów mieszkaniowych do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością, promocja modelu współzamieszkiwania osób niespokrewnionych, ale o podobnych problemach, zainteresowaniach, potrzebach (odpowiednik rodzinnych domów dziecka, ale tworzonych dla osób starszych). Długofalowa polityka inwestowania w utrwalanie powszechnie akceptowalnego modelu międzypokoleniowego solidaryzmu to także planowanie i zagospodarowywanie przestrzeni publicznej, infrastruktury usługowej, wypoczynkowej, usprawnianie i dostępność połączeń komunikacyjnych, organizowanie profesjonalnej pracy socjalnej w środowiskach lokalnych. To podnoszenie rangi nowych zawodów w pracy socjalnej, choćby takich jak: opiekun osoby starszej, opiekun osoby niepełnosprawnej, asystent rodzinny, pielęgniarka środowiskowa, animator środowiskowy, superwizjer, profesjonalny (ze specjalizacją I lub II stopnia) pracownik socjalny. I wreszcie, to także dobra organizacja polityki senioralnej. Wyjście naprzeciw wszystkim oczekiwaniom wyjątkowo licznej w powojennej historii pokolenia seniorów wymaga współpracy i synchronizacji przynajmniej na trzech poziomach: państwa, samorządów i rodzin.

Zakończenie

Wyzwania dla polityki społecznej

Podejmowanie wyzwań związanych z kreacją życia seniorów odpowiadającego standardom europejskim wiąże się z niezmiernie trudnym zadaniem znalezienia *consensusu* między gwarancjami bezpieczeństwa społecznego, a poczuciem odpowiedzialności. Odpowiedzialności nie tylko za zaspokajanie bieżących potrzeb konsumpcyjnych społeczeństwa, ale także za przyszłość gospodarki kraju i międzypokoleniowe relacje.

Najpopularniejsze obecnie w analizach przedmiotowych kierunki i obszary organizowania solidarności międzypokoleniowej to między innymi: srebrna gospodarka (*silver economy*), Pracownicze Plany Kapitałowe oraz promowany dostęp osób w wieku 60+ do rynku pracy i aktywności życiowej (partycypacja, prospektywizm). To zadania w kompatybilny sposób powiązane też z rozwojem usług publicznych w dziedzinie ustawicznego kształcenia, permanentnej edukacji dla wzmacniania pozycji na rynku pracy, opieki, pielęgnacji, wsparcia w wprowadzeniu gospodarstwa, diagnostyki medycznej, leczenia i rehabilitacji. Rozwój i poszerzanie katalogu dostępnych usług, choćby na bazie doświadczeń zachodnioeuropejskich, amerykańskich czy kanadyjskich można uznać za optymalny i ze wszech miar korzystny wymiar międzypokoleniowego solidaryzmu. Zapotrzebowanie na nowe zawody, na nowe instytucje świadczące różnorodne usługi (zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym) z jednej strony pobudza rynek pracy, tworzy bogatą ofertę zatrudnienia ludzi młodych; z drugiej zaś mieszkańcom środowiska, w tym głównie starszym i nie w pełni samodzielnym – daje poczucie bezpieczeństwa i możliwość pozostawania w miejscu zamieszkania nawet w warunkach poważnych ograniczeń psychofizycznych. Usługi generują też nieocenioną płaszczyznę współpracy pokoleniowej i międzypokoleniowej. Ułatwiają budowanie więzi społecznych, codziennych relacji dających satysfakcję i wymierne efekty – choćby takie jak odciążenie rodziny od sprawowania stałej opieki nad krewnymi, urozmaicenie życia osób samotnych nowymi formami aktywności, obecnością ludzi młodych, komunikacją społeczną, daniem innym poczucia bycia potrzebnym.

Dla obalania negatywnych stereotypów starości ważne jest odpowiednie przygotowanie i zaangażowanie ze strony mediów. Trzecia i czwarta faza życia w codziennej narracji jawi się bowiem jako wyłącznie czas chorób, problemów, osamotnienia, pauperyzacji i smutku. Dobrze byłoby (nie tylko w reklamach banków) upowszechniać sprawdzone wzorce dobrego przekazu międzypokoleniowego, więzi emocjonalnych między przedstawicielami różnych generacji – niekoniecznie ograniczonych do przestrzeni rodzinnej. Warto pamiętać opinię Leona Dyczewskiego, zasłużonego dla rozwoju polskiej socjologii kultury i gerontologii społecznej, który prawidłowy rozwój społeczny przyrównywał do zdrowego drzewa, zawdzięczającego swą piękną koronę zdrowym korzeniom. Bez przekazu, ciągłości kulturowej, dialogu pokoleń, więzi emocjonalnej – nie ma zdrowego społeczeństwa.

Dyskusja wokół problemu międzypokoleniowej optymalnej współpracy winna w zasadzie koncentrować się wokół dwóch przeciwstawnych wyborów: dialog i wielopłaszczyznowa kontynuacja, czy też konflikt pokoleń i rywalizacja o miejsce w przestrzeni społecznej? Może w procesie podejmowania ważkich wyzwań warto przyjrzeć się doświadczeniom innych i wdrażać sprawdzone już wzorce. Np. strategia „Liczy się każdy wiek”, promowana przez Angelę Merkel w odpowiedzi na niekorzystne trendy demograficzne w Niemczech, czy polityka wspieranej wielokulturowości, realizowana w latach 70. XX wieku w Australii. A może najlepszą strategią zwalczania asymetrii demograficznej jest po prostu, wskazywany przez Juliana Auleytnera „brak strategii”? (2017, s. 36). Pojawia się zatem pytanie czy można stymulować kierunki zmian i trendy demograficzne? W dłuższej perspektywie czasowej, przy założeniu konsekwencji w wielopłaszczyznowych działaniach populacyjnych, wdrażaniu wieloletnich strategii demograficznych, odpowiedniej polityce migracyjnej i integracyjnej – zapewne tak, ale na ich mierzalne efekty trzeba czekać przynajmniej kilka dekad, czas życia dwóch/trzech pokoleń.

Bibliografia

- Auleytner, J. (2015). Czy demografia potrzebuje strategii?. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego*, 2(69), 35–39.
- Błędowski, P. (2019). Polska armia starszuchów. „*Newsweek*”, nr 35, 26.08–1.09.2019, s. 26–29.
- Bojar, H. (2018). Skąd się bierze tak silna rodzinność Polaków. „*Polityka*” nr 51–52 z 18–31 grudnia 2018 r.
- Durasiewicz, A. (2012). *Efektywność polskiej polityki rodzinnej na tle niektórych krajów UE*. Warszawa: PTPS
- Grewiński, M. (2017). Rodzina i sektor nieformalny jako koproducent usług społecznych. W: A. Durasiewicz (red.), *Narodowy i ponadnarodowy wymiar polityki rodzinnej*. Warszawa: WSP im. J. Korczaka, s. 193–208.
- Hryniewicz, J., Witkowski J. i Potrykowska, A. (red.). (2019). *Migracje a sytuacja demograficzna Polski*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Kalka, J. (2016). Seniorzy a młodsze pokolenia – problemy życia codziennego. *Komunikat z badań CBOS*, nr 161/16.
- Ludność. (2016). Pobrano z: <https://www.stat.gov.pl/infografika>.
- Matysiak, A. (2014), (red.), *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce. Przyczyny oraz wpływ na zadowolenie z życia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Mazurek, M. (2020). *Jeden wykres pokazuje przyszłość demograficzną Polski. Nie zatrzymamy tego procesu*. Pobrano z: <https://next.gazeta.pl/next/7,151003,25717805,jeden-wykres-pokazuje-ponura-przyszlosc-demograficzna-polski.html>
- Opiekun rodzinny nie musi być sam*, Fundacja Hospicyjna. Pobrano z <http://www.hospicja.pl>
- Organiściak-Krzykowska, A. (2019). Polityka migracyjna a sytuacja demograficzna Polski. W: Hryniewicz, J., Witkowski J., Potrykowska, A. (red.). (2019). *Migracje a sytuacja demograficzna Polski*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, s. 171–173.
- Raport NIK. (2019). Organizacja i warunki pracy pracowników socjalnych w gminach. Pobrano 7 marca 2020 z <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/organizacja-i-warunki-pracy-pracownikow-socjalnych-w-gminach.html>

- Rocznik Statystyczny PR.* (2019). Warszawa: GUS
- Rosochacka-Gmitrzak, M., Chabiera, A. (2013). *Dialog międzypokoleniowy. Między ideą a praktyką*. Zasada Równego Traktowania. Prawo i Praktyka RPO, 10, 5–10.
- Stanny, M., Wyduba, W. (2019). Dlaczego Polska wieś się wyludnia, chociaż przybywa ludzi na wsi? O migracjach wewnętrznych na obszarach wiejskich. W: Hrynkiewicz, J., Witkowski J., Potrykowska, A. (red.). (2019). *Migracje a sytuacja demograficzna Polski*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, s. 74–97.
- Szukalski, P. (2012). *Solidaryzm pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Wiktorowska, B. (2017). *Młodzi odpoczną później. Ekspert: odniesienie wieku emerytalnego jest konieczne*. Pobrano z: <https://gospodarka.dziennik.pl/emerytury-i-ofe/artykuly/5456-57,wyzszy-wiek-emerytalny-system-emerytalny-emerytury-podniesienie-wieku-emerytalnego.html>.
- Zamorska, K., Makuch, M. (2018). *Starzenie się społeczeństwa. Wymiar społeczny, gospodarczy i polityczny*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.

Fernando Barragán-Medero¹
Daniel José Hernández Armas²
Manuel Rebollo Segurado³
David Pérez-Jorge⁴

Kształcenie integracyjne osób starszych: niezwykłe doświadczenia oraz społeczne i etyczne zaangażowanie⁵

DOI 10.24917/27199045.192.9

INCLUSIVE EDUCATION WITH OLDER PEOPLE: EXTREME EXPERIENCES AND
SOCIAL AND ETHICAL COMMITMENT

Abstract

Our work provides an overview of some of the problems and absences experienced by older people in their lives. For several decades we have worked in the Association of Los Mayores Valores on the island of Tenerife in different inclusion programs with older people. We have checked their basic needs and organized assistance and collaboration activities with youth groups, as well as the link with education at their different educational levels. The improvement in care indicates that we must continue to work along these lines and in the greater need for institutional support, with differential attention to men and women.

Keywords: educational programs; older people, inclusion, self-esteem, values

Słowa kluczowe: programy edukacyjne, osoby starsze, inkluzja, poczucie własnej wartości, wartości.

-
- 1 Prof. Fernando Barragán-Medero, Uniwersytet La Laguna, Teneryfa, Hiszpania, Przewodniczący Stowarzyszenia Zdrowia Edukacyjnego i Społecznego Mayores Valores, fbarraga@ull.edu.es
 - 2 Mgr Daniel José Hernández Armas, specjalista w zakresie interwencji oraz mediacji rodzinnych i społecznych, Hiszpania
 - 3 Kooordynator badań, Asociación Educativa y Socio Sanitaria Los Mayores Valores, Hiszpania, mrebollo@mayoresvalaores.org
 - 4 Prof. David Pérez-Jorge, Uniwersytet La Laguna, Teneryfa, Hiszpania, dpjorge@ull.edu.es
 - 5 Przekład z języka angielskiego: Dagmara Jakubowska.

Wprowadzenie

Faktem jest, że życie wszystkich ludzi przebiega w cyklu, oznacza to, że w naszym życiu, naszych uczuciach, relacjach nawiązywanych z otoczeniem społecznym i w samej rodzinie zachodzą istotne zmiany. Jednak starość nie znajduje się w polu zainteresowania kapitalistycznego trybu produkcji, a osoby starsze – zwłaszcza w czasie kryzysu – doświadczają niekiedy niechcianej samotności i porzucenia. Cierpią z powodu czegoś, co można nazwać „przemocą strukturalną”, polegającą na niezaspokajaniu ich potrzeb towarzystwa, zdrowotnych i dostępu do opieki medycznej. Szczególną uwagę zwraca sytuacja osób w wieku 65 lat oraz starszych – zmiany wzorców rodzinnych, niesprawiedliwe czy nierówne wykorzystanie zasobów ekonomicznych w ramach rządowych polityk społecznych lub po prostu sytuacja rodzinna (tryb pracy uniemożliwiający opiekę) zmieniają role, zwyczaje i środowisko życia starszych ludzi. Obecny kryzys zdrowotny ujawnił trudną rzeczywistość tej grupy społecznej, która wciąż ma te same potrzeby w sferze relacji, emocji i podstaw funkcjonowania.

Brak kontaktów i relacji towarzyskich, deficyt emocjonalny i poczucie bycia bezużytecznym mają negatywny wpływ na zdrowie psychiczne, samopoczucie i jakość życia seniorów i seniorów. W tym znaczeniu należy domagać się społecznej, edukacyjnej i skutecznej reakcji, która zwróci uwagę na ich potrzeby i uzna konieczność zapewnienia im godnej przestrzeni społecznej.

Artykuł przedstawia rozważania dotyczące potrzeby poprawy emocjonalnego samopoczucia i statusu społecznego seniorów. Prezentuje też dwa przykłady dobrych praktyk opracowanych przez stowarzyszenie Association Los Mayores Valores, stowarzyszenia na Teneryfie w 2019 r. w celu zmniejszenia poczucia osamotnienia u osób starszych poprzez warsztaty, seminaria i prelekcje skierowane do dorosłych i młodzieży.

Krytyczna refleksja na temat warunków życia osób starszych

Autorefleksja oraz metody biograficzne powinny pomóc nam nauczyć się, jak postępować z seniorkami i seniorami, których przeważnie nie rozumiemy. Ci z nas, którzy z zaangażowaniem opiekowali się starszymi osobami, mogą być bardziej świadomi powszechnego niezrozumienia ich potrzeb lub tego, co błędnie jest uznawane za problem, jak np. zapominanie.

Samotność jest problemem, który dotyka znaczną liczbę osób na całym świecie, zwłaszcza tych powyżej 65. roku życia (Rojas and Carvajal, 2020). Według danych Narodowego Instytutu Statystycznego (INE, 2009), liczba obywateli w wieku 65 lat oraz starszych przekroczyła w Hiszpanii dziewięć milionów, a dokładnie jest ich 9 055 580. W ciągu najbliższych 50 lat społeczeństwo Hiszpanii zestarzeje się jeszcze bardziej, co będzie wymagało konkretnych działań w celu zaspokojenia potrzeb tej grupy. W grupie gospodarstw jednoosobowych jest to 43%; na Wyspach Kanaryjskich 154 500 osób starszych mieszka samotnie, co stanowi 25,6% populacji. Díaz i López

(2018) uważają tę formę egzystencji za czynnik determinujący występowanie poczucia osamotnienia i porzucenia.

Od 2016 r. Światowa Organizacja Zdrowia ostrzega przed związkiem między zdrowiem psychicznym seniorów i samotnością a zmianami w strukturze rodziny i systemie opieki, co prowadzi do przepełnienia placówek opiekuńczych i ośrodków dla osób starszych funkcjonujących w ramach publicznego systemu opieki.

Największe badanie dotyczące samotności w starości, przeprowadzone w Hiszpanii w 1998 r. przez Centrum Badań Społecznych (CIS, Center for Sociological Research) wykazało, że starsi ludzie odczuwają pustkę i smutek (43,7%). Inne badanie przeprowadzone w 2010 r. przez instytut Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) ujawniło, że 65,1% seniorów czuje osamotnienie. Sancho et al., (2002), López Suárez i in., (2019), Pérez-Jorge i in. (2019), Val López, (2019) i Paniagua, (2020) podkreślają, że wśród osób starszych mieszkających samotnie występuje poczucie osamotnienia i słabe, coraz silniej zanikające poczucie wsparcia i obcowania z kimś.

W roku 2014 rząd Hiszpanii, za pośrednictwem ówczesnego Ministerstwa Zdrowia, Usług Socjalnych i Równości, uwzględnił w Ramowym Planie Działań na rzecz Osób Starszych potrzebę zajęcia się problemem samotności w tej grupie ze względu na wagę sytuacji. Propozycje ulepszenia opieki ludzi starszych, zwłaszcza w kontekście zapobiegania poczucia osamotnienia obejmowały działania w obszarze zdrowia, usług społecznych, edukacji, gospodarki, mieszkalnictwa i transportu (MSSSI, 2015, s. 10).

Analiza i badania modeli interwencji i pracy z osobami starszymi wskazuje na przewagę modelu opieki skoncentrowanej na pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, który nie sprzyja rozwojowi działań skierowanych na zaspokajanie potrzeb emocjonalnych (Fernández et al., 2013) ani na samego człowieka (Díaz y López, 2018; Teixidor, 2019; Núñez Castaño, 2019). Promowanie uczestnictwa społecznego i współpracy powinno być punktem wyjścia, który pozwoli starszym ludziom poczuć się aktywnymi sprawcami i podejmować inicjatywę (Blanco, 2020; Vitores Leibar, 2020), a także kontrolować swoje najważniejsze życiowe przedsięwzięcia (Wada, 2016).

Dobre praktyki

Praktyka wskazuje, że potrzebna jest zmiana w podejściu do czasu wolnego zależnych seniorek i seniorów, która wzbogaci życie członków stowarzyszenia Najwyższe Wartości (Mayores Valores). Dwa projekty zrealizowane przez to stowarzyszenie reprezentują alternatywny kierunek działań skoncentrowanych na doświadczeniach i samopoczuciu tych osób.



Rys. 1. Logo stowarzyszenia Mayores Valores

Celem stowarzyszenia Mayores Valores jest zapewnienie przestrzeni do szkoleń i międzypokoleniowej edukacji, poprzez umożliwienie młodym ludziom z różnych placówek edukacyjnych na Wyspach Kanaryjskich (szkoły podstawowe, średnie i wyższe) zdobywania wiedzy, doświadczeń i poznania odpowiedniego podejścia do osób starszych. Stowarzyszenie powstało w 2010 r. i coraz intensywniej wpływało na zmianę społecznego wizerunku osób starszych, prowadząc jednocześnie do stopniowego zwiększania się oczekiwań społeczeństwa kanaryjskiego wobec roli seniorów.

Przesłanie stowarzyszenia mówi, że „motywacja jest dla ludzi konieczna, jest motorem, który napędza naszą wolę życia. [...], gdy nie ma celu, łatwo jest zapaść się w poczucie pustki i stracić chęć życia. Dlatego chcemy, aby do projektu dołączyły starsze osoby, które zmagają się z izolacją, a nawet depresją”. Członkowie stowarzyszenia podkreślają wartość doświadczenia, mówiąc, że pomogło im ono „rozwinąć poczucie własnej wartości oraz poprawić jakość życia i zdrowia”.

Działające od dziesięciu lat stowarzyszenie nawet w trakcie aktualnej sytuacji związanej z pandemią COVID-19, działa aktywnie i opracowało skutecznie dwa projekty, które uzyskały poparcie i finansowanie Rządu Wysp Kanaryjskich (Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda, 2019). Dotychczas główna działalność i doświadczenie stowarzyszenia koncentrowały się wokół szkoleń, udało się opracować szkolenia dla placówek edukacyjnych (Tabela 1), nawiązać współpracę z różnymi jednostkami (Tabela 2) oraz osobami z różnych grup społecznych (Tabela 3).

Tabela 1. Jednostki, w których prowadzono działania

Placówki edukacyjne na Teneryfie	Razem
Placówki edukacji wczesnoszkolnej i podstawowej (CEIPS)	5
Aguere; San Matías; Las Retamas; Tagoror; Feliciano Hernández García.	
Placówki edukacji zawodowej (CFP)	1
César Manrique	
Szkoły średnie	11
Andrés Bello; Alcalde Bernabé Rodríguez; Lycée Français Jules Verne; Ofra; Tomás de Iriarte; Canarias; Cabrera Pinto; Domingo Pérez Minik; La Laboral; Mayex; San Benito.	
Uniwersytety/Wydziały	4
Edukacja; Praca socjalna; Psychologia; Ekonomia.	
Razem	21

Źródło: witryna internetowa stowarzyszenia

Tabela 2. Jednostki współpracujące

Instytucje publiczne	Razem
Rada Miasta Santa Cruz de Tenerife; Rada Miasta La Laguna; Rząd Wysp Kanaryjskich, Instituto Insular de Atención Social y Socio-sanitaria (IASS); Instituto Municipal de Atención Social (IMAS); Parlament Wysp Kanaryjskich	6
Inne jednostki	
Casa de la Cultura (Biblioteka publiczna); Caritas; Czerwony Krzyż; Komisja Stała przy Radzie ds. Osób Starszych; Equipo Para (centrum animacji kulturowej); Espacio 105; Canarias Cohousing; Espirales (przestrzeń psychoedukacyjna); Grupo de Cultura Alternativa; Ogród Botaniczny; Księgarnia Kobieca; Real Casino de Tenerife Tenerife Espacio de las Artes (TEA)	13
Razem	19

Źródło: witryna internetowa stowarzyszenia

Tabela 3. Profil wolontariuszy

Profil ogólny	
Osoby w wieku 60-65 lat; studenci uniwersytetu i uczniowie szkół średnich; osoby należące do grupy LGBTIQ; osoby o zróżnicowanej sprawności fizycznej i funkcjonalnej; osoby z różnym stopniem niepełnosprawności	
Wykształcenie	
Zróżnicowany poziom wykształcenia: od osób nieposiadających wykształcenia po profesorów	
Profil zawodowy	
Od stanowisk wyższego szczebla i kierowniczych po osoby, które nigdy nie były zatrudnione	
Poziom społeczno-ekonomiczny	
Wszystkie poziomy	
Razem: ponad	1000

Źródło: witryna internetowa stowarzyszenia

Rezultaty projektów

Tabele 4 i 5 przedstawiają szczegóły dotyczące projektów realizowanych w 2019 r. (przeznaczenie, cele, beneficjenci i osiągnięte wyniki).

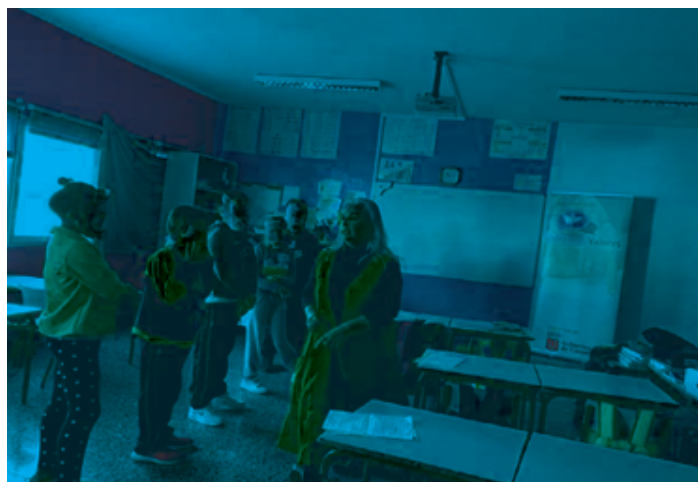
a) Projekt inkluzji społecznej dla młodych osób ze środowisk dysfunkcyjnych

Charakterystyka projektu została przedstawiona w Tabeli 4.

Tabela 4. Projekt inkluzji społecznej dla młodych osób ze środowisk dysfunkcyjnych

Cele
Zapobieganie porzucaniu nauki przez uczniów z dysfunkcyjnych środowisk.

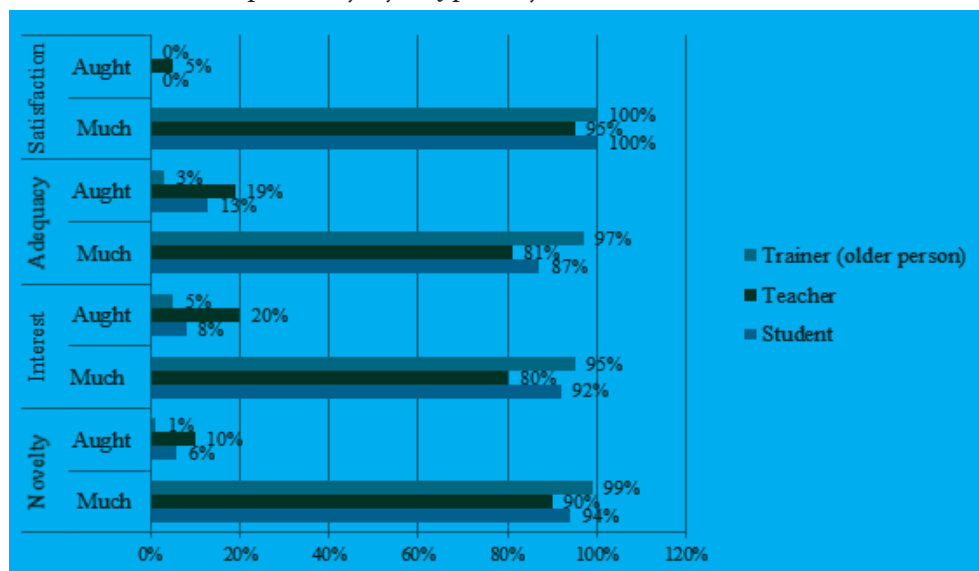
Wzmocnienie emocjonalnej inteligencji uczniów, wykorzystanie sztuki jako formuły służącej zgłębianiu i wyrażaniu uczuć i emocji, uczenie empatii i koegzystencji, rozwiązywania konfliktów bez użycia przemocy itp.
Beneficjenci
200 młodych ludzi i 44 seniorów
Aktywności
Rozmowa i dyskusja: Zagrożenia związane z przestępczością
Wykład i dyskusja: Zagrożenia związane z nadużywaniem narkotyków
Wykład i dyskusja: Zagrożenia związane ze szkodliwymi nawykami, alkoholizmem, paleniem tytoniu
Warsztaty literackie prowadzone przez różnych autorów dzieł literackich
Warsztaty muzyczne i poetyckie, rap i inne style
Warsztaty rzeźbiarskie
Warsztaty malarskie
Warsztaty teatralne i sceniczne
Przygotowanie do inscenizacji
Warsztaty wyrażania emocji
Międzypokoleniowe dyskusje ze uczniami z innych szkół
Prelekcje sportowców, którzy zmagali się z różnymi trudnościami
Warsztaty audiowizualne



Rys. 2. Starsza osoba (Esther Cabeza) podczas warsztatów teatralnych z uczniami szkoły podstawowej

Na potrzeby ewaluacji projektu przeprowadzono ocenę wśród uczniów-uczestników, nauczycieli i seniorów prowadzących aktywności. Dodatkowo przeprowadzono wywiady, aby uzyskać historie i opinie beneficjentów na temat projektu. Zebrane odpowiedzi zostały zakodowane, gdzie PmX=starsza osoba, PX=nauczyciel, a AX=uczeń. Wartość X oznacza liczbę respondentów: całkowita liczba ważnych opinii wynosiła 74.

Podsumowanie opinii znajduje się poniżej.



Rys. 3. Ewaluacja projektu

Jak pokazano na Rys. 3, poziom satysfakcji z uczestnictwa w projekcie i aktywnościach był bardzo wysoki. Zarówno uczniowie, nauczyciele jak i seniorzy oraz seniorzy, którzy prowadzili zajęcia w szkołach oceniali to doświadczenie bardzo pozytywnie. Starsze osoby deklarowały: *Czułam się bardzo dobrze i bardzo spełniona prowadząc zajęcia (Pm2); Czułam się bardzo doceniana przez dzieci w szkołach i myślę, że poszło mi dobrze albo przynajmniej tak mi się wydaje, sądząc po wyrazach wdzięczności i zainteresowaniu z ich strony (Pm7); Odkąd uczestniczę w projekcie, czuję zadowolenie i spełnienie i nawet zażywam mniej leków (Pm18)*. Nauczyciele natomiast w swoich wypowiedziach podkreślali: *to było ciekawe doświadczenie, które bardzo podobało się uczniom (P6); chłopcy traktowali ich jak swoich dziadków, serdecznie i z szacunkiem (P12); wrażliwość seniorów mocno przemówiła do uczniów i myślę, że lubili, gdy dzieci okazywały im miłość (P25)*. Uczniowie również oceniali swoje doświadczenie bardzo pozytywnie: *to jak rozmowy z moją babcią (A45); podobały mi się ich rady i ich opowieści, które brzmiały jak opowiadania (A29); Podobały mi się zajęcia, zwłaszcza ich sympatia i ludzkie podejście (A43)*.

b) Projekt Historia przeżyta i opowiedziana

Charakterystyka projektu została przedstawiona w Tabeli 5.

Tabela 5. Historia przeżyta i opowiedziana

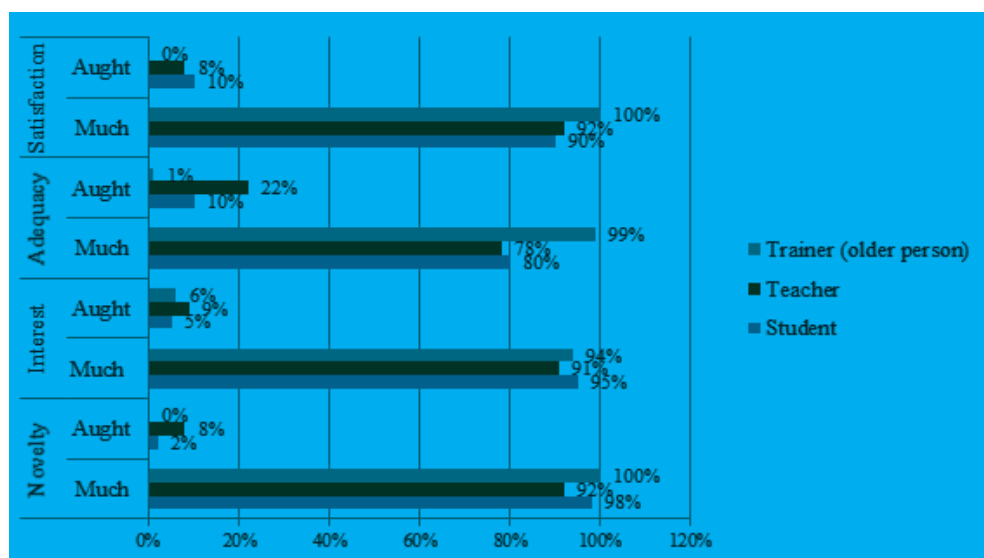
Cele
Zapewnienie starszym osobom dróg uczestnictwa w realizowaniu ich społecznego postanowienia aktywnego i optymalnego starzenia się.

Wzmacnianie poczucia własnej wartości uczestników.
Beneficjenci
260 uczniów szkół średnich i studentów uniwersytetów oraz 34 dorosłych
Aktywności
Wykład i dyskusja: Represje frankizmu i projekcja wywiadu z więźniem Fyffes (Więzienie dla republikanów podczas dyktatury frankizmu)
Wykład i dyskusja: Rola kobiet w Hiszpanii od średniowiecza po zeszły wiek
Wykład i dyskusja: Edukacja w czasach dyktatury
Wykład i dyskusja: Edukacja w pierwszych latach demokracji
Wykład i dyskusja: Gospodarka, rola budownictwa, siła napędowa i zagrożenie dla zrównoważonego rozwoju
Wykład i dyskusja: Emigracja, ze szczególnym uwzględnieniem Ameryki Łacińskiej
Wykład i dyskusja: Imigracja z Afryki i Ameryki Łacińskiej
Wykład i dyskusja: Ruchy społeczne i systemu produkcyjne
Wykład i dyskusja: Kultura w czasach dyktatury, cenzura
Wykład i dyskusja: Początki demokracji, hiszpańska transformacja
Wykład i dyskusja: Początki demokracji, perspektywa społeczna
Wykład i dyskusja: Początki demokracji, perspektywa kulturowa



Rys. 4. Seniorzy podczas rozmowy/debaty ze studentami

Ewaluacja projektu przebiegała według tej samej procedury, jak w przypadku pierwszego z opisanych projektów. Podsumowanie opinii znajduje się poniżej (rys. 5).



Rys. 5. Ewaluacja projektu

Jak pokazano na Rys. 5, podobnie jak podczas pierwszego projektu, poziom satysfakcji z uczestnictwa w projekcie i aktywnościach z nim związanych był bardzo wysoki. Zarówno uczniowie, nauczyciele jak i seniorzy, którzy prowadzili zajęcia w szkołach, oceniali to doświadczenie bardzo pozytywnie. Seniorzy deklarowali w swoich opiniach: *Uwielbiałem wracać na uniwersytet i opowiadać o swoich doświadczeniach, które wzbogaciły studentów (Pm5); To doświadczenie pomogło mi poczuć się znów użytecznym, czułem się bardzo dobrze przygotowując wykłady i czując, że mam jak zagospodarować czas, tak naprawdę odpowiednie słowo to spełniony i użyteczny (Pm15); Czuję się komfortowo i mam dużą satysfakcję z tego doświadczenia, które docenia i podnosi rolę osób starszych w społeczeństwie (Pm17)*. Odnosząc się do studentów wypowiadali się oni w następujący sposób: *ciekawe doświadczenie, nie wyobrażałam sobie, że życiowe doświadczenia starszych ludzi mogą wzbudzić tak duże zainteresowanie studentów (P6); studenci okazywali duży szacunek i bardzo angażowali się w zadania (P12); naprawdę, mieliśmy dużo szczęścia z Dulce, chłopcy bardzo dobrze to odebrali i z przyjemnością można było obserwować ich reakcje (P25)*. Studenci również wysoko oceniali udział w projekcie: *urok osobisty i słuchanie wykładu było bardzo wzbogacające (A31); Uważam, że starsi ludzie wciąż mogą nas dużo nauczyć i dużo wniesić (A16); Naprawdę mi się podobało, zwłaszcza osobiste doświadczenia wykładowców (A59)*.

Ogólnie, oba projekty można uznać za dobre praktyki. Zadowolenie wszystkich uczestników nie pozostawia wątpliwości, co do wzajemnych korzyści i ważnej roli tego typu doświadczeń, które w istotny sposób przyczyniają się do poprawy jakości życia i zdrowia osób starszych.

Wnioski

Oceny, opinie i doświadczenia, jakie zaobserwowaliśmy umożliwiły sformułowanie kilku interesujących wniosków, inicjujących proces refleksji na temat potrzeb tej wyjątkowo wrażliwej grupy, jaką są osoby starsze. Nasze wnioski dotyczą zarówno opinii, obserwacji poczynionych w trakcie realizacji i planowania projektów, jak i samego wdrażania projektów.

Nasi seniorzy nadal czują się osamotnieni i porzuceni, nie mają jasnego obrazu swojej roli w społeczeństwie, które zostawia im coraz mniej przestrzeni i możliwości wyboru. Musimy nauczyć się, że starość jest czymś nowym i nie polega na odzyskiwaniu czegoś utraconego. Jest to inny, nowy etap w życiu.

Wśród seniorów panuje poczucie braku wsparcia i społecznego uznania. Środowisko rodzinne i najbliższe otoczenie społeczne muszą mieć świadomość doświadczanych przez osoby starsze form wykluczenia, które powinny zostać całkowicie wyeliminowane. Nie do zaakceptowania jest odbieranie funduszy starszym osobom zakładając, że je zgubią, ponieważ zapewniają one poczucie bezpieczeństwa i co więcej, prawie zawsze są to ich pieniądze.

Uczucie samotności i porzucenia ma wyraźny wpływ na zdrowie i jakość życia starszych osób. Czasami wierzymy, że dobrze robimy, zapewniając im osobne posiłki i usuwając ich z centrum życia rodzinnego, jednak to nie jest dobrym rozwiązaniem.

Otoczenie społeczne i przestrzenie umożliwiające seniorom uczestnictwo obywatelskie są coraz bardziej potrzebne ze względu na korzystny wpływ, jaki społeczne interakcje i doświadczenia mają na ich zdrowie. Miasta nie są przystosowane do potrzeb osób starszych, które mają pewne ograniczenia: fizyczne, mobilności i inne.

Spółczesne społeczeństwo indywidualistów, jakie wyrosło ze społeczeństwa postmodernistycznego nie sprzyja życiu we wspólnocie i emocjonalnym więziom między ludźmi, co ma negatywny wpływ na społeczny odbiór starszych osób.

Seniorzy wyrażają pragnienie relacji z innymi ludźmi i potrzebują okazji, które zapewnią im odpowiedni poziom interakcji. Do podstawowych doświadczeń, których im odmawiamy należy prawo do kontaktów seksualnych, kiedy tego chcą i prawo do swobodnego wyrażania pożądania. Kobiety mają mniej problemów, jeśli chodzi o relacje z innymi kobietami niż mężczyźni, co wynika ze specyfiki społeczeństwa, które pozostaje społeczeństwem patriarchalnym, mizoginistycznym i homofobicznym.

Stworzenie przestrzeni i możliwości do nawiązywania pozytywnych relacji i interakcji społecznych zmienia oczekiwania i odczucia seniorów, co pozytywnie oddziałuje na ich zdrowie, samopoczucie i jakość życia.

Nowe modele opieki nad osobami starszymi muszą obejmować kompleksową opiekę. Potrzebna jest nowa polityka senioralna koncentrująca się na zindywidualizowanej i skutecznej opiece.

Propozycje działań zaprezentowane w artykule, oparte na modelach społecznej inkluzji tej grupy, stanowią ciekawą alternatywę, ponieważ umożliwiają społeczną

aktywizację uczestników, którzy zaczynają się angażować i brać odpowiedzialność za swoje doświadczenia i życiowe historie w sytuacjach refleksji, uczenia się i wzajemnego wzbogacania.

Studenci i seniorzy, którzy uczestniczyli w obu projektach pozytywnie oceniali każde realizowane działanie. Przyjacielskie relacje nawiązywały się w oparciu o ogólne preferencje, takie jak kultura, podobieństwa oraz zainteresowania i nie powinny być ograniczane niewidoczną barierą wieku.

Bibliografia

- Blanco, M.D.P.C. (2020). La soledad y las personas mayores. *Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*, (326), 67–79. Recovered from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7458662>
- Díaz, M.P y López, J. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), 1–13. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- Fernández, O., Muratori, M., y Zubieta, E. (2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de Psicología*, 108, 7–23.
- Garza-Sánchez, R.I., González-Tovar, J., Rubio-Rubio, L., & Dumitrache-Dumitrache, C.G. (2020). Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 106–116. <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>
- López Suarez, A.B., Mora Mora, L.L., Ortega, C.A., & Sepulveda Niño, G. (2019). *La soledad en el adulto mayor*. Proyecto de Investigación para el Cuidado. Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de Enfermería. Recovered from: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14666/1/2019_La_soledad_en_el_adulto_mayor.pdf
- Núñez Castaño, J. (2019). *La soledad de las personas mayores, a veces invisible: un estudio empírico desde el trabajo social*, (Trabajo de fin de carrera). Universidad de Valladolid. Recovered from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39820/TFG-G4066.pdf?sequence=1>
- Paniagua, J. (2020). *La soledad de los mayores*. El Mundo.
- Pérez-Jorge, D., Barragán-Medero, F., Herrera-Hernández, J. M., & Falcón-Chueca, S. (2019). Health Programme Evaluation and the Improvement of Quality of Care: An Orthogeriatrics Programme Case Study. *EURASIA Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 15(11), em1766. <https://doi.org/10.29333/ejmste/108330>
- Pochintesta, P. (2019). Vida Cotidiana, Apoyo Social Y Experiencia de Soledad en Personas Mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *ILUMINURAS*, 20(49), 172–194. Recovered from: <https://www.seer.ufrgs.br/iluminuras/article/view/93294/52848>
- Rojas, C.M.C., & Carvajal, D.A.C. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61(2), 1–8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
- Sancho, M., Abellán, A., Pérez, L. Miguel, J.A. (2002). *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Teixidor, P.P. (2019). Soledad y personas mayores institucionalizadas: aportaciones del trabajo social sanitario. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 19(4), 24–37. Recovered from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7456997>

- Val López, R. D. (2019). *Mayores en soledad: análisis y propuesta de mejora*. Trabajo de fin de carrera, Universidad de Valladolid. Recovered from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39862/TFG-G4086.pdf?sequence=1>
- Vitores Leibar, O. (2020). El impacto de la soledad sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas. (trabajo de fin de Máster). Recovered from: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/38272/TFM%20ENVEJECIMIENTO-OINAR%20VITORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wada, Y. (2016). Older people's exercising of choice in long-term care: a comparative analysis of England and Japan. *Ageing & Society*, 36(6), 1185–1210. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000264>

Isabelle Maillé¹
Marie Beaulieu²
Sophie Éthier³

„Dla mnie to było wspaniałe.
Powiedziałam sobie: Nie jestem sama!”
Głosy starszych osób – ofiar nadużyć, które
otrzymały bezpośrednie wsparcie
od organizacji non-profit⁴

DOI 10.24917/27199045.192.10

‘I FOUND IT MARVELLOUS. I SAID TO MYSELF: I AM NOT ALONE!’
– VOICES OF MISTREATED OLDER PERSONS WHO RECEIVED DIRECT SERVICES
FROM NON-FOR-PROFIT AGENCIES

Abstract

Not much is known on the experiences of older persons who received services following an experience of mistreatment. This paper aims to expose such experiences. The results are extracted from a large study on specialized non-for-profit agencies (NFPA) in the field of mistreatment of older persons in Canada. Eleven in-depth interviews were conducted with older persons who experienced mistreatment and received services from NFPA. Based on the sociological theory of experience (Dubet), a thematic analysis followed by a typological analysis lead us to identify 4 types of experiences of accompaniment: beneficial accompaniment, positive accompaniment, threatening accompaniment and discontinuous accompaniment. The results reveal that two main factors influence the experience of accompaniment: the way older persons perceive the idea of seeking help and the nature of interactions with practitioners or volunteer staff from the NFPA. This paper ends by a series of suggestions for practice and research.

-
- 1 Mgr Isabelle Maillé, Pracownik socjalny Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej w Québec, Kanada, isabelle.Maille2@usherbrooke.ca
 - 2 Prof. Marie Beaulieu, Szkoła Pracy Socjalnej, Uniwersytet w Sherbrooke, Kanada, Marie.beaulieu@usherbrooke.ca
 - 3 Prof. Sophie Éthier, Szkoła Pracy Socjalnej i Kryminologii, Uniwersytet Laval w Québec, Kanada, Sophie.ethier@tsc.ulaval.ca
 - 4 Przekład z języka angielskiego: Dagmara Jakubowska.

Keywords: Mistreatment of older persons, accompaniment, non-for-profit agencies, sociology of experience, help-seeking.

Słowa kluczowe: nadużycia wobec osób starszych, towarzyszenie, organizacje non-profit, socjologia doświadczenia, szukanie pomocy

Wprowadzenie

Każdego roku na całym świecie 15,7% starszych osób doświadcza nadużyć we własnym domu. Wskazują na to wyniki metaanalizy, zgodnie, którą 11,6% nadużyć to przemoc psychologiczna, 6,8% ekonomiczna, 2,6% fizyczna, 0,9% seksualna, a 4,2% to przypadki zaniedbania (Yon, Mikton, Gassoumis et Wilber, 2017). Nadużycia wpływają na jakość życia seniorów w perspektywie krótko-, średnio- i długoterminowej. Mogą prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, zwiększonego ryzyka umieralności i przedwczesnych zgonów, a także problemów ze zdrowiem psychicznym, np. depresji i/lub stanów lękowych (Yunus et al., 2019) lub przedwczesnej hospitalizacji (Dong, 2015).

Różnorodne strategie zwalczania nadużyć obejmują prewencję, wykrywanie i bezpośrednią interwencję. O ile strategie prewencyjne są całkiem dobrze znane, mniej jest informacji na temat wykrywania nadużyć i bezpośrednich działań interwencyjnych. Wykrycie nadużyć, częściej niż w przypadku zauważenia ich symptomów następuje się w momencie, gdy osoba starsza zaczyna szukać pomocy lub zgłasza sytuację. Niestety, pomoc nie zawsze jest natychmiastowa i może być udzielana opieszale (Fraga, Dominguez, Storey i Glorney, 2019). Jeśli chodzi o bezpośrednie interwencje, zbadano zaledwie kilka programów, a opracowań umożliwiających starszym ofiarom nadużyć opowiedzenie o swoich doświadczeniach związanych z uzyskaniem wsparcia jest niewiele. Należy podkreślić, że skuteczność bezpośrednich interwencji wciąż jest podważana w środowisku naukowym (Ploeg, Hutchison, MacMillan i in., 2009), stąd też istnieje ograniczona liczba działań opartych na dowodach, do których można by się odnieść (Moore i Brown, 2017). Należy wspomnieć, że wnioski przedstawione przez Ploeg i in. (2009) oraz Moorea i Browna (2017) zostały sformułowane wyłącznie na podstawie badań ilościowych. Przedstawione w artykule badanie ukazuje inną perspektywę i posługuje się metodami jakościowymi, które zastosowano, aby „usłyszeć głosy osób starszych” – ofiar nadużyć, które otrzymały wsparcie. W opinii badaczek, głos seniorów jest pomijany w dyskursie dotyczącym strategii interwencyjnych.

Celem artykułu jest głębsze zrozumienie doświadczeń związanych ze wsparciem (towarzyszeniem) otrzymanym przez osoby starsze, które były ofiarami przemocy. Badaczki skupiły się na usługach oferowanych przez organizacje non-profit (non-for-profit agencies, NFPA) działające w obszarze nadużyć wobec osób starszych w Kanadzie. Wybór był podyktowany faktem, że organizacje te oferują szerszy zakres usług wsparcia niż jednostki publiczne, częściowo dlatego, że dysponują wolontariuszami, którzy mogą zapewnić taki rodzaj wsparcia. Artykuł składa się z pięciu części: stanu

wiedzy, ram teoretycznych, metodologii, wyników oraz dyskusji. W podsumowaniu wymieniono najważniejsze wyniki przeprowadzonego badania, potencjalne kierunki interwencji w obszarze pracy socjalnej oraz dalsze kierunki badań.

1. Stan wiedzy

W celu określenia stanu wiedzy na temat usług wspierających osoby starsze z doświadczeniami nadużyć, przeprowadzono przegląd publikacji wydanych między 2000 a 2020 r.⁵

1.1. Czynniki determinujące poszukiwanie pomocy przez osoby starsze

Mimo iż zgłoszenie się po pomoc jest niezbędnym elementem, aby uzyskać wsparcie, wiele czynników powstrzymuje starsze osoby przed mówieniem o nadużyciach, jakie ich spotykają.

Takimi barierami są zarówno czynniki indywidualne, jak i środowiskowe. Jeśli chodzi o poziom indywidualny, badania przeprowadzone w Singapurze, Kanadzie, Wielkiej Brytanii i Chinach pokazują, że brak świadomości dostępnych usług negatywnie wpływa na gotowość do szukania pomocy przez seniorów (Chokkanathan i in., 2014; Hightower i in., 2006; Lafferty i in., 2013; Mowlam i in., 2007; Pritchard, 2000; Rochette, 2014).

Przykładowo, w Wielkiej Brytanii niski poziom samooceny i pewności siebie, słabe zdrowie, żaloba po utracie bliskich (Mowlam i in., 2007) i wstyd (Lafferty i in., 2013) to główne przeszkody w poszukiwaniu pomocy. Źródła kanadyjskie wskazują również na poczucie zawstydzenia, wychowanie (Rochette, 2014), niewłaściwą ocenę powagi nadużyć i zobowiązanie do trwania w małżeństwie (Hightower et al., 2006) jako na czynniki hamujące gotowość starszych osób do szukania pomocy.

Ponadto, jak wynika z badań brytyjskich (Mowlam i n., 2007; Pritchard, 2001), singapurskich (Chokkanathan i in., 2014), kanadyjskich (Hightower i in., 2006) i amerykańskich (Jackson i Hafemeister, 2012), lęk przed potencjalnymi konsekwencjami ujawnienia nadużyć może powstrzymywać seniorów przed podjęciem działania. W istocie, lęk przed „umieszczeniem” w domu opieki (Chokkanathan i in., 2014; Hightower i in., 2006), porzuceniem (Pritchard, 2001), izolacją, obarczeniem winą i byciem postrzeganym/ą jako „osoba, która sieje zamęt” może powstrzymywać starsze osoby przed szukaniem pomocy. Obawa, że ujawnienie nadużycia może zaszkodzić zdrowiu i samopoczuciu sprawcy lub prowadzić do zaostrzenia sytuacji (Mowlam i in., 2007), zwłaszcza w wyniku działań pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej (Jackson et Hafemeister, 2012) może mieć ten sam hamujący wpływ.

5 Analizie poddano następujące bazy danych: Social services Abstract, Ageline, Abstract in gerontology, PsycInfo, Francis, Pascal, Cairn, Érudit i the Banque de données en santé publique.

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie pokazują również, że dla starszych ofiar nadużyć, które są imigrantami, podjęcie prób uzyskania pomocy jest jeszcze większym wyzwaniem z powodu bariery językowej (Hightower i in., 2006).

Badania skupiające się na czynnikach środowiskowych sugerują, że fizyczna lub finansowa zależność od opiekuna, który dopuszcza się nadużyć może negatywnie wpływać na gotowość do szukania pomocy (Chokkanathan i in., 2014; Hightower i in., 2006). W Kanadzie zauważono również, że sposób świadczenia usług pomocy społecznej może stanowić barierę. Dotyczy to zwłaszcza starszych mężczyzn (Rochette 2014), którzy mogą unikać mówienia o swoich doświadczeniach z powodu braku zaufania do sieci usług zdrowotnych i socjalnych. Częste zmiany pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej, przydzielanych do danej sprawy mogą być w tym przypadku szczególnie szkodliwe, ponieważ przerywają ciągłość relacji. Długie odstępy czasu między decyzją o szukaniu pomocy, podjęciem działania i otrzymanym wsparciem to kolejny czynnik ograniczający.

1.2. Towarzystwo osobom starszym – ofiarom nadużyć przez pracowników organizacji non-profit

Organizacje non-profit odgrywają ważną rolę w przeciwdziałaniu nadużyciom wobec osób starszych. Druga edycja przewodnika w zakresie przeciwdziałania nadużyciom wobec tej kategorii wiekowej (*Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*) (Gouvernement du Québec, 2016) zawiera propozycje jedenastu ról/działań dla pracowników organizacji non-profit w prowincji Quebec, zajmujących się interwencjami w przypadkach nadużyć wobec osób starszych. Role/działania są przedstawione w Tabeli 1.

Tabela 1. Role i działania organizacji non-profit zajmujących się przeciwdziałaniem nadużyć wobec osób starszych

Role organizacji	Działania pracowników
Przyjęcie	Przywitanie, wysłuchanie
	Wyjaśnienie roli organizacji non-profit
Zbadanie i ocena sytuacji	Ocena ryzyka i zalecenia
	Ocena warunków bytowych starszej osoby
	Przegląd strategii wzmocnienia autonomii i zmniejszenia zależności

Uznanie zagrożenia	Ocena poziomu ryzyka i pilności działań
Rozpoznanie sytuacji nadużycia	Wyraźne zidentyfikowanie sytuacji nadużycia
	Wyraźny przekaz, że organizacja sprzeciwia się nadużyciom
	Opisanie sytuacji nadużycia
	Uznanie punktu widzenia osoby starszej, tego jak postrzega (lub nie) sytuację nadużycia
	Dążenie do zmniejszenia oporu starszej osoby
	Wsparcie w podejmowaniu niezależnych i świadomych decyzji
Opracowanie planu interwencji dostosowanego do każdej osoby	Jeśli to możliwe, zaangażowanie bliskich osób i specjalistów z innych dziedzin
Wskazanie możliwych rozwiązań	Informowanie o dostępnych zasobach
	Skierowanie osoby starszej do odpowiednich zasobów
Towarzyszenie w kontaktach z innymi podmiotami	Jeśli to konieczne i starsza osoba wyrazi zgodę, kontaktowanie się z innymi podmiotami
	Towarzyszenie podczas wizyt w innych placówkach
	Obecność podczas przyjęć w placówkach
Pomoc w zabezpieczeniu własności	Przekazanie informacji, jak zabezpieczyć własny dobytek

Oferowanie usług w zakresie opieki zdrowotnej i wspieranie samostanowienia	Oferowanie usług wsparcia
	Wzmocnienie autonomii w celu zmniejszenia zależności od innych
Wsparcie w zakresie uznania swoich praw i towarzyszenie podczas procedur prawnych	Poinformowanie o przysługujących prawach
	Zasugerowanie konsultacji z agencją specjalizującą się w obronie praw
	Towarzyszenie podczas wizyt w placówkach świadczących usługi prawnicze
	Ocena opcji prawnych w świetle przepisów: karnych, cywilnych itd.

Opracowanie na podstawie Gouvernement du Québec, 2016, s. 385–386

Pracownicy socjalni zatrudnieni w organizacjach non-profit, lekarze specjaliści w innych dziedzinach i wolontariusze, zwani dalej pracownikami organizacji non-profit, realizują wyżej wymienione działania zgodnie z misją danej organizacji. Pracownicy socjalni muszą dodatkowo przestrzegać zasad obowiązujących w ich zawodzie, którego celem jest ochrona członków społeczeństwa w przypadku wykroczeń zawodowych^[UK4]. Pracownicy socjalni w Quebecu są związani tajemnicą zawodową i mają obowiązek zachować poufność danych osobowych (Gouvernement du Québec, 2016).

1.3. Towarzyszenie osobom starszym – ofiarom nadużyć przez wolontariuszy organizacji non-profit

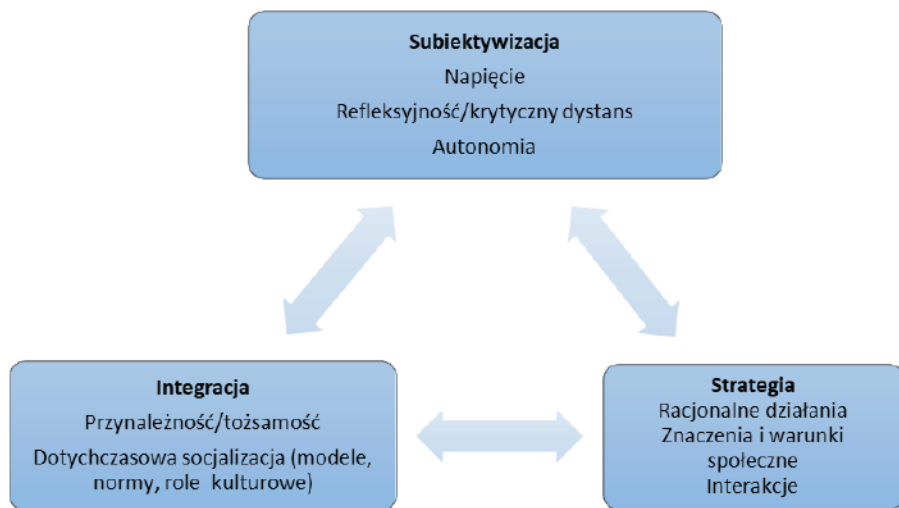
Mimo iż wolontariusze uważani są za ważny element składowy działań podejmowanych wobec ofiar nadużyć (Beaulieu, D'Amours et Crevier, 2014; Gouvernement du Québec, 2016), nie ma zbyt wielu badań dotyczących wsparcia, jakie oferują. Crevier (2020) oraz Beaulieu i in. (2014, 2020) pokazują, że pracownicy organizacji non-profit postrzegają towarzyszenie osobom starszym i pomoc w kontaktach z różnymi specjalistami i usługami jako typowo ich zadanie.

Słuchanie, zgłaszanie, pomoc, towarzyszenie, udzielanie porad i wskazówek, a także edukowanie w zakresie profilaktyki to działania, które zostały im powierzone (Busby, 2020). Wolontariusze, którzy posiadają wymagane umiejętności, mogą również udzielać informacji prawnych osobom zawodowo znajdującym się na pierwszej linii kontaktu z ofiarami nadużyć (Lanier et Mandel, 2009).

Biorąc pod uwagę niewielki zasób dotychczasowej wiedzy, lepsze zrozumienie sposobu odbioru wsparcia świadczonego przez organizacje non-profit przez osoby starsze będzie miało znaczenie zarówno w aspekcie społecznym, jak i naukowym.

2. Ramy teoretyczne

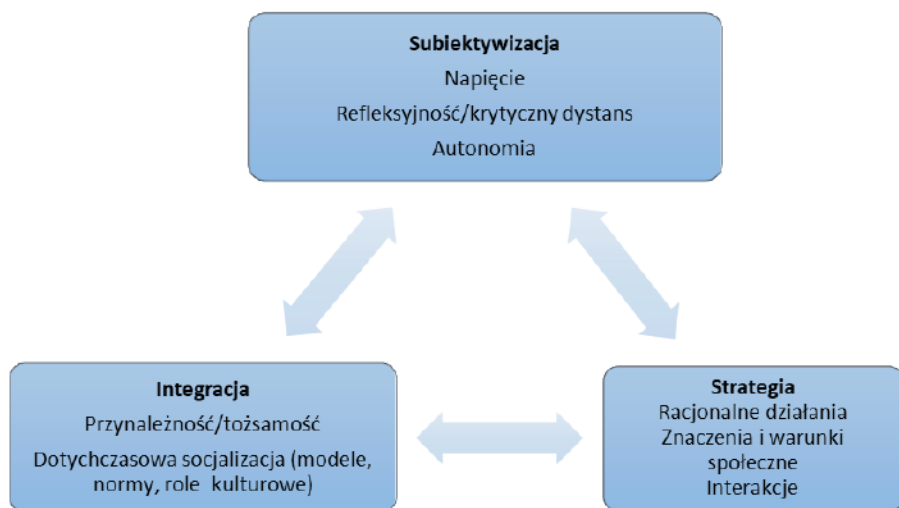
Z racji tego, że niniejsze badania mają celu lepsze zrozumienie doświadczeń, przyjęto ramy teoretyczne przedstawione w pracy pt. *Sociology of experience* Dubeta (1994, 2007). Autor proponuje typologię działania, która uwzględnia doświadczenie społeczne[5] oparte na trzech logikach działania: *integracji*, *strategii* i *subiektywizacji*. Logika *integracji* odnosi się do przynależności i tożsamości podmiotu, wynikających z procesu jego socjalizacji. Logika *strategii* dotyczy racjonalnych działań podejmowanych przez podmiot w celu optymalizacji zasobów. Działania te zależą od dostępnych środków i warunków społecznych, do których podmiot musi się dostosować. Logika *subiektywizacji* jest związana z napięciami, jakie występują między logiką integracji i strategii, refleksyjnością podmiotu i krytycznym dystansem, jaki jest niezbędny do zachowania podmiotowej autonomii (Dubet 1994, 2007). Rysunek 1 przedstawia trzy logiki działania składające się na doświadczenie społeczne.



Rys.1. Doświadczenie społeczne – podsumowanie (Dubet, 1994, 2007)

Dzięki zestawieniu zróżnicowanych doświadczeń i wyrażonej logice działania możliwe jest określenie, jak osoby starsze – ofiary nadużyć doświadczają wsparcia pracowników organizacji non-profit. Logika *integracji* odnosi się do afiliacji i działań wdrażanych przez ofiary nadużyć w celu zachowania własnej tożsamości w kontaktach z pracownikami organizacji non-profit, co może mieć wpływ na proces towarzyszenia. Logika ta stwarza możliwość określenia potrzeb i czynników, które wzmacniają lub

ograniczają motywację do szukania pomocy. Logika *strategii* jest związana z ideą głoszącą, że organizacje non-profit tworzą rynek, dzięki któremu starsze ofiary nadużyć mogą optymalizować swoje zasoby. W ten sposób możliwe jest określenie interakcji i relacji między seniorami a pracownikami tych organizacji. Logika *subiektywizacji* jest związana z autonomią i samorealizacją starszej osoby. Ta logika umożliwia zbadanie znaczenia, jakie ofiary nadużyć nadają otrzymanej pomocy, w jakim stopniu ją doceniają i jakie są jej konsekwencje. Rysunek 2 zawiera podsumowanie doświadczeń osób starszych, będących ofiarami nadużyć w kontekście przedstawionych powyżej ram teoretycznych.



Rys. 2. Podsumowanie doświadczeń związanych ze wsparciem organizacji non-profit oferujących usługi w celu przeciwdziałaniu nadużyciom wobec osób starszych (adaptacja modelu doświadczenia społecznego Dubeta)

3. Metodologia

Wyniki zostały opracowane na podstawie danych zebranych w ramach większego projektu badawczego dotyczącego roli organizacji non-profit w przeciwdziałaniu nadużyciom wobec osób starszych. Dane pochodzą z częściowo ustrukturalizowanych wywiadów przeprowadzonych z jedenastoma starszymi osobami, które otrzymały pomoc w formie towarzyszenia. Wyniki są powiązane z jednym z celów wspomnianego badania, czyli przedstawieniem doświadczeń seniorów, którzy korzystali z usług pracowników organizacji non-profit. Badanie koncentruje się na temacie, który nie jest jeszcze zbyt dobrze udokumentowany i ma na celu zrozumienie doświadczeń osób dotkniętych wspomnianym zjawiskiem, dlatego przeprowadzono je, stosując podejście jakościowe (Padgett, 2008).

Przyjęto pięć kryteriów doboru próby badawczej: wiek 65 lat i więcej; możliwości poznawcze i umiejętności językowe umożliwiające uczestnictwo w wywiadzie; doświadczenie finansowych lub innych nadużyć, które w momencie przeprowadzania wywiadu zostały rozwiązane lub miały być wkrótce rozwiązane; pomoc w postaci towarzyszenia udzielona przez organizację non-profit w ciągu ostatnich dwóch lat. Respondenci zostali wybrani z pomocą pięciu organizacji non-profit, z zachowaniem zasad etyki w zakresie poufności, dobrowolności i świadomej zgody. Dane zostały zebrane w 2015 i 2016 roku. Pytania zadawane podczas wywiadu dotyczyły doświadczeń osób starszych, związanych z kontaktami z organizacją non-profit i personelem, doświadczeniami życiowymi, relacjami z pracownikami organizacji non-profit oraz oceny otrzymanych usług. Ostatecznie, próba składała się z dziewięciu kobiet i dwóch mężczyzn, w wieku 59–91 lat. Dziewięć osób pochodziło z Kanady, jedna z Europy Zachodniej i jedna z Europy Wschodniej. Respondenci mieszkają w trzech kanadyjskich prowincjach: Quebec (n=9), Saskatchewan (n=1) i Ontario (n=1).

Zastosowana metoda analizy danych została oparta o dwuetapowe podejście jakościowe Deslauriers (1991), które kładzie nacisk na dekonstrukcję i rekonstrukcję danych. Na początku przeprowadzono analizę tematyczną zaproponowaną przez Paillé i Mucchielliego (2012). W następnym etapie, przeprowadzono analizę typologiczną w oparciu o koncepcję Schnappera (2005; 2012).

4. Wyniki

Analiza wypowiedzi respondentów umożliwiła określenie czterech typów doświadczeń osób starszych z organizacjami non-profit. Są to: *korzystne* towarzyszenie, *pozytywne* towarzyszenie, *zagrożające* towarzyszenie i *nieciągłe* towarzyszenie. Należy zauważyć, że żaden z powyższych typów nie występuje w czystej postaci w narracjach seniorów i że celem typologii jest ułatwienie zrozumienia zachowań osób poprzez wskazanie, do którego z czterech typów zbliżone jest ich zachowanie (Schnapper, 2012).

4.1. Typ I: *korzystne towarzyszenie*

Pierwszy typ (I) związany jest z *korzystnymi doświadczeniami* osób starszych, które dzięki otrzymanemu wsparciu wyszły poza tożsamość ofiar nadużyć i dojrzały do tego, aby przerwać przemocową sytuację, w której się znalazły.

Ci seniorzy początkowo **negatywnie podchodzili** do faktu, że potrzebują pomocy. Respondenci wskazywali na przeszkody natury osobistej, takie jak zaprzeczanie istnieniu problemu, pragnienie chronienia rodziny, (gdy sprawcą jest członek rodziny), dotychczasowe negatywne doświadczenia związane z poszukiwaniem pomocy, poczucie wstydu oraz lęk przed odwetem. Stąd też początkowo niechętnie przyjmowali wsparcie w postaci towarzyszenia ze strony pracowników organizacji non-profit.

To nie są rzeczy, o których się lubi rozmawiać. [...] Tak czy inaczej, nie mówimy o tym często... Nie wiem. Jest pewien rodzaj wstydu (M. Spencer).

Narracje respondentów wskazują jednak na późniejszą **otwartość** na pomoc oferowaną przez organizacje non-profit. Otwartość umożliwiła **pozytywne interakcje**, które z kolei doprowadziły do zwiększenia kontroli seniorów nad własnym życiem. W tym kontekście pracownicy organizacji non-profit byli opisywani jako osoby potrafiące stworzyć atmosferę zaufania i poufności, uspokoić i poświęcić uwagę, a także okazujące empatię (sprawianie, że rozmówca czuje się ceniony i zrozumiany, „ludzkie” podejście) oraz szacunek (uszanowanie poufności i potrzeby samookreślenia, dostosowanie się do rytmu drugiej osoby i zaangażowanie w proces towarzyszenia).

(...) on [pracownik organizacji non-profit] był zawsze, kiedy go potrzebowałam. Mówiłam: „Przepraszam, że zawracam panu głowę”. On odpowiadał: „Ani trochę. Może pani dzwonić o każdej porze. Jeśli woli pani porozmawiać osobiście, przyjadę (Pani Smith).

Ostatecznie, starsze osoby doświadczające *korzystnego towarzyszenia* wykorzystały dostępne zasoby, aby osiągnąć wiedzę i umiejętności, stanąć w obronie swoich praw i interesów oraz zakończyć przemocową sytuację. Mobilizacja zasobów nadała nowy sens doświadczeniu przemocy, co dla wielu starszych osób reprezentujących ten typ, oznaczało pojawienie się pragnienia, by pomagać innym.

Po [otrzymaniu wsparcia] chce się pomóc innym wyrwać w tej sytuacji. To jest wykonalne (Pani Daniels)

4.2. Typ II: pozytywne towarzyszenie

Drugi typ (II) doświadczenia to **pozytywne doświadczenie**. Charakteryzują go napięcia między integralną tożsamością starszych osób a relacją nawiązywaną z przedstawicielami organizacji non-profit.

Osoby reprezentujące ten typ pozytywnie podchodziły do pomysłu poszukiwania pomocy. Dzięki temu nie wahały się przed poszukiwaniem wsparcia i przyjęciem go od pracowników organizacji non-profit. Osoby te deklarują świadomość własnych możliwości, dostępnych usług i zasobów, umiejętność proszenia o pomoc i przyjmowania jej oraz chęć rozwiązania problemu.

Kiedy chce się coś naprawić i zakończyć, przez jakiś czas ma się to w głowie. To nic nie kosztuje [przyjęcie pomocy] (Pani Brown).

Proces towarzyszenia jest określany jako **korzystne interakcje** w zgodzie z przyjętą tożsamością. Starsze osoby potrafią, zatem wykorzystywać dostępne zasoby, aby zaspokoić swoje potrzeby. Z chęcią przyjmują oferowane narzędzia, rady i wsparcie. W skrócie, odnajdują się w rzeczywistości społecznej, jaką jest organizacja non-profit i aktywnie korzystają z oferowanych przez nią zasobów. Jednocześnie, proces towarzyszenia charakteryzuje się znacznym i stałym kontaktem z osobą świadczącą wsparcie. Starsze osoby wspominają duże zaangażowanie i dostępność pracowników organizacji

non-profit jako coś, co wzbogaciło ich doświadczenia związane z doświadczanym towarzyszeniem.

Tak, ponieważ oni [pracownicy organizacji non-profit] tam byli. Gdy tylko ich potrzebowalam i prosiłam o pomoc, natychmiast reagowali. Dlatego nie było to dla mnie trudne (Pani Nelson).

Podsumowując, starsze osoby, które doświadczyły *pozytywnego towarzyszenia* oceniają je wyłącznie pozytywnie, a ich doświadczenia pozwoliły im odzyskać niezależność dzięki rozwiązaniu problemu nadużycia.

4.3. Typ III: zagrażające towarzyszenie

Trzeci typ (III) doświadczeń to doświadczenia, które **zagrażają tożsamości** starszej osoby. W przeciwieństwie do seniorów reprezentujących pierwszy typ (I), ci, którzy pasują do tego typu, negatywnie oceniają poszukiwanie pomocy, ponieważ pragną chronić rodzinę lub sprawcę, zaprzeczają sytuacji, umniejszają problem, odczuwają wstyd lub lęk przed odwetem lub osądem, nie chcą sprawiać kłopotu innym, brak im świadomości dostępnych zasobów lub szanują swoje religijne przekonania.

W tych przypadkach interakcje z pracownikami organizacji non-profit oceniane są negatywnie. Wsparcie otrzymane w celu ukrócenia przemocy, odsuwa starsze osoby od ich własnych afiliacji, wywołując napięcia związane z tożsamością. Zjawisko to widać w wypowiedzi jednej z kobiet, głęboko wierzącej chrześcijanki, która doświadczyła przemocy ze strony męża.

Nie byłam w stanie. Nie byłam w stanie powiedzieć: „Zrobię coś takiego”. Jestem chrześcijanką, wyszłam za mąż w chrześcijańskim kościele i teraz mam zrobić coś takiego (zgłosić sytuację). Musi być jakiś sposób... Chcę innego sposobu niż to (Pani Hall).

Ponieważ pomoc oferowana przez organizacje non-profit nie pasuje do deklarowanej tożsamości, starsze osoby reprezentujące ten typ uciekają się do innych strategii. W efekcie wracają do swoich zwyczajowych afiliacji, rezygnują z oferowanego wsparcia i pozostają w sytuacji ofiar nadużyć. Można, zatem powiedzieć, że ich poczucie przynależności (w tym przypadku odniesienie do religii) ma negatywny wpływ na ich życie.

Zamiast wywoływać spłęcia w rodzinie, wolę tolerować. Nie mam siły, moralnej, psychicznej ani fizycznej, aby zrobić coś innego, ponieważ czułabym, że robię źle (Pani Hall).

Ostatecznie starsze osoby reprezentujące typ *zagrażającego towarzyszenia* doświadczają wsparcia jako zagrożenia, które sprawia, że się wycofują. Ich afiliacje i rzeczy, z którymi się identyfikują są wartością nadrzędną, która powstrzymuje ich przed otwarciem się na świat organizacji non-profit i skorzystaniem z ich usług.

4.4. Typ IV: nieciągłe towarzyszenie

Czwarty typ (IV) to doświadczenie nieciągłe ze względu na **niestabilność interakcji** z pracownikami organizacji non-profit. Podobnie jak starsze osoby, które doświad-

czyły pozytywnego towarzyszenia, reprezentanci typu IV mają pozytywne podejście do poszukiwania pomocy i nie wahają się prosić organizacje non-profit o wsparcie.

Jeśli o mnie chodzi, pozwoliłabym każdemu, jeśli to miałyby posunąć rzeczy do przodu i pomóc mi. Bo jedyne, czego chcę, to spokój (Pani Lang).

Czy jest to możliwość zwierzenia się komuś, czy fakt bycia wysłuchanym, na początku otrzymane wsparcie jest odpowiedzią na potrzeby seniorów. Respondenci czują się bezpiecznie i ufają, że pracownicy organizacji non-profit będą im towarzyszyć. Porady i sugerowane narzędzia są przyjmowane z otwartością. Jednak pracownicy organizacji non-profit musieli tymczasowo przerwać pracę. W takiej sytuacji, **nagły brak interakcji** wywołuje u starszych osób poczucie braku równowagi, utraty bezpieczeństwa, a nawet zagrożenia.

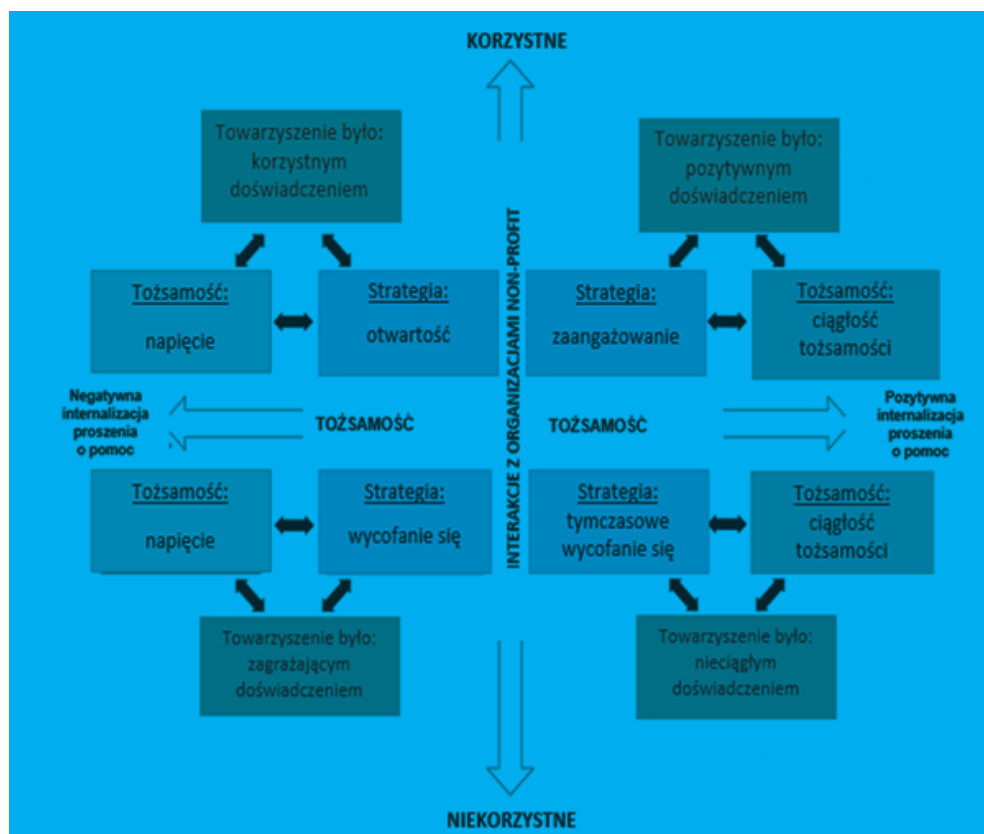
Cóż, nie ma go [pracownika organizacji non-profit, który służył wsparciem], nie ma [...]. Dokąd mam teraz iść? Co mam teraz robić? Robię postępy, spadam i wspinam się pod górę. Ale żeby się wspinać, potrzebuję paliwa. Kiedy jesteś na szczycie i uświadamiasz sobie, że wracasz na dół i jesteś sama, wtedy tracisz moc, bo pojawia się poczucie winy: „Czy dobrze zrobiłam? Czy o czymś nie zapomniałam? Czy mam się poddać?” [...] Wszystkie te myśli. Ale wciąż czujesz się samotna (Pani Lang).

Aby zrekompensować tę nieobecność, starsze osoby przyjmują strategię **tymczasowego wycofania się**. Na przykład, dla jednej respondentki oznaczało to odmowę przyjęcia pomocy od kogokolwiek innego i czekanie przez wiele miesięcy na powrót pracownika, który jako pierwszy udzielał jej wsparcia.

Gdy już zacznie się z kimś ten proces, trudno jest zacząć od nowa z kimś innym (Pani Reid).

Podsumowując, dla osób, które doświadczyły *nieciągłego towarzyszenia* nagłe przerwanie interakcji z towarzyszącą osobą było doświadczeniem, które wstrzymało przyjmowanie pomocy. Ponieważ nie mogły dłużej polegać na preferowanej przez nich osobie, zastosowały strategię tymczasowego wycofania się, aby zaspokoić swoje interesy.

Rysunek 3 przedstawia schemat doświadczeń osób starszych, które doświadczyły nadużyć, związanych ze wsparciem otrzymanym od organizacji non-profit, pogrupowanych według czterech typów przedstawionych powyżej. Dwa czynniki wpływają na sposób doświadczania pomocy. Są to: sposób, w jaki starsze osoby postrzegają ideę poszukiwania pomocy oraz jakość interakcji z pracownikami organizacji non-profit.



Rys. 3. Doświadczenie wsparcia (towarzyszenia) ze strony organizacji non-profit przez starsze ofiary nadużyć (Dubet, 1994, 2007)

5. Dyskusja

W tej części omówiono najważniejsze wyniki w świetle teorii socjologii doświadczenia Dubeta (1994, 2007), a także naukowych i rządowych publikacji.

5.1. Poszukiwanie pomocy przez osoby starsze – ofiary nadużyć

Biorąc pod uwagę to, jak osoby starsze, które doświadczyły nadużyć postrzegają przyjmowanie wsparcia od pracowników organizacji non-profit, przedstawione badania pomagają lepiej zrozumieć zjawisko poszukiwania pomocy przez ofiary nadużyć. Logika *integracji* odnosi się do integracyjnej tożsamości ofiar nadużyć lub podejścia do pomysłu szukania pomocy, wykształconego w drodze wcześniejszej socjalizacji. Owa internalizacja sprzyja otwartości na możliwość skorzystania z usług organizacji non-profit. Gdy starsze osoby dążą do „wzmocnienia, potwierdzenia i uznania własnej przynależności” (wolne tłumaczenie, Dubet, 1994, s. 120), ich doświadczenia ze

wsparciem oferowanym przez organizacje non-profit będą zależały od tego, czy efektem będzie zachowanie bądź ciągłość ich tożsamości, czy też napięcia z nią związane.

Seniorzy, którzy pozytywnie zinternalizowali myśli o poszukiwaniu pomocy zachowują ciągłość własnej tożsamości podczas interakcji z organizacją non-profit. W tym kontekście, analiza wyników umożliwiła określenie czynników osobowych, które motywowały do poszukiwania pomocy, a więc, postaw sprzyjających poszukiwaniu pomocy. Czynniki te obejmowały umiejętność zaakceptowania i szukania pomocy, pragnienie rozwiązania problemu, pewność siebie oraz znajomość dostępnych zasobów. Z kolei starsze ofiary nadużyć, które dostrzegają rozbieżności pomiędzy swoimi afiliacjami, a tym, co oferują pracownicy organizacji non-profit, niechętnie przyjmują wsparcie. Dla tych osób towarzyszenie jest przyczyną napięć związanych z tożsamością; „opozycją między Nimi a Nami” (wolne tłumaczenie, Dubet, 1994, s. 114), która podtrzymuje i wzmacnia ich tożsamość.

Przetawione analizy przeprowadzono w celu lepszego zrozumienia, co może wstrzymywać proces poszukiwania pomocy przez osoby starsze. Niektórzy respondenci wskazywali, że wahali się co do decyzji poproszenia o pomoc, ponieważ obawiali się potencjalnych konsekwencji, takich jak pogorszenie sytuacji. Inni przyznawali się do braku wiedzy na temat dostępnych zasobów i usług. Wcześniejsze badania również wykazały, że osoby starsze – ofiary nadużyć są słabo poinformowane w kwestii dostępnych zasobów (Chokkanathan i in., 2014; Hightower i in., 2006; Lafferty i in., 2013; Mowlam i in., 2007; Pritchard, 2000; Rochette, 2014).

Ponadto, z naszych badań wynika, że w procesie poszukiwania pomocy starsi mężczyźni z omawianej próby zmagali się z barierami dotyczącymi płci. Rozterki tego typu można wyjaśnić głównie ich dotychczasową socjalizacją, która doprowadziła do tego, iż negatywnie postrzegali poszukiwanie pomocy. Wstyd, obawa przed sprawianiem kłopotów i pragnienie chronienia sprawcy to przykłady blokujących czynników związanych z męską socjalizacją. Kaye i in. (2007) stwierdzają, że pewne aspekty związane z męskością mogą wpływać na gotowość mężczyzn do poszukiwania pomocy. Autorzy ci wskazują, że dorośli mężczyźni muszą spełniać oczekiwania społeczeństwa i są zachęceni do tłumienia emocji. Te społeczne oczekiwania mają negatywny wpływ w starości i mogą znacząco ograniczyć gotowość mężczyzn do korzystania z usług, ponieważ szukanie pomocy może być postrzegane jako przyznanie się do słabości lub zależności.

5.2. Interakcje między starszymi ofiarami nadużyć a pracownikami organizacji non-profit

Nasze badanie wykazało, że wsparcie oferowane przez organizacje non-profit sprzyja zarówno pozytywnym, jak i negatywnym interakcjom między pracownikami organizacji a poszkodowanymi seniorami. Zgodnie z logiką strategii (Dubet, 1994, 1997), analiza wypowiedzi starszych osób ujawnia, że stosują oni *strategie zaangażowania, tymczasowego wycofania, otwartości* lub *wycofania* w zależności od tego, jak postrze-

gają poszukiwanie pomocy oraz jakie są ich doświadczenia z pracownikami organizacji non-profit.

Z tego względu seniorzy, którzy doświadczyli pozytywnych interakcji z personelem organizacji non-profit i którzy potrafią zachować ciągłość własnej tożsamości w tych relacjach, będą przyjmować strategię *zaangażowania* i korzystać ze wsparcia oferowanego przez te organizacje. Osoby, które postrzegają towarzyszenie jako sprzeczne z ich tożsamością (np. religijną), ale które doceniają interakcje z organizacjami non-profit, będą wdrażać strategię *otwartości*. Nasze badania pokazały, że cechy pracowników, ich kompetencje (umiejętność stworzenia atmosfery zaufania lub uspokojenia starszej osoby) i postawy (empatia i szacunek) wzbogacają doświadczenie wsparcia przez osoby starsze.

Z drugiej strony, niezadowoleni seniorzy mogą stosować jedną z dwóch innych strategii. Ci, którzy czują, że towarzyszenie jest sprzeczne z ich tożsamością, będą się opierać, okazując „niechęć do otwarcia się” (wolne tłumaczenie, Dubet, 1994, s. 126) i – w konsekwencji – przyjmą strategię *wycofania się*. Osoby, które nie są zadowolone z otrzymanego wsparcia, ale czują, że potrafią zachować ciągłość tożsamości, zastosują strategię *tyczasowego wycofania się*, motywowaną niesprzyjającymi relacjami z pracownikami. W efekcie, gdy interakcje nie przebiegają zgodnie z ich oczekiwaniami, doświadczenie towarzyszenia jest zagrożone.

Niektórzy respondenci nie otrzymali pomocy, o jaką im chodziło. Ciągłość relacji oparta na dobrej znajomości cech osobowych beneficjenta wsparcia sprzyja stałości i spójności oferowanych usług (Reid, Haggerty i McKendry, 2002). Osoby korzystające z usług deklarują zdecydowaną ciągłość interakcji, gdy czują, że profesjonalna interwencja ułatwia im dostęp do usług i buduje zaufanie między nimi a pracownikiem (Gagnon i Couturier, 2007). Z drugiej strony, wsparcie udzielane przez np. zmieniających się pracowników może mieć charakter nieskoordynowanych działań, prowadząc do zerwania relacyjnej ciągłości. Brak ciągłości miał kilka konsekwencji dla seniorów uczestniczących w badaniach, np. brak orientacji, gdzie szukać pomocy czy trudności ze wznowieniem interakcji z nowymi pracownikami. Brak stabilnych relacji między pracownikiem opieki zdrowotnej lub jakimkolwiek specjalistą, a klientem wywołuje poczucie izolacji i bezsilności oraz niezadowolenie z usług – jest to dobrze udokumentowana prawidłowość (Dumont, Dumont i Turgeon, 2005).

Logika *subiektywizacji* uwidacznia się w niniejszym badaniu dzięki znaczeniu, jakie seniorzy nadają swoim doświadczeniom związanym z otrzymanym wsparciem. Proces towarzyszenia, który zakłada kontynuację tożsamości oraz strategią zaangażowania, która umożliwia przerwanie nadużyć, są odbierane jako *pozytywne towarzyszenie*. Ofiary nadużyć, które chcą zachować swoje poczucie przynależności i utożsamiania się (np. jestem osobą wierzącą, chrześcijanką) podczas poszukiwania pomocy w organizacji non-profit, ale wycofują się tymczasowo ze względu na problemy w relacjach z pracownikami, postrzegają towarzyszenie jako *nieciągłe doświadczenie*. Seniorzy, którzy mają negatywny stosunek do poszukiwania pomocy, ale pozytywnie oceniają

otrzymane wsparcie, postrzegają je jako *korzystne doświadczenie*. I wreszcie, gdy reakcja na poszukiwanie pomocy nie odpowiada przekonaniom osoby starszej, stosującej strategię wycofania, towarzyszenie staje się *zagrożającym doświadczeniem*.

Wnioski

Prezentując cztery typy doświadczeń, wyznaczone w oparciu o ramy teoretyczne socjologii doświadczenia Dubeta (1994, 2007), niniejszy artykuł rzuca światło na doświadczenia w zakresie przyjmowania wsparcia ze strony pracowników organizacji non-profit przez starsze ofiary nadużyć.

Badaniu można zarzucić niewielki rozmiar próby badawczej (n=11), jednakże nie miało ono na celu generalizacji. Ponadto, uczestnicy częściej wypowiadali się o swoich doświadczeniach pozytywnie niż negatywnie. Może to wynikać częściowo z instrumentalnego podejścia organizacji non-profit do rekrutacji uczestników. Mimo to, jest to jedno z unikalnych studiów, które oddaje głos samym seniorom i określa kierunki rozwoju działań w oparciu o doświadczenia beneficjentów usług. Cztery zidentyfikowane typy doświadczeń wskazują kierunki interwencji dla specjalistów, w tym pracowników socjalnych, które mogą mieć pozytywny wpływ na zadowolenie seniorów ze świadczonych usług. Po pierwsze, należy przełamać tabu, jakim jest doświadczanie przemocy i nadużyć, a starsze osoby muszą być zachęcane do proszenia o pomoc. Po drugie, należy zwiększyć widoczność organizacji non-profit i innych usług wsparcia dla osób starszych dotkniętych zjawiskiem nadużyć. Po trzecie, potrzeba więcej programów informacyjnych i organizacji zajmujących się zwalczaniem nadużyć. Po czwarte, pozytywne relacje między starszymi ofiarami nadużyć a pracownikami organizacji non-profit wymagają ciągłości. Po piąte, przewodnik w zakresie przeciwdziałania nadużyciom wobec osób starszych (*Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*) (Gouvernement du Québec, 2016) sugeruje, że trwałość i jakość relacji między pracownikami i seniorami powinna być dokumentowana wraz z podaniem przyczyn, które w konkretnych przypadkach prowadzą do zmian personalnych. Pomogłoby to zrozumieć wpływ ciągłości i jej braku na proces świadczenia wsparcia osobom starszym, które doświadczyły nadużyć.

Zaprezentowane badanie pozwala również określić kilka kierunków dalszych naukowych poszukiwań. Po pierwsze, warto byłoby przeprowadzić podobne badania w kilku krajach, aby porównać wyniki i zyskać globalny obraz omawianego zjawiska (zachowania związane z poszukiwaniem pomocy i wsparcie oferowanym starszym ofiarom nadużyć). Interesującą kwestią byłoby również zaprojektowanie badań nad zadowoleniem z usług w zależności od rodzaju nadużycia (przemoc ekonomiczna, seksualna, fizyczna, psychologiczna itd.).

I wreszcie, niewiele wiadomo na temat poszukiwania pomocy przez osoby starsze z upośledzeniami poznawczymi. Mając świadomość, że są oni najbardziej narażeni na nadużycia, musimy zrozumieć, w jaki sposób komunikują (bądź nie) swoje potrzeby,

aby lepiej dostosować usługi związane z wykrywaniem nadużyć i oferowane wsparcie. Im mniej takie osoby są zdolne do poszukiwania pomocy, tym sprawniej pracownicy różnych instytucji powinni umieć wykrywać nadużycia.

Bibliografia

- Beaulieu, M., D'Amours, M., & Crevier, M. (2014). Activités, rôle et encadrement des bénévoles engagés dans la lutte contre la maltraitance : l'expérience de l'AEIFA-DIRA. *Vie et vieillissement*, 11(3), 21–28.
- Beaulieu, M., Maillé, I., Bédard-Lessard, J., Carbonneau, H., Éthier, S., Fortier, J., Morin, C., & Sévigny, A. (2020). Promising practices of non-profit organizations to respond to the challenges faced in countering the mistreatment of older adults. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. Online First. DOI 10.1007/s11266-020-00252-3.
- Busby, F. (2010). a Nation-Wide Elder and Handicapped Abuse Help-Line Network—Call Us and Stamp Out Abuse Now. *Ageing International*, 35(3), 228–234. doi: 10.1007/s12126-010-9069-9. <https://doi.org/10.1007/s12126-010-9069-9>
- Chokkanathan, S., Natarajan, A. et Mohanty, J. (2014). Elder abuse and barriers to help-seeking in Chennai, India: a qualitative study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(1), 60–79. doi: 10.1080/08946566.2013.782786
- Crevier, M. (2020). *L'approche politique du care pour comprendre l'expérience des bénévoles engagés dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées*. (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada). Retrieved from https://maltraitancedesaines.com/wp-content/uploads/2020/07/2020_Crevier_Th%C3%A8se-1.pdf
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Dong, X.Q. (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214–1238. doi: 10.1111/jgs.13454
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris: Seuil.
- Dubet, F. (2007). *L'expérience sociologique*. Paris: La Découverte.
- Dumont, I., Dumont, S., & Turgeon, J. (2005). Continuity of care for advanced cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 27(1), 49–56.
- Fraga Dominguez, S., Storey, J.E., & Glorney, E. (2019). Help-Seeking Behavior in Victims of Elder Abuse: a Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 1524838019860616. doi: 10.1177/1524838019860616
- Gagnon, D., & Couturier, Y. (2007). La continuité des services comme produit du rapport entre gestionnaires de cas et usagers. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 24(2), 155–166.
- Gouvernement Du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2e éd.). Sherbrooke: Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Retrieved from: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/13-830-10F.pdf>
- Hightower, J., Smith, M.J., & Hightower, H.C. (2006). Hearing the voices of abused older women. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3–4), 205–227. doi: 10.1300/J083v46n03_12
- Jackson, S.L., & Hafemeister, T.L. (2012). APS investigation across four types of elder maltreatment. *The Journal of Adult Protection*, 14(2), 82–92. doi: 10.1108/14668201211217530
- Kaye, L.W., Kay, D., & Crittenden, J.A. (2007). Intervention with abused older males: conceptual and clinical perspectives. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(1–2), 153–172. doi: 10.1300/J084v19n01_10

- Lafferty, A., Treacy, M.P., & Fealy, G. (2013). The support experiences of older people who have been abused in Ireland. *Journal of Adult Protection*, 15(6), 290-300. doi: 10.1108/jap-02-2013-0007
- Lanier, E.C., & Mandel, D.L. (2009). Help is on the way: senior legal hotlines respond to elder abuse. *Victimization of the Elderly & Disabled*, 11(5), 65. Retrieved from: https://digital-commons.law.uga.edu/fac_artchop/1015/
- Moore, C. & Browne, C. (2017). Emerging Innovations, Best Practices, and Evidence-Based Practices in Elder Abuse and Neglect: a Review of Recent Developments in the Field. *Journal of Family Violence*, 32(4), 383–397. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9812-4>
- Mowlam, A., Tennant, R., Dixon, J., & McCreddie, C. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative Findings*. London: King's College London and National Centre for Social Research. Retrieved from : <https://www.lemosandcrane.co.uk/resources/NatCen%20-%20UK%20study%20of%20abuse%20and%20neglect.pdf>
- Padgett, D.K. (2008). *Qualitative methods in social work research*. (2^e éd.). Thousand Oaks: Sage.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Ploeg, J., Hutchison, B., MacMillan, H. & Bolan, G. (2009). a systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 187–210. <https://doi.org/10.1080/08946560902997181>
- Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., Macmillan, H., & Bolan, G. (2009). a systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 187–210.
- Pritchard, J. (2000). *The needs of older women: Services for victims of elder abuse and other abuse*. Bristol, Angleterre: Policy Press.
- Pritchard, J. (2001). *Male victims of elder abuse: Their experiences and needs*. London: Jessica Kingsley.
- Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Retrieved from: https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf
- Rochette, M. (2014). Le processus de demande d'aide des hommes âgés de 65 ans et plus en situation de maltraitance. (Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec, Canada). Retrieved from: <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/30697>
- Schnapper, D. (2005). *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Schnapper, D. (2012). Élaborer un type idéal. Dans S. Paugam (dir.), *L'enquête sociologique* (2^e éd.). Paris: Presses Universitaires de France.
- World Health Organization (WHO). (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=E981FCBDD440B133498C3B853E-E21434?sequence=1
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z.D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147–e156. doi: 10.1016/s2214-109x (17) 30006-2
- Yunus, R.M., Hairi, N.N., & Choo, W.Y. (2019). Consequences of Elder Abuse and Neglect: a Systematic Review of Observational Studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(2), 197–213. <https://doi.org/10.1177/1524838017692798>

Klaudia Kaczmarek¹
Wojciech J. Maliszewski²

Fundusze pomocowe jako narzędzie wsparcia polityki senioralnej na terenie powiatu pilskiego w latach 2016–2020

*Spółeczeństwa powinny być dumne nie z tego,
że są najpotężniejsze albo najbogatsze, ale z tego,
że są najsprawiedliwsze, najlepiej zorganizowane
i posiadają najlepszą konstytucję moralną.*

E. Durkheim

DOI 10.24917/27199045.192.11

AID FUNDS AS SUPPORT TOOLS OF SENIORAL POLICY IN PIŁA DISTRICT
IN 2016–2020

Abstract

The article presents selected issues concerning the pro-senior policy of the European Union and the use of EU funds, the so-called earmarked funds from cohesion policy. The forms and support tools available in projects implemented with EU funds in the Piła powiat were also presented and their effectiveness was analysed on the basis of available information directly from the project documentation. This publication also attempts to make a critical review of resources in the area of supporting the elderly in the Piła district. The research technique used in the qualitative procedure was the analysis of the content of the projects described on the websites of the institutions implementing the projects.

-
- 1 Mgr Klaudia Kaczmarek, Państwowa Uczelnia Stanisława Staszica w Pile, Katedra Pracy Socjalnej, klaudia@a-kwadrat.com.pl
 - 2 Dr hab. Wojciech J. Maliszewski, prof. PUSS, Państwowa Uczelnia Stanisława Staszica w Pile, Katedra Pracy Socjalnej, wmaliszewski@puss.pila.pl

Keywords: demography, aging society, senior policy, support, social project, activation, poverty, exclusion, loneliness

Słowa kluczowe: demografia, społeczeństwo starzejące się, polityka senioralna, wsparcie, projekt socjalny, aktywizacja, ubóstwo, wykluczenie, samotność

Wprowadzenie

Aktualne, wysokie tempo życia oraz dynamiczny postęp technologiczny w sposób znaczący wpływają na zmiany zachodzące w społeczeństwie. Najbardziej widoczne są przemiany w demografii ludności. Populacje krajów wysoko rozwiniętych oraz szybko rozwijających się przeobraziły się w społeczeństwa starzejące. Zmiana ta dotyczy także naszego kraju. Niestety społeczeństwo polskie jest już społeczeństwem starym, a proces ten będzie tylko przybierał na sile (Szymoński, 2020). Zachodzące zmiany mają negatywny wpływ na funkcjonowanie całego kraju, zarówno na społeczeństwo, gospodarkę, czy kulturę. O polityce senioralnej oraz demografii jesteśmy zobowiązani mówić i rozprawiać jak najwięcej, ponieważ to właśnie nasz kraj według ONZ będzie w najbliższych latach charakteryzował się jednymi z najgorszych trendów w tym zakresie na świecie. Zdaniem organizacji do końca stulecia ludność Polski ma się zmniejszyć z obecnych 38 mln do 24 mln (Szymoński, 2020).

W następstwie globalizacji powstało wiele zjawisk, które w negatywny sposób wpływają na jakość życia seniorów. Częstokroć te niekontrolowane zjawiska i dynamicznie postępujące zmiany powodują znaczący przyrost grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. W szczególnym niebezpieczeństwie są osoby starsze, które częstokroć są ubogie i/lub samotne. Wykluczenie społeczne, wraz z ubóstwem i bezrobociem, z którymi jest bardzo mocno związane, zostało zdiagnozowane za jeden z najpowszechniejszych problemów społecznych we współczesnej Europie ze względu na konsekwencje, jakie generuje. Zjawisko wykluczenia społecznego silnie oddziałuje na jakość kapitału społecznego oraz całej gospodarki poprzez ograniczanie inicjatywy, dynamiczności, ekspansywności, energiczności, kreatywności, operatywności i innowacyjności oraz podnosi koszty funkcjonowania państwa. Wykluczenie społeczne jest zazwyczaj definiowane w ujęciu nieuczestniczenia bądź niezdolności do uczestnictwa w ważnych aspektach życia zbiorowego. Najczęściej jest to:

- niezdolność do uczestnictwa w gospodarczych aspektach życia społecznego,
- niezdolność do uczestnictwa w politycznych aspektach życia społecznego,
- niezdolność do uczestnictwa w kulturalnych aspektach życia społecznego.

Celem artykułu jest prezentacja najważniejszych projektów realizowanych w powiecie pilskim w obszarze wsparcia seniorów i osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków unijnych pochodzących z projektów Wielkopolskiego Programu Operacyjnego w latach 2016–2020. Starano się także ukazać wysokość pozyskanych dotacji i ich wpływu na jakość życia seniorów północnej wielkopolski. Zastosowano metodę jakościową, technikę analizy treści projektów, bez klucza kodyfikacyjnego.

Dobór materiału do analizy był celowy, kryteria: reprezentatywności, homogeniczności i trafności zostały spełnione. Analiza treści nie dotyczyła wnioskowania o cechach autorów projektów, a jedynie zawartości i częstotliwości występowania jednostek analizy.

Polityka Unii Europejskiej w procesie zwalczania wykluczenia społecznego

Współcześnie znaczący wpływ w naszym kraju oraz w państwach członkowskich na zamierzenia i doktryny dotyczące badań i polityki wobec wykluczenia społecznego ma Unia Europejska. Cechą rozpoznawalną dla badań nad wykluczeniem społecznym jest szczególne rejestrowanie i przypatrywanie się zagadnieniom partycypacji w życiu społecznym oraz zdefiniowanie osób, które nie posiadają wystarczających pokładów i możliwości niezbędnych do integracji ze społeczeństwem. Strategie wyznaczające kierunki rozwoju Unii Europejskiej, zwłaszcza Strategia Lizbońska, precyzują, że ograniczanie wykluczenia społecznego jest jednym z podstawowych zadań w przyszłości. W polityce Wspólnotowej opracowano tzw. strategię integracji, która ma na celu zwalczanie wykluczenia społecznego. Jest ona jedną z dwóch (obok zatrudnienia) najważniejszych strategii społecznych polityki realizowanej przez kraje członkowskie. Definicja osób zagrożonych wykluczeniem społecznym została umieszczona w rozdziale 3 pkt 11 Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020 opracowanych przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju. Zgodnie z tą definicją osoby lub rodziny wykluczone korzystają ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikują się do objęcia wsparciem pomocy społecznej. Oznacza to, że muszą spełniać co najmniej jedną z przesłanek, które określono w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Wykluczenie społeczne jest zjawiskiem złożonym i różnokierunkowym, łączy ze sobą obszary obejmujące: zasoby materialne, zasoby społeczne, czynniki ekonomiczne; uczestnictwo w życiu społecznym, i politycznym, wykształcenie i umiejętności, zdrowie, przestępczość, zmienne środowiskowe, dostęp do usług (Levitas, Pantazis, Fahmy, Gordon, Lloyd, Patsios, 2007).

W polityce społecznej Unii Europejskiej powiększa się obszar działań od walki z wykluczeniem społecznym. Działania te znalazły się w wielu oficjalnie przyjętych dokumentach i to na poziomie unijnym, jak i krajowym. Jedne z ważniejszych to: Trzeci Program Walki z Ubóstwem (realizowany w latach 1989–1994); Traktat Amsterdamski (przyjęty w 1997 roku); Strategia Lizbońska (przyjęta w marcu 2000 roku); Europejska Agenda Socjalna (określająca priorytety polityki społecznej, podpisana w Nicei 2000 roku); Wspólny Raport o Integracji Społecznej (precyzuje wskaźniki wykluczenia, które służą do kompleksowego porównywania sytuacji w krajach członkowskich, zobowiązanych do opracowania planów działania na rzecz integracji społecznej. Dokument ten został przyjęty w Leaken w grudniu 2001 roku); Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski (przygotowana w 2004 roku).

W tym ostatnim dokumencie, została przyjęta definicja wykluczenia społecznego. W dokumencie powołującym Zespół Zadaniowy ds. Reintegracji Społecznej czytamy: „Wykluczenie społeczne to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a w szczególności dla osób ubogich” (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 2003, s. 21). Seniorzy, w szczególności samotni, również należą do grupy o podwyższonym ryzyku wykluczeniem. Starość jest ostatnim etapem życia człowieka. W literaturze przedmiotu istnieją liczne definicje starości i starzenia się. Starość najczęściej definiowana jako „etap życia, w którym procesy psychiczne, objawiające się rezygnacją i poczuciem braku szans, oraz społeczne, polegające na odrzuceniu zgodnie z rytuałem kulturowym, oddziałują synergicznie z procesami biologicznymi, prowadząc do naruszenia homeostazy, a tym samym do ograniczenia możliwości przeciwdziałania wymienionym procesom, bez możliwości substytucji i bez obiektywnych szans na powrót do stanu poprzedniego” (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska 2006, s.23). Jako początek starości przyjmuje się umownie wiek 60 lat (wg WHO) lub 65 rok życia (Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2007). Jakość starzenia się zależy od wielu czynników, ale powszechnie mówi się o: poziomie dochodów, poziomie wykształcenia, miejscu zamieszkania i typie rodziny i kulturze. Starzenie się można traktować jako „proces społeczny, uwarunkowany zmianami biologicznymi i fizjologicznymi, zachodzącymi w organizmie człowieka, bowiem granice starości są zdeterminowane nie tylko przez procesy biologiczne, lecz przez społeczeństwo” (Błędowski, 2002, s. 62). Analiza zjawiska samotności i wykluczenia społecznego wywołuje konieczność gromadzenia danych demograficznych, które determinują większe prawdopodobieństwo wystąpienia samotności, bądź też przyczyniają się do wykluczenia społecznego osób starszych. W naszym kraju, osoby starsze pozostają najczęściej w związkach małżeńskich lub są owdowiałe. „W tej grupie wiekowej częściej owdowiałe są kobiety (58%) niż mężczyźni (16%). W związkach małżeńskich żyje 34% kobiet i ¼ populacji mężczyzn w wieku 65 lat i więcej. W grupie osób 80 lat i więcej żonaci mężczyźni stanowią 62%, a kobiety – wdowy 80%. W tej grupie aż 66% to osoby owdowiałe żyjące samotnie” (Pikuła 2020 s. 68–69). Badania GUS oceniające stan zdrowia Polaków, pokazały, że tylko 13% starszych osób ocenia swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, 45% ocenia swój stan zdrowia jako „ani dobry, ani zły”, zaś 42% swój stan zdrowia określa jako zły lub bardzo zły.

Warto zauważyć, że w 2011 r., wśród osób niepełnosprawnych, prawie 2 mln osób to byli ludzie starsi (aż 41% całej zbiorowości osób niepełnosprawnych), w tym 57% niepełnosprawnych osób starszych dysponowała prawnym potwierdzeniem swej niepełnosprawności (Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności polski w świetle prognozy 2014–2050). „Osoby starsze utrzymują się głównie z emerytury (86%), a także z renty (8%), co dotyczy znacznie częściej mężczyzn niż kobiet w starszym wieku. Niewielki jest też udział osób starszych posiadających dwa źródła dochodu (częściej są to mężczyźni i mieszkańcy miast łączący emeryturę

z pracą)” (Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności polski w świetle prognozy 2014-2050, s. 24–25). Wielu seniorów czuje się bardzo samotnych. Samotność seniorów staje się coraz bardziej powszechnym problemem. W 2040 roku już co trzecia osoba będzie miała 60 lat i więcej. Badania przeprowadzone w roku 2018 na zlecenie Stowarzyszenia mali bracia Ubogich pokazuje, że aż 3 na 10 Polaków w wieku powyżej 80 lat mówi o odczuwanej samotności, a 1 na 10 stwierdza, że czuje się samotnie bardzo często, a nawet zawsze (Medicoversenior: Samotność seniorów 2020). Według D. Perelmana i L.A. Pelplau, „samotność to nieprzyjemne doświadczenie, które pojawia się, kiedy istnieje deficyt zarówno jakościowy jak i ilościowy, w sieci relacji społecznych danej osoby” (Duck, Gilmour 1981, s. 31). Ponadto samotność jest wywołana nie przez samo „bycie” samym, ale przez życie bez niektórych określonych niezbędnych w życiu relacji lub grupy relacji. Samotność „objawia się zawsze jako odpowiedź na brak określonego typu relacji lub dokładniej jako odpowiedź na brak szczególnego zabezpieczenia relacji” (Weiss, 1973, s. 17). Samotność jest zatem określana jako „wyjątkowo nieprzyjemne i ukierunkowane doświadczenie powiązane z niewystarczającym zaspokojeniem potrzeby ludzkiej intymności, bliskości interpersonalnej” (Sullivan, 1953, s. 29). Dodatkowym problemem obok samotności i pogarszającego się stanu zdrowia samotnych seniorów jest kwestia dotycząca ubóstwa. Z raportu GUS o ubóstwie w 2017 r., analizowanym przez dziennik *Fakt*, seniorzy są tą grupą Polaków, która w ciągu roku zubożała najbardziej. Wskaźnik w ciągu roku wzrósł z 3,9 do 4,4%. To oznacza, że na granicy minimum egzystencji żyje w naszym kraju ok. 300 tys. starszych osób (Trzaska, 2018).

W walce z tym negatywnym zjawiskiem wspierają nas, a właściwie można ująć – powinny nas wspierać, równoważnie w całym kraju, fundusze pomocowe oraz opracowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Rządowy Program na rzecz aktywności społecznej osób starszych ASOS 2014–2020. Założenia stanowią przede wszystkim o wykorzystaniu potencjału osób 50+ na rynku pracy, profilaktyce i promocji zdrowego stylu życia oraz rozwoju usług medyczno-opiekuńczych dla osób starszych. Jest w nich mowa o specjalnej ofercie edukacyjnej, wspieraniu rozwoju Uniwersytetów Trzeciego Wieku, angażowaniu osób starszych do aktywności obywatelskich i uczestnictwa w ramach wolontariatu, a także promowaniu działań integracji między i wewnątrzpokoleniowej. Chcąc podołać stojącym przed naszym społeczeństwem wyzwaniom powiat pilski podejmował i podejmuje szereg działań, aby pozyskać środki, dzięki którym mógłby wdrażać nowe oraz wspierać istniejące inicjatywy dla seniorów. Na przełomie ostatnich lat, tj. w przedziale czasowym: 2016–2020 mieszkające na terenie powiatu osoby starsze mogły skorzystać z kilku projektów.

Projekty o zasięgu powiatowym

Powiat pilski położony jest w północnej części województwa wielkopolskiego. Mieszka w nim ok. 138 tys. osób. Zajmuje powierzchnię 1268 km². Należy do niego 9 gmin: jedna miejska – Piła, cztery miejsko-wiejskie: Łobżenica, Ujście, Wyrzysk i Wysoka

oraz cztery wiejskie: Białosłowie, Kaczory, Miasteczko Krajeńskie i Szydłowo. Instytucje samorządowe powiatu, a głównie Starostwo Powiatu realizowało szereg projektów finansowanych ze środków unijnych. Szersze informacje dotyczące całokształtu realizowanych projektów znajdują się na stronie internetowej starostwa.

Nie wchodząc w szczegóły wszystkich projektów, autorzy artykułu skupili się na analizie treści (dane ilościowych) oraz charakterystyce tych najważniejszych z obszaru polityki prosenioralnej i tych, w których beneficjentami były osoby starsze i niepełnosprawne.

Pierwszym z projektów były te, które realizował Powiatowy Urząd Pracy w Pile. W okresie 2016–2020 zrealizowane zostały projekty o tym samym tytule: *Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych i poszukujących pracy w powiecie pilskim nr II, III i nr. IV*. Każda inicjatywa została współfinansowana przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego. Oś priorytetowa 6. Rynek pracy Działanie 6.1, Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych i poszukujących pracy. Projekt nr II został zrealizowany w okresie od 01.01.2016 do 31.12.2016 r (Wika 2018). Założono w nim aktywizację 174 osób bezrobotnych w wieku powyżej 30 roku życia, priorytetowo traktowano wsparcie dla osób 50+. Udzielono beneficjentom wsparcia w postaci: pośrednictwa pracy lub poradnictwa zawodowego, staży, zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej oraz zatrudnienia na stanowiskach pracy, których koszty wyposażenia lub doposażenia zrefundowano pracodawcom. Na realizację wyżej wymienionych zadań pozyskano kwotę 1 273 200,00 zł, z tego środki EFS 1 082 200,00 zł (85% ogólnej kwoty) oraz wkład krajowy – 191 000 zł (15% ogólnej kwoty). W ramach aktywizacji skierowano 131 osób – na staż, 10 osób – do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, 14 osób – do zatrudnienia na nowoutworzonych stanowiskach pracy w ramach refundacji pracodawcom kosztów ich wyposażenia lub doposażenia. Ponadto 19 osobom przyznano jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej. Wsparcie otrzymały 174 osoby w tym 126 kobiet. Pośród osób zaktywizowanych było 135 osób o niskich kwalifikacjach, 88 osób długotrwale bezrobotne, 45 osób w wieku powyżej 50 roku życia, 26 osób z niepełnosprawnością, przy czym jedna osoba mogła spełniać kilka kryteriów. Dzięki udziałowi w projekcie, pracę lub działalność gospodarczą podjęły ogółem 123 osoby, w tym 85 kobiet. Osoby te należały do co najmniej jednej z niżej wymienionych grup:

- o niskich kwalifikacjach – 93 osoby (59 kobiet),
- długotrwale bezrobotnych – 59 osób (43 kobiety) ,
- po 50 roku życia – 27 osób (17 kobiet),
- z niepełnosprawnością – 20 osób (14 kobiet).

Łączna kwota wydatków poniesionych w 2016 roku na realizację projektu wyniosła 1270,08 tys. zł.

Projekt *Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych i poszukujących pracy w powiecie pilskim (III)* podobnie jak jej poprzednia edycja adresowana była do osób powyżej

30 roku życia (priorytetowo traktowano osoby po 50 roku życia), pozostających bez pracy i zarejestrowanych jako bezrobotne w PUP w Pile. Okres realizacji działań przypadł od 01.01.2017 r. do 30.06.2018 r. Zaktywizowano 292 osoby bezrobotne, w tym 185 kobiet, wszyscy podopieczni byli powyżej 30 roku życia, a aż 71 uczestników powyżej 50 roku życia. Wsparcie uzyskało 27 osób niepełnosprawnych. Na realizację projektu pozyskano 2 139 800 zł, z tego środki EFS – 1 818 800 zł (85% kwoty) oraz wkład krajowy 321 000 zł (15% kwoty). Beneficjenci otrzymali pomoc w następujących zadaniach:

- 212 osób skierowano na staż,
- 9 osób uzyskało zatrudnienie w ramach prac interwencyjnych,
- 10 osób odbyło szkolenia zawodowe,
- 16 osób otrzymało zatrudnienie na nowoutworzonych stanowiskach pracy w ramach refundacji pracodawcom kosztów ich wyposażenia lub doposażenia,
- 45 osób pozyskało finansowanie na utworzenie działalności gospodarczej. W ramach projektu realizowano następujące działania:
 - staże, które umożliwiły nabycie umiejętności praktycznych w ramach określonego zawodu,
 - szkolenia zawodowe umożliwiające uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych potrzebnych do wykonywania pracy, realizowane w zawodach i specjalnościach deficytowych na lokalnym rynku pracy;
 - jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej, gdzie wsparcie finansowe wynosiło do 20 tys. zł, adresowane było do osób, które chciały otworzyć własną firmę.
- podjęcie pracy przy wsparciu finansowym pracodawcy, np. w ramach prac interwencyjnych, gdzie każdy pracodawca, który zatrudnił osobę bezrobotną otrzymał możliwość uzyskania refundacji części kosztów wynagrodzenia, składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia do wysokości 700 zł przez okres 6 miesięcy.

Odbyła się też IV edycja projektu *Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych i poszukujących pracy w powiecie pilskim* (IV) który był adresowany do osób powyżej 30 roku życia (projekt podobnie jak poprzednie wersje premiował udział osób po 50 roku życia), pozostających bez pracy i zarejestrowanych jako bezrobotne w PUP w Pile. Okres realizacji zaplanowano w terminie: 1.01.2018 – 30.06.2019. Budżet projektu opiewał na kwotę 2 194 768,81 zł (Wika, 2019).

W ramach projektu zrealizowano podobnie, jak w poprzednich edycjach, działania ukierunkowane na aktywizację zawodową w formie: pośrednictwa pracy lub poradnictwa zawodowego, staży, szkoleń zawodowych, zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych oraz jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej. W 2018 roku Urząd zaktywizował w ramach projektu 229 osób (w tym 137 kobiet). Wśród uczestników było: 185 osób o niskich kwalifikacjach, 85 osób długotrwale bezrobotnych, 59 osób w wieku powyżej 50 roku życia, 24 osoby z niepełnosprawno-

ściami, przy czym jedna osoba mogła spełniać kilka kryteriów. Warto dodać, że w ramach wspierania polityki senioralnej uruchomiono *Program aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych w wieku 45 lat i powyżej* finansowany z Funduszu Pracy, z rezerwy Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Pozyskano dodatkowo 196,1 tys. zł na realizację ww. programu, który zakładał aktywizację zawodową 30 osób bezrobotnych w wieku 45 lat i powyżej (Wika, 2019).

Aktywizowanie osób bezrobotnych w wieku 50+ jest istotnym elementem rynku pracy. Udział wśród ogółu zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Pile, w grudniu 2019 roku stanowili oni aż 27,8% (Analizy i statystyki PUP w Pile 2019). Oznacza to, że wiele osób starszych, nie posiadających praw emerytalnych narażonych jest na ubóstwo w wyniku braku dochodów. Ponadto stanowią oni niewykorzystany potencjał, a tym samym, jako osoby bezrobotne korzystające z pomocy społecznej są obciążeniem dla budżetu państwa. W sytuacji intensywnego poszukiwania pracowników z zagranicznych rynków pracy należy dołożyć wszelkich starań, aby aktywizować osoby powyżej 50 roku życia, gdyż ich wiedza i doświadczenie stanowią cenny kapitał i mogą być wykorzystane na lokalnym rynku pracy. Spośród zarejestrowanych w grudniu 2019 roku w PUP w Pile prawie 28% to osoby powyżej 50. roku życia.

Oprócz projektów aktywizacyjnych, w powiecie pilskim uruchomiono także inne, w tym kilka stworzonych z myślą o seniorach. Powstał interesujący międzypokoleniowy zatytułowany *Bezpieczni w powiecie pilskim – od juniora do seniora*. Okres realizacji projektu: od kwietnia 2019 roku do listopada 2019 roku, koszt całkowity: 124 500,00 zł, kwota dotacji: 99 600,00 zł, środki własne: 24 900,00 zł. Numer i nazwa celu szczegółowego działania: 4. Edukacja dla bezpieczeństwa „Program ograniczania przestępczości i aspołecznych zachowań Razem Bezpieczniej im. Władysława Stasiaka na lata 2018–2020”. Projekt miał charakter edukacyjny i polegał na organizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej obejmującej szereg różnorodnych działań mających na celu poprawę wiedzy i świadomości na temat reagowania w sytuacjach zagrożeń oraz kreowanie właściwych postaw w obszarze bezpieczeństwa. Projekt skierowany był do: dzieci i młodzieży, nauczycieli i seniorów. W spotkaniach informacyjno-promocyjnych wzięło udział blisko 400 osób, ale cała kampania miała znacznie szerszy zasięg. Szacuje się, że blisko 1000 osób stało się bezpośrednimi i pośrednimi uczestnikami projektu. Zainteresowanie tą formą wsparcia znacznie przewyższyło oczekiwania. Projekt zakładał realizację kilku różnorodnych działań: Spotkania na temat bezpieczeństwa z warsztatami praktycznymi dla młodzieży, nauczycieli i seniorów (3 cykle) – dla każdej grupy inny pakiet tematów. W trakcie spotkania informacyjno-szkoleniowego dla młodzieży zapewniony zostanie udział tłumacza języka migowego, przedstawiciela Stowarzyszenia Słabo i Niedosłyszących „MIGACZE”.

Z młodzieżą odbyły się pogadanki o:

- szkodliwości działania narkotyków i tzw. dopalaczy, stereotypach przyczyniających się patologii i negatywnych zachowań,
- przemocy rówieśniczej, bezpieczeństwie w ruchu drogowym,

– cyberbezpieczeństwie, zasadach udzielania pierwszej pomocy.

Nauczyciele wzięli udział w warsztatach na temat:

- rozpoznanie kryzysu depresja i stany lękowe, przeciwdziałanie, negocjacje,
- cyberbezpieczeństwo w kontekście zagrożeń dla uczniów,
- narkotyki i tzw. dopalacze,
- procedury interwencji w szkole,
- pokazy znęcania się nad rówieśnikami,
- zasady oraz zakres działania interwencyjnego zespołu powołanego do pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych,
- active shooter,
- nowe trendy w prowadzeniu zajęć oraz wykorzystanie potencjału młodych osób, trudne rozmowy,
- zasady udzielania pierwszej pomocy.

Spotkania informacyjno-szkoleniowe dla seniorów połączone były z warsztatami praktycznymi i dotyczyły następujących zagadnień:

- postępowanie w przypadku spotkania z tzw. kieszonkowcem,
- „metoda na wnuczka”,
- wyłudzenia internetowe,
- bezpieczeństwo w ruchu drogowym,
- zasady udzielania pierwszej pomocy.

Odbywały się także bezpośrednie spotkania z mieszkańcami, m.in. z działkowcami (w tym z seniorami), młodzieżą i dziećmi (przed wakacjami), spotkania z dziećmi w szpitalach. Sfinansowana została dostawa i montaż zapornic drzwiowych w domach mieszkańców (720 szt. – głównie dla seniorów). Innym przedsięwzięciem był zakup i rozpowszechnienie wśród mieszkańców, w tym dla seniorów gadżetów rowerowych zwiększających bezpieczeństwo np.: patyczków odblaskowych na szprychy, pokrowców odblaskowych na komórkę, zawieszek odblaskowych na plecaki (torby), a także prostych opasek odblaskowych. Wyprodukowano i rozpowszechniono dwa spoty, na wzór filmowych spotów reklamowych, gdzie odbiorcami byli także seniorzy. Spoty dotyczyły treści bezpieczeństwa w życiu seniorów, głównie tych związanych z wyłudzeniem pieniędzy i oszustwami.

Flagową inicjatywą powiatu, był i jest aktualnie, projekt *Wsparcie dla osób starszych, niesamodzielnych, w tym niepełnosprawnych z terenu Powiatu Pilskiego*. To zamierzenie realizowane w formule partnerskiej: Powiat Pilski/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pile będącego Partnerem Wiodącym oraz Partnerów: Gmina Szydłowo/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaraczewie, Gminę Wysoka/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wysokiej, Fundację Solidarności Międzypokoleniowej i Samopomocy Sąsiedzkiej S2 oraz A-Kwadrat Klaudia Kaczmarek instytucję rynku pracy (BIP Powiatu Pilskiego 2019). Okres realizacji projektu: od 1.09.2018 do 31.12.2020. Całkowita wartość projektu: 3 330 855,45 zł, wkład funduszy europejskich: 2 831 227,13 zł. Projekt realizowany jest w ramach Osi Priorytetowej 7 Włączenie

społeczne. Działanie 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne. Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020. Celem projektu jest przede wszystkim poprawa dostępu do usług opiekuńczych i asystenckich, a także podniesienie jakości życia osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Realizowane przedsięwzięcia mają na celu umożliwienie osobom starszym, niepełnosprawnym i zależnym, prowadzenie w miarę samodzielnego funkcjonowania z niewielką pomocą, czy też przesunięcie tych osób z opieki instytucjonalnej do dziennych form opieki w Powiecie Pilskim w okresie od września 2018 roku do grudnia 2020 roku. W ramach projektu powstały inicjatywy, które stanowią odpowiedź na zdiagnozowane potrzeby seniorów oraz osób niepełnosprawnych zamieszkujących teren powiatu pilskiego.

Utworzono m.in.: Powiatowy Klub Pogodnego Seniora w Pile o zasięgu powiatowym dla 40 osób (w tym 24 kobiety) oraz Dzienny Dom Pomocy w Róży Wielkiej dla 25 osób (17 kobiet). Poszerzono działalność Klubu Seniora w Wysokiej dla nowych 30 osób (21 kobiet) i objęto systemem teleopieki 40 osób (28 kobiet) z gminy Szydłowo i Wysoka.

Rozszerzono działalność Centrum Usług Społecznych w Wysokiej poprzez objęcie usługami asystenckimi i opiekuńczymi kolejnych 12 osób (8 kobiet). Wyszkolono i zatrudniono 7 osób na etacie Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej, a także objęto wsparciem 30. Opiekunów Faktycznych. na marginesie termin opiekuna faktycznego w pomocy społecznej jest dalej niedookreślony normatywnie.

Powiatowy Klub Pogodnego Seniora stanowi nowoczesną przestrzeń, w której jego podopieczni mogą poznawać nowych ludzi, aktywnie spędzać czas oraz poszerzać wiedzę i rozwijać swoje zainteresowania. Do dyspozycji klubowiczów są tu m.in. urządzenia do rehabilitacji ruchowej i masażu. Powstała kuchnia z jadalnią, w której uczestnicy zajęć mogą nie tylko spożywać posiłki, ale również samodzielnie je przygotowywać podczas warsztatów kulinarnych. W Klubie znajduje się także komfortowo wyposażony pokój spotkań, gdzie seniorzy mogą przyjemnie spędzać czas na rozmowach, odpocząć, zagrać w gry planszowe czy brydża. Warto dodać, że placówka dostosowana została do potrzeb osób niepełnosprawnych. Miejsce to stanowi dla seniorów drugi dom, panuje tu przyjazna atmosfera i dobry klimat do rozwijania swoich pasji oraz zainteresowań. Na powierzchni blisko 200 m² znajduje się 6 pomieszczeń z przeznaczeniem na zajęcia, spotkania i warsztaty, kuchnia oraz dwie łazienki. W systemie rotacyjnym z klubu korzysta nawet 40 osób. Klub funkcjonuje 22 dni w miesiącu, 8 godzin dziennie, a jeżeli pojawia się takie zapotrzebowanie, to także w niektóre weekendy. Prowadzone są między innymi zajęcia ruchowe, fizjoterapia, szkolenia edukacyjne, warsztaty prawne, kulinarne, rękodzielnicze i zajęcia z profilaktyki zdrowotnej. Oferta klubu została dostosowana do potrzeb beneficjentów ostatecznych po przeprowadzeniu dogłębnej diagnozy. Diagnoza została oparta na sondażu skierowanym do osób starszych i niepełnosprawnych zamieszkujących powiat pilski.

W ramach projektu utworzono również, pierwszy w gminie, Dzienny Dom Seniora w Róży Wielkiej. Osoby starsze, samotne i niepełnosprawne z terenu gminy Szydłowo zyskały miejsce, w którym mogą się spotykać, spędzać ciekawie czas, a także się rehabilitować. W domu tym, podobnie jak w Pile, do dyspozycji uczestników oddano komfortowe pomieszczenia przeznaczone do spotkań towarzyskich, w których mogą miło spędzić czas oraz wysłuchać ciekawych wykładów specjalistów i lekarzy o tematyce zdrowotnej, czy żywieniowej. Jest tam też m.in. sala wyposażona w urządzenia do ćwiczeń i rehabilitacji, kuchnia, a wszystkie pomieszczenia są przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Seniorzy mogą korzystać ze sprzętu RTF i dwóch komputerów. Program zajęć przewiduje również ciekawe warsztaty, w tym kulinarne oraz wycieczki. Uczestnikami są mieszkańcy całej gminy Szydłowo. Dzięki pozyskanym środkom Klubu Seniora w Wysokiej zyskał dodatkowe pieniądze dla nowych 30 osób uczestników. Klub funkcjonuje od poniedziałku do piątku. Do swojej dyspozycji seniorzy mają salę do ćwiczeń z rowerkiem, orbitrekiem itp. urządzeniami, salę do rehabilitacji manualnej oraz duże komfortowe pomieszczenie, w którym uczestnicy spożywają wydawane posiłki, a także wykonują prace manualne w ramach terapii zajęciowej. Klub cieszy się ogromną popularnością i zrzesza duże grono zadowolonych seniorów. Kolejną formą wsparcia w ramach tego projektu jest system teleopieki. Jest to zdalna usługa opiekuńcza wykorzystująca nowoczesne technologie, której celem jest zwiększenie bezpieczeństwa osób: starszych, samotnych, chorych, niepełnosprawnych i tych wymagających stałej opieki i wsparcia.

Warto wspomnieć, że powiat starał się o dodatkowe pieniądze w ramach kolejnej edycji tego samego konkursu, aby rozwijać, poszerzać i urozmaicać wsparcie dla seniorów. Niestety, w nowym konkursie premiiowane były ośrodki wspierające osoby z zaburzeniami psychicznymi i pomimo pozytywnej oceny projektu, ostatecznie powiat nie otrzymał wsparcia. Jak zaznaczają wnioskodawcy, mieli nadzieję, że udało się objąć wsparciem o wiele więcej osób w wieku senioralnym, pomimo istniejących potrzeb. Kluby oraz dzienny dom cieszą się niesłabnącym zainteresowaniem i stale przybywa nazwisk na listach rezerwowych. Zespół Wydziału Funduszy Pomocowych i Rozwoju Powiatu Pilskiego deklaruje i oczekuje na ogłoszenie kolejnych konkursów, dzięki którym będzie można wspierać mieszkańców powiatu w tym osoby starsze i niepełnosprawne. Od momentu powołania aktualnego zespołu w 2017 roku pozyskiwanie funduszy wzrosło niemal 400%. Każda możliwość uzyskania dotacji jest skrupulatnie wykorzystywana. Należy pamiętać, że pozyskiwanie funduszy jest zależne od przeprowadzanych konkursów oraz ogłaszających je instytucji zarządzających. Niestety alokacje konkursowe są zawsze zbyt niskie a ilość konkursów niewystarczająca. Pocięszającym jest fakt, że nowa perspektywa unijna 2021-2027 jest dość mocno skoncentrowana na problemach społecznych, w tym pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym.

Kolejne wsparcie powstałe z myślą o seniorach na terenie powiatu pilskiego stanowi projekt *Nowoczesne Centra Społeczno-Rekreacyjne Powiatu Pilskiego – przebudowa oraz adaptacja obiektów i przestrzeni publicznej w Pile*. Okres realizacji

projektu przypada na okres 30.10.2019 do 31.12.2020 r. Całkowita wartość projektu to 8 248 912,95 zł, wkład funduszy europejskich to 6 974 635,58 zł. Projekt realizowany w ramach Osi priorytetowej 9 Infrastruktura dla kapitału ludzkiego. Działanie 9.2. Rewitalizacja miast i ich dzielnic, terenów wiejskich, przemysłowych i powojennych. Poddziałanie 9.2.1. Rewitalizacja miast i ich dzielnic, terenów wiejskich, przemysłowych i powojennych. Celem głównym projektu jest ograniczenie kryzysowych zjawisk zdiagnozowanych w Mieście Piła przede wszystkim w sferze społecznej, gospodarczej, środowiskowej, przestrzenno-funkcjonalnej oraz technicznej poprzez poprawę funkcjonalności obiektów, przestrzeni publicznych i zintegrowaniu działań społecznych.

Projekt koncentruje się wokół następujących prac:

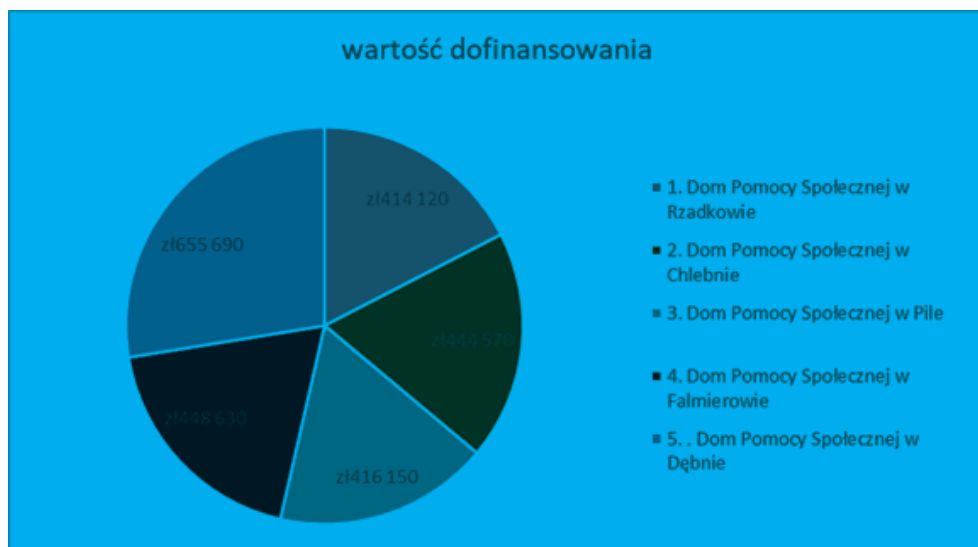
1. Remont kompleksu budynków na potrzeby utworzenia Centrum Integracji Społeczno-Kulturalno-Naukowej Centrum ISKRA. Na potrzeby projektu zaadaptowane zostały pomieszczenia należące do starego kina ISKRA i Zespołu Szkół Budowlanych. Nowe Centrum stało się miejscem integracji społeczeństwa, gdzie realizowane są inicjatywy o charakterze społeczno-kulturalno-naukowym, utworzone zostały być salki tematyczne na potrzeby zajęć edukacyjnych i popularyzujących naukę. W salkach swoje miejsce znalazł Uniwersytet Trzeciego Wieku oraz chór seniorów.

2. Rewitalizacji stadionu przy ul. Okrzei w Pile wraz z przynależnym mu terenem i stworzenie tym samym miejsca do aktywnego wypoczynku oraz możliwości organizacji w tym miejscu imprez, pikników i zawodów sportowych, a także miejsca do treningów. W części rekreacyjnej powstały: plac zabaw, ścianka wspinaczkowa, ścianka do graffiti, siłownia pod chmurką. Przybyły wiaty piknikowe, nowe chodniki, drogi, nowe oświetlenie, tworząc miejsce spotkań dla całych rodzin i grup znajomych. I co ważne, można z niego korzystać za darmo. Na dużym stadionie wymienione zostały siedziska, powstały nowe chodniki i drogi. Koszt inwestycji to około 3,5 mln zł. Z siłowni na powietrzu oraz wiat bardzo często korzystają seniorzy, którzy przychodzą tu sami bądź z wnukami.

W efektach projektu przewiduje się, ale już częściowo jest to potwierdzone, zmniejszenie oddziaływania skutków wykluczenia społecznego, w tym znacząco seniorów.

Ostatnim akcentem realizacji polityki prosenioralnej przez Powiat Piłski jest projekt realizowany w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, *Domy Pomocy Społecznej bezpieczne w Wielkopolsce* współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Okres realizacji projektu: od 1 września 2020 do 30 listopada 2020 roku. Całkowita wartość projektu: 2 379 160,00 złotych. Głównym celem projektu było wsparcie Domów Pomocy Społecznej w powiecie piłskim w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem skutków COVID-19 poprzez doposażenie w niezbędny sprzęt, środki ochrony osobistej i testy oraz wsparcie pracowników pracujących w warunkach zagrożenia zdrowia i życia poprzez wypłatę dodatków do wynagrodzeń.

Wykres 3. Wartość dofinansowania Domów Pomocy Społecznej w ramach projektu Domy Pomocy Społecznej bezpieczne w Wielkopolsce.



Źródło: dane projektu <https://www.powiat.pila.pl/fundusze-pomocowe/realizowane-projekty/193,domy-pomocy-spoecznej-bezpieczne-w-wielkopolsce>

Podsumowując, Powiat Pilski w ramach programów finansowanych przez UE, całościowo w latach 2014-2020, pozyskał łącznie ponad 21 milionów złotych na inicjatywy, które bezpośrednio lub pośrednio wspierają seniorów oraz są jawnym przykładem finansowania zamierzeń w ramach polityki prosenioralnej. Jednak potrzeb jest znacznie więcej, należy jednak pamiętać, że pozyskiwanie funduszy jest ściśle związane z konkursami, które ogłaszane są przez instytucje zarządzające, a pozyskanie środków nie wynika wyłącznie z dobrej woli i chęci ich otrzymania, a w dużej mierze zależy od konstrukcji regulaminu, grup docelowych oraz możliwości realizacji działań na danym obszarze.

W odpowiedzi na istniejące potrzeby powiat przygotował trzy duże i komplementarne projekty o wartości 5 mln zł każdy, w ramach konkursu Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego, priorytet 7, działanie 7.2.2. Pomimo pozytywnej oceny projektów nie udało się uzyskać finansowania. Wszystko to wynika z faktu, że priorytetowo zostały potraktowane placówki medyczne wspierające osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Z puli 100 mln złotych, w tym konkursie, sam Szpital w Lesznie uzyskał wsparcie w wysokości 27 mln. W oczekiwaniu na nową perspektywę unijną pozostaje mieć nadzieję na mnogość konkursów służących wsparciu osób starszych i zależnych oraz wysokie alokacje. Jak podkreśla Starosta Powiatu, utworzenie Zespołu Wydziału Funduszy Pomocowych i Rozwoju Powiatu Pilskiego było decyzją słuszną, co widać po 400. krotnym wzroście pozyskanych dotacji w stosunku do poprzedniego okresu budżetu z polityki spójności UE.

Oprócz działań prosenioralnych Powiatu Pilskiego, analizie poddano także projekty realizowane przez poszczególne gminy. Wliczając szereg, mniejszych projektów kierowanych przez Urzędy Gminy i podległe im instytucje, w latach 2014-2020 na terenie powiatu pilskiego pozyskano łącznie sumę prawie 30 mln złotych, a dokładnie 29 445 552,25 zł na działania wspierające osoby potrzebujące, w tym seniorów, osoby niepełnosprawne, chore, zależne i ich opiekunów faktycznych, a także zagrożone wykluczeniem społecznym bądź społecznie wykluczone.



Źródło: obliczenia własne

Wnioski

W listopadzie 2011 r. Komisja Europejska uruchomiła pilotażowy program „Europejskiego partnerstwa innowacyjnego na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się”. Jego celem jest wydłużenie średniej liczby przeżytych lat obywateli Unii Europejskiej w dobrym zdrowiu. Partnerstwo zakłada poprawę jakości życia osób starszych oraz wspieranie ich uczestnictwa w życiu społecznym, a także zwiększenie wydajności systemów zdrowia oraz socjalnych. W materiałach informacyjnych a de facto promujących działania prosenioralne Unii Europejskiej, można przeczytać, jak wielką wagę przykładają do problematyki polepszenia bytu seniorów, a także wspierania regionów, w których seniorom żyje się najgorzej. Powszechnie stosowana zasada zrównoważonego rozwoju winna być stosowana także w rozdziale środków finansowych z polityki spójności UE.

Analiza treści dokumentów projektowych, konkursowych, a także treści poszczególnych raportów Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej naszego kraju, a nawet

samej Wielkopolski dostarcza wielu smutnych konstatacji. Do najważniejszych można zaliczyć:

1. Nie istnieje zrównoważony podział środków finansowych w ramach poszczególnych regionów, województw, powiatów, a nawet poszczególnych gmin. Istnieje znaczące zróżnicowanie dotacji na projekty mające w założeniu wspierać politykę prosenioralną w poszczególnych powiatach województwa Wielkopolskiego.

2. Brak jest spójnej polityki finansowania działań prosenioralnych w skali kraju. Wszelkie konkursy w ramach programów finansowanych z funduszy unijnych, już na starcie dyskwalifikują małe ośrodki gminne i małe miasta, ze względu na brak sił i środków do przygotowania dobrych wniosków projektowych, a nade wszystko widać po białych plamach na mapie wykorzystanych środków unijnych na inwestycje w zakresie poprawy usług społecznych.

3. Na szczelbu Powiatu Pilskiego wdrożono szereg działań umożliwiających konkurowanie na – w miarę równych zasadach – w pozyskiwaniu środków finansowych w ramach konkursów w programie operacyjnym dla Wielkopolski.

4. Pogłębiają się znacząco różnice w dostępie do usług społecznych, zdrowotnych i opiekuńczych pomiędzy „bogatym” miastem, a „biedną „wsią”.

Konkludując, analiza treści, także danych *stricte* finansowych dotyczących zrealizowanych i wciąż prowadzonych projektów prosenioralnych w powiecie pilskim, a także ich porównanie z innymi obszarami województwa wielkopolskiego, nie napawa optymizmem. O ile znacząco wzrósł udział projektów, a *de facto* pozyskanych funduszy z programu operacyjnego Wielkopolski (dzięki dużo lepszej organizacji wnioskowania), o tyle ich proporcjonalna wartość w relacjach z innymi „bogatymi” miastami i powiatami Wielkopolski, niestety się nie zmienia. Bez respektowania zasady zrównoważonego rozwoju usług prosenioralnych w skali całego kraju, nie będzie możliwe zlikwidowanie różnic w dostępie do lepszej starości. Gdzie w Gminie Kaczory opieka wytchnieniowa, gdzie w Gminie Ujście Dzienny Dom dla seniorów i niepełnosprawnych, gdzie w północnej Wielkopolsce rodzinne domy opieki dla seniorów? To pytania retoryczne.

Bibliografia

- Biuletyn Informacji Publicznej Powiatu Pilskiego. (2019). Pobrano z: https://bip.powiat.pila.pl/powiat_pilski/charakterystyka/ oraz <https://www.powiat.pila.pl/>
- Błędowski, P. (2002). *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starszych*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoła Główna Handlowa,
- Care Experts. (2018). *Samotność osób starszych*. Pobrano z: <https://medicoversenior.pl/samotnosc-seniorow/>
- Duck, S.W., Gilmour, R. (1981). *Personal relationships in disorder*. Londyn: Wydawnictwo Academic Press.
- Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy. (2014). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2015*. Warszawa.

- Grodzicki, T., Kocemba, J., Skalska, A. (2007). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Levitas, R., Pantazis, Ch., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., Patsios, D. (2007). *The Multidimensional Analysis of Social Exclusion*. Pobrano z: <https://dera.ioe.ac.uk/6853/1/multidimensional.pdf>
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, (2003). Pobrano z: www.mpips.gov.pl
- Mejer, R. (2018). *Polityka Samorządowa wobec starości, strategie i podmioty*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Perelman, D., Peplau, I.A. (2016). *Toward of social psychology of loneliness*. Pobrano z: <https://www.semanticscholar.org/paper/Toward-a-Social-Psychology-of-Loneliness-Perlman-Peplau/52d96cedd5fc0a7658e6e0a8a17d0dcab428850b>
- Pikuła, N.G. (2020). *Samotność czy wykluczenie społeczne osób starszych*. Pobrane z: http://kgs.up.krakow.pl/files/4214/4355/1783/Praca_socjalna_42015_DRUK.pdf, ,
- Podgórska-Rykała, J. (2016). *Polityka senioralna w jednostkach samorządu terytorialnego*. Sosnowiec: Wydawnictwo Wyższa Szkoła Humanitas,
- Powiatowy Urząd Pracy w Pile. (2020). Pobrano z: <https://pila.praca.gov.pl/rynek-pracy/statytyki-i-analizy/>
- Powiat pilski. (2020). Pobrano z: <https://www.powiat.pila.pl/fundusze-pomocowe/realizowane-projekty/193,domy-pomocy-spoecznej-bezpieczne-w-wielkopolsce>
- Strategia Lizbońska – plan rozwoju przyjęty dla Unii Europejskiej przez Radę Europejską na posiedzeniu w Lizbonie w marcu 2000.
- Sullivan, H.S., (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nowy Jork: Wydawnictwo WW Norton& Co.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dzięgielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Aspra.
- Szymoński D. (2020). *Alarmujące dane GUS. Polska demografia ma się najgorzej od II wojny światowej*. Pobrane z: <https://businessinsider.com.pl/finanse/makroekonomia/dane-demograficzne-w-polsce-za-2019-r-gus-liczba-urodzen-i-zgonow/n0c74x3>
- Szweda-Lewandowska, Z. (2017). *Opieka nad osobami starszymi*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego,
- <http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Chowanna/Chowanna-r2012-t1/Chowanna-r2012-t1-s17-32/Chowanna-r2012-t1-s17-32.pdf>
- Trafiałek, E. (2016). *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku. Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Trzaska, I. (2018). *Bieda w Polsce. Setki tysięcy emerytów żyje na granicy ubóstwa*. Pobrano z: <https://finanse.wp.pl/bieda-w-polsce-setki-tysiecy-emerytow-zyje-na-granicy-ubostwa-6260112553444993a>,
- Weiss, R. S., (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*, Cambridge: The MIT Press.
- Wika, A. (2018). Program „Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie pilskim (IV)”. Pobrano z: https://pila.praca.gov.pl/projekty-zrealizowane/-/asset_publisher/WqwvvIl8MmOj/content/8065063-podsumowanie-realizacji-projektu-aktywizacja-zawodowa-osob-bezrobotnych-i-poszukujacych-pracy-w-powiecie-pilskim-ii-?redirect=https%3A%2F%2Fpila.praca.gov.pl%2Fprojekty-zrealizowane-%2F%3Fp_id%3D101_INSTANCE_WqwvvIl8MmOj%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D2,

Wacław Jan Kroczek¹

SPRAWOZDANIE z międzynarodowej konferencji naukowej 14th Supercentenarian Seminar, Francja, Paryż: 28–29 XI 2019

W dniach 28–29 listopada 2019 w Paryżu (Francja) odbyła się międzynarodowa konferencja naukowa 14th Supercentenarian Seminar (14. seminarium superstulatków). Przedmiotem konferencji była tematyka długowieczności człowieka, badana pod kątem interdyscyplinarnym, poczynając od zagadnień demografii, poprzez medycynę i fizjologię, kończąc na aspektach humanistycznych życia powyżej 105 lat. Wyróżniono dwie populacje, stanowiące szczególny przedmiot badań: semi-superstulatkowie (osoby między 105 a 110 rokiem życia) oraz superstulatkowie (osoby powyżej 110 lat). Konferencja została podzielona na 7 sesji głównych, w trakcie których omawiano tematy w formie prezentacji multimedialnych, oraz sesję plakatową.

Tematami przewodnimi sesji były odpowiednio: (1) wzorce śmiertelności wśród najstarszej populacji, (2) błękitne strefy, (3) gromadzenie danych i walidacja, (4) zdrowie najstarszej populacji (5) przypadek Jeanne Calment, oraz (6) inne indywidualne przypadki ekstremalnej długowieczności.

W ramach analizy śmiertelności, badacze Jesus-Adrian Alvarez, Francisco Villavicencio i Carlo-Giovanni Camarda omówili wzorce śmiertelności powyżej 105 lat. Amerykański nestor gerontodemografii James Vaupel, założyciel Max Planck Institute for Demographic Research (Rostock) przedstawił plateau i różnice w starzeniu się w zaawansowanym wieku. Dodatkowo, Carlo-Giovanni Camarda omówił sceptycyzm odnośnie stałości i niezmienności plateau i w oszacowywaniu śmiertelności w wysokim wieku. Poddana analizie została również możliwa stronniczość i błędy odpowiedzialne za niedoszacowanie stopnia śmiertelności wśród seniorów (Nicolas Brouard) i trzy metryki dożywania do wysokiego wieku dla poprawnego oszacowania ekstensji dłu-

¹ Lekarz dentysta, doktorant Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, administrator Gerontology Research Group (www.grg.org)

gowieczności (Viorela Diaconu, Shiro Horiuchi, Nadine Ouellette). W tej tematyce, francuscy i francusko-kanadyjscy naukowcy skupili się również na swoich domenach badawczych. Omówiono szacunki trajektorii wieku w wieku lat 85 i powyżej wśród kohort urodzeniowych Frankokanadyjczyków (Nadine Ouelette, Robert Bourbeau, Bertrand Desjardins) oraz analizę śmiertelności w najstarszej grupie badawczej krzywych śmiertelności wśród pionierów długowieczności we Francji (Linh Hoand Khank Dang, Carlo-Giovanni Camarda, France Mesle, Nadine Ouellette, Jean-Marie Robine, Jacques Vallin). Badania naukowców potwierdzają, że śmiertelność roczna rośnie wraz z osiągniętym wiekiem; w grupie superstulatków wynosi już około 50%, natomiast, w grupie wiekowej 114 lat występuje szczyt śmiertelności rocznej – powyżej 65%, po czym następuje spadek. Naukowcy zgadzają się jednak, że należy kontynuować badania celem określenia czy szczyt śmiertelności jest efektem naturalnych procesów lub też jest spowodowany stosunkowo małą liczbą przypadków osiągnięcia wieku powyżej 115 lat. Ponadto, nie do końca zbadana pozostaje kwestia czy i jak bardzo śmiertelność w określonych grupach wiekowych różni się w określonych regionach geograficznych. Konieczne dalsze obserwacje pozwolą znaleźć odpowiedź na nurtujące pytania.

Wyjątkowo fascynującą dziedziną nauki nad długowiecznością człowieka jest koncept tzw. błękitnych stref, wprowadzony przez belgijskiego demografa Michela Poulaina i włoskiego Gianni'ego Peśa. Termin po raz pierwszy pojawił się w artykule z okładki magazynu National Geographic z listopada 2005 r. „Secrets of long life” Błękitna strefa to regiony świata, w których wyższa niż zwykle liczba ludzi żyje znacznie dłużej niż średnia. Oryginalnie ustalono pięć „niebieskich stref”: Okinawa (Japonia); Sardinia (Włochy); Nicoya (Kostaryka); Ikaria (Grecja); Loma Linda w Kalifornii (USA). Pierwotnie, prowadząc badania demograficzne, Poulain i Pes wykreślili niebieskimi liniami okręgi na mapie Sardynii – prowincja Nuoro, w której górskich wioskach znaczna część mężczyźni osiąga 100 lat. Również badania Dana Buettnera na wyspie Ikaria w Grecji ukazały, że 1 na 3 osoby osiąga wiek 90 lat. Co więcej, Ikarianie mieli około 20% mniej zachorowań na raka, 50% mniej zachorowań na choroby serca i prawie nie odnotowywano przypadków demencji. Sugeruje się, że spośród mieszkańców tych miejsc występuje wysoki odsetek stulatków, cierpią na ułamek chorób, które powszechnie zabijają ludzi w innych częściach rozwiniętego świata i cieszą się dłuższym okresem zdrowia. Wśród cech wspólnych życia mieszkańców błękitnych stref wymienia się: rodzina, abstynencja od palenia, wegetarianizm z uwzględnieniem w roślin strączkowych w diecie, stała umiarkowana aktywność fizyczna i zaangażowanie społeczne. Na konferencji obecny byli Michel Poulain, który przedstawił źródła i kryteria jak zdefiniować, zidentyfikować i zatwierdzić błękitną strefę, oraz Gianii Pes, który przedstawił występowanie i charakterystykę superstulatków z Sardynii żyjących w i poza błękitną strefą długowieczności. Następnie, zaprezentowano krajowe raporty z badań nad potencjalnymi nowymi błękitnymi strefami w krajach Europy Zachodniej i Północnej – Holandii – Zeeland (Lenny Stroeldrajer, Frans van Poppel, Ruben van Gaalen, Carel Harmsen), Danii – wyspy Danii Południowej (Anne Vinkel Hansen,

Laust Hvas Mortensen, Rudi Westerdorp), Włoch – Sycylia (Anna Aiello, Giulia Accardi, Giuseppina Candore, Michel Poulain, Calogero Caruso).

Sesja poświęcona gromadzeniu i walidacji danych również została podzielona na raporty z poszczególnych krajów: Anglii i Walii (Ngairé Coombs), Australii (Heather Booth), Francji ze szczególnym uwzględnieniem licznych przypadków superstulatków we francuskich departamentach zamorskich – przykład Gwadelupy (Jacques Vallin) oraz Włoch (Graziella Caselli z Uniwersytetu Sapienza i wsp.).

W sesji zagadnień zdrowotnych została przedstawiona najnowsza aktualizacja badań nad superstulatkami w Polsce (Wacław Jan Kroczyk), w której autor przedstawił postępy w badaniach z lat 2017–2019. Omówiono profile zdrowotne wśród dziewięćdziesięcioletników z dystryktu Mugello (Toskania, Włochy) i ich charakterystykę socjoekonomiczną (Cosmo Strozza i wsp.). Duńscy naukowcy Axel Skytthe i Bernard Jeune przedstawili rozważania czy czynniki socjoekonomiczne w środkowym etapie życia mogą wpływać na szanse zostania semi-superstulatką, a zespół japońskich naukowców pod przewodnictwem Yasuhiro Nakanishi przedstawił porównanie wydatków medycznych między populacją stulatków i populacją nie-stulatków.

Niezwykle ważnym punktem konferencji była kwestia obrony walidacji wieku Jeanne Calment (1875–1997), najstarszej zweryfikowanej osoby we współczesnej historii. Po fali publikacji rosyjskich badaczy, często wykorzystujących media masowe, natomiast niepodpartych wiarygodnymi dowodami, zaistniała konieczność ponownego przyjrzenia się przypadkowi pani Calment i wzmocnienia go dowodami, które nie pozostawiłyby marginesu istotnych wątpliwości odnośnie autentyczności jej wieku. Trzy prezentacje zatytułowane „Odpowiedź na dochodzenie w kwestii wieku Jeanne Calment z kontrbadaniem” (Robert D. Young, dyrektora międzynarodowego towarzystwa naukowego Gerontology Research Group), „Czy wiek osiągnięty przez Jeanne Calment jest naprawdę tak nieprawdopodobny?” (Anthony Medford z Uniwersytetu Południowej Danii i James Vaupel), oraz prezentacja o najostrejszym tytule „Sprawa Jeanne Calment – czy fake news może zmienić prawdę”, którą przedstawił sam weryfikator przypadku pani Calment, Jean-Marie Robine i Bernard Jeune. Badania dostarczyły nowych dowodów potwierdzających wiek Jeanne Calment, całkowicie obalających teorię rosyjskich badaczy jakoby miała miejsce kradzież tożsamości. Wg tych badań wiek Jeanne Calment, jakkolwiek wybitny na skalę historyczną, nie znajduje się poza skalą możliwości maksymalnego wieku człowieka.

Ostatnia sesja poświęcona została wybranym innym przypadkom ekstremalnej długowieczności. „Koniec trajektorii życia i najdłużej żyjący mężczyzna na świecie”, poświęcona przypadkowi Jiroemona Kimury (1897–2013) (Yasuhiko Saito i wsp.), „Przypadki Violet Brown i Luisy Theirs” (Robert D. Young) – Violet Brown z Jamajki (1900–2017) była najstarszą osobą na świecie w roku 2017. Luisa Thiers (1814–1926) była natomiast jedną z najwcześniejszych zweryfikowanych superstulatek z USA, w świetle obecnej wiedzy, jest uważana za pierwszą osobę, która przekroczyła wiek

111 lat. W ramach tej sesji przeprowadzono również analizę limitu długowieczności człowieka przy użyciu indywidualnych danych japońskich (Yasuhiko Saito i wsp.).

W zamykającej konferencję sesji plakatowej przeanalizowano starzenie się superstulatków we Francji (Dolly Kumart), populację stulatków w Brazylii w latach 1900–2010 (Marilla R. Nepomuceno, Cassio M. Turra), geografę włoskich semi-superstulatków (Graziella Caselli i wsp.), rzekomych francuskich stulatków ur. w latach 1771–1805 (Dany Chambre), próbki biologiczne (Natalie Coles) oraz projekcję potencjalnej populacji stulatków i superstulatków w Polsce w 2040, przy uwzględnieniu przyczyn zgonów (Maciej Potyra).

Długowieczność człowieka jest fascynującą dziedziną nauki, w której dosłownie każdy miesiąc, każdy tydzień, a nawet każdy dzień potrafi przynieść nowe odkrycia. Jest również dziedziną, w której niezwykle istotna jest współpraca międzynarodowa. Badania dowodzą, że te same trajektorie starzenia determinują różne populacje niezależnie od ich położenia geograficznego. Ponadto, badania dowodzą, że mix genetyczny sprzyja osiągnięciu długowieczności przez kumulację genów odpornościowych, a samo zjawisko długowieczności człowieka jest niezależne od pochodzenia i osiągalne we wszystkich kontynentach świata.

Anna Okońska-Walkowicz¹

Polityka senioralna gminy Kraków

Wobec aktualnej sytuacji demograficznej całej Europy, polityki senioralne jej miast zajmują znaczące miejsce wśród polityk społecznych. Szczególnym przedmiotem troski jest tworzenie przez samorządy takich warunków, jakie wobec dynamicznego rozwoju miast europejskich w różnych obszarach uchronią osoby starsze przed wszelkim wykluczeniem. Wykluczeniem z udziału w życiu społecznym, kulturalnym, towarzyskim, intelektualnym etc.

Ochrona osób starszych przed wykluczeniem, to znacznie szersza perspektywa niż pomoc czy opieka. Widzi ona starość jako okoliczność, której towarzyszą nie tylko koszty i troski ale także poważny zasób rozwojowy.

Takie ujęcie towarzyszy także krakowskiej polityce senioralnej, szczególnie istotnej wobec faktu, że ponad 27% mieszkańców to osoby powyżej 60 roku życia. Asumptem do tego jest podpisana w 2013 roku Deklaracja Dublińska, gdzie Prezydent Miasta zapewnia o przyjazności miasta starzeniu się oraz uchwalona w 2018 roku Strategia Rozwoju Krakowa „Tu chcę żyć. Kraków 2030”², w której celami strategicznymi są Kraków – miasto przyjazne do życia, Kraków – silna wspólnota samorządowa mieszkańców, zaś wśród celów operacyjnych znajduje się uczenie zdrowego starzenia się, motywowanie mieszkańców do realizacji idei zdrowego i aktywnego trybu życia, wysoki poziom partycypacji społecznej i spójność społeczna.

W 2015 roku Rada Miasta Krakowa uchwaliła Gminny Program Aktywności i Integracji Osób Starszych PASIOS na lata 2015–2020³, który stał się podstawą do podjęcia zadań innych niż opieka⁴, adresowanych do osób 60+ zamieszkujących Kraków.

1 Pełnomocnik Prezydenta Miasta Krakowa ds. Polityki Senioralnej, Anna.Okonska-Walkowicz@um.krakow.pl

2 UCHWAŁA NR XCIV/2449/18 RADY MIASTA KRAKOWA z dnia 7 lutego 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Strategia Rozwoju Krakowa. Tu chcę żyć. Kraków 2030.” https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=167&sub_dok_id=167&sub=uchwala&query=id%3D23155%26typ%3Du

3 <https://dlaseniora.krakow.pl/192743,artykul,pasios.html>

4 Działania opiekuńcze i pomocowe finansowane głównie przez gminę adresowane do osób starszych to jedno z zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Gmina prowadzi także Miejskie Centrum Opieki Dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz

Warto wspomnieć, że Kraków był pierwszą gminą, która w sposób systemowy chciała przeznaczać środki na wzmocnienie zaangażowania osób starszych w życie społeczne, profilaktykę zdrowia, włączenie ich w nurt edukacji ustawicznej bez względu na dochody. Prawdopodobnie Kraków to jedyna gmina, która posiada odrębny, szeroki program, który pozwala na wydatkowanie dość pokaźnych środków /ponad 4 miliony rocznie/ na działania wspierające rozwój osób starszych.

Wychodząc z założenia, że właściwym środowiskiem dla rozwoju w starości jest środowisko różnicowane także wiekiem, program PASIOS zapewnia działania integrujące pokolenia.

Część programu PASIOS wiąże się z systematycznym inspirowaniem osób starszych do dbałości o stan zdrowia, szczególnie poprzez zdrowe odżywianie się i zachęcanie do ruchu zarówno w pomieszczeniach zamkniętych, jak i na świeżym powietrzu.

Ważnym zadaniem programu, którego realizacja może ograniczyć wykluczenie osób starszych, jest wprowadzenie seniorów w tajniki technologii informacyjnej. Efektywność realizacji tych zadań nabrała szczególnego znaczenia w czasie izolacji związanej z COVID-19.

Najtrudniejszym obszarem działalności zaplanowanym w programie PASIOS jest zaangażowanie osób starszych w działania obywatelskie i wolontaryjne.

Jednym z pierwszych zadań rodzącej się polityki senioralnej było powołanie przez Radę Miasta Krakowa zgodnie z art. 5c ustawy o samorządzie Rady Krakowskich Seniorów. Gremium o charakterze konsultacyjnym, doradczym i inicjatywnym, które składa się z 25 osób w wieku powyżej 60 lat wybieranych spośród przedstawicieli organizacji pozarządowych i nieformalnych grup mieszkańców przez zebranie sprawozdawczo wyborcze osób delegowanych przez organizacje pozarządowe działające na rzecz osób starszych. Obecnie trwa już trzecia kadencja Rady. Rada współpracuje z Prezydentem Miasta Krakowa i Radą Miasta.

Głównym narzędziem realizacji programu PASIOS jest zintegrowana sieć Centrów Aktywności Seniorów, która obecnie liczy 46 miejsc usytuowanych w miarę równomiernie we wszystkich dzielnicach Krakowa. Centra działają minimum 4 godziny dziennie, przez 5 dni w tygodniu. Należać do CAS może każdy chętny do współdziałania i pracy nad osobistym rozwojem Krakowianin, który ukończył 60 lat, bez względu na poziom zamożności. Wszystkie zajęcia są bezpłatne. Jedyna opłata to symboliczne 5 złotych – rodzaj składki na wodę, kawę i herbatę.

Każde z Centrów jest zarazem ośrodkiem wolontariatu osób starszych. Pierwotnie zbyt optymistycznie założono, że 50% członków CAS zechce podjąć prace na rzecz dobra wspólnego. Niestety życie poważnie zweryfikowało owo założenie. W pierwszych latach udało się zaangażować w działania wolontaryjne zaledwie 10% członków CAS.

Niesamodzielnych, gdzie tylko usługi lecznicze finansowane są przez NFZ. Pozostałe koszty pokrywane są głównie z budżetu gminy. Obie instytucje także realizują zatem zadania miasta w zakresie polityki senioralnej.

Po 5 latach intensywnych inspiracji do pracy dla innych szacuje się że około 40% osób podejmuje się takich działań, niestety niezbyt systematycznie.

W Centrach każdy mieszkaniec Krakowa, który ukończył 60 lat może nieodpłatnie realizować swoje pasje, doskonalić umiejętności, dbać o kondycję fizyczną, włączyć się w działania na rzecz innych, a także pozyskać nowe grono znajomych. Takie miejsca potrzebne są każdej osobie starszej, która zaniechała działalności zawodowej. Pomagają czuć się ważnym, potrzebnym i zdolnym do uczenia się ciągle nowych rzeczy. Centra mają szansę być miejscem lokalnej aktywności obywatelskiej, zwykle bowiem skupiają osoby, które mieszkają w pobliżu. Zajęcia w CAS mają wspomagać harmonijny rozwój osób starszych, pomóc w zaspokojeniu ich potrzeb psychicznych oraz pozwolić im poczuć, że są ciągle aktywnymi członkami krakowskiej społeczności. Dlatego w każdym CAS muszą odbywać się zajęcia intelektualne, ruchowe i wolontaryjne. Co istotne uczestnicy CAS mają wpływ na charakter i tematykę zajęć. Zapisani do CAS starsi mieszkańcy Krakowa uczą się języków, tańczą, śpiewają, pływają, zdrowo gotują, malują, układają kwiaty, pracują nad projektami do budżetu obywatelskiego, dzielnie pracują wolontaryjnie na rzecz innych Krakowian, spotykają się z przedstawicielami świata kultury, nauki i sztuki oraz szyją maseczki i fartuchy ochronne. W roku 2019 z zajęć CAS skorzystało ponad 4 tysiące osób starszych zamieszkujących w Krakowie.

Poprzez sieć Centrów Aktywności Seniorów udaje się też wdrażać idee Inteligentnego Miasta /Smart City/, która polega nie tylko na zaangażowaniu technologii informacyjnej w miejskie rozwiązania technologiczne, ale także na tym, że szybko i precyzyjnie poinformowani o tym co dzieje się w mieście mieszkańcy potrafią nie tylko szybko i skutecznie załatwiać sprawy w urzędzie, ale mają także możliwości przekazywania informacji do odpowiednich jednostek organizacyjnych miasta. W ten sposób mogą mieć wpływ na to co się w mieście dzieje. Uczestnicy zajęć w CAS systematycznie informowani są o życiu Miasta, o rozmaitych akcjach, programach, przedsięwzięciach w które mogą się włączyć, z których mogą korzystać. Wspomniane zajęcia pozwalają lepiej rozumieć miasto i poznawać go od drugiej strony. Bardzo często w Centrach organizowane są spotkania – debaty z pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, urzędnikami różnych wydziałów, hakatony etc. Praca sieci CAS jest intensywnie koordynowana przez Pełnomocnik Prezydenta Miasta Krakowa ds. Polityki Senioralnej i Referat Seniorów Wydziału Zdrowia. Organizowane są cykliczne, obowiązkowe spotkania osób kierujących pracą poszczególnych CAS, wiele z nich ma charakter szkoleniowy. Spotkania z koordynatorami CAS to element systemowego zarządzania projektem „Sieć Centrów Aktywności Seniora”, okazja do monitorowania problemów oraz sposobność do zacieśniania współpracy pomiędzy poszczególnymi CAS.

Wiosenna izolacja spowodowana epidemią pokazała, że Sieć CAS jest siecią odporną nawet na COVID-19. Po krótkiej chwili zatrzymania działalności związanej z nakażeniami, koordynatorzy poszczególnych centrów podjęli próbę prowadzenia części zajęć zdalnie. Przy pomocy SKYPA, Facebooka, ZOOM, Microsoft teams, CISCO Webex

lub innych dostępnych programów prowadzone były zajęcia taneczne, fitness, spotkania z ciekawymi ludźmi, moderowane dyskusje przy herbatce, zajęcia plastyczne. Scrabble i bridge funkcjonował przy pomocy platformy Kurnik. Z każdym dniem przybywało uczestników zajęć w czasie których można było także przekazać informacje dotyczące różnych form pomocy miasta adresowanych do samotnie zamieszkujących starszych osób. Okazało się że mozolnie ćwiczone wcześniej umiejętności komputerowe w dobie pandemii okazały się bezcenne. Pozwoliły na ciekawy, aktywny sposób spędzania czasu bez wychodzenia z domu. Dały szansę na pozyskanie niezwykle istotnych w czasie izolacji informacji, możliwość zrobienia zakupów oraz uczestniczenia w wirtualnych zajęciach aktywizujących. Radość i duma stały się udziałem wielu osób starszych, którym udało się, przecież nie bez trudu, wejść w świat cyfrowy. Równocześnie nigdy wcześniej tak boleśnie nie dało się odczuć wykluczenia cyfrowego najstarszych mieszkańców miasta.

Dlatego wobec widma powrotu izolacji oraz po to, aby zasłużona duma z powodu pokonania trudności związanych z obsługą smartfona czy laptopa mogły być udziałem szerokiego grona seniorów, miasto we współpracy z NGO zorganizowało dziesiątki krótkich szkoleń z podstawowych umiejętności dla osób 70+, a nawet 80+. Udało się poważnie rozszerzyć sędziwe grono użytkowników internetu głównie po to, aby samodzielnie mogły one znaleźć strony, z których informacje pomogą w czasie nasilenia się epidemii samodzielnie rozwiązać ich ważne problemy egzystencjalne oraz korzystać ze zdalnych zajęć prowadzonych przez CAS-y.

Wielkim atutem sieci CAS jest fakt, że miasto powierzyło w drodze konkursów prowadzenie CAS krakowskim organizacjom pozarządowym, które wśród celów statutowych mogą wskazać działalność na rzecz osób starszych Dynamika pracy, osobiste zaangażowanie liderów, szybkość w podejmowaniu decyzji, elastyczność w realizacji, to tylko niektóre walory projektów realizowanych z gminnych środków, według ściśle określonych standardów przez trzeci sektor. Prowadzeniu CAS przez NGO towarzyszą dwa bardzo korzystne dla rozwoju miasta procesy. Jeden, to powstawanie coraz większej liczby organizacji zajmujących się osobami w wieku emerytalnym, drugi to coraz częstsze angażowanie się starszych Krakowian w rozwój miejskiej polityki senioralnej. Wiąże się z tym historia powstawania poszczególnych CAS. Zdarza się, że od lat, co jakiś czas spotyka się jakimś miejscu grupa starszych mieszkańców np. kochających grę w szachy lub rozgrywki brydżowe, pomagają sobie nawzajem, incydentalnie podejmują inne niż np. gra w szachy wspólne działania. Z czasem na wieść o inicjatywie miasta dotyczącej tworzenia sieci CAS reprezentanci grupy kontaktują się z urzędem, otrzymują wsparcie w dopełnieniu formalności związanych z założeniem fundacji czy stowarzyszenia i po rejestracji rozpoczynają bardziej formalną działalność już jako organizacja. Stopniowo nabierają wiary w siebie i pod kierunkiem urzędników zaczynają profesjonalizować swoją działalność. Startują w konkursie i z chwilą gdy ich oferta otrzymuje finansowanie, stają się partnerem miasta w poważnym przedsięwzięciu. Często liderami tak powstałych organizacji są osoby wieku senioralnym. To oni,

doskonale rozumiejąc potrzeby tej grupy wiekowej mieszkańców miasta, podejmują trafne projekty równocześnie znakomicie budują pozytywny obraz samych siebie poprzez potwierdzone przez nową praktykę nowe kompetencje. To kolejny poważny aspekt gminnej polityki senioralnej tj. poszerzanie obywatelskiej aktywności osób starszych oraz tworzenie sytuacji, w której osoby starsze mogą czuć się potrzebne, ważne i doceniane.

Wynikające z finansowania przez miasto CAS powstawanie i profesjonalizowanie się organizacji, których celem statutowym jest działalność na rzecz seniorów lub rozszerzanie listy celów w Krajowym Rejestrze Sądowym o działania na rzecz osób starszych, przez doświadczone organizacje działające do tej pory w innych obszarach pożytku publicznego, dla starzejącej się Polski są rzeczą niezwyklej wagi. Uważa się, że to szersze grupy na problemy starości, pozwala poznać różne jej oblicza i potrzeby i pomaga samorządom w podnoszeniu jakości życia mieszkańców.

PASIOS 2015–2020 dobiega końca. Obok intensywnej działalności CAS program pozwolił na coroczne finansowanie Mistrzostw Sportowych Seniorów 60, 70, 80+ o Puchar Prezydenta Miasta Krakowa, w których w każdej z edycji brało udział około 400 starszych Krakowian, Zawody Wędkarskie, koncerty w ICE Kraków dla blisko 2000 tysięcy seniorów każdy, zloty uczestników zajęć CAS, przeglądy teatralne zespołów senioralnych, kursy z zakresu technologii informacyjnej, dni seniora innowatora, Senioralia, doroczne konkursy na Miejsca Przyjazne Seniorom oraz wigilii dla samotnych seniorów etc. Wspomniane zadania bardzo często były realizowane przez seniorskie organizacje lub przy współpracy z seniorami wolontariuszami.

Ważną częścią programu są działania promocyjne i informacyjne. Mnogość propozycji w przypadku seniorów nie oznacza niestety, że każdy zainteresowany czy potrzebujący będzie mógł z nich skorzystać. W blisko milionowej metropolii dotarcie z informacją do osób nie korzystających ze stron internetowych to nie lada problem. Aby go rozwiązywać rokrocznie aktualizowany jest Informator Krakowskiego Seniora dostępny we wszystkich miejscach funkcjonowania UMK, co dwa tygodnie w bezpłatnej gazecie Krakow.PL jedna strona poświęcona jest informacjom „dla seniora”, a w gazecie Senior rozprowadzanej w CAS i UTW na jednej stronie można znaleźć miejskie aktualności dotyczące działalności senioralnej. Dla upowszechnienia ważnych informacji podejmowana jest też współpraca z Radiem Kraków, Radiem Pogoda i TVP3.

W miarę upływu lat coraz większa rzesza seniorów korzysta z przeglądarek internetowych i dla nich miasto dedykuje podstronę Magicznego Krakowa <http://dlaseniora.krakow.pl>. Tam można znaleźć wszelkie informacje dotyczące działalności miasta w zakresie integracji, aktywności i wolontariatu osób starszych, a także pewnych usług jakie miasto finansuje, aby ułatwić funkcjonowanie osób sędziwych, które dzielnie prowadzą samodzielne gospodarstwo domowe.

Od kilku lat działa program „Złota Rączka”, która polega na wykonywaniu drobnych napraw w domach seniorów, a od miesiąca dla osób 85+ miasto finansuje nieodpłatne

usługi podologiczne. Wdrożono też pilotaż akcji Asystent Osoby Starszej, której celem jest ułatwienie samodzielnego funkcjonowania osób 85+. Asystent pomoże dotrzeć osobie starszej do lekarza, zachęci do wspólnego spaceru, porozmawia o wspólnie przeczytanych artykułach, a czasem doradzi, gdzie poszukać pomocy w trudnej sytuacji lub nauczy korzystania z nowego smartfona lub laptopa.

Niezwyczajnie cenna dla oblicza przyszłego i współczesnego Krakowa i jego standardów życia społecznego teraz i w przyszłości jest „Edukacja do późnej dorosłości” – także komponent programu PASIOS. Celem programu jest organizowanie i wspieranie przedsięwzięć edukacyjnych, które koncentrują się wokół zagadnień starzenia się i starości.

Program *Edukacja do późnej dorosłości* skierowany jest do szkół podstawowych i ponadpodstawowych, które realizować będą program wychowawczy z uwzględnieniem problematyki starzenia się i starości. Przewidziane są przedsięwzięcia edukacyjne, które pomogą uczniom zrozumieć zjawisko starzenia się, a jednocześnie przygotować się na dalsze etapy życia z uwzględnieniem własnej starości. W ramach programu zorganizowano 4 doroczne konferencje, konkurs dla nauczycieli „Uczymy się starości” na najlepsze scenariusze zajęć oraz 6 edycji konkursu „Działajmy Razem”. W ramach konkursu „Działajmy Razem” uczniowie opracowują projekty ciekawych, cyklicznych zajęć wspólnych z okolicznymi mieszkańcami w wieku senioralnym. Wyróżnione projekty otrzymują finansowanie z programu PASIOS. Te integrujące dwa pokolenia projekty mają ogromne znaczenie dla rozwoju zarówno osób starszych jak i młodzieży. Budują pozytywny wizerunek jednych i drugich i na ogół są okazją do fantastycznej międzypokoleniowej pracy i zabawy.

Realizacja programu PASIOS 2015–2020 dobiega końca i szczęśliwie nikt, a szczególnie jego beneficjenci nie wyobrażają sobie już Krakowa bez omówionych powyżej przedsięwzięć. Udało się wiele, ale dzięki zgromadzonym doświadczeniom wiadomo, że to ciągle kropla w morzu potrzeb wynikających z rosnącej populacji starszych Krakowian i nowych wyzwań współczesności. Ponadto starość to wiek najbardziej zróżnicowanych potrzeb dlatego przygotowanie programu na kolejne lata, realnego, a zarazem spełniającego oczekiwania beneficjentów stało się niebywale poważnym wyzwaniem. Pierwszym krokiem w kierunku przygotowania nowego programu było przeprowadzenie ewaluacji edycji 2015–2020 przez Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych UJ.

Uzyskane rekomendacje pozwoliły przygotować zręby programu na lata 2021–2025. Były one szeroko konsultowane z radą Krakowskich Seniorów i wieloma grupami seniorskimi reprezentującymi szerokie gremia starszych mieszkańców miasta. Powstały w ten sposób dokument był od lata konsultowany zgodnie w z zasadami publicznych konsultacji dla miejskich programów. Jeszcze w tym miesiącu będzie przedstawiony pod obrady RMK.

Podjęto także decyzję o konieczności powstaniu dokumentu pt. „Polityka Senioralna Gminy Kraków”, który będzie wyznaczał kierunki działań w dłuższej perspektywie

tj. przynajmniej do roku 2030, który będzie uwzględniał opinie i rekomendacje autorytetów nauki oraz wnioski z doświadczeń miast partnerskich Krakowa. Wszystko po to, aby rosnąca grupa osób starszych⁵ w Krakowie miała optymalne warunki dla pomyślnego starzenia się.

5 W 2018 roku według GUS liczba osób powyżej 60 roku życia to 204 410. Według prognoz GUS między rokiem 2019–2025 liczba osób 60+ wzrośnie w Krakowie o 7790 osób.

RECENZJE

*Fasalu Rahman*¹

RECENZJA KSIĄŻKI: Mala Kapur Shankardass (ed.) *Ageing Issues and Responses in India*, Wydawnictwo Springer, Singapore 2020, ss. 253.



Ageing Issues and Responses in India (Starzenie się – problemy i rozwiązania w Indiach) to wyjątkowa praca poświęcona współczesnej gerontologii w Indiach. Publikacja składa się z piętnastu rozdziałów, poruszających różne tematy dotyczące osób starszych i jest doskonałą analizą badawczą problemów coraz silniej dotyczących seniorów. W kontekście ich rosnącego udziału w populacji praca

porusza problemy dotyczące tych ludzi, w tym: (i) czy zasoby, jakimi dysponuje państwo są wystarczające, aby zapewnić im odpowiednie miejsca do mieszkania; (ii) jak w satysfakcjonujący sposób zająć się ich problemami i łagodzić ich obawy oraz (iii) jakie są plany na przyszłość i programy umożliwiające im odpowiednie funkcjonowanie w społeczeństwie. Autorzy publikacji są ekspertami w różnych dziedzinach: nauk akademickich, tworzenia polityk, badaniach geriatrycznych i medycyny, dzięki czemu książka przedstawia badany obszar z wielowymiarowej perspektywy.

Tematy poruszane w publikacji to: marginalizacja osób starszych z perspektywy pracy socjalnej; dbałość o zdrowie osób starszych ze szczególnym uwzględnieniem usług geriatrycznych; różne inicjatywy, polityki i programy skierowane do seniorów w Indiach; opieka nad osobami starszymi na odległość, zwłaszcza z powodu migracji dzieci; przegląd międzypokoleniowych mechanizmów wsparcia; analiza statusu starszych kobiet; refleksje na temat różnic płciowych; omówienie placówek opieki instytucjonalnej i pojawienie się domów opieki dla seniorów jako nowego modelu życia. W książce znajdziemy również rozważania dotyczące dostępnych w kraju środków ochrony prawnej osób starszych. To zagadnienie staje się szczególnie istotne w świetle rosnącej liczby przypadków nadużyć wobec osób starszych, zwłaszcza kobiet, ze strony

1 Sąd Rodzinny Kasaragod, Kerala, INDIE

członków rodziny, co przedstawiono w dwóch rozdziałach. Publikacja porusza również kwestię specjalnych problemów zdrowotnych starzejącej się populacji, w szczególności problemów wieku poprodukcyjnego i postępowania w przypadku demencji.

Książka napisana jest w sposób przystępny dla czytelnika, jeśli podzielimy treść na pięć części. Pierwszą część mogą stanowić rozdziały 5. i 11. Rozdział 5. autorstwa K. R. Gangadharan i rozdział 11. autorstwa Sarity Kapur przedstawiają kompleksowe studia nad aktualnymi krajowymi politykami, programami i przepisami prawa. W kontekście bezpieczeństwa społecznego określają one jasno, co państwo opiekuńcze powinno zapewnić, np. opiekę zdrowotną, opiekę, prawa człowieka, przetrwanie, emeryturę i świadczenia. Kolejne argumenty oparte są na statystykach w celu zapewnienia wiarygodności i autorytetu systemów pomocy społecznej w przyszłości, zwłaszcza poprzez badania porównawcze w ramach projektów prowadzonych w USA i Wielkiej Brytanii oraz na poziomie międzynarodowym.

Druga kategoria teksów dotyczy nowych inicjatyw skierowanych do osób starszych w Indiach. Rozdziały 2., 3., 4. i 15. można potraktować jako kontynuację jednego tematu. W rozdziale 2. Archana Kaushik omawia problemy marginalizowanych osób starszych z perspektywy pracy socjalnej i przytacza różne studia przypadków w celu zanalizowania tych problemów oraz ich wpływu na zdrowie, sytuację finansową i społeczną seniorów i całego społeczeństwa. Autorka podkreśla również, że dla osób starszych aktywny styl życia jest osiągalny jedynie dzięki zapewnieniu im wsparcia społecznego. Rozdział 4. autorstwa Biju Mathew powinien być czytany jako kontynuacja rozdziału 2. Badanie pokazuje, w jaki sposób możliwe jest tworzenie środowiska przyjaznego seniorom. Podkreśla znaczenie samorządów lokalnych i grup samopomocy w tworzeniu takiego środowiska. Tekst bada problemy społeczne osób starszych, sposoby ich rozwiązywania i sposoby praktycznej realizacji koncepcji aktywnego starzenia się. Rozdziały 3. i 15. przedstawiają studia dotyczące opieki zdrowotnej dla seniorów. W rozdziale 3. Anand Ambali wyjaśnia znaczenie geriatryi prewencyjnej w późnym okresie życia i wskazuje różne poziomy mechanizmów prewencyjnych stosowanych w celu zapewnienia fizycznego, psychicznego i emocjonalnego dobrostanu. Z kolei w rozdziale 15. Vidya Shenoy przedstawia wpływ jogi i muzyki na osoby z demencją.

Trzecia część obejmuje rozdziały dotyczące opieki instytucjonalnej. Sandhya Gupta opisuje w rozdziale 9. różne typy placówek świadczących zinstytucjonalizowaną opiekę, a Anupriyo Mallick omawia w rozdziale 10., w jaki sposób opieka świadczona przez instytucje zmienia życie osób starszych oraz dlaczego nowy styl życia i instytucjonalizacja są nieuniknione.

Czwarta część to rozdziały 8., 12. i 14., które skupiają się na kwestiach dotyczących starszych kobiet. W rozdziale 8. Pamela Singla opisuje, w jaki sposób w Indiach starzejące się kobiety stają się słabszą grupą społeczną, dlaczego są szczególnie ważne i w jaki sposób są niejako skłaniane do siedzącego trybu życia. Z kolei rozdział 12. autorstwa Meeny Yadav to studium dotyczące wpływu starości na zdrowie psychiczne i fizyczne, zwłaszcza w kontekście biologicznych zmian dotyczących kobiety podczas

menopauzy i w starości. Badanie prezentuje analizę objawów menopauzy w różnych krajach na świecie i w różnych regionach Indii oraz zalecenia skutecznego rozwiązywania problemów psychologicznych związanych z menopauzą. W rozdziale 14. Asha Banu Soletti i P. V. Laavanya przedstawiają analizę zjawiska nadużyć wobec starszych kobiet w rodzinie na podstawie doświadczeń trzech kobiet, stosując metodologię jakościową i narracje fenomenologiczne. Badanie ocenia wpływ braku podstawowych środków, zasobów finansowych i międzypokoleniowego wsparcia na życie osób starszych, podkreślając również potrzebę edukacji na poziomie makro. Tematyka wyżej wymienionych rozdziałów skupia się na starszych kobietach. Z kolei w rozdziale 13. Jagriti Gangopadhyay opisuje społeczne i osobiste problemy osób starszych mieszkających samotnie. Z badania wynika, że programy i polityki opracowywane na poziomie administracyjnym powinny być dostosowywane do coraz bardziej starzejącej się populacji.

Piąta część obejmuje rozdziały 6. i 7. Archana Kaushik ocenia w rozdziale 6. trendy i wyzwania w zakresie ochrony starszych rodziców przed infrastrukturą miejską we współczesnych Indiach, natomiast S. Anil Chandran prezentuje w rozdziale 7. ocenę międzypokoleniowego wsparcia na podstawie danych dotyczących populacji, dochodząc do wniosku, że możliwe jest sformułowanie niezbędnych polityk, które przewidywałyby nadchodzący kryzys geriatryczny.

Publikację można uznać za książkę naukową, akademicką i zarazem informacyjną. Poszczególne rozdziały zawierają tabele, wykresy, ilustracje i studia przypadku. Co więcej, starannie opracowana bibliografia poprowadzi badaczy w dalszym zgłębianiu poruszanej tematyki. Wszystkie rozdziały zostały zredagowane i sformatowane w bardzo przystępny i atrakcyjny sposób. Co więcej, każdy z rozdziałów stanowi odrębną całość i przedstawia kompleksowe informacje, a wszystkie czytane w kontekście całej książki tworzą konsekwentną całość prezentującą wysiłki badawcze.

Książka prezentuje współczesne kryzysy, dane statystyczne dotyczące populacji osób starszych w Indiach oraz praktyczne sposoby rozwiązania omawianych problemów. Porównuje również systemy funkcjonujące w innych częściach świata, przewiduje przyszłe kryzysy w Indiach i zapowiada niezbędny proces tworzenia nowych strategii. Publikację można podsumować następująco: książka przedstawia w 15 rozdziałach najaktualniejsze wyniki badań naukowych dotyczących kluczowych problemów osób starszych w Indiach, a także kwestie niedostatecznie poruszane z perspektywy tworzenia polityki i społecznej. W publikacji znajdują się aktualne dane statystyczne, informacje o dostępnych usługach oraz wiele strategii przygotowujących na przyszłość. Z tego względu książka powinna być interesującą lekturą zarówno na poziomie lokalnym, jak i krajowym.

Książka będzie szczególnie przydatna dla osób zajmujących się tworzeniem polityk i programów, praktyków i środowiska akademickiego. Należy podkreślić, że informacje w niej zawarte są także przydatne dla osób starszych, jako że przedstawiają różne praktyczne rozwiązania. Zdecydowaną zaletą publikacji jest to, że może ona zainteresować

czytelników na różnych poziomach. Każdy rozdział wskazuje nowe pytania badawcze wymagające odpowiedzi w najbliższej przyszłości i na większą skalę, dlatego książka może stanowić inspirację do dalszych badań społecznych. Ponieważ podchodzenie do kwestii społecznych na ogólnym poziomie w tak zróżnicowanym kraju nie jest zbyt praktyczne, zwłaszcza, jeśli chodzi o kwestie dotyczące osób starszych, polityki opieki nad seniorami powinny być formułowane na poziomie regionalnym. Należy także uwzględnić różnice między obszarami miejskimi i wiejskimi, dlatego z pewnością warto będzie sięgnąć po kolejny tom omawiający problemy związane ze starzeniem się w konkretnych uwarunkowaniach.

Katarzyna Sygulska¹

RECENZJA KSIĄŻKI: Artur Fabiś, *Troski egzystencjalne w starości. Ujęcie geragogiczne*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2018, ss. 417.



Monografia autorstwa Artura Fabisia pt. *Troski egzystencjalne w starości. Ujęcie geragogiczne* stanowi rozprawę habilitacyjną, na podstawie której (oraz dorobku naukowego) nadano Autorowi stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk społecznych, w dyscyplinie pedagogika.

„Śmierć nas unicestwia, ale idea śmierci nas zbawia” – tymi słowami Irvina D. Yaloma rozpoczyna się recenzowana monografia. Prace tego amerykańskiego psychiatry i psychoterapeuty stały się inspiracją do jej napisania. To właśnie świadomość własnej śmiertelności jest przyczyną zjawiska wzbudzającego dyskomfort w życiu jednostki – trosk egzystencjalnych, które stanowią przedmiot niniejszej pracy. Lęk przed śmiercią, osamotnienie, cierpienie, bilans życiowy i sens życia – to problemy egzystencjalne, które zbadał Artur Fabiś.

Opracowanie składa się z czterech rozdziałów. Pierwszą część stanowią teoretyczne i metodologiczne podstawy badań nad egzystencjalnymi troskami seniorów. Zawiera ona treści odnoszące się do starości i miejsca osób starszych we współczesnym świecie, aktywności edukacyjnej, a także problemów egzystencjalnych jako wyzwania rozwojowego. W rozdziale tym autor opisuje procedury przeprowadzonych badań empirycznych.

Projekt oparty został o jakościową perspektywę badawczą. Zostało przyjęte podejście o charakterze biograficznym, które skoncentrowane jest na doświadczeniach badanych osób. Do zebrania danych zastosowany został jakościowy wywiad częściowo ustrukturyzowany z elementami biograficzno-narracyjnymi. Swój projekt naukowy badacz realizował w oparciu o paradygmat konstruktywistyczny. Celem podjętych badań było „poznanie i zrozumienie (różnorodności) przeżyć, postaw, opinii wobec pojawiających się problemów egzystencjalnych, osadzonych równocześnie w kontekstach społeczno-historycznych, (z)rekonstruowanych przez osoby stare i u progu starości. W szczególności istotne było poznanie strategii radzenia sobie z problemami egzystencjalnymi” (s. 65). Rozmowy zostały przeprowadzone z osiemnastoma seniorami aktywnymi edukacyjnie.

Kolejne rozdziały książki poświęcone zostały na analizę wyników badań własnych oraz wnioski. Druga część opracowania obejmuje osiemnaście historii życia, które „zawierają uchwycony przez badacza opis drogi życiowej oraz celu, jaki narrato-

¹ Dr, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, katarzyna.sygulska@up.krakow.pl

rzy osiągnęli, znajdując się w starości – ich obecnej sytuacji, poglądów, problemów, trosk” (s. 79). Zebrane dane zostały ukazane tutaj w sposób idiograficzny, ukazując niepowtarzalność badanych przypadków. W opisach zostały uwypuklone problemy egzystencjalne badanych, a także sposoby radzenia sobie z nimi.

Trzeci rozdział przedstawia obszar starości osób, które są aktywne edukacyjnie – został on podzielony na dwa podrozdziały. Pierwszy z nich dotyczy doświadczania starości, a zawiera on treści na temat: rozumienia starości, zalet i wad ostatniego okresu życia, aktywności seniorów i ich relacji z innymi ludźmi, a także akceptacji i przygotowania do późnej dorosłości. Drugi podrozdział dotyczy duchowego wymiaru starzenia się. Poruszone zostały tutaj takie kwestie, jak: refleksyjność, transcendencja, mądrość, dążenie do dojrzałości oraz duchowość.

Cześć czwarta nosi tytuł „Skończoność jako źródło trosk i wyzwań w starości”. Treści w niej zawarte odnoszą się do trosk egzystencjalnych: śmierci (która stanowi praprzyczynę pozostałych niepokojów), sensu/bezsensu życia, retrospektywnego przeglądu życia, samotności/osamotnienia oraz cierpienia. Autor (odwołując się do I.D. Yaloma) podkreśla, że „dzięki świadomości śmierci człowiek docenia życie, w obliczu śmierci wiele trosk jawi się jako nieistotne, banalne, a znaczenia nabierają drobne radości, człowiek potrafi też skupić się na istotnych sprawach. Dzięki świadomości przemijania można dopiero zakosztować smaków życia. Bo to właśnie perspektywa przemijalności wydarzeń nasycza je wartością istnienia” (s. 213–214). Świadomość skończoności życia może sprawić, że człowiek bardziej doceni życie, będzie czerpał z niego więcej radości i skoncentruje się na istotnych wartościach.

Rozdział czwarty zawiera również wnioski z badań. Autor formułuje w nich interesującą typologię postaw wobec starości. Są to postawy: konfrontacyjna, kontynuacji, konsumpcyjna oraz konstruktywna. Zostały przedstawione również typy radzenia sobie z troskami egzystencjalnymi: wypierający, ucieczkowy i zaangażowany.

Książkę zamyka zakończenie, a także bibliografia i netografia. Podsumowując publikację, autor akcentuje, że „Obecność problematyki śmierci w całożyciowym uczeniu się, a przede wszystkim w wychowaniu do starości, ale także w starości i przez starość, prowadzi nie tylko do pełni doczesnego życia, lecz jest również świadomym przygotowaniem do ostatniego jego etapu, jest szansą na godne przyjęcie własnej śmierci, na świadomą konfrontację z troskami ostatecznymi” (s. 399). W części kończącej dzieło zawarte zostały cenne dla praktyki postulaty dotyczące pomocy ludziom, co stanowi wartość szczególną.

Monografia *Troski egzystencjalne w starości. Ujęcie geragogiczne* stanowi bogate źródło wiedzy. Problemy sensu życia, cierpienia, samotności, śmiertelności, czy bilansowania egzystencji dotyczą każdego człowieka. Niewątpliwie są to kwestie kluczowe w życiu jednostki. Jak pisze sam autor: „Choć głównym adresatem książki jest środowisko akademickie, to założenie takie nie wyklucza jednocześnie zainteresowania się poruszaną tematyką praktyków, działających w szczególności na rzecz osób starszych, studentów czy po prostu humanistów, pragnących zrozumieć człowieka” (s. 13–14).

Publikacja może zainteresować nie tylko teoretyków i praktyków zajmujących się osobami starszymi, ale także samych seniorów.

Na uwagę zasługuje fakt, że monografia habilitacyjna została uznana za wybitną. Książka ma dużą wartość edukacyjną i praktyczną. Może ona przyczynić się do lepszego rozumienia seniorów oraz wspierania ich. Skłania do refleksyjnego podejścia do trosk egzystencjalnych jednostki. Wreszcie – może skutkować poprawą jakości życia człowieka.