

Polskie społeczeństwo potrzebuje seniorów.

Wybrane zagadnienia polityki senioralnej
i formy aktywizacji społecznej osób starszych

Polskie społeczeństwo potrzebuje seniorów.

Wybrane zagadnienia polityki senioralnej
i formy aktywizacji społecznej osób starszych

pod redakcją
Marcina Lisaka

materiały z konferencji
zorganizowanej w dniu 10 czerwca 2014 roku
w gmachu Senatu RP
przez
Komisję Rodziny i Polityki Społecznej
Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
we współpracy
z Fundacją Polsko-Niemieckie Pojednanie
oraz Fundacją Erinnerung-Verantwortung-Zukunft

Warszawa 2014

Copyright © by Fundacja Polsko-Niemieckie Pojednanie 2014

Copyright © by Wydawnictwo Ojców Franciszkanów Niepokalanów 2014

Copyright © by authors: Mieczysław Augustyn, Marzena Breza, Adriana Brzezicka-Bieniasz, Jolanta Grabowska-Markowska, Wawrzyniec Konarski, Irena Lipowicz, Maja Lis-Turlejska, Marcin Lisak, Jolanta Maj, Dariusz Pawłoś, Katarzyna Prot, Tomasz Ren, Krzysztof Rutkowski, Martin Salm, Michał Szczerba, Przemysław Sypniewski, Alicja Zajchowska 2014

Redakcja merytoryczna i adiustacja:

Małgorzata Celtycka

Korekta i projekt okładki:

Jolanta Maj

Opracowanie graficzne okładki:

Beata Lang

Redakcja techniczna i skład:

Karol Wojtyna

Przedruk materiałów w całości lub części możliwy
jest wyłącznie za zgodą Wydawcy. Cytowanie oraz wykorzystanie
danych empirycznych dozwolone jest z podaniem źródła.

Wydanie pierwsze, Warszawa 2014

ISBN 978 - 83 - 63736 - 06 -4

Wydawca:

Fundacja Polsko-Niemieckie Pojednanie

ul. Krucza 36, 00-921 Warszawa

tel. 22 695 99 41, fax: 22 629 52 78

e-mail: informacja@fnpn.pl

www.fnpn.pl

Druk:

Wydawnictwo Ojców Franciszkanów Niepokalanów

ul. o. M. Kolbego 5, 96-515 Teresin

tel. 46 864 22 08

e-mail: wof@niepokalanow.pl

www.wydawnictwo.niepokalanow.pl

Spis treści

MARCIN LISAK	
Wstęp.....	7
GŁOSY WPROWADZAJĄCE.....	11
PRZEMYSŁAW SYPNIEWSKI	
Wprowadzenie – geneza konferencji.....	11
DARIUSZ PAWŁOŚ	
Powitanie uczestników konferencji.....	13
MARTIN SALM	
Dawanie i przyjmowanie	15
POLITYKA SENIORALNA PAŃSTWA	19
IRENA LIPOWICZ	
Ochrona praw osób starszych w szybko zmieniającym się świecie.....	19
MARZENA BREZA	
Aktywność osób starszych w polityce długofalowej państwa	31
Mieczysław Augustyn	
Seniorzy – między pracą a opieką	35
MICHAŁ SZCZERBA	
Sejm wobec wyzwań polityki senioralnej.....	41
DZIAŁANIA ORGANIZACJI LOKALNYCH NA RZECZ SENIORÓW	47
ALICJA ZAJCHOWSKA, ADRIANA BRZEZICKA-BIENIASZ	
Aktywność seniorów w wymiarze bio-psycho-społecznym a poczucie satysfakcji z życia	47
JOLANTA GRABOWSKA-MARKOWSKA	
Godne życie człowieka chorego aż do godnej śmierci.....	65
KS. TOMASZ REN	
Starość – przegrana czy nadzieja życia? Perspektywa katolickiej „Caritas”	71

NAUKI SPOŁECZNE WOBEC PROBLEMÓW OSÓB STARSZYCH	77
1. Perspektywa psychologiczna – wokół doświadczeń traumatycznych	79
MAJA LIS-TURLEJSKA	
Poziom objawów potraumatycznych wśród osób, które przeżyły II wojnę światową	79
KRZYSZTOF RUTKOWSKI	
Psychiczne i somatyczne następstwa prześladowań politycznych – krótkie wprowadzenie	89
KATARZYNA PROT	
Psychologiczne następstwa traumy wojennej na podstawie pracy psychoterapeutycznej z ocalałymi z Holocaustu....	101
2. Perspektywa antropologiczno-socjologiczna:	
kontekst duchowości oraz migracji	107
JOLANTA MAJ	
Rozwijanie potencjału twórczego osób starszych poprzez sztukę	107
MARCIN LISAK	
Rola osób starszych w strategiach migracyjnych polskich imigrantów w Irlandii	123
WAWRZYNIEC KONARSKI	
Rekapitulacja własna – wybrane wątki	137

MARCIN LISAK

Wstęp

Polskie społeczeństwo jest obecnie jeszcze jednym z najmłodszych w Europie. Przemiany demograficzne zachodzą w naszym kraju jednak tyle szybko, że wkrótce mieszkańcy Polski staną się najszybciej starzejącą się zbiorowością w Unii Europejskiej. Starzenie się polskiego społeczeństwa potęgują bardzo niski wskaźnik urodzeń oraz wzrastająca długość życia. Oba wskazane czynniki powiązane są z rozwojem ekonomicznym i stanowią wyznacznik cywilizacyjny charakterystyczny dla krajów rozwiniętych. Nie oznacza to jednak, że społeczne starzenie się przebiega wszędzie wedle tego samego scenariusza. W poszczególnych rozwiniętych ekonomicznie krajach europejskich przemiany demograficzne następują z różnym natężeniem, co w znacznej mierze warunkowane jest polityką społeczną. Programy społeczne realizowane przez władze publiczne, ale także przez organizacje pozarządowe i podmioty prywatne, odnoszą się w istotnym zakresie do problemów życiowych osób w starszym wieku. W ten sposób powstaje i funkcjonuje cała sieć wielowymiarowych działań, która określa kształt polityki senioralnej.

Zagadnienia polityki społecznej, kierowanej wobec osób starszych oraz całościowo podejmującej problematykę starzenia się polskiego społeczeństwa, stały się tematem konferencji zatytułowanej „Społeczeństwo potrzebuje Seniorów. Nowa aktywność społeczna osób starszych”. Głównym organizatorem tej konferencji, która obradowała 10 czerwca 2014 roku w gmachu Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, była Komisja Rodziny i Polityki Społecznej Izby Wyższej polskiego Parlamentu. Współorganizatorami były dwie organizacje trzeciego sektora: Fundacja Polsko-Niemieckie Pojednanie oraz niemiecka Fundacja „Pamięć, Odpowiedzialność i Przyszłość” (*Stiftung Erinnerung-Verantwortung-Zukunft*). W niniejszym zbiorze oddajemy w ręce Czytelników materiały konferencyjne przygotowane i wygłoszone przez referentów. Zostały one zredagowane pod kątem dwóch wiodących tematów: polityki senioralnej i aktywności społecznej osób starszych.

Praca zbiorowa składa się z trzech zasadniczych części o zróżnicowanym charakterze. Pierwsza część prezentuje zasadnicze nurtów polityki senioralnej prowadzonej przez władze publiczne. Całość tego działu rozpoczyna artykuł autorstwa Ireny Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich, która od strony prawnej określa priorytety problematyki ochrony osób w starszym wieku. Na programy rządowe wskazuje w swoim artykule Marzena Breza. Z kolei refleksje senatora Mieczysława Augustyna oraz posła Michała Szczerby odnoszą się do polityki senioralnej obecnej w perspektywie władzy ustawodawczej.

Kolejny blok tematyczny ilustruje działania lokalnych instytucji, które zajmują się opieką nad osobami starszymi oraz ich aktywizacją. Poglądowy artykuł autorstwa Alicji Zajchowskiej i Adrian Brzezickiej-Bieniasz obrazuje proces starzenia się, wskazuje na funkcje aktywności społecznej seniorów i wybrane wątki geriatry oraz opisuje działania Uniwersytetów Trzeciego Wieku i domów pomocy społecznej. Tekst Jolanty Grabowskiej-Markowskiej wskazuje na ruch hospicyjny, a refleksja ks. Tomasza Rena dotyczy działań Caritas.

Trzecia część książki stanowi zbiór prac naukowych i popularno-naukowych z dziedziny psychologii, antropologii i socjologii. Maja Lis-Turlejska w swoim artykule wskazuje na wysoki poziom objawów potraumatycznych w zbiorowości osób starszych, które przeżyły dramat II wojny światowej. Praca Krzysztofa Rutkowskiego przedstawia skrótowo wyniki badań nad psychicznymi i somatycznymi skutkami prześladowań politycznych. Z kolei Katarzyna Prot opisuje następstwa traumy Holokaustu. Artykuł autorstwa Jolanty Maj przedstawia antropologiczną refleksję na temat sztuki oraz funkcji arteterapii w rozwijaniu twórczego potencjału seniorów. Socjologiczny tekst Marcina Lisaka wskazuje na znaczącą rolę, jaką osoby starsze (starsi rodzice-dziadkowie) odgrywają w budowaniu strategii migracyjnych polskich imigrantów (młodych-dorośli i ich dzieci) mieszkających w Irlandii.

Całość poprzedzają wypowiedzi powitalne prezesów fundacji współorganizujących spotkanie. Jako swoiste posłowie publikujemy rekapitulację autorstwa jednego z uczestników konferencji, prof. Wawrzyńca Konarskiego, który podkreśla konieczność podejmowania przez rząd pierwszoplanowej roli w kreowaniu i prowadzeniu polityki senioralnej.

Zdajemy sobie sprawę, że opracowania publikowane w niniejszym zbiorze odnoszą się tylko do kilku wybranych aspektów polityki senioralnej w Polsce. Mamy jednak nadzieję, że artykuły naszych Autorów posłużą jako materiał do dalszej debaty publicznej i badań naukowych dotyczących zagadnienia starości i starzenia się. W istocie rzeczy publikowane prace koncentrują się wokół jednego z najistotniejszych aspektów psycho-społecznego wymiaru starości, którym jest aktywność społeczna. Społeczeństwo Polski coraz bardziej potrzebuje twórczej partycypacji seniorów. Osoby starsze, choć pozostają już poza rynkiem pracy, nadal (są) mogą być, jak opisują to socjologowie, społecznie produktywne, w znaczeniu prowadzenia „każdej aktywności, która wytwarza dobra i usługi, niezależnie czy opłacana, czy nie, włączając taką aktywność jak praca domowa, opieka nad dziećmi, wolontariat, pomoc rodzinie i przyjaciołom” (Hinterlong, Morrow-Howell i Sherraden 2001).

* * *

Hinterlong J., N. Morrow-Howell, M. Sherraden. (2001). *Productive ageing – principles and perspectives*, w: *Productive ageing. Concepts and challenges*, J. Hinterlong, N. Morrow-Howell, M. Sherraden (red.), Baltimore: Johns Hopkins University Press. Cytat za: B. Szatur-Jaworska, P. Szukalski (2014). *Wprowadzenie*, w: *Aktywne starzenie się – Przeciwdziałanie barierom*, B. Szatur-Jaworska, P. Szukalski (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 8.

GŁOSY WPROWADZAJĄCE

PRZEMYSŁAW SYPNIEWSKI

Sekretarz Zarządu Fundacji Polsko-Niemieckie Pojednanie

Wprowadzenie – geneza konferencji

Janusz Korczak pozostawił po sobie szereg cennych dzieł i dobrą pamięć. Kierował się w życiu wieloma wartościami, nazywał je po imieniu, wyrażał umiłowanie dla wartości samego życia. Pamiętamy go jako opiekuna dzieci i młodzieży, ale jego zamiłowanie do ludzkiego życia obejmowało wszystkie etapy, także starość. Korczak podkreślał, że „ludzie boją się śmierci, bo nie umieją cenić życia”. Właśnie te słowa, wskazujące jak cenne jawi się ludzkie życie, stały się jedną z inspiracji dla działań Fundacji „Polsko-Niemieckie Pojednanie” na rzecz pokolenia seniorów.

Jednym z wymiarów naszego zaangażowania w sprawy środowiska osób starszych, w tym także represjonowanych w czasie II wojny światowej, stała się organizacja programów edukacyjnych i integracyjnych. Doprowadziło to nas do zainicjowania cyklu szkoleń dla seniorów, ofiar represji oraz wolontariuszy. Kolejnym etapem w realizacji naszej misji umacniania przekonania o „cЕННОści” życia ludzkiego także na etapie starości, w naturalny sposób, stała się współpraca ze środowiskiem osób wypełniających zadania publiczne – polityków i urzędników – a także przedstawicieli nauk społecznych. Najlepszym sposobem realizacji tych zamierzeń wydał się nam pomysł wspólnej debaty o sprawach seniorów. Przychylność dla idei organizacji konferencji poświęconej aktywności społecznej osób starszych, z ogromną życzliwością i kompetencją, wyrazili senatorowie. Możemy się zatem wspólnie cieszyć z konferencji obradującej w siedzibie Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie zbiegają się programy i działania na rzecz wspólnego dobra naszego kraju.

Mamy nadzieję, że konferencja pomoże w dalszej integracji i aktywizacji środowiska seniorów. Udział w dzisiejszym spotkaniu wyjątkowych referentów, którzy przyjęli nasze zaproszenie do podzielenia się swoimi doświadczeniami i wynikami prowadzonych badań, z pewnością pomoże w prowadzeniu polityki senioralnej państwa. Ufam, że wzmocni również działania lokalnych instytucji opiekuńczo-aktywizujących, a także przyczyni się do międzypokoleniowej integracji społecznej.

DARIUSZ PAWŁÓŚ

Przewodniczący Zarządu Fundacji „Polsko-Niemieckie Pojednanie”

Powitanie uczestników konferencji

Witam wszystkich bardzo serdecznie w imieniu Fundacji „Polsko-Niemieckie Pojednanie”, która ma zaszczyt być współorganizatorem dzisiejszej konferencji. Nie przypadkowo, ponieważ sytuacją osób starszych w Polsce, a przede wszystkim seniorów należących do wojennego pokolenia, interesujemy się już od bardzo dawna. W grupie osób powyżej 70 roku życia znaczny odsetek stanowią osoby represjonowane pod okupacją niemiecką. Jednym z naszych najważniejszych zadań jest niesienie im pomocy, ochrona ich interesów, zapewnienie godnego miejsca w społeczeństwie, przeciwdziałanie wykluczeniu z życia obywatelskiego oraz uwrażliwienie opinii publicznej na potrzeby tej grupy społecznej. Są to żyjący świadkowie historii, którzy potrzebują dzisiaj szczególnej uwagi i troski ze strony aparatu państwowego i całego społeczeństwa.

Ale są to też osoby – niestety nie wszyscy o tym wiedzą – z olbrzymim potencjałem, energią (mimo podeszłego wieku) i wiedzą, którą chętnie się dzielą z młodym pokoleniem.

Cieszę się, że spotykamy się tutaj w gronie osób, które współtworzą politykę senioralną w Polsce. Fundacja „Polsko-Niemieckie Pojednanie” gotowa jest służyć całą swoją wiedzą, doświadczeniem i kontaktami w środowisku kombatanów i osób poszkodowanych przez III Rzeszę, aby wesprzeć prace tej komisji.

Chciałbym szczególnie podziękować za przybycie przedstawicielom środowiska osób poszkodowanych w czasie drugiej wojny światowej, którzy sami są seniorami, świadkami historii, ale także aktywnymi społecznikami, zaangażowanymi w pracę na rzecz swojego środowiska. Są też strażnikami pamięci niezastąpionymi w pracy z młodzieżą.

Obecnie realizujemy projekt SIDI, czyli Sieć Informacji Doradztwa i Integracji. Jego celem jest ułatwienie osobom represjonowanym oraz ich

rodzinom dostępu do informacji o możliwościach pozyskiwania pomocy społecznej, medycznej oraz prawnej z polskich i zagranicznych instytucji publicznych i prywatnych, a także aktywizacja osób starszych. W ramach Sieci uruchomiliśmy dziewięć ośrodków: w Warszawie – w siedzibie Fundacji „Polsko-Niemieckie Pojednanie”, w Gdańsku, Wrocławiu, Katowicach, Krakowie, Poznaniu i Lublinie – w wojewódzkich oddziałach Stowarzyszenia Polaków Poszkodowanych przez III Rzeszę, w Szczecinie i Zamościu – w tamtejszych oddziałach Polskiego Związku Byłych Więźniów Politycznych Hitlerowskich Więzień i Obozów Koncentracyjnych.

Dzisiejsza konferencja ma również charakter międzynarodowy, nie mogłaby się odbyć bez wsparcia ze strony naszego wieloletniego partnera – niemieckiej Fundacji „Pamięć, Odpowiedzialność i Przyszłość”. Witam jej przewodniczącego Martina Salma. Jego obecność tutaj i wsparcie dla naszego projektu są wyrazem troski o seniorów należących do środowiska osób represjonowanych pod okupacją niemiecką.

MARTIN SALM

*Przewodniczący Zarządu Fundacji „Pamięć, Odpowiedzialność i Przyszłość”
(Stiftung Erinnerung-Verantwortung-Zukunft)*

Dawanie i przyjmowanie

Wyobraźmy sobie, że nie istnieją osoby starsze. Ci z nas, którzy nie znali swoich dziadków, doskonale wiedzą, czego i kogo im brakowało: brakowało ludzi, do których można byłoby pójść, którzy mogliby doradzić – może inaczej niż rodzice – ludzi, którzy mogliby rozpieszczać; ludzi, którzy wiele przeżyli i mogliby o tym opowiedzieć, gdyby tylko można było ich zapytać i w ten sposób przekazać im część swojej tożsamości; brakowałyby ludzi, którzy dąliby poczucie bezpieczeństwa i byłiby widocznym znakiem tego, że zmieniają się czasy.

Nawet jeśli niektóre rodziny muszą radzić sobie bez dziadków, trudno wyobrazić sobie społeczeństwo bez osób starszych: korzystamy przecież z ich doświadczeń, rozeznania, cierpliwości, wiedzy i umiejętności. A związane z wiekiem choroby i ułomność uświadamiają nam, jak kruche jest nasze życie i pokazują, że ta społeczna zależność od innych osób nie oznacza odarcia z godności.

W naszych społeczeństwach obserwujemy różne postawy wobec osób starszych i wobec starszego wieku – różnice te są dostrzegalne nie tylko pomiędzy poszczególnymi krajami, ale również w obrębie danego społeczeństwa. Myślę, że warto abyśmy wszyscy zastanowili się nad naszymi różnymi postawami. Nasza wspólna historia, szczególnie niemiecka okupacja Polski podczas II wojny światowej, spowodowała, że nosimy w sobie różne doświadczenia historyczne. Nie zamierzam zacierać i niwelować tych różnic. Przede wszystkim pragnę Państwu podziękować za to, że mogę tutaj i teraz zabrać głos i wspólnie z Państwem rozmawiać o społecznej roli seniorów. Nie jest to dla mnie wcale tak oczywiste i zdaję sobie sprawę z wagi tego faktu.

Pozwólcie Państwo, że dalszą część mojego wystąpienia poświęcę kwestii obrazu ludzi starszych i ich roli w społeczeństwie. Będzie to obraz, który jest kluczowy dla działań, podejmowanych przez Fundację „Pamięć, Odpowiedzialność i Przyszłość” (EVZ – *Stiftung Erinnerung-Verantwortung-Zukunft*). Ponadto pragnę przedstawić inicjatywy obywatelskie i ich znaczenie w procesie konkretnego wsparcia ofiar nazizmu.

Celem realizowanego przez Fundację EVZ programu wspierającego „Partnerstwo na rzecz ofiar nazizmu” w Polsce, jest przede wszystkim przeciwdziałanie społecznej izolacji osób starszych i umożliwienie im samodzielnego i godnego życia. Osiągnięcie tych zamierzeń możliwe jest dzięki ogromnemu zaangażowaniu wolontariuszy, których pracę koordynują organizacje pozarządowe w całej Polsce, działające na rzecz społeczeństwa. Instytucje te zachęcają młodych ludzi do włączenia się w pomoc innym, oferują im sposoby i możliwość nawiązywania kontaktów.

Fundacja EVZ i jej partnerzy postrzegają ofiary nazizmu jako osoby starsze, które mają zarówno różne potrzeby, jak i różne dary, którymi mogą się dzielić. Dlatego Fundacja i jej partnerzy chcą pomóc seniorom w odkrywaniu tych talentów i wspierać ich rozwój. Najważniejsza przecież jest wymiana – dawanie i branie jako element dialogu międzypokoleniowego; ludzie starsi z jednej strony otrzymują pomoc w swoich potrzebach, z drugiej strony mają możliwość zrobienia czegoś pożytecznego i sensownego. To pozwala im poczuć, że są ważni i potrzebni, chociażby podczas spotkań z młodzieżą czy spędzania w ciekawy sposób czasu wolnego. Jednocześnie osoby starsze mogą aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym. Pragnę wskazać tu trzy przykłady projektów: projekt stowarzyszenia „mali bracia Ubogich” w Warszawie i Lublinie, projekt Zamojskiego Centrum Wolontariatu oraz projekt Towarzystwa Samarytańskiego w Zakliczynie. Każdy z nich to swoiste forum dialogu międzypokoleniowego z ofiarami prześladowań nazistowskich, w który zaangażowani są wolontariusze.

Ważnymi realizatorami projektów są także społeczne organizacje skupiające ofiary nazizmu. Ze względu na zaawansowany wiek swoich członków potrzebują one jednak wsparcia ze strony innych instytucji. Fundacja EVZ wspiera

wszelkiego rodzaju współpracę, tak aby wspomniane organizacje skupiające ofiary nazizmu, mogły jak najdłużej reprezentować interesy swoich członków.

Fundacja EVZ wspiera osiem punktów doradztwa prowadzonych przez Fundację „Polsko-Niemieckie Pojednanie” we współpracy z lokalnymi zrzeszeniami ofiar nazizmu („Sieć Doradztwa SIDI”). Wsparcie Fundacji EVZ umożliwia kontakty pomiędzy Federacją Organizacji Społecznych na Warmii i Mazurach (FOSA) i lokalnymi zrzeszeniami osób poszkodowanych, a także przyczynia się do funkcjonowania w Polsce opartej na wolontariacie sieci doradców Stowarzyszenia Maximilian-Kolbe-Werk.

Ogromne potrzeby dostrzegamy w zakresie opieki domowej, na którą wielu seniorów nie może sobie pozwolić, a działania małych stowarzyszeń niewiele tu pomagają. Dlatego Fundacja EVZ wspiera na przykład lokalne przychodnie, które wyspecjalizowały się w opiece nad ofiarami nazizmu, w tym szczególnie nad byłymi więźniami obozów koncentracyjnych, a także ośrodki pomocy społecznej, przeprowadzające bezpłatne badania dla poszkodowanych. Te wyspecjalizowane ośrodki rokrocznie zmagają się z poważnymi problemami finansowymi, a ich zamknięcie byłoby dla ofiar nazizmu i ich rodzin prawdziwym dramatem.

Przykładem takich inicjatyw jest przychodnia dla więźniów gett i obozów koncentracyjnych w Krakowie (Fundacja „Pro Vita et Spe”), oferująca seniorom bezpłatną opiekę medyczną i domową oraz fizjoterapię. W Łodzi natomiast Stowarzyszenie Maximiliana Kolbe prowadzi Centrum Opieki Socjalnej, w którym ofiary nazizmu mogą się nieodpłatnie przebadac.

Fundacja EVZ wspiera także ocalałych z Holocaustu Romów. Jest to grupa żyjąca często na uboczu i potrzebująca szczególnej pomocy. Fundacja dofinansowuje projekt Związku Romów Polskich ze Szczecinka, w ramach którego asystenci społeczni służą ocalałym Romom i ich rodzinom z terenu trzech województw (małopolskie, łódzkie i pomorskie) pomocą socjalną, prawną i medyczną.

W ramach tych licznych programów lokalnych pracownicy przeróżnych instytucji i wolontariusze wykonują ogromną pracę, której wartość jest bezcenna i która przyczynia się do polepszenia jakości życia sędziwych już ofiar

prześladowań nazistowskich oraz sprawia, że czują się one ważne. Jestem przekonany, że wszystkie osoby zaangażowane w tą trudną działalność czerpią z niej satysfakcję, ponieważ każde autentyczne spotkanie między ludźmi zawsze jest sumą dawania i przyjmowania.

POLITYKA SENIORALNA PAŃSTWA

IRENA LIPOWICZ

Rzecznik Praw Obywatelskich

Ochrona praw osób starszych w szybko zmieniającym się świecie

Jednym z kluczowych czynników determinujących sytuację ludności Polski jest starzenie się populacji oraz wydłużanie się przeciętnego czasu trwania życia. To wydłużenie jest naszym wielkim osiągnięciem, przedmiotem dumy i ambicji. Jednak w wyniku tych zmian demograficznych, za kilkadziesiąt lat, ludność Polski będzie się składać w takim samym stopniu ze starych, co z młodych ludzi. W związku z generalną zmianą demograficzną, konieczna jest refleksja dotycząca włączenia osób starszych w pełne uczestnictwo w życiu społecznym i publicznym, a także wzrasta waga zapobiegania dyskryminacji ze względu na wiek. Powinniśmy zwrócić szczególną uwagę na tę grupę społeczną ze względu na jej rosnący potencjał, równocześnie pamiętając, iż nadal jest to grupa w sposób wyjątkowy narażona na dyskryminację.

Trzeba w tym miejscu wspomnieć o idei społeczeństwa dla wszystkich pokoleń, której międzynarodowy rodowód sięga 1995 roku i Światowego Zgromadzenia Narodów Zjednoczonych, dotyczącego rozwoju społecznego. Została ona rozwinięta w przyjętym przez ONZ w 2002 roku Międzynarodowym Planie Działań w Kwestii Starzenia się Społeczeństw (tzw. Planie Madryckim). Przyjęto w nim, że: wszystkie działania wobec starzenia się są nierozdzielnie związane ze strategią rozwoju, zasadniczą kwestią jest upodmiotowienie osób starszych oraz ich prawa i potencjał, a sam proces starzenia się powinien być pojmowany przez społeczeństwo w kontekście

równowagi między wyzwaniami, które niesie i szansami, które tworzy. Z jednej strony zatem celem społeczeństwa i władzy publicznej powinno być pełne wykorzystanie ogromnego potencjału, jaki stwarza proces starzenia się społeczeństwa w XXI wieku. Z drugiej strony mamy również obowiązek zagwarantować możliwość bezpiecznego i godnego starzenia się społeczeństwa oraz zapewnić osobom starszym nieprzerwany udział w życiu społecznym jako pełnoprawnym obywatelom. Należy przy tym wziąć pod uwagę różnice występujące wśród samych osób starszych. Każda z podgrup wiekowych wyróżnia się innymi cechami oraz związanymi z nimi potrzebami i uwarunkowaniami.

Rzecznik Praw Obywatelskich posiada konstytucyjny mandat w zakresie ochrony praw człowieka w Polsce. Rzecznik Praw Obywatelskich jest również niezależnym organem do spraw równego traktowania, wyznaczonym przez państwo polskie zgodnie z dyrektywami UE; znaczną część działalności związanej z tą rolą ukierunkowuje na ochronę praw osób starszych. W związku z tym, Rzecznik zapewnia wsparcie ofiarom dyskryminacji ze względu na wiek, analizuje, monitoruje i wspiera równe traktowanie osób starszych. RPO pełni również funkcję pośrednika w dialogu pomiędzy obywatelami, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, krajowymi organami władzy publicznej i międzynarodowymi instytucjami praw człowieka. W wymiarze ochrony praw osób starszych to pośrednictwo odnosi się nie tylko do konkretnych indywidualnych przypadków łamania praw osób starszych, ale może również przyczyniać się do ogólnej poprawy warunków niezbędnych do możliwie pełnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym. Dlatego włączenie tematyki starzejącego się społeczeństwa w długofalowe działania państwa stało się jednym z moich priorytetowych działań jako Rzecznika Praw Obywatelskich.

Rolą RPO jest również monitorowanie czy działania władz publicznych realizują wartości i deklarowane cele. Wymienię tylko niektóre; choć wydają się oczywiste, są często niedoceniane w praktycznym działaniu.

- Dążąc do spójności społecznej, państwo powinno tak kształtować strategię i praktykę działania na rzecz starzejącego się społeczeństwa, aby integrować różne grupy społeczne i wiekowe, unikać natomiast rozwiązań segregacyjnych, adresowanych wyłącznie do osób starszych.

- Integracji nie sposób osiągnąć bez dialogu międzypokoleniowego. Narastające tempo zmian we współczesnym świecie sprawia, że dialog między pokoleniami staje się coraz trudniejszy. Konieczne jest systemowe i systematyczne wsparcie tego dialogu, tworzenie rozwiązań sprzyjających komunikacji i współpracy. Inaczej bariery między różnymi pokoleniami będą rosnąć zarówno w rodzinie, pracy jak i środowisku lokalnym.

Dialog i współpraca dają najlepsze owoce, pozwalają tworzyć optymalne rozwiązania. Zgodnie z zasadą partnerstwa należy zatem dbać o włączenie osób starszych i ich środowisk/organizacji w opracowywanie rozwiązań, które mają im służyć. Wartością samą w sobie jest, dzięki zaproszeniu do współpracy, uruchomienie wiedzy, doświadczenia i energii osób starszych na rzecz dobra wspólnego. Z tego względu dużą rolę w realizacji zasady partnerstwa i partycypacji mogą odegrać lokalne rady seniorów.

W 2010 roku Rzecznik Praw Obywatelskich powołał komisję ekspertów składającą się z naukowców (m.in. prawników, socjologów, gerontologów, geriatrów) oraz przedstawicieli organizacji społeczeństwa obywatelskiego. Jest to unikatowe forum wymiany wiedzy, poglądów i doświadczeń. Służy ono m.in. wypracowaniu rekomendacji dla Rzecznika, gromadzeniu i rozpowszechnianiu „dobrych praktyk” w zakresie między innymi propagowania uczestnictwa osób starszych w rynku pracy oraz w życiu społecznym i kulturalnym. Podczas posiedzeń komisji ekspertów nie tylko upowszechniane są wyniki niezależnych badań naukowych, ale są one poddawane wnikliwej dyskusji w gronie osób zaangażowanych w dany temat. Efektem prac komisji ekspertów jest między innymi opracowanie „Strategie działań w starzejącym się społeczeństwie”, mogące stanowić inspirację dla samorządów lokalnych i regionalnych oraz organizacji społecznych w pracach nad strategiami rozwoju. Opracowano szereg poradników adresowanych do osób starszych, zawierających informacje o przysługujących im prawach człowieka i obywatela. Z inicjatywy ekspertów przeprowadzono debaty i wydano publikacje dotyczące różnych aspektów starzejącego się społeczeństwa, między innymi: dialogu międzypokoleniowego, języka mówienia o starości, ochrony zdrowia psychicznego czy problemów osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów.

Przyjrzyjmy się konkretnym przykładom działań na rzecz starzejącego się społeczeństwa w Polsce. Są one podejmowane w różnych obszarach działalności publicznej.

Aktywność zawodowa i społeczna osób starszych

Kwestia aktywności zawodowej i społecznej osób starszych jest szczególnie ważnym obszarem, dlatego postanowiłam omówić go w pierwszej kolejności. Obecna polityka wobec osób starszych generuje sprzeczne sygnały. Z jednej strony przedłużenie wieku emerytalnego do 67 roku życia tworzy przekaz „osoba w wieku 65 lat jest wciąż osobą w pełni sił jako pracownik”, a z drugiej strony lansuje się „programy dla seniorów” typu 50+. Tego rodzaju niespójność powoduje frustrację, poczucie „oszukiwania” przez władzę, a następnie wzmocnienie konfliktu społecznego. Mówi się często o szkoleniach starszych pracowników (np. w nowych technologiach) zapominając o szkoleniach dla pracodawców i szerokich akcjach społecznych. Bez takich szkoleń oraz szerokiej akcji społecznej inne kraje, np. Francja, mimo wydatkowania wielkich środków, nie osiągnęły większej aktywności zawodowej osób starszych. Należy wyciągnąć z tego wnioski.

Prawo do pracy nie bywa zbyt często kojarzone z prawami osób starszych, tymczasem to obecnie największy obszar cichej – często podwójnej, bo ze względu na wiek i płeć, dyskryminacji. Wsparcie osób starszych w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia musi być ściśle związane z egzekwowanym zakazem dyskryminacji. Dopiero połączenie obu tych elementów zapewnia sukces. Tymczasem specjalna polityka zatrudnienia wobec osób starszych jest realizowana w Polsce dopiero od kilku lat, a oddziaływania na pracodawców i stopień spójności działań są minimalne. Jest to jeden z niezbędnych elementów, by przestawić polską gospodarkę na tory *silver economy*. Ustawowa zmiana wieku emerytalnego nie jest działaniem wystarczającym. Aby przedłużenie wieku emerytalnego nie było wyłącznie przedłużeniem okresu oczekiwania na wypłatę świadczeń emerytalnych, ale prowadziło do realnego przedłużenia okresu zatrudnienia konieczne jest wdrażanie modelu *flexicurity*, czyli takich rozwiązań w zakresie zatrudnienia, które łączą elastyczność z bezpieczeństwem i stabilnością

pracy oraz przywracanie i umacnianie więzi międzypokoleniowych w miejscu pracy. Z punktu widzenia kobiet, które najczęściej spełniają rolę opiekunek nad starzejącymi się rodzicami i teściami – istotny jest rozwój sieci różnorodnych usług, świadczonych w miejscu zamieszkania seniorów.

Warto w tym miejscu wspomnieć także o działaniach, w których szczególnie kompetencje mojego urzędu zostały wykorzystane w celu zapewnienia odpowiedniej ochrony praw osób starszych. Sąd Najwyższy, opierając się na moim wniosku, podjął uchwałę, zgodnie z którą wiek emerytalny nie może być jedynym powodem, dla którego pracodawca zwalnia pracownika. Sąd Najwyższy stwierdził, że mogłoby to skutkować bezpośrednią dyskryminacją ze względu na wiek oraz pośrednią dyskryminacją ze względu na płeć, ponieważ kobiety zasadniczo spotykają się z niekorzystną interpretacją przepisów Kodeksu pracy, w związku z czym ich emerytury są niższe. Wyrok ten był prawdziwym przełomem w orzecznictwie sądowym, wykraczającym w zakresie metod wykładni bezpośrednio poza rozstrzyganą sprawę.

Rzecznik Praw Obywatelskich objął swoim patronatem Konkurs prowadzony przez jedną z polskich organizacji pozarządowych pt. „Zysk z dojrzałości 50+” promujący dobre praktyki stosowane na rynku pracy w odniesieniu do osób powyżej 50 roku życia.

Profilaktyka zdrowotna

Jednym z warunków dłuższej obecności pracowników na rynku pracy jest profilaktyka zdrowotna. W obszarze tym, jak wynika z najnowszych badań prowadzonych wśród osób starszych, konieczne jest zapewnienie lepszego rozpoznania sytuacji zdrowotnej osób starszych i ich potrzeb.

Działania edukacyjne skierowane do osób starszych, kształtujące świadomość związaną z profilaktyką zdrowotną, powinny ułatwić także wcześniejszą diagnozę różnego rodzaju schorzeń. Informacja w zakresie dostępu do usług medycznych winna być rozpowszechniana na poziomie lokalnym. Bardzo dobrym rozwiązaniem wydaje się stworzenie centrów inicjatyw seniorskich, zaangażowanych nie tylko w działalność informacyjno-edukacyjną, ale również w organizację zajęć rekreacyjnych i prozdrowotnych. Efekty tych działań powodowałyby obniżenie kosztów związanych z leczeniem.

Konieczne jest rozbudowanie lecznictwa geriatrycznego. Podstawową kwestią dla praw osób starszych i zachowania ich aktywności jest odpowiednia ochrona zdrowia. Perspektywa podwojenia ilości osób starszych, zwłaszcza przyrost liczby osób po siedemdziesiątym piątym roku życia, w sposób naturalny zwiększa potrzeby zdrowotne, rehabilitacyjne i opiekuńcze całej populacji. Stoimy wobec perspektywy wielokrotnego wzrostu liczby chorób otępiennych i neurodegeneracyjnych, które są ceną społeczną za osiągnięcie bardzo podeszłego wieku. W tej sytuacji, po stu latach od stworzenia geriatry, jej niewystarczająca pozycja w polskim systemie zdrowia pozostaje nadal problemem. Brakuje odpowiedniej polityki administracyjnej resortu zdrowia w zakresie geriatry. Jedną z głównych przyczyn dysfunkcji jest brak systemowego podejścia NFZ do potrzeb pacjenta w bardzo zaawansowanym wieku. Stan geriatry zapewnia nam jedno z ostatnich miejsc w Europie. Nawet te nieliczne oddziały geriatry, które istnieją, są zagrożone likwidacją, ponieważ „generują zadłużenie szpitali”. Fikcja leczenia jednej choroby sędziwego pacjenta kosztuje nas zbyt wiele.

Istnienie odpowiedniej ilości łóżek geriatrycznych to oszczędności dla budżetu Państwa. Ale świadczenia geriatryczne są wciąż niedoszacowane. Jak wskazują eksperci, Polska ma dobrą medycynę wieku średniego, niezłą medycyną naprawczą i dobrą onkologię. Porównanie poziomu świadczeń prowadzi nas jednak do wniosku o dyskryminacji najstarszych obywateli. Ministerstwo Zdrowia uznało już geriatrę za dyscyplinę priorytetową, nie przekłada się to jednak na dofinansowanie konkretnych projektów medycznych. Ciągłe aktualny jest postulat poprawy sposobu finansowania opieki geriatrycznej, poprawa jej jakości, czy wzmacnianie społecznej roli geriatry.

Samodzielność seniorów

Z ochroną zdrowia osób starszych łączy się kolejna kwestia, jaką jest zapewnienie ludziom starszym długiego samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Zmniejszająca się z wiekiem kondycja fizyczna i sprawność, oraz pojawiające się trudności w orientacji przestrzennej, występowanie barier architektonicznych w przestrzeni publicznej stanowią asumpt do podjęcia działań na rzecz odpowiedniej polityki społecznej, umożliwiającej osobom starszym samodzielną egzystencję. Niezbędna jest budowa w środowisku lokalnym sieci

zróżnicowanych usług, których celem jest umożliwienie osobom starszym pozostawanie jak najdłużej samodzielnie w własnym mieszkaniu lub w mieszkaniu wspieranym. Dobrymi przykładami mogą służyć niektóre samorządy lokalne, na przykład Gdańsk i Gdynia. Niestety w wielu innych postrzega się rozwiązanie sytuacji osób starszych przede wszystkim w kontekście budowania domów pomocy społecznej.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że sprawny system wsparcia osób stale opiekujących się osobami starszymi praktycznie nie istnieje.

Częścią polityki społecznej jest polityka mieszkaniowa integrująca pokolenia. Istotą projektów typu *cohousing* jest partycypacja przyszłych użytkowników w projektowaniu zespołu mieszkaniowego, w taki sposób, by przestrzeń ułatwiała kontakty sąsiedzkie, dawała wsparcie, tworzyła wolne od barier architektonicznych i bezpieczne środowisko. Istotne jest przy tym zagwarantowanie zwiększonego katalogu usług dostarczanych osobom starszym w miejscu ich zamieszkania. Tego rodzaju osiedla mogą być zamieszkane przez osoby samotne lub osoby w wieku 50+, jak również mogą mieć charakter międzypokoleniowy. Wydaje się, że obecnie powinniśmy koncentrować się na tym ostatnim rodzaju *cohousingu*, biorąc pod uwagę, że tworzenie przyjaznej przestrzeni do bezpośrednich kontaktów międzypokoleniowych sprzyja przełamywaniu stereotypów związanych z wiekiem oraz przyczynia się do tworzenia tak potrzebnych nam więzi społecznych. Brak w społecznościach lokalnych naturalnych przestrzeni, gdzie młodzi i starsi mogliby się spotkać, jest jednym z wniosków przeprowadzonego badania nt. wzajemnego postrzegania się osób młodych i starszych, zrealizowanego na zlecenie Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Powinniśmy dążyć do zmniejszania swoistej „sektoryzacji pokoleniowej”, czyli na przykład tworzenia obszarów zamkniętych dla poszczególnych grup pokoleniowych. Bardzo ważne jest również upodmiotowienie osób starszych (zgodnie z zasadą *empowerment*) w zakresie większego wpływu na kształt projektowanej przestrzeni. Jeżeli dokonuje się ono we współpracy z osobami młodszymi, wówczas dodatkowo uczy to wzajemnego słuchania się, pozytywnego odpowiadania na zróżnicowane potrzeby i oczekiwania osób należących do różnych generacji.

Szczególnej uwagi wymagają jednopokoleniowe gospodarstwa osób starszych, w których trudna sytuacja dochodowa wynika często z mniejszej szansy na pomoc ze strony rodziny oraz występowania różnych niezidentyfikowanych potrzeb, przy oporze wewnętrznym zwracania się o pomoc.

Wsparcie ruchu hospicyjnego

Osobnym kierunkiem działań jest wsparcie ruchu hospicyjnego. Ta inicjatywa zasługuje na szczególne uznanie w kontekście realizacji prawa do ochrony zdrowia, niezależnie od wieku i kondycji zdrowotnej, w której znajduje się pacjent. Światowa Organizacja Zdrowia w wydanym w 2007 r. przewodniku wskazuje, że opieka paliatywna ma na celu poprawę jakości życia pacjentów poprzez zwalczanie bólu i innych problemów fizycznych, socjalnych i duchowych w obliczu zagrażającej życiu choroby. Często ten termin łączony jest z opieką terminalną, czyli opieką w końcowym stadium choroby. W Polsce ruch hospicyjny rozwija się prężnie od lat 80-tych poprzedniego stulecia jako część działań „Solidarności”. Początkowo jako oddolna inicjatywa społeczna, stopniowo znajduje swoje odbicie w obowiązującym porządku prawnym. Zadania hospicyjów są wykonywane nie tylko przez placówki publiczne, ale w szerokim zakresie przez podmioty działające najbliżej społeczności lokalnej, czyli przez organizacje pozarządowe, a także kościoły i związki wyznaniowe.

Odpowiedź na pytanie, czy opieka paliatywna jest traktowana w przepisach prawnych jako jedno z zadań publicznych i tym samym czy ma zapewnione wsparcie ze strony administracji, należy do trudnych zagadnień w działalności publicznej. Wykonanie zadania publicznego powinno być powiązane z zapewnieniem przestrzegania następujących praw pacjenta: prawa do godnej śmierci, prawa do świadczeń zdrowotnych, prawa pacjenta do informacji, prawa do zachowania tajemnicy osób wykonujących zawód medyczny, także prawa do edukacji w przypadku chorych dzieci. Osobną kwestią jest ochrona przed nieuprawnionym poddawaniem pacjentów eksperymentom medycznym oraz prawo do wglądu do dokumentacji medycznej. Fundamentalnym prawem, którego przestrzeganie powinno być uwzględnione w standardach opieki paliatywnej, jest prawo do zachowania swojego wyznania oraz do opieki duszpasterskiej. Opieka hospicyjna może i powinna rozciągać się również na rodzinę

pacjenta, zapewniając odpowiednie wsparcie w zakresie wiedzy i pomocy psychologicznej. Punktem odniesienia w zakresie formułowania zasad funkcjonowania ruchu hospicyjnego jest Deklaracja Praw Pacjenta, przedstawiona w Amsterdamie w 1994 r. przez Światową Organizację Zdrowia. Zaangażowanie autorytetu państwa w zapewnienie odpowiednich standardów pracy hospicjów, powinno przyczynić się do minimalizacji obaw związanych z ciągłością udzielania usług przez podmioty prywatne, a także wzmocnić zasięg oddziaływania organizacji pozarządowych i równocześnie zapewnić dostęp do opieki paliatywnej – zarówno pod kątem bliskości geograficznej, jak i kulturowej, uwzględniającej normy i wartości kulturowe wyznawane w danej społeczności.

Sytuacja ekonomiczna osób starszych

Pełna partycypacja osób starszych w sferze usług finansowych stanowi kolejny cel, którego realizacja umożliwi osobom starszym uczestnictwo w życiu społecznym. Rzecznik Praw Obywatelskich, wykorzystując przysługujące mu środki działania, monitoruje wprowadzanie rozwiązań prawnych ułatwiających osobom starszym korzystanie z odwróconego kredytu hipotecznego. Uwaga moja skupia się także na problemie dyskryminacji osób starszych na rynku finansowym oraz obserwacji codziennych praktyk banków w zakresie dostępności usług dla osób starszych.

Z niepokojem przyjmuję informacje, że banki odmawiają udzielenia kredytu osobie starszej ze względu na osiągnięty przez nią wiek. Jest to przejaw dyskryminacji bezpośredniej. Banki w sposób spójny, przejrzysty, a przede wszystkim merytoryczny, powinny uzasadniać powody odmowy, a ich podstawą nie może być jedynie wskazanie na cenzus wiekowy. Rzetelna informacja i właściwy sposób jej przekazania – grzeczny i przystępny – stanowią tu ważne punkty odniesienia oraz są miarą godnego traktowania. W tym miejscu wskazać należy na techniczne aspekty, utrudniające osobom starszym pełne uczestnictwo w sferze usług finansowych, takich, jak zbyt małe druki formularzy umów bankowych czy niedostosowane do potrzeb osób starszych placówki oddziałów bankowych.

Mając powyższe na względzie, aktywnie włączyłam się w proces podejmowania działań przeciwko dyskryminacji osób starszych poprzez wskazywanie

potrzeb najstarszej części populacji, nie w kategoriach obciążenia społecznego, lecz także jako szansy na rozwój usług społecznych. Zorganizowane zostały w moim Biurze trzy konferencje dotyczące: dyskryminacji w ramach usług bankowych oraz niewypłacalności osób fizycznych, tzn. upadłości konsumencijskiej. Ponadto zrealizowano projekt badawczy w celu identyfikacji możliwych sytuacji w stosunku bank – klient senior, które mogą narażać osoby starsze na ryzyko popełnienia błędu przy realizacji usług finansowych. Wyniki badań oraz wynikające z nich rekomendacje przedstawiono w raporcie: „Osoby starsze na rynku usług finansowych. Analiza i zalecenia”. Bardzo cenna w przedmiotowym zakresie jest współpraca Rzecznika z Komisją Nadzoru Finansowego, a także z branżowymi organizacjami bankowymi i konsumenckimi, z którymi podejmuję szereg działań na rzecz osób starszych, wykorzystując różnorodne, przysługujące mi środki, także o charakterze edukacyjno-promocyjnym, aby praktyki stosowane w sektorze bankowym nie dyskryminowały osób starszych.

Uniwersalne projektowanie pod kątem osób starszych

W tym zakresie należy rozważyć wprowadzenie odpowiednich przepisów do aktów prawnych, odnoszących się do planowania przestrzennego. Wg propozycji ekspertów, w polskim prawie, na obecnym poziomie rozwoju wiedzy o potrzebach seniorów, należałoby wprowadzić prostą klauzulę mówiącą, że potrzeby osób starszych powinny być uwzględnione (zwłaszcza, że istnieją już zapisy formułujące konieczność uwzględnienia potrzeb osób niepełnosprawnych). W polskim systemie prawnym istnieje teoretycznie także możliwość wnoszenia uwag przez osoby fizyczne i osoby prawne do projektów aktów dotyczących zagospodarowania przestrzennego. Wydaje się, że należy uważnie przyglądać się procesowi konsultacji społecznych, przede wszystkim w zakresie uwzględniania zgłoszonych uwag. Jednak kluczowe jest, na ile w sposób aktywny, a nie reaktywny, samorządy korzystają z planu zagospodarowania społecznego, jako narzędzia twórczego przekształcania rzeczywistości. Samorządy powinny systematycznie gromadzić i analizować postulaty społeczne, w tym w zakresie potrzeb osób starszych. Co więcej, powinny tworzyć kulturę partycypacji społecznej, zachęcającej osoby należące do różnych pokoleń do aktywnego włączania się w procesy decyzyjne. W tym celu można m.in. systematycznie

(np. raz na rok) informować o podjętych działaniach, nawiązujących do zgłaszanych wniosków i postulatów. Odnosi się to zarówno do samorządów lokalnych jak i regionalnych. Działania te powinny dotyczyć nie tylko kwestii zabudowania przestrzennego, ale także rozwoju odpowiednio dostosowanych usług transportowych i orientacji w przestrzeni. Występowanie sieci lokalnych placówek medycznych, sklepów spożywczych, również zwiększy możliwość samodzielnego funkcjonowania w swoim środowisku. Należy zwrócić uwagę, czy wspomniane placówki nie są likwidowane w okolicach zamieszkałych przez osoby starsze.

* * *

Przedstawione przykłady to jedynie wybrane aspekty działań na rzecz partycypacji społecznej osób starszych, odnoszące się do bardzo wielu obszarów życia społecznego. Trudno wymienić wszystkie. Docelowo powinny one stanowić elementy spójnej polityki na rzecz starzejącego się społeczeństwa. Przede wszystkim, kompleksowe podejście do wyzwań związanych ze zmianami demograficznymi, ma szansę na budowę spójności społecznej. Rzecznik Praw Obywatelskich może skutecznie bronić przestrzegania praw osób starszych, nie tylko występując w ich obronie w sprawach indywidualnych, lecz także promując dobre praktyki i udokumentowane badaniami postulaty zmian w systemie polityki społecznej, ukierunkowane na poprawę sytuacji osób starszych. Odbywa się to poprzez udzielanie patronatów wielu inicjatywom obywatelskim czy wydarzeniom przeprowadzanym przez zaangażowane organizacje pozarządowe. Ważnym partnerem tych wydarzeń są uniwersytety trzeciego wieku. We współczesnej Polsce tworzą one prawdziwy fenomen, ponieważ zrzeszają w całym kraju ponad 100.000 osób starszych. Dzięki takiej działalności edukacyjnej możliwe jest korzystanie z prawa do kształcenia przez osoby starsze. Celem niniejszych placówek jest aktywizacja ludzi starszych, a także wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy. Wiedza, umiejętności i doświadczenie życiowe osób starszych jest nieocenione dla rozwoju gospodarczego i społecznego. Dlatego z dużym zadowoleniem przyjmują wszelkie inicjatywy dotyczące zakładania uniwersytetów trzeciego wieku, które tworzą niezwykle

cenną społeczność, zabierającą ważny głos w publicznych debatach dotyczących spraw seniorów.

Działania te, stanowiące w zamierzeniu integralną część polityki społecznej, powinny być kierowane do młodszych. Szerokie promowanie pozytywnej wizji społeczeństwa z dużym udziałem osób starszych, jako osiągnięcia cywilizacyjnego, jest niezbędnym elementem kształtowania postaw względem starych ludzi, a następnie względem własnej starości. Kampanie społeczne dotyczące pozytywnego wizerunku starości, podnoszące poczucie własnej wartości osób starych, stają się powoli częścią krajobrazu w państwach kultury zachodniej. Wydaje się jednak, że w naszym kraju na tym polu nadal pozostaje wiele do zrobienia. Z powyższym łączy się kwestia wzmacniania działań wielopokoleniowych. Zwiększają one potencjał kapitału społecznego, poprzez przełamywanie stereotypów, wzajemne uzupełnianie się w zakresie kompetencji, wyznawanych wartości, a przede wszystkim poprzez wzmacnianie więzi międzyludzkich.

Podsumowując chciałabym podkreślić, że niezwykle ważne są działania na rzecz osób starszych w każdym ze wskazanych obszarów. Szczególna odpowiedzialność spoczywa oczywiście na organach władzy publicznej, które winny kreować i wdrażać rozwiązania umożliwiające prawidłową reakcję na diagnozowane problemy i odwrócenie niekorzystnych trendów rozwoju społecznego. Wszelkie projekty w przedmiotowym zakresie, są potrzebnym głosem wsparcia dla tej grupy osób. W imię solidarności międzypokoleniowej, wykorzystując przyznane prawem kompetencje, starajmy się przykładać wagę do działań strategicznych, oddziałujących nie tylko na sytuację społeczną tu i teraz, ale przyczyniających się także w dalszej perspektywie do zapewnienia godnego traktowania i włączania w pełne życie społeczne starszych pokoleń.

MARZENA BREZA

*Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy
i Polityki Społecznej*

Aktywność osób starszych w polityce długofalowej państwa

Zmiana struktury wieku populacji w Polsce

Według prognoz GUS, udział osób starszych powyżej 60 roku życia będzie systematycznie wzrastać z 19,6% w 2010 r., do 25,4% w 2020 r. i aż 30% w 2035 r. Jest to związane ze starzeniem się wyżu demograficznego, kolejno z lat 50. i 80. XX w. Proces starzenia się populacji charakteryzują dwa zjawiska: singularyzacji oraz feminizacji. Kobiety żyją dłużej niż mężczyźni (średnio 81 lat w 2012 r., podczas gdy mężczyźni 72,7 lata). Według prognoz GUS, w latach 2012–2035, przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o 4,4 lata dla mężczyzn oraz o prawie 3 lata dla kobiet. W 2030 r., ok. 53% gospodarstw domowych prowadzonych będzie przez osoby powyżej 65 roku życia. Ponadto, współczynnik obciążenia demograficznego wzrośnie z 26 osób w wieku produkcyjnym, przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym w 2010 r., do 46 osób w 2035 r.

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej (ZDPS), są wykonaniem zobowiązania przewidzianego w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013 (komponent systemowy). To pierwszy tego typu dokument dotyczący polityki państwa wobec osób starszych. ZDPS koncentruje się na obszarach dotyczących różnych wymiarów życia seniorów: zdrowie i samodzielność, aktywność zawodowa, edukacyjna, obywatelska, kulturalna oraz wolontariat i srebrna gospodarka. ZDPS zostały

przyjęte Uchwałą Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w ramach tzw. Pakietu dla Seniorów. ZDPS stanowi zbiór najważniejszych celów i kierunków interwencji.

W obszarze **zdrowia i samodzielności** określono cele związane m.in. z promocją zdrowia i profilaktyką zdrowotną, a także rozwojem usług medycznych, opiekuńczych i społecznych dla osób starszych, w tym wsparcia dla opiekunów nieformalnych.

W obszarze **aktywności zawodowej** ZDPS są komplementarne wobec Programu *Solidarność Pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób 50+*. Do najważniejszych celów należą: upowszechnienie oferty edukacyjnej dla osób starszych oraz jej dostosowanie do potrzeb rynku pracy, tworzenie warunków pracy przyjaznych pracownikom, wdrażanie rozwiązań w zakresie zarządzania wiekiem.

W obszarze **aktywności edukacyjnej, społecznej i kulturalnej** osób starszych, główne cele to: rozwój oferty edukacyjnej dla osób starszych, wspieranie aktywności społecznej seniorów, szczególnie wolontariatu i zaangażowania obywatelskiego oraz zwiększenie uczestnictwa seniorów w kulturze, zarówno jako jej odbiorców, jak i twórców.

W obszarze **srebrnej gospodarki**, wśród celów, zidentyfikowano m.in. promocję zawodów w sektorze opiekuńczym, rozwój alternatywnych form opieki nad osobami starszymi oraz rozwój oferty usług, sprzętu i oprogramowania dostosowanego do potrzeb osób starszych.

W zakresie **relacji międzypokoleniowych** określono następujące cele: upowszechnienie współpracy pomiędzy samorządowymi ciałami przedstawicielskimi, organizacjami pozarządowymi, działającymi na rzecz osób młodych i starszych, wspieranie projektów międzypokoleniowych, otwieranie uczelni i szkół na współpracę z osobami starszymi.

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013 oraz jego kontynuacja na lata 2014-2020

Od sierpnia 2012 roku Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej realizuje Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (Program ASOS). Program został opracowany jako odpowiedź na wyzwania, jakie

stawiają przed Polską procesy demograficzne i społeczne. Jego głównym celem jest tworzenie warunków do rozwoju aktywności społecznej osób starszych, które kończąc aktywność zawodową pozostają nadal w dobrej kondycji psychofizycznej, mają potencjał, kwalifikacje, życiowe doświadczenie i czas wolny, który można i należy zagospodarować dzięki tworzeniu odpowiedniej oferty aktywności społecznej.

Podstawą dla zaprojektowania nowego „Programu ASOS. Edycja 2014”, stały się doświadczenia z realizacji Rządowego Programu na rzecz „Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013”, na realizację którego przeznaczono **łącznie 60 mln złotych** i zrealizowano łącznie **ponad 700 projektów**.

Program ASOS jest kontynuowany jako „Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej na lata 2014-2020”. W ramach edycji 2014 realizowanych jest **ok. 480 projektów** w terminie od marca do grudnia 2014 r. Łączny budżet Programu na lata 2014-2020 to **280 mln zł, 40 mln zł rocznie**.

Zainteresowanie konkursem rośnie. W 2012 r. złożonych zostało łącznie ok. 1400 ofert, w 2013 r. 1770 ofert, a w 2014 r. już ok. 2500. Pod względem liczby złożonych ofert zdecydowanie wyróżniają się województwa mazowieckie, małopolskie i dolnośląskie. Najmniej ofert wpłynęło z województw opolskiego, lubuskiego i świętokrzyskiego.

Obszary priorytetowe Programu ASOS

Priorytet I. Edukacja osób starszych – obejmuje działania mające na celu rozwój oferty edukacyjnej skierowanej do seniorów, wykorzystanie potencjału wzajemnego uczenia się, rozwój innowacyjnych form edukacji, w tym nieformalnej i pozaformalnej, promowanie tzw. wolontariatu kompetencji (**30% budżetu Programu**)

Priorytet II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową – zakłada rozwój różnych form aktywności osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej (takich jak np. biblioteki publiczne, domy kultury) oraz włączenie do wspólnych działań młodszego pokolenia, co pozwoli na budowanie wzajemnego zrozumienia oraz rozwój umiejętności społecznych (**40% budżetu Programu**)

Priorytet III. Partycypacja społeczna osób starszych – działania na rzecz zwiększenia udziału osób starszych w życiu publicznym, społecznym, gospodarczym, kulturalnym i politycznym, co przyczyni się do rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. Bardzo istotną rolę odgrywają w tym zakresie organizacje reprezentujące interesy i potrzeby osób starszych, które sprzyjają ich zaangażowaniu w życie lokalnych społeczności, jak np. rady seniorów działające przy samorządach **(15% budżetu Programu)**

Priorytet IV. Usługi społeczne dla osób starszych – działania służące rozwojowi różnych form wsparcia poprzez zwiększenie dostępności i podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych. Kluczowe znaczenie ma tutaj tworzenie lokalnych sieci wsparcia opartych na działaniach wolontariuszy w celu tworzenia środowiska samopomocy **(15% budżetu Programu)**

Największym zainteresowaniem niezmiennie cieszą się priorytet I i II (łącznie ok. 90% wszystkich projektów), pomimo wprowadzenia w ramach edycji 2014 tzw. budżetu dedykowanego.

Główne wyzwanie wynikające z dotychczasowych doświadczeń z realizacji Programu, wiąże się z koniecznością działań na rzecz zwiększenia liczby beneficjentów (osób 60+), zwłaszcza tych, dla których projekty Programu ASOS są pierwszą formą aktywności społecznej po zakończeniu pracy zawodowej.

MIECZYŚLAW AUGUSTYN

Senator RP, Przewodniczący Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej

Seniorzy – między pracą a opieką

Problematyka seniorska jest wieloaspektowa. Starzenie się społeczeństwa polskiego jest procesem przyspieszającym, który zmienia każdą dziedzinę życia w Polsce i to bynajmniej nie tylko w odniesieniu do osób starszych. Przyjrzyjmy się dwóm kluczowym, skrajnym – na osi czasu – zagadnieniom. Pracy, która dotyczy młodszych seniorów i opieki, której wymagają najczęściej najstarsi ze starych.

Od lat słyszymy, że seniorzy powinni pracować dłużej. Podaje się wiele argumentów, ale nie spotykają się one ze zrozumieniem. Postawmy zatem jeszcze raz to pytanie: dlaczego osoby starsze muszą pracować dłużej niż obecnie? Podjęto przecież decyzję o stopniowym wydłużaniu wieku emerytalnego oraz zrównaniu czasu przechodzenia na emeryturę kobiet i mężczyzn. Panowie będą pracować do 67 roku życia od 2025 roku, natomiast kobiety od 2040 roku. Jakie były motywy tej zmiany, która nie cieszy się społeczną aprobatą?

Nie chodzi bynajmniej o to, że mamy gonić Europę, gdzie w większości krajów pracuje się średnio dłużej niż w Polsce. Nas po prostu nie stać na to, byśmy mogli pracować relatywnie krócej. Są dwie główne przyczyny tego. Po pierwsze utrzymanie aktualnej, relatywnie wysokiej stopy zastąpienia płacy emeryturą (wg danych OECD, w 2013 r. wynosiła ona w Polsce 48,8%)¹, kosztuje nas zbyt wiele. Jeśli obecnie składki emerytalne stanowią zaledwie 65% wydatków, to znaczy, że każdego roku z podatków przeznaczamy więcej niż 1/3 na dopłaty do systemów emerytalnych. Dwa lata temu dopłaty do funduszy emerytalno-rentowych wyniosły najwięcej, ponad 90 miliardów zł. Tak jest od zarania przemian, a więc od 25 lat. Po drugie, nie byłoby w tym nic złego, gdyby nas było

¹ OECD, *Gross pension replacement rates by earnings*, w: *Pensions at a Glance 2013*, OECD Publishing 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/888932907224> (data dostępu – 01.07.2014).

na to stać. Niestety, środki te pozyskujemy z pożyczek. To jest główna przyczyna corocznego deficytu budżetowego i ogromnych potrzeb pożyczkowych państwa. Nie ma społecznej świadomości, że 90 % naszego bardzo już wysokiego, blisko 900 milionów długu, powstało z konieczności brania pożyczek na wypłatę emerytur. Tymczasem, liczba pracujących rosła coraz wolniej, a liczba emerytów coraz szybciej. Luka budżetów emerytalnych powiększała się tak szybko, że trzeba było reagować.

Najpierw, w 1998 r., zreformowano cały niemal system: przeszliśmy ze zdefiniowanego świadczenia na zdefiniowaną składkę. Następnie, ograniczono możliwość przechodzenia na wcześniejsze emerytury (2009 r.). Później, podniesiono wiek emerytalny a na koniec, zreformowano system OFE.

Wszystkie te decyzje były niepopularne. Brałem udział w podejmowaniu i przeprowadzaniu większości z nich, w Senacie. Chcę zapewnić, że podejmowaliśmy je z rozważą, po dogłębnym namyśle, w oparciu o twarde dowody. Proces ten miał ostrych oponentów i swoją dramaturgię. Łącznie, zmiany w systemach emerytalnych, powodują stopniową zmianę myślenia o zasadzie solidarności, w odniesieniu do systemu emerytalnego. Od Bismarcka zbudowany on był na solidarności międzypokoleniowej, rozumianej jako odpowiedzialność młodych i pracujących, za seniorów pobierających emerytury. Pracownicy płacą więc składki i z nich wypłacane są na bieżąco emerytury. Tak zbudowane są wszystkie systemy emerytalne, nawet nasz, po reformie. Indywidualne konta emerytalne służą nie do gromadzenia indywidualnych wkładów, ale do ustalania wysokości emerytury.

Jednak wszystkie zmiany emerytalne, ograniczając dopłaty państwa do emerytur, dołożyły jeszcze jeden wektor do zasady solidarności międzypokoleniowej. Prowadzi on od seniorów do ludzi młodych. Godząc się na te zmiany, albo przynajmniej je rozumiejąc, okazujemy solidarność ze swoimi dziećmi i wnukami, na których spadają koszty spłaty długu emerytalnego. Na skutek długoletniej niefrasobliwości, pokolenie dzisiejszych czterdziestolatków i młodszych musi opłacić nie tylko emerytury swoich rodziców, ale jeszcze spłacić dług zaciągnięty na emerytury swoich dziadków. Rada Gospodarcza przy premierze podaje, że w 2015 roku do spłaty będą raty i odsetki

w wysokości 102 miliardów zł. To 1/3 tego, co zbieramy z podatków, prawie podwójna wartość budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Poradzimy sobie z tym, ale z najwyższym trudem i dużym kosztem. Przede wszystkim, zmniejszając tempo rozwoju i zakres inwestycji publicznych. To zaś uderzy w młodych, przez niskie pensje w sektorze publicznym, wyższe bezrobocie, gorszą edukację itd. Czasem mówię do seniorów: zlitujmy się nad naszymi dziećmi i wnukami i zaaprobuje konieczność dostosowywania wielkości emerytur i czasu aktywności zawodowej do realnych możliwości, czyli do wysokości wpłacanych składek. Okażmy solidarność młodym. Nikt przecież im lepiej nie życzy niż rodzice i dziadkowie. Mówmy o tym w naszych rozmowach towarzyskich, rodzinnych i dyskusjach społecznych.

Solidarność ma zawsze swoją cenę. Polacy to wiedzą najlepiej. Przyszłe emerytury będą relatywnie niższe w stosunku do płacy. Zatem, jeżeli chcemy utrzymać poziom życia, musimy dłużej pracować. Jest jeszcze jeden ważny powód – zmiany na rynku pracy. Demograficzne starzenie to nie tylko przyrost liczby osób starszych, to także mniej młodych. Skutki zapaści prokreacyjnej widoczne dziś w przedszkolach, szkołach i ostatnio już na uczelniach, zaczynają być widoczne na rynku pracy. Wprawdzie dziś mamy jeszcze nieco ponad 2 miliony bezrobotnych w Polsce, a jeszcze raz tyle wyjechało pracować za granicą, ale to się wkrótce ma zmienić. Wśród bezrobotnych największą grupę stanowią osoby o niskich kwalifikacjach i uzależnione (mamy w Polsce np. ok. 1 mln nałogowych alkoholików). Pośród emigrantów zarobkowych przeważają nie ci, którzy nie znaleźliby pracy w kraju. Mówi się przecież, że to często najaktywniejsi i dobrze wykształceni. Najczęściej młodzi wyjeżdżają dla lepszych zarobków, chcą mieć dużo, dużo lepsze dochody. Brak tych młodych i ambitnych, to strata dla Polski, ale przecież nie chluba dla nich, zwłaszcza gdy zabrawszy nasze wykształcenie, nie zamierzają wracać do kraju. Ojczyzna to zbiorowy obowiązek. Trzeba ją wspierać i szanować. Tego czasem brakuje w dyskusji o powodach i skutkach emigracji zarobkowej. Wyjazd na stałe za większymi pieniędzmi, to nie jest gest rozpaczny, nie jest to też z pewnością postawa patriotyczna. Daje się zrozumieć, uzasadnić, ale nie miłością do Polski.

Od dwóch lat maleje liczba absolwentów szkół. Luka na rynku pracy będzie się powiększała. Wkrótce, już w 2035 r., może ona sięgnąć 2 milionów osób. Będzie szybko narastała w najbliższym dwudziestoleciu, a i później rosnać będzie znacząco, choć być może pojawią się wtedy pierwsze efekty polityki pro-rodzinnej. Jednym ze sposobów zapewnienia odpowiedniej liczby pracujących jest wydłużenie wieku emerytalnego. Oczywiście, osoby starsze to szczególnie na rynku pracy. Trzeba go dostosowywać do możliwości seniorów (przekwalifikowywanie, zarządzanie wiekiem, wspieranie zatrudnienia), ale też osoby starsze poprzez dbałość o kondycję i zdrowie, przez edukację, powinny przygotować się na ten ostatni etap aktywności zawodowej.

Dzisiaj solidarność międzypokoleniowa oparta jest nie tylko na systemie prawnym, ale też na naszych serdecznych uczuciach do najbliższych w rodzinie, na wciąż żywej obyczajowości i rozumieniu, że dzieci nie mogą zostawić rodziców w potrzebie. Staje się jednak widoczne, że zaspokojenie rosnących oczekiwań seniorów nie może się odbywać kosztem realizacji planów życiowych osób młodych. Starsi nie mogą i nie chcą stać się zawadą w rozwoju młodych. A życie, zwłaszcza zawodowe, staje się coraz bardziej wymagające. Młodzi, aby utrzymać się w zatrudnieniu, muszą być bardziej mobilni, wyjeżdżać, być do dyspozycji. A tymczasem, normalnie w cyklu życia, przychodzi moment, gdy emeryt nie jest w stanie sam żyć i normalnie funkcjonować.

Kwestia opieki nad osobami niesamodzielnymi była w centrum uwagi, z racji protestów w parlamencie i przed nim. Opiekunowie świadczący ciągłą, osobistą pielęgnację, domagali się uzawodowienia swojej pracy. Ich problemy stały się przedmiotem gry politycznej. Pod wpływem nacisku zmieniono ustawę o świadczeniach rodzinnych, realizując wyrok Trybunału Konstytucyjnego. Utworzono też „okrągły stół” dla poszukiwania rozwiązań docelowych. Jedynie kierowana przeze mnie Grupa Robocza położyła na tym „stole” konkretne rozwiązania. Są one odpowiedzią na obawy, że nie zdołamy zapewnić opieki rosnącej bardzo szybko grupie niedołączonych seniorów na oczekiwanym, coraz wyższym poziomie. Skoro ryzyko niesamodzielnosci, trwającej dłużej niż pół roku, dotyczy 50% populacji, to opieka długoterminowa (rozumiana szeroko, nie tak jak w kontraktach NFZ) staje się sprawą ważną dla każdej rodziny.

Skala tego zagrożenia jest zbyt duża, by możliwe było ubezpieczenie tego ryzyka w prywatnych towarzystwach emerytalnych. Przyjęcie naszej propozycji ulży obowiązkom opiekuńczym wielu rodzin, zmniejszy obciążenia samorządów i wcale nie musi oznaczać nadmiernych wydatków z budżetu państwa.

Zaczęliśmy od dogłębnej diagnozy, tak, aby rozwiązania oparte były na dowodach. Okazało się, że na wspieranie niesamodzielnych wydajemy w Polsce aż 14 miliardów zł rocznie. Jeżeli wciąż opieka długoterminowa jest droga i słabo dostępna, to dlatego, że przeznaczane na nią środki są źle zaadresowane. Połowę wydatków stanowią bowiem dodatki pielęgnacyjne, przyznawane wszystkim seniorom po 75. roku życia, niezależnie od tego, czy wymagają oni pielęgnacji, czy też nie. Dodatek pielęgnacyjny stał się obecnie dodatkiem emeryckim, kompensującym jednym niskie świadczenia, innym zwiększone wydatki, np. na leki. Dodatki – jako świadczenie emerytalne – nie są jedyną formą wsparcia. W systemie pomocy społecznej mamy jeszcze zasiłki pielęgnacyjne, świadczenia pielęgnacyjne, środowiskowe usługi opiekuńcze oraz możliwość skorzystania z pobytu w domach dziennego pobytu lub domach pomocy społecznej. W ochronie zdrowia oferuje się usługi opieki długoterminowej, pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w hospicjach. Jednak mimo tej różnorodności wsparcia, daleko jest od zabezpieczenia potrzeb.

Opieka nad seniorami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji spada przede wszystkim na rodziny. To one (w 80%), tradycyjnie niosą pomoc swoim nestorom. Ponieważ nie mogą tego samodzielnie udźwignąć, rozwinęła się ogromna szara strefa domowych usług opiekuńczych. Gotowość rodzin do świadczenia pomocy swoim bliskim jest oczywiście wielkim zasobem, który trzeba podtrzymywać, ale którego ubywa. Kluczową zatem kwestią jest, jak pomóc bliskim udźwignąć ciężar opieki, finansowo i poprzez rozwinięty system usług.

Nie mamy zamiaru burzyć niczego z dotychczasowych rozwiązań. Nasz projekt jest koniecznym uzupełnieniem. Zamierzamy wprowadzić brakujące moduły i uspołnić rozwiązania. O ile świadczenie pielęgnacyjne zaadresowane jest do osób niepracujących, całkowicie oddanych opiece (ok. 250 tys.), o tyle nasze rozwiązania nastawione są na wsparcie tych rodzin, w których próbuje się łączyć

opiekę z pracą zawodową. To prawdopodobnie największa grupa rodzin z niesamodzielnymi, obejmująca ok. 700-800 tys. osób niesamodzielnymi. Z myślą o ich potrzebach chcielibyśmy wprowadzić czek opiekuńczy. Pomoże on sfinansować zakup usług opiekuńczych, w takim zakresie, by uzupełniał pomoc rodziny. To osoby niesamodzielne ze swymi bliskimi dysponowałyby czekiem i wybierały rodzaj usługi i świadczeniodawcę. Dzisiejszym opiekunom nieformalnym, chcącym wyjść z szarej strefy, oferujemy legalizację zatrudnienia jako asystentów osób niesamodzielnymi. Tym bliskim, którzy mają świadczenie emerytalno-rentowe i opiekują się swoimi najbliższymi, pomożemy, refundując kwalifikowane koszty opieki. Dofinansowanie kosztów opieki (w formie czeku bądź refundacji), pozwoli na rozwój rynku usług w opiece długoterminowej. Mamy szansę na stworzenie pola do działalności kilkunastu tysięcy firm opiekuńczych i zatrudnienia ok. 200 tys. opiekunów – w ciągu dekady. Opiekunowie, zamiast wyjeżdżać do pracy na Zachodzie UE, będą mogli zatrudnić się na naszym rodzimym rynku usług za godziwą płacę. Opieka długoterminowa może być zatem szansą dla jednych na dobrą opiekę, dla innych na dobrą pracę. UE szacuje, że w tzw. białej gospodarce powstanie w Europie do 2020 roku ok. 8 mln. miejsc pracy. Musimy je tworzyć także u nas, w Polsce. Badania pokazują, że najczęściej opiekunami są kobiety w wieku okołoemerytalnym, a więc osoby zagrożone dziś na rynku pracy. Widzimy już, że opieka i praca to aktywności bliskie i potrzebne seniorom.

Oczywiście, zaproponowana przez nas zmiana będzie kosztowała, ale rynek usług generował będzie też przychody dla budżetu państwa. Zmniejszą się obciążenia systemu aktywizacji zawodowej, samorządów i ochrony zdrowia. To dodatkowe korzyści. Znacznie zmniejszą się więc i koszty wprowadzenia proponowanych przez nas rozwiązań. Stworzenie w Polsce nowoczesnego, dostosowanego do potrzeb rodzin, bogatego w ofertę i wspomagane z budżetu rynku usług opiekuńczych, sprawi, że staną się one nie tyle obciążeniem, ile jedną z nowych, rozwijających się dziedzin usług. Wszystkich chcących przyspieszenia wprowadzenia zaprezentowanych zmian, zapraszamy do udziału w Koalicji „Na pomoc niesamodzielnymi”. Już wkrótce zamierza ona aktywnie włączyć się w realizację „Założeń długofalowej polityki senioralnej”, w obszarze opieki nad osobami niesamodzielnymi, w duchu przez nas zaproponowanym.

MICHAŁ SZCZERBA

Posel na Sejm RP, Przewodniczacy Komisji Polityki Senioralnej Sejmu

Sejm wobec wyzwań polityki senioralnej

Witam wszystkich bardzo serdecznie w swoim własnym imieniu, ale także w imieniu nowej, stałej Komisji Polityki Senioralnej, która została powołana przez Sejm RP 9 maja 2014 roku. Musimy sobie z tego zdać sprawę, że utworzenie takiej komisji jest absolutną rewolucją. Jeżeli spojrzymy na parlamenty krajowe w Unii Europejskiej, to żadnej komisji ściśle dedykowanej osobom starszym i kreowaniu polityki senioralnej nigdzie poza polskim Sejmem nie ma. Chciałbym również podziękować organizatorom za inicjatywę tej konferencji, która wskazuje na wielki potencjał społeczny osób starszych.

Często odwołuję się do wypowiedzi księdza Adama Bonieckiego, który w lutym 2013 roku w „Tygodniku Powszechnym” napisał: „Nie ma co się pocieszać, że to jeszcze nie zaraz, do starości bowiem musimy przygotować się, póki jesteśmy względnie młodzi”. Te słowa redaktora „Tygodnika Powszechnego” mają podwójne znaczenie. Po pierwsze, do starości musi przygotować się każdy z nas, żyjąc odpowiedzialnie, żyjąc zdrowo, inwestując w siebie, umiejętnie zarządzając czasem, budując swoją pozycję zawodową i bezpieczeństwo finansowe. Po drugie, do starości, do starzenia się społeczeństwa, musi przygotować się polskie państwo, nasze miasta, rząd i władze samorządowe. Mam pełną świadomość, że nowa inicjatywa i powołanie stałej Komisji Polityki Senioralnej, której projekt zgodnie został zaproponowany przez całe Prezydium Sejmu, a którego inicjatorką była pani marszałek Ewa Kopacz, oznacza, że Sejm włącza się odpowiedzialnie w kształtowanie polityki państwa, dotyczącej osób starszych.

Chciałbym też bardzo wyraźnie podkreślić, że z całą odpowiedzialnością podjąłem się, jako najmłodszy poseł Komisji Polityki Senioralnej, która składa

się z dwudziestu siedmiu posłów reprezentujących wszystkie środowiska polityczne, trudnej misji przewodniczenia pracom tego zespołu. Jestem świadom, że nie ma w tym momencie czasu ani sensu, by podejmować działania pozorowane czy fasadowe.

Polityka senioralna, którą budujemy wspólnie z Rządem, z Senatem RP, z biurem Rzecznika Praw Obywatelskich, musi być polityką na serio. Nie może być to polityka ostrożnych, zachowawczych działań, ale polityka odważna. Dlatego też to wszystko, co będziemy robić na rzecz osób starszych w Sejmie, musi być świadomie zaplanowanym i konsekwentnie realizowanym ciągiem inicjatyw, które zmierzać będą do osiągnięcia postawionych przed nami celów. Jedną z konsekwencji zwiększania się liczby osób starszych w naszym kraju i wydłużania się trwania naszego życia prowadzi do zróżnicowania w przestrzeni starości. Warto więc pamiętać o zaleceniach dotyczących polityki senioralnej sformułowanych przez Zgromadzenie Ogólne ONZ już w 1991 roku. Jest nimi pięć podstawowych zasad: niezależność, uczestnictwo, opieka, samorealizacja i godność osób starszych. Tym zaleceniom powinny być podporządkowane te wszystkie działania, które realizujemy.

Należy pamiętać, że osiągnięcie zamierzonych celów polityki senioralnej, o których rozmawiamy podczas konferencji, wymaga czasu. Pewne efekty naszych dzisiejszych rozmów oraz działań rządu i parlamentarzystów będą zauważalne dopiero po upływie wielu lat. Jednak adresatami polityki senioralnej nie są tylko osoby starsze, ale także młodsze pokolenia, które przygotowują się do spotkania ze starością. Ważnym zatem efektem prowadzenia polityki senioralnej będzie przygotowywanie, młodszych i starszych, już teraz do życia razem, a nie obok siebie, w społeczeństwie otwartym dla wszystkich grup wiekowych, w społeczeństwie, które respektuje równoprawność i specyfikę wszystkich faz życia.

O programach rządowych już podczas konferencji mówiła pani dyrektor Marzena Breza. Nie będę więc powtarzał szczegółowych aspektów jej wystąpienia. Dodam jednak, że polityka senioralna niesie w sobie wiele wymiarów: tematy zdrowia, samodzielności osób starszych, rozwoju usług społecznych, opiekuńczych, bezpieczeństwa. To także sprawy dotyczące przestrzeni, miejsca

zamieszkania oraz kwestie aktywności zawodowej osób w wieku 60+, „srebrnej gospodarki”, aktywności edukacyjnej, społecznej i kulturalnej oraz relacji międzypokoleniowych. Żeby do tych działań podejść w sposób odpowiedzialny potrzebna jest oczywiście prawidłowa i systematycznie aktualizowana diagnoza sytuacji osób starszych oraz potrzeb starszego pokolenia. Potrzebne jest monitorowanie działań różnych instytucji na szczeblu krajowym, ale także na szczeblu lokalnym. Wreszcie, co jest chyba największym problemem, umiejętność racjonalnego gospodarowania publicznymi środkami przeznaczonymi na realizację działań w obszarze aktywności i wsparcia osób starszych. Wszystkie te wskazane wymiary i potrzeba działań spowodowały, że podjęliśmy wysiłek wyodrębnienia problematyki senioralnej w pracach Sejmu, w co włącza się także Senat. Naszym zadaniem jest rozszerzenie ustawy o działach administracji rządowej i uzupełnienie jej o wyodrębnione działy polityki senioralnej. Potrzeba, aby te zagadnienia miały swojego gospodarza, miały swoje ministerstwo, resort, który będzie mógł kreować pozytywne rozwiązania razem z parlamentem i z partnerami społecznymi.

Musimy mieć także pełną świadomość, że prognozy demograficzne są nieubłagane. Nie będę ich w tym miejscu przytaczał. Musimy być natomiast świadomi zachodzących zmian, zarówno ilościowych jak i jakościowych, w starszym pokoleniu. Zmiany te dotyczą wszystkich osób, nie tylko seniorów, i niemal wszystkich sfer życia społecznego i gospodarczego.

Chciałbym także powiedzieć jeszcze o jednej rzeczy. Mianowicie, że obraz „polskiej starości” bardzo się zmienia. Pragnę więc, żeby Komisja Polityki Senioralnej zajęła się również tym, aby nie pokazywać „polskiej starości” jedynie zgodnie z głęboko utrwalonymi stereotypami. Stereotypem, do którego przywykliśmy w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, jest utożsamienie starości ze słabością, z biernością, z postępującym uzależnieniem. Przed taką stereotypizacją przestrzega profesor Błędowski w opublikowanych wynikach badania „PolSenior”.

Tymczasem, okazuje się, że starość w Polsce ma różne oblicza i różne są obrazy starości. Jest to także starość aktywna. Jestem przekonany, że nikt więcej nie zrobił w walce z tymi negatywnymi obrazami-stereotypami starości,

wyrażanymi często w przestrzeni publicznej, w mediach, w serialach, niż ruch Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Jeszcze w roku 1989 funkcjonowało tylko dziewięć takich uniwersytetów. Tymczasem po 25 latach naszego doświadczenia wolności mamy już pięćset Uniwersytetów Trzeciego Wieku wraz z ponad stu pięćdziesięcioma tysiącami słuchaczy, którzy tydzień w tydzień przychodzą, spotykają się, integrują się, są ze sobą, po to żeby wiedzieć więcej, po to żeby lepiej rozumieć współczesny kraj, współczesną Europę, lepiej komunikować się także z młodszymi pokoleniami. Uniwersytety Trzeciego Wieku są nie tylko najważniejszymi animatorami aktywności osób starszych na poziomie lokalnym, ale coraz bardziej także partnerem w kreowaniu polityki senioralnej państwa. W tym kontekście rok 2015 będzie wyjątkowy, gdyż będziemy obchodzić czterdziestolecie założenia pierwszego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w naszym kraju, uniwersytetu założonego przez profesor Halinę Szwarz.

Już teraz działalność uniwersytetów dla seniorów spotyka się z wielki uznaniem. Wczoraj w Teatrze Wielkim odbyła się gala konkursu „Teraz Polska” – logo, które od lat dziewięćdziesiątych jest nadawane wybitnym firmom, produktom czy usługom jako potwierdzenie wysokiej jakości. Tym razem Fundacja „Teraz Polska” swoim honorowym wyróżnieniem nagrodziła Fundację „Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku”, z obecną dzisiaj na konferencji panią prezes Krystyną Lewkowicz na czele. Uhonorowano w ten sposób Uniwersytety Trzeciego Wieku, które stały się jedną z wiodących polskich marek, i które powinny być promowane nie tylko w naszym kraju, ale i na całym świecie.

Na zakończenie chciałbym jeszcze podkreślić, że polityka senioralna powinna być budowana z góry i z dołu, a przede wszystkim na poziomie lokalnym. Powinna uwzględniać lokalne konteksty, lokalną specyfikę, lokalne zapotrzebowania. Chcę przypomnieć, że od grudnia ubiegłego roku rady gmin, a tych rad gmin jest w naszym kraju 2497, mogą powoływać gminne rady seniorów.

Czym są gminne rady seniorów? Są to instytucje o charakterze konsultacyjnym, doradczym, które mogą wychodzić z całym szeregiem inicjatyw. Obserwujemy obecnie dość dynamiczny proces powoływania tych rad. Funkcjonują już rady seniorów w Częstochowie, Tychach, Dąbrowie Górniczej,

Świnoujściu, Toruniu, a niedługo powstanie Warszawska Rada Seniorów wraz z osiemnastoma dzielnicowymi radami seniorów w każdej warszawskiej dzielnicy. Gminne rady seniorów to doskonałe i efektywne narzędzie, które daliśmy samorządom i partnerom społecznym, organizacjom senioralnym, a także Uniwersytetom Trzeciego Wieku - bo one także będą miały prawo delegować swoich przedstawicieli zgodnie z ustawowym zapisem.

Pragnę zachęcić wszystkich do współpracy z komisją sejmową, której przewodniczę, tak aby wspólnie wypracować plan dalszych prac. W tym momencie opracowujemy zadania na drugie półrocze 2014 roku i do włączenia się w konstruowanie polityki senioralnej zapraszam. Podaję nasz adres mailowy: kpsn@sejm.gov.pl. Chciałbym, abyście Państwo nadsyłali tematy zadań dla naszej komisji. Chciałbym też żebyście czuli się pełnoprawnymi uczestnikami tych prac. Mam nadzieję, że nasze działania doprowadzą do pozytywnych trwałych rozwiązań, działań, których efekty osoby starsze zauważą, a także przyczynią się one do wykorzystania tego wielkiego potencjału społecznego, które osoby starsze zgromadziły w ciągu wielu lat swojego życia.

Wszystkiego najlepszego i dziękuję jeszcze raz za tę inicjatywę dzisiejszej konferencji.

DZIAŁANIA ORGANIZACJI LOKALNYCH NA RZECZ SENIORÓW

ALICJA ZAJCHOWSKA

DPS im. W. Micheliśowej w Lublinie

ADRIANA BRZEZICKA-BIENIASZ

DPS im. św. Jana Pawła II w Lublinie

Aktywność seniorów w wymiarze bio-psycho-społecznym a poczucie satysfakcji z życia

Wepoce nieustannego pośpiechu, wątpliwych wartości, wobec wielu wymagań i oczekiwań życiowych, którym trudno sprostać, los pokierował moim życiem i karierą zawodową stawiając mnie na drodze ludzi starych. Od dwudziestu lat pracuję w systemie pomocy społecznej jako pielęgniarzka w placówce [Alicja Zajchowska], towarzyszę podopiecznym w cierpieniu, chorobie i samotności, często do ostatnich chwil życia. Wspieram w zmaganiu się z codziennością, zachęcam do podejmowania aktywności, która niesie poczucie samodzielności i niezależności. Z ciekawości zapytałam seniorów, będących pod moją opieką, czy opisałiby jednym słowem tę fazę życia, w jakiej się obecnie znajdują i ku wielkiemu zaskoczeniu padło ich (słów) wiele, cytuję: „doświadczenie, spełnienie, zmęczenie, choroba, satysfakcja, samotność, bezradność, bogactwo życia, kolej rzeczy, strach, zależność, ból, bezsens, beczynność, smutek, osamotnienie, depresja, bezużyteczność, marginalizacja, izolacja”. Niestety jest tu wiele negatywnych stwierdzeń, czy jest szansa by to zmienić? I czy tak musi być?

Proces starzenia się organizmu ludzkiego

W literaturze wielokrotnie znajdujemy opracowania na temat procesu starzenia się, pozostaje jednak tajemnicą, dlaczego się starzejemy? Jaki mechanizm wywołuje procesy starzenia i czy istnieje sposób sterowania nim w jakimś zakresie? Badacze analizujący procesy starzenia się, umownie zgrupowali je w dwie szersze kategorie: „planowego zużycia”, oraz „narastających defektów”.

Termin „planowe zużycie” powstał w latach 50-60. ubiegłego stulecia i miał wyłączne zastosowanie w technice, rozumiane, jako eksploatacja. Natomiast w zastosowaniu do żywego organizmu, było rozumiane jako zużycie i śmierć żywego organizmu, na skutek zatrzymania procesów. Teorię tę potwierdza doświadczenie przeprowadzone przez Leonarda Halicka w 1961 roku. Biolog wraz z zespołem dowiódł, że komórka ma zdolność mnożenia się do pięćdziesięciu razy, a następnie ta zdolność zatrzymuje się, tak jakby ją ktoś wyłączył. Druga koncepcja określana jako „narastające defekty”, uzmysławia, że każda komórka ludzka posiada niezliczoną ilość substancji chemicznych potrzebnych do jej funkcjonowania, ale jest też narażona na procesy przemiany materii tychże składników, oraz niszczących związków pochodzących z zewnątrz, w wyniku czego komórka wyczerpuje się i ginie (umiera). Niemalą rolę przypisuje się tutaj wolnym rodnikom, które są produktami ubocznymi przemian chemicznych komórek. Podsumowując, należy stwierdzić, że zrozumienie procesów zachodzących w komórkach może znacznie zwolnić proces starzenia się¹. Jednak do dzisiejszego dnia przyczyny procesu starzenia się organizmu ludzkiego pozostają nie do końca jednoznacznie określone.

W literaturze medycznej czytamy, że proces starzenia może przebiegać w trzech różnych kierunkach:

1. starzenie się zwyczajne – kiedy odczuwalne są straty i deficyty, ale bez patologii;
2. starzenie się pomyślne – kiedy procesy starzenia ulegają znacznemu spowolnieniu;

¹ J. Trefil, *Na progu nieznanego 101 pytań, na które nauka jeszcze nie zna odpowiedzi*, Warszawa 1999, s. 27–29.

3. starzenie się patologiczne – kiedy to szybko postępuje upośledzenie wielu funkcji życiowych, również towarzyszą temu procesowi liczne jednostki chorobowe².

Wyniki ogólnopolskich badań przeprowadzonych w roku 2000 roku wśród seniorów w wieku 65 lat i więcej, przedstawiają w sposób następujący kondycję zdrowotną i sprawność społeczeństwa polskiego, które zdecydowanie starzeje się w sposób patologiczny. Mianowicie, odsetek osób, które oceniały w sposób pozytywny swój stan zdrowia spadł o 8%, natomiast odsetek oceniających swoje zdrowie negatywnie wzrósł o 11%, badania porównywalne z przeprowadzonymi w latach 60. minionego wieku. Niska samoocena stanu zdrowia jest w dużym stopniu objaśniana złym samopoczuciem osób badanych, zgłaszane dolegliwości współistnieją ze sobą, co świadczy o wielochorobowości i wielonarządowym charakterze patologii w tym wieku. Jedynie co dziesiąta osoba przebadana nie podaje żadnych dolegliwości. O złej kondycji zdrowotnej świadczą również wykładniki stanu funkcjonalnego w zakresie przemieszczania się i czynności życia codziennego. Badania pokazują, że co dziesiąta osoba nie może samodzielnie opuszczać domu, 2/3 ma problemy z wykonywaniem ciężkich zajęć domowych, zakupy może wykonywać jedynie co piąta osoba starsza, natomiast co trzecia osoba ma trudności z wykonywaniem toalety osobistej.

Występowanie najczęstszych problemów zdrowotnych wieku podeszłego wśród 65-letnich i starszych osób w Polsce, przedstawia następujące zestawienie:

1. zmęczenie, bóle głowy, bezsenność – 69,2%
2. bóle stawów i kręgosłupa – 58,6%
3. dolegliwości sercowo-naczyniowe – 58,6%
4. zawroty głowy, zaburzenia równowagi, upadki – 29,5%
5. zaburzenia neurologiczne – 26,1%
6. zaburzenia w oddawaniu moczu – 22,1%

² T. Kulik, M. Janiszewska, E. Piróg, A. Pacian, A. Stefanowicz, D. Żołnierczuk-Kieliszek, J. Pacian, *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t.17, nr 2 (2011), s. 90–95.

7. osłabienie widzenia – 40,4%
8. osłabienie słuchu – 32,3%
9. upośledzenie lokomocji – 32,5%
10. niesprawność intelektualna – 25,5%³.

Szacuje się, że jedynie około 10-20% osób starszych prezentuje cechy pomyślnego starzenia się, natomiast pozostała część cierpi na choroby przebyte lub przewlekłe, które u 50% spośród nich powodują upośledzenie funkcjonowania w codziennym życiu⁴.

Starzenie się społeczeństwa

Na całym świecie obserwujemy proces starzenia się społeczeństw i wzrost liczby seniorów. Te zjawiska dotyczą również naszego kraju i poszczególnych regionów⁵. W odniesieniu do województwa lubelskiego statystyki opracowane przez Główny Urząd Statystyczny przedstawiają stały wzrost liczby osób starszych. W 2000 roku liczba mieszkańców, którzy wkroczyli w poprodukcyjny etap życia, czyli osiągnęli wiek 65 lat życia i więcej wynosiła 301,4 tysiąca. W 2010 roku było to już 313,3 tysiąca a w 2011 roku 317,2 tysiąca. W stosunku do całkowitej liczby mieszkańców województwa udział procentowy zbiorowości osób w wieku 65 lat i starszych wzrósł od poziomu 13,7% w 2000 roku, do 14,4% dziesięć lat później i wreszcie do 14,6 % w 2011 roku⁶.

W skali całego kraju prognozy demograficzne zakładają, że do 2030 roku zbiorowość osób w wieku 65 lat wzrośnie do 8,5mln. Jednocześnie wydłuża się średnia oczekiwana długość życia. Dotyczy to zarówno kobiet jak i mężczyzn, chociaż te pierwsze przeciętnie żyją znacznie dłużej. Przeciętne dalsze trwanie życia dla urodzonych w 2000 roku kobiet wynosiło 78,0 lat przy 69,7 lat dla mężczyzn. W 2009 roku wskaźnik ten wzrósł do wartości 80,1 lat dla kobiet i 71,9 lat dla mężczyzn⁷.

³ T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk 2006., s. 43–44.

⁴ Z. Chodorowski, *Geriatrya: postępy w diagnostyce i terapia*, Gdynia 2007, s. 13-15; 487–489.

⁵ M. Biercewicz, T. Szewczyk, R. Ślusarz (red.), *Pielęgniarstwo w geriatryi*, Warszawa 2006, s. 7.

⁶ Urząd Statystyczny w Lublinie, *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie lubelskim w 2011 roku*, Lublin 2012, s. 18.

⁷ Główny Urząd Statystyczny, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2010*, Warszawa 2010, s. 128.

Idea aktywnego starzenia się

W perspektywie wskazanych powyżej procesów starzenia się organizmu człowieka oraz starzenia się społeczeństwa problematykę starości ujęto w ramach rządowego programu polityki zdrowotnej państwa.

15 maja 2007 r. został przyjęty przez Radę Ministrów Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (Uchwała Nr 90/2007). Jest to dokument określający kierunek podejmowania działań na rzecz: „Poprawy zdrowia i związanej z nią jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu”. W dokumencie tym znajdziemy plan poprawy zdrowia również dla seniorów, jest on skierowany do jednostek samorządowych, organizacji pozarządowych i wszystkich, którzy zdają sobie sprawę z faktu starzenia się społeczeństwa, faktu, który już staje się rzeczywistością.

U podstaw koncepcji Narodowego Programu Zdrowia leży zawarta w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) definicja, określająca zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności oraz przyjęte międzynarodowe ustalenia, że: zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka i bogactwem społeczeństwa⁸. Zachowanie zdrowia, o którym mówi przytoczona definicja WHO, stanowi uwarunkowanie pomyślnego starzenia się. Dlatego już dzisiaj warto podjąć działania, które przygotują nas do przeżywania osobistej starości, jako nieuniknionej części naszego bytu. Obecnie uważa się, że zdrowie człowieka zależy w różnym stopniu od wzajemnie powiązanych czynników:

1. genetycznych – 5-15%
2. środowiska fizycznego – 5-15%
3. środowiska społecznego – 20-25%
4. medycyny naprawczej – 10-20%
5. stylu życia – 50%⁹.

Wskazane powyżej dane pozwalają na sformułowanie następującego wniosku-przesłania. To my sami, w bardzo dużym stopniu, decydujemy o swoim

⁸ www.opiekapielegniarska.pl/oferta/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2007-2015 (data dostępu: 21.05.2012).

⁹ T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), dz.cyt., s. 45.

zdrowiu, a tym samym współdecydujemy o kondycji i jakości życia na starość. W profilaktyce zdrowotnej muszą jednak pomagać programy społeczne.

Narodowy Program Zdrowia prognozuje do 2015 roku uzyskanie pomyślnych efektów programu aktywnego starzenia się. Są nimi: uzyskanie przez osoby starsze poczucia zdrowia, bezpieczeństwa, aktywnego uczestnictwa we wszystkich aspektach życia społecznego, a także zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60. roku życia oraz zmniejszenie rozpowszechniania czynników ryzyka związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych¹⁰. Założenia Narodowego Programu Zdrowia powinny być realizowane przez wszystkie jednostki organizacyjne, które rozumieją sens holistycznej opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Narzędzia diagnostyczne

W opiece nad seniorami pomocne są pewne narzędzia diagnostyczne, które ułatwiają wprowadzenie programów aktywizujących. Jednym z takich interdyscyplinarnych narzędzi diagnostycznych jest Kompleksowa Ocena Geriatryczna (KOG). KOG pomaga w określeniu problemów zdrowotnych, wydolności czynnościowej oraz problemów psycho-społecznych osób w starszym wieku, a tym samym umożliwia dokonanie oceny zapotrzebowania na ingerencję leczniczo-rehabilitacyjną oraz konieczności i formy dostosowania opieki.

KOG zawiera w sobie elementy holistycznego podejścia do pacjenta i dotyczy czterech dziedzin jego życia: zdrowia fizycznego, psychicznego, wydolności funkcjonalnej i czynnościowej. Narzędziami służącymi do tego celu, poza wywiadem i badaniami przedmiotowymi, są liczne skale, które obrazują stan chorego, a także ujawniają zmiany następujące z upływem czasu w jego stanie zdrowia.

Do KOG należą między innymi takie skale służące do oceny parametrów geriatrycznych:

1. Test Tinetti – stanowi ocenę ryzyka upadków;
2. Skala Norton – dokonuje się dzięki niej ryzyka oceny rozwoju odleżyn;

¹⁰ www.opiekapielegniarska.pl/oferta/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2007-2015 (data dostępu: 21.05.2012).

3. Skala oceny stanu odżywiania – MNA (*Mini Nutritional Assessment*).

Do oceny stanu umysłowego, najczęściej używane są:

1. Skrócony Test Sprawności Umysłowej;
2. Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavage'a.

Natomiast skale służące do oceny wydolności czynnościowej to między innymi:

1. Skala Katza;
2. Skala Lawtona;
3. Skala Barthela¹¹.

Zastosowanie powyższych narzędzi diagnostycznych ułatwia obrazowanie stanu pacjenta, a także pomaga w ocenie zakresu zapotrzebowania na opiekę. Może mieć również znaczenie w kierowaniu mieszkańców do domów pomocy społecznej (DPS). Dokonywanie takich pomiarów podczas pobytu podopiecznego w DPS, obrazuje zmiany w jego stanie zdrowia i funkcjonowaniu. Warto tutaj wspomnieć, że błędem jest dokonywanie oceny za pomocą jednej skali, bo nie obrazuje ona w pełni stanu mieszkańców, a zaledwie wycinek ich codziennej egzystencji. Dlatego należy posługiwać się KOG, mając świadomość przydatności jej poszczególnych skal w dokonywaniu oceny stanu zdrowia seniorów. Skale mają również zasadnicze znaczenie w wyznaczaniu priorytetów opieki w placówkach i umożliwieniu podopiecznym korzystania z wielu form aktywizacji, które mają na celu poprawę jakości ich życia.

Aktywność jako priorytet w geriatrici

Ze słowem aktywność wiąże się bez wątpienia pojęcie wysiłku podejmowanego przez jednostkę, a w literaturze znajdujemy wiele definicji tego pojęcia. Oto jedna z nich: „Aktywność jest to taki obszar działania, który daje człowiekowi szansę wyrażania siebie w formie dostępnej i bardzo indywidualnej, określonej jego możliwościami, upodobaniami, zwyczajami”¹². Słuszne staje się zatem stwierdzenie, że podejmowanie aktywności pomaga prowadzić zdrowe, spokojne życie, pomaga w zachowaniu dobrej kondycji, życiowego komfortu,

¹¹ T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), dz. cyt., s. 68–75.

¹² L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w domu pomocy społecznej*, Warszawa 1995, s. 26.

pozytywnie wpływa na przedłużenie czasu niezależności, daje radość i satysfakcję oraz jest podstawą profilaktyki leczenia wielu chorób.

Możemy wyróżnić trzy obszary aktywności:

1. aktywność nieformalna, która sprowadza się do społecznych interakcji z rodziną i najbliższymi znajomymi;
2. aktywność formalna, która obejmuje społeczne uczestnictwo w formalnych organizacjach;
3. aktywność samotnicza, wyrażająca się między innymi przez rozwój osobistych zainteresowań¹³.

Aktywność może być zatem stymulowana przez samego człowieka, jak i przez środowisko, w którym przebywa.

Na aktywność bio-psycho-społeczną składają się dwa pojęcia: aktywność funkcjonalna oraz aktywność psychospołeczna. Są one jednocześnie podstawowymi elementami profilaktyki w geriatricy, a ich celem jest utrzymanie seniora w jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej, a co za tym idzie, w jak najdłuższej sprawności, która niewątpliwie niesie ze sobą satysfakcję dla samego zainteresowanego.

a) aktywność funkcjonalna

Osoby starsze w dużym stopniu mają ograniczoną sprawność fizyczną. Wynika to ze zmian chorobowych lub zwyrodnieniowych w układzie kostnowstawowym, związanych z wiekiem, czemu często towarzyszy ból. Wiąże się to z trudnością w wykonywaniu czynności samoobsługowych i samo-pielęgnacyjnych dnia codziennego i stanowi barierę w podejmowaniu aktywności.

Podstawą określenia fizycznego funkcjonowania organizmu jest głównie ocena medyczna, oparta na kryteriach obiektywnych i subiektywnych, ujawniających się pod postacią objawów diagnostycznych, co odzwierciedlają diagnozy medyczne. Na pograniczu ocen obiektywnych i subiektywnych istnieją skale sprawności funkcjonalnej, które wskazują na stopień sprawności lub niepełnosprawności osób, ich niezależność od otoczenia w zaspakajaniu podstawowych potrzeb dnia codziennego lub stopień zależności od innych osób¹⁴.

¹³ A. Jopkiewicz, *Aktywność ruchowa osób starszych*, Kielce 1996, s. 96–97.

¹⁴ Por. B. Ślusarska, D. Zarzycka, A. Sadurska, *Wydolność samoobsługowa miernikiem stanu zdrowia pacjentów w wieku podeszłym*, „Nowiny Lekarskie” t. 77, nr 3/2008.

Jedną z najprostszych form aktywności funkcjonalnej są ćwiczenia fizyczne. Prawidłowy dobór ćwiczeń oraz w odpowiedni sposób dawkowania ich, wpływa korzystnie na organizm ludzi starszych. Wyróżniamy trzy rodzaje ćwiczeń:

1. ćwiczenia wytrzymałościowe;
2. siłowe;
3. rozciągające.

Ćwiczenia wytrzymałościowe takie jak: bieganie, marsz, jazda na rowerze, powinny być wykonywane raz lub dwa razy w ciągu tygodnia, a intensywność tych ćwiczeń powinna być dostosowana do możliwości oraz sił i sprawności seniora.

Aktywność ruchowa niesie za sobą znaczne korzyści zdrowotne: poprawia wydolność tlenową organizmu, wzmacnia mięśnie, poprawia równowagę, ruchy stają się bardziej skoordynowane, co pozytywnie wpływa na sposób chodzenia. Do prawidłowego przebiegu procesów metabolicznych i fizjologicznych organizm powinien mieć zapewnioną optymalną ilość ruchu.

b) aktywność psychospołeczna

Aktywność psychospołeczna to nic innego, jak podtrzymywanie sprawności intelektualnej oraz uczestnictwo w życiu społecznym seniorów. To pierwsze zależy w dużej mierze od sprawności intelektualnej seniora, a ta zależy od tego, czy występują schorzenia mózgu i jaka jest wydolność naczyń mózgowych. Niestety, tego rodzaju schorzenia wyłączają osoby w podeszłym wieku z aktywności psychospołecznej, a rola opiekunów sprowadza się jedynie do utrzymania sprawności na poziomie podobnym do zastanego, bądź dostarczaniu dużej ilości bodźców, celem podtrzymania kontaktu z osobą żyjącą w niedostępnym dla nauki świecie schorzeń otępiennych. Aktywność psychospołeczna może być również zależna od typu psychiki (osobowości) danego człowieka i od tego, czy był w przeszłości pogodny i altruistyczny czy podejrzliwy i egoistyczny¹⁵.

W wieku podeszłym, na skutek hamującego wpływu kory mózgowej oraz osłabienia zdolności adaptacji, postawa życiowa „usztynia się”. Umiejętność przyswajania nowych pojęć oraz zdolność zapamiętywania czy możliwości

¹⁵ L. Jabłoński, J. Miszczuk, *Podstawy Gerontologii i wybrane zagadnienia z Geriatrii*, Lublin 2000, s. 71.

edukacyjne u osób w podeszłym wieku jest znacznie niższa, niż u osób w młodszym wieku, co uwidacznia się podczas rozmowy. Seniorzy często skrywają swoje problemy z pamięcią w taki sposób, że są one często niezauważalne. Bardzo dużą rolę w zachowaniu sprawnej pamięci odgrywa wykształcenie, doświadczenie życiowe oraz stopień inteligencji. Trenowanie pamięci przez całe życie, wysiłek intelektualny (czytanie książek, twórczość), przynosi swoje owoce w przyszłości. Za przykład mogą posłużyć poeci, naukowcy czy literaci, którzy do późnych lat tworzą wybitne dzieła. Istotne jest trenowanie umysłu, na które nigdy nie jest za późno, a służy temu szeroki wachlarz gier intelektualnych i sprawnościowych, ogólnie dostępnych na rynku czy kontakty międzyludzkie – rola rozmowy. Sprawność umysłowa, podobnie jak fizyczna, musi być regularnie ćwiczona, by utrzymać ją w dobrej formie. W praktyce często zdarza się tak, że seniorzy, którzy są przygnębieni swym wiekiem kalendarzowym, popadają w apatię i pesymizm, wycofują się z działalności i z niechęcią przyjmują wszelkie sugestie jakichkolwiek ćwiczeń fizycznych czy intelektualnych. Istotne jest wspieranie i motywowanie podopiecznych do podejmowania przez nich każdej aktywności, która poprawi jakość ich życia, a im samym przyniesie satysfakcję.

Formy lokalnej aktywizacji środowiskowej

a) Uniwersytety Trzeciego Wieku

W obecnych czasach aktywizacja społeczna seniorów wydaje się być wszechobecna. Jest wynikiem prężnie rozwijających się form aktywizacji seniorów w społeczeństwie lokalnym, zazwyczaj spontanicznie tworzona i kierowana przez liderów. Można tu przywołać liczne stowarzyszenia, kluby seniora czy inne ugrupowania, które powstały na przestrzeni kilkunastu ostatnich lat. Formy aktywności społecznej są „na ogół charakterystyczne dla tych jednostek, które wcześniej wyróżniały się w tego typu działaniach i w związku z tym, że znana jest im ich specyfika, w dalszym ciągu oddają swój czas i doświadczenie na rzecz innych i jednocześnie dla ich wspólnego dobra”¹⁶.

¹⁶ M. Dzięgielewska, *Społeczna aktywność osób starszych i jej główne uwarunkowania*, w: *Konferencja Naukowa – „Życie dla siebie i innych” – psychologiczne i społeczne uwarunkowania satysfakcji z życia w okresie starzenia się*. Lublin 30-31.05.2005, streszczenia. Lublin 2005, s. 26.

Udział w aktywności lokalnej ułatwia podejmowanie nowych ról. Emeryt powinien pełnić funkcję pomocniczą, np. we własnej rodzinie, bądź uczestniczyć w różnorodnych pracach społecznych, np. w wolontariacie. Uniemożliwienie seniorom udziału w różnych grupach czy podejmowania przez nich pracy zawodowej, wiąże się z niedopuszczalną izolacją i spadkiem prestiżu w społeczeństwie. Dlatego w dzisiejszych czasach ważna jest rola wielu organizacji gromadzących seniorów i podkreślających ich znaczenie. Udział w tych organizacjach niesie za sobą nieocenione poczucie bycia potrzebnym i daje satysfakcję z bycia dla innych. Wbrew tendencyjnemu myśleniu, w zbiorowości ludzi starszych wzrasta bowiem potrzeba kontaktów z rówieśnikami i udziału w aktywności społecznej¹⁷. Jak twierdzi Zych: „działania te mają zwykle charakter ukierunkowany na realizację konkretnego celu, lub ich celem jest nawiązywanie kontaktów z innymi osobami bądź z grupami społecznymi”¹⁸.

Za doskonały przykład mogą posłużyć Uniwersytety Trzeciego Wieku, które dzisiaj nie wzbudzają już „uśmieszków” na twarzach, gdyż wnoszą obiektywnie dostrzegane zmiany w życie seniorów. Są to instytucje, które stawiają sobie za priorytetowy cel edukację seniorów oraz poprawę ich jakości życia. Uzupełnianie i pogłębianie wiedzy obejmuje także przygotowanie seniorów do spokojnej starości, propaguje właściwy styl życia, pomaga w integracji społecznej, umożliwia odpowiednie wykorzystanie czasu wolnego¹⁹. Dzięki uniwersytetom trzeciego wieku istnieje szansa na zmianę funkcjonujących dziś w mentalności społecznej bardzo negatywnych obrazów człowieka starszego jako nieodłącznego, pasywnego, nierozumiejącego i nieakceptującego współczesnego świata starca – przedwczesnego emeryta lub rencisty, który jest nadmiernie skoncentrowany jedynie na własnych potrzebach w zakresie samorealizacji i rekreacji²⁰.

¹⁷ B. Synak, *Pozycja społeczna ludzi starszych w warunkach zmian ustrojowych i cywilizacyjno-kulturowych*, w: *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, B. Synak (red.), Gdańsk 2000, s. 9.

¹⁸ A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001, s. 20.

¹⁹ S. Steuden, M. Marczyk, *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Lublin 2006, s. 284.

²⁰ www.utw.pl (data dostępu: 01.07.2014)

Uniwersytety Trzeciego Wieku zaspokajają takie potrzeby jak:

1. potrzebę samokształcenia;
2. potrzebę poznania środowiska;
3. potrzebę poszerzenia wiedzy oraz umiejętności;
4. potrzebę wykonywania społecznie użytecznych działań;
5. potrzebę bycia uznanym;
6. potrzebę wypełnienia wolnego czasu.

Nowatorską działalnością aktywizującą i integrującą są zajęcia organizowane oraz prowadzone społecznie, głównie przez samych słuchaczy, w sekcjach oraz zespołach zainteresowań, np.: Uniwersytecki Klub Seniora, lektoraty języków obcych, sekcje gimnastyki rehabilitacyjnej oraz korekcyjnej, opieki i pomocy społecznej, sekcji literackiej, muzycznej, plastycznej, kulturowej i turystycznej²¹. Dzięki Uniwersytetom Trzeciego Wieku seniorzy są przygotowywani do nowych dla nich form aktywizacji, takich jak wolontariat czy samopomoc koleżeńska. Wolontariat niesie za sobą wiele wartości takich jak: szacunek, empatia, odpowiedzialność oraz dobroć. W seniorach tkwi potencjał dzielenia się doświadczeniem życiowym, który można uruchomić i w odpowiedni sposób ukierunkować na innych. Wolontariat daje szansę aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, dzięki czemu seniorzy zwiększają liczbę swoich kontaktów, nawiązują nowe przyjaźnie, mają większą chęć do życia, a przede wszystkim czerpią z tego satysfakcję, radość i poczucie bycia potrzebnym. Wolontariat osób starszych, to sposób na aktywne uczestniczenie w życiu społecznym oraz lokalnym. To działanie na rzecz osób potrzebujących, które daje poczucie użyteczności i satysfakcji z czynienia nawet drobnych czynności²². Inną formą aktywności, z której seniorzy niewątpliwie czerpią satysfakcję oraz radość, jest samopomoc koleżeńska. Osoby, które w niej czynnie uczestniczą odznaczają się empatią, troską, altruizmem i gotowością do niesienia pomocy. Nieformalnie, w zamian za takie postawy, społeczeństwo zazwyczaj obdarowuje te osoby uznaniem, szacunkiem i podziwem.

²¹ Por. S. Steuden, M. Marczuk, dz. cyt., s. 285.

²² Por. *tamże*, s. 267.

b) Domy Pomocy Społecznej

Holistyczny model opieki w swojej istocie zakłada całościową opiekę nad osobą, która tej opieki wymaga. Opiekę tę indywidualnie dobiera i wdraża interdyscyplinarny zespół DPS. Jedną z integralnych części tej opieki stanowi aktywizacja mieszkańca, mająca na celu poprawę jakości jego życia, bądź utrzymania jej na podobnym poziomie. W placówkach DPS zazwyczaj jest dobrze zorganizowane zaplecze materialne, nieocenione w prowadzeniu formy aktywacji, jaką jest terapia zajęciowa.

Terapia zajęciowa to „pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych i umysłowych, które mają na celu przywrócenie choremu sprawności fizycznej i psychicznej”²³. **Wyróżniamy następujące rodzaje terapii zajęciowej:**

1. zajęcia plastyczne: malowanie, rysowanie, ceramika;
2. robótki ręczne: haftowanie, wyszywanie, tkanie, szycie;
3. choreoterapia: taniec, zabawy ruchowe;
4. przygotowanie oraz udział w zajęciach artystycznych;
5. terapia oparta na słowie: czytanie, recytowanie wierszy, pisanie wierszy;
6. ludoterapia: udział w grach i zabawach;
7. kontakt z otoczeniem: wyjazdy;
8. muzykoterapia: słuchanie, śpiewanie, naśladowanie głosów, dźwięków;
9. ergoterapia: terapia pracą np. w ogrodzie, kuchni, porządkowaniu pokoi²⁴.

Wiele osób nie potrafi opanować kryzysu starzenia się, co najwyżej walczą daremnie z nieuniknionym faktem posuwania się w latach i stopniowo dochodzą do zgorzkniałej rezygnacji²⁵. Rezygnują oni wtedy z każdego rodzaju pracy, tracą ochotę i chęci do działania, pozbywają się ambicji i motywacji. Wszystko to spowodowane jest wiekiem, brakiem akceptacji ze strony społeczeństwa oraz stanem psychicznym i fizycznym organizmu. Dlatego ważna jest postawa kadry opiekującej się osobami starszymi, indywidualne zrozumienie, zaangażowanie i konsekwencja w realizacji planów aktywizacji mieszkańca. Nie jest wskazana postawa opiekuna „wyręczającego”, chociaż determinowana wieloma

²³ K. Milanowska, *Terapia zajęciowa*, Warszawa 1987, s.11.

²⁴ L. Kozaczuk, dz. cyt., s. 40.

²⁵ M. Podolec, *Gdy przychodzi starość*, Sandomierz 2007, s. 13.

czynnikami, jak np. presja czasu czy wielość zadań, gdyż taka postawa zawsze czyni więcej szkody niż dobra.

Satysfakcja życiowa

Ostatnim pojęciem, na które, w kontekście aktywizacji seniorów, pragniemy wskazać jest doświadczenie satysfakcji życiowej. Jedna ze słownikowych definicji określa, że „satysfakcja jest to uczucie przyjemności i zadowolenia”. S. Garczyński satysfakcję rozumie jako zadowolenie i uważa, że jest „przeżyciem mniej emocjonalnym, a więcej umysłowym, jest też spokojniejsze, nie uzewnętrznia się wyraźnie, jest miłym stanem emocjonalnym ciągłym lub powtarzającym się”²⁶. Satysfakcja to pojęcie trudne do zdefiniowania, może dotyczyć aspektu materialnego np.: satysfakcja z posiadania czegoś; może też być odzwierciedleniem rzeczywistości niematerialnej, odczuwanej przez jednostkę subiektywnie i będącej wynikiem zaspokajania jej potrzeb wyższych. Ale zdarza się również usłyszeć: „mam satysfakcję, bo komuś dokuczyłem”. Dodatkową cechą satysfakcji jest jej trwanie w czasie: może trwać krótkotrwale czy też rozciągać się w czasie i powodować pewien pozytywny emocjonalny stan.

Orzechowska wyodrębniła listę wyznaczników sprzyjających satysfakcji życiowej komponujących się ze zdrowym starzeniem, są to:

1. utrzymanie niezależności życiowej;
2. zabezpieczenie finansowe;
3. sytuacja mieszkaniowa;
4. możliwość kształcenia się;
5. utrzymanie więzi społecznej;
6. możliwość pozostania nadal sobą²⁷.

Pojęcie satysfakcji jest powszechne w wielu dziedzinach życia i coraz częściej staje się przedmiotem badań. Indywidualne potrzeby i oczekiwania pacjentów w dziedzinie usług medycznych uległy dużym przemianom i jednocześnie wzrósł poziom wiedzy medycznej. Wzrosła także konkurencja na rynku

²⁶ S. Garczyński, *O radości*, Warszawa 1983, s. 86. Cytat za: D. Chechelski, *Radość na starość – Satysfakcja z jakości usług i jakość życia mieszkańców domów pomocy społecznej*, <http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=815> (data dostępu: 01.07.2014).

²⁷ G. Orzechowska, *Przygotowanie do starości*, „Edukacja dorosłych”, nr 3/2003, s. 16–23.

usług zdrowotnych, pojawiła się możliwość dokonania wyboru lekarza i placówki świadczącej opiekę²⁸. W tej sytuacji, satysfakcja to już nie tylko odczucie subiektywne seniorów, dotyczące działań opiekuńczych rehabilitacyjnych czy terapeutycznych, ale komponent jakości życia, rozumianego znacznie szerzej. Kryterium satysfakcji coraz częściej staje się przedmiotem badań i służy do oceny jakości świadczonych usług w placówce. Zazwyczaj w badaniach ujmuje się z jednej strony oczekiwania beneficjenta, z drugiej zaś poziom świadczonych usług.

Na stopień satysfakcji jako elementu jakości usług, mają wpływ trzy aspekty:

1. emocjonalny: np. wsparcie, empatia, życzliwość usługodawcy;
2. behawioralny: np. zrozumiałe wyjaśnienie, zapisywanie odpowiednich leków i zabiegów;
3. kompetencja personelu: trafność diagnozy, efektywność leczenia²⁹.

Ponadto, na poczucie satysfakcji życiowej mieszkańców DPS ma ogromny wpływ uprzejmość całego personelu, wspieranie mieszkańców w każdej sferze ich życia, cierpliwość, staranność przy wykonywaniu zleceń lekarskich, udzielanie satysfakcjonujących odpowiedzi na zadawane przez mieszkańców pytania. „To właśnie taktowność personelu, życzliwa atmosfera, sympatia i umiejętnie wyrażony szacunek, wywierają większy wpływ na satysfakcję usługobiorcy niż nowoczesny sprzęt czy też sprawność organizacyjna”³⁰. W kontaktach z osobami w podeszłym wieku należy pamiętać o całościowym podejściu do opieki nad osobą, o tym, że dobre funkcjonowanie osób starszych, a zatem i satysfakcja z życia, wymaga zaspokojenia ich potrzeb. Jeżeli w starości zaspokojona jest potrzeba samorealizacji, staje się to źródłem głębokiej satysfakcji życiowej i wyrazem konstruktywnego przeżywania ostatniego etapu egzystencji³¹.

²⁸ A. Krakowiak, *Wstęp do metodologii badań satysfakcji*, Kraków 1996, s. 4.

²⁹ Za: M. Berkowska, *Satysfakcja pacjenta jako element jakości usług*, w: *Materiały z VIII krajowego zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Rola i zadania medycyny społecznej u progu XXI wieku”*, Wrocław 2002, s. 414.

³⁰ A. Mykowska, *Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t.4, nr 6/2002, s. 69.

³¹ J. Lewandowska, *Synteza życia*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, nr 5/2005, s. 21.

Zakończenie

W tym krótkim poglądowym artykule podzieliliśmy się z czytelnikami także osobistymi doświadczeniami zawodowymi, które zostały wzbogacone w ostatnich latach wolontariatem w organizacji pozarządowej na rzecz seniorów wśród społeczności lokalnej. Działalność organizacji wolontariackich jest bardzo ważna, gdyż prognozy demograficzne wskazują, że „przyszłość będzie należała do seniorów”. W pracy na rzecz osób starszych należy się więc kierować takimi i podobnymi hasłami: Seniorzy – Seniorom, Seniorzy – Chorym, Seniorzy – Dzieciom, Seniorzy – Instytucjom. Udział osób starszych w tego typu przedsięwzięciach znacznie podniesie ich społeczny prestiż i niewątpliwie przyniesie samym seniorom poczucie satysfakcji.

Na zakończenie możemy podkreślić, że przeżywanie jesieni życia, nie musi być przygnębiającym okresem, czasem bezużytecznego oczekiwania. Wybierając już dzisiaj zdrowy i aktywny styl życia, kształtujemy obraz naszej przyszłej niewątpliwej starości. Aktywizacja seniorów, której poświęca się liczna grupa osób, powinna stanowić priorytet każdego planu opieki. Poprawa jakości życia stanowi sukces w pracy z osobami w podeszłym wieku, a tym samym przynosi satysfakcję tak podopiecznym, jak i opiekunom. Mimo działalności wielu grup zrzeszających osoby starsze, nadal wielu seniorów pozostaje jeszcze odizolowanych w swoich domach, czekając na zainteresowanie, dobre słowo czy pomoc. W moim przekonaniu, to właśnie organizacje pozarządowe, które mają wiele swobody w planowaniu i realizowaniu zadań na rzecz seniorów, mogą wiele pomóc i zmienić postrzeganie osób starszych w naszym społeczeństwie.

Bibliografia

- Biercewicz M., Szewczyk T. M., Ślusarz R. (red.), *Pielęgniarstwo w geriatrici*, Borgis, Warszawa 2006.
- Berkowska M., *Satysfakcja pacjenta jako element jakości usług*, w: *Materiały z VIII krajowego zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Rola i zadania medycyny społecznej u progu XXI wieku”*, Akademia Medyczna, Wrocław 2002.
- Chechelski D., *Radość na starość – Satysfakcja z jakości usług i jakość życia mieszkańców domów pomocy społecznej*, <http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=815> (data dostępu: 01.07.2014).
- Chodorowski Z., *Geriatrica: postępy w diagnostyce i terapia*, Grafica, Gdynia 2007.
- Dzięgielewska M., *Społeczna aktywność osób starszych i jej główne uwarunkowania*, w: *Konferencja Naukowa – „Życ dla siebie i innych” – psychologiczne i społeczne uwarunkowania satysfakcji z życia w okresie starzenia się*. Lublin 30-31.05.2005, streszczenia. Lublin 2005.
- Garczyński S., *O radości*, Warszawa 1983.
- Główny Urząd Statystyczny, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2010*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010.
- Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.), *Geriatrica z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk 2006.
- Jabłoński L., Miszczuk J., *Podstawy Gerontologii i wybrane zagadnienia z Geriatrici*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
- Jopkiewicz A., *Aktywność ruchowa osób starszych*, Wydawnictwo WSP, Kielce 1996.
- Kozaczuk L., *Terapia zajęciowa w domu pomocy społecznej*, Wydawnictwo Integraf, Warszawa 1995.
- Krakowiak A., *Wstęp do metodologii badań satysfakcji*, Kraków 1996.
- Kulik T., Janiszewska M., Piróg E., Pacian A., Stefanowicz A., Żoźnierczuk-Kieliszek D., Pacian J., *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t.17 (2) 2011.
- Lewandowska J., *Synteza życia*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, nr 5/2005.
- Milanowska K., *Terapia zajęciowa*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1987.
- Mykowska A., *Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t.4, nr 6/2002.
- Orzechowska G., *Przygotowanie do starości*, „Edukacja dorosłych”, nr 3/2003.
- Podolec M., *Gdy przychodzi starość*, Wydawnictwo Diecezjalne w Sandomierzu, Sandomierz 2007.
- Studen S., Marczuk M., *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.

- Synak B., *Pozycja społeczna ludzi starszych w warunkach zmian ustrojowych i cywilizacyjno-kulturowych*, w: *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, B. Synak (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- Ślusarska B., Zarzycka D., Sadurska A., *Wydolność samoobsługowa miernikiem stanu zdrowia pacjentów w wieku podeszłym*. „Nowiny Lekarskie”, t. 77, nr 3/2008, s. 209–213.
- Trefil J., *Na progu nieznanego 101 pytań, na które nauka jeszcze nie zna odpowiedzi*, Świat Książki, Warszawa 1999.
- Urząd Statystyczny w Lublinie, *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie lubelskim w 2011 roku*, Lublin 2012.
- Zych A., *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2001.

JOLANTA GRABOWSKA-MARKOWSKA

*lekarz medycyny, Prezes Zarządu Społecznego
Towarzystwa „Hospicjum Cordis”*

Godne życie człowieka chorego aż do godnej śmierci

Gdy mówimy o godnym życiu człowieka aż do naturalnej śmierci, istotne jest rozróżnienie wieku biologicznego od wieku chronologicznego. Starość przybiera różne postacie. Jedną z nich jest starość optymalna, nazywana również „złotym wiekiem”, która dotyczy jedynie 1% populacji seniorów. Zaledwie 9% ludzi w podeszłym wieku doświadcza starości fizjologicznej. Wiodące miejsce, bo aż 90% zajmuje, niestety, starość patologiczna, mająca odbicie w wielu chorobach, do których zaliczyć możemy m.in. chorobę Alzheimera, udary oraz choroby nowotworowe, które są główną przyczyną objęcia chorego opieką hospicyjną. Celem tej opieki jest zapewnienie możliwie najwyższej jakości życia w terminalnej fazie chorób nowotworowych.

Cierpienie (ból wszechogarniający) towarzyszące chorobie nowotworowej w fazie terminalnej oraz okresowi późnej dorosłości, obejmuje wszystkie sfery człowieka: jego duchowość, uczucia, ciało i relacje z rodziną. Jakość życia, to obraz własnego położenia życiowego, stworzony przez człowieka w danym okresie. Zawsze możliwe jest podniesienie komfortu życia, bezpieczeństwa, poczucia własnej wartości oraz poprawa relacji rodzinnych. Dzięki temu chory może odnaleźć sens życia, wewnętrzną wolność oraz spokój ducha i poczucie własnej wartości. Szacunek, obecność bliskich nam ludzi oraz właściwa kontrola bólu i innych objawów, mają decydujący wpływ na nasze prawidłowe funkcjonowanie i samopoczucie.

Jednak to, w jaki sposób przeżyjemy ostatni etap życia, zależy w dużym stopniu od nas samych. Twórcza reakcja na zmiany, uwolnienie się od niepokoju, nieustanne tworzenie i wymyślanie nowych rozwiązań, czerpanie

przyjemności z codziennych zajęć, postrzeganie życia jako wartości oraz dobre relacje z bliskimi, zmniejszają cierpienie fizyczne i duchowe osób starszych. Z doświadczenia wieloletniej pracy Hospicjum Cordis wynika, że przy właściwym zabezpieczeniu określonych aspektów cierpienia (ból wszechogarniającego), możemy uzyskać wysoką jakość życia, pomimo uszkadzających czynników biologicznych.

Definicję starości pełnej, optymalnej, złotej, można zawrzeć w słowach prof. Jana Szczepańskiego: *Dopóki działasz, żyjesz*. Starość fizjologiczna to przeżycie ostatniego etapu naszego życia, które w dużej mierze zależy od nas. Natomiast starość patologiczna często przychodzi niezależnie od tego, w jaki sposób żyjemy. W hospicjum zjawisko to jest bardzo często obecne. Nie można obronić człowieka cierpiącego przed bólem ciała, bezdomnością, bezradnością, ale mimo wszystko należy pozostać w pobliżu chorego. Opieka hospicyjna to po prostu obecność przy osobach, które w sposób trudny, często patologiczny, przeżywają ostatni okres swojego życia (90% osób starych), w którym nie można ich pozbawiać nadziei.

Definicji nadziei jest wiele, jednak najbardziej adekwatna wydaje się być wyrażona przez wybitną angielską poetkę, Emily Dickinson:

Nadzieja jest rzeczą z piórami,
która przysiada na duszy/
I śpiewa melodię bez słów/
I nigdy nie przestaje.

Praca w hospicjum to praca wiążąca się z dawaniem nadziei człowiekowi umierającemu. Odebranie jej, przynosi brak szacunku dla chorego i starszego, opuszczenie i osamotnienie, brak celu w życiu, niekontrolowany ból i inne objawy.

Medycyna paliatywna to dziedzina, która polega na prowadzeniu człowieka w taki sposób, żeby nie odczuwał bólu fizycznego, a pojawiające się objawy mogły być w większości likwidowane. To, co jednocy ludzi w ruchu hospicyjnym i jest wspólne dla miejsc, podobnych do Hospicjum Cordis, to słowa umieszczone przy wejściu do domu hospicyjnego Cordis: *hospes hospitis sacer*, czyli

„gość gospodarzowi święty”. Osoba, która trafia do tego domu jest podmiotem opieki, a jej stan terminalny (głównie choroby nowotworowej), jest jednym z najbardziej intensywne okresów życia człowieka.

W pierwszym domu hospicyjnym Cordis, który mieścił się w Mysłowicach (600 m²), odeszło kilka tysięcy ludzi. Posługa hospicyjna odbywa się przede wszystkim w domach podopiecznych, w ich środowisku rodzinnym, gdzie chory powinien przebywać i odejść. Nowy dom hospicyjny, który został wybudowany dzięki środkom własnym oraz wsparciu dotacji z Unii Europejskiej ma 6 tysięcy m², a opieka w nim jest całkowicie bezpłatna (w 65% jest finansowana z NFZ, a 35% to samodzielne pozyskiwanie środków na działalność). Każdy chory ma swój pokój z łazienką, gdzie oprócz łóżka dla pacjenta znajduje się też tapczan dla członka jego rodziny, aby mógł on przebywać z bliską osobą nawet 24 godziny na dobę. Natomiast sercem domu jest ogromny ogród, znajdujący się w centralnej części kompleksu hospicyjnego. Przestrzeń hospicjum to nie tylko pokoje chorych, ale też sale, w których odbywają się spotkania, kaplica, pomieszczenia do terapii indywidualnych i grupowych, psychoterapii z salą superwizyjną, sale rehabilitacyjne, sala poznawania świata i wiele innych. Wyżywienie oraz pobyt członka rodziny na terenie hospicjum są bezpłatne. Nowy dom działa dwa lata i w tym czasie cały system pracy bardzo się rozwinął. Na terenie hospicjum mieści się też hostel międzynarodowy, w którym mieszkają młodzi ludzie z całego świata, przyjeżdżający uczyć się opieki nad ludźmi umierającymi. Nie trzeba jechać do Kalighat, gdzie znajduje się pierwsze hospicjum, założone w Indiach przez Matkę Teresę z Kalkuty, można przyjechać po prostu do Hospicjum Cordis.

Najistotniejszy jest jednak nie wygląd i wyposażenie domu, ale podejście do chorego, jego akceptacja, afirmacja wartości. Podniesienie jakości życia osoby umierającej to też praca zespołowa. Nigdy jedna osoba nie zabezpieczy wszystkich potrzeb człowieka w ciężkim stanie. Oczywiście filarem opieki jest bardzo dobre leczenie objawowe i wsparcie psycho-socjalne, a zwieńczenie wszystkich działań stanowi twórczość podejmowana przez chorego, piękno go otaczające, elastyczność i szacunek w podejściu do osób chorych. Podsumowując – człowiek dopóki żyje, dopóty jest kreatywny.

Gdyby popatrzeć na życie człowieka od narodzin, poprzez dzieciństwo, młodość po wiek dojrzały, to, zdaniem autorki, na końcu jest „Miłość silniejsza niż śmierć”. Zgodnie z przesłaniem św. Teresy od Dzieciątka Jezus, patronki domu, w którym działa Hospicjum Cordis (pełna nazwa Hospicjum Cordis, czyli Gościna Serca św. Teresy od Dzieciątka Jezus): *Miłość jest wszystkim*. Można dojść do wniosku, że słowa te stanowią całą filozofię i sens ludzkiego życia. I jeżeli w ten sposób popatrzeć na starość, to hospicjum powinno być *przedSIONKIEM nieba* – jak mówił kiedyś nasz krajowy kapelan hospicyjny, ks. Eugeniusz Dutkiewicz. Bo miłość jest rozprzestrzenianiem i człowiek dojrzewając, powinien jakby wchodzić po schodach – im wyżej, tym większa perspektywa. Wszystko po to, aby zobaczyć jak najwięcej możliwości, a przede wszystkim odnaleźć sens życia, nawet w obliczu choroby i śmierci. Jednak, aby to było możliwe, człowiek musi mieć tak zorganizowaną opiekę, aby w ten proces mógł „wejść” w sposób najbardziej świadomy.

Aby lepiej zrozumieć „Tereskowe” przesłanie miłości, posłużymy się schematem drogi. Jest to droga od domu lęku, w którym człowiek staje przed wyrokiem choroby nowotworowej, przed wyrokiem ewentualnej samotności i śmierci, do domu miłości, w którym zyskuje wolność wyboru (decyduje o własnym ostatecznym losie, o osobach mu towarzyszących, o podejmowanej terapii). Można powiedzieć, że hospicjum jest drogą od domu lęku do domu miłości, jest wyborem sposobu przebycia tej drogi. Tu może sobie zadać pytanie: *Gdzie jestem? W którym mieszkam domu, w tym momencie?*

Człowiek hospicjum, to człowiek, który stając wobec cierpienia drugiego, musi szukać i znaleźć wyjście z każdej potencjalnie najtrudniejszej sytuacji. Bardzo istotne jest w tej kwestii podjęcie przesłania Alberta Camusa: *Nie idź za mną, bo nie umiem prowadzić. Nie idź przede mną, bo nie umiem nadążyć. Idź po prostu obok mnie i bądź moim przyjacielem*. Słowa te stanowią odpowiedź na to wszystko, co możemy nazwać w całej pełni cierpieniem, które dotyka człowieka umierającego, w odniesieniu do jego ciała, cielesności, psychiki, uczuć, duchowości i relacji rodzinnych.

W hospicjum każda minuta czasu jest na wagę złota. Można nawet zaryzykować stwierdzenie, że to nie zdrowie staje się celem życia, ale czas poświęcony

drugiemu człowiekowi, ofiarowanie mu miłości i swojej obecności. Biorąc pod uwagę to, co pomnaża nadzieję, należy pamiętać, że bardzo istotny jest szacunek okazany choremu, obecność bliskich ludzi, właściwa kontrola bólu i innych objawów, a także relacje między pracownikami i wolontariuszami hospicjum. O dobrej jakości życia człowieka stanowi też twórcza reakcja na zmiany (np. spełnianie marzeń chorych w myśl zasady „dopóki marzysz – żyjesz”), nawet tych pozornie trudnych do zrealizowania: zajęcia rękodzielnicze, udział w koncertach i przedstawieniach, wycieczki w góry, nad morze, zajęcia artystyczne, kosmetyczne, fryzjerskie.

Taki tryb pracy i oferowanych rozwiązań przynosi optymizm, a co za tym idzie, czerpanie przyjemności z codziennych zajęć i postrzeganie życia jako znaczącego, we wszystkich jego aspektach. Przykład: pani Alicja w wieku 92 lat, pięknie uczesana przez fryzjera, pije szampana, a w rękę trzyma obraz, który przed chwilą na blejtramie sama namalowała – bije z niej ogromna radość, pomimo ciężkiej choroby. Niezwykle ważne są też relacje rodzinne, postrzeganie siebie, jako osoby wartościowej, obchodzenie świąt, imienin, urodzin, jubileuszy, ślubów.

Według Fryderyka Nietzschego ten, kto wie, dlaczego żyje, nie troszczy się o to jak żyje. Wszyscy muszą umrzeć, ale nie wszyscy żyją naprawdę pełnią życia, ze wszystkimi jego najpiękniejszymi aspektami.

*Posłuchaj,
to tylko teraz wydaje się takie trudne.
Potem będzie już łatwiej.
Powędrujesz w poprzek nocy i dni
do miejsca gdzie kończy się Czas.
Poprowadzi cię promień Światła
ten sam,
który wpadał przez maleńkie okno z twego snu
otwierane i zamykane ruchem powieki.
Będzie ci lżej, bo w drodze zgubisz zmęczone ciało
i żal za tym czego nie zdążyłeś opadnie szelestem
jak suchy liść.*

*Zabierzesz ze sobą jedynie miłość
ukrytą w kącie krzywego uśmiechu.
Tylko tam była ostatnio bezpieczna.
Nie zatrzymuj się.
Idź.
Czekają na ciebie.
Ja odprowadzę cię dokąd się da
a potem wrócę.
Muszę się tu jeszcze trochę pokręcić.*

(Teresa Fiech,
Wiceprezes Społecznego Towarzystwa „Hospicjum Cordis”)

Ks. TOMASZ REN

Zastępca Dyrektora Caritas Archidiecezji Poznańskiej

Starość – przegrana czy nadzieja życia? Perspektywa katolickiej „Caritas”

Bardzo często mówi się, że „Panu Bogu starość się nie udała”. Czy tak jednak jest naprawdę?

Starość jest ostatnim etapem życia człowieka. Nazywana jest często „jesienią życia” lub „trzecim wiekiem”. Etap starości nie jest ani najkrótszym, ani mniej ważnym okresem dla człowieka, jest natomiast uwieńczeniem, „koroną”, poprzednich etapów życia ludzkiego. Dzieciństwo bowiem i młodość są czasem, w którym człowiek stopniowo uczy się swojego człowieczeństwa, rozpoznaje swoje możliwości, poniekąd tworzy swój własny projekt życia, który będzie realizował w wieku dojrzałym, a i starość nie jest pozbawiona szczególnej wartości, bowiem łagodząc namiętności, pomnaża mądrość i służy dalszym radom³². Za próg starości przyjmuje się obecnie 60 rok życia. Światowa Organizacja Zdrowia, podejmując temat osób starych dzieli je na trzy grupy, mianowicie:

- osoby w podeszłym wieku – między 60 a 75 rokiem życia
- osoby w wieku starczym – między 75 a 90 rokiem życia
- osoby w wieku sędziwym – powyżej 90 roku życia³³.

Specyficzne cechy osób starszych

Jakie szczególne charyzmaty (dary) posiadają osoby w podeszłym wieku?

Papieska Rada do Spraw Świeckich wymienia: bezinteresowność, pamięć, doświadczenie, współzależność oraz pojęcie bardziej całościowej wizji świata.

³² Por. Jan Paweł II, *List do osób w podeszłym wieku*, Poznań 1999, s. 5.

³³ Por. A. Zwoliński, *Starość*, w: *Encyklopedia nauczania społecznego Jana Pawła II*, A. Zwoliński (red.), Radom 2003, s. 484.

a) Bezinteresowność

Papieska Rada mówi o służbie, która polega na umiejętności wycofania się, ustąpienia miejsca innym, a także „odejściu na emeryturę”. Prowadzić to ma do wycofania się z dawnej aktywności, by w inny sposób służyć społeczeństwu. Nie chodzi naturalnie o zepchnięcie na margines życia, ale o nową szansę wzrostu. Wraz ze starością pojawia się w człowieku nowa świadomość bezinteresowności i ofiary, chęć służenia radą i przysługą. Będzie to się także przejawiało w serdecznej życzliwości, w gotowości słuchania i akceptacji drugiego człowieka.

b) Pamięć

„Młode pokolenia szybko tracą zmysł historyczny i wraz z nim poczucie własnej tożsamości”³⁴. Z pomocą młodemu pokoleniu przychodzą ludzie starzy, którzy są „historyczną pamięcią” i gwarantem podstawowych ludzkich wartości. Jeśliby ze społeczeństwa wykluczyć starców, to tak, jakby w imię nowoczesności odrzucić przeszłość, w której zakorzeniona jest terażniejszość. Nie da się bowiem żyć w terażniejszości, zapominając o przeszłości. Może dlatego dziś tylu młodych ludzi ma problem z poczuciem własnej tożsamości, bo za mało korzysta z doświadczenia i pamięci osób w podeszłym wieku.

c) Doświadczenie

„W dzisiejszym świecie odpowiedzi dawane przez naukę i technikę wydają się przekreślać wartość doświadczenia, nagromadzonego przez ludzi starszych w ciągu ich długiego życia”³⁵. Pomija się owe doświadczenie, jakby chciano zapomnieć o człowieku starym, który niesie w sobie całe bogactwo doświadczenia życia, które jest swoistym pomostem między przeszłością a terażniejszością. Nie da się wszystkiego przekazać poprzez książki, komputery, telewizor czy nawet Internet.

³⁴ Papieska Rada ds. Świeckich, *Godność i posłannictwo ludzi starszych w Kościele i w świecie*, Watykan 1998, s. 16.

³⁵ Por. *tamże*.

d) Współzależność

Współzależność to solidarność, to poczucie, że młodzi potrzebują starszych, a starsi młodych. To swoiste współodczuwanie pokoleniowe, kiedy następuje wymiana myśli, poglądów i wartości. Nikt nie może żyć sam na świecie, gdyż istnieje naturalna potrzeba relacji międzypokoleniowych. Bardzo łatwo można zauważyć, że ludzie starsi są odrzuceni na margines, wtenczas, gdy następuje zanik relacji, a to prawie zawsze wywołuje poczucie opuszczenia, samotność i izolację.

e) Bardziej całościowa wizja świata

Życie ludzkie przebiega pod presją pośpiechu i nerwowości. W tym zabieganiu nierzadko człowiek zagłusza w sobie fundamentalne pytania: skąd, dokąd i dlaczego? Ludzie starsi są niezastąpionym źródłem równowagi społeczeństwa. Ci ludzie wiedzą, po co żyli, jaki był ich sens życia i co najważniejsze dokąd zmierzają. Swoim życiem pokazują wyższość „być” nad „mieć”. Człowiek stary pokazuje, jak oceniać sytuacje z perspektywy swojego życia.

Charyzmaty są zawsze darem dla wspólnoty. Dojrzała wspólnota, dojrzałe społeczeństwo będzie chciało wymieniać się tymi darami. Kiedy 1999 rok ONZ ogłosiło Rokiem Ludzi Starszych, wybrano hasło: „Ku społeczeństwu otwartemu dla wszystkich pokoleń”. Wskazano przez to jednocześnie, że społeczeństwo winno liczyć się ze wszystkimi pokoleniami i stwarzać warunki życia sprzyjające realizacji wielkiego potencjału ludzi trzeciego wieku. W Caritas pragniemy stwarzać owe, jak najlepsze, warunki dla rozwoju osób starszych.

Działania „Caritas” na rzecz seniorów

„Caritas” w swojej strukturze działa przede wszystkim przez Parafialne Zespoły Caritas (PZC), które niosą pomoc innym w bardzo różnych wymiarach życia. Około 6.900 Parafialnych Zespołów Caritas w całej Polsce, zrzesza blisko 60.000 wolontariuszy (w tym ok. 70 % to osoby w wieku 60+). Na terenie działania Caritas Archidiecezji Poznańskiej jest 314 Parafialnych Zespołów, które zrzeszają około 3.000 osób (w tym, podobnie jak w skali kraju, ok. 70% stanowią osoby w wieku 60+).

Wniosek: człowiek w podeszłym wieku ma pragnienie dzielenia się, nie chce żyć sam, chce dać coś bardzo konkretnego społeczeństwu.

„Caritas” w Polsce aktywnie działa na rzecz seniorów:

a) prowadzi Kluby Seniora

b) prowadzi Ośrodki Wsparcia dla osób starszych, domy pomocy społecznej oraz domy dziennego pobytu dla seniorów

c) prowadzi szkolenia i warsztaty, a w tym: kursy komputerowe, kursy językowe (angielski) od poziomu początkującego do lekko zaawansowanego, warsztaty rehabilitacyjne, warsztaty kulinarne

d) organizuje turnusy wypoczynkowo-aktywizacyjne dla osób starszych i wczasorekolekcje

e) organizuje spotkania kulturalne i wycieczki krajoznawcze

f) prowadzi wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego

g) dofinansowuje rehabilitację i leczenie osób starszych

Caritas Archidiecezji Poznańskiej od 2008 roku prowadzi różnego typu kursy i szkolenia dla seniorów. Obejmują one m. in. naukę obsługi komputera, naukę języka angielskiego, zajęcia rehabilitacyjno-usprawniające, warsztaty żywieniowe (nowość wprowadzona od 2014 r.). Dofinansowane były one z różnych źródeł, w tym ze środków administracji publicznej (samorządowej i rządowej). Od początku w przeprowadzonych kursach i szkoleniach wzięło udział 1.766 seniorów, w tym:

- 977 osób w szkoleniach komputerowych
- 361 osób w kursach j. angielskiego
- 378 osób w zajęciach rehabilitacyjnych
- 50 osób w warsztatach żywieniowych

W samym 2014 roku w ramach projektu „Aktywny i nowoczesny senior” prowadzonego przez Caritas Archidiecezji Poznańskiej udział bierze 473 seniorów, w tym:

- 234 osób w szkoleniach komputerowych
- 99 osób w kursach j. angielskiego
- 90 osób w zajęciach rehabilitacyjnych
- 50 osób w warsztatach żywieniowych

Projekt ten jest dofinansowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywizacji Społecznej Osób Starszych w latach 2014-2020.

Nie sposób nie wspomnieć o szkoleniu, które odbyło się dzięki Fundacji Polsko-Niemieckie Pojednanie pt.: „Opieka nad osobą starszą, przewlekle chorą, niepełnosprawną”. Celem szkolenia było:

- Wieloaspektowe przygotowanie wolontariuszy do sprawowania opieki nad uczestnikami wakacyjnych obozów dla chorych i niepełnosprawnych, organizowanych przez Caritas.
- Otwarcie na potrzeby osób starszych i niepełnosprawnych i przygotowanie do wolontariatu w domach w/w osób.
- Zdobycie wiedzy i niezbędnych umiejętności z zakresu typowych problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych osób starszych i chorych.
- Zdobycie wiedzy z zakresu psychospołecznego i duchowego znaczenia pielęgnowania chorego w domu.

Dzięki przeprowadzonym zajęciom wolontariusze rozwinęli swoją wiedzę dotyczącą zasad opieki nad ludźmi starszymi i chorymi, nabyli umiejętności pielęgnacji osób starszych i chorych oraz umiejętności z zakresu organizacji pracy podczas opieki nad osobami starszymi. Poszerzyli wiedzę i umiejętności w prowadzeniu rozmowy i wspierania osób chorych i ich rodzin, a także dzięki odbytym praktykom, zapoznali się ze specyfiką opieki nad osobą starszą.

Podsumowanie

Zapewne każdy z nas zna ojca Jana Górę, który organizuje ogólnopolskie spotkania dla młodzieży. Nie każdy jednak wie, że na Polach Lednickich odbywają się także spotkania seniorów. Brałem udział – ponad dziesięć lat temu – w jednym z takich spotkań dla osób starszych. Było to niesamowite doświadczenie. Kiedy stanąłem i zobaczyłem przed lednicką „Rybą” kilkanaście tysięcy ludzi w podeszłym wieku, byłem zadziwiony. Najstarsza uczestniczka miała wtedy ponad dziewięćdziesiąt lat. Była to pani doktor Wanda Błęńska, która dzisiaj liczy już ponad sto lat. Ponad czterdzieści lat doktor Błęńska pracowała w Ugandzie, posługując trędowatym. Co było w tym spotkaniu takie

zadziwiająco nowe? Kiedy zobaczyłem ludzi w wieku sześćdziesięciu, siedemdziesięciu, osiemdziesięciu i nawet dziewięćdziesięciu lat, którzy podnosili ręce i śpiewali, że chcą szybować nad granią, że chcą się unosić, że chcą zdobywać szczyty, to nie dowierzałem! Niesamowite odkrycie! Ludzie, którym my tak często byśmy założyli ciepłe kapcie, dali wygodny fotel, śpiewali, że chcą szybować nad granią, że chcą się unosić, że chcą zdobywać szczyty. Co to pokazuje? Że w ludziach w podeszłym wieku jest potencjał! Tylko od nas, od społeczeństwa, zależy czy my ten potencjał wykorzystamy, tak, aby ludzie ci chcieli jeszcze społeczeństwu służyć, wykorzystując swoje charyzmaty. Zatem, starość to jednak nadzieja życia!

Bibliografia

Jan Paweł II, *List do osób w podeszłym wieku*, Poznań 1999.

Zwoliński A., *Starość*, w: *Encyklopedia nauczania społecznego Jana Pawła II*, A. Zwoliński (red.), Radom 2003.

Papieska Rada ds. Świeckich, *Godność i posłannictwo ludzi starszych w Kościele i w świecie*, Watykan 1998.

Nauki społeczne wobec problemów osób starszych

1.

Perspektywa psychologiczna – wokół doświadczeń traumatycznych

MAJA LIS-TURLEJSKA

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

Poziom objawów potraumatycznych wśród osób, które przeżyły II wojnę światową

Od kilku lat słowo „trauma”, także w Polsce, stało się znane i często stosowane w najróżniejszych kontekstach. Kilka rozgłośni radiowych obecnie nadaje następującą reklamę: „Co pana sprowadza? Trauma... Proszę mówić... Nie mogę załatwić dobrego serwisu dla mojego samochodu...”, po czym jest mowa o tym, gdzie taki serwis można znaleźć. Można powiedzieć, że słowo „trauma”, naprawdę trafiło pod strzechy. Stało się tak dlatego, że jakiś czas temu, dokładnie w 1980 r., ustalono, zdecydowano na podstawie wielu badań, żeby wprowadzić do systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych takie zaburzenie, które nazwano *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Z tego rodzaju skrótami, obecnie, także w Polsce, mamy do czynienia, chociażby ze względu na popularność innego skrótu, odnoszącego się do zaburzenia psychicznego: ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi).

Poniżej zostaną przedstawione wyniki prowadzonych przeze mnie badań: (a) w latach 2007–2010 osób, które były dziećmi i nastolatkami podczas

II wojny światowej i (b) w 2012 r. osób w różnym wieku, które przeżyły II wojnę światową. Badania miały na celu ustalenie poziomu objawów po-traumatycznych, głównie zaburzeń po stresie traumatycznym (PTSD). Zostaną także przedstawione wyniki badań prowadzonych od lat 90. XX wieku w różnych krajach Europy, dotyczących tego samego zagadnienia. Zostanie również sformułowana próba odpowiedzi na pytanie – wskazania na niektóre możliwe przyczyny – dlaczego wskaźniki objawów potrauma-tycznych w Polsce są znacznie wyższe w porównaniu ze wskaźnikami badań w krajach Europy zachodniej.

Zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD)

PTSD to określenie, powszechnie obecnie stosowane w literaturze nauko-wej, ale także w popularnej i w środkach masowego przekazu, odnosi się do zaburzenia psychicznego, wprowadzonego w 1980 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, do klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-III) obowiązującej w USA, ale także stosowanej w wielu innych krajach, zwłaszcza w badaniach naukowych. O znaczeniu wprowadzenia PTSD do rozumienia za-chowania i problemów dotyczących wielu ludzi może świadczyć fakt, że w wy-szukiwarce internetowej *Google* po wpisaniu „PTSD” – pojawia się informacja o liczbie 6.070.000 wyników. Określenie PTSD znalazło się także w obszarze kultury masowej w wielu krajach – świadczy o tym liczba ok. 10.000 wyników po wpisaniu w na stronie „You Tube” hasła „PTSD songs”.

Kluczowe dla rozwoju badań i możliwości terapii, związanych z problemami potraumatycznymi, stało się rozróżnienie „stresu życiowego” od „stresu trau-matycznego”. Definicja „traumatycznego stresora” zmieniała się począwszy od 1980 roku, wraz z pojawianiem się wyników badań naukowych. Ogólnie moż-na go określić jako „zdarzenie lub zdarzenia, których jednostka doświadczyła bezpośrednio lub była świadkiem, obejmujące rzeczywistą śmierć, zagrożenie śmiercią lub poważnym zranieniem lub zagrożenie fizycznej integralności wła-snej lub innych ludzi” (Kryterium A PTSD: DSM-IV i DSM-5).

Zgodnie z kryteriami ustalonymi w 1994 roku (DSM-IV), według których dokonywano pomiaru PTSD w cytowanych poniżej badaniach, PTSD obejmuje trzy grupy objawów¹.

B. Odtwarzanie (ponowne przeżywanie) – przynajmniej jeden objaw z poniższych:

1. nawracające przykre wspomnienia
2. przykre sny
3. działanie lub czucie się tak, jak gdyby traumatyczne zdarzenie nastąpiło ponownie
4. intensywny dystres (przykre samopoczucie) przy kontakcie z bodźcami przypominającymi traumę
5. reakcje fizjologiczne przy ponownej ekspozycji na bodźce symbolizujące lub przypominające zdarzenie

C. Unikanie i/lub ograniczenie reaktywności – przynajmniej trzy objawy z poniższych:

1. unikanie myśli lub uczuć skojarzonych z traumą
2. unikanie aktywności
3. psychogenna amnezja (niepamięć)
4. zmniejszone zainteresowanie ważnymi zajęciami
5. uczucia oddzielenia, wyobcowania od innych
6. poczucie braku perspektyw na przyszłość

D. Zwiększone pobudzenie – (przynajmniej dwa objawy z poniższych):

1. trudności z zasypianiem lub snem
2. drażliwość lub wybuchy gniewu
3. trudności w koncentrowaniu się
4. nadmierna czujność
5. reakcja „startowa” (tzw. wzdrygnięcie się w reakcji na silny dźwięk)

¹ Inne spotykane tłumaczenia polskie tego określenia: „zespół stresu pourazowego”, „zaburzenie stresowe pourazowe”. Przedstawione poniżej określenia objawów PTSD stanowią znacznie skróconą wersję kryteriów diagnostycznych PTSD wg DSM-IV (*American Psychiatric Association* 1994).

Do sformułowania diagnozy PTSD potrzebne jest ustalenie wystąpienia traumatycznego zdarzenia, trwania objawów przez przynajmniej miesiąc oraz stwierdzenie, że objawy znacznie utrudniają funkcjonowanie w istotnych sferach życia.

Poniżej prezentuję w skróconej formie wyniki przeprowadzonych badań z zakresu diagnozowania PTSD.

Badanie I (2007-2010)

Osoby badane: uczestnicy Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Warszawie i okolicach; 219 osób (80,3% kobiet, 17,7% mężczyzn); 63–78 lat; 49, 8% osób z wyższym wykształceniem.

Narzędzia pomiaru – polskie adaptacje: *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS); *Impact of Event Scale* (IES); *Beck's Depression Inventory* (BDI).

Rozpowszechnienie klinicznego nasilenia objawów PTSD (diagnozy PTSD wg. DSM-IV) w badanej próbie wynosiło 29,4% (pomiar Skalą PDS). Średnie wartości liczby objawów z grupy B, C i D wynosiły odpowiednio 2,08 (SD=1,74), 2,34 (SD=1,98) i 2,40 (SD=1,69). Dla głębokości objawów analogiczne wskaźniki wynosiły odpowiednio: 3,01 (SD=3,21), 3, 61 (SD=3,75), 4,07 (SD=3,67).

W grupie z PTSD 42,2% osób spełniało kryterium przynajmniej średnio nasilonej depresji (wynik w kwestionariuszu BDI \geq 17). Warto także zwrócić uwagę na następujący wynik uzyskany w tym badaniu: poziom objawów PTSD wśród osób, które wskazały przeżycie przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego związanego z wojną, był wyższy na poziomie istotności statystycznej w porównaniu z osobami, które nie wskazały żadnego takiego zdarzenia.

Średnia wyników otrzymanych za pomocą Skali IES wynosiła $M=19,67$ (SD=17,33). U 18,8% osób badanych stwierdzono wyniki wyższe od punktu odcięcia wynoszącego 35.

Badanie II (2012)

Osobami badanymi byli pacjenci internistycznych przychodni zdrowia i mieszkańcy domu opieki społecznej we wschodniej Polsce. Zbadano 177 osób: 59,9% kobiet i 40,1% mężczyzn, w wieku 68–91 lat (średnia 78–86 lat); 21,1% w tej grupie miało wyższe wykształcenie.

Narzędzia pomiaru: PDS, IES, BDI.

Rozpowszechnienie PTSD: 33,3% (wg. PDS)

W grupie PTSD+ 46,3% spełniało kryterium przynajmniej średnio nasilonej depresji ($BDI \geq 17$).

Badania stanu psychicznego osób, które przeżyły II wojnę światową prowadzone w różnych krajach

W Europie skutki II wojny początkowo badano w odniesieniu do byłych więźniów niemieckich obozów koncentracyjnych w latach 50. i 60. XX wieku we Francji, Holandii, Norwegii i w Polsce.

W latach 70. XX wieku zaczęło się pojawiać coraz więcej obserwacji i badań naukowych dotyczących ocalałych z Holocaustu. Po 1980 r. zmienił się sposób prowadzenia badań dotyczących zaburzeń psychicznych na mniej opisowy – badania oparto na bardziej ściśle określonych objawach różnych zaburzeń, w tym PTSD. Badania dotyczące konsekwencji wojny na dużą skalę prowadzi się w USA wśród weteranów wojennych, w tym II wojny światowej. W Europie takie badania zaczęto prowadzić pod koniec lat 90. XX wieku.

W tabeli A przedstawiono skrótowo główne wyniki badań dotyczących częstości występowania (rozpowszechnienia) PTSD wśród osób, które przeżyły II wojnę światową. Badania te były prowadzone w różnych krajach. W badaniach posługiwano się podobnymi lub tymi samymi narzędziami pomiaru PTSD i objawów innych zaburzeń, traktowanych jako potraumatyczne, np. depresji.

Tabela A. Dane dotyczące częstości występowania PTSD wśród osób o różnych rodzajach doświadczeń związanych z II wojną światową (weteranów wojennych i osób cywilnych) uzyskane w badaniach w różnych krajach Europy Zachodniej

Autorzy (data publikacji)	Kraj	Osoby badane	PTSD
Bramsen i inni (1999)	Holandia	N=10622; osoby ur. 1920-1929; losowy dobór, osoby, które były nastolatkami lub młodymi dorosłymi podczas wojny i duża grupa holenderskich weteranów wojennych	4,5% badanych
Hautamaki i inni (2001)	Finlandia	N=30; weterani wojenni	6,7% badanych
Major (2003)	Norwegia	N=153; 64 byłych więźniów obozu, 45 osób działających w nielegalnej prasie i 44 osoby działające w podziemnej organizacji militarnej	Grupy różniły się liczbą objawów potraumatycznych – najwięcej ich mieli więźniowie (M=4,8), następnie grupa prasy podziemnej (M=1,8) i grupa militarna (M=1,0)
Maercker i Herrle (2003)	Niemcy	N=47; osoby, które przeżyły bombardowanie Drezna w lutym, 1945 roku; w wieku od 57 do 95 lat	Brak informacji o diagnozie PTSD. Jest informacja na temat niskiego wskaźnika objawów PTSD w badanej grupie
Kuwert i inni (2006)	Niemcy	N=93; dzieci i nastolatki w okresie wojny – osoby urodzone m. 1933 i 1945; średnia wieku: 67,3 lat; 53,8% K i 46,2% M	10,8% badanych
Favaro i inni (2006)	Włochy	N=66; jeńcy wojenni z okresu IIWS; średni wiek: 71,6 lat; 77% osób było wywiezionych do obozów śmierci, 4 osoby (6%) do obozów pracy, pozostałe były w więzieniu we Włoszech	20% badanych

Forstmeister i inni (2009)	Niemcy	N=103; dzieci-żołnierze; wiek 9–17 w momencie wcielenia do wojska	4,9% w jakimś momencie od wojny; 1,9% – aktualnie znaczące objawy PTSD, wskazujące na możliwą diagnozę
Glaesmer i inni (2012)	Niemcy	N=8368 (5033); badanie próby losowej krajowej niemieckiej; osoby > 60 lat	3,4%; 3,8% subkliniczne PTSD (2010)
Glück i inni (2012)	Austria	N=316; urodzeni przed 1946; wynik w MMSE (Mini Mental) 22 lub więcej	1,9% badanych

Przy porównaniu przedstawionych w tabeli danych z wynikami badań przeprowadzonych w Polsce, zwraca uwagę fakt, że wskaźniki uzyskane w badaniach w innych krajach, są wielokrotnie niższe. W losowo dobranej próbie osób urodzonych w latach 1920–1929 w Holandii, 4,5% osób uzyskało diagnozę PTSD (Bramsen i Van der Ploeg 1999). W badaniu ogólnoniemieckiej próby losowej osób starszych, wskaźnik rozpowszechnienia PTSD wyniósł 3,4% (Glaesmer, Gunzelmann, Braehler, Forstmeister i Maercker 2010), a w badaniu przeprowadzonym w Austrii, 1,9% (Glück, Tran i Lueger-Schuster 2012). Przedstawione wcześniej wysokie wskaźniki rozpowszechnienia PTSD w Polsce (por. także: Lis-Turlejska, Szumiał i Okuniewska 2012; Lis-Turlejska 2013), pośrednio znajdują potwierdzenie w danych cytowanych w ramach raportu *Diagnoza społeczna – 2013: Zadowolenie ze stanu zdrowia wśród seniorów*. Autorzy raportu, powołując się na badanie SHARE z 2010/2012 roku, podają, że „spośród 16 krajów europejskich, gorzej od polskich seniorów oceniają swoje zdrowie tylko seniorzy węgierscy” (Czapiński i Błędowski 2014: 37). Podają również, że: „W grupie 16 krajów najczęściej występuje depresja wśród polskich i portugalskich seniorów” (Czapiński i Błędowski 2014: 40). Warto jednak odnotować, że seniorzy polscy: „w zakresie pozytywnych miar dobrostanu psychicznego nie wypadają najgorzej; pod względem zadowolenia z życia plasują się na 7 miejscu od końca, a pod względem poczucia szczęścia na 5-tym” (Czapiński i Błędowski 2014: 41).

Wysoki poziom objawów potraumatycznych w Polsce – próba wyjaśnienia

W porównaniu z badaniami wśród osób, które przeżyły II wojnę światową w innych krajach Europy, poziom PTSD w Polsce jest bardzo wysoki. Próbując wyjaśnić to zjawisko, można wskazać na niektóre czynniki, które mogą być z tym związane:

- Nasilenie stresorów związanych z okresem II wojny światowej.
- Zakłócenie mechanizmu pamięci społecznej. W okresie PRL pewne narracje były blokowane lub/i zniekształcane (Katyń, „AK – zapluty karzeł reakcji”).
- Unikanie zajmowania się traumą II wojny światowej. W dyskursie publicznym dominuje narracja, która obejmuje tylko nieliczne grupy osób jako dotknięte traumą wojenną (więźniowie obozów koncentracyjnych, żołnierze wracający z misji w Iraku czy Afganistanie).
- Brak „uznania społecznego dla osoby jako ofiary traumy”. Wyniki niedawnych badań na ten temat wskazują na związek tego zjawiska z nasileniem objawów PTSD. Maercker i Muller (2004), biorąc pod uwagę reakcje otoczenia społecznego w procesie adaptacji potraumatycznej, zaproponowali konstrukt „społecznego uznania jako ofiary lub osoby ocalałej”. Definiują oni „społeczne uznanie” jako doświadczenie przez osobę poszkodowaną pozytywnych reakcji ze strony społeczności. Reakcje te są opisywane jako zrozumienie, docenianie wyjątkowego stanu osoby poszkodowanej, uznawanie jej bardzo trudnej sytuacji. Określenie „społeczne” oznacza tutaj nie tylko najbliższe otoczenie ofiary, ale także szersze otoczenie społeczne. W pozytywnym przypadku, „społeczne uznanie” zawiera oferowanie wsparcia ofiarom, osobom poszkodowanym. Z drugiej strony ofiary mogą doświadczać negatywnych reakcji, np. ignorowania, odrzucenia czy obwiniania. Wyniki prowadzonych na ten temat badań pokazują, że wyższy poziom „społecznego uznania” wiąże się z mniejszym nasileniem objawów PTSD, jest również czynnikiem ułatwiającym potraumatyczną adaptację. Brak „społecznego uznania” może być natomiast predyktorem symptomatologii PTSD i powinien być brany

pod uwagę w pracy terapeutycznej z pacjentami, którzy doświadczyli traumi.

Brak edukacji społecznej. W Polsce można obserwować brak dyskusji na temat konsekwencji traumatycznego stresu. Brakuje dyskusji rzeczowej, uwzględniającej współczesny stan wiedzy na temat zaburzeń psychicznych (w tym PTSD).

Brak dostępu do wyspecjalizowanej terapii. Wciąż można obserwować unikanie przez profesjonalistów stosowania diagnozy PTSD, a także małą wiedzę i dostępność możliwości leczenia objawów potraumatycznych i PTSD.

Bibliografia

- Bramsen I., H.M. Van der Ploeg. (1999). *Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors*. „Acta Psychiatrica Scandinavica”, 100, s. 350–358.
- Czapiński J., P. Błędowski. (2014). *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013. Raport tematyczny*. Warszawa: MPiPS. http://www.diagnoza.com/pliki/raporty_tematyczne/Aktywnosc_spoeczna_osob_starszych.pdf (data dostępu: 01.07.2014)
- Favaro A.Q., E. Tenconi, G. Colombo, P. Santonastaso. (2006). *Full and partial post-traumatic stress disorder among World War II prisoners of war*. „Psychopathology”, 39(4), s. 187–191.
- Forstmeister S., P. Kuwert, C. Spitzer, H. Freyberger, A. Maercker. (2009). *Posttraumatic growth, social acknowledgement a survivors, and sense of coherence in former German soldiers of World War II*. „American Journal of Geriatric Psychiatry”, 17(2), s. 1030–1039.
- Glaesmer H., M. Kaiser, M. Braehler, H.J. Freyberger, F. Kuwert. (2012). *Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly – A German community-based study*. „Aging & Mental Health”, 16(4), s. 403–412.
- Glaesmer H., T. Gunzelmann, E. Braehler, S. Forstmeister, A. Maercker. (2010). *Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: Results of a representative population-based survey*. „International Psychogeriatrics”, 22(4), s. 661–670.
- Glück T.M., U.S. Tran, B. Lueger-Schuster. (2012). *PTSD and trauma in Australia's elderly: Influence of wartime experiences, postwar zone occupation and life time traumatization on today's mental health status – an interdisciplinary approach*. „European Journal of Psychotraumatology”, 3: 17263 – <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17263> (data dostępu: 01.07.2014).

- Hautamäki A., P.G. Coleman. (2001). *Explanation for low prevalence of PTSD among older Finnish war veterans: Social solidarity and continued significance given to wartime sufferings*. „Aging & Mental Health”, 5(2), s. 165–174.
- Kuwert P, C. Spitzer, A. Träder, H.J. Freyberger, M. Ermann. (2007). *Sixty years later: Post-traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II*. „International Psychogeriatrics”, 19, s. 955–961.
- Lis-Turlejska M. (2013). *Posttraumatic stress disorder in the elderly in Poland*. Referat przedstawiony na: European Conference on Traumatic Stress, Bologna, Włochy.
- Lis-Turlejska M., S. Szumiał, H. Okuniewska. (2012). *Aktualny poziom objawów stresu potraumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową*. „Psychiatria Polska”, tom XLVI, 2, s. 145–156.
- Maercker A., J. Herrle. (2003). *Long-term effects of the Dresden bombing: Relationships to control beliefs, religious belief and personal growth*. „Journal of Traumatic Stress”, 16(6), s. 579- 587.
- Maercker A., J. Müller. (2004). *Social Acknowledgment as a Victim or Survivor: A Scale to Measure a Recovery Factor of PTSD*. „Journal of Traumatic Stress”, 17(4), s. 345–351.
- Major E.F. (2003). *Health effects of war stress on Norwegian World War II resistance groups: a comparative study*. „Journal of Traumatic Stress”, 16(6), s. 595–599.

KRZYSZTOF RUTKOWSKI

Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Psychiczne i somatyczne następstwa prześladowań politycznych

Wstęp

Każdy stres prowadzi do ogólnoustrojowych następstw. Stres przewlekły prowadzi do wyczerpania możliwości adaptacyjnych. Zmiany doświadczone w czasie silnego stresu mogą pozostawać przez całe życie. Szczególnie w sytuacji długotrwałego zagrożenia życia, głodu lub doświadczeń traumatycznych we wczesnym dzieciństwie.

Zespół stresu pourazowego (Zaburzenie stresowe pourazowe, PTSD) jest klasyczną, typową reakcją na silny uraz. Traumą może być uraz fizyczny lub nawet samo doświadczenie psychiczne np. zagrożenia życia. PTSD polega na uruchomieniu szeregu reakcji fizjologicznych w reakcji na wyjątkową sytuację traumatyczną, która przekracza wszelkie mechanizmy obronne człowieka.

Mechanizm stresu i psychicznych zaburzeń pourazowych należy do jednych z najlepiej opisanych w psychiatrii². Dzięki najnowszym metodom badawczym możliwe jest obecnie potwierdzenie wcześniejszych wieloletnich obserwacji klinicznych. Wykazano, że przewlekłe objawy stresu pourazowego prowadzą do zmian degeneracyjnych w mózgu szczególnie w strukturach odpowiedzialnych za pamięć i reakcje emocjonalne (hipokamp, ciało migdałowate i kora przedczołowa). Pokazuje to, że reakcja na uraz może trwale zmienić zawartość pamięci, upośledzić reakcje emocjonalne i zmniejszyć możliwość ich kontrolowania. Obserwujemy wówczas typowe dla zaburzeń pourazowych objawy nawracania niechcianych przypomnień urazu (np. sny koszmarne, nagłe przypomnienia tzw. *flashback*), objawy lęku przed ponownym doświadczeniem

²Obszerniejsze cytowania i opracowania przeglądowe zawarto m. in. w Rutkowski (2006).

podobnej lub innej zagrażającej sytuacji, nawet, gdy nie jest to uzasadnione logicznie i objawy stałego pobudzenia, napięcia, problemów ze snem, gotowości do obrony. Objawom tym mogą towarzyszyć stany wycofania społecznego i depresji.

Sytuacjami wywołującymi opisane następstwa będą wszystkie zdarzenia zagrażające życiu, np. losowe – wypadki i klęski żywiołowe czy wywołane przez ludzi, takie jak uwięzienie, pobicie, gwałt, zastraszanie. Wskazuje się, że reakcje na urazy zadane przez inne osoby są silniejsze i dłużej trwają. Wszystkie te sytuacje, a nawet wiele więcej, jest zadawanych w czasie prześladowań politycznych.

W Katedrze Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum prowadzone są badania naukowe opisujące następstwa urazów psychicznych. Tego typu badania rozpoczęły się w Krakowie już sto lat temu badaniami żołnierzy traumatyzowanych na frontach I wojny światowej. Po II wojnie światowej były kontynuowane w Katedrze Psychiatrii UJ CM najpierw przez wiele lat w grupie byłych więźniów nazistowskich obozów koncentracyjnych, ocalonych z Holocaustu a później byłych więźniów okresu stalinowskiego i obecnie Sybiraków. Katedra Psychoterapii UJ CM jako jedyny ośrodek w Polsce znajduje się na liście Międzynarodowej Rady Rehabilitacji Ofiar Tortur (IRCT) w Kopenhadze i prowadzi projekt finansowany ze środków ONZ.

Ofiarami prześladowań politycznych mogą być osoby dorosłe i dzieci. W Polsce praktycznie wszystkie prześladowania były wymierzone w ludzi bez względu na ich wiek. W obozach koncentracyjnych znajdowały się dzieci oddzielone od rodziców, podobnie w obozach na Syberii, gdyż na deportację wysyłano całe rodziny z dziećmi. Nawet w okresie stalinowskim wykonywano wyroki śmierci lub po prostu mordowano osoby nieletnie.

Urazy doświadczane w czasie prześladowań politycznych zwykle zaczynają się od utraty wolności, już ta sytuacja jest niewątpliwym stresem, szczególnie jeśli wiąże się z nieprzewidywalnością uwolnienia. Dołącza się do tego poczucie zagrożenia życia własnego i najbliższych oraz szereg dalszych urazów zwykle bardziej specyficznych. Mogą to być np. wszelkie zastraszanie, aż

do pozorowanych egzekucji, wyrafinowane sposoby bicia, wszystkie inne tortury, pozbawianie tożsamości, nadziei. Szczególne miejsce zajmują gwałty, które mają wywoływać poczucie utraty podmiotowości. Wszystkie te sytuacje są doświadczane zwykle w powiązaniu i przez długi czas także z niemożnością uzyskania pomocy co łącznie prowadzi do silnych następstw psychicznych. Duże znaczenie ma kto jest sprawcą urazów. Jeśli sprawcą jest osoba tej samej narodowości to następstwa zdrowotne i np. poczucie beznadziejności są silniejsze niż jeśli prześladowania są zadane przez okupanta.

Powszechną metodą torturowania jest głodzenie, co ma rozległe konsekwencje nie tylko związane z samymi przeżyciami ale prowadzi do zakłóceń metabolicznych organizmu. Głodzenie, poprzez zmianę metabolizmu ustroju zmienia m. in. możliwości zapamiętywania i w ten sposób nasila przebieg zaburzeń pourazowych. Jeśli zmiana ta nastąpi we wczesnym dzieciństwie efekty mogą być nieodwracalne przez całe życie. Towarzyszą im następstwa ogólnoustrojowe prowadzące do chorób somatycznych np. cukrzycy, zaburzeń krążenia, nadciśnienia i innych.

Urazy doświadczane w dzieciństwie pozostawiają przewlekłe szkody na całe życie. Oprócz następstw somatycznych występują efekty psychiczne urazów polegające na przewlekłym stresie działającym na niedojrzały organizm, wykształcaniu się odruchów unikania, wycofywania się z pełnienia ról społecznych, nieufności i innych. Wpływają na to nie tylko sytuacje zewnętrzne ale przede wszystkim pozbawienie opieki rodziców. W prześladowaniach politycznych sprawcy dążą do wywołania takich zmian osobowości, które pozwolą dobrze kontrolować społeczeństwo. Dziś wiadomo każdemu o tym jak ważne są najmłodsze lata życia zapewniając dzieciom np. opiekę w rodzinnych domach dziecka. Praktycznie wszystkie osoby prześladowane w Polsce w wieku dziecięcym nie miały możliwości kompensowania i naprawiania następstw urazów.

Jak wspomniano wcześniej efekty urazów mogą utrzymywać się przez całe życie, i prowadzić do chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych. Jednak wymogi życia codziennego sprawiają, że osoby z takimi problemami i tak podejmują próby codziennego funkcjonowania społecznego. Uzyskują wykształcenie i zakładają rodziny, jednak zawsze wymaga to od nich uruchomienia

dotatkowych możliwości adaptacyjnych. Te same zadania wymagają od nich więcej energii i koncentracji niż od osób zdrowych. Często nie udaje się w pełni skompensować utraty zdrowia i osoby te wcześniej przechodzą na emeryturę lub mają trudność z utrzymaniem prawidłowego życia rodzinnego. Zjawisko to jest znane pod pojęciem „drugiego pokolenia” i dotyczy problemów psychicznych występujących u dzieci osób prześladowanych. Najlepiej zostało ono opisane u ocalałych z Holokaustu i polega na lękowym i unikającym funkcjonowaniu dzieci osób prześladowanych. Naśladują one styl funkcjonowania rodziców i nie są w stanie i one podjąć odpowiednich ról społecznych.

Nawet jeśli dzięki mechanizmom adaptacyjnym udało się chorym funkcjonować w miarę prawidłowo to wraz z upływem czasu i zmianami związanymi ze starzeniem się organizmu dochodzi do upośledzenia możliwości kompensowania objawów. Ulegają one wtedy ponownemu nasileniu jak bezpośrednio po urazie. Zjawisko bywa nierozumiane nawet przez osoby odpowiednio przygotowane zawodowo i często jest interpretowane, oczywiście błędnie, jako pojawienie się zmian starczych czy demencji.

Jak opisano powyżej, stres związany z doświadczeniem prześladowań politycznych może wywołać szereg zaburzeń. Były one weryfikowane i zostały potwierdzone w licznych badaniach na świecie, także w Polsce. Poniżej przedstawione wyniki dotyczą osób obecnie żyjących w Polsce a prześladowanych z przyczyn politycznych w latach 1939–1956 (lub dłużej). Są to głównie byli więźniowie obozów koncentracyjnych, byli więźniowie polityczni okresu stalinowskiego i Sybiracy.

Stan zdrowia somatycznego

Bardzo często następstwa urazów utożsamia się z następstwami somatycznymi. Jednak tego typu następstwa to nie tylko bezpośrednie konsekwencje zdrowotne np. złamań, czy pobić. Obraz kliniczny jest jednak bardziej skomplikowany, i dominują w nim choroby ogólnoustrojowe będące konsekwencjami zmian hormonalnych wywołanych stresem. W prowadzonych badaniach, przeprowadzono analizę stanu somatycznego Sybiraków – osób deportowanych w głąb byłego ZSRR³.

Wszyscy badani opisywali doświadczenie głodu i skrajnego niedożywienia organizmu; 95% osób przeżyło w czasie deportacji zapalenie stawów, 93% osób ropne infekcje i owrzodzenia skóry (prawdopodobnie wskutek awitaminoz); 90% badanych przeżyło ciężkie infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych, przewlekające się zapalenia uszu. U 66% osób wystąpiły objawy niedowidzenia zmiernicowego, u 43% zaawansowane objawy szkorbutu, u 31% osób cechy krzywicy. W obozach dla zesłańców wielokrotnie wybuchały epidemie chorób zakaźnych związane z dużą śmiertelnością. Wśród badanych 84% osób przeżyło tyfus, 66% osób czerwonkę. Wskutek niskich temperatur 74% badanych doznało odmrożeń dystalnych części ciała, a u 28% osób doszło do urazów głowy, kończyn i innych części ciała, często podczas wykonywanej pracy (tabela 1).

³ W badaniu uczestniczyło 61 osób, 25 mężczyzn i 36 kobiet. W chwili badania pacjenci mieli od 49 do 78 lat, średnia wieku w chwili badania wynosiła $65,5 \pm 68$ lat; 47 osób było deportowanych w dzieciństwie na Syberię, 10 osób do Kazachstanu, 4 osoby do Kirgizji; 12 osób spośród badanych urodziło się na zesłaniu. Długość pobytu na deportacji wynosiła od kilku miesięcy do 15 lat, średnio 5,5 roku. Średnia wieku w momencie zesłania 4,4 roku; 41 osób wykonywało w dzieciństwie podczas pobytu na deportacji ciężką pracę fizyczną (dźwiganie gałęzi przy wyrębie lasu, praca w kołchozie, praca na plantacji bawełny w Kazachstanie). Walczewska i inni (2002).

Tabela 1. Choroby przebyte w trakcie zesłania (Walczevska i inni 2002).

Choroby przebyte na zesłaniu	Liczba osób	%
Niedożywienie	61	100%
Zapalenie stawów	58	95%
Ropne infekcje i owrzodzenia skóry	57	93%
Ciężkie zapalenia płuc i górnych dróg oddechowych	55	90%
Tyfus	51	84%
Odmrożenia dystalnych części ciała	45	74%
Czerwonka	40	66%
Ślepotą zmierzchowa	40	66%
Malaria	39	64%
Szkorbut	26	43%
Ropne przewlekające się zapalenia uszu	26	43%
Objawy krzywicy	19	31%
Urazy głowy, kończyn i inne	17	28%

Wśród chorób i objawów somatycznych stwierdzanych aktualnie u badanych zwraca uwagę duża częstość występowania zaawansowanych zmian zapalno-zwyrodnieniowych kręgosłupa (95% badanych) i stawów (85% badanych). Z powodu nadciśnienia tętniczego leczonych jest aż 80%, z powodu choroby niedokrwiennej serca pod różnymi postaciami 57%. Przewlekłe choroby przewodu pokarmowego występują u 36% osób, w tym choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy, przewlekłe zapalenie jelita grubego oraz choroba wrzodowa i przewlekłe zapalenie jelita grubego. U 18% osób występuje cukrzyca typu II. 8% osób przebyło gruźlicę płuc w młodości. Ponad 70% badanych skarży się na często występujące bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia równowagi znacznie utrudniające codzienne funkcjonowanie.

Częstym powikłaniem nie leczonych chorób zapalnych i zakaźnych było zapalenie stawów. Większość badanych relacjonuje przebycie na zesłaniu jednego lub kilku epizodów zapalenia wielu stawów przebiegających z obrzękiem, bolesnością i ograniczeniem ruchomości. Pamiętają, że przez wiele tygodni lub miesięcy nie mogli chodzić, byli noszeni na rękach. Po powrocie do Polski, dolegliwości stawowe nawracały, a od 3-4 dekady życia miały charakter trwałych,

stopniowo postępujących zmian zapalno-zwyrodnieniowych dotyczących większości stawów i wymagających stałego leczenia.

Przewlekły zespół bólowy kręgosłupa i potwierdzona radiologicznie choroba zwyrodnieniowa występuje u ponad 90 % badanych. U połowy badanych bóle te są częste i bardzo nasilone, wymagające stałego zażywania środków przeciwbólowych, znacznie ograniczają aktywność ruchową i zdolność samoobsługi. Początek dolegliwości występował zwykle w trzeciej lub czwartej dekadzie życia. Można przypuszczać, że oprócz niedożywienia, przebytych chorób, także ciężka, ponad siły dziecka praca fizyczna, do jakiej były kierowane dzieci już powyżej 7-8 roku życia i powodowane przez nią zmiany przeciążeniowe w układzie kostno-stawowym mogły przyczynić się do wczesnego i bardziej nasilonego rozwoju zmian degeneracyjnych w kręgosłupie (tabela 2).

Tabela 2. Schorzenia i objawy aktualnie występujące u badanych osób (Walczevska i inni 2002).

Aktualnie występujące schorzenia i objawy chorobowe	Liczba osób	%
Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa	58	95%
Choroba zwyrodnieniowa stawów	52	85%
Nadciśnienie tętnicze	49	80%
Bóle głowy	47	77%
Zawroty głowy	47	77%
Zaburzenia równowagi	46	75%
Choroba niedokrwienna serca	35	57%
Choroby przewodu pokarmowego, w tym:	22	36%
choroba wrzodowa	15	
przewlekłe zapalenie jelita grubego	3	
choroba wrzodowa i przewlekłe zapalenie jelita grubego	4	
Cukrzyca typu II	11	19%
Przebyta gruźlica płuc	5	8%

W badanej grupie, poza omówionymi schorzeniami narządu ruchu, stwierdzono większą częstość innych schorzeń somatycznych w porównaniu do populacji ogólnej osób powyżej 65 roku życia⁴. U osób narażonych na

⁴Kocemba i Grodzicki (2000); Galus i Kocemba (1999).

długotrwały stres związany z prześladowaniami wszystkie omówione choroby występowały częściej niż w populacji ogólnej (tabela 3). Dotyczy to chorób układu krążenia, ruchu (kości, stawy), przewodu pokarmowego i chorób metabolicznych (cukrzyca).

Tabela 3. Porównanie częstości występowania niektórych chorób somatycznych w badanej grupie byłych zesłańców i w populacji powyżej 65 roku życia (Walczevska i inni 2002).

	Osoby deportowane	Osoby powyżej 65 r.ż.
Choroby narządu ruchu	90%	68%
Nadciśnienie tętnicze	80%	70% mężczyźni 60% kobiety
Choroby przewodu pokarmowego	36%	30%
Cukrzyca	19%	14%

W innych badaniach porównawczych wykazano różnice w parametrach klinicznych i laboratoryjnych pomiędzy grupą deportowanych a grupą kontrolną⁵. Celem badania było określenie ryzyka sercowo-naczyniowego u byłych deportowanych. Stwierdzono, że osoby prześladowane w dzieciństwie, cierpiały z powodu nadciśnienia tętniczego i podwyższonego poziomu glukozy częściej niż chorzy w populacji ogólnej. Łącznie wyniki potwierdziły większe ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych u deportowanych.

Stan zdrowia psychicznego

Zaburzenia pourazowe występują powszechnie jako odległe następstwa narażenia na prześladowania. Najczęstszym rozpoznaniem jest zespół stresu pourazowego. W dwukrotnych badaniach na różnych grupach wykazano, że

⁵ 80 pacjentów z rozpoznaniem PTSD zostało porównanych z odpowiednio dobraną pod względem płci i wieku grupą porównawczą. Pacjenci deportowani w dzieciństwie mieli podwyższone ciśnienie tętnicze krwi >140/90 (86.0% vs. 65.7%, p<0.01) i poziom glukozy >5.6mmol/l (65.0% vs. 45.7%, p<0.05). Nie stwierdzono różnic między grupami co do nadwagi i otyłości, poziomów cholesterolu i LDL. Pacjenci z rozpoznaniem PTSD mieli podwyższony PWV (13.7 m/s vs. 12.8 m/s, p<0.05). Walczevska i inni (2011).

zaledwie u ok. 1-2% nie występuje pełnoobjawowy zespół stresu pourazowego. Niepełnoobjawowy, czyli i tak występują objawy ale od strony kryteriów medycznych za mało lub za słabe do postawienia pełnego rozpoznania. W skali społecznej jest to zanedbywalnie mało, bo oznacza, że spośród 10.000 prześladowanych osób u zaledwie ponad 100 zaburzenia nie są pełnoobjawowe.

Najczęstsze rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 to Zespół stresu pourazowego (zaburzenie stresowe pourazowe, PTSD) i trwała zmiana osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej. W badaniach psychicznych następstwa prześladowań politycznych potwierdzono ich powszechne występowanie⁶ – patrz tabela 4.

Tabela 4. Podsumowująca tabela dwudzielcza częstości rozpoznań klinicznych wg ICD-10 (Rutkowski 2006).

	F62.0	F43.1	F60.0	F60.9	F34.1	F22.9	F41.2	F06.9	F32.0	F07.8	Wiersz razem
liczebność	54	259	1	2	1	2	1	3	2	1	326
%	16,5	79,6	0,3	0,6	0,3	0,6	0,3	0,9	0,6	0,3	100

Najczęstsze rozpoznania w badanej grupie to:

F43.1 – Zespół stresu pourazowego

F62.0 – Trwała zmiana (zaburzenie) osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej

inne rozpoznania:

zaburzenia osobowości:

F60.0 – Osobowość paranoiczna

F60.9 - Zaburzenie osobowości bliżej nieokreślone

inne:

F32.0 – Epizod depresyjny łagodny (depresja reaktywna)

F34.1 - Dystymia

⁶Badaniom poddano 329 osób. Średni wiek w chwili badania wynosił 68 lat i zawierał się od 44 do 88 lat. Czas trwania urazu przeciętnie wyniósł 54,8 miesięcy. W badanej grupie było 57,5% mężczyzn i 42,5% kobiet (Rutkowski 2006).

F41.2 – Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane

F22.9 – Uporczywe (utrwalone) zaburzenie urojeniowe, nie określone

F06.9 – Nie określone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu

F07.8 – Inne organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu⁷.

Rozpoznanie kliniczne postawione badanym ogniskowały się wokół dwóch dominujących rozpoznań: zespołu stresu pourazowego (F43.1) i trwałej zmiany (zaburzenia) osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej (F62.0). Pozostałe występowały w pojedynczych procentach.

Wskazane badania wykazały jednoznacznie, że osoby narażone na urazy psychiczne i fizyczne związane z przebyciem prześladowań politycznych reagują na to doświadczenie zaburzeniami psychicznymi. Osoby traumatyzowane w dzieciństwie częściej rozwijają w reakcji na prześladowania zaburzenia osobowości a ściślej reagują trwałą zmianą osobowości po przebyciu sytuacji ekstremalnej, zaś osoby traumatyzowane w wieku dorosłym częściej reagują zespołem stresu pourazowego. Wspomniane badania pokazują, że na obraz kliniczny zaburzenia, wpływa moment zadziałania urazu, bez względu na to jak był długi jak dawno temu się wydarzył.

Powyższe badania wykazały specyfikę funkcjonowania społecznego osób traumatyzowanych w czasie deportacji do b. ZSRS. U wszystkich osób w wyniku doznanych urazów rozwinęły się różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, głównie zespół stresu pourazowego i zaburzenie osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej. Następstwa te przez wiele lat wpływały i wciąż ograniczają życie Sybiraków. Badania wykazały jak bardzo istotne jest poprawienie statusu społecznego i umożliwienie podjęcia właściwego leczenia osobom prześladowanym z przyczyn politycznych.

⁷ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizja 10, rozdział V, World Health Organization, Vesalius, Kraków, 1994.

Podsumowanie

- Stres prowadzi do następstw psychicznych i somatycznych.
- Reakcja na uraz może trwale zmienić zawartość pamięci, upośledzić reakcje emocjonalne i zmniejszyć możliwość ich kontrolowania.
- Zmiany uruchomione głodem, szczególnie w dzieciństwie mogą pozostawić następstwa somatyczne na całe życie.
- Urazy doświadczone w dzieciństwie zaburzają kształtowanie się osobowości i zakłócają pełnienie ról społecznych.
- Nieprawidłowe funkcjonowanie będące następstwem urazu może być przekazywane dzieciom i jest znane jako efekt „drugiego pokolenia”.
- Nawet po długim pozornie bezobjawowym okresie, objawy mogą powrócić i nasilić się w czasie starzenia.
- Choroby somatyczne u prześladowanych występują częściej niż ogólnie w społeczeństwie.
- Następstwa ogólnoustrojowe to nadciśnienie tętnicze, choroby kości i stawów, choroby przewodu pokarmowego i cukrzyca.
- Zespół stresu pourazowego jest powszechną reakcją na uraz.
- Zaburzenia pourazowe wśród osób prześladowanych z przyczyn politycznych w latach 1939-1956 i żyjących obecnie w Polsce występują u 99% badanych.

Bibliografia

- Galus K., J. Kocemba. (1999). *MSD Podręcznik Geriatrii*, Urban & Partner, Wrocław.
- Kocemba J., T. Grodzicki. (2000). *Zarys gerontologii klinicznej*, Wydawnictwo MCKP UJ, Wydanie 1, Kraków.
- Rutkowski K. (2006). *Następstwa urazów psychicznych doznanych w dzieciństwie*, Polska Akademia Nauk, Kraków.
- Walczewska J., J. Furgał, K. Rutkowski. (2002). *Ocena aktualnego stanu zdrowia osób deportowanych na Syberię w latach 1940-1956 (Actual state of health people deported into Siberia in 1940-1956)*, „Gerontologia Polska”, 10(4), s. 186–189.
- Walczewska J., K. Rutkowski, B. Wizner, M. Cwynar, T. Grodzicki. (2011). *Stiffness of large arteries and cardiovascular risk in patients with post-traumatic stress disorder*, „European Heart Journal”, 32 (6), s. 730–736.

* * *

ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizja 10, rozdział V, World Health Organization, Vesalius, Kraków, 1994.

KATARZYNA PROT

Akademia Pedagogiki Specjalnej

Psychologiczne następstwa traumy wojennej na podstawie pracy psychoterapeutycznej z ocalałymi z Holocaustu

Pierwsze na świecie doniesienia dotyczące problemów psychologicznych ocalałych z Holocaustu pochodzą z lat 60., a pierwsze badania nad ocalałymi były przeprowadzone w latach 70. i 80. XX wieku.

Ten długotrwały brak zainteresowania problemami osób, które ocalały z Holocaustu związany jest ze zjawiskiem określanym jako „zmowa milczenia”. To określenie używane jest dla opisu stosunku świata poholokaustowego do doświadczeń Holocaustu. Ocalali nie mówią, bo czują się upokorzeni swoimi przeżyciami, świadkowie nie pytają, bo wstydzą się swojej obojętności bądź udziału w zbrodni. Zmowa milczenia nie omija też rodzin ocalałych, w których często temat Holocaustu stanowi tabu.

Program dotyczący leczenia następstw traumy Holocaustu w Polsce rozpoczął się w 1990 roku. Początek programu stanowią badania naukowe krakowskiej części zespołu pod kierownictwem prof. Marii Orwid. Od 1995 r. z inicjatywy prof. Marii Orwid rozpoczęto terapię indywidualną, a następnie grupową osób ocalałych z Holocaustu.

Problemy psychologiczne związane z doświadczeniem traumy w języku psychiatrii od lat osiemdziesiątych opisywane są jako zespół stresu pourazowego (PTSD). Zespół stresu pourazowego opisuje konsekwencje skrajnej traumy w trzech zasadniczych obszarach objawów – objawy wtargnięcia w postaci odtworzenia zdarzenia traumatycznego, objawy unikania bodźców związanych z urazem oraz objawy stale zwiększonego napięcia psychicznego.

Doświadczenia wynikające z badań oraz psychoterapii osób ocalałych pokazują, że osoby, które doznały traumy Holokaustu, wykazują w wieku późniejszym przewlekłe objawy psychopatologiczne, które wykraczają poza kryteria zespołu stresu pourazowego. W związku z tym większość autorów uważa pomiar PTSD za niewystarczający dla określenia stanu psychicznego ocalałych. Badacze starają się brać pod uwagę, poza kryteriami zespołu stresu pourazowego, takie obszary jak tożsamość, poczucie własnej wartości czy subiektywnie dobre samopoczucie. Podnoszona jest konieczność odróżnienia ostrej traumy, gdy wydarzenie ma charakter jednorazowy, od chronicznej, gdy trauma ma charakter długotrwały lub powtarzający się, co szczególnie odnosi się do ocalałych, których trauma trwała wiele lat.

Inny był stan ocalałych zaraz po wojnie, inny jest teraz. Pierwsze badania dotyczące ocalałych opisywały mechanizmy obronne, używane przez osoby poddane traumie Holokaustu. Okres bezpośrednio po wojnie, opisywany jest jako okres względnie bezobjawowy – ocalali nie zgłaszali się po pomoc psychiatryczną ani psychologiczną. Część badaczy wiąże to z uruchomieniem mechanizmów obronnych, w tym zaprzeczenia traumie, inni uważają, że powojenny „okres bezobjawowy” jest pozorny i należałoby raczej uznać, że ocalali „cierpieli w milczeniu”, na co wskazują późniejsze badania psychiatryczne, przeprowadzone w latach 60. Przed objawami mogła także chronić nadzieja na odnalezienie swoich bliskich.

Badania ocalałych w latach 60. doprowadziły do opisanego „zespołu poobozowego” czy „zespołu ocalałego”. Objawy opisywane w ramach zespołów to chroniczny lęk i depresja, zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia funkcji poznawczych oraz pamięci (w tym hiperamnezja lub amnezja doświadczenia traumatycznego), anhedonia, nieadekwatne poczucie winy, pobudzenie psychomotoryczne, zaburzenia snu (koszmary senne) oraz zaburzenia tożsamości (obrazu ciała, poczucia przestrzeni i czasu).

Należy zwrócić uwagę, że badania ocalałych od lat 60. dotyczą osób, które przeżyły ekstremalną traumę w okresie dzieciństwa bądź adolescencji, a w czasie badania są dorośli lub, tak jak obecnie, są w wieku starszym. W badaniach dotyczących ocalałych z Holokaustu przeprowadzonych przez Hansa Keilsona

w latach 70., stwierdził on u badanych nie zakończony proces żałoby, problemy związane z tożsamością, poczucie niepewności i trudności w kontaktach międzyludzkich. U części badanych osób stwierdził zaburzenia osobowości, ale pomimo tego większość z nich była dobrze przystosowana społecznie.

W opisach dotyczących psychologicznych problemów ocalałych z Holocaustu powtarzającymi się zjawiskami jest nieakceptowanie separacji oraz lęk przed bliskością, zaburzenia tożsamości, podatność na zranienie oraz poczucie winy ocalałego.

Według badacza izraelskiego Hassa, separacja jest jedną z podstawowych przyczyn, dla których ocalali zgłaszają się w poszukiwaniu pomocy. Także w badaniach polskich oraz według obserwacji dokonywanych podczas psychoterapii, separacja jest jednym z najważniejszych, bolesnych tematów. Separacja może być traktowana jako jedna ze strat aktywujących objawy. Ocalali z Holocaustu często oddzielani byli od swoich bliskich w wyniku wydarzeń wojennych. Aktualnie odchodzenie dorastających dzieci czy śmierć bliskich osób można interpretować jako powtórzenie wojennej traumy separacyjnej, co wywołuje szczególnie silną reakcję.

Poczucie winy u ocalałych interpretowane jest jako poczucie, że się przeżyło kiedy cały świat żydowski zginął. Postawa społeczeństwa, które nie chciało słuchać o Holokauście, potęgowała izolację. Czynnikiem wzmagającym poczucie winy u ocalałych, było podejrzewanie ich o niemoralne czyny mające umożliwić im przetrwanie. Obecnie poczucie winy u ocalałych zmniejszyło się w stosunku do okresu powojennego. Można to wiązać, między innymi, ze zmianami w postawach społecznych wobec ocalałych.

Osoby ocalałe z Holocaustu, z którymi spotykamy się obecnie w kontekście psychoterapeutycznym, byli w okresie wojny bardzo młodzi, część z nich była zupełnie małymi dziećmi.

Dzieci żydowskie, aby ocaleć, na ogół umieszczane były poza swoimi rodzinami – oddawane „na przechowanie” do rodzin polskich, do internatów klasztornych. Starsze dzieci rozumiały swoją sytuację, czynnie brały udział w ukrywaniu się. Stanowiło to dla nich źródło nieustannego lęku, ale dawało poczucie jasności swojego miejsca i przynależności. Większość badanych osób,

niezależnie od sposobu traktowania przez opiekunów, miała poczucie tymczasowości swojej sytuacji, oczekiwali na powrót bliskich.

Małe, nie pamiętające swoich rodzin dzieci, były w całkowicie innej sytuacji. Często ich przybrani rodzice nie informowali ich po wojnie o tym, że są dziećmi przysposobionymi. Dowiadawali się przypadkiem od sąsiadów, od dzieci na podwórku, dalszej rodziny. Czasem przybrana matka wyznawała prawdę tuż przed własną śmiercią. Bywa, że osoby te do dzisiaj szukają swoich krewnych.

Odkrycie prawdy powoduje znaczne problemy identyfikacyjne dotyczące narodowości, religii, kontynuowania tradycji.

Wspomniano już o reaktywacji traumy na skutek doznawanych strat, ze szczególnym uwzględnieniem traumy separacji. Także inne wydarzenia wywołują wystąpienie objawów PTSD, w związku ze zwiększeniem podatności na zranienie w wieku późniejszym – zagrożenie życia chorobą, wojną, nasilenie antysemityzmu. Ważne jest rozumienie problemów ocalałych w kontekście ich doświadczeń z przeszłości. Choroba dla ocalałego z obozu może być powtórzeniem sytuacji, w której niesprawność oznaczała pewną śmierć. Hospitalizacja może być powtórzeniem doświadczenia zamknięcia w obozie i prowadzić do zaburzeń o charakterze zbliżonym do psychozy. Inwazyjne procedury medyczne, w których pacjent traci kontrolę nad wydarzeniami, mogą także prowokować retraumatyzację i wystąpienie objawów przypominających *flashback*. Podobnie zmiana związana z większą zależnością od innych, może dawać poczucie utraty kontroli nad swoim życiem i stać się przyczyną wystąpienia objawów PTSD. Także w diagnozowaniu cięższych zaburzeń, jak psychozy czy pseudodemencji, należy brać pod uwagę związek z wczesną traumą.

Poza czynnikami ściśle związanymi z traumą w odniesieniu do ocalałych, należy brać pod uwagę kontekst społeczny, w jakim znajdują się na skutek doświadczeń wojennych. Rodziny ocalałych to rodziny bardzo małe, różne od wielopokoleniowych rodzin polskich. Często osoby, z którymi się stykamy podczas terapii są jedynymi osobami, które przetrwały wojnę. Osoby starsze często dotyka samotność, ale osoby ocalałe znajdują się w szczególnej sytuacji samotności i braku oparcia w rodzinie. W relacjach ocalałych, a także ich dzieci pojawia się wątek braku poszerzonej rodziny – rodzeństwa, kuzynów ocalałego.

Ocalali radzą sobie z tym, tworząc Stowarzyszenia (np. Dzieci Holokaustu), w których tworzą symboliczną rodzinę, są aktywni społecznie, opiekują się Sprawiedliwymi pośród Narodów Świata.

Próby wyjaśnienia zjawisk psychicznych u osób narażonych na traumę Holokaustu, jak na przykład „winy ocalałego”, pomagają zrozumieć dynamikę przeżyć u innych osób podlegających traumie. Istotne jest rozumienie, że pomimo tego, iż trauma wojenna miała miejsce wiele lat temu, jej skutki trwają do dzisiaj. Nie dotyczy to tylko ocalałych, ale także innych osób narażonych na traumę w młodym wieku. Wiele badań wskazuje, że bardzo młody wiek ofiary, czyni ją szczególnie podatną na wystąpienie objawów psychopatologicznych po wydarzeniu traumatycznym. Objawy te występują, nawet gdy osoba narażona na traumę jest zbyt młoda, żeby pamiętać to doświadczenie. Uwzględnianie tego wymiaru jest istotne dla wszystkich osób zajmujących się osobami starszymi. Nie biorąc pod uwagę wczesnych doświadczeń osoby starszej, nie jesteśmy w stanie zrozumieć całości jej życia psychicznego i reakcji na zwykłe problemy związane z życiem codziennym. Szczególnie osoby zajmujące się opieką nad osobami w ostatnim okresie ich życia, powinny rozumieć, że wczesny etap życia buduje nasz stosunek do przyjmowania opieki czy możliwości odczuwania przyjemności z poddania się opiece. Osoby, które w tym wczesnym okresie takiej „wystarczająco dobrej” opieki nie otrzymały, mogą mieć trudności z jej przyjęciem w wieku starszym, a nawet mogą czynnie bronić się przed jej przyjęciem. Rozumienie tego mechanizmu psychologicznego pozwoliłoby na uwzględnienie różnorodności przeżyć osób starszych związanych z zależnością i przyjmowaniem pomocy i uznanie, że czasami to co oferujemy może być odbierane jako przemoc lub upokorzenie.

Doświadczenie psychoterapii ocalałych z Holokaustu jest również doświadczeniem psychoterapii osób w wieku starszym. Pokazuje, że zmiana jest możliwa nawet w późnym wieku. Psychiatra izraelski Lomrantz podkreśla, że osoby starsze mogą odnosić korzyść poprzez oddziaływania psychoterapeutyczne, gdyż w sposób naturalny dokonują podsumowania swojego życia, chętnie zastanawiają się na przeszłością.

Istotne jest także myślenie o osobach strauumatyzowanych jako o osobach posiadających mocne strony, zachęcanie ich do współuczestnictwa i przejmowania kontroli nad swoim życiem.

Doświadczenie Holokaustu uczy także, że aby uniknąć „zmowy milczenia”, ważne jest upublicznianie zbrodni, danie głosu tym, którzy przeżyli.

Atykuły i książki w języku polskim

„Dzieci Holocaustu mówią” – Vol I – V – relacje ocalałych opisujących doświadczenie Zagłady.

Engelking B. *Zagłada i pamięć*. IFiS PAN, Warszawa 1994.

Prot K. *Badania nad skutkami Holocaustu*. „Psychoterapia” 2009, 4(151), s. 65–76.

Prot K., Biedka Ł., Sz wajca K., Bierzyński K., Domagalska E., Izdebski R.

Psychoterapia grupowa ocalałych z Holocaustu – doświadczenia własne. „Psychoterapia” 2010, 1(152), s. 25-35.

Prot K. *Życie po zagładzie: skutki traumy u ocalałych z Holocaustu: świadectwa z Polski i Rumunii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010.

2.

Perspektywa antropologiczno- -socjologiczna: kontekst duchowości oraz migracji

JOLANTA MAJ

artysta plastyk, antropolog kulturowy

Rozwijanie potencjału twórczego osób starszych poprzez sztukę

Rola kultury i sztuki w duchowym, intelektualnym i emocjonalnym rozwoju człowieka

Do podstawowych pojęć i kategorii w dziejach myśli, zwłaszcza myśli Zachodu, należą platońskie wartości najwyższe: dobro, piękno i prawda, określone później w średniowieczu jako transcendentalia. Poszukiwania człowieka w obszarach niejako wyznaczonych przez ich zakres, owocują tworzeniem, przez kolejne wieki, wielorakiego dorobku ludzkiej kultury.

Z kolei Arystoteles wyodrębnił w ludzkiej aktywności, uwzględniając różne czynności i tryb życia; teorię, działanie oraz twórczość. Znany jest także inny podział, na dziedziny: naukę, moralność i sztukę. Tym trychotomiom odpowiada w XIX w. podzielenie filozofii (zwłaszcza przez kantystów) na logikę, etykę i estetykę⁸.

Powyższe przypomnienie podstawowych rozróżnień w dziedzinie ludzkiej myśli i twórczości nasuwa refleksje o istotnej – rzecz można, w sposób

⁸ Por. W. Tatarkiewicz, *Dzieje sześciu pojęć*, Warszawa 1976, s. 9–10.

fundamentalny – roli kultury i sztuki w życiu i rozwoju każdego człowieka, na każdym etapie jego życia.

Jan Paweł II, papież z Polski, a zarazem filozof, etyk, także poeta, zafascynowany teatrem, upominający się w swych licznych wystąpieniach o miejsce dla kultury i sztuki, o ich docenienie, podczas swego przemówienia w UNESCO, w Paryżu, w 1980 roku, powiedział, że „człowiek żyje prawdziwie ludzkim życiem dzięki kulturze”⁹. Rozwijając tę myśl, stwierdził, że kultura stanowi podstawowy i odpowiedni wymiar ludzkiego istnienia i bytowania. W jedności kultury zawarta jest jednocześnie, jak dodał, wielość różnych kultur¹⁰. Papież przypomniał swym słuchaczom, a zarazem nam wszystkim, że „człowiek [...] w widzialnym świecie jest jedynym ontycznym podmiotem kultury, jest też jedynym właściwym jej przedmiotem i celem”¹¹. Kontynuując swą refleksję, mówił, że poprzez kulturę człowiek staje się bardziej sobą, jak to ujął, bardziej „jest”. W kulturze człowiek, jej sprawca i jej twórca, wyraża i potwierdza siebie – zauważył wówczas Jan Paweł II¹².

W dalszym ciągu swego przemówienia podkreślił, że w dziedzinie kultury obecny jest człowiek jako podmiot o zintegrowanej podmiotowości duchowo-materialnej, co przejawia się w wytworach kultury. Jak stwierdził, dzieła kultury materialnej są w jakiś sposób „uduchowione”, zaś dzieła kultury duchowej świadczą o swego rodzaju „materializacji” ludzkiego ducha¹³. Jan Paweł II przypomniał także na forum ONZ, iż podstawowym zadaniem kultury jest wychowanie, w którym chodzi o takie ukształtowanie człowieka, aby był on właśnie człowiekiem, czyli umiał bardziej „być”, a nie tylko „mieć”¹⁴.

Zaburzenie właściwych proporcji, także w procesie zdobywania wykształcenia, czyli tylko pozyskiwanie coraz to nowych informacji, nowej wiedzy, nastawienie na wykazywanie się i rywalizację, przy jednoczesnym zaniedbaniu

⁹ Jan Paweł II, *Wiara i kultura*, Rzym 1986, s. 67.

¹⁰ Por. *tamże*.

¹¹ *Tamże*, s. 67–68.

¹² Por. *tamże*, s. 68.

¹³ Por. *tamże*, s. 69.

¹⁴ Por. *tamże*, s. 71.

kształtowania samego człowieczeństwa, prowadzi do tego, jak ostrzegął papież z Polski, że człowiek staje się obiektem różnorodnej manipulacji: ideologicznej, politycznej czy ekonomicznej, poprzez np. środki przekazu informacji. Grozi to wyobcowaniem z własnej podmiotowości¹⁵.

Jan Paweł II wskazywał też na inne niebezpieczeństwa, aktualne, jak się wydaje, również dziś, po przeszło trzydziestu latach od chwili owego wystąpienia. Określił je mianem „pozornych imperatywów” współczesnej, zwłaszcza wysoko rozwiniętej, cywilizacji, które podsuwane są człowiekowi jako „rozwojowe i postępowe” postawy, a w rzeczywistości prowadzą do kryzysu człowieczeństwa, utraty sensu i radości życia, a także zdolności do twórczej aktywności. Papież wymienił jako przykład takich negatywnych trendów: niszczenie życia ludzkiego, zamiast szacunku dla życia; nastawienie na nieodpowiedzialne „użycie” w dziedzinie seksualności, zamiast odpowiedzialnej miłości oraz koniunkturalne podejście i nastawienie na szybki sukces, zamiast kierowania się prawdą w działaniu¹⁶. Jan Paweł II przypomniał też wówczas, wobec przedstawicieli wielu narodów całego świata, że podstawową wspólnotą, która zdolna jest wychowywać człowieka do pełni człowieczeństwa, jest naród, jako wspólnota ludzi, których łączy kultura. Jak powiedział, „naród istnieje «z kultury» i «dla kultury»”¹⁷. W takim ujęciu chodzi o kulturę szeroko pojętą, która „obejmuje zarówno formy, przez które wyrażają się lub kształtują wartości; jak też obyczaje, język, sztukę, literaturę, instytucje i struktury życia społecznego”¹⁸, jak to wyraził papież, zwracając się kilka lat później do intelektualistów w Coimbrze, w 1982 roku. Wcześniej, przemawiając do przedstawicieli świata kultury w Rio de Janeiro, w 1980 roku, powiedział, że prawdziwa kultura „jest kulturą wolności, wypływającą z głębi ducha, z jasności myśli, z hojnej i bezinteresownej miłości”¹⁹.

¹⁵ Por. *tamże*, s. 73.

¹⁶ Por. *tamże*.

¹⁷ Por. *tamże*, s. 74.

¹⁸ *Tamże*, s. 153.

¹⁹ *Tamże*, s. 83.

W dziedzinie kultury dokonuje się ważna duchowa praca człowieka (jak sama nazwa wskazuje, kultura to „uprawa” – w dziedzinie ducha). Ta „uprawa” może dokonywać się w porządku spekulatywnym, mającym na celu poszerzenie obszaru poznania, czyli dotyczącym dziedziny ludzkiej myśli, inteligencji; bądź też w porządku praktycznym, obejmującym również działanie. Sztuka należy zasadniczo do porządku praktycznego. Będąc wyrazem dążeń i tęsknot duchowych człowieka, jego poszukiwania piękna i chęci ukazania własnej wizji świata np. poprzez wieloraką twórczość plastyczną, muzyczną, czy literacką, jest istotna, można powiedzieć w sposób zasadniczy, dla duchowego rozwoju człowieka.

Etymologia słowa „sztuka” wywodzi się bezpośrednio z łacińskiego słowa *ars*, będącego z kolei przekładem greckiego słowa *techné*. W Grecji i w Rzymie, a później w średniowieczu, aż do początków ery nowożytnej, Odrodzenia, sztuka była rozumiana jako umiejętność. Szeroko rozumiana sztuka w starożytności i w średniowieczu obejmowała obok sztuk pięknych także rzemiosło oraz część nauk. W ustanowionym wówczas podziale sztuk, kryterium stanowiło to, czy wymagały wysiłku umysłowego czy również fizycznego. Pierwszą grupę stanowiły tzw. sztuki wyzwolone (*liberales*), drugą sztuki pospolite (*vulgares*), inaczej mechaniczne. Dla przykładu, malarstwo czy rzeźba, jako wymagające wysiłku także fizycznego, należałyby według takiego podziału do sztuk pospolitych²⁰.

Zmiana w podejściu do sztuk pięknych i wyodrębnienie ich jako osobnej dziedziny, nastąpiła w epoce Odrodzenia, gdy zostały niejako oddzielone od rzemiosł. Dokonało się to na skutek dążenia artystów do podwyższenia swej pozycji, poprzez dołączenie do przedstawicieli sztuk wyzwolonych. Rezultatem tej przemiany było oparcie sztuki na poznaniu oraz dalszym zgłębnieniu praw i reguł rządzących nią. Operowano wówczas pojęciem „sztuk rysunkowych”, które nie były związane z muzyką, poezją czy teatrem²¹.

²⁰ Por. W. Tatarkiewicz, *dz. cyt.*, s. 21–22.

²¹ Por. *tamże*, s. 26–28.

Nazwa „sztuki piękne” ustalona została ostatecznie i weszła do terminologii naukowej dopiero w XVIII wieku²². Nowożytnie znaczenie obejmowało zasadniczo malarstwo i rzeźbę. Jako znaczących teoretyków sztuki w tym okresie można wymienić Ch. Batteaux – według jego teorii sztuki piękne naśladowały rzeczywistość; czy F. Schillera, który pod koniec XVIII w. powiedział, że „sztuka jest tym, co samo ustanawia swą regułę”²³.

Pojęcie sztuki bywa jednakże różnie rozumiane. Od XIX w., a zwłaszcza obecnie, bywa ona rozumiana bardzo szeroko – obok malarstwa, rzeźby, architektury, w zakres tego pojęcia włącza się fotografię, film, sztuki użytkowe, wzornictwo przemysłowe, etc. Można powiedzieć, że jest to rozumienie podobne do tego, jakie występowało już w starożytności i wiekach średnich – poszerza ono zakres obszaru sztuki, włączając w siebie dzieła różnego rodzaju i wartości, nie tylko te uduchowione i będące wyrazem najwyższego kunsztu artystycznego.

Jednocześnie pewna grupa teoretyków sztuki (np. S. I. Witkiewicz), uznaje za sztukę jedynie „czystą formę”, nie uznając w jej obrębie wytworów kultury masowej (sztuki użytkowej, środków przekazu, a nawet dużej części malarstwa czy literatury)²⁴.

Oprócz piękna, wielu filozofów, teoretyków a także artystów, wymagało od sztuki także głębi, mądrości, wzniosłych idei. Dionizjos z Harlikarnasu chciał, by sztuka budziła „żarliwość duszy”; Plotyn – aby „przypominała prawdziwy byt”; Michał Anioł pragnął, by „otwierała lot do nieba”; Hegel twierdził, że sztuka jest „poznawaniem praw ducha”; Novalis był zdania, że ma to być „wizja Boga w przyrodzie”²⁵. Neoplatonicy uważali, że piękno to objawienie się idei w rzeczach, jej „przeświecanie”; innymi słowami objawianie się absolutu, archetypu, wiecznego wzoru czy najwyższej doskonałości (tak ujmowali to w swych teoriach Plotyn, Pseudo-Dionizy czy w późniejszym okre-

²² Por. *tamże*, s. 31.

²³ Por. *tamże*, s. 32–33.

²⁴ Por. *tamże*, s. 38.

²⁵ Por. *tamże*, s. 39.

sie Albert Wielki)²⁶. Plotyn twierdził także, iż piękno jest wyrazem „kształtu wewnętrznego”, odzwierciedleniem psychiki. W takim ujęciu piękne jest to, co duchowe, a to, co materialne o tyle, o ile jest przeniknięte duchem²⁷.

Fundamentalne w pracy artystycznej jest zmaganie się z materią, dążenie do tego, by przekaz – dzieło – odpowiadał jakiejś wewnętrznej wizji twórcy, a zarazem, aby poprzez kolejne próby tę wizję kształtować. Wspomniana wizja ma swoje najgłębsze źródło w obszarze *sacrum*, czyli, zgodnie z definicją tego pojęcia, obszarze innym w jakiś sposób od zwyczajnego, który wydaje nam się znajomy.

Stajemy często wobec pewnego nadmiaru poszukiwań czysto formalnych w sztuce, czy nawet wobec zalewu pseudoartystycznym banałem, warto więc sobie uświadomić, że dopiero wysiłek artysty, podjęty w celu przekazania głębszych treści, może zaowocować wartościowymi dziełami. Bez poszukiwania „innego wymiaru”, bez transcendencji, sztuka zatracą swój głębszy wymiar, gubi się sama w sobie i grozi jej „wyjałowienie”.

W dziedzinie malarstwa na przykład, w obrazach zainspirowanych treściami, których źródło znajduje się w obszarze *sacrum*, symbolicznych, abstrakcyjnych bądź pejzażach czy też kompozycjach z wprowadzeniem przedstawienia figuratywnego, poszukujący w tym obszarze artyści próbują przekazać coś z własnego rozumienia owej duchowej rzeczywistości czy pragnienia, by być bliżej niej. Przykładem może tu być choćby specyficzne malarstwo, jakim jest ikona, z jej wybitnymi twórcami, takimi jak Andrej Rublow czy Teofan Grek, także np. współczesne malarstwo abstrakcyjne, by wspomnieć choćby twórczość Kazimierza Malewicza, Marka Rothko czy Stefana Gierowskiego.

Artysta wydobywa z materii, którą się posługuje i której nadaje zamierzone przez siebie formy, to, co jest w niej porządkiem duchowym, co nadaje jej ład. Tak wyraził to znany filozof francuski Jacques Maritain (1882–1973): „Artysta jest intelektualistą, który tworzy”²⁸. Ten sam filozof, w swej refleksji nad powiązaniem sztuki i piękna, zainspirowanej filozofią scholastyczną, ujmuje rzecz

²⁶ Por. *tamże*, s. 157.

²⁷ Por. *tamże*, s. 158.

²⁸ J. Maritain, *Sztuka i Mądrość*, Warszawa 2001, s. 33.

w następujący sposób: „mówiąc za scholastykami, iż piękno jest blaskiem formy, objawiającym się w częściach proporcjonalnych materii, wyrazimy się, iż piękno jest błyskiem inteligencji, na materię inteligentnie rozłożoną”²⁹. Dalej pisze Maritain, rozwijając swą myśl: „ten blask formy sam przez się, który jest istotą piękna, posiada niezliczoną liczbę sposobów błyszczczenia nad materią. Jest to blask zmysłowy barwy lub dźwięku, jest to jasność poznawalna arabski, rytmu lub równowagi, działalności lub ruchu, jest to odbicie na rzeczach myśli ludzkiej lub boskiej”³⁰. Kontynuując te rozważania, filozof precyzuje istotę sztuk pięknych: „Sztuki piękne wyróżniają się w ten sposób z rodzaju sztuka, jak człowiek wyróżnia się z rodzaju żyjątko. I jak człowiek, podobne są do horyzontu, gdzie stykają się materia i duch. Sztuki piękne posiadają duszę niematerialną”³¹.

Maritain zauważa także swego rodzaju rozdarcie, jakiego doświadcza artysta zmagający się z materią i jakby nie mogący w swej sztuce ogarnąć całego piękna: „Piękno ma rozpiętość bezbrzeżną, tak jak byt. Lecz samo dzieło, zrealizowane w materii, jest w pewnym rodzaju, *in aliquo genere*. I jest rzeczą niemożliwą, aby jakiś rodzaj mógł wyczerpać rzecz transcendentalną. [...] Tym sposobem stwierdzamy pewien konflikt między transcendentalnością piękna a wąskością materialną zamierzonego dzieła, pomiędzy racją formalną piękna, wspaniałością bytu i wszystkich transcendentalnych rzeczy połączonych, a racją formalną sztuki, prostym przemysłem dzieł zamierzonych. Żadna forma sztuki, nawet najdoskonalsza, nie może w sobie zamknąć piękna”³².

Do najdawniejszych rozróżnień, wprowadzonych już we wczesnej kulturze greckiej, należało rozróżnienie na byty istniejące w naturze i na takie, które zostały stworzone przez człowieka; oraz na rzeczy i symbole (znaki), czyli świat i język, jakim mówimy o nim. Do rozważań o pięknie i sztuce, przeciwstawienie rzeczy i nazw (*rema* i *onoma*) wprowadzili właśnie starożytni Grecy³³.

²⁹ *Tamże*, s. 38.

³⁰ *Tamże*, s. 41.

³¹ *Tamże*, s. 45.

³² *Tamże*, s. 54.

³³ Por. W. Tatarkiewicz, *dz. cyt.*, s. 11–12.

Francuska filozof Simone Weil (1909–1943), na temat piękna wypowiadała się w następujący sposób: „Piękno zniewala nasze ciało po to, aby mu wolno było przeniknąć w głąb duszy. [...] Piękno jest czymś, co przekracza rozum, a jednak każda rzecz piękna każe nam coś zrozumieć nie tylko w niej samej, ale i w naszym losie. Pośród innych jedności przeciwieństw, piękno łączy w sobie to, co chwilowe, z tym, co wieczne”³⁴. Odnosząc się bezpośrednio do piękna zawartego w dziele sztuki, Simone Weil uważa, iż: „Piękne jest to, co można kontemplować. Posąg czy obraz, na który można patrzeć całymi godzinami”³⁵. Owo kontemplacyjne podejście do piękna wyraża także w dalszej refleksji: „Piękne jest to, czemu można poświęcić swoją uwagę. [...] Piękno jest tego rodzaju cielesnym powabem, który trzyma nas na odległość i narzuca wyrzeczenie. Włącznie z wyrzeczeniem najbardziej osobistym – wyrzeczeniem wyobraźni. Wszystkie inne pożądane przez nas przedmioty chcemy traktować jako pokarm. Piękne jest to, czego pragniemy, nie pragnąc tego jako pokarmu. Pragniemy, żeby to było”³⁶.

Takie podstawowe pojęcia dotyczące działalności człowieka w obrębie szeroko pojętej kultury, jak piękno, twórczość, estetyka sztuka, forma – należą do trwałych zasobów ludzkiej myśli³⁷.

Przywoływany już papież, na jednym ze spotkań z przedstawicielami świata nauki i sztuki (Wiedeń 1983), powiedział, że każdy człowiek indywidualnie, a także społeczeństwa jako całość, potrzebują sztuki, aby móc niejako zinterpretować świat, ludzkie życie, dziejowe wydarzenia. Według niego sztuka zdolna jest dać wyraz głębi istnienia³⁸. Dzięki sztuce zarówno twórca, jak i odbiorca są w stanie „zwrócić się ku temu, co przewyższa sferę samej użyteczności i dopiero w ten sposób człowiek jest w stanie spojrzeć na samego siebie”³⁹. Natomiast podczas homilii wygłoszonej w czasie mszy świętej dla artystów,

³⁴ S. Weil, *Świadomość nadprzyrodzona*, Warszawa 1986, s. 137.

³⁵ *Tamże*.

³⁶ *Tamże*, s. 138–139.

³⁷ Por. W. Tatarkiewicz, *dz. cyt.*, s. 12.

³⁸ Por. Jan Paweł II, *dz. cyt.*, s. 222.

³⁹ *Tamże*.

w Brukseli, w roku 1985, Jan Paweł II w sposób bardzo osobisty przedstawił swoje spojrzenie na sztukę. Wyraził swą refleksję takimi słowami: „wszelka autentyczna sztuka interpretuje rzeczywistość pozostającą poza zasięgiem zmysłów. [...] Stara się przybliżyć tajemnicę rzeczywistości. To, co jest istotą sztuki, mieści się w głębi człowieka, tam, gdzie dążeniu do nadania sensu swojemu życiu towarzyszy przelotne poczucie piękna i tajemniczej jedności rzeczy”⁴⁰.

Jan Paweł II pozostaje przykładem człowieka aktywnego i twórczego do późnej starości, również w długoletniej chorobie. Wielokrotnie, podczas swych pielgrzymek do różnych krajów, spotykał się z ludźmi starszymi i chorymi, zawsze umacniając ich na duchu i podkreślając ich ważną rolę w społeczeństwie. W encyklice *Evangelium vitae*, a także w adhortacji apostolskiej *Familiaris consortio*, zwracał uwagę na niepokojące zjawisko marginalizacji osób starszych i chorych, na przejawy zaniku społecznej solidarności wobec tych słabszych.

Terapia poprzez sztukę jako pomoc w uaktywnianiu osób starszych oraz w leczeniu ich dolegliwości psychicznych i somatycznych

Austriacki psychiatra Victor Frankl (1905–1977), jeden z twórców psychologii humanistycznej, który podczas II wojny światowej był więźniem niemieckich obozów koncentracyjnych w Teresinie, Auschwitz i Dachau, opracował metodę terapeutyczną zwaną logoterapią (*logos* – słowo). Logoterapia uznaje, że wymiar duchowy człowieka jest tym obszarem, który mówi o jego istocie i który jest właśnie prawdziwie ludzkim wymiarem. Człowiek dopiero wówczas, gdy żyje zgodnie ze swą duchowością, staje się naprawdę sobą.

Psychoterapia dawno już odkryła, że poprzez możliwość wypowiedzenia się, nazwania tego, co dla ludzkiej psychiki trudne, co jest traumatycznym przeżyciem, można drugiemu człowiekowi pomóc w powrocie do równowagi i zdrowia psychicznego. Analogicznie, można powiedzieć, działa także arteterapia, czy szerzej rzecz biorąc, aktywność w dziedzinie sztuki, z tym, że pozwala uczestnikom „wypowiedzieć się” w sposób niewerbalny, a przy tym jakże wymowny. Taka aktywność może pomóc zdrowym dłużej cieszyć się zdrowiem i radością życia, a cierpiącym na różne dolegliwości psychosomatyczne, szybciej powracać do zdrowia.

⁴⁰ *Tamże*, s. 292.

Wybitny polski psychiatra, Antoni Kępiński (1918–1972), pisał w swej książce *Psychopatologia nerwic* o niszczącym dla chorego tzw. objawie „błędnego koła”. Objaw ów polega na tym, że chory zajmuje się nieustannie i niepokoi symptomami choroby, tym, co mu dokucza i dręczy go, a przez to, niestety, doprowadza do nasilenia symptomów choroby, z którymi walczy. Sprawdza się tu znana w psychologii prawidłowość: nadmierna samokontrola jest szkodliwa. Kępiński, dla zilustrowania działania objawu „błędnego koła”, przytacza obraz psa, gryzącego swój ogon: „W przypadku psa sprzężeniem zwrotnym są bodźce bólowe biegnące od gryzionego ogona, które wywołują jeszcze silniejsze gryzienie. Układ o dodatnim sprzężeniu zwrotnym jest układem niestabilnym, dążącym do autodestrukcji”⁴¹. Aby przerwać owo „błędne koło”, przestać kręcić się niejako wokół siebie i swoich dolegliwości, trzeba zainteresować się, zająć czymś innym, czymś pozytywnym. Wówczas następuje stopniowa redukcja ujemnych bodźców. Antoni Kępiński plastycznie pokazuje owo autodestrukcyjne działanie, a następnie korzystną zmianę, w dalszej części przykładu z psem: „Im silniej pies gryzie swój ogon, tym więcej go boli, tym bardziej jest poirytowany i jeszcze silniej gryzie. Jest to przykład dodatniego sprzężenia zwrotnego. Zmiana staje się możliwa, gdy wkraczają pozytywne bodźce: W przykładzie z psem odpowiadałoby to sytuacji, w której pies zamiast coraz silniej gryźć swój ogon, poczuwszy ból zajmie się np. przyjemnym obgryzaniem kości, dzięki czemu sygnały bólowe ulegają stopniowo wygaszeniu”⁴².

Można powiedzieć, że rolę „pozytywnego bodźca” spełniać może w życiu człowieka, także człowieka chorego, właśnie sztuka. Zamiast zajmować się nieustannie chorobą, myśleć o niej, można zająć się np. twórczością artystyczną, choćby w skromnym wymiarze, w takiej dziedzinie, która najbardziej daną osobę pociąga i jest dla niej osiągalna. Pozwala to na poprawę nastroju, co służy także zdrowiu ducha i ciała oraz przywraca radość życia.

A. Kępiński w ciekawy sposób pisze o transcendentnym charakterze pracy twórczej. Przypomina, że człowiekowi nie wystarcza samo prawo zachowania życia własnego i życia gatunku, co charakteryzuje świat roślinny i zwierzęcy.

⁴¹ A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Warszawa 1979, s. 179.

⁴² *Tamże*, s. 180.

Człowiek niejako dąży do nieśmiertelności, chce swój porządek wprowadzić w otoczenie, zostawić jakiś ślad po sobie. Kępiński ujmuje to tak: „To dążenie do nieśmiertelności może wynikać stąd, że [...] metabolizm informacyjny ulega u człowieka jakby przerostowi, przestaje być podporządkowany bezwzględnie metabolizmowi energetycznemu, uzyskuje swoistą samodzielność, tak, że sygnał np. w formie słowa, idei, uwalnia się jakby spod niewoli praw życia, uzyskując w ten sposób swoistą nieśmiertelność. Sygnały te tworzą ludzką kulturę; po ludziach, którzy je stworzyli, nie pozostało już ani śladu, a one trwają. [...] W przeciwieństwie do świata roślinnego i zwierzęcego, człowiek nie podlega tylko dziedzictwu biologicznemu, lecz też kulturowemu”⁴³.

Twórcza myśl człowieka pozostaje w dziełach, składających się na obszar ludzkiej kultury, który trwa, choć śmiertelni są twórcy owych dzieł. W ludzkiej twórczej pracy, która wnosi swój wkład w to kulturowe dziedzictwo poprzez kolejne pokolenia, człowiek realizuje swoje transcendentne dążenia, przekracza swe biologiczne uwarunkowania i swą przemijalność. Stąd tak wielkie jest znaczenie twórczości, także w aspekcie zdrowia psycho-somatycznego człowieka. Kępiński uważa, że gdy człowiek nie tworzy, zaczyna niszczyć siebie, innych, swe otoczenie⁴⁴.

Dzięki temu, że sztuka daje możliwość wyrażenia na papierze, płótnie, w glinie czy w kamieniu, bądź poprzez kompozycje muzyczne, własnych najgłębszych przeżyć, uczuć i emocji, odgrywa ona wielką rolę terapeutyczną. Terapia przez sztukę jest od dawna stosowana zarówno w leczeniu chorób z dziedziny małej i wielkiej psychiatrii, jak też profilaktycznie, aby zapobiegać nudzie, frustracji czy agresji, bądź pomagać w rozwiązywaniu trudności życiowych. Twórczość artystyczna, także oczywiście amatorska, wyzwala i ukazuje zarazem różne stany ducha ludzkiego – lęki, pragnienia, fantazje, uczy lepszego komunikowania się z innymi, przez co poprawia się samoocena osób, które się nią zajmują⁴⁵.

⁴³ *Tamże*, s. 216.

⁴⁴ Por. *tamże*.

⁴⁵ Por. G.D. Oster, P. Gould, *Rysunek w psychoterapii*, Gdańsk 2007, s. 11, 22–23;152.

Twórczość plastyczna jest źródłem satysfakcji i radości, a takie stany są bardzo korzystne dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Odkrywanie swoich możliwości, nowej kreatywności w dziedzinie sztuki, dodaje wiary w swoje możliwości, co podnosi poczucie własnej wartości. Twórczość artystyczna, na miarę możliwości danej osoby, pozwala wypełnić w wartościowy sposób wolny czas, którego nadmiar często dotkliwie odczuwają ludzie starsi i chorzy. Ponadto, twórczość własna niweluje napięcia spowodowane stresującymi sytuacjami, wprowadza pogodę ducha w życie codzienne człowieka. Można powiedzieć, że sztuka jest swoistym lekarstwem dla ludzkiego ducha.

Aktywność w dziedzinie sztuki nie jest zarezerwowana tylko dla artystów – profesjonalistów. Znani są bardzo uzdolnieni twórcy – amatorzy, niektórzy z nich stali się sławni (w Polsce np. ciekawy artysta Nikifor z Krynicy).

Arteterapia (*arte* z łac. *ars* sztuka), inaczej artterapia (*art therapy*) – oznacza leczenie przez sztukę. Już sam termin „arteterapia” wskazuje na dwa obszary: sztukę i terapię. Po raz pierwszy w taki sposób, niezależnie od siebie, określiły wykorzystanie twórczości artystycznej w terapii dwie osoby, działające mniej więcej w podobnym czasie: w Wielkiej Brytanii – artysta Adrian Hill (1895–1977) oraz w Stanach Zjednoczonych – psycholog i artystka Margaret Naumburg (1890–1983). Margaret Naumburg uzyskała wykształcenie w duchu tradycyjnej psychoanalizy, w której ważną rolę odgrywała psychologiczna interpretacja swobodnych skojarzeń. Naumburg wprowadziła rysunek do zajęć ze swymi pacjentami. W ten sposób przyczyniła się do tego, że w działaniach artystycznych dostrzeżono niejako symboliczną wypowiedź ich twórców, autentyczną w wyrazie formę autoekspresji.

Z kolei terapeutka Edith Kramer (1916–2014) uważała, iż sam proces twórczy podczas pracy artystycznej jest uzdrawiający i nie jest konieczna jego interpretacja. W takiej koncepcji prowadzący ćwiczenia pełnił rolę artysty – mistrza, uczącego innych kreatywności w dziedzinie sztuki, a nie interpretatora ich prac, kładącego nacisk na wgląd terapeutyczny⁴⁶. Osoby biorące udział w zajęciach tego rodzaju nie muszą być uzdolnione artystycznie, ani nie muszą mieć przygotowania w dziedzinie sztuki. Istotna jest tu rola relacji

⁴⁶ Por. *tamże*, s. 20.

o charakterze terapeutycznym, jaka zachodzi między uczestnikami zajęć a artystą prowadzącym zajęcia, czy terapeutą (może to być jedna osoba – fachowiec wyspecjalizowany w terapii sztuką). Są osoby, którym trudno jest zwerbalizować swoje uczucia i przemyślenia, natomiast są zdolne do wyrażenia ich poprzez twórcze działania, np. w dziedzinie sztuk plastycznych – dla nich ta forma terapii jest bardzo pomocna. Arteterapia zakłada, opierając się na znajomości ludzkiej psychiki i wiedzy o oddziaływaniu procesów twórczych, że autoekspresja, wyzwolana w procesie tworzenia, może pomóc rozwiązywać różne problemy, wpływać pozytywnie na relacje międzyludzkie, niwelować skutki stresów, poprawiać nastrój i samoocenę, pogłębiać znajomość samego siebie. Służy temu połączenie aktywności w dziedzinie sztuki i elementów psychoterapii. Arteterapia może pomóc zarówno dzieciom i młodzieży, jak osobom dorosłym i starszym, osobom przeżywającym różnego rodzaju trudności, także ludziom cierpiącym na zaburzenia psychiczne i choroby somatyczne. W latach sześćdziesiątych XX w. terapia sztuką stała się samodzielną dziedziną i wyodrębnioną profesją.

Podczas tradycyjnych zajęć z dziedziny sztuk plastycznych, przede wszystkim świat zewnętrzny ma być przedmiotem obserwacji, a następnie ma być ukazywany w powstających pracach. Mówimy wówczas o terapii zajęciowej, która może być swoistą formą rehabilitacji. W ramach takiej terapii prowadzone są zajęcia z zakresu sztuk plastycznych oraz sztuki użytkowej – rysunek, malarstwo, rzeźba, tkanina, etc.

Tymczasem w arteterapii na pierwszym miejscu sytuuje się świat wewnętrzny człowieka, świat jego uczuć, przemyśleń, wyobraźni. Zajęcia tego rodzaju, aktywizujące ludzi i pomagające im w rozwoju osobowości, mogą być przeprowadzane z wykorzystaniem środków wyrazu zaczerpniętych z różnych dziedzin: sztuk plastycznych, muzyki, literatury, teatru.

Arteterapia popularna jest w Stanach Zjednoczonych, gdzie wprowadza się ją w szpitalach, klinikach, domach opieki, czy placówkach terapeutycznych oraz w specjalnych programach edukacyjnych. Stosuje się ją również w Europie Zachodniej, także, coraz częściej, w Polsce.

Można również niejako łączyć klasyczną terapię zajęciową z elementami arteterapii, wprowadzając tematy np. ćwiczeń plastycznych, mające na celu wyrażenie za pomocą środków właściwych dla danej dziedziny sztuki przeżyć wewnętrznych uczestników, jednakże bez konieczności udziału psychoterapeuty (chodzi o osoby, które nie cierpią na poważniejsze zaburzenia psychiczne). Wówczas poszerza się horyzonty twórczych możliwości i rozwija wyobraźnię uczestników, dla których niejednokrotnie owoce ich własnych działań są wielką niespodzianką i źródłem satysfakcji.

Takie właśnie zajęcia (w połączeniu z wykładami, poruszającymi wybrane zagadnienia z dziedziny historii sztuki, powiązane z tematami zadań plastycznych) zostały przeprowadzone podczas szkoleń wolontariuszy do opieki nad osobami starszymi i chorymi, zorganizowanych przez Fundację Polsko-Niemieckie Pojednanie. Wśród uczestników szkoleń, które miały miejsce w okresie od listopada 2013 roku do kwietnia roku 2014, było wiele osób należących do starszego pokolenia. Wszyscy uczestnicy z entuzjazmem wykonywali ćwiczenia plastyczne i z radością odkrywali w sobie umiejętność rysowania, malowania czy komponowania kolaży (fr. *collage*). Wielu z nich musiało pokonać własne obawy i niedowierzanie, że potrafią coś zrobić w dziedzinie sztuki; wiele osób mówiło, że po raz pierwszy od dzieciństwa sięgnęli po kredki, pastele, pędzle, farby. Ta odkryta na nowo twórcza działalność przyniosła im wiele satysfakcji. Doszli do przekonania, że w swej pracy wolontariusza będą chcieli tak organizować czas swoim podopiecznym, aby zachęcić ich do twórczości artystycznej, na miarę ich możliwości i zgodnie z upodobaniami, często na nowo odkrywanymi.

Szeroko rozumiana arteterapia, jak też tradycyjna terapia zajęciowa, może być stosowana w różnych dziedzinach i obszarach ludzkiej twórczej aktywności i z wykorzystaniem „narzędzi” właściwych dla różnych przejawów sztuki. Materiały do zajęć plastycznych są łatwo dostępne nie tylko w specjalnych punktach zaopatrzenia plastyków, ale nawet w supermarketach – dla osób, które uczą się, stawiając pierwsze kroki w obszarze sztuki, zupełnie wystarczające do ćwiczeń będą materiały może nie najwyższej jakości, ale nadające się do takich zadań.

W dziedzinie rysunku można wykorzystywać ołówki różnej twardości, węgiel do rysowania, kredki ołówkowe, świecowe, pastele. W malarstwie – na papierze, tekturze, na szkle czy płótnie, odpowiednio używane są farby plakatowe, akwarele, tempery, gwasze, farby olejne, farby do szkła. Jeżeli istnieje możliwość urządzenia zajęć w pracowni plastycznej, można wprowadzić nieco trudniejsze techniki graficzne – gipsoryt, linoryt, drzeworyt. W dziedzinie rzeźby można prowadzić ćwiczenia w modelinie, plastelinie, glinie, drewnie, a także z użyciem masy papierowej; można też komponować prace przestrzenne z ciętego papieru (papieroplastyka). Ponieważ różne osoby mogą w sobie odkrywać różne pasje, uzdolnienia i zainteresowania, można zaproponować inne działania artystyczne: na przykład kolaż, czyli tworzenie kompozycji za pomocą łączenia różnych technik plastycznych, ikebanę – układanie kompozycji z żywych lub zasuszonych kwiatów czy owoców, fotografię.

Znane jest bardzo korzystne oddziaływanie muzyki na psychikę człowieka. Muzyka bywa źródłem inspiracji np. dla malarstwa, zarówno realistycznego, ukazującego muzyków podczas gry bądź same instrumenty muzyczne, jak i malarstwa abstrakcyjnego. Ważna jest rola muzyki w terapii. Może to być muzykoterapia bierna, czyli słuchanie wybranych utworów muzycznych, albo czynna, podczas której uczestnicy sami muzykują i śpiewają.

Niezastąpiona pozostaje zawsze lektura dobranych, wartościowych książek – można je również czytać głośno osobie chorej (jest to tak zwana biblioterapia).

Miłośnikom kina można zaproponować np. wspólne oglądanie wartościowych filmów w kinie (także domowym), a potem wymianę myśli w dyskusji na temat obejrzanego filmu. Osoby mające odpowiedni sprzęt i pewną sprawność, mogą także próbować własnej amatorskiej twórczej pracy z kamerą w rękę. Podobnie można prowadzić zajęcia z miłośnikami teatru, tyle że w miejsce działań z kamerą, należałoby rozwinąć działalność teatru amatorskiego. Dla osób w każdym wieku bardzo dobrą formą terapii zajęciowej jest także taniec – może to być nauka tańca, a także ćwiczenia przy muzyce.

Powszechnie wiadomo, że osoby, które mają swoje tzw. pasje życiowe i zainteresowania oraz rozwijają je, są pogodne, pełne energii i radości życia, a dzięki temu są także zdrowsze, dłużej żyją. Ludzie tacy korzystnie oddziałują

na innych i zostawiają po sobie wartościowe dzieła, stając się współtwórcami, ludzkiej kultury, choćby w skromnym zakresie.

Wielkim zainteresowaniem cieszą się obecnie postacie długowiecznych, wciąż kreatywnych seniorów, wśród których obok np. amatorów sportu czy aktywnych przedstawicieli różnych zawodów, jest także wielu artystów, ludzi z pasją. W Polsce są to np. znani aktorzy, jak Katarzyna Łaniewska, Danuta Szaflarska, Jan Pietrzak czy znakomity artysta malarz Stefan Gierowski. Prezentacje ukazujące aktywność seniorów są bardzo popularne w Internecie.

Warto, mając wokół inspirujące przykłady ludzi aktywnych, dla których wiek nie jest przeszkodą, iść w ich ślady (w każdym wieku), zamiast siedzieć przed przysłowiowym telewizorem... Ważna jest również aktywność fizyczna, gimnastyka, wszelkie formy ruchu czy odpowiednia dieta. Zdarzyć się może jednak, że choroba ograniczy aktywność fizyczną. Wówczas zawsze pozostaje możliwość pewnej aktywności w dziedzinie plastyki, muzyki, literatury. Twórczym i rozwijającym się człowiek może i powinien pozostać przez całe życie.

Bibliografia

- Jan Paweł II, *Wiara i kultura*, Rzym 1986.
Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, Warszawa 1979.
Maritain J., *Sztuka i Mądrość*, Warszawa 2001.
Oster G.D., Gould P., *Rysunek w psychoterapii*, Gdańsk 2007.
Tatarkiewicz W., *Dzieje szczęściu pojęć*, Warszawa 1976.
Weil S., *Świadomość nadprzyrodzona*, Warszawa 1986.

MARCIN LISAK

*Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie,
Salesiana Universitá Pontificia w Rzymie*

Rola osób starszych w strategiach migracyjnych polskich imigrantów w Irlandii

Otwarcie większości europejskich granic oraz rynków pracy w wielu krajach Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej przyczyniło się w pierwszej dekadzie XXI stulecia do kolejnej fali emigracji zagranicznej Polaków. Jednym z popularnych nowych kierunków migracji stała się Irlandia. Republika Irlandzka już 1 maja 2004 roku jako jedna z pierwszych otworzyła rynek pracy w oczekiwaniu na przyjazd obywateli krajów akcesyjnych. Wśród nich, również wielu Polaków zdecydowało się wykorzystać tę szansę i wyemigrowało na Wyspę. Zasadniczy nurt tej migracji stanowią ludzie młodzi, w wieku produkcyjnym i prokreacyjnym. Niektórzy z nich na emigracji pracowali krótko i powrócili do rodzinnego kraju. Inni zamieszkali jednak na dłużej, nie tylko zabiegając o finansowy dochód, ale także budując w Irlandii życie rodzinne.

Pierwsza fala polskiej migracji do Irlandii obejmowała liczną grupę pracowników fizycznych niewykwalifikowanych i wykwalifikowanych. Znaczna część z nich przyjechała na Zieloną Wyspę samotnie, nawet bez najbliższej rodziny. Zbiorowość polskich migrantów była przy tym mocno zmaskulinizowana, liczebnie dominowali mężczyźni. Stopniowo jednak następowało łączenie rodzin bądź młode pary, nieraz chwilowo rozdzielone emigracją, łączyły się w związki małżeńskie i pozostawały na wyspie. Taki scenariusz stał się popularny i wkrótce proporcje płciowe polskich imigrantów w Irlandii się wyrównały. Niezmiennie jednak polska diaspora charakteryzuje się młodym wiekiem.

Od roku 2007 nastąpił wzrost liczby polskich dzieci, które w dużej liczbie zaczęły rodzić się w Republice Irlandii. Profil demograficzny rozszerzył się o najmłodsze pokolenie. Wśród migrantów nie występują natomiast prawie w ogóle przedstawiciele starszych pokoleń. Seniorzy, rodzice młodych-dorosłych (*young adults*) migrantów, pozostali z dala od Irlandii. Nie oznacza to jednak, że ludzie starsi stali się zupełnie nieobecni i przestali odgrywać jakąkolwiek poważniejszą rolę w życiu swoich dorosłych emigrujących dzieci.

W tym kontekście zadaniem niniejszego artykułu, będącego krótkim podsumowaniem socjologicznej analizy fenomenu polskiej emigracji do Irlandii, będzie określenie roli społecznej osób w starszym wieku, jaką odgrywają w życiu młodych-dorosłych polskich imigrantów mieszkających na dłużej (na stałe?) w Irlandii. Na potrzeby niniejszej pracy odwołuję się do dwóch kategorii osób starszych. Są to seniorzy, czyli osoby w wieku poprodukcyjnym oraz, jak wyraża to socjologia starości, osoby na przedpolu starości, które pracują zawodowo, ale z racji wieku zbliżają się już do emerytalnego etapu życia. W obu przypadkach odnosimy się do starzejących się rodziców i teściów migrantów. Role społeczne, na które będziemy wskazywać, rozgrywają się właśnie w obrębie wielopokoleniowej rodziny, która składa się ze starszego pokolenia, średniego pokolenia emigrantów oraz najmłodszego pokolenia dzieci, często urodzonych już w trakcie migracyjnych wyjazdów. Jak wskazuje wielu socjologów, to właśnie rodzina, nawet ta rozłączona jeszcze w kraju wysyłającym (emigracyjnym), jest środowiskiem, w którym podejmuje się decyzje o wyjeździe i powrocie. W epoce udogodnień transportowych i komunikacyjnych strategie migracyjne podejmowane w kontekście społecznym rodziny współtworzą transnarodową sieć powiązań migrantów ze wspólnotą pochodzenia (Krzyżowski i Urbańska 2010). Te ustalenia socjologów migracji stanowią tło koncepcyjne dla naszej analizy, która opiera się na wynikach badań jakościowych przeprowadzonych techniką wywiadu swobodnego.

Panorama polskiej emigracji do Irlandii

Szczegółowe dane na temat skali emigracji młodych dorosłych z Polski do Irlandii pochodzą ze spisów powszechnych i innych wykazów urzędowych, które pomagają w określeniu nasilenia strumienia migracyjnego. Wyniki ujęte w oficjalnych rejestrach przedstawia tabela α.

Tabela α. Liczebność polskich imigrantów w Irlandii (dane w tysiącach).

Rok	Liczebność	Źródło danych
2002	2	Irlandzki spis powszechny
2006	63	Irlandzki spis powszechny
2006	120	Szacunki Głównego Urzędu Statystycznego
2007	200	Szacunki Głównego Urzędu Statystycznego
2007	250	Szacunki Ambasady RP w Dublinie
2008	172	Analiza socjodemograficzna (Lisak 2010b)
2009	150	Analiza socjodemograficzna (Lisak 2014)
2011	123	Irlandzki spis powszechny
2011	131	Szacunki Głównego Urzędu Statystycznego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Central Statistics Office 2003, 2008 i 2012; Główny Urząd Statystyczny 2012a i 2012b oraz Lisak 2010b i 2014.

Szczyt napływu polskich migrantów miał miejsce w 2006 i 2007 roku, kiedy rocznie w Irlandii rejestrowało się w systemie ewidencyjno-socjalnym (*Personal Public Service Number*) 94 i 80 tysięcy (odpowiednio) Polaków. Udział Polaków w strumieniu migracyjnym był wówczas ogromny. Polscy czasowi imigranci stanowili w 2006 roku aż 41% a rok później 37% spośród wszystkich obcokrajowców przybywających na wyspę (Lisak 2014). Oczywiście nie wszyscy spośród rejestrujących się w irlandzkich rejestrach podjęli pracę czy zamieszkali na wyspie na dłużej. Wraz z nadejściem kryzysu gospodarczego w 2008 roku napływ polskich emigrantów zmalał do bardzo niskiego poziomu. Jednakże wielu Polaków osiedliło się w Irlandii na dłużej, prawdopodobnie część z nich na stałe. Biorąc pod uwagę, że oficjalne statystyki demograficzne w przypadku imigrantów są niedoszacowane, możemy potwierdzić, że zbiorowość polska w Irlandii nadal liczy około 150 tysięcy.

W tym co dla potrzeb naszej analizy najistotniejsze, należy zwrócić szczególną uwagę na strukturę demograficzną polskiej diaspory. Zbiorowość ta jest pod względem wieku stosunkowo młoda, w pełni produkcyjnego i prokreacyjnego etapu życia, co ilustruje tabela β .

Tabela β . Profil wiekowy polskich imigrantów w Irlandii wedle irlandzkich spisów powszechnych (dane w procentach).

Przedział wiekowy	Irlandzki spis powszechny 2006 r.	Irlandzki spis powszechny 2011 r.
0 - 14 lat	7	18
15 - 24 lata	27	10
25 - 44 lata	57	64
45 - 64 lata	7	7
65 lat i więcej	2	1
Ogółem	100	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Central Statistics Office 2008 i 2012 oraz Lisak 2014.

Wedle irlandzkiego spisu powszechnego w 2011 roku blisko dwie trzecie polskich imigrantów należało do przedziału wiekowego 25-44 lata. Starszych, łącznie z seniorami w wieku poprodukcyjnym (1%), było zaledwie 8%. Wyraźnie wzrosła natomiast liczebność najmłodszej generacji migrantów polskiej narodowości. Blisko co piąty (18%) przedstawiciel etnicznie polskiej społeczności w Irlandii to dziecko w wieku przedszkolnym i szkolnym. Dane te potwierdzają fakt narodzin wielu dzieci w polskich rodzinach oraz pokrywają się z obserwowanym wzrostem wskaźnika dzietności polskich imigrantek do poziomu 2,1 – w porównaniu do wartości 1,3 w Polsce (Central Statistics Office 2013). Wielu polskich migrantów założyło w Irlandii rodziny dwupokoleniowe (nuklearne), częściowo oparte na związku małżeńskim a częściowo na dość popularnej kohabitacji (Lisak 2012). Kolejne spisy powszechne wskazują, że coraz więcej polskich imigrantów żyje w stanie małżeńskim. Wskaźnik ten wzrósł pomiędzy rokiem 2006 a 2011 o 5 punktów procentowych do 41%.

Coraz mniej wśród polskich imigrantów osób samotnych, pozbawionych opieki ze strony rodziny. O ile jednak poziom rozłąki w rodzinie nuklearnej nie

budzi niepokoju (Lisak 2010a), to rodzi się pytanie, czy emigracja nie doprowadziła do drenażu opieki nad osobami starszymi, które pozostały w Polsce? Czy w dobie migracji młodych dorosłych nie pogłębiła się rozłąka w obrębie rodziny wielopokoleniowej, zwłaszcza stacjonarnej, czyli mieszkającej w jednym gospodarstwie domowym, albo półstacjonarnej o częstych, niemal codziennych bezpośrednich kontaktach choć prowadzącej odrębne gospodarstwa domowe?

Migranci o swoich rodzicach

Analiza struktury wiekowej pozwala stwierdzić, że na młodą polską zbiorowość składają się w zasadniczej mierze dwa pokolenia: dzieci w przeważającej mierze urodzone na Wyspie (Pacyga 2010) i ich rodzice, którzy przed kilkoma laty zamieszkali w Irlandii oraz pozostali młodzi dorośli w wieku poniżej 45 lat. Brakuje natomiast przedstawicieli starszego pokolenia, zwłaszcza seniorów, których obecność jedynie w śladowej liczbie oddają oficjalne statystyki. Starsze pokolenie nie zostało jednak definitywnie rozłączone ze swymi migrującymi dziećmi i wnukami. Wskazują na to pierwsze opracowania łączące ujęcie socjologii migracji i socjologii starości (por. Krzyżowski 2013) a także analiza wywiadów eksploracyjnych, przeprowadzonych przeze mnie wśród polskich imigrantów w Irlandii.

Wywiady o charakterze swobodnej rejestrowanej rozmowy zostały przeprowadzone w 2012 roku z 30 respondentami zamieszkałymi w Dublinie i miejscowościach aglomeracji dublińskiej, a także w innych regionach Irlandii: w Galway i Tralee na zachodzie wyspy oraz w New Ross w hrabstwie Wexford. Dobór respondentów został dokonany metodą kuli śniegowej, czyli kolejni rozmówcy wskazywali znajome osoby, z którymi przeprowadzano wywiady w następnej kolejności. Dobór ten miał charakter celowy, gdyż rozmowy miały na celu eksplorację zagadnienia przemian funkcjonowania rodziny w warunkach migracyjnych. Respondentami były osoby z przedziału wiekowego 30-48 lat, w zdecydowanej większości posiadające dzieci.

Zasadnicze ustalenia wynikające z analizy wywiadów wskazały na: 1) wzrastającą rolę kwestii wychowania i edukacji dzieci w dalszych strategiach migracyjnych polskich imigrantów w Irlandii; 2) obieranie trwalszych form życia partnerskiego i rodzinnego, co sprzyja większej stabilizacji w podejmowanych

strategiach migracyjnych; 3) znaczenie sieci migracyjnych wpisanych w kręgi rodziny i znajomych (Lisak 2014). Analiza treści wywiadów pozwoliła jednak na eksplorację interesującego nas zagadnienia roli starszego pokolenia, które wydawało się być nieobecne w życiu migracyjnym młodych-dorosłych i ich dzieci.

Wypowiedzi respondentów na temat starszego pokolenia własnych rodziców (a czasami nawet dziadków) można zebrać w kilkunastu kategoriach analitycznych. Wśród nich należy zidentyfikować dwie zasadnicze, i powiązane ze sobą, grupy kategoryzacyjne, które odnoszą się do pojęcia reintegracji rodziny wielopokoleniowej oraz do pojęcia funkcji opiekuńczej rodziny. Kategorie te spaja dwukierunkowa strategia realizacji zobowiązań rodzinnych w procesie migracji. Jeden z wektorów reprezentuje oczekiwania opiekuńczo-wychowawcze wobec starszego pokolenia (dziadków), które kulturowo zobowiązane jest troszczyć się o najmłodsze pokolenie (wnuków) i pomagać średniemu pokoleniu (młodzi-dorośli rodzice) w dorosłym życiu rodzinno-zawodowym. Drugi wektor wskazuje odwrotny kierunek transferu opieki, czyli zobowiązanie dorosłych dzieci do opiekuńczej troski o starzejących się rodziców.

Odnośnie pierwszej grupy kategoryzacyjnej, wywiady wskazują na wiele wymiarów reintegracji rodzinnej pomiędzy pokoleniami. Mimo znacznego oddalenia przestrzennego wynoszącego około 2000–2500 kilometrów w linii prostej, zdecydowana większość respondentów potwierdziła, że kilka razy w roku bezpośrednio spotykają się przez pewien okres czasu ze swymi rodzicami, a dzieci rodzin migracyjnych ze swymi dziadkami. Odpowiada to kategorii odwiedzin rodzinnych w trakcie procesu migracyjnego. Spotkania rodzinne realizowane są zarówno w Irlandii jak i w Polsce. Respondenci wskazali na częste, w wielu przypadkach, odwiedziny rodziców-dziadków w Irlandii. Oddają to następujące stwierdzenia młodych-dorosłych imigrantów: „mama bardzo lubi latać”, „przyjeżdżają tu, do dzieci, do swoich wnuków”, „kilka razy [w roku – ML] jesteśmy w Polsce”, „na święta tam jedziemy”, „święta są w rodzinie, albo tu u nas, lub tam”, „mama przylatuje, a tato nie był w ogóle, boi się latać”, „bywają miesiące, że cały czas ktoś [spośród rodziców – ML] u nas siedzi”. Na szczególną uwagę zasługuje mobilność przestrzenna w kręgu wielopokoleniowych

rodzin. Podróżowaniu w celu odwiedzenia krewnych sprzyja rozwinięta sieć transportowa. Polskie miasta łączy z irlandzkimi sieć kilkunastu połączeń lotniczych obsługiwanych przez linie niskokosztowe. Podróż lotnicza pomiędzy irlandzkimi a polskimi portami lotniczymi jest w wielu przypadkach szybsza (przy porównywalnych kosztach) niż pomiędzy bardziej odległymi miejscowościami na terenie samej Polski.

Kolejna charakterystyczna kategoria obejmuje pomoc kobiet ze starszego pokolenia w opiece okołoporodowej. Wielu respondentów wskazywało na przyjazd matek-babć do swoich rodzających córek i do opieki nad nowonarodzonymi wnukami. Oddają to następujące wypowiedzi: „mama dużo mi pomogła przy małym S.”, „teściowa była ze trzy, cztery tygodnie jak M. się rodziła”, „mama przyjeżdżała jak wszystkie dzieci się rodziły”. O ile popularnym scenariuszem stał się krótkotrwały wyjazd par na swój ślub do Polski, to dzieci w związkach pomiędzy polskimi imigrantami, jak wskazywali respondenci, przychodziły na świat w Irlandii. W takim przypadku, a zwłaszcza przy narodzinach pierwszego dziecka, do Irlandii często przyjeżdżały stosunkowo młode babcie, które przeszły już w Polsce na emeryturę.

Kolejna kategoria obejmuje mieszkających w Polsce rodziców-dziadków, którzy oferują swoistą bazę wakacyjno-opiekuńczą dla pokolenia wnuków zamieszkałych (i urodzonych) zagranicą. Respondenci mówili, że „zawsze jeździmy na wakacje do rodziców, z dziećmi, psem, całym samochodem, kiedy mąż dostanie urlop”, „dziewczynki bardzo lubią być u babci na wakacjach”, „tam [w Polsce – ML] odwiedzanie całej rodziny (...) i dłużej u teściów latem albo w święta”. Opieka stacjonarna udostępniona przez rodziców-dziadków pozwala na dłuższy czas oddać dzieci chorujące lub te w wieku przed-szkolnym, które nie muszą przebywać na stałe w Irlandii w czasie roku szkolnego. Wskazują na to następujące wypowiedzi: „jak był chory [syn – ML] wykorzystaliśmy już prawie cały urlop no i trzeba było zwieźć go do dziadków”, „już teraz K. nie może tak często jeździć do babci i dziadka, musi być w szkole”, „jak żona musiała wyjechać na dłużej do pracy [za granicę – ML], to od razu telefon do babci (...) i zawoziłem dzieci, na dwa tygodnie nawet [do Polski – ML]”. Dziadkowie, którzy w małym stopniu znają język angielski, wspierają polską edukację

kulturową. Rozmawiają z dziećmi w języku polskim i wprowadzają szereg elementów polskiej obyczajowości. Jak stwierdziło kilku respondentów: „dzieci lubią polskich dziadków, bo są polscy”, a wielu z nich poszerza u wnuków kompetencje językowe, ponieważ mobilizują dzieci do komunikacji po polsku.

Druga grupa kategoryzacyjna wskazuje na funkcje opiekuńcze rodziny skierowane wobec starszego pokolenia. W procesie migracji zagranicznej realizacja tej funkcji, a zwłaszcza stacjonarnej opieki codziennej, staje się w oczywisty sposób utrudniona z racji odległości. Niemniej jednak, jak wskazuje jeden z badaczy, na podstawie wypowiedzi rozmówców możemy zidentyfikować „różnorodność form transnarodowego zaangażowania migrujących dzieci w zapewnianie rodzicom bezpieczeństwa socjalnego” (Krzyżowski 2013: 156). Kilku respondentów bezpośrednio wskazało na pomoc finansową wysyłaną rodzicom: „ojcu tak wysyłam, sam mieszka”, „są konta internetowe, i oni też już mają, a emerytura mała”, „brata co mieszka ze swoją rodziną u nich [rodziców – ML] to na pomoc nie stać, to my czasem coś wyślemy”. W innych wywiadach pojawił się wątek pomocy finansowej na cele medyczne: „załatwiliśmy teściowej prywatny szpital, szybko zrobili tam zaćmę”.

Kolejna istotna kategoria dotyczy uwzględnienia starszego pokolenia w dalszej strategii migracyjnej. Kilku respondentów wskazało, że rozważają emigrację powrotną do Polski ze względu na przewidywaną potrzebę bezpośredniej realizacji stacjonarnej opieki wobec starzejących się rodziców. Wyrażają to następujące wypowiedzi: „jak rodzice żony będą znacznie słabsi, to chyba wrócimy, bo kto się nimi zajmie”, „może trzeba będzie domem się zająć, bo jest duży, a rodzice Z. coraz starsi”, „a jakby jedno umarło, to co, mama czy tata sam zostanie? (...) a my już też starsi będziemy i dzieci starsze, to przeprowadzimy się [do Polski – ML]”. Pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego rodziców realizowana bywa także na bieżąco, zwłaszcza przy większych remontach: „dziadek to już nie ma tyle siły (...) pojechałem mu tam pomóc, rów wykopać, żeby ogrodzenie zrobić jak chciał (...) i taki miałem urlop, fizyczny, nie”.

Oczywiście, nie możemy generalizować ani ekstrapolować wyników naszej analiz na całą populację polskich migrantów. Jednak eksploracja zagadnienia roli starzejących się rodziców w procesach transnarodowej migracji pozwala

argumentować na rzecz kilku hipotez. Analiza przeprowadzonych wywiadów wskazuje zatem, że na co dzień „niewidzialne” w irlandzkich rejestrach demograficznych starsze pokolenie odgrywa niebagatelną rolę w życiu migracyjnym młodych-dorosłych i konstruowaniu strategii migracyjnych młodszych generacji. Z jednej strony, osoby starsze świadczą wiele pomocy opiekuńczo-wychowawczej wobec najmłodszego pokolenia. Wspierają tym samym konstruowanie kariery zawodowej swoich dorosłych dzieci oraz dwukulturowe wychowanie wnuków. Z drugiej strony, wielu dorosłych migrantów przekazuje pomoc finansową oraz niematerialne wsparcie pokoleniu swoich rodziców. Deficyty funkcji opiekuńczej w ramach wielopokoleniowej rodziny spowodowane migracyjną rozłąką, a zwłaszcza narastająca potrzeba bezpośredniej stacjonarnej opieki nad rodzicami-seniorami mieszkającymi w Polsce, w wielu przypadkach mają także istotny wpływ na dalsze strategie migracyjne, włącznie z ewentualnym przyspieszeniem decyzji o reemigracji.

Wnioski: zapobieganie panice moralnej oraz potrzeba instytucjonalizacji opieki

Na podstawie skrótowo zaprezentowanej analizy możemy potwierdzić, iż podjęcie badań społecznych nad pokoleniem polskich seniorów w perspektywie emigracji zagranicznej ich dorosłych dzieci do Irlandii jest zadaniem istotnym poznawczo. Wyraźnie rysuje się przy tym potrzeba powiązania ustaleń socjologii migracji z socjologią rodziny oraz socjologią starości. Badania powinny prowadzić także do praktycznego przełożenia w postaci definiowania oraz implementacji polityki socjalnej. W tym zakresie nasza analiza prowadzi do dwóch wskazań, stanowiących jednocześnie podsumowanie artykułu.

Pierwsza rekomendacja dotyczy rozładowania pewnego wymiaru paniki moralnej nabudowanej wokół zjawiska współczesnej migracji. Panika moralna to specyficzny kompleks ocen i postaw społecznych, zrodzony na styku sfery medialnej, politycznej, kulturowej i aksjo-normatywnej. W wyniku medialnego nagłośnienia pewnego negatywnie ocenianego problemu społecznego zjawisko zostaje wyolbrzymione, a negatywne naznaczenie i reakcja narastają. W przypadku poakcesyjnej emigracji młodych-dorosłych Polaków do innych krajów

Unii Europejskiej w debacie publicznej wskazywane są zagrożenia ekonomiczne, demograficzne i rodzinne.

W aspekcie ekonomicznym panika moralna oddaje negatywne skutki drenażu siły roboczej, prowadzącego do obniżenia poziomu zasobów ludzkich w kraju wysyłającym. We współczesnej sytuacji demograficznej grozi to także załamaniem systemu ubezpieczeń społecznych. Odływ ludzi młodych, w sile produkcyjnego etapu życia, zagraża solidarności międzypokoleniowej, realizowanej w obrębie systemu emerytalnego. Częściową odpowiedź na te zagrożenia dają transfery pieniężne (*remittances*), identyfikowalne zarówno na poziomie makroekonomicznym jak i na poziomie mikro w kręgu rodzinnym. Zyski ekonomiczne, o ile takowe są akumulowane, z emigracji zarobkowej czerpie przede wszystkim rodzina, także ta jej część, która sama nie włącza się w scenariusz migracyjny. W konsekwencji informacje o przekazach finansowych płynących od emigrantów, w tym także dane pochodzące od naszych respondentów, znacznie redukują panikę moralną w sprawach ekonomicznych. Trudniej natomiast zredukować niepokój społeczny, płynący z doświadczenia kryzysu demograficznego i odpływu z Polski wielu młodych ludzi w wieku produkcyjnym. Rzeczywiście, na poziomie debaty publicznej oraz polityki emerytalnej i socjalnej, wskaźniki demograficzne osiągnęły w Polsce dramatycznie niski poziom. Jednak w perspektywie indywidualnej sprawa wygląda pozytywnie. Jak wskazują oficjalne rejestry, polskie imigrantki rodzą stosunkowo wiele dzieci w Irlandii. Strategia migracyjna sprzyja zatem dietności, a w dalszej perspektywie może pomóc starszemu pokoleniu, pozostającemu w Polsce poprzez transnarodowy transfer opieki, co wykazała w wywiadach część naszych rozmówców.

Wśród zagrożeń dla spójności rodziny i jej funkcji opiekuńczo-wychowawczych, na czołowe miejsce wysuwa się panika moralna związana z tak zwanym eurosieroctwem. Wysoka skala emigracji zagranicznej Polaków wywołuje w sprzężeniu z przekazem medialnym niepokój o dzieci pozbawione rodziców. Na mniejszą skalę poczucie moralnego niepokoju nakłada się także na sytuację życiową osamotnionych, starzejących się rodziców. Zjawisko to wraz z towarzyszącą mu paniką moralną możemy określić jako euro-rozłąkę, a w innym

ujęciu pojęciowym także jako eurosieroctwo seniorów. Badania socjologiczne wskazują jednak, że przekonanie o migracyjnym eurosieroctwie polskich dzieci jest przejawem stereotypizacji i typową paniką moralną (Walczak 2008 i 2009; Urbańska 2010). W podobny sposób można spojrzeć na niepokoje moralne związane z rozłąką i osieroceniem starzejących się rodziców. W świetle przeprowadzonych wywiadów możemy bowiem zidentyfikować dość intensywne kontakty i silne więzi rodzinne. Zdecydowana większość wywiadów z polskimi imigrantami w Irlandii wykazała wysoki poziom wzajemnego transferu opieki. Jednym z istotnych elementów transnarodowych kontekstów migracyjnych w wielu przypadkach staje się opiekuńcza funkcja wielopokoleniowej rodziny. Negocjacje w obszarze wypełniania tej funkcji wpływają na ustalanie dalszych strategii migracyjnych.

Kwestia stacjonarnej opieki nad starzejącymi się rodzicami młodych-dorosłych emigrantów wiąże się bezpośrednio z drugim kluczowym wnioskiem, płynącym z naszych analiz. Starzenie się polskiego społeczeństwa należy koniecznie poddać analizie uwzględniającej długotrwałą emigrację zagraniczną młodego-średniego pokolenia. Pozostający w Polsce rodzice młodych-dorosłych polskich emigrantów, wraz z narastającą niesamodzielną, wręcz w lawinowym tempie będą wymagać pomocy. Pojawia się zatem konieczność rozwinięcia profesjonalnych, instytucjonalnych mechanizmów opieki społecznej wobec seniorów. W precyzyjny sposób wyraża to jeden z badaczy: „Jednym z problemów o znaczeniu wręcz strategicznym dla zaspokojenia potrzeb osób niesamodzielnych jest więc rozbudowa zintegrowanego systemu opieki długoterminowej. Powinien on obejmować zarówno pomoc instytucjonalną, jak i środowiskową. Wymuszony sytuacją rodzinną i poziomem sprawności, zwłaszcza w późnej starości, popyt na miejsca w placówkach opiekuńczych będzie wzrastał. Jeszcze szybciej będzie się zwiększało zainteresowanie korzystaniem z pomocy udzielanej w miejscu zamieszkania” (Błędowski 2012: 465).

W przypadku niesamodzielnych osób starszych, których udział procentowy w populacji mieszkańców Polski stale wzrasta, konieczna będzie znacznie bardziej zaawansowana profesjonalizacja oraz instytucjonalizacja systemu opieki. Dotychczas bowiem opieka opiera się głównie na więziach rodzinnych. Jednak

wedle najpopularniejszego w Polsce modelu stacjonarno-rodzinnej opieki dorosłe dzieci starzejących się rodziców, niezależnie od tego czy mieszkają blisko czy wyemigrowały za granicę, nie są w stanie efektywnie zapewnić odpowiedniej pomocy.

Bibliografia

- Błądowski P. (2012). „Potrzeby opiekuńcze osób starszych”, w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, (red.) M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski. Poznań: Termida Wydawnictwa Medyczne, s. 449–465.
- Central Statistics Office. (2003). *Census 2002. Volume 4. Usual Residence, Migration, Birthplaces and Nationalities*. Dublin: Stationery Office.
- Central Statistics Office. (2008). *Census 2006. Non-Irish Nationals Living in Ireland*. Dublin: Stationery Office.
- Central Statistics Office. (2012). *Profile 6. Migration and Diversity*. Dublin: Stationery Office.
- Central Statistics Office. (2013). *Population and Labour Force Projections 2016–2046*. http://www.cso.ie/en/media/csoie/releasespublications/documents/population/2013/poplabfor2016_2046.pdf [data dostępu: 15.06.2014]
- Główny Urząd Statystyczny. (2012a). *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011*. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LU_infor_o_rozm_i_kierunk_emigra_z_polski_w_latach_2004_2011.pdf [data dostępu: 15.06.2014].
- Główny Urząd Statystyczny. (2012b). *Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych*. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lu_nps2011_wyniki_nsp2011_22032012.pdf [data dostępu: 15.06.2014].
- Krzyżowski Ł. (2013). *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Krzyżowski Ł. i S. Urbańska. (2010). „Perspektywa transnarodowa w studiach migracyjnych”, w: *Mozaiki przestrzeni transnarodowych: teorie - metody - zjawiska*. (red.) Ł. Krzyżowski, S. Urbańska, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos, s. 9–25.

- Lisak M. (2010a). Formy życia małżeńsko-rodzinnego wśród polskich emigrantów w Dublinie – pomiędzy rozłąką a kohabitacją, „Teologia Praktyczna”, tom 11, s. 7–25.
- Lisak M. (2010b). „Liczebność polskiej diaspory w Irlandii”, w: *Polscy migranci w Irlandii: wokół środowiska duszpasterstwa polonijnego. Szkice teologiczne i społeczne*, (red.) M. Grubka, M. Lisak, Kraków–Dublin: Esprit–Euro Nexus, s. 95–105.
- Lisak M. (2012). „Religijność a poglądy moralne katolików żyjących w kohabitacji na przykładzie polskich emigrantów w Dublinie”, w: *Między nakazem a wyborem. Moralne dylematy małżeństw i rodzin w Polsce*, (red.) J. Baniak, Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”, s. 271–297.
- Lisak M. (2014). *Polscy imigranci w Irlandii: formy życia małżeńsko-rodzinnego oraz przekształcenia funkcji rodziny*, „Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny”, nr 2, s. 65–82.
- Pacyga A. (2010). „Z zapisków urzędnika: bardzo ludzkie historie z Irlandii”, w: *Polscy migranci w Irlandii: wokół środowiska duszpasterstwa polonijnego. Szkice teologiczne i społeczne*, (red.) M. Grubka, M. Lisak, Kraków–Dublin: Esprit–Euro Nexus, s. 163–167.
- Urbańska S. (2010). „Cała Polska liczy eurosieroty”: panika moralna i płęć w wykluczeniu oraz stygmatyzacji rodzin migrantów, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3, s. 60–88.
- Walczak B. (2008). *Społeczne, edukacyjne i wychowawcze konsekwencje migracji rodziców i opiekunów prawnych uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych*.
- http://www.brpd.gov.pl/eurosieroctwo/raport_eurmigracje.pdf [data dostępu: 15.06.2014].
- Walczak B. (2009). „Dziecko w sytuacji rozłąki migracyjnej”, w: *Współczesne migracje: dylematy Europy i Polski*, (red.) M. Duszczyk, M. Lesińska, Warszawa: Ośrodek Badań nad Migracjami UW, s. 149–173.

WAWRZYNIEC KONARSKI

Instytut Studiów Międzykulturowych

Wydział Studiów Międzynarodowych i Politycznych

Uniwersytet Jagielloński

Rekapitulacja własna – wybrane wątki

Garść poniższych opinii, na temat niektórych wystąpień zaprezentowanych podczas konferencji zatytułowanej „Społeczeństwo potrzebuje seniorów. Nowa aktywność społeczna osób starszych”, odnoszę głównie do wypowiedzi przedstawicieli polskich organów ustawodawczych i wykonawczych, obecnych na konferencji. W żadnym wypadku nie oznacza to deprecjonowania wagi przedstawionych doświadczeń i sformułowanych opinii przez osoby reprezentujące środowiska pracujące na rzecz seniorów oraz przedstawicieli sektora nauki. Ich działania praktyczne oraz raporty z projektów naukowo-badawczych są wszakże osadzone w przestrzeni wytyczanej przez przepisy prawa stanowionego i wcielanego w życie przez stosowne struktury polskiego państwa. Dlatego to właśnie do tych ostatnich odnoszę *gros* moich uwag.

Pozwolę sobie rozpocząć od refleksji osobistej. Nie wynika ona bynajmniej z faktu, że do wieku emerytalnego zostało mi już niewiele lat. Zakładam, że jeżeli tylko dopisze mi zdrowie, chciałbym pozostać aktywny zawodowo jak najdłużej. Do takiego stanowiska skłania mnie nie tylko żenująco niski poziom emerytur, jakich może oczekiwać obecna, przedemerytalna generacja 50+ i nie jest to tylko rezultatem procesu zmniejszania się liczby osób pracujących na jednego emeryta. Jak podczas konferencji przypomniała dr Marzena Breza, dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, obecnie są to cztery osoby, ale za 15 lat już tylko dwie. Źródłem tej niekorzystnej tendencji należy upatrywać również w błędach natury systemowej. Dostrzegam je przede wszystkim w nieumiejętnej polityce prorodzinnej

państwa i na polu tworzenia miejsc pracy, a także w niewłaściwej dystrybucji dochodów uzyskiwanych przez państwo z tytułu ściąganych podatków.

Nie ukrywam, że od kilku lat jestem pod wrażeniem znaczącej statystycznie i stojącej na wysokim poziomie merytorycznym aktywności osób starszych wiekiem, uczestniczących w fenomenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Podczas konferencji poseł na Sejm, Michał Szczerba, przypomniał, że rosnący zasięg tego zjawiska związany jest właśnie z ostatnim ćwierćwieczem. W roku 1989 było ich zaledwie 9, a obecnie około 500, zaś słuchaczy w całej Polsce jest ponad 150.000 osób⁴⁷. Sam od kilku lat jestem wykładowcą Grochowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku (GUTW), działającego w tej prawobrzeżnej dzielnicy Warszawy. Jego słuchacze to seniorki i seniorzy o ukierunkowanych zainteresowaniach i wysokiej kulturze osobistej, uczestniczący w wykładach z własnej woli, a nie dla uzyskania zaliczenia i zadający wnikliwe pytania. Spotkania z nimi są dla mnie wyzwaniem i przeżyciem intelektualnym nie do przecenienia.

Mając doświadczenie wykładowcy dla takich właśnie wymagających studentów, nie wahałem się z przyjęciem zaszczytnego dla mnie statusu członka Rady Programowej GUTW. Ponad rok temu nawiązałem też kontakt z Ochockim Uniwersytetem Trzeciego Wieku. Przekonałem się już, że i tu również mogę liczyć na interesujące interakcje ze słuchaczami. Działalność Uniwersytetów Trzeciego Wieku jest z pewnością dobrą odpowiedzią na stwierdzenie dyrektora Brezy, iż „(...) polityka senioralna to nie jest zadanie tylko i wyłącznie dla rządu”⁴⁸. Naturalnie, że nie tylko, niemniej wciąż jest to **zadanie w pierwszym rzędzie dla rządu**.

Wypowiedzi i refleksje w trakcie konferencji pokazały dwie strony rosnącej rangi zagadnień, związanych z coraz większą liczebnie grupą seniorów. Pierwszą tworzą duże pokłady drzemiącej w nich aktywności, będącej bez wątpienia swoistą ofertą wobec poszczególnych rządów czy też po prostu polskiego

⁴⁷ Zapis stenograficzny konferencji pt. *Społeczeństwo potrzebuje seniorów. Nowa aktywność społeczna osób starszych*, 10 czerwca 2014 r., Senat RP – wersja robocza nieautoryzowana, s. 34.

⁴⁸ Zapis stenograficzny konferencji pt. *Społeczeństwo potrzebuje seniorów. Nowa aktywność społeczna osób starszych*, 10 czerwca 2014 r., Senat RP – wersja robocza nieautoryzowana, s. 18.

państwa. Seniorzy nie są bowiem głównie grupą roszczeniową, który to pogląd niejednokrotnie i niesłusznie pojawia się w przestrzeni publicznej. Aliści, wyrazem strony drugiej staje się wciąż widoczna nieudolność tego samego państwa, pod kątem prowadzonych przezeń działań wobec seniorów i zagospodarowania posiadanego przez nich potencjału. Ten ostatni wątek nieuchronnie nasuwał się jako refleksja, wynikająca z wypowiedzi gości konferencji, reprezentujących struktury urzędnicze, parlament, naukowców i organizacje pozarządowe. Należy wskazać, że w konferencji uczestniczyli także przedstawiciele adekwatnych struktur z Niemiec, w tym zwłaszcza Martin Salm, przewodniczący zarządu Fundacji Pamięć, Odpowiedzialność i Przyszłość.

Wspomniana już dyrektor Marzena Breza przypomniała, że według zasad Organizacji Narodów Zjednoczonych, w skład szeroko rozumianej grupy seniorów wchodzi osoby, które ukończyły 60 lat. Naturalnie, warto korzystać z doświadczeń innych krajów w polityce wobec seniorów, choćby właśnie Niemiec. Równocześnie jednak nie można czynić mechanicznych porównań, pamiętając o różnicach między Polską i Niemcami pod względem dojrzałości społeczeństwa obywatelskiego i długości funkcjonowania demokratycznego systemu rządów w obu państwach. Z pewnością natomiast wypada zgodzić się z opinią, iż polityka senioralna winna zaczynać się od szkoły.

Współczesne tendencje o charakterze globalnym, widziane zwłaszcza z perspektywy doświadczeń obszaru euro-atlantycznego pokazują, że polityka senioralna to pole do swobodnego popisu dla III sektora. Po pierwsze jednak, jego ranga zależna jest od mądrych i dających się pozytywnie zweryfikować przepisów stanowionego prawa. Po drugie, jeszcze raz trzeba podkreślić, że w dalszym ciągu filarem strategicznych działań wobec osób w starszym wieku pozostaje właśnie polityka państwa, realizowana przez poszczególne rządy. I tu właśnie pojawiają się problemy wynikające z realiów polskich.

Sytuacja seniorów w Polsce podlega bowiem fluktuacji za sprawą polityki, prowadzonej nie tylko przez kolejno rządzących, ale też z tytułu bardziej taktycznego aniżeli strategicznego traktowania tej grupy ze strony całej klasy politycznej. To ostatnie pojęcie rozumiem funkcjonalnie i stratyfikacyjnie, nie zaś aksjologicznie. Połączenie obu pierwszych przesłanek pokazuje,

że klasa polityczna składa się zarówno ze sprawujących aktualnie władzę, jak i też aspirujących do jej objęcia, czyli będących opozycją⁴⁹. W systemach demokratycznych jest naturalnie konsekwencją wyboru dokonanego przez elektorat. Wynikający z różnych badań sondażowych wysoki poziom dezaprobaty społecznej wobec członków tak rozumianej klasy, utrudnia w konsekwencji nazwanie tej grupy w całości „ludźmi z klasą”. Ten negatywny odbiór klasy politycznej może ulec zmianie przede wszystkim poprzez starania samych polityków⁵⁰. Tzw. afera taśmowa, a właściwie podsłuchowa z czerwca 2014 – uzupełniona o te z lat poprzednich – pokazuje niestety niedojrzałość polityków pod względem podjęcia działań na rzecz poprawy swojego wizerunku. Stabilna, dająca trwale korzystne skutki polityka wobec seniorów, mogłaby stać się jednym z instrumentów takiej poprawy. Niebagatelny staje się tu aspekt finansowy. W trakcie konferencji poruszył go senator Mieczysław Augustyn, przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Senatu Rzeczypospolitej Polskiej. Stwierdził on m.in., iż wygenerowana wielkość bilionowego długu Polski jest niemalże równa deficytowi, który co roku pojawiał się w systemie emerytalnym. Jako konkret podał, że na wypłatę rent i emerytur rocznie brakowało ponad 90 miliardów zł. I dalej dodał: „Nic by nie było w tym złego, gdybyśmy te pieniądze mieli, ale myśmy je pożyczali”⁵¹. I tu nie mogę powstrzymać się od uwagi krytycznej. Formuła „myśmy” jest bowiem zbyt daleko idącym ogólnikiem, a przez to nieprecyzyjna. Należało tu wyraźnie przyznać, że ten błąd jest konsekwencją działań konkretnego (i którego) rządu. Wspomniana formuła sugeruje odpowiedzialność zbiorową i nie może spotkać się z aprobatą, nawet jeśli pozostaje tylko skrótem myślowym.

⁴⁹ W. Konarski, „Political Class and Its Delegitimation in the System of Power at the Example of Poland and Ukraine”, w: *Парламентські вибори 2012 року в Україні. Наукові дослідження*, ІПіЕНД ім. І.Ф. Кураса НАН України, Київ 2013, s. 19–20.

⁵⁰ *Żółta kartka dla uwikłanych w politykę* (wywiad z Wawrzyńcem Konarskim), „Express Bydgoski – Dziennik. Wiadomości toruńskie”, 09.05.2014.

⁵¹ Zapis stenograficzny konferencji pt. *Społeczeństwo potrzebuje seniorów. Nowa aktywność społeczna osób starszych*, 10 czerwca 2014 r., Senat RP – wersja robocza nieautoryzowana, s. 25.

Inną kwestią poruszoną przez senatora Augustyna w kontekście przyszłości seniorów, a która wydaje się dyskusyjna, jest zarzut, iż nie wszyscy z migrujących obecnie obywatele Polski poszukują za granicą pracy i że część z nich jest tam dla pieniędzy. To z kolei ma być świadectwem ich małego patriotyzmu⁵². Takie postawienie sprawy jest jednak nazbyt jednostronne, gdyż decyzja o emigracji zarobkowej wynika ze splotu przesłanek i okoliczności. Jest bowiem nie tylko konsekwencją prawnej możliwości podjęcia pracy w innych krajach Unii Europejskiej, ale też, niestety, braku zaufania do własnego państwa pod kątem możliwości istniejących na rynku pracy i godnej wysokości przyszłej emerytury. Kult konsumpcjonizmu, widoczny w krajach wysoko rozwiniętych, naturalnie sprzyja materialistycznemu pojmowaniu patriotyzmu w myśl zasady: tam, gdzie wygodnie mogę żyć, tam jest moja ojczyzna. Nie wzbudza to także mojej aprobaty, ale równocześnie zjawisko nazywane przeze mnie „rentierstwem politycznym”, prezentowane przez niemałą część polskiej klasy politycznej, wyzwała w młodych zwłaszcza ludziach, z jednej strony chęć protestu, ale z drugiej postawy cyniczne i materialistyczne. Najkrócej mówiąc, tak rozumiane rentierstwo oznacza, iż polityka staje się dla jej uczestnika „(...) trampoliną do uzyskania zarówno korzyści materialnych, jak i tworzenia potrzebnej sieci znajomości, mogącej dopomóc w pomnożeniu tych pierwszych”⁵³. Winy za takie zachowania politycy powinni szukać w pierwszym rządzie w swoim własnym funkcjonowaniu. Przy okazji przewrotnie są tu też interpretowane przez polityków dane statystyczne dotyczące bezrobocia. W wyrażanym tu nierzadko poglądzie, iż ulega ono nieznacznemu zmniejszeniu zupełnie pominięty zostaje fakt, że miałyby ono wymiar patologiczny, gdyby 2 miliony polskich obywateli, mieszkających i pracujących za granicą, nagle wróciło do ojczyzny. Z kolei przyjęte przez parlament wydłużenie wieku emerytalnego będzie wzbudzało kontrowersje społeczne głównie dlatego, że przyszli emeryci konfrontują tę decyzję ze wspomnianym rentierstwem klasy politycznej. To ona przecież,

⁵² Tamże, s. 26–27.

⁵³ W. Konarski, *Polityka i politycy w Polsce – analiza krytyczna*, „Studia Politologiczne”, vol. 27 – red. A. Rothert, A. Wierchowska, *Rządzenie w przestrzeni ponadnarodowej*, Warszawa 2013, s. 264.

stawiając wymagania społeczeństwu, musi sama stać się dlań pozytywnym przykładem.

Wspomniany przez posła Szczerbę pomysł powstania Komisji Rodziny, Seniorów i Polityki Społecznej czy ruch powoływania gminnych rad seniorów, to interesujące zapowiedzi z ust aktywnego polityka. Głównym zapytaniem, jakie tu się pojawia jest jednak to, kiedy obie inicjatywy staną się faktem i co z tego wyniknie w praktyce.

Postępująca aktywizacja seniorów znajduje też swój interesujący oddźwięk w postaci tzw. srebrnej gospodarki, czyli – wedle słów dyrektora Brezy – „(...) takiego sektora, który korzysta w stu procentach z tego, że starzenie jest pewną szansą również dla podmiotów gospodarczych i całej gospodarki”⁵⁴. Inspiracją są tu stosowne i zweryfikowane w praktyce uregulowania niemieckie.

W nawiązaniu do wypowiedzi przedstawicieli struktur państwowych chciałbym wierzyć, że są one zapowiedzią realnych prób usprawnienia dotychczasowej polityki państwowej wobec starszych wiekiem obywateli RP. Tymczasem, to właśnie polscy seniorzy pokazują, jak ważna staje się umiejętność samoorganizacji czy szerzej, uświadomienia sobie potrzeby aktywizacji tej grupy wiekowej w jak największym stopniu. Struktury państwowe są tu wciąż zbyt inercyjne, a ich przedstawiciele niejednokrotnie demonstrują inklinację ku zaklinalniu rzeczywistości.

Dziejąca się na naszych oczach aktywizacja seniorów, w dobie rosnącego braku zaufania do struktur państwowych, pokazuje podstawową cechę tej grupy wiekowej. Jest nią umiejętność wyciągania przez te osoby wniosków z realiów społeczno-politycznych lub po prostu okazywanie w ten sposób życiowej mądrości przez seniorów. Przypomnijmy więc zdanie wypowiedziane przez Króla Leara w słynnej tragedii Szekspira o tym samym tytule, iż to nierozsądne zestarzeć się bez wcześniejszego zmądrzenia. Polscy seniorzy są najlepszym dowodem na to, jak bardzo jest to istotne. Oby tylko starczyło im sił do utrzymania wysokiego poziomu własnej aktywności, czego im (i sobie) trzeba mocno

⁵⁴ Zapis stenograficzny konferencji pt. *Społeczeństwo potrzebuje seniorów. Nowa aktywność społeczna osób starszych*, 10 czerwca 2014 r., Senat RP – wersja robocza nieautoryzowana, s. 20.

życzyć. Przedstawicielom struktur polskiego państwa wypada natomiast zalecić szybkie podejmowanie przemyślanych pod względem prawnym i organizacyjnym decyzji, których pozytywna weryfikacja nastąpi szybko i równie szybko zyska społeczną wiarygodność.

