

UNIWERSYTET PAPIESKI JANA PAWŁA II W KRAKOWIE

Ks. mgr Jan Przybocki

**Rola i zadania instytucji działających na rzecz  
osób starszych w środowisku lokalnym  
na przykładzie Gminy Kraków.  
Aspekt teoretyczno-empiryczny**

**Rozprawa doktorska**

**Dyscyplina: nauki socjologiczne**

Promotor: dr hab. Norbert Gerard Pikuła, prof. UP

Promotor pomocniczy: dr Bolesław Karcz

Kraków 2022

# OPIS BIBLIOGRAFICZNY

Autor: ks. mgr Jan Przybocki

Tytuł: *Rola i zadania instytucji działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym na przykładzie gminy Kraków*

Promotor: dr hab. Norbert Gerard Pikuła, prof. UP

Promotor pomocniczy: dr Bolesław Karcz

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Kraków 2022

Liczba stron: 179

Tablice, ilustracje, aneksy: 2 ilustracje, 1 aneks

## ABSTRAKT

Starzenie się społeczeństw stanowi nieodwracalny proces demograficzny. Wzrost liczby osób starszych, w ogólnej strukturze społecznej, bezpośrednio przyczynił się do wzmożonego zainteresowania tą grupą wiekową. Zachodzące zmiany społeczno-kulturowe, znacznie obniżyły pozycję osób starszych w środowiskach lokalnych ale i także w rodzinach. Pomimo iż przybywa problemów osób starszych, jednocześnie można zaobserwować wzrost zainteresowań tą grupą wiekową. Na przestrzeni lat, znacznie została poszerzona oferta zajęć aktywizujących, edukacyjnych, integrujących, uspołeczniających dedykowana osobom w wieku senioralnym.

W dysertacji przedmiotem badań uczyniono instytucje działające na rzecz osób starszych. Badaną grupę stanowiła kadra instytucjonalnych form wsparcia działających na terenie Gminy Miejskiej Kraków. Za cel prowadzonych badań naukowych przyjęto poznanie i określenie jaka jest rola oraz jakie są zadania instytucji działających w środowisku lokalnym na rzecz osób starszych w kontekście ich potrzeb. W pracy wskazano także na cel praktyczny jakim jest określenie działań wzmacniających dotychczasowe działania podejmowane przez instytucje działające na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym w odniesieniu do aktualnej diagnozy ich potrzeb, a tym samym określenie aktualnej oferty tych instytucji.

W prowadzonych badaniach skoncentrowano się na problemie głównym, który brzmiał: *Jakie są role i zadania instytucji działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym w percepcji ich pracowników?* Doprecyzowanie problemu głównego stanowią problemy szczegółowe, zawarte w formie następujących pytań:

- *Jaką rolę pełnią instytucje środowiska lokalnego w odniesieniu do potrzeb osób starszych?*
- *Jakie zadania podejmują instytucje wspierające osoby starsze w środowisku lokalnym?*
- *W jakim stopniu instytucje wspierające osoby starsze zaspokajają ich potrzeby?*
- *W jakim zakresie rodzina udziela wsparcia osobom starszym?*

Badania, z racji sytuacji epidemiologicznej, przeprowadzono w paradygmacie jakościowym z wykorzystaniem metody analizy dokumentów oraz wywiadu.

Otrzymane wyniki wskazują, iż instytucjonalne formy opieki, stanowią znaczący element środowiska lokalnego, który warunkuje odczuwaną jakość życia adresatów. Poprzez swoją działalność placówki różnego typu umożliwiają swoim mieszkańcom/uczestnikom partycypację społeczną, tym samym przyczyniając się do zaspokajania licznych potrzeb. W przeprowadzonych badaniach, zauważalne są różnice w funkcjonowaniu, oddziaływaniu na seniora, zaspokajania potrzeb, w za-

leżności od typu placówki. Instytucje wsparcia całodobowego, niejako muszą koncentrować się na organizacji całego dnia swoim mieszkańcom. Realizują liczne zadania związane z codzienną egzystencją oraz umożliwiają udział w zajęciach usprawniających. Placówki wsparcia dziennego, w percepcji badanych, koncentrują się na zaspakajaniu potrzeb związanych z integracją, przynależnością, aktywizowaniem, edukacją w okresie starości, uznaniem społecznym a także jak najdłuższym utrzymaniem samodzielności podopiecznych. Respondenci, mocno podkreślają rolę różnych form aktywizacji, która pozwala wykonywać seniorom społecznie użyteczne zajęcia tym samym wpływając na odczuwaną satysfakcję życiową jednostek.

Zakres zadań i funkcji, jakie instytucjonalne formy wsparcia powinny realizować w środowisku lokalnym, określają dokumenty ogólnopolskie takie jak: *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ*, *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej*. Jak pokazują dokonane analizy, ważnymi dokumentami, które w środowiskach pozwalają na kształtowanie aktywnej polityki senioralnej, są lokalne programy oraz wewnętrzne dokumenty placówek takie jak regulaminy, karta praw i obowiązków mieszkańca/uczestnika, statut. Na terenie Gminy Kraków realizowany jest Program Aktywności i Integracji Osób Starszych na lata 2021–2025. Założenia Programu jasno wskazują, iż środowisko Krakowa, rozwija się pod względem dostępności usług i form wsparcia seniorów. Jak pokazały dokonane analizy, Gmina Kraków, podejmuje działania skoncentrowane nie tylko na seniorach z dobrym stanem zdrowia, przeżywających starość pomyślną lub prawidłową ale także koncentruje się na zwiększeniu partycypacji społecznej niesamodzielnych osób starszych oraz ich opiekunów rodzinnych.

Niniejsza dysertacja stawowi podstawę do dalszych rozważań i podjęcie dyskursu naukowego w obrębie funkcjonowanie nieformalnego i formalnego systemu wsparcia w aspekcie starzenia się społeczeństw. Jak pokazały uzyskane wyniki badań własnych, istnieje wiele obszarów które wymagają naukowej penetracji, w celu lepszego i pełniejszego zobrazowania omawianej problematyki.

## SŁOWA KLUCZOWE

starość, senior, rodzina, instytucje działające na rzecz osób starszych, polityka społeczna, środowisko lokalne, wsparcie seniorów

# Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	6
<b>Rozdział I</b>	
<b>Potrzeby osób starszych a jakość ich życia</b> .....	9
1. Potrzeby osób starszych w zmieniającym się świecie .....	9
2. Prawidłowe i pomyślne starzenie się .....	18
3. Patologie starzenia się.....	28
4. Wykluczenie społeczne oraz samotność i osamotnienie seniorów .....	35
5. Jakość życia osób starszych a pomyślne starzenie się .....	45
<b>Rozdział II</b>	
<b>Środowisko lokalne wobec potrzeb osób starszych</b> .....	51
1. Polityka społeczna wobec potrzeb osób starszych.....	51
2. Instytucjonalne formy wsparcia osób starszych.....	59
3. Rodzina jako podstawowa instytucja wsparcia w środowisku życia osób starszych.....	68
4. Wyzwania polityki społecznej oraz rodziny na rzecz poprawy jakości życia osób starszych.....	81
<b>Rozdział III</b>	
<b>Założenia metodologiczne badań własnych</b> .....	90
1. Przedmiot, cel badań i problemy badawcze.....	90
2. Metody badań, techniki i narzędzia badawcze.....	95
3. Dobór próby i charakterystyka badanej próby.....	96
4. Teren badań.....	98
<b>Rozdział IV</b>	
<b>Rola i zadania instytucji działających na rzecz osób starszych w środowisku         lokalnym na przykładzie gminy Kraków</b> .....	100
1. Role i zadania instytucji działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym w percepcji ich pracowników .....	100
2. Rola instytucji środowiska lokalnego w odniesieniu do potrzeb osób starszych .....	120
3. Rola rodziny w procesie wspierania osób starszych i udzielania im pomocy.....	134
4. Modyfikacje i kierunki zmian dotychczasowych działań podejmowane przez instytucje.....	148

<b>Zakończenie i postulaty praktyczne .....</b>	<b>155</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>160</b>
Spis tabel.....	178
Spis rysunków .....	178
<b>Załącznik 1</b>	
<b>Dyspozycje do wywiadu.....</b>	<b>179</b>

## WSTĘP

Starzenie się społeczeństw stanowi nieodwracalny proces demograficzny. Wzrost liczby osób starszych, w ogólnej strukturze społecznej, bezpośrednio przyczynił się do wzmożonego zainteresowania tą grupą wiekową. Ludzie starsi, starość oraz starzenie się stanowią przedmiot badań licznych opracowań z różnych dyscyplin naukowych.

Jak pokazują prognozy demograficzne, do roku 2050 systematycznie będzie powiększać się liczba osób w wieku 65+<sup>1</sup>. Wzrastająca liczba seniorów w ogólnej strukturze społecznej Polski, będzie generować nowe wyzwania i zadania dla polityki senioralnej, a co z tym związane – środowisk lokalnych i rodzin. Pojawiające się problemy osób w wieku senioralnym stanowią będą obszar nieuniknionych badań, które pozwolą na lepsze poznanie i zrozumienie uwarunkowań poszczególnych kohort.

Analiza prognoz demograficznych wskazuje, że do roku 2025 zmianie ulegać będą liczebności poszczególnych subpopulacji osób starszych. Lata te będą charakteryzować się wzrostem liczby seniorów w wieku 65–79 lat oraz umieralnością 80-latków urodzonych w latach 1934–1945. Pomimo umieralności 80-latków i tak kohorta ta będzie się powiększać, na co wpłynie wydłużenie życia i wchodzenie w ten wiek roczników powojennych. Blisko 59 tys. osób, które w 2013 roku osiągnęły wiek 80 lat, ukończy 100 lat<sup>2</sup>. Wraz z wystąpieniem zjawiska „długowieczności” nastąpi wzmożony wzrost zapotrzebowania na świadczenia, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, instytucjonalne formy wsparcia dziennego oraz całodobowej opieki. Wydłużenie ludzkiego życia, bez wątpienia będzie także związane z wzrostem seniorów chorujących przewlekłe, wymagających opieki i wsparcia formalnego i nieformalnego.

Zachodzące zmiany społeczno-kulturowe znacznie obniżyły pozycję osób starszych w środowiskach lokalnych, ale także – w rodzinach. Szacunek i autorytet, jakimi jeszcze do niedawna cieszyli się seniorzy, zostały zamienione na negatywne postawy takie jak ageizm czy gerontofobia. Współcześnie seniorzy doświadczają wielu negatywnych zjawisk, które wpływają na odczuwaną jakość życia. Mimo że przybywa problemów osób starszych, jednocześnie można zaobserwować wzrost zainteresowania tą grupą wiekową. Na przestrzeni lat znacznie została poszerzona oferta zajęć aktywizujących, edukacyjnych, integrujących, uspołeczniających przeznaczonych dla osób w wieku senioralnym.

Powiększająca się populacja seniorów bezpośrednio przyczyniła się do rozwoju instytucjonalnych form wsparcia i opieki. W społeczeństwie można zaobserwować tendencję, że wraz ze wzrostem liczby osób starszych maleją możliwości sprawowania opieki przez członków rodziny. Zmiany zachodzące w instytucji rodziny skutkują koniecznością

<sup>1</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny 2018*, Warszawa 2018, s. 168.

<sup>2</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosc-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html> [dostęp 25.01.2021].

rozbudowy systemu instytucjonalnego wsparcia ukierunkowanego na podnoszenie jakości życia najstarszych kohort. Ze względu na brak samodzielności, zależność od innych, seniorzy potrzebują pomocy i wsparcia w zaspokajaniu podstawowych potrzeb egzystencjalnych, dlatego też na znaczeniu zyskują placówki działające w środowisku lokalnym na rzecz osób starszych.

Analizując prognozy demograficzne oraz cechy charakterystyczne polskiej starości, można przypuszczać, że instytucjonalne formy wsparcia i opieki będą musiały się rozwijać i dostosowywać do potrzeb zróżnicowanych adresatów. Singularyzacja, samotne zamieszkiwanie, długowieczność, zróżnicowanie pod względem stanu zdrowia, wykształcenia i miejsca zamieszkania, będą determinować powstawanie nowego rodzaju placówek i instytucji, zarówno w środowiskach miejskich, jak i wiejskich.

Niniejsza dysertacja koncentruje się na roli i zadaniach instytucji działających na rzecz osób starszych w środowiskach lokalnych. W prezentowanej pracy badaną grupę stanowi kadra instytucjonalnych form wsparcia dziennego i całodobowego. Terenem badań uczyniono gminę miejską Kraków.

Przedmiotem badań rozprawy uczyniono instytucje działające na rzecz osób starszych. Za cel przeprowadzonych badań naukowych przyjęto poznanie i określenie, jaka jest rola oraz jakie są zadania instytucji działających w środowisku lokalnym na rzecz osób starszych w kontekście ich potrzeb. W pracy wskazano także na cel praktyczny, jakim jest określenie działań wzmacniających czynności podejmowane dotychczas przez instytucje działające na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym w odniesieniu do aktualnej diagnozy ich potrzeb, a tym samym określenie aktualnej oferty tych instytucji. W badaniach skoncentrowano się na problemie głównym, który brzmiał: Jakie są role i zadania instytucji działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym w percepcji ich pracowników? Doprecyzowanie problemu głównego stanowią problemy szczegółowe ujęte w formie następujących pytań:

- Jaką rolę pełnią instytucje środowiska lokalnego w odniesieniu do potrzeb osób starszych?
- Jakie zadania podejmują instytucje wspierające osoby starsze w środowisku lokalnym?
- W jakim stopniu instytucje wspierające osoby starsze zaspokajają ich potrzeby?
- W jakim zakresie rodzina udziela wsparcia osobom starszym?

W dysertacji wykorzystano metodę analizy dokumentów oraz wywiad jakościowy. Badania zostały przeprowadzone od kwietnia do września 2020 roku i wzięło w nich udział 15 osób (pięciu pracowników pełniących funkcje kierownicze w instytucjonalnych formach wsparcia osób starszych oraz dziesięciu pracowników bezpośrednio pracujących z seniorami). W badaniach posłużono się celowym doborem grupy.

Dysertacja składa się z 4 rozdziałów. Pierwszy ma charakter teoretyczny. Przedstawiono w nim najważniejsze zagadnienia dotyczące potrzeb w wieku senioralnym oraz jakości życia. Zaprezentowane zostały różne klasyfikacje potrzeb seniorów w aspekcie

postępujących zmian i przekształceń społecznych. Analizie poddano również pomyślne, prawidłowe i patologiczne starzenie się, które bezpośrednio przyczynia się do odczuwanego dobrostanu. Zwrócono także uwagę na najpowszechniejsze problemy seniorów takie jak marginalizacja, wykluczenie czy osamotnienie. Ostatni paragraf w tym rozdziale odnosi się do jakości życia seniorów starzejących się w sposób pomyślny.

Drugi rozdział, również teoretyczny, koncentruje się na środowisku lokalnym wobec potrzeb najstarszych kohort. W rozdziale tym zaprezentowano i omówiono założenie i zadania polityki senioralnej w Polsce. Scharakteryzowano wybrane instytucjonalne formy wsparcia osób starszych. Wskazano na wyzwania, jakie wraz z starzeniem się społeczeństwa stoją przed polityką społeczną wobec seniorów. W rozdziale tym omówiono także rolę i znaczenie rodziny w życiu osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem roli dziadka i babci.

W rozdziale trzecim ukazano metodologiczne założenia badań własnych i osadzono je w paradygmacie jakościowym. Rozdział czwarty zawiera analizę wyników badań własnych. W rozdziale tym wyniki badań własnych poddano dyskusji i zestawiono z obecnym stanem wiedzy dotyczącej omawianej tematyki. Dysertacja kończy się wnioskami z badań oraz postulatami dla polityki senioralnej.



## ROZDZIAŁ I

### POTRZEBY OSÓB STARSZYCH A JAKOŚĆ ICH ŻYCIA

Charakterystycznym procesem, który uwidacznia się w wielu państwach świata, jest proces starzenia się społeczeństw. Jednoczesny spadek dzietności, niski przyrost naturalny, wydłużenie ludzkiego życia wraz z niską śmiertelnością, to cechy specyficzne dla tego procesu. Powiększająca się liczba osób starszych, szczególnie tych po 80 roku życia, w strukturze społecznej, stanowi wyzwanie dla wielu dziedzin życia. Wraz z postępującym procesem starzenia się społeczeństw wzrasta także zainteresowanie ostatnim etapem rozwojowym oraz specyfiką jakości życia najstarszych grup wiekowych.

W rozdziale pierwszym niniejszej dysertacji skoncentrowano się na potrzebach osób starszych w aspekcie odczuwanej jakości życia. Paragraf pierwszy poświęcony jest potrzebom osób starszych w zmieniającym się świecie. W paragrafie drugim skupiono się na prawidłowym i pomyślnym starzeniu się. Następny paragraf porusza problematykę patologicznej starości, związanej z wielochorobowością i brakiem samodzielności. W dalszych rozważaniach podjęto problematykę wykluczenia oraz samotności i osamotnienia seniorów we współczesnym świecie. Ostatni paragraf rozdziału odnosi się do jakości życia osób starszych w perspektywie pomyślnego starzenia się.

#### 1. Potrzeby osób starszych w zmieniającym się świecie

Starzenie się jest charakterystycznym procesem współczesności. Zwiększająca się liczba osób starszych, przy jednoczesnym niskim przyroście naturalnym, generuje potrzebę skoncentrowania się na jakości życia najstarszej populacji. Wydłużenie ludzkiego życia stawia przed wieloma obszarami życia gospodarczego i społecznego zadania, które ukierunkowane są na podnoszenie jakości życia seniorów często zmagających się z licznymi przewlekłymi chorobami.

Życie w czasach szybkich zmian społecznych wymaga od ludzi ciągłego doskonalenia, zdobywania nowych umiejętności i kompetencji pozwalających na życie w społeczeństwie. Osoby, które nie potrafią sprostać wyzwaniom kultury pośpiechu, są spychane na mały margines życia społecznego. Zygmunt Bauman, poruszając problematykę życia w XXI wieku, wskazuje, że: „Życie w społeczeństwie płynnej nowoczesności nie może stać w miejscu. Musi się modernizować (czytaj: pozbywać się codziennie cech i atrybutów, które przekroczyły swoją datę ważności, oraz dekomponować/porzucać aktualne tworzone/klecone tożsamości) – w przeciwnym razie marnieje. Życie w społeczeństwie płynnej nowoczesności, ponaglone przez widmo dezaktualizacji, toczy się wartko naprzód. Nie trzeba go kusić opowieściami o cudach wieńczących dzieło modernizacji. Teraz trzeba biec ile sił w nogach, aby pozostać na tym samym miejscu, z dala od pojemnika na śmieci, do

którego trafią niechybnie wszyscy maruderzy”<sup>1</sup>. Człowiek współczesny musi wpisywać się w panujące trendy społeczno-kulturowe, inaczej zostanie mu zabrana możliwość pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Świat w zawrotnym tempie idzie na przód, za tempem tym musi nadążyć człowiek XXI wieku, bowiem tego wymaga od niego otoczenie, które determinowane jest dokonującą się zmianą. W czasach współczesnych, naznaczonych postępowaniem technicznym, informatycznym, naukowym, zmieniają się wartości, normy oraz zasady, brak jest stałości i stabilności.

W takich społecznościach żyją osoby starze, które często mają problemy z dostosowaniem się do wymogów współczesności. Według Brunona Synaka „zawrotne tempo życia, burzliwy rozwój nauki i przemysłu, natłok informacji, kultu techniki i siły, hołdowanie rekordom i młodości, hedonistyczny duch cywilizacji – oto warunki, które czynią współczesne życie coraz trudniejszym dla jednostek słabych i starych”<sup>2</sup>. Elżbieta Dubas, podejmując problematykę starości w nowoczesności, zauważa, iż „można stwierdzić, że starość w nowoczesności to starość silnie uwarunkowana kontekstem społeczno-kulturowym, który dość wyraźnie próbuje „odciąć się” od biologicznych podstaw życia ludzkiego. Starość w ponowoczesności natomiast to starość ograbiana z sensu”<sup>3</sup>. Badaczka zauważa, że na ograbianie starości z sensu wpływają liczne niekorzystne zjawiska społeczne, wśród których wymienia: kult młodości, kult ciała, kult zewnętrżności, „nowoczesność” starości, medycynę jako panaceum na starość, nastawienie na nadmierną aktywność, kryzys starości, opiekę i pomoc w starości, brak zaangażowania rodziny we wsparcie osób starszych oraz często niezdiagnozowane potrzeby osób starszych<sup>4</sup>. Literatura przedmiotu ponadto wskazuje na szereg trendów społeczno-kulturowych, które determinują społeczną pozycję seniorów. Należy tutaj wymienić: kulturę pośpiechu, kult ciała i młodości, ageizm<sup>5</sup> oraz gerontofobię<sup>6</sup>. Według Norberta G. Pikuły „niska pozycja społeczna polskich seniorów wpływa na doświadczanie przez nich marginalizacji i wykluczenia na najważniejszych płaszczyznach. Wiek stanowi czynnik utrudniający pełne uczestnictwo w życiu społecznym najstarszych grup wiekowych. Pogłębiające się obszary marginalizacji wraz z oszalałym tempem zmian stanowią podstawę do wykluczenia seniorów z grup społecznych oraz prawidłowego funkcjonowania w obszarze społeczności lokalnej”<sup>7</sup>.

Podejmując problematykę życia osób starszych w czasach szybkich zmian społecznych, należy zwrócić szczególną uwagę na zakres i rodzaj potrzeb tej grupy wiekowej.

<sup>1</sup> Z. Bauman, *Płynne życie*, Kraków 2007, s. 8.

<sup>2</sup> B. Synak, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Gdańsk 2000, s. 8.

<sup>3</sup> E. Dubas, *Starość znana i nieznaną – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny”, 2013, t. 20, s. 141.

<sup>4</sup> Tamże, s. 142–145.

<sup>5</sup> J. Trempała, *Ageizm a funkcjonowanie i rozwój ludzi starszych*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne”, 2014, nr 1, s. 9–22; M. Świdorska, *Ageizm jako problem społeczny*, „Pedagogika Rodziny”, 5 (2015), nr 4, s. 41–50.

<sup>6</sup> E. Miszczak, *Czy w Polsce występuje gerontofobia?*, w: *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, red. T.J. Kowaleski, P. Szukalski, Łódź 2008, s. 156–167; M. Ray, J. Phillips, *Praca socjalna ze starszymi ludźmi*, tłum. i red. J. Szmagałski, Warszawa 2014; E. Trafiałek, *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku. Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*, Toruń 2016.

<sup>7</sup> N.G. Pikuła, *Sytuacja społeczna osób starszych w kontekście rynku pracy*, w: *Etyczne i społeczne wymiary pracy*, red. I.M. Światała, N.G. Pikuła, K. Białożyty, Kraków 2017, s. 64.

Możliwość zaspokojenia potrzeb bez wątplenia stanowi podstawę jakości życia każdego człowieka, niezależnie od wieku.

Pojęcie „potrzeba” nie jest terminem łatwym do jednoznacznego zdefiniowania. Jak wskazuje Anna Leszczyńska-Rejchert, „trudność w zdefiniowaniu znaczenia tego terminu wynika m.in. z faktu, iż jego określeniem zajmuje się wiele dyscyplin naukowych, a każda z nich formułuje interpretację ze swojego punktu widzenia”<sup>8</sup>. W naukach społecznych, także w pedagogice, „potrzeby” nawiązują do koncepcji psychologicznych. „Potrzeba” jako termin psychologiczny „stosowany jest jako synonim pragnień, dążeń, popędów, instynktów, motywów, których zaspokojenie lub realizacja są niezbędne do utrzymania określonego standardu funkcjonowania”<sup>9</sup>. Według Krzysztofa Piątka, problemy definicyjne „potrzeb” wynikają z ich złożoności i ogólności<sup>10</sup>. „Na ogół twierdzi się, że potrzeba to obiektywna konieczność przyswajania dóbr przyrody i produktów pracy, bez których nie może funkcjonować ani jednostka, ani społeczeństwo. Potrzeba to subiektywne odczucie braku zaspokojenia, pożądania określonych przedmiotów lub warunków, któremu towarzyszy szczególne napięcie i chęć likwidacji tych braków”<sup>11</sup>.

Aleksander Kamiński w pedagogice społecznej zdefiniował potrzeby ludzkie jako „brak czegoś wprowadzający jednostkę w niepożądany stan, będący zwykle motywem do działania w kierunku odpowiedniej zmiany tego stanu, czyli zaspokojenia potrzeby”<sup>12</sup>. Analiza literatury przedmiotu wskazuje na różne koncepcje dotyczące ludzkich potrzeb i dążeń<sup>13</sup>, niemniej jednak najczęściej autorzy odwołują się do klasyfikacji potrzeb Abrahama H. Masłowa – twórcy psychologii humanistycznej. Według Masłowa „potrzeby tworzą hierarchię, w której zaspokojenie potrzeb podstawowych jest warunkiem zaspokojenia potrzeb nadrzędnych”<sup>14</sup>. Piramida potrzeb Masłowa składa się z pięciu kategorii, takich jak: potrzeby fizjologiczne, potrzeby bezpieczeństwa, przynależenia, miłości, godności i szacunku oraz samoaktualizacji<sup>15</sup>. W teorii Masłowa występują dwie zasadnicze grupy potrzeb:

1. potrzeby pierwotne – wynikające z niedostatku, wspólne dla wszystkich ludzi;
2. potrzeby ludzkiego rozwoju<sup>16</sup>.

Potrzeby przyporządkowane do pierwszej grupy są bezpośrednio związane z potrzebami fizjologicznymi, bezpieczeństwa, przynależności, identyfikacji oraz szacunku.

<sup>8</sup> A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn 2010, s. 65.

<sup>9</sup> *Encyklopedia socjologii O-R*, tom 3, Warszawa 2000, s. 160.

<sup>10</sup> K. Piątek, *Problem potrzeb w polityce społecznej*, „Zeszyty Naukowe WSHE” 2000, t. 7, Nauki Pedagogiczne, s. 212.

<sup>11</sup> Tamże.

<sup>12</sup> A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej*, Warszawa 1980, s. 48.

<sup>13</sup> J. Kliszcz, *Psychologia potrzeb osób starszych. Potrzeby psychospołeczne po 65. roku życia*, Warszawa 2019; Błędowski P., *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012, s. 449–466; *Adult learning and community development*, eds. A. Fragoso, E. Kurantowicz, E. Lucio-Villegas, Wrocław 2008.

<sup>14</sup> *Encyklopedia socjologii...*, dz. cyt., s. 162.

<sup>15</sup> Tamże.

<sup>16</sup> A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie...*, dz. cyt., s. 65.

Do drugiej grupy zalicza się potrzebę samourzeczywistnienia, która wyraża się w potrzebach twórczości, wiedzy – informacji i piękna.

Brenda DuBois i Karla K. Miley podejmują problematykę potrzeb w aspekcie polityki społecznej i pracy socjalnej wskazując, że ludzkie potrzeby można podzielić na dwie podstawowe kategorie:

1. potrzeby fizyczne – te obejmujące podstawowe środki do życia, np. pożywienie, schronienie, ubranie oraz opiekę zdrowotną;
2. potrzeby rozwojowe – związane z pomyślnością fizyczną i psychiczną, rozwojem intelektualnym, społecznym oraz duchowym<sup>17</sup>.

W literaturze przedmiotu można znaleźć liczne opracowania dotyczące kategorii potrzeb, które są ujmowane w ramy indywidualnych lub społecznych dążeń. Naomi I. Brill wskazuje, że znaczna część ludzkich potrzeb ma charakter uniwersalny, wspólny dla wszystkich ludzi niezależnie od płci, wieku itp. Potrzeby te, według Brill, zapewniają poczucie bezpieczeństwa, możliwości rozwoju, przynależności oraz niezależności<sup>18</sup>.

W aspekcie omawianej problematyki istotnym zagadnieniem są potrzeby osób starszych, które według znawców tematu zmieniają się na przestrzeni ludzkiego życia. Potrzeby osób starszych można rozpatrywać w kategoriach potrzeb opiekuńczych, potrzeb duchowych, potrzeb psychoseksualnych<sup>19</sup>.

Potrzeby opiekuńcze, według Agaty Chabior, nabierają szczególnego znaczenia w „sytuacji bankructwa systemów socjalnych i kryzysu państwa opiekuńczego [...]”. W odniesieniu do człowieka starszego i jego potrzeb właściwym wydaje się odwołanie do tego rodzaju potrzeb, które łączą się z niesamodzielnością<sup>20</sup>. Wśród czynników generujących wystąpienie potrzeb opiekuńczych, wymienia się: następstwa procesu starzenia, różne wymiary niepełnosprawności, przewlekłe choroby, trudne sytuacje życiowe, niezadorność życiową, uzależnienie od innych<sup>21</sup>. Potrzeby opiekuńcze seniorów dotyczą zarówno ich środowiska zamieszkania, jak i placówek wsparcia całodobowego, w których osoby starsze coraz częściej przebywają. Andrzej Mielczarek, podejmując problematykę potrzeb człowieka starszego, pisze: „Spośród wielu potrzeb człowieka zawsze na plan pierwszy wysuwają się te, które nakierowane są na świadczenia medyczne i opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Stan zdrowia i samopoczucie na co dzień ma ogromne znaczenie dla każdego seniora. Częste zachorowania i przewlekłe choroby w różnym stopniu dezorganizują życie seniorów, co niewątpliwie sprzyja ich pesymistycznym poglądom na świat, budzi niepokój”<sup>22</sup>.

<sup>17</sup> B. DuBois, K.K. Miley, *Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił*, Katowice 1999, s. 34.

<sup>18</sup> N.I. Brill, *Working with people. The helping process*, Philadelphia 1978, s. 10.

<sup>19</sup> Szerzej: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017; J. Kliszcz, *Psychologia potrzeb osób starszych...*, dz. cyt.

<sup>20</sup> A. Chabior, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, tom 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017, s. 95.

<sup>21</sup> Tamże.

<sup>22</sup> A. Mielczarek, *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*, Toruń 2010, s. 43.

W aspekcie potrzeb opiekuńczych zasadnym staje się zwrócenie uwagi na samodzielność seniorów. Im większa samodzielność i zaradność życiowa człowieka starszego, tym niższy stopień odczuwania potrzeb opiekuńczych, zależności od opiekuna, osób trzecich. Bez wątpienia utrzymaniu samodzielności osób starszych „[...] sprzyjają działania rehabilitacyjne i terapeutyczne w samodzielnym zaspokajaniu potrzeb życiowych, jak również integracja tych osób ze społecznością lokalną”<sup>23</sup>. Samodzielność seniora pozwala mu na lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie, realizację ról społecznych, zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu. Bez wątpienia niezależność osób starszych sprzyja odczuwaniu przez nich dobrostanu psychicznego oraz społecznego. Niemniej jednak wraz z rozwojem patologii starości oraz nawarstwianiem się jednostek chorobowych maleje stopień samodzielności, zwiększając tym samym zakres zależności od osób trzecich. Postępujący proces starzenia się społeczeństw, wydłużenie ludzkiego życia, jednostki chorobowe – szczególnie choroby przewlekłe, otępienne, stanowią podstawę do zwiększonego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w instytucjonalnych formach wsparcia osób starszych. Zofia Szarota, podejmując problematykę potrzeb osób starszych w domach pomocy społecznej, wskazuje na charakterystyczne potrzeby mieszkańców DPS-ów. Szarota wymienia potrzeby:

- bytowe (pokarmowe, regeneracji sił, mieszkaniowe, odzieżowe, bytowe, lokomocyjne, bezpieczeństwa, zdrowotne);
- społeczne (swobody, autonomii, przynależności, integracji, szacunku, godności, uznania, pracy, pełnienia ról);
- indywidualnego rozwoju (kulturalno-receptywne, kulturalno-kreatywne);
- wiedzy (samokształcenie);
- ludyczno-towarzyskie (rekreacyjne – możliwość czynnego, biernego wypoczynku);
- religijno-eschatologiczne<sup>24</sup>.

Według Szaroty typologizacja potrzeb mieszkańców DPS-ów pozwala na określenie potrzeb, w których zaspokajanie może angażować się rodzina i bliscy krewni. Potrzeby opiekuńcze w okresie starości nabierają szczególnego znaczenia. Niemożność ich zaspokojenia może znacznie obniżyć poziom odczuwanej jakości życia.

Analizując potrzeby seniorów, należy także zwrócić uwagę na potrzeby duchowe osób u kresu życia. Piotr Krakowiak oraz Małgorzata Fopka-Kowalczyk podkreślają, że ten rodzaj potrzeb jest bardzo subiektywny i zależny od wielu indywidualnych czynników, takich jak: rodzaj i przebieg choroby, przystosowanie do zachodzących zmian, postawy wobec starości, dotychczasowy przebieg życia. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że ten rodzaj potrzeb znacznie się nasila w okresie schyłku życia, przewlekłych chorób. „Potrzeby duchowe posiada każda osoba otaczana opieką, także ta, która deklaruje się jako

---

<sup>23</sup> Tamże, s. 42.

<sup>24</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Kraków 2010, s. 106.



niewierząca i niezwiązana z żadnym systemem religijnym”<sup>25</sup>. W kanon potrzeb duchowych u kresu życia należy zaliczyć: potrzebę rozmowy o życiu i śmierci, potrzebę szacunku, potrzebę samodecydowania, potrzebę zaspokajania wolności, potrzebę towarzystwa (związaną z lękiem przed samotnym umieraniem), potrzebę akceptacji i przebaczenia<sup>26</sup>. Potrzeby duchowe bez wątpienia stanowią istotny element opieki nad osobą starszą, cierpiącą i schorowaną. Potrzeby te wykraczają poza cielesność, rozum czy emocjonalność, „zawierają w sobie obszary wiary w istnienie czegoś większego niż człowiek”<sup>27</sup>.

Obok potrzeb opiekuńczych i duchowych należy także zwrócić uwagę na potrzeby psychoseksualne osób starszych. „Na pierwszym poziomie potrzeb psychoseksualnych znajdują się uwarunkowania biologiczne, dążenie do osiągnięcia satysfakcji seksualnej, rozładowania uczucia napięcia seksualnego, doznania przyjemności zmysłowej”<sup>28</sup>. Potrzeby psychoseksualne każdego człowieka są bardzo zróżnicowane, do ich katalogu zalicza się: potrzeby bezpieczeństwa, samorealizacji, afirmacji męskości/kobiecości, samoakceptacji, okazania wdzięczności<sup>29</sup>.

Starość, jako jedna z faz ludzkiego życia, związana jest z licznymi przekształceniami na płaszczyźnie biologicznej, psychicznej, społecznej oraz duchowej. Pojawiające się zmiany wpływają na funkcjonowanie seniora, zakres i rodzaj potrzeb, odczuwaną jakość życia a także przyjmowane i realizowane role społeczne. Według Marii Susułowskiej w starości część potrzeb zwiększa swoje nasilenie<sup>30</sup>. W tym okresie życia jedne potrzeby maleją, a inne rosną. Zrealizowanie tych, które się potęgują, niejednokrotnie wymaga wsparcia osób trzecich. Na zakres potrzeb realizowanych przez osoby starsze w znacznej mierze wpływa ich pozycja społeczna, poziom zdrowia pojmowanego w wymiarze holistycznym, możliwości biologiczne oraz psychologiczne.

B. Synak<sup>31</sup>, analizując potrzeby osób starszych z uwzględnieniem środowiska społecznego, wskazał pięć podstawowych potrzeb, jakie przejawiają seniorzy:

- a) Potrzeba przynależności określana również jako potrzeba integracji lub towarzystwa – realizacja tej potrzeby jest ściśle związana z kontaktami interpersonalnymi (rodzinnymi, sąsiedzkimi, przyjacielskimi), z poziomem odczuwania lub brakiem osamotnienia i samotności, posiadaniem zadawalających więzi rodzinnych, rówieśniczych czy też społecznych.
- b) Potrzeba niezależności – związana ze stopniem samodzielności i zaradności w okresie starości. Zaspokojenie tej potrzeby jest determinowane samodzielnością ekonomiczną i mieszkaniową.

<sup>25</sup> P. Krakowiak, M. Fopka-Kowalczyk *Potrzeby duchowe osób u kresu życia*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, tom 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017, s. 90.

<sup>26</sup> Tamże, s. 90–93.

<sup>27</sup> Tamże, s. 93.

<sup>28</sup> B. Mroczek, *Potrzeby psychoseksualne osób starszych*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017, s. 101.

<sup>29</sup> Tamże, s. 102.

<sup>30</sup> M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 1989, s. 329.

<sup>31</sup> B. Synak, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej...*, dz. cyt.

- c) Potrzeba użyteczności i uznania – realizowana jest poprzez udział osób starszych w instytucjonalnych formach aktywności lub też działalności nieformalnej na rzecz krewnych, przyjaciół, sąsiadów, znajomych. Związana jest z koniecznością odczuwania przez seniora poczucia „bycia potrzebnym” innym.
- d) Potrzeba bezpieczeństwa – potrzeba odnosząca się do poczucia bezpieczeństwa w wymiarze fizycznym oraz psychologicznym. O zaspokojeniu tej potrzeby decyduje stopień i możliwości jednostki samodzielnego korzystania z instytucji i urzędzeń, otrzymywane wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, samopoczucie w miejscu zamieszkania.
- e) Potrzeba satysfakcji życiowej – związana z subiektywnym poczuciem zadowoleniem z własnego życia. Potrzeba ta najlepiej charakteryzuje poziom akceptacji starości<sup>32</sup>.

Potrzeby wyszczególnione przez Synaka mają charakter potrzeb wyższych, związanych z wymiarem psychologicznym i społecznym. Analizując potrzeby osób starszych, należy także zwrócić uwagę na typologię potrzeb Clarka Tibbittsa.

W kanon potrzeb osób starszych Clark Tibbitts wpisał dziesięć potrzeb, których zaspokojenie pozwala na odczuwanie dobrostanu. Według Tibbittsa najważniejsze potrzeby seniorów to:

- a) potrzeba wykonywania społecznie użytecznych działań;
- b) potrzeba uznania za część społeczności, społeczeństwa, grupy i odgrywanie w nich konkretnej roli;
- c) potrzeba zagospodarowania czasu wolnego w sposób zadowalający;
- d) potrzeba posiadania kontaktów towarzyskich;
- e) potrzeba uznania jako jednostka ludzka;
- f) potrzeba stwarzania możliwości do autoekspresji;
- g) potrzeba odpowiedniej stymulacji psychicznej i umysłowej;
- h) potrzeba ochrony zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej;
- i) potrzeba ustalonego trybu życia i utrzymywania stosunków z rodziną;
- j) potrzeba duchowej satysfakcji<sup>33</sup>.

Tibbitts, podejmując problematykę potrzeb osób starszych, obok typologii postaw wskazał także na potrzeby, które są niezaspokajane w okresie starości, są to:

- „odgrywanie ról społecznych;
- uznanie jako jednostki ludzkiej;
- utrzymywanie stosunków towarzyskich;
- autoekspresja i poczucie dokonań;
- stymulacja psychiczna i umysłowa;
- relacje z rodziną;

<sup>32</sup> G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 1999, s. 25–26; N.G. Pikula, *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*, Kraków 2016, s. 36.

<sup>33</sup> C. Tibbitts (ed.), *Handbook of social gerontology. Societal aspects of aging*, Chicago 1960; cytat za: A. Tarkowski i in., *Taksonomia funkcjonalnych kompetencji cyfrowych oraz metodologia pomiaru poziomu funkcjonalnych kompetencji cyfrowych osób z pokolenia 50+*, Warszawa 2015, s. 17.

- satysfakcja duchowa<sup>34</sup>.

Barbara Szatur-Jaworska, koncentrując się na potrzebach seniorów, zauważyła, że wraz z wiekiem zwiększa się intensywność niektórych potrzeb, a także sposób ich odczuwania. według tej autorki potrzebami, które należy wpisać w paletę potrzeb osób starszych, są:

- „potrzeba bezpieczeństwa – wzmożone stają się stany niepokoju oraz napięcia u osób starszych, co powoduje wzrost poczucia zagrożenia;
- potrzeba przynależności – dotyczy poziomu osamotnienia, zmniejszenia się liczby kontaktów;
- potrzeba niezależności – senior pragnie być samowystarczalny, jednak ze względu na dolegliwości zdrowotne i zmiany związane z przebiegiem procesu starzenia się samodzielność jest utrudniona;
- potrzeba uzależnienia – związana z koniecznością opieki nad osobą starszą;
- potrzeba użyteczności – możliwość wykonywania różnych czynności na rzecz rodziny;
- potrzeba prestiżu – poczucie autorytetu i szacunku w oczach innych<sup>35</sup>.

Problematykę potrzeb osób starszych podjęła także Karin Welling, która wyróżniła następujące potrzeby seniorów:

- potrzebę doświadczania miłości – bezwarunkowej akceptacji przez innych;
- potrzebę doświadczania pociechy – polegającą na przekazywaniu poczucia bezpieczeństwa oraz empatycznego podejścia do sytuacji osoby;
- potrzebę doświadczania więzi – poczucia bliskości i wsparcia;
- potrzebę włączenia we wspólnotę – poczucia przynależności do społeczeństwa;
- potrzebę zajęcia – kreatywnego spędzania czasu, zajęć przynoszących satysfakcję<sup>36</sup>.

Według Elżbiety Trafiałek „potrzeby ludzi starych nie można analizować w oderwaniu od pozostałych grup i poza szeroko pojmowanym społeczeństwem. W kategorii podstawowych nie różnią się od tych, jakie występują w każdego człowieka (fizjologiczne, bezpieczeństwa, akceptacji)”<sup>37</sup>. Osoby starsze chcą zajmować jasno określoną pozycję w społeczeństwie, rodzinie, aby mogły czuć się pewnie i stabilnie. Stąd niezwykle ważna jest dla nich potrzeba przynależności. Seniorzy pragną czuć się potrzebni, ważni, ale również niezależni od innych. Wszystkie te potrzeby są istotne i decydują o odczuwanej satysfakcji życiowej. Badacze jednak podkreślają, że poczucie bezpieczeństwa to jedna z ważniejszych potrzeb ludzkich na każdym etapie życia, a już w szczególności w okresie starości. Helena Balicka-Kozłowska zaznacza, że potrzeba bezpieczeństwa ma większe znaczenie dla seniorów niż dla osób w średnim wieku, a jej nieodpowiednie zaspokojenie odbija się

<sup>34</sup> N. Piłkuła, *Poczucie sensu życia osób starszych...*, dz. cyt., s. 41–42.

<sup>35</sup> B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa 2000, s. 45.

<sup>36</sup> K. Welling, *Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood – ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz*, „Unterricht Pflege”, 5 (2004), nr 9, s. 7–8.

<sup>37</sup> E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2003, s. 106.



w każdej dziedzinie życia<sup>38</sup>. Prawidłowe zaspokajanie potrzeb jest istotne we wszystkich fazach ludzkiego życia, a w szczególności w okresie starości. Realizacja potrzeb na odpowiednim poziomie ma wpływ na jakość życia osób w podeszłym wieku i ich satysfakcję życiową. U seniorów potrzeby są bardziej uwypuklone, a wpływ na to może mieć pozycja społeczna oraz stan zdrowia. Warto podkreślić, że w przypadku osób starszych potrzeby należy rozpatrywać w dwojaki sposób – te same, co u pozostałych grup społecznych i te dodatkowe wiążące się ze stanem zdrowia, sytuacją społeczną i możliwościami<sup>39</sup>.

Według Barbary Małeckiej seniorzy szczególnie mocno odczuwają potrzebę bezpieczeństwa (szczególnie w wymiarze psychicznym), przynależności, użyteczności oraz uznania społecznego<sup>40</sup>. Adam Zych, podejmując problematykę potrzeb seniorów, wskazuje, że każdy człowiek – niezależnie od wieku – odczuwa potrzebę prawdy, autorytetu, samodecydowania, wyrażania siebie, samorealizacji, niwelowania efektów starzenia się<sup>41</sup>. Elżbieta Trafiałek podkreśla natomiast, że wraz z wiekiem na znaczeniu zyskują potrzeby: „materiałnego zaspokojenia bytu, bezpieczeństwa i emocjonalnego wsparcia. Aspiracje prestiżowe, związane z wcześniejszą aktywnością zawodową, sukcesywnie tracą na znaczeniu na rzecz zwiększonego zapotrzebowania na akceptację otoczenia”<sup>42</sup>. Według badań Katarzyny Białożyty, osoby starsze za najważniejszą uważają potrzebę satysfakcji życiowej, która bezpośrednio przekłada się na ich jakość życia<sup>43</sup>.

Na zróżnicowanie potrzeb osób starszych, w swych pracach wskazywali również między innymi: Howard Y. McClusky<sup>44</sup> Walentyna Wnuk<sup>45</sup> Joanna Staręga-Piasek<sup>46</sup>, Joanna Matejczuk<sup>47</sup>, Maria Susułowska<sup>48</sup>, Norbert G. Piкуła<sup>49</sup>, Agata Chabior<sup>50</sup> oraz Beata Ziębińska<sup>51</sup>. Możliwość samodzielnego zaspokojenia potrzeb przez osoby starsze stanowi istotny czynnik warunkujący poziom odczuwanej satysfakcji i zadowolenia z życia. Bez wątpienia elementem determinującym poziom realizacji potrzeb stanowi sposób przeżywania starości. W dysertacji za wiodącą została przyjęta typologia potrzeb osób starszych autorstwa Brunona Synaka.

<sup>38</sup> H. Balicka-Kozłowska, *Potrzeba bezpieczeństwa u ludzi starszych*, „Studia i materiały IPiSS” 1980, z. 16.

<sup>39</sup> W. Wnuk, *Poradnictwo dla osób starszych wyzwaniem dla andragogiki*, w: *Nauczyciel andragog u progu XXI wieku*, red. W. Horyń, J. Maciejowski, Wrocław 2002, s. 17.

<sup>40</sup> B.Z. Małecka, *Elementy gerontologii dla pedagogów*, Gdańsk 1985, s. 71–73.

<sup>41</sup> A.A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia”*. Szkice z gerontologii i tanatologii, Katowice 2009, s. 15–20; A.A. Zych, *Leksykon gerontologii*, Kraków 2017, s. 131.

<sup>42</sup> E. Trafiałek, *Polska starość...*, dz. cyt., s. 106.

<sup>43</sup> K. Białożyty, *Aktywność edukacyjna i społeczna kobiet w okresie późnej starości*, Kraków 2020, s. 213–214.

<sup>44</sup> H.Y. McClusky, *Education for aging: The scope of the field and perspectives for the future*, w: *Learning for aging*, eds. S.M. Grabowski, W.D. Mason, Washington 1973, s. 324–330.

<sup>45</sup> W. Wnuk, *Poradnictwo dla osób starszych...*, dz. cyt., s. 172–173.

<sup>46</sup> J. Staręga-Piasek, *Niematerialne potrzeby osób starszych*, w: *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce. Pamiętnik I Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Warszawa 2–3 grudnia 1974 r.*, red. J. Piotrowski, Warszawa 1975.

<sup>47</sup> J. Matejczuk, *Zaangażowanie w działalność społeczności lokalnej jako szansa rozwoju dla seniorów*, w: *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, red. A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007.

<sup>48</sup> M. Susułowska, *Psychologiczne problemy człowieka starego*, w: *Encyklopedia seniora*, red. F.W. Sawicka, B. Maryńska, E. Stańczuk, Warszawa 1986.

<sup>49</sup> N. Piкуła, *Senior w przestrzeni społecznej*, Warszawa 2013, s. 79.

<sup>50</sup> A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Kraków 2015.

<sup>51</sup> B. Ziębińska, *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych*, Katowice 2008, s. 93–95.

Analizując różne typologie potrzeb osób starszych, nie zauważa się istotnych różnic, wręcz przeciwnie, wielu badaczy wskazuje na zbliżone klasyfikacje potrzeb najstarszych kohort. Poczucie bezpieczeństwa, przynależności, akceptacji, samorealizacji, niezależności to potrzeby, które w znacznej mierze warunkują jakość życia seniorów i mają odzwierciedlenie w pomyślnym starzeniu się.

Realizacja życiowych potrzeb jest istotnym elementem warunkującym jakość życia, która szczególnego znaczenia nabiera w okresie starości. Osoby starsze bardziej niż inni potrzebują społecznego uznania i akceptacji. Zaspokajanie społecznych potrzeb osób starszych przeciwdziała ich wykluczeniu i daje im poczucie pożyteczności. Starość to okres wielu zmian; w sytuacji zdrowotnej, społecznej, ekonomicznej, zawodowej i rodzinnej. Realizacja życiowych potrzeb seniorów sprawia, że znika uczucie pustki i bezużyteczności spowodowane wieloma problemami i zmianami, jakie pojawiają się w procesie starzenia się.

## 2. Prawidłowe i pomyślne starzenie się

Starzenie się jest wielowymiarowym procesem obejmującym wszystkie sfery ludzkiego życia. Trudno określić moment początkowy tego procesu, niemniej jednak wywołuje on zmiany zarówno wewnątrzustrojowe jak i zewnątrzustrojowe.

Do zewnętrznych oznak starzenia zalicza się: siwiejące włosy, zmarszczki, łysienie, drżenie rąk, utratę elastyczności skóry, zmniejszenie wysokości ciała oraz nadmierne owłosienie przewodów nosowych<sup>52</sup>. Część z tych objawów jest widoczna już w okresie średniej dorosłości, jednak wraz z upływem lat następuje ich nasilenie. Zewnętrzne symptomy starzenia się organizmu spowodowane są przekształceniami, jakie zachodzą wewnątrz organizmu. Zmiany biologiczne zachodzące w procesie starzenia się są wielokierunkowe i zróżnicowane. Układy oraz organy organizmu starzeją się niejednocześnie. Niektóre objawy przeobrażeń w obrębie organizmu widoczne są już w wieku średnim, a część z nich pojawiają się dopiero w wieku podeszłym lub w okresie później starości. Starzenie się jest procesem długotrwałym, dynamicznie zmieniającym ludzki organizm. Nie można określić, kiedy ma on swój początek, jednak wiadomo, że zakończy się w momencie śmierci, która będzie poprzedzona okresem starości.

Starzenie się jako naturalny i nieunikniony proces oddziałuje na ludzkie ciało i psychikę. „Osoba w podeszłym wieku nie może zostać „wyleczona” ze starości, podobnie jak większość ludzi nie może oczekiwać, że zostanie ochroniona przed tym stanem, wynikającym z normalnego przebiegu życia. Okres ten może zostać powikłany przez choroby, niekorzystne warunki i sytuacje społeczne”<sup>53</sup>. Starzenie może przebiegać w różnorodny,

<sup>52</sup> K. Białożył, *Wielowymiarowy proces starzenia się i starości*, w: *Człowiek wobec bólu, cierpienia i śmierci*, red. J. Stala, N. Bravená, Kraków 2013, s. 38.

<sup>53</sup> A. Akimjak, N. Piķuła, *Kontakty społeczne i komunikacja w życiu osób starszych jako komponent pracy socjalnej*, „Disputationes Scientifcae” 2011, nr 2, s. 86.

indywidualny sposób, jednak badacze wskazują na trzy charakterystyczne kierunki, jakie mogą cechować ten proces.

Barbara Bień<sup>54</sup> zauważa, że starzenie się jest procesem złożonym, zależnym od czynników genetycznych, uwarunkowań środowiskowych oraz społecznych, dlatego też może przebiegać trzykierunkowo:

- a) Zwyczajnie – zmiany dokonujące się podczas starzenia zwyczajnego są czymś naturalnym, charakterystycznym dla danego etapu życia, nie występują jednostki chorobowe, które uniemożliwiałyby prawidłowe funkcjonowanie seniora.
- b) Pomyślnie – czynniki warunkujące starzenie się wpływają pozytywnie lub spowalniają jego przebieg. Literatura przedmiotu wskazuje na szereg czynników determinujących pomyślne starzenie się, zalicza się do nich:
  - stan zdrowia,
  - wykształcenie,
  - pozostawanie w związku małżeńskim,
  - sytuację materialną,
  - podejmowaną aktywność,
  - pozytywną samoocenę zdrowia,
  - utrzymanie wysokiej sprawności,
  - otwartość na doświadczenia,
  - akceptację starości,
  - postawy wobec życia i starości<sup>55</sup>.

Poczucie dobrostanu psychofizycznego oraz satysfakcji życiowej odgrywa znaczącą rolę w przeżywaniu starości w sposób pomyślny. „[...] ogólna satysfakcja życiowa jest po prostu sumą satysfakcji z poszczególnych dziedzin życia, takich jak: rodzina, zdrowie, warunki mieszkaniowe, praca, czas wolny, przyjaciele”<sup>56</sup>. Według Beaty Tobiasz-Adamczyk „pomyślne starzenie się” jest dla osób starszych tożsamy z pewnego rodzaju strategią radzenia sobie z zachodzącymi zmianami w funkcjonowaniu, przy użyciu posiadanych zasobów<sup>57</sup>.

- c) Patologicznie (polipatologia) – starzenie to charakteryzuje się współwystępowaniem licznych przewlekłych jednostek chorobowych, w następstwie czego dochodzi do upośledzenia podstawowych funkcji życiowych. Starość patologiczna charakteryzuje się nawarstwianiem jednostek chorobowych, które uniemożliwiają seniorowi prawidłowe egzystowanie. Na skutek tych nagłych zmian następuje

<sup>54</sup> B. Bień, *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, w: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2006, s. 42–45.

<sup>55</sup> Szerzej: *Aktywne starzenie, aktywna starość*, red. J. Perek-Białas, Kraków 2005; A. Bowling, *Enhancing Later Life: How Older People Perceive Active Ageing?*, „Aging & Mental Health” 12, 2008, no. 3, s. 293–301; A.I. Brzezińska, J.A. Wilowska, *Starość w kontekście psychologii pozytywnej*, w: *Pomyślna starość*, red. K. Wierczorowska-Tobis, D. Talarska, Poznań 2010, s. 45–55; M. Kaczmarczyk, E. Trafiałek, *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie się*, „Gerontologia Polska”, 2007, nr 4, s. 116–118; A. Szafranek, *Czym jest pomyślne starzenie się?*, w: *Edukacja prozdrowotna seniorów jako szansa na pomyślne starzenie się na przykładzie miasta Białegostoku*, red. M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, Białystok 2016, s. 11–22.

<sup>56</sup> M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Białystok 2004, s. 36.

<sup>57</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Spoleczne aspekty starzenia się i starości*, w: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2007, s. 39.

upośledzenie organizmu w wymiarze biologicznym lub/i psychicznym. Starzenie się w warunkach choroby powoduje pogarszanie stanu zdrowia, co skutkuje niepełnosprawnością funkcjonalną<sup>58</sup>.

Starzenie o charakterze zwyczajnym, prawidłowym, nie jest stosunkowo łatwe do jednoznacznego zdefiniowania i osadzenia w konkretnych ramach rozwojowych. Janusz Trempała zauważa, że „brak we współczesnej literaturze wyczerpującej wiedzy na temat prawidłowego starzenia się. Nie poświęciliśmy temu problemowi należytej uwagi, zanim w psychologii nie uznaliśmy, że rozwój trwa w całym wymiarze życia indywidualnego i zanim bardziej systematycznie nie zajęliśmy się w psychologii rozwoju prawidłowym procesem starzenia się ludzi. Do niedawna wiedzę o funkcjonowaniu ludzi starzejących czerpaliśmy głównie z badań klinicznych skoncentrowanych na patologicznym starzeniu się ludzi (z demencją, depresją starczą i sprzężonymi chorobami somatycznymi)<sup>59</sup>. Elżbieta Sierakiewicz wskazuje, że starzenie zwyczajne często określane jest jako normalne starzenie i odnosi się do charakterystycznych (normalnych) dla wieku zmian i deficytów. Proces ten jest warunkowany licznymi czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi bez widocznych patologii<sup>60</sup>.

Godnym podkreślenia jest fakt, że starzenie jako proces warunkuje ostatnią fazę ludzkiego życia jaką jest starość. Starość, podobnie jak starzenie, może przebiegać w różnorodny sposób i jest uzależnione od kodu genetycznego, środowiska rodzinnego i lokalnego, pełnionych ról społecznych, dotychczasowego stylu życia, sposobu odżywiania, podejmowanej aktywności, warunków socjalno-bytowych. Według Zofii Szaroty „starzenie się jest jednym z prawidłowych etapów rozwoju osobniczego, polegającym na zachodzących wraz z wiekiem zmianach morfologicznych i czynnościowych, a prowadzącym do stopniowego ograniczania możliwości adaptacyjnych ustroju”<sup>61</sup>.

Jak zostało zasygnalizowane we wcześniejszych rozważaniach, starzenie zwyczajne, związane jest z charakterystycznymi dla wieku zmianami, które zachodzą w wymiarze biologicznym, psychicznym oraz społecznym. Do katalogu naturalnych przeobrażeń, jakie zachodzą wraz z wiekiem, zalicza się: zmniejszenie wydajności wszystkich organów, spadek szybkości przewodzenia, starzenie się wszystkich układów i ich gorsze funkcjonowanie, niższą odporność, zanikanie grasicy, malejący mózg, mniejszą tolerancję wysiłku, zaburzenia zmysłów – szczególnie wzroku i słuchu, zaburzenia pamięciowe, zaburzenia koncentracji, spowolnienie czasu reakcji, i wiele innych indywidualnych zmian obniżających jakość życia osoby starszej<sup>62</sup>. Prawidłowe starzenie pozwala seniorowi na samodziel-

<sup>58</sup> B. Bień, *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku...*, dz. cyt., s. 42–45.

<sup>59</sup> J. Trempała, *Ageizm a funkcjonowanie i rozwój ludzi starszych...*, dz. cyt., s. 16.

<sup>60</sup> E. Sierakiewicz, *Pomysłne starzenie się*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017, s. 66.

<sup>61</sup> Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Kraków 2004, s. 22.

<sup>62</sup> *Geriatrics. Wybrane zagadnienia*, red. K. Galus, Wrocław 2007; U. von Hecker, G. Sędek, K. Piber-Dąbrowska, S. Bedyńska, *Wpływ depresji, starzenia się, zagrożenia stereotypem i uprzedzeń na rozumowanie generatywne*, w: *Ograniczenia poznawcze starzenie się i psychopatologia*, red. R.W. Engle, G. Sędek, U. von Hecker, D.N. McIntosh, Warszawa 2006, s. 396–420; W. Kołodziej, *Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości*, w: *Wybrane problemy osób starszych*, red. A. Nowicka, Kraków 2010, s. 55–72; A. Molesztak, *Jakość życia ludzi starych w aspekcie ich zdrowia*, w: *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, red. J.T. Kowale-

ne funkcjonowanie. Z czasem będzie ono związane z naturalnym upośledzeniem organizmu. Zwyczajnemu starzeniu nie towarzyszą przewlekłe choroby, powodujące dramatyczny spadek funkcji poznawczych organizmu, a w efekcie prowadzące do uzależnienia od osób trzecich, braku samodzielności, a także przedwczesnej śmierci. Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że zwyczajne starzenie się nie stanowi tematu zainteresowań wielu badaczy. Współcześnie gerontolodzy znacznie częściej koncentrują się na pomyślnym starzeniu, które w okresie dynamicznego wzrostu liczby osób starszych staje się tematem społecznej dyskusji nad jakością schyłkowego okresu życia.

Koncepcja pomyślnego starzenia stała się w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat podstawową kategorią w gerontologii. Pochyła się nad nią znaczna część badaczy, którzy z różnych perspektyw podejmują próby jasnego i precyzyjnego zdefiniowania terminu „pomyślnie starzenie się”.

Omawiany termin („successful aging” – pomyślnie starzenie się) został po raz pierwszy użyty w 1953 roku przez Roberta J. Havighursta i Ruth Albrecht. Badacze ci dostrzegli potrzebę sformułowania na gruncie gerontologii teorii pomyślnego starzenia się<sup>63</sup>. Jak wskazuje literatura przedmiotu, w pracach odnoszących się do pomyślnego starzenia zamiennie używane są określenia „modele”, „teorie”, „konceptje”.

„We wczesnych definicjach formułowanych z perspektywy funkcjonalizmu i strukturalizmu podstawowym komponentem pomyślnego starzenia się stała się satysfakcja życiowa, odnoszona do subiektywnego dobrego samopoczucia, zewnętrznych warunków życia, kompetentnego wypełniania ról społecznych oraz poczucia bycia użytecznym”<sup>64</sup>. W kanon wymiarów pomyślnego starzenia się można także zaliczyć: szczęśliwość, przystosowanie, balans afektywny, morale, subiektywne dobre samopoczucie, optymalne relacje ze środowiskiem<sup>65</sup>.

Ann Bowling<sup>66</sup>, podejmując problematykę starzenia, wyodrębniła pięć podstawowych grup pojęciowych, które odnoszą się do kategorii pomyślnego starzenia się. Autorka zalicza do nich:

- funkcjonowanie społeczne,
- satysfakcję życiową,
- zasoby psychiczne,
- spojrzenie biomedyczne,
- rozumienie istoty pomyślnego starzenia się<sup>67</sup>.

---

ski, P. Szukalski, Łódź 2008, s. 50–65; I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, Poznań 2006; K. Duda, *Proces starzenia się*, w: *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, red. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź, Warszawa 2012, s. 1–31.

<sup>63</sup> J. Halicki, *Pomyślnie starzenie się jako jedna z kluczowych kategorii późnej dorosłości*, w: *Człowiek dorosły – istota (nie)znana?*, red. E. Dubas, Łódź–Płock 2005, s. 87.

<sup>64</sup> A. Chabior, *Wspomaganie procesu pomyślnego starzenia się u ludzi starych. Między powinnością a profesją*, Kraków 2017, s. 88.

<sup>65</sup> J. Halicki, *Obrazy starości. Rysowane przeżyciami seniorów*, Białystok 2010, s. 19

<sup>66</sup> Tamże.

<sup>67</sup> A. Bowling, *Aspiration for Older Age in the 21st Century: What is Successful Ageing?*, „International Journal of Ageing and Human Development” 64 (2007), no. 3, s. 263–297.



Ponadto według Bowling istotne znaczenie w pomyślnym starzeniu się odgrywają rodzina i najbliższe otoczenie<sup>68</sup>.

Według badaczki działania takie jak: zaangażowanie społeczne, podejmowanie różnych form aktywności, utrzymywanie dobrych kontaktów społecznych czy partycypacja, pozwalają na utrzymanie dobrego stanu zdrowia zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Prawidłowe funkcjonowanie społeczne pozwala na odczuwanie holistycznego dobrostanu, co warunkuje pomyślne starzenie się. Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że istotną rolę w funkcjonowaniu społecznym należy przypisać różnym formom aktywności, która w okresie starości może przebiegać na wielu płaszczyznach. Olga Czerniawska, badając zagadnienia związane z aktywnością w wieku senioralnym, wyodrębnia siedem podstawowych aktywności osób starszych: aktywność domowo-rodzinną, aktywność społeczną, aktywność edukacyjną, aktywność religijną, aktywność kulturalną, aktywność zawodową oraz aktywność rekreacyjną<sup>69</sup>. Jak podkreślają autorzy licznych badań i opracowań<sup>70</sup>, poprzez zaangażowanie w wymienione aktywności seniorzy mają możliwość zaspokajania potrzeb wyższego rzędu, realizacji planów i zamierzeń, utrzymywania dobrego samopoczucia oraz relacji ze środowiskiem, co warunkuje odczuwaną jakość ich życia<sup>71</sup>.

Obok funkcjonowania społecznego Bowling wskazuje także na satysfakcję życiową jako istotny czynnik wpływający na pomyślne starzenie się. Jak podkreśla Małgorzata Halicka, satysfakcja życiowa jest najczęściej badanym komponentem jakości życia i dobrego samopoczucia<sup>72</sup>. Havighurst, podejmując problematykę starości i starzenia, zauważył jednak, że satysfakcja życiowa jest cechą pomyślnego starzenia się, a nie – warunkiem jego osiągnięcia<sup>73</sup>.

<sup>68</sup> Tamże.

<sup>69</sup> Zob. G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii...*, dz. cyt., s. 28–29; R.J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2013, s. 93; B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006, s. 163.

<sup>70</sup> *Active Ageing: Voluntary Work by Older People in Europe*, eds. A. Principi, P.H. Jensen, G. Lamura, Bristol 2014; *Aktywne starzenie, aktywna starość...*, dz. cyt.; D. Barwińska, *Wolontariat seniorów źródłem aktywnego życia społecznego – na tle doświadczeń niemieckich*, w: *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, red. A. Fabiś, Bielsko-Biała 2007, s. 83–92; K. Białożył, *Aktywność społeczna osób starszych a poczucie ich osamotnienia*, w: *Oblicza starości we współczesnym świecie*, t. 2, *Perspektywa społeczno-kulturowa*, red. M. Guzewicz, S. Steuden, P. Brudek, Lublin 2015, s. 121–144; K. Białożył, *Aktywność edukacyjna kobiet w wieku 90+*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2020, nr 2, s. 97–110; E. Dubas, *Starość – darem, zadaniem i wyzwaniem. Rola aktywności i edukacji (wybrane wątki)*, w: *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, „Refleksje nad starością”, t. 1, red. E. Dubas, M. Muszyński, Łódź 2016, s. 233–242; M. Dzięgielewska, *Wolontariat ludzi starszych (na przykładzie wolontariuszy w regionie łódzkim)*, w: *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Lublin 2006, s. 261–271; R. Fernández-Ballesteros, *Active Aging: The Contribution of Psychology*, Göttingen 2008; M. Głowacka, I. Jarecka, J. Girzelska, *Formy aktywności osób starszych*, w: *Pozytywne aspekty starzenia się*, red. W. Kowalski, A. Włoszczak-Szubzda, M. Głowacka, Lublin 2016, s. 99–116; I. Mandrzejewska-Smól, *Aktywność edukacyjna seniorów jako forma uczestnictwa społecznego*, w: *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości*, red. D. Seredyńska, Bydgoszcz 2012, s. 152–168; I. Mandrzejewska-Smól, *Znaczenie aktywności społeczno-kulturowej w funkcjonowaniu społecznym osób starszych*, w: *Społeczny wymiar życia i aktywności osób starszych*, red. A. Baranowska, E. Kościńska, K.M. Wasilewska-Ostrowska, Toruń 2013, s. 155–165; N. Pikuła, *Zdrowie i aktywność społeczna jako determinanty jakości życia osób starszych*, w: *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, red. A.A. Zych, Łask 2012, s. 313–324; J.K. Wawrzyniak, *Aktywność seniorów koniecznością w starzejącym się społeczeństwie*, „Acta Universitatis Lodzianae. Folia Oeconomica” 231 (2009), s. 339–351.

<sup>71</sup> D. Seredyńska, *Wybrane aspekty aktywności społecznej seniorów*, w: *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości*, dz. cyt., s. 44–68.

<sup>72</sup> M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych...*, dz. cyt.

<sup>73</sup> A. Chabior, *Wspomaganie procesu pomyślnego...*, dz. cyt., s. 88.

Do kolejnej grupy pojęciowej – zasobów psychicznych – osadzonych w psychologicznych koncepcjach pomyślnego starzenia się, zalicza się posiadanie przez jednostkę zasobów związanych z rozwojem osobistym, kreatywnością, umiejętnym radzeniem sobie ze stresem, niepowodzeniami, posiadaniem celu, samooceną i poczuciem własnej wartości. „Takie zasoby psychiczne umożliwiają pomyślnie starzenie dzięki osiągnięciu dobrych perspektyw na przyszłość, wysokiej samoocenie oraz kontroli nad własnym życiem, a także dzięki poczuciu niezależności, skuteczności działań z możliwością elastycznego przystosowania się do zmiennych okoliczności życiowych”<sup>74</sup>.

W ramach teorii biomedycznych „pomyślnie starzenie się pojmuje się jako optymalizację oczekiwanej długości życia przy minimalizowaniu ubytków psychicznych i fizycznych”<sup>75</sup>. Modele biomedyczne koncentrują się przede wszystkim na wydłużeniu ludzkiego życia z minimalnym pogorszeniem funkcji fizycznych i psychicznych typowych dla okresu starości. Ważnym elementem pomyślnego starzenia się, w tym podejściu, jest brak chorób przewlekłych, które upośledzałyby funkcje życiowe człowieka.

Ostatnią grupą kategorii pomyślnego starzenia się, wyszczególnionych przez Bowling, są te związane z potocznym postrzeganiem tego rodzaju starzenia. Literatura przedmiotu wprowadza także określenie „podejście laików” w kontekście pomyślnego starzenia<sup>76</sup>. W podejściu tym kryteria odnoszące się do pomyślnego starzenia ustalają same osoby starsze. Koncepcja ta jest wielowymiarowa i wielopłaszczyznowa, posiada wiele elementów, które ją warunkują. Seniorzy pomyślnie starzenie się rozumieją zarówno „jako pocięcie poznawcze, psychiczne, fizyczne, jak i społeczne aspekty zdrowia, a także poczucie celu w życiu, bezpieczeństwo materialne, nabywanie nowych umiejętności, osiągnięcia życiowe, wygląd fizyczny, produktywność, wkład w różne sfery życia czy poczucie humoru”<sup>77</sup>. Jerzy Halicki, w swoich badaniach dotyczących pomyślnego starzenia się i jego postrzegania przez różne grupy wiekowe, wyszczególnił jedenaście jego kategorii. Badacz wskazał na: zdrowie i sprawność fizyczną, dobre relacje i więzi uczuciowe w rodzinie, kontakty społeczne i aktywność, dopasowanie do starości, satysfakcję życiową, posiadanie celów i marzeń na przyszłość, zabezpieczenie finansowe, dobre usposobienie, niezależność, zdrowie psychiczne, hobby i zajęcia miłośnicze<sup>78</sup>, jako kategorie pomyślnego starzenia w percepcji różnych kohort wiekowych.

Aleksandra Błachnio, w publikacji *Potencjał osób w starości. Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*, dokonała analizy definicji pomyślnego starzenia się formułowanych przez osoby starzejące się. Zestawienie definicyjne prezentuje tabela 1.

<sup>74</sup> B. Bień, *Pomyślnie starzenie się*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017, s. 66.

<sup>75</sup> A. Chabior, *Wspomaganie procesu pomyślnego...*, dz. cyt., s. 88.

<sup>76</sup> B. Bień, *Pomyślnie starzenie się*, w: *Encyklopedia...*, dz. cyt., s. 66–67.

<sup>77</sup> Tamże, s. 66.

<sup>78</sup> J. Halicki, *Potoczne definicje pomyślnego starzenia się*, w: *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, red. J.T. Kowaleski, P. Szukański, Łódź 2008, s. 13–27.

Tabela 1. Definicje pomyślnego starzenia się formułowane przez osoby starzejące się – wybór badań

Pomyślne starzenie się to:	Źródło
optyzmizm, uczucie szczęścia, siła duchowa, która pomimo ponoszonych strat pozwala zachować równowagę i szczęście w życiu	Lehr (za: Tavel, 2008)
akceptacja siebie / zadowolenie z siebie (korespondujące z realistyczną samooceną, bilansem własnego życia i orientacją na teraźniejszość); zaangażowanie w życie/samorozwój (w tym: potrzeba nowości, generatywność, interakcje społeczne i pozytywnie nastawienie)	Reichstadt, Sengupta, Depp, Palinkas, Jeste (2010)
psychospołeczny i ekonomiczny dobrostan, fizyczny dobrostan, wsparcie dorosłych dzieci	Zhang i in. (2018)
proaktywne zaangażowanie, zasoby do odnowy biologicznej, pozytywna duchowość, relacje ze znaczącymi innymi	Lee, Kahana, Kahana (2017)
zdrowie i dobrostan, upodmiotowienie i rezyliencja, włączenie i sprawstwo, łączność (społeczne powiązanie i przynależność)	Pace, Grenier (2017)
zdrowie i sprawność („móc wyjść z domu”, „nie być niesprawnym”, „mieć sprawny umysł”), jakość życia („zadowolenie z życia”, „przyjemność z życia”, „mieć szczęśliwy wygląd”), społeczno-ekonomiczny status („wyjeżdżać na wakacje”, „mieć przyjemne zainteresowania”), finansowy status („mieć komfort”, „mieć za co przeżyć”, „mieć wystarczająco na życie i na opłacenie rachunków”), więzi społeczne („mieć w rodzinie towarzystwo”, „mieć przyjaciół by nie być samotnym”)	Bowling (2006)
zachowanie dobrego zdrowia, bycie zadowolonym z własnego życia przez większość czasu posiadania rodziny i przyjaciół, bycie zaangażowanym w świat, zaspokajanie własnych potrzeb, decydowanie o rzeczach, które wpływają na to, jak się starzeje człowiek (dieta, ćwiczenia), bycie wolnym od przewlekłych chorób, radzenie sobie w zakresie czynności samoobsługowych jak najdłużej	Phelan, Anderson, LaCroix, Larson (2004)
zdrowie (wygląd i sprawność/niezawodność ciała), czynniki psychologiczne (zadowolenie z życia, sens życia, poczucie humoru), społeczne role i aktywności (produktywność, wkład w życie), finanse, relacje społeczne, środowisko (poczucie bezpieczeństwa i udowodnienia w sąsiedztwie)	Bowling, Dieppe (2005)
zdrowie i sprawność fizyczna, dobre relacje i więź uczuciowa w rodzinie, kontakty społeczne i aktywność	Halicki (2008)

**Źródło:** A. Błachnio, *Potencjał osób w starości. Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*, Bydgoszcz 2019, s. 84–85.

Potoczne postrzeganie pomyślnego starzenia się, z punktu widzenia badaczy, jest istotne, pozwala bowiem na potwierdzenie, czy skonstruowane modele i definicje są oparte na wartościach i przekonaniach ludzi. „W ten sposób minimalizowane jest niebezpieczeństwo, że definicje pomyślnego starzenia się mogą odzwierciedlać głównie nurty oczekiwań kulturowych wobec ludzi starszych oraz norm zachowania się seniorów”<sup>79</sup>. Istotnym staje się zwrócenie uwagi na kwestie „samodzielności”, osoby starsze dużą wartość przypisują zdrowiu i samodzielności (brakowi zależności od osób trzecich), zatem dylematem staje się starość osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, schorowanych, które na gruncie przytoczonych definicji nie będą zakwalifikowane do kategorii seniorów starzejących się pomyślnie. Bez wątplenia pomyślna starość nie jest zagadnieniem „domkniętym”, bowiem wymaga dalszych badań i rozważań, stanowi także przyczynek do dyskusji natury metodologicznej i etycznej „w następstwie negatywnego wykluczenia wielu osób, które nie są w stanie jej osiągnąć”<sup>80</sup>.

<sup>79</sup> A. Chabior, *Wspomaganie procesu pomyślnego...*, dz. cyt., s. 88.

<sup>80</sup> A. Błachnio, *Potencjał osób w starości. Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*, Bydgoszcz 2019, s. 89.



Należy podkreślić, że subiektywne postrzeganie pomyślnego starzenia przez seniorów daje pogłębioną wiedzę i pogląd na to, co liczy się dla osób starszych w dążeniu do sukcesu i satysfakcji życiowej.

W kontekście omawianej problematyki należy zwrócić uwagę na model pomyślnego starzenia się, który powstał na podstawie przeprowadzonych badań populacyjnych przeprowadzonych przez Johna Willisa Rowe'a i Roberta Kahna. Badacze ci, opierając się na badaniach, odróżnili starzenie się zwyczajne od pomyślnego. „Za zwyczajny proces starzenia się uznali taki, który polega na normalnym, postępującym wraz z wiekiem upadku w funkcjonowaniu fizycznym, społecznym i poznawczym; za pomyślny – taki, w którym utraty w zakresie funkcjonowania fizycznego i poznawczego są minimalizowane”<sup>81</sup>. Zgodnie z tym rozróżnieniem pomyślnie starzenie obejmuje trzy podstawowe elementy:

- „1. Brak współistnienia – chorób zależnych od wieku;
2. Dobrą sprawność fizyczną i psychiczną;
3. Wysokie zaangażowanie społeczne”<sup>82</sup>.

Element pierwszy, według autorów, jest najmniej zależy od człowieka, nie można go bowiem w pełni kontrolować. Dlatego ważne staje się zwrócenie uwagi na negatywne czynniki zewnętrzne, takie jak: zła dieta, nałogi, niekorzystne środowisko zamieszkania, bieda, hałas, słaby dostęp do opieki zdrowotnej. Chorobowość lub jej brak warunkuje zdrowie człowieka, a co za tym idzie – dobrą sprawność fizyczną lub psychiczną. Wysokie zaangażowanie społeczne, według Rowe'a i Kahna, należy rozpatrywać w dwóch wymiarach: wchodzenia w relacje z innymi oraz bycia związanym z innymi przez relacje społeczne i kontynuowanie aktywności produktywnej<sup>83</sup>. „Pierwszy wymiar podkreśla rolę sieci społecznych i wsparcia społecznego dla funkcjonowania ludzi strych, drugi – zaangażowanie w aktywności, które tworzą wartościowe dobra i usługi”<sup>84</sup>.

Model Rowe'a i Kahna, mimo że jest popularny, jest także krytykowany, uznawany za niepełny. Wśród luk omawianego modelu badacze wskazują: brak odwołania do wymiaru duchowego osób starszych, aktywności wolnoczasowej czy uprawianego sportu (aktywności fizycznej, ćwiczeń). „Zdaniem krytyków starzeć się pomyślnie w myśl teorii Rowe'a i Kahna mogą tylko jednostki uprzywilejowane, o dobrej pozycji społecznej, wysokich dochodach, wysokim wykształceniu. Są to bowiem czynniki będące predyktorami pomyślnego starzenia się”<sup>85</sup>.

Katalog predyktorów pomyślnego starzenia się jest bezpośrednio związany z zaspokajaniem potrzeb wyższego rzędu i odczuwaniem szeroko definiowanego dobrostanu. Literatura przedmiotu wskazuje, że różnego rodzaju aktywności podejmowane przez osoby starsze stanowią czynnik warunkujący jakość życia, a tym samym – pozytywnie od-

<sup>81</sup> Tamże, s. 91–92.

<sup>82</sup> E. Sierakiewicz, *Pomyśle starzenie się...*, dz. cyt., s. 65.

<sup>83</sup> A. Chabior, *Wspomaganie procesu pomyślnego...*, dz. cyt., s. 92.

<sup>84</sup> Tamże.

<sup>85</sup> Tamże, s. 92.

działający na przeżywanie przez jednostkę finalnej fazy życia<sup>86</sup>. W aspekcie pomyślnego starzenia się ważny jest też sposób życia seniora, jego odżywianie, natężenie stresów oraz nałogi i uzależnienia. Jeśli człowiek w podeszłym wieku prawidłowo się odżywia, dbając o zróżnicowaną dietę, to dostarcza do organizmu substancje mogące opóźnić niektóre zmiany biologiczne. Z kolei nadmierny stres związany z utratą współmałżonka czy odejściem dzieci z domu, tzw. „syndrom pustego gniazda”, powoduje przyspieszenie procesu starzenia się. Dlatego ważne jest umiejętne radzenie sobie z sytuacjami stresogennymi. Różnego rodzaju używki, niezależnie od wieku, destruktywnie wpływają na ludzki organizm. Stan zdrowia jest ważny w pomyślnym przeżywaniu schyłkowej fazy. Osoby, które wybrały prozdrowotne zachowania, mogą oczekiwać, że ich starość będzie przebiegała pomyślnie. Jednak nie tylko aktywny i zdrowy tryb życia są determinantami długowieczności. Na poczucie zdrowia wpływa też fakt, że senior nie postrzega swojej osoby jako jednostki zniedołężniałej, wymagającej opieki i wsparcia. Istotną rolę odgrywają także warunki mieszkaniowe oraz środowisko zamieszkania.

We współczesnej kulturze człowiek czuje się dobrze, gdy może funkcjonować w rytmie praca – odpoczynek<sup>87</sup>. W momencie przejścia na emeryturę znaczącą rolę odgrywają zainteresowania i pasje. Jeśli człowiek posiada hobby, to utrata pracy nie będzie stratą, która wywoła negatywne zmiany w zachowaniu i akceptacji starości. Pozytywny obraz samego siebie, swojej przeszłości i przyszłości, jest jednym z wielu wyznaczników pomyślnej starości.

Mimo że człowiek nie ma wpływu na uwarunkowania genetyczne, którymi jest obciążony od urodzenia, może wpływać na tempo przebiegu starzenia się poprzez stymulację innych czynników. Jakość i długość ludzkiego życia nie zależą bowiem, tylko od uwarunkowań biologicznych. Odpowiednia dieta, aktywność zarówno fizyczna, jak i intelektualna, rezygnacja z nałogów, rozwój przez zainteresowania, to predykatory pomyślnego starzenia się. Nie zawsze wpływają one pozytywnie na starość, czasem ich znaczenie jest neutralne, ale w większości spowalniają procesy starzenia się. To, czy końcowa faza życia będzie pomyślna, w dużej mierze zależy od motywacji osoby oraz postawy, jaką prezentuje.

Na podstawie analizy czynników wpływających na pomyślne starzenie można przyjąć za Paulem B. Baltesem i Margret M. Baltes, że starzenie się i starość są możliwe do

---

<sup>86</sup> Zob. K. Białożył, *Aktywność społeczna osób starszych a poczucie ich osamotnienia...*, dz. cyt., s. 121–144; A. Błachnio, *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*, Bydgoszcz 2012; A. Chabior, *Aktywizacja i aktywność ludzi w okresie późnej dorosłości*, Kielce 2011; A. Chabior, *Kluby Seniora miejscem uczestnictwa kulturalnego i animacji społeczno-kulturalnej*, w: *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, red. Z. Szarota, Kraków 2011, s. 73–84; M. Dziegielewska, *Edukacja jako sposób przygotowania do starości*, „Chowanna” 52 (65), 2009, nr 2 (33): *Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność*, s. 49–62; M. Dziegielewska, *Edukacja osób starszych w codzienności*, w: *Edukacja do i w starości*, red. M. Kuchcińska, Bydgoszcz 2008, s. 143–156; J. Halicki, *Edukacja w starości jako działanie poprawiające jakość życia seniorów*, „Chowanna” 52 (65), 2009, nr 2 (33): *Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność*, s. 203–212; M. Kubis, *Zaangażowanie obywatelskie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Aktywny udział w życiu politycznym a inne postawy społeczne słuchaczy. Studium socjologiczne*, Kraków 2016; N. Pikuła, *Senior w przestrzeni społecznej...*, dz. cyt.

<sup>87</sup> Por. M.B. Pecyna, *Pragnienia i oczekiwania ludzi w wieku poprodukcyjnym*, w: *By człowiek nie musiał cierpieć... Księga jubileuszowa dedykowana Pani Profesor Aleksandrze Maciarz*, red. A.A. Zych, A. Nowicka, Wrocław 2007, s. 266.

kształtowania<sup>88</sup>. Według tych autorów pomyślne starzenie się „jest procesem dostosowywania się do zamian zachodzących wraz z wiekiem i zaangażowania w minimalizację strat i maksymalizację zysków. W tym modelu traktuje się osobę starszą jako aktywną, podejmującą decyzje prowadzące do uzyskania równowagi pomiędzy zyskami i stratami, biorąc pod uwagę cele życiowe, jakie sobie postawiła”<sup>89</sup>. Analizując poglądy omawianych autorów na pomyślne starzenie, należy jednak zwrócić uwagę, że istotną rolę przypisują oni umiejętności przystosowania się do zmian, jakie zachodzą wraz z wiekiem. Adaptacja i akceptacja starości i starzenia się są, według nich, kluczowymi składowymi pomyślnego starzenia. Jak wynika z literatury przedmiotu, osoby starsze nie stanowią grupy jednolitej pod względem adaptacji do finalnego etapu życia. Wpływa to na fakt, że nie wszyscy seniorzy prawidłowo przystosowują się do starości, a co z tym związane – mają problemy z uzyskaniem wysokiej jakości życia nierozzerwalnie związanej z pomyślnym starzeniem.

Stanisława Steuden definiuje przystosowanie do starości jako proces „który dokonuje się wraz z pojawiającymi się deficytami, licznymi utratami, obniżeniem sprawności psycho-fizycznej. [...] O dobrym przystosowaniu mówi się zwykle wówczas, gdy człowiek starszy jest szczęśliwy, zadowolony z życia, ma zaufanie do siebie i innych ludzi, radzi sobie z zadaniami typowymi dla tego okresu życia”<sup>90</sup>. Problematyka przystosowania do starości podejmowana jest zarówno przez pedagogikę, socjologię, jak i – psychologię. Nie bez znaczenia na tej płaszczyźnie są teorie odnoszące się do akceptacji starości. Literatura przedmiotu wskazuje na cztery podstawowe teorie łączące elementy różnych koncepcji. Są to: teoria selektywnej optymalizacji kompensacją, teoria oscylacji pomiędzy asymilacją i akomodacją, teoria społeczno-emocjonalnej selektywności, teoria gerotranscendencji<sup>91</sup>. Trudno jest przyjąć jedną uniwersalną teorię, w sposób optymalny definiującą mechanizmy przystosowania się do starości. „Złożoność życia ludzkiego, bogactwo doświadczeń i odmienności przeżywania życia stanowi o indywidualnym i właściwym dla danej osoby sposobie przystosowania do starości”<sup>92</sup>. Niewątpliwie ważnym czynnikiem, który warunkuje przystosowanie do starości jest samodzielność osoby starszej. Jak wskazuje Iwona Mandrzejewska-Smól, „pomyślne starzenie się wiąże się przede wszystkim z szeroko rozumianym przystosowaniem do starości i, co za tym idzie, w miarę możliwości z niezależnym i samodzielnym funkcjonowaniem osób starszych w społeczeństwie. Autonomia i niezależność seniorów to wiodący nurt rozważań nad pomyślnym starzeniem się”<sup>93</sup>.

Samodzielność, niezależność, autonomia w dużej mierze warunkują pomyślne starzenie, stając się także jego wyznacznikiem. Pojawienie się chorób przewlekłych, ograni-

---

<sup>88</sup> P.B. Baltes, M.M. Baltes, *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*, w: *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, eds. P.B. Baltes, M.M. Baltes, Cambridge 1990, s. 1–34.

<sup>89</sup> A. Kozerska, *Edukacja seniorów w kontekście paradygmatu pomyślnego starzenia się – kontrowersje i wątpliwości*, „Edukacja Dorosłych” 2015, nr 2 (73), s. 28.

<sup>90</sup> S. Steuden, *Psychologia starzenie się i starości*, Warszawa 2011, s. 7.

<sup>91</sup> Tamże, s. 72–81.

<sup>92</sup> Tamże, s. 81.

<sup>93</sup> I. Mandrzejewska-Smól, *Aktywność edukacyjna i zawodowa osób w wieku emerytalnym w perspektywie pomyślnego starzenia się. Diagnoza wybranych problemów*, Bydgoszcz 2018, s. 54.

czenia psychologiczno-fizyczne, implikują zmiany – często nieodwracalne – finalnie prowadząc do upośledzenia ludzkiego organizmu.

Pomyślne starzenie, jako proces różnorodny, warunkowane jest przez liczne czynniki, które pozwalają na utrzymanie dobrego zdrowia i niezależności. Nie ma jednej, powszechnej definicji tego procesu, niemniej jednak, analizując dane demograficzne, istotne staje się zwrócenie uwagi na problematykę pomyślnego starzenia się w Polsce, bowiem duża grupa w obrębie populacji osób starszych nie będzie przechodziła starości w sposób pomyślny. W kontekście omawianej problematyki należy skoncentrować się także na problemach seniorów, wpływających na odczuwaną jakość i satysfakcję życiową. Bez wątpienia wielochorobowość może stanowić przyczynę pogłębiającego się wykluczenia, samotności i osamotnienia osób starszych. Patologiczne starzenie się stanowi także istotny obszar działań placówek wspierających seniorów.

### 3. Patologie starzenia się

W momencie kiedy do nieuniknionych zmian „dołączają się” choroby somatyczne lub zaburzenia psychiczne pomyślna starość przekształca się w polipatologię, czyli odchylenie od normalnego przeżywania starości. Starość patologiczna charakteryzuje się nawarstwianiem jednostek chorobowych, które uniemożliwiają seniorowi prawidłowe funkcjonowanie. Na skutek tych nagłych zmian następuje upośledzenie organizmu w wymiarze biologicznym lub psychicznym. „Starzenie patologiczne sprzyja rozchwianiu równowagi organizmu, czego skutkiem jest upośledzenie sprawności człowieka, zaburzenia w jego funkcjonowaniu i przystosowaniu”<sup>94</sup>. Współwystępowanie jednostek chorobowych w starości może skutkować także występowaniem polipragmazji. Polipragmazja związana jest z przyjmowaniem przez chorego więcej niż kilku leków jednocześnie. „Najczęściej oznacza zażywanie przez chorego wielu leków równocześnie, bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji, albo przepisywania nadmiernej liczby leków bez wyraźnej potrzeby”<sup>95</sup>. Wielolekowość i wielochorobowość stanowią cechy charakterystyczne patologicznej starości. Nadmierne spożywanie leków może wywoływać liczne powikłania, które są szczególnie niebezpieczne w okresie starości.

Starość patologiczna charakteryzuje się upośledzeniem ludzkiego organizmu, co bezpośrednio przekłada się na funkcjonowanie psychiczne, fizyczne czy też społeczne. Liczne jednostki chorobowe, których występowanie jest związane z fazą starości, znacznie obniżają jakość życia chorych seniorów, przyczyniając się do spadku zdolności poznawczych, emocjonalnych. Współwystępowanie schorzeń w wieku senioralnym, może doprowadzać do niepełnosprawności osób starszych i uniemożliwiać im samodzielne funkcjonowanie. Utrata niezależności i samodzielności, prowadzi do niekorzystnych zmian, które będą generować potrzebę opieki osób trzecich i wsparcia ze środowiska. Jak wskazuje

<sup>94</sup> A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie...*, dz. cyt., s. 43.

<sup>95</sup> A. Michalak, *Polipragmazja*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017, s. 47.

literatura przedmiotu, przyczyną pogarszania się sprawności psychofizycznej seniorów, częściej są choroby i ich następstwa niż charakterystyczne dla starości zmiany o charakterze inwolucyjnym<sup>96</sup>. W aspekcie wielochorobowości osób starszych mówi się o „kaskadzie zmian o charakterze regresyjnym – choroba przewlekła w konsekwencji prowadzi do fizycznej niepełnosprawności, postępujących ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, utraty dobrostanu psychicznego i obniżenia zdolności funkcjonowania społecznego. Zmiany te przekładają się na niską jakość życia w znaczeniu obiektywnym”<sup>97</sup>.

Podjmując problematykę patologicznej starości i starzenia, należy skoncentrować się na najpowszechniejszych jednostkach chorobowych, które mogą prowadzić do upośledzenia funkcjonowania człowieka starszego. W paletę najczęstszych schorzeń wieku senioralnego literatura przedmiotu wpisuje: demencję i otępienie starcze spowodowane przewlekłymi chorobami takimi jak: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroba Picka, choroba Huntingtona; depresję, miażdżycę, choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzycę typu 2<sup>98</sup>. Oczywiście katalog chorób wieku senioralnego jest znacznie szerszy, niemniej jednak w dysertacji skoncentrowano się jedynie na wybranych w celu zarysowania skali problemu, jakim są choroby przewlekłe seniorów mogące prowadzić do patologicznej starości. Najczęstsze schorzenia fizyczne i psychiczne seniorów, które powodują zaburzenie funkcjonowania, mają wiele przyczyn, są przewlekłe i trudne do leczenia<sup>99</sup>.

Otępienie starcze – inaczej nazywane demencją starczą – w znacznej części przypadków związane jest z występowaniem chorób przewlekłych, które wpływają degenerująco na ludzki organizm. „W szczególności zachwiana jest koncentracja, pamięć, logiczne myślenie, orientacja, liczenie, zdolności uczenia się”<sup>100</sup>. Jak wynika z *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV)*, zachowaniami/zaburzeniami charakterystycznymi, na podstawie których można zdiagnozować otępienie starcze, są:

- „upośledzenie pamięci (upośledzona zdolność przyswajania nowych informacji lub przypominania sobie wiadomości wyuczonych);
- afazja;
- apraksja;
- agnozja;
- zaburzenia w wykonywaniu czynności”<sup>101</sup>.

Wraz z postępującym otępieniem uwidaczniają się inne dysfunkcje uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie w życiu codziennym. Chory nie potrafi samodzielnie się ubrać, przygotować posiłku czy też wykonać toalety. Z czasem dochodzi do utraty orien-

<sup>96</sup> Zob. A. Gutowska, *(Nie)pełnosprawna starość– przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015, nr 8, s. 9–33.

<sup>97</sup> S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości...*, dz. cyt., s. 55.

<sup>98</sup> Zob. K. Białożył, *Wyzwania gerontologicznej pracy socjalnej w Polsce. Przegląd zagadnień*, w: *Współczesne wyzwania opieki nad seniorem*, red. M. Wysokiński, Z. Sienkiewicz, W. Fidecki, B. Dziedzic, Warszawa 2020, s. 7–21; M. Świętek, B. Bień, *Choroby wieku podeszłego*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 1, red. A.A. Zych, Katowice 2017.

<sup>99</sup> Zob. J. Krzyżowski, *Psychogeriatrya*, Warszawa 2004.

<sup>100</sup> A. Skalska, *Majaczenia*, w: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2006, s. 98.

<sup>101</sup> K. Białożył, N. Piłkuła, *Niektóre zaburzenia psychiczne w podeszłym wieku – zespół depresyjny i otępienie*, w: *Poznać, zrozumieć...*, dz. cyt., s. 195.



tacji w terenie, pojawiają się problemy z odróżnieniem pór dnia i roku, kłopotliwe staje się samodzielne ubieranie. Chory gubi przedmioty, nie pamięta, gdzie się znajduje, nie rozpoznaje osób z rodziny. Wraz z rozwojem choroby senior zaprzestaje różnych form aktywności, co w wielu przypadkach prowadzi do „całkowitego przykucia” do łóżka.

Wśród najczęstszych przyczyn zespołów otępiennych w podeszłym wieku wymienia się: chorobę Alzheimera, otępienie z ciałami Lewy'ego, otępienie czołowo-skroniowe<sup>102</sup>. „Do najczęściej występujących tzw. otępień wtórnych, a więc spowodowanych inną przyczyną niż pierwotne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, należy otępienie naczyniopochodne”<sup>103</sup>.

Na podstawie analizy literatury przedmiotu<sup>104</sup>, można przyjąć, że istotnym wyzwaniem w kontekście patologii starości staje się choroba Alzheimera i występujące wraz z nią otępienie. Według danych Rzecznika Praw Obywatelskich, w 2016 roku liczba chorych w Polsce wynosiła ponad 300 tys.; szacuje się, że do 2050 roku wzrośnie ona do miliona<sup>105</sup>. Wobec takich prognoz zasadnym staje się zwrócenie uwagi na tę chorobę, bowiem wraz ze wzrastającą liczbą osób chorych będzie rosnąć zapotrzebowanie na opiekę i pielęgnację w miejscu zamieszkania. „Choroba Alzheimera jest chorobą szczególną. Spośród zespołów psychopatologicznych dotyczących coraz bardziej starzejącej się populacji staje się ona prawdziwym wyzwaniem nie tylko dla lekarzy, ale też dla filozofów, etyków, biologów molekularnych, biochemików, genetyków, a nawet polityków”<sup>106</sup>.

Degeneracja tkanki mózgowej, która następuje w przypadku Alzheimera, powoduje zanikanie komórek nerwowych. Chory traci poczucie czasu, miejsca, widoczne są zaniki pamięci. Otępienie może przybierać różne formy. Przeważnie następują zaniki pamięci krótkotrwałej, zaburzenia osobowości oraz trudności w wykonywaniu podstawowych czynności. „Upośledzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a czasem nawet ją poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją”<sup>107</sup>. Brak kontroli emocji oraz zachowania powoduje, że osoba w wielu przypadkach musi pozostawać pod opieką, bowiem może zagrażać nie tylko otoczeniu, lecz także własnemu zdrowiu a nawet życiu.

Literatura przedmiotu podaje rozległy kanon objawów charakterystycznych dla choroby Alzheimera, wśród nich wyszczególnia:

- zaburzenia pamięci;
- zaburzenia językowe;
- zaburzenia orientacji;
- zaburzenia koncentracji i uwagi;

<sup>102</sup> K.A. Kucia, M. Wójcik, *Otępienie – przyczyny, rozpoznanie, postępowanie*, w: *Poznać, zrozumieć...*, dz. cyt., s. 215.

<sup>103</sup> Tamże.

<sup>104</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich, *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO*, Warszawa 2016, s. 5.

<sup>105</sup> Tamże.

<sup>106</sup> M. Klucznik, *Choroba Alzheimera jako przykład niepełnosprawności osób starzejących się i starych*, w: *Poznać, zrozumieć...*, dz. cyt., s. 205.

<sup>107</sup> M. Barcikowska, *Otępienie u osób w wieku podeszłym*, w: *Geriatrya. Wybrane zagadnienia...*, dz. cyt., s. 235.

- niepokój psychoruchowy i objaw wędrowania;
- urojenia i omamy;
- zaburzenia zachowania nastroju;
- objaw „lustra” i „telewizora”;
- zaburzenia snu;
- napady padaczkowe<sup>108</sup>.

Choroba ta postępuje powoli, dlatego też występujące objawy mają indywidualny charakter, zależą od wielu uwarunkowań każdego człowieka. Nie wszystkie objawy uwiadcniają się jednocześnie. Każdy etap choroby może u chorych charakteryzować się odmiennymi objawami i czasem ich trwania. Najczęściej w chorobie Alzheimera wyróżnia się trzy podstawowe stadia.

Pierwszy etap choroby, określony jako otępienie łagodne, może trwać od dwóch do pięciu lat<sup>109</sup>. Okres ten charakteryzuje się drobnymi problemami z pamięcią, wycofywaniem z życia społecznego. W zakresie funkcji językowych pojawiają się trudności w odnajdywaniu słów<sup>110</sup>. W fazie tej nie występują zmiany osobowościowe, a jeśli już się pojawiają, są one niewielkie, często niezauważalne przez otoczenie lub też ich występowanie przypisuje się starości. Drugi etap choroby to otępienie średnio zaawansowane, którego objawami są trudności w rozpoznawaniu osób, znaczne pogorszenie pamięci; mogą pojawić się halucynacje. W zachowaniu chorego dają się zauważyć apatia, obojętność, drażliwość. „Funkcje wzrokowo-przestrzenne są zaburzone, chory poza domem musi poruszać się z drugą osobą, zaczyna mieć trudności z ubieraniem się”<sup>111</sup>. Trzeci etap – tzw. otępienie zaawansowane – jest okresem najcięższym zarówno dla chorego, jak i jego rodziny. Senior przestaje mówić, nie rozpoznaje nikogo, deficyty funkcji poznawczych warunkują konieczność ciągłej opieki. Osoba chora na Alzheimera na ostatnim etapie: „Popada ze skrajności w skrajność, nie je wcale albo rzuca się na jedzenie, jakby nie była karmiona, nie dba o higienę osobistą, przeciwstawia się osobom, które chcą mu pomóc chociażby w ubieraniu”<sup>112</sup>. Złożoność tej jednostki chorobowej powoduje, że osoba starsza w finalnej fazie staje się całkowicie zależna od otoczenia. Obok choroby Alzheimera drugą coraz bardziej powszechną chorobą warunkującą i upośledzającą ludzką starość jest choroba Parkinsona.

Jest ona jednym z najczęstszych przewlekle postępujących schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego<sup>113</sup>. Podobnie jak choroba Alzheimera Parkinson doświadcza nie tylko samego chorego, ale też jego rodziny/opiekunów nieformalnych. Ryzyko zachorowań wzrasta wraz z wiekiem, grupą szczególnego ryzyka są osoby powyżej

<sup>108</sup> Szerzej: M. Gawęł, A. Potulska-Chromik, *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona*, „Postępy Nauk Medycznych” 2015, t. 28, nr 7, s. 470.

<sup>109</sup> A.M. Bugaj, N. Jermakow, *Mechanizmy leżące u podłoża choroby Alzheimera*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2016, t. 11, nr 3, s. 85–92.

<sup>110</sup> Tamże.

<sup>111</sup> L. Zając-Lamparska, M. Leszko, *Choroba Alzheimera*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 1, red. A.A. Zych, Katowice 2017, s. 224.

<sup>112</sup> M. Klucznik, *Choroba Alzheimera jako przykład niepełnosprawności...*, dz. cyt., s. 209.

<sup>113</sup> J. Sławek, *Choroba Parkinsona – jak właściwie rozpoznawać, skutecznie i bezpiecznie leczyć?*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, t. 8, nr 6, s. 281.

65 roku życia. „Choroba ma zwykle niezauważalny początek i charakteryzuje się powolną, ale stałą, progresją objawów. Występują również niepokój i chwiejność emocjonalna. Typowa dla choroby Parkinsona jest bradyfrenia, czyli spowolnienie procesów poznawczych związane z trudnościami w koncentracji uwagi, ale bez zaburzeń pamięci czy myślenia<sup>114</sup>.

Według autorów publikacji *Brain Plan dla Polski. Strategiczny Raport dla Zdrowia Mózgu* „obecną populację osób z Parkinsonem należy szacować na ok. 100 tysięcy chorych”<sup>115</sup>. Autorzy Raportu zwracają uwagę, że „liczba chorych na Parkinsona w 2015 r., podwoiła się względem liczby chorych w 1990 r.”<sup>116</sup>. Do klasycznych objawów Parkinsona zalicza się:

- drżenia spoczynkowe,
- spowolnienie ruchowe,
- wzmożone napięcia mięśniowe,
- zaburzenia wegetatywne (ślinotok, łojotok, napady pocenia),
- mikrografia, czyli zmniejszanie się wielkości liter w miarę pisania,
- drżenie jednej kończyny górnej<sup>117</sup>.

Choroba Parkinsona, podobnie jak choroba Alzheimera, rozwija się stopniowo. Pierwszy okres choroby, nazywany „miodowym miesiącem”, trwa około pięciu lat. Podczas tego okresu nie ma widocznych, znacznych ubytków, a przyjmowane leki dają dobre efekty. Po tym czasie pojawia się okres zaawansowanej choroby, podczas którego przyjmowane leki nie dają długotrwałych efektów, pojawiają się trudności w codziennym funkcjonowaniu, pogarsza się jakość życia. Faza ta charakteryzuje się różnymi powikłaniami, które występują na skutek upadków, a także obniżaniem samodzielności i zaradności życiowej. Ostatni etap choroby związany jest z całkowitym brakiem samodzielności, uzależnieniem od opiekuna<sup>118</sup>.

Zarówno choroba Alzheimera, jak i choroba Parkinsona stopniowo prowadzą do upośledzenia całego organizmu. Senior przestaje być samodzielny, wymaga opieki całodobowej, a jego podstawową formą aktywności staje się leżenie w łóżku lub poruszanie na wózku inwalidzkim (przy pomocy osób trzecich). Upośledzenie organizmu i pojawiające się dysfunkcje są charakterystycznymi cechami starości patologicznej. Bez wątpienia demencja (otępienie) i związane z nią choroby stanowią płaszczyznę do holistycznego oddziaływania zarówno środowiska rodzinnego, jak i instytucjonalnych form wsparcia. Należy także zwrócić uwagę na fakt, że wraz z rosnącą populacją osób starszych będzie wzrastać liczba chorych na wyżej opisane jednostki chorobowe.

---

<sup>114</sup> M. Rudzińska, A. Szczudlik, *Choroba Parkinsona*, w: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej...*, dz. cyt., s. 312–313.

<sup>115</sup> *Brain Plan dla Polski. Strategiczny Raport dla Zdrowia Mózgu*, Warszawa 2019, s. 18.

<sup>116</sup> Tamże.

<sup>117</sup> A. Friedman, *Choroba Parkinsona*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych” 1999, t. 48, nr 2, s. 193–194.

<sup>118</sup> B. Szulz, *Opieka nad osobą z chorobą Parkinsona w percepcji opiekuna rodzinnego*, „Roczniki Teologiczne” 2019, t. 66, nr 1, s. 65–66.



Wśród chorób mogących skutkować przeżywaniem starości patologicznej należy wskazać także miażdżycę, „która prowadzi do narastającego zwężenia i stwardnienia naczyń. Jest to spowodowane przez gromadzenie się złogów na wewnętrznej stronie ich ścian. Następstwem jest upośledzenie ukrwienia narządów i w konsekwencji zaburzenie metabolizmu ustroju”<sup>119</sup>. Do charakterystycznych objawów miażdżycy należą: zaburzenia pamięci, utrata zdolności koncentracji, zawroty głowy, problemy z orientacją. Wraz z rozwojem choroby mogą wystąpić zaburzenia afektu<sup>120</sup>. Postępująca miażdżycza może prowadzić do choroby wieńcowej, zawału serca, udaru mózgu. Zmiany występujące podczas trwania choroby mogą także skutkować pojawieniem się otępienia<sup>121</sup>.

Obok chorób o charakterze fizycznym coraz częściej, w aspekcie starzejących się społeczeństw, poruszane są zagadnienia dotyczące chorób i zaburzeń psychicznych występujących w okresie starości. Do tzw. wielkich problemów geriatrycznych literatura przedmiotu zalicza depresję<sup>122</sup>.

Objawy i przebieg depresji warunkowane są codzienną aktywnością, która wraz z chorobą przestaje stanowić źródło przyjemności i satysfakcji. Seniorzy oraz ich rodziny często lekceważą oznaki depresji, przypisując je procesowi starzenia się organizmu, dlatego też problemy psychiczne nie są diagnozowane lub diagnoza jest zbyt późna. „Stanowi to poważne wyzwanie zarówno dla lekarzy geriatrów, jak i wszystkich sprawujących opiekę nad pacjentami w podeszłym wieku, gdyż zaburzenia nastroju występują wyjątkowo często u chorych starszych osób i są związane ze zwiększoną śmiertelnością i częstszym korzystaniem z usług medycznych”<sup>123</sup>. Jak wynika z danych Narodowego Funduszu Zdrowia rośnie liczba osób w wieku 65+, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji. W roku 2013 liczba osób w wieku 65–74, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji, wynosiła blisko 83 tysiące, w roku 2014 – 87 tysięcy, w 2015 – 92 tysiące, w 2016 – przeszło 97 tysięcy, w 2017 – ponad 103 tysiące, a w 2018 liczba ta wzrosła do 109 tysięcy. Wzrost liczby cierpiących na depresję widoczny jest także w grupie 75+. W roku 2013 liczba chorych z omawianej kohorty wiekowej wynosiła blisko 70 tysięcy, a w roku 2018 odnotowano wzrost do prawie 79 tysięcy. Równocześnie należy pokreślić, że dominująca część chorych to kobiety, co może być warunkowane feminizacją starości i długością życia tej płci<sup>124</sup>.

Wśród czynników ryzyka, które wpływają na depresję w wieku senioralnym, wymienia się:

- starzenie mózgu;

<sup>119</sup> J. Schiefele, J. Staudt, M. Dach, *Pielęgniarstwo geriatryczne*, red. wyd. pol. K. Galus, Wrocław 1996, s. 19.

<sup>120</sup> Tamże.

<sup>121</sup> N. Pikuła, *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Kraków 2011, s. 26.

<sup>122</sup> K. Tomaszewski i in., *Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych*, „Psychiatria Polska” 2011, t. 45, nr 2, s. 223.

<sup>123</sup> Tamże, s. 224.

<sup>124</sup> Szerzej: Narodowy Fundusz Zdrowia, *NFZ o zdrowiu. Depresja*, Warszawa 2020, s. 13; K. Białożyty, *Wyzwania gerontologicznej pracy socjalnej...*, dz. cyt., s. 7–21; A. Pacian i in., *Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych*, „Hygeia Public Health” 2014, t. 49, nr 4, s. 820–824.

- sytuację psychospołeczną (samotność, osamotnienie, wykluczenie, czynniki finansowe);
- choroby somatyczne;
- przyjmowane leki;
- niepełnosprawność;
- indywidualne doświadczenia i przeżycia seniora<sup>125</sup>.

W ostatnim okresie życia następuje kumulacja wielu czynników sprawczych depresji. Utrata prestiżu społecznego, emerytura, podatność na choroby somatyczne, sytuacja rodzinna (np. śmierć współmałżonka, doświadczanie odrzucenia, przemocy) wpływają bezpośrednio na obniżanie nastroju oraz niską samoocenę. Depresje wieku starczego wynikają także z leczenia chorób somatycznych. To, jaki stopień i formę przybiorą, zależy od indywidualnych predyspozycji oraz wsparcia najbliższych. Przygnębienie, mała wiara w swoje możliwości, poczucie osamotnienia występujące w depresjach często wynikają z przeświadczenia chorego, że jest ciężarem dla otoczenia. Adaptacja do starości i sposób jej przeżywania, prezentowane postawy warunkują sposób przeżywania starości patologicznej, obciążonej chorobami i zaburzeniami. Seniorzy, którzy nie mogą liczyć na pomoc i wsparcie rodziny, przeżywają liczne negatywne emocje, pogłębiające patologiczne starzenie się. Kumulacja czynników ryzyka, niekorzystna sytuacja rodzinna, środowiskowa nie stwarzają osobie starszej przestrzeni przyjaznej zaspokajaniu potrzeb bezpieczeństwa i przynależności.

Starzenie patologiczne, w warunkach choroby, stanowi duże wyzwanie dla rodziny seniora, ale także dla instytucji i placówek wspierających środowisko rodzinne w opiece. Szybko postępujące przeobrażenia wpływają na stopień zniedołężnienia, na skutek utraty sił oraz nawarstwiania się dolegliwości może nastąpić upośledzenie biologiczne. Utrata sprawności ruchowej wywołuje u osoby starszej przeświadczenie, że jest ciężarem i kłopotem dla najbliższych. Licznego rodzaju schorzenia mogą spowodować „przykucie do łóżka”, które jest tożsame z brakiem samodzielności i uzależnieniem od osób trzecich. Zależność, nawet w zaspokajaniu najmniejszych potrzeb, często generuje wstyd i złość. Następuje obniżenie poziomu własnej samooceny oraz satysfakcji życiowej.

Starzenie się w warunkach choroby powoduje pogarszanie się stanu zdrowia, co skutkuje niepełnosprawnością funkcjonalną. Wynika ona przede wszystkim z chorób układu krążenia, choroby Alzheimera lub raka<sup>126</sup>. Przebieg choroby połączony z procesem starzenia się wywołuje liczne deficyty w prawidłowym egzystowaniu człowieka. Brak możliwości samodzielnego życia powoduje uzależnienie się osoby starszej od otoczenia. W wielu przypadkach krewni nie mogą lub nie chcą zajmować się najstarszym członkiem rodziny. Na skutek tego chory umieszczany jest w placówkach opiekuńczych, gdzie może doświadczać osamotnienia. Poczucie odrzucenia przyspiesza proces starzenia się, jednost-

<sup>125</sup> K. Filipka i in., *Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury*. „Gerontologia Polska”, 2015, nr 4, s. 166.

<sup>126</sup> Zob. R.D. Hill, *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Warszawa 2010, s. 90.

ka może popaść w depresję lub targnąć się na swoje życie. Próby samobójcze osób starszych mogą być wywołane przez doświadczanie izolacji, osamotnienia, choroby somatycznej, depresji i innych czynników ryzyka.

Przewlekła choroba w okresie starości implikuje wczesne pogarszanie się sprawności psychofizycznej. Obniżenie stanu zdrowia wynika ze zmian patologicznych lub objawów chorobowych. Do symptomów chorobowych zalicza się: zmęczenie, apatię, zmniejszanie aktywności, ograniczenie sprawności intelektualnej i fizycznej, utratę sił. W momencie uwidaczniania się tych oznak następuje przyspieszenie pogarszania się kondycji fizycznej i psychicznej. Różnego rodzaju schorzenia nie tylko ograniczają długowieczność, ale także wpływają na zmienność w przebiegu procesu starzenia się. Choroba, w połączeniu z naturalnym procesem starzeniem się, implikuje szybko zachodzące destrukcyjne zmiany.

Wraz z pogorszeniem się kondycji psychofizycznej następuje regres i liczne deficyty w funkcjach kognitywnych. Zdobywanie nowej wiedzy o świecie w tym wypadku jest bardzo utrudnione, bowiem następujące przeobrażenia upośledzają liczne zdolności poznawcze. Pamięć krótkotrwała i długoterminowa, szybkość reakcji oraz postrzegania, logiczne rozumowanie i posługiwanie się językiem, mogą zostać zaburzone w dużym stopniu. „Część osób skarży się na trudności w przyswajaniu nowych informacji, mniejsza podzielność uwagi, trudności w adaptacji do nowych sytuacji, zmniejszoną zdolność do reagowania”<sup>127</sup>. Regres ten wpływa na samodzielne funkcjonowanie osoby starszej. Związane z wiekiem zmniejszenie zdolności kognitywnych jest postępujące, dlatego wraz z wiekiem będzie się pogłębiało.

Nie da się zatrzymać procesu starzenia, ale można go opóźnić. Długowieczność nie jest uwarunkowana tylko genetycznie, wpływają na nią liczne czynniki. Oddziaływanie na nie sprzyja poprawie jakości życia. Samodzielność, poczucie sprawności, możliwość podejmowania decyzji oraz troska rodziny i przyjaciół wpływają na poczucie satysfakcji życiowej oraz dobrostanu psychofizycznego. Pod wpływem czasu w ludzkim organizmie następują liczne zmiany oraz pojawiają się różnego rodzaju schorzenia. Aby proces starzenia się przebiegał wolniej, a zachodzące przeobrażenia nie były patologiczne, osoba dorosła musi zdobywać wiedzę, jak starzeć się pomyślnie. Ludzie w podeszłym wieku często nie boją się śmierci, lecz cierpienia, niedołężności oraz uzależnienia od pomocy osób trzecich. Starzenie się w warunkach choroby ogranicza niezależność i samodzielność seniora. Na skutek tego może wystąpić frustracja oraz zaburzona postawa wobec starości. Patologiczne starzenie to nie tylko nawarstwianie się jednostek chorobowych, ale także poczucie izolacji i odtrącenia.

#### **4. Wykluczenie społeczne oraz samotność i osamotnienie seniorów**

Wraz z postępującym procesem starzenia się społeczeństw wzrasta zainteresowanie problemami, nie tylko fizycznymi czy też biologicznymi, najstarszych kohort wiekowych.

<sup>127</sup> A. Molesztak, *Jakość życia ludzi starych w aspekcie ich zdrowia...*, dz. cyt., s. 50.

W katalog problemów współczesnych seniorów można wpisać wykluczenie oraz samotność i osamotnienie. Częściej dotyczą one osoby starsze przeżywające starość patologiczną, chorobową. Bezpośrednio z wykluczeniem wiąże się marginalizacja, która „bywa pierwszym krokiem do wykluczenia”<sup>128</sup>. Marginalizacja utożsamiana jest z brakiem jednostek lub grup w instytucjonalnym porządku społecznym<sup>129</sup>. Prawa marginalizowanych nie są przestrzegane, a ich potrzeby – zaspokajane.

Wykluczenie społeczne jest zjawiskiem złożonym, a przyjęcie jego jednej, powszechnej definicji nie jest możliwe<sup>130</sup>. Mnogość koncepcji i definicji tego zjawiska pozwala stwierdzić, że jego wielowymiarowość wynika z licznych czynników, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia wykluczenia. Charles Gore i José B. Figueiredo, badając omawiane zjawisko, zauważyli, że jego liczne definicje mają cechy wspólne:

- „1. Wykluczenie społeczne jest negatywnym stanem lub procesem. W obu przypadkach oznacza to wyjście poza mechanizm alokowania zasobów i dotyczy relacji władzy, podmiotowości (*agency*), kultury i społecznej tożsamości.
2. Może być ono traktowane również jako subiektywna lub obiektywna cecha życia ludzi, wyrażająca się np. poczuciem niższości lub odpowiednio materialną deprivacją.
3. Wykluczenie społeczne może być traktowane jako opis indywidualnego upośledzenia (*disadvantage*) i wyraża się zarówno niskim poziomem dobrobytu (upośledzenie ekonomiczne), jak i niezdolnością do skutecznego uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pracę, dostęp do uprawnień (*rights*), do prawnych instrumentów zabezpieczenia roszczeń (*legal claims*) etc. (upośledzenie społeczno-polityczne).
4. Może być ono także traktowane jako atrybut społeczeństw i wyrażać się stosunkami społecznymi, w których jednostkom i grupom odmawia się dostępu do dóbr, usług, aktywności i zasobów, będących warunkami obywatelskiego uczestnictwa”<sup>131</sup>.

Ryszard Szarfenberg dokonał rozległej analizy najważniejszych koncepcji wykluczenia społecznego. Dzięki temu wyodrębnił on cztery zakresy znaczeniowe w definiowaniu wykluczenia społecznego:

- pierwszy dotyczy uczestnictwa (partycypacji) w życiu społecznym lub zbiorowym;

<sup>128</sup> A. Żyta, U. Bartnikowska, *Inkluzja, marginalizacja, wykluczenie a niepełnosprawność – refleksje i dylematy*, w: *Inkluzja – marginalizacja – wykluczenie a jakość życia osób z niepełnosprawnością*. Wyzwania współczesności, red. U. Bartnikowska, A. Żyta, S. Przybyliński, Olsztyn 2016, s. 16.

<sup>129</sup> Por. A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie...*, dz. cyt., s. 87.

<sup>130</sup> Więcej na temat definiowania wykluczenia społecznego: W. Klimczak, G. Kubiński, E. Sikora-Wiśniewska, *Wykluczenie społeczne w Polsce. Wybrane zagadnienia*, Wrocław 2017; *Eliminacja wykluczenia społecznego*, red. M. Duda, K. Kutek-Sładek, Kraków 2016; *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny i etniczny*, red. M. Jarosz, Warszawa 2008; D. Becker-Pestka, G. Kubiński, M. Łojko, *Różne obszary wykluczenia społecznego w Polsce. Wybrane zagadnienia*, Wrocław 2017; J. Mazur, M. Kuć, *Marginalizacja ujęcie wielowymiarowe przejawy, skutki, przeciwdziałanie*, Warszawa 2019; I. Fajfer-Kruczek, *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*, Katowice 2015.

<sup>131</sup> Ch. Gore, J.B. Figueiredo, *Wykluczenie społeczne i polityka przeciwdziałania ubóstwu*, rszarf.ips.uw.edu.pl/problemyps/iils.pdf [dostęp: 21.03.2020].

- drugi odnosi się do określenia stosunku dostępu do zasobów, dóbr, instytucji i systemów społecznych;
- trzeci stosuje się do ubóstwa i deprivacji potrzeb;
- czwarty dotyczy praw społecznych i ich realizacji<sup>132</sup>

Jednoznaczne zdefiniowanie wykluczenia nie jest możliwe, niemniej jednak istniejące definicje posiadają wspólne płaszczyzny, które umożliwiają określenie punktów zbieżnych i charakterystycznych dla tego stanu.

Jak zauważają autorzy Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski: „Zjawisko wykluczenia społecznego jest trudno definiowalne. Mamy tu bowiem do czynienia z kilkoma nakładającymi się wymiarami marginalizacji. Wykluczenie społeczne, które – najprościej ujmując – polega na niepodejmowaniu zwyczajowej i społecznie akceptowanej drogi życiowej lub wypadaniu z niej, dotyczy osób, rodzin lub grup ludności”<sup>133</sup>. Do grup podatnych na wykluczenie społeczne zalicza się:

- dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych,
- dzieci wychowujące się poza rodziną,
- samotne matki,
- kobiety pozostające poza rynkiem pracy,
- ofiary patologii życia rodzinnego,
- osoby bezrobotne,
- osoby żyjące w bardzo trudnych warunkach mieszkaniowych,
- osoby niepełnosprawne,
- osoby chore psychicznie,
- starsze osoby samotne,
- osoby opuszczające zakłady karne,
- imigrantów, mniejszości narodowe<sup>134</sup>.

Autorzy Strategii zauważyli, że starsze, samotne osoby są narażone na marginalizację, a co za tym idzie – na wykluczenie. Sytuacja ta jest związana ze zmieniającymi się trendami kulturowymi oraz singularyzacją polskiej starości. Analiza literatury w aspekcie poruszanej problematyki pozwala stwierdzić, że pomiędzy samotnością, osamotnieniem seniorów a ich marginalizacją i wykluczeniem zachodzi pewnego rodzaju cyrkularność. Przyczynowość kolistą, dającą się zauważyć pomiędzy tymi zjawiskami, nie pozwala w pewnym momencie jednoznacznie określić, która zależność jest przyczyną, a która – skutkiem. Bez wątplenia przeżywanie starości w sposób patologiczny zwiększa ryzyko wystąpienia samotności i osamotnienia, prowadząc do wykluczenia i izolacji społecznej.

Samotność i osamotnienie towarzyszą człowiekowi przez wszystkie okresy życia. Waldemar Furmanek zauważa: „Samotność prędzej czy później dopada każdego, w różnym zakresie i w różnych fazach życia. Jednak w każdym wieku życia człowieka jest ona

<sup>132</sup> Zob. R. Szarfenberg, *Marginalizacja i wykluczenie społeczne*, Warszawa 2006.

<sup>133</sup> Zespół Zadaniowy do Spraw Reintegracji Społecznej, *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*, s. 20.

<sup>134</sup> Zob. tamże.



inna, inne są także jej przyczyny. Zawsze jest syndromem (w większości negatywnych) zjawisk życia osobowego człowieka, przeżywana jest bardzo podmiotowo w zależności od wieku, doświadczeń osobowych, poziomu świadomości<sup>135</sup>. Według Elżbiety Dubas samotność to kluczowa kategoria ludzkiej egzystencji, fundamentalna wartość opisująca sens ludzkiego życia. Zjawisko to należy postrzegać jako coś powszechnego, ponadczasowego, ponadkulturowego<sup>136</sup>. Samotność rozumiana jest najczęściej jako sposób przeżywania siebie. „Może być uczuciem, rodzajem odpowiadania na brak obecności osób, ale też i miejscem rozumienia siebie. Człowiek często nosi samotność w sobie”<sup>137</sup>. Jednoznaczne zdefiniowanie samotności i osamotnienia jest trudne, ponieważ liczni autorzy, koncentrują się na różnych jej aspektach i wymiarach.

Janusz Gajda, dokonując podziału na trzy rodzaje samotności, uwzględnił różne obszary życia człowieka. Badacz wyodrębnił samotność:

- fizyczną (społeczną);
- psychiczną (osamotnienie);
- moralną (duchową)<sup>138</sup>.

Według Gajdy samotność psychiczna jest równoznaczna z osamotnieniem. „Samotność psychiczną można najprościej określić jako stan braku więzi psychicznej – bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem”<sup>139</sup>. Jan Szczepański natomiast podkreśla, że osamotnienie charakteryzuje się brakiem kontaktu z innymi i samym sobą<sup>140</sup>. Według Szczepańskiego osamotnienie bezpośrednio wiąże się z poczuciem pustki, bezsensu i nie jest tożsame z samotnością<sup>141</sup>. Jak podkreślają Elżbieta Januszewska i Andrzej Januszewski, „Samotność niesie w sobie pewien klimat, w którym człowiek odsłania się przed samym sobą, a ponieważ prawda o sobie, którą odkrywa w samotności, czasami bywa bolesna, dlatego zdarza się, że od niej ucieka. Właśnie wtedy samotność przemienia się w osamotnienie”<sup>142</sup>.

Norbert G. Pikuła, podejmując problematykę samotności, wskazał na trzy jej rodzaje:

- samotność światopoglądową, która odnosi się do osób odczuwających ją w momencie wyrażania, przeżywania życia zgodnie ze swoimi poglądami. Doświadczając jej można w przypadku wyznawanych ideologii lub wartości. Osoby wyrażające swoje poglądy mogą być wyśmiewane, nieakceptowane, co ostatecznie może doprowadzić do izolacji i samotności;
- samotność duchową, której doświadczają osoby podejmujące głębokie życie duchowe. Przebywanie w samotności umożliwia im prowadzenie życia duchowego.

<sup>135</sup> W. Furmanek, *Deficyt miłości*, Rzeszów 2012, s. 110.

<sup>136</sup> E. Dubas, *Samotność – uniwersalny „temat” życia ludzkiego i wychowania*, w: *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*, red. P. Domeracki, W. Tyburski, Toruń 2006, s. 330.

<sup>137</sup> A. Grün, *Pokochaj swój wiek. Sztuka starzenia się*, Częstochowa 2008, s. 15.

<sup>138</sup> J. Gajda, *Trzy aspekty samotności jako determinanta stylu życia i uczestnictwa w kulturze*, w: *Zrozumieć samotność...*, dz. cyt., s. 180–183.

<sup>139</sup> J. Gajda, *Samotność i kultura*, Warszawa 1987, s. 87.

<sup>140</sup> J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, Warszawa 1988, s. 21.

<sup>141</sup> Tamże

<sup>142</sup> E. Januszewska, A. Januszewski, *Samotność i osamotnienie doświadczane przez osoby starsze*, w: *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna*, red. P. Brudek, S. Steuden, I. Januszewska, A. Gamrowska, Lublin 2015, s. 50.

Samotność ta polega na prowadzeniu duszy przez Boga w taki sposób, aby nie była ona skrępowana żadną rzeczą, upodobaniem czy wyrażeniem;

- samotność umierającego, której doświadczają osoby umierające w samotności<sup>143</sup>.

Natomiast Elżbieta Jundziłł i Róża Pawłowska, dokonując pogłębionej analizy samotności, wyróżniły jej trzy poziomy:

- 1) samotność w kontekście kontaktów z innymi ludźmi,
- 2) samotność w kontekście bycia w myślach i pamięci innych,
- 3) samotność w kontekście bycia traktowanym instrumentalnie<sup>144</sup>.

Problematyka samotności i osamotnienia rozważana jest zarówno na gruncie pedagogiki, jak i psychologii czy teologii. W licznych opracowaniach wskazuje się na negatywne zabarwienie tych zjawisk oraz degradacyjne konsekwencje dla rozwoju człowieka. W badaniach odnoszących się do tej tematyki podkreśla się, że samotność i osamotnienie nie są ze sobą tożsame. Samotność może być jednak ważnym elementem życia człowieka, poprzez który jednostka ma także możliwość tworzyć, rozwijać się i wzrastać<sup>145</sup>. Zatem należy zwrócić uwagę, nie tylko na pejoratywne znaczenie omawianych zjawisk.

Joanna Wrótniak, dokonując obszernego przeglądu literatury oraz definicji i stanowisk odnoszących się do poczucia samotności, sformułowała następujące wnioski odnoszące się do tego zjawiska:

- „pojęcie to jest niejednoznaczne i trudno poddaje się definiowaniu,
- dotyczy ono każdego człowieka, w każdej fazie jego życia,
- jest nierozzerwalnie związane z ludzką egzystencją, jest wiodącym dylematem ludzkiego życia,
- pełni funkcję napędowych sił ludzkiego życia: budujących lub niszczących,
- o ile samotność może być rozpatrywana w wymiarze pozytywnym oraz negatywnym, o tyle osamotnienie powszechnie postrzegane jest jako zjawisko negatywne,
- samotność jest stanem pozytywnym dla tych, którzy są aktywni i samorealizują się w jakiejś działalności, najdotkliwiej odczuwają samotność ludzie bierni, którzy nie szukają kontaktu ze sobą, ani innymi,
- w społecznej świadomości często pojęcia samotności i osamotnienia uznaje się za tożsame”<sup>146</sup>.

Samotność i osamotnienie mogą zatem przybierać różne formy i być realizowane na różnych płaszczyznach oraz różnych etapach ludzkiego życia. W dysertacji skoncentrowano się na samotności i osamotnieniu osób starszych, których życie w czasach współczesnych w znacznej części jest naznaczone licznymi negatywnymi uwarunkowaniami.

<sup>143</sup> Szerzej: N.G. Piłkuła, *Poczucie sensu życia osób starszych...*, dz. cyt., s. 59–60.

<sup>144</sup> Zob. *Pedagogika człowieka samotnego*, red. E. Jundziłł, R. Pawłowska, Gdańsk 2006, s. 24.

<sup>145</sup> Zob. R. Pawłowska, *Samotność człowieka – rozważania teoretyczne*, w: *Pedagogika człowieka samotnego*, red. R. Pawłowska, E. Jundziłł, Gdańsk 2006.

<sup>146</sup> J. Wrótniak, *Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności*, Lublin 2015, s. 75.

Wojciech Pędich podjął próbę dokonania podziału samotności wśród osób starszych, koncentrując się na stanie posiadania. Na podstawie analiz Pędicha, można wyróżnić następujące rodzaje samotności w okresie starości:

- samotność cywilną bezpośrednio związaną ze stanem cywilnym seniora. W grupę osób samotnych zalicza się tutaj osoby owdowiałe, bezdzietne, niezamężne, rozwiedzione;
- samotność mieszkaniową, związaną z samotnym zamieszkiwaniem;
- samotność socjalną, która przejawia się brakiem kontaktów osobistych z rodziną, przyjaciółmi oraz sąsiadami;
- samotność subiektywną utożsamianą z osamotnieniem. Osoba starsza może przeżywać samotność subiektywną pomimo zamieszkiwania z krewnymi<sup>147</sup>.

Tematyka samotności i osamotnienia osób starszych jest poruszana w licznych opracowaniach<sup>148</sup>, w których wskazane są także przyczyny oraz konsekwencje tego zjawiska. Małgorzata Fopka-Kowalczyk do zbioru czynników warunkujących samotność osób starszych zalicza:

- Społeczne postrzeganie starości i osób starszych. Istotne są tutaj negatywne stereotypy, które licznie występują w społeczeństwie polskim, prowadząc do postrzegania starości jako kłęski, bezradności i niepełnosprawności. Stereotypowy wizerunek seniora warunkuje jego funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i lokalnym, prowadząc do odczuwania samotności i osamotnienia.
- Pogarszający się stan zdrowia seniora implikujący dobrowolną rezygnację z różnego rodzaju aktywności co wpływa na zmniejszający się zakres kontaktów interpersonalnych prowadząc do odczuwania samotności;
- Przebywanie przez osoby starsze w placówkach pomocy społecznej (np. domy pomocy społecznej) wzmacniające w jednostce poczucie samotności i izolacji;
- Samotność i osamotnienie związane także z czynnikami kulturowymi i demograficznymi;
- Posiadanie rodziny, które nie jest czynnikiem pozwalającym jednoznacznie przeciwdziałać samotności i osamotnieniu seniorów, choć może stanowić pewnego rodzaju czynnik chroniący;
- Izolację społeczną, słabe kontakty międzyludzkie stanowiące podstawę odczuwania samotności i osamotnienia przez najstarsze kohorty wiekowe;
- Utratę najbliższych i samotny styl życia<sup>149</sup>.

<sup>147</sup> W. Pędich, *Ludzie starzy*, Warszawa 1996.

<sup>148</sup> Zob. K. Wasilewska-Ostrowska, *Samotność osób starszych w kontekście zmian demograficznych*, „Kultura i Edukacja” /2013, nr 4, s. 234–244; T. Różański, *Samotność i osamotnienie osób starszych jako problem społeczny i edukacyjny*, „Roczniki Pedagogiczne” 2020, nr 4, s. 76–90; J. Wrótniak, *Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku...*, dz. cyt.; L. Dahlberg, N. Agahi, C. Lennartsson, *Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades*, „Archives of Gerontology and Geriatrics” 2018, nr 75, s. 96–103; L. Dahlberg, K.J. McKee, *Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study*, „Aging & Mental Health” 2014, t. 18, nr 4, s. 504–514, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607863.2013.856863?needAccess=true> [dostęp: 19.05.2020].

<sup>149</sup> M. Fopka-Kowalczyk, *Samotność osób starszych i czynniki ją warunkujące*, „Kultura i Edukacja” 2018, nr 1 (119), s. 75.



Wyszczególnioną paletę czynników wpływających na samotność i osamotnienie osób starszych należy rozpatrywać indywidualnie, bowiem subiektywne odczucia i doświadczenia determinują stan emocjonalny i sposób funkcjonowania człowieka starszego.

Samotność osób starszych często jest niedostrzegana przez otoczenie. Bardzo szybko rozwijające się społeczeństwo nie zauważa zmian, jakie zachodzą wśród seniorów, którzy czują się zapomniani i zepchnięci na margines życia społecznego. Osamotnienie przeżywane przez człowieka starszego ma charakter pejoratywny, w związku z tym – niejako w wyniku presji społecznej – kieruje się on w stronę izolacji. Samotność i osamotnienie negatywnie wpływają na jesień ludzkiego życia. Aby poradzić sobie z pojawiającą się nudą, seniorzy zaczynają wspominać minione lata młodości. „Samotny powrót do przeszłości nie zawsze bywa jednak korzystny dla wyalienowanego w swoim środowisku życia starszego człowieka. Może on prowadzić m.in. do stanów depresyjnych, wobec których nierzadko senior jest bezradny”<sup>150</sup>. Słabe utożsamianie się ze środowiskiem zewnętrznym oraz brak identyfikacji z zachodzącymi przemianami powodują, że najstarsza generacja żyje na uboczu. Żyjąc w osamotnieniu, ludzie starsi próbują sobie poradzić z zaistniałą sytuacją. Część z nich bierze udział w różnego rodzaju zajęciach, które mają na celu wieloaspektową aktywizację. Jednak większy odsetek populacji osób w wieku podeszłym swój wolny czas spędza samotnie w domach.

Podjmując problematykę samotności i osamotnienia osób starszych, należy także zwrócić uwagę na szerszy kontekst i podłoże tych zjawisk. Uwarunkowania kulturowe samotności, szczególnie w grupie osób w podeszłym wieku, bezpośrednio związane są z marginalizacją, dyskryminacją wiekową oraz ageizmem.

Współcześnie można zaobserwować kult młodości, atrakcyjności, piękna. Dlatego starość staje czymś na co „nie ma miejsca” w społeczeństwie. Kult młodości i ciała jest jedną z przyczyn marginalizacji seniorów w Polsce, „jedynym słusznym społecznym modelem zdaje się być dzisiaj ciało młode, szczupłe – i w takim rozumieniu – piękne. A niemal cały przekaz medialny nie tylko namawia, ale dostarcza wielorakich instrumentów, by wzorzec ten realizować. Starość podobnie jak otyłość to przypadłość ciała, którą można i trzeba zwalczać”<sup>151</sup>. Stereotypizacja oraz zniekształcony obraz seniorów w społeczeństwie sprzyjają występowaniu różnych form dyskryminacji, co w konsekwencji może prowadzić do wykluczenia społecznego. W Polsce panują liczne negatywne opinie na temat osób starszych. Stereotypy na temat seniorów w większości dotyczą niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej. „Polski stereotyp starości utożsamiany jest z wizją klęski. Brak odpowiedniej edukacji powoduje, że na nieuniknioną starość patrzy się z lękiem”<sup>152</sup>. Anna Kanios wskazuje, że w społeczeństwie polskim funkcjonują dwa rodzaje stereotypów odnoszących się do starości: łagodne i złośliwe. „Łagodne są subtelne i powstają w wyniku naszych świadomych i nieświadomych obaw oraz lęku przed starością. Złośliwe powstają

<sup>150</sup> A. Tokaj, *Starość – czas spotkań, czas wspomnień (refleksje teoretyczne i przykłady empiryczne)*, w: *Starość w perspektywie studiów pedagogicznych*, red. A. Tokaj, Leszno 2008, s. 102.

<sup>151</sup> A.A. Zych, *Leksykon...*, dz. cyt., s. 93.

<sup>152</sup> P. Kocimska, *Starość wyzwaniem dla współczesności*, „Niebieska Linia” 2003, nr 5 (28), s. 7.

w wyniku procesu stereotypizacji prowadzącego do przekonania, że ludzie starzy są bezwartościowi i zbędni społecznie<sup>153</sup>. Współczesne trendy kulturowe przedstawiają seniora jako jednostkę niesamodzielną, wymagającą opieki i wsparcia. Pesymizm i niezadowolenie z życia, to stereotypowe cechy wieku senioralnego. Ludzie starsi postrzegani są jako jednostki izolujące się od otoczenia i środowiska, w którym żyją. Uważa się, że są ciężarem dla najbliższych i państwa. Do stereotypowych cech starości zalicza się także: biedę, bezużyteczność, malkontenctwo, chorowitość, utratę sił seksualnych oraz brzydotę. Obraz osób w podeszłym wieku w Polsce w bardzo dużym stopniu nadal kreowany jest na podstawie panujących stereotypów. To one przyczyniły się do powstania ageizmu, a co za tym idzie – gerontofobii. Negatywne i uogólnione opinie utrudniają prawidłowe funkcjonowanie najstarszego pokolenia w społeczności.

Adam A. Zych, dokonując podziału różnych form dyskryminacji osób w podeszłym wieku, wskazał na:

- dystansowanie się, unikanie bliższych kontaktów z seniorami;
- dewaluowanie czyli rozpowszechnianie stereotypów, przekonań dotyczących negatywnych cech osób starszych;
- delegitymizację, czyli utrwalanie negatywnych stosunków jednych osób do innych w postaci aktów prawnych, co prowadzi do wykluczenia;
- segregację polegającą na izolacji osób lub grup od reszty środowiska;
- eksterminację – biologiczne wyniszczenie ludzi<sup>154</sup>.

Według Zycha dyskryminacja seniorów może przebiegać na różnych płaszczyznach, często w sposób nieświadomy, oparty na negatywnym obrazie tej grupy wiekowej<sup>155</sup>.

Analiza literatury przedmiotu pozwala przyjąć, że dyskryminacja, marginalizacja oraz wykluczenie są zjawiskami zależnymi od siebie, których występowanie często rozpoczyna się już w rodzinie czy też środowisku lokalnym seniora. Mnogość problemów osób starszych obecnych w przekazie medialnym i społecznym, mocno utrwalonych, sprowadza obraz tej grupy wiekowej do jednostki niesamodzielnej, zależnej, potrzebującej pomocy i wsparcia, nieproduktywnej, co w konsekwencji prowadzi do marginalizacji i wykluczenia społecznego.

Jak zauważa Ilona Fajfer-Kruczek, „U podstaw rozwoju każdej osoby leży potrzeba bycia w wielorakich związkach społecznych, które przybierają formę więzi i realizacji na różnych płaszczyznach. Determinizm uczestnictwa społecznego jest bardzo naturalny i stanowi przeciwieństwo procesów wykluczających i marginalizujących<sup>156</sup>. Każda jednostka, niezależnie od wieku, dąży do „bycia w społeczeństwie”, niemniej jednak wraz z upływem lat zmniejsza się zakres pełnionych ról społecznych, co stopniowo może prowadzić do wycofywania się z życia społecznego, samotności, osamotnienia czy wyklucze-

<sup>153</sup> A. Kanios, *W stronę integracji czy wykluczenia społecznego – poglądy pracowników socjalnych na temat osób starszych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia” 2016, nr 1, s. 117.

<sup>154</sup> A.A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia”...*, dz. cyt.

<sup>155</sup> Tamże.

<sup>156</sup> I. Fajfer-Kruczek, *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością...*, dz. cyt., s. 35.

nia i marginalizacji. Panujące trendy kulturowe, sytuacja demograficzna, stereotypizacja seniorów prowadzą do ich wykluczenia z życia społecznego przez młodsze pokolenia, tym samym znacznie obniżając jakość życia osób starszych.

Seniorzy chcący uczestniczyć w życiu społecznym napotykać trudności, które skłaniają ich do wycofania. Nieobecność w życiu publicznym członków najstarszej generacji jest widoczna, jednak młodsze pokolenia nie zauważają problemów starszych. „Organizacja społeczeństwa na każdym niemal kroku daje do zrozumienia starszej osobie (często też osobom w średnim wieku), że jest ona bezużyteczna, że nie jest pełnoprawnym jego członkiem, że liczą się tylko młodzi, sprawni i dynamiczni”<sup>157</sup>.

Poruszając zagadnienia związane z wykluczeniem i marginalizacją osób starszych, należy także zwrócić uwagę na alienację i izolację starszych grup wiekowych. Alienacji i izolacji społecznej seniorów sprzyja nieprzestrzeganie ich praw oraz brak zainteresowania ich potrzebami. „Alienację starszego pokolenia należałoby postrzegać w nieco innej płaszczyźnie niż jego izolację. Jeżeli izolacja starszych ludzi polega na spychaniu starszego pokolenia na margines życia społecznego, to alienacja sprowadza się raczej do braku zainteresowania ich sytuacją i potrzebami, obojętności wobec tej zbiorowości, pozostawienia jej ze swoimi problemami lub dążenia do przeniesienia obowiązku pomocy na instytucje i organizacje, w tym pomoc społeczną, jednym słowem – do bierności najbliższego otoczenia”<sup>158</sup>. Na skutek negatywnych postaw i uprzedzeń senior na marginesie życia pozostaje sam, nie mogąc liczyć na wsparcie zarówno ze strony najbliższych, jak i dalszego otoczenia. Samotność i osamotnienie mogą być zarówno przyczynami, jak i skutkami marginalizacji i są nieodzownym elementem wykluczenia społecznego. Samotność może występować w różnego rodzaju placówkach opiekuńczych, hospicjach, szpitalach, ale także – w rodzinnym domu. Wynika ona z choroby, wieku, bezradności, odrzucenia oraz braku akceptacji samego siebie i swojego życia. Jest trójwymiarowa, bowiem przebiega w wymiarze społecznym, psychicznym oraz moralnym.

Jak zostało zasygnalizowane we wcześniejszych rozważaniach, starość w społeczeństwie polskim jest związana z niekorzystnymi postawami wobec starości i osób starszych, negatywnym obrazem tejże grupy wiekowej, kulturą pośpiechu, w której nie ma miejsca dla jednostek słabych, chorych, niesamodzielnych. Wszystkie te składowe przyczyniają się do wykluczenia seniorów z przestrzeni społecznej. Szczególnie mocno problem wykluczenia i marginalizacja seniorów uwidaczniają się wśród grupy osób starzejących się w sposób patologiczny, chorobowy, gdzie zakres zależności od osób trzecich jest stosunkowo duży. Pomimo licznych działań mających na celu integrację międzypokoleniową, waloryzację ostatniej fazy ludzkiego życia, w społeczeństwie nadal panuje wypaczony obraz sędziwego staruszka, który wymaga wsparcia i opieki. Społeczeństwa często zapominają, że starość może przebiegać także w sposób pomyślny, pozwalający na odczuwanie wysokiej jakości i satysfakcji życia.

<sup>157</sup> B. Synak, *Pozycja społeczna ludzi starych w warunkach zmian ustrojowych i cywilizacyjno-kulturowych*, w: *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, red. B. Synak, Gdańsk 2000, s. 13.

<sup>158</sup> D. Wojtczak, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, „Praca Socjalna” 2005, nr 2, s. 25.

Osamotnienie i samotność osób starszych wynikają z braku akceptacji i zrozumienia. Negatywne nastawienie społeczeństwa do okresu starości wpływa na rozluźnienie więzi pomiędzy młodszym a starszym pokoleniem. Brak bliskości powoduje wycofywanie się z życia społecznego i rodzinnego. Senior nie może liczyć na wsparcie ze strony otoczenia.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na nową płaszczyznę wykluczenia osób starszych, o której coraz częściej mówi się w debacie społecznej, a mającą związek z dokonującą się transformacją w życiu społecznym, ale także technologicznym. Wykluczenie technologiczne seniorów stanowi obszar większego zainteresowania badaczy, którzy podkreślają, że współcześnie aktywność osób starszych w przestrzeni wirtualnej jest niska. „Pojęcie «wykluczenia cyfrowego» nawiązuje do koncepcji «wykluczenia społecznego» rozumianego jako brak dostępu do określonych dóbr niezbędnych do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. [...] Wykluczenie cyfrowe, choć tożsame z wykluczeniem społecznym ze względu na skutki, jest jednak zjawiskiem bardziej złożonym, na które składa się wiele różnych czynników decydujących o znalezieniu się w grupie osób zagrożonych. W grę wchodzi zarówno fizyczny dostęp do Internetu, jak również cała gama przesłanek natury psychologicznej”<sup>159</sup>. Głównymi czynnikami warunkującymi wykluczenie cyfrowe jest wiek i wykształcenie, w mniejszym stopniu – miejsce zamieszkania i sytuacja finansowa. Grupa 65+ korzysta z Internetu zdecydowanie rzadziej niż osoby młodsze<sup>160</sup>. Tymczasem brak aktywności w świecie wirtualnym warunkuje współcześnie dostęp do informacji; „[...] informacje o wydarzeniach kulturalnych, łatwe do znalezienia w sieci, są słabiej dostępne poza nią. Problemy, które się w związku z tym pojawiają, związane są z narastaniem barier w porozumiewaniu się osób z różnych pokoleń. Światy młodszych internautów i starszych nieinternautów oddalają się od siebie coraz bardziej”<sup>161</sup>. Bez wątpienia „brak seniorów” w przestrzeni wirtualnej wpływa na ich poczucie wykluczenia i izolacji. Cyfryzacja przyczyniła się do konieczności bycia aktywnym odbiorcą nowych technologii. Sytuacja gdy jednostka nie korzysta z nowych mediów, może stanowić przesłankę do stopniowego wykluczenia cyfrowego. Wykluczenie to stanowi obszar zainteresowań wielu badaczy<sup>162</sup>, którzy zauważają, że seniorzy często nie odczuwają potrzeby korzystania z Internetu, nie wiedzą, czemu przestrzeń wirtualna miałaby im służyć.

Wykluczenie, alienacja, izolacja, ekskluzja – pojęcia te są nierozzerwalne, przenikają się wzajemnie i oddziałują na funkcjonowanie człowieka starszego w społeczeństwie, które zmienia się bardzo szybko. Pozbawienie seniorów dostępu do różnego rodzaju usług, dóbr, instytucji, wpływa na ograniczanie kontaktów społecznych, co powoduje

<sup>159</sup> Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, *Wykluczenie cyfrowe w Polsce*, Warszawa 2015, s. 5.

<sup>160</sup> Tamże.

<sup>161</sup> J. Kliszcz, *Psychologia potrzeb osób starszych...*, dz. cyt., s. 83.

<sup>162</sup> Ł. Tomczyk, *O wykluczeniu cyfrowym seniorów w z informatyzowanym świecie*, [https://www.academia.edu/download/32762741/914\\_016\\_Tomczyk\\_-\\_o\\_wykluczeniu.pdf](https://www.academia.edu/download/32762741/914_016_Tomczyk_-_o_wykluczeniu.pdf) [dostęp: 22.03. 2021]; Ł. Tomczyk, *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*, Warszawa 2015; B. Szmigielska, A. Bąk, M. Hołda, *Seniorzy jako użytkownicy Internetu*, „Nauka” 2015, nr 2, s. 141–155; J. Kuchta, *Seniorzy online czy offline? O wykluczeniu cyfrowym starszego pokolenia*, „Studia Kulturoznawcze” 2013, nr 2, s. 165–178; *Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec internetu*, Raport Otwarcia Koalicji „Dojrzałość w sieci”, red. D. Batorski, J.M. Żajac, Warszawa 2010.

pojawienie się osamotnienia, z którym jednostka żyjąca na uboczu społecznym nie jest w stanie sama sobie poradzić. Taka sytuacja może prowadzić do obniżenia jakości życia, utraty kontaktów interpersonalnych, nieumiejętnego funkcjonowania w społeczeństwie pośpiechu, zaprzestania zaspokajania potrzeb wyższego rzędu i tym samym odczuwania frustracji i niezadowolenia. W kontekście omawianej problematyki ważnym było ukazanie wpływu wykluczenia, samotności i osamotnienia seniorów na jakość ich życia.

Jakość życia determinowana jest mnogością czynników i zjawisk, które zachodzą w społecznościach lokalnych, rodzinach, ale także w wymiarze indywidualnym. Zachodzące zmiany społeczne często pozbawiają seniorów stałości i poczucia bezpieczeństwa, co wpływa na ich satysfakcję życiową. Wśród licznych problemów współczesnych seniorów szczególnie mocno uwidacznia się poczucie wykluczenia, samotności i osamotnienia. Tych negatywnych zjawisk często osoby starsze doświadczają w domu rodzinnym, wśród krewnych, najbliższych, przyjaciół czy też sąsiadów. Panujący trend na życie „w pośpiechu” determinuje zachowania młodych pokoleń, które często zapominają o najstarszych członkach rodziny, tłumacząc to „brakiem czasu”.

## 5. Jakość życia osób starszych a pomyślnie starzenie się

Tematyka jakości życia w gerontologii jest szeroko poruszana, szczególnie teraz, kiedy liczba osób starszych wzrasta. Współcześni seniorzy różnią się od tych sprzed 10–20 lat, są pewniejsi siebie, otwarci na zmiany, znają swoje prawa i możliwości. Stopniowo wzrasta także społeczna świadomość na temat osób starszych, ich potencjału, możliwości aktywizacji. Pomimo coraz bogatszej oferty społeczeństw lokalnych kierowanej do ich najstarszych członków, sytuacja osób starszych w Polsce nie napawa optymizmem, o czym mogą świadczyć europejskie raporty odnoszące się do Indeksu Aktywnego Starzenia<sup>163</sup>.

Kategoria jakości życia dotyczy wszystkich obszarów życia, dlatego też trudne staje się jednoznaczne ustalenie definicji tego zagadnienia. „Mozaikowość ujmowania jakości życia prowadzi do wielu nieścisłości i niedomówień w zakresie rozumienia tej kategorii pojęciowej. Z kolei próby uporządkowania i uściślenia szerokiego ujmowania tego terminu zdają się jeszcze bardziej poszerzać możliwości jego interpretacji. Choć z drugiej strony, wieloznaczność i złożoność tego terminu stanowi podstawę prowadzenia interdyscyplinarnych analiz”<sup>164</sup>. W literaturze przedmiotu można znaleźć liczne definicje jakości życia, które uwzględniają różne obszary ludzkich działalności i odwołują się do nich. Poza kategorią jakości życia używane są – często zamiennie – także takie terminy jak: dobrostan, warunki życia, poziom życia, standard życia, stopa życiowa, sposób życia czy styl życia. Dotychczas nie określono też jasno różnic czy podobieństw między tymi pojęciami-

<sup>163</sup> Zaidi A. i in., *Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results*, Vienna 2013; European Commission, United Nations, *Active Ageing Index 2014 for 28 European Union Countries*, Brussels 2014; European Commission, United Nations, *Active Ageing Index 2014*, Brussels 2015; European Commission, United Nations, *Active Ageing Index 2014. Analytical Report*, Brussels 2015.

<sup>164</sup> I. Mandrzejewska-Smól, *Aktywność edukacyjna i zawodowa osób w wieku emerytalnym w perspektywie pomyślnego starzenia się...*, dz. cyt., s. 41.



mi, a brak podstawowego chociażby uporządkowania często prowadzi do teoretycznych i praktycznych sprzeczności.

Według Romualda Kolmana jakość życia to „stopień zaspokojenia potrzeb duchowych i materialnych człowieka, stopień zaspokojenia wymagań określający poziom materialnego i duchowego bytu jednostki i całego społeczeństwa, stopień spełnienia oczekiwań umownej normalności w działaniach i sytuacji codziennego życia jednostek i społeczeństwa”<sup>165</sup>. Zdaniem Augustyna Bańki jakość życia to „[...] efekt rozwoju jednostki, czyli skutek procesu konstruowania standardów porównań dla osiągalnych w czasie informacji, z jednej strony, oraz wypadkowa rozłożonego w czasie procesu konstruowania sądów o życiu, będących mentalnymi reprezentacjami życia i regulatorami procesu przetwarzania napływających informacji”. Bańka również wyraźnie podkreśla, że człowiek oceniający jakość życia korzysta z 4 podstawowych źródeł: przeszłych doświadczeń, teraźniejszych przeżyć, oczekiwań związanych z przyszłością oraz opinii społecznej”<sup>166</sup>. Robert A. Cummins podkreśla natomiast, że jakość życia może być rozpatrywana w sposób obiektywny, jak i subiektywny. Według Cumminsa jakość życia zawiera siedem podstawowych zakresów, takich jak: zdrowie, dobry stan materialny, produktywność, zażyłość, bezpieczeństwo, społeczność i dobry stan emocjonalny<sup>167</sup>. W toku badań nad jakością życia Cummins w 2004 roku zmodyfikował strukturę jakości życia i obecnie, według tego autora, składają się na nią: standard życia, stan zdrowia, osiągnięcia życiowe, stosunki i relacje z innymi osobami oraz stosunki ze społeczeństwem, osobiste bezpieczeństwo, a także zabezpieczenie na przyszłość<sup>168</sup>.

Jakość życia osób starszych stanowi tematykę licznych opracowań naukowych, w których mocno wybrzmiewa konieczność zwrócenia uwagi na fakt, że czasy współczesne niewątpliwie wymagają wzmożonej aktywności seniorów w kontekście uczestnictwa społecznego, przeciwdziałania marginalizacji i samotności. W początkowych latach badań nad jakością życia była ona utożsamiana z dobrostanem ekonomicznym i rozpatrywana w kontekście dobrostanu materialnego. W latach 60. minionego wieku zakres tego pojęcia został znacznie poszerzony<sup>169</sup>. Jakość życia zaczęła być rozpatrywana i definiowana w aspekcie „zdrowia i życia człowieka w jego środowisku, a także z obszarem potrzeb psychicznych oraz takimi zmiennymi jak wolność osobista i satysfakcja z różnych sfer życia”<sup>170</sup>. Obecnie Światowa Organizacja Zdrowia, definiując jakość życia, stwierdza, że należy przez nią rozumieć „postrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami”<sup>171</sup>. Literatura przedmiotu wskazuje, że jakość życia jest determino-

<sup>165</sup> R. Kolman, *Zespoły badawcze jakości życia*, „Problemy Jakości”, 2000, nr 2, s. 2.

<sup>166</sup> A. Bańka, *Psychologia jakości życia*, Poznań 2005.

<sup>167</sup> R.A. Cummins, *Comprehensive Quality of Life Scale – Intellectual/Cognitive Disability: ComQol – I5, 5th ed.*, Melbourne 1997, s. 7.

<sup>168</sup> R.A. Cummins, *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability, 2nd ed.*, Melbourne 2004, s. 5.

<sup>169</sup> N. Pikuła, *Zdrowie i aktywność społeczna...*, dz. cyt., s. 315.

<sup>170</sup> W. Okła, S. Steuden, *Wprowadzenie w problematykę jakości życia*, w: *Jakość życia w chorobie*, red. S. Steuden, W. Okła, Lublin 2007, s. 5.

<sup>171</sup> World Health Organization, *WHOQOL. Measuring Quality of Life*, [www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) [dostęp: 18.08.2020].

wana stanem zdrowia fizycznego i psychicznego, stopniem niezależności, głębokością i jakością kontaktów społecznych, poglądami, wierzeniami, przekonaniem, religią, rodzajami i formami realizowanych aktywności oraz potrzebami<sup>172</sup>. Katarzyna Baumann, podejmując problematykę jakości życia, wyszczególnia szereg czynników, które ją warunkują. Według badaczki są to: dobrostan materialny (niezależność finansowa, zabezpieczenie finansowe, dobra materialne), dobrostan fizyczny, dobrostan społeczny, dobrostan osobisty, satysfakcja z życia, cel życia, dobrostan estetyczny, dobrostan moralny, radość życia, dobrostan moralny, duchowość, życie terażniejszością oraz koniec życia ze szczególnym uwzględnieniem jakości umierania<sup>173</sup>. Analiza problematyki jakości życia, pozwala stwierdzić, że zestaw czynników ją determinujący uwzględnia holistyczny wymiar ludzkiego życia i wiele płaszczyzn funkcjonowania człowieka starszego w środowisku lokalnym, a także w całej społeczności. Istotnym zatem staje się pozycja społeczna ludzi starszych, którzy na przestrzeni wieków stanowili grupy szanowane, traktowane jako autorytety, podczas gdy współcześnie następuje ich marginalizacja i wykluczenie z życia społecznego.

Problematyka jakości życia najstarszych kohort wiekowych dotyczy wielu płaszczyzn i jest związana z licznymi uwarunkowaniami – zarówno o charakterze biologicznym, psychologicznym – jak i społecznym oraz duchowym. Według Pikuły czynnikami wpływającymi na jakość życia seniorów są: stopień niezależności, głębokość i jakość kontaktów społecznych, poglądy, wierzenia, przekonania, religia, a przede wszystkim aktywność<sup>174</sup>. Beata Tobiasz-Adamczyk, uwzględniając medyczny aspekt jakości ludzkiego życia, podkreśla znaczenie dobrego stanu zdrowia, braku chorób i niepełnosprawności<sup>175</sup>. Badaczka zaznacza, że „jakość życia” w ujęciu gerontologicznym obejmuje wiele płaszczyzn funkcjonowania osoby starszej, między innymi: kontynuowanie pracy, warunki finansowe, zakres kontaktów międzyludzkich, ruchliwość, warunki mieszkaniowe, niezależność, uczenie się, doskonalenie oraz satysfakcję życiową<sup>176</sup>. Tobiasz-Adamczyk wskazuje na trzy kategorie wskaźników jakości życia wśród osób starszych:

- a) sprawność funkcjonalną,
- b) stan psychologiczny,
- c) zakres interakcji społecznych<sup>177</sup>.

Norbert G. Pikuła podaje aktywność społeczną oraz poczucie sensu życia jako istotne czynniki warunkujące jakość życia seniorów<sup>178</sup>. Zofia Szarota natomiast podkreśla znaczenie zdarzeń krytycznych wpływających na jakość życia osób starszych. Badaczka zaznacza również, że istotny wpływ na omawiane zjawisko ma poczucie przynależności

<sup>172</sup> N. Pikuła, *Zdrowie i aktywność społeczna...*, dz. cyt., s. 313–326.

<sup>173</sup> K. Baumann, *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, „Gerontologia Polska” 2006, t. 14, nr 4, s. 165–171.

<sup>174</sup> N. Pikuła, *Zdrowie i aktywność społeczna...*, dz. cyt., s. 312–317.

<sup>175</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego*, w: *Socjologia Medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Warszawa 2009, s. 6.

<sup>176</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Społeczne aspekty starzenia się i starości...*, dz. cyt., s. 40.

<sup>177</sup> *Przemoc wobec osób starszych*, red. B. Tobiasz-Adamczyk, Kraków 2009, s. 69–77.

<sup>178</sup> N. Pikuła, *Zdrowie i aktywność społeczna...*, dz. cyt.; N.G. Pikuła, *Poczucie sensu życia osób starszych...*, dz. cyt.

oraz respektowanie praw seniora<sup>179</sup>. Joanna K. Wawrzyniak wskazuje z kolei, że jakość życia najstarszej populacji jest determinowana poziomem zaspokojenia potrzeb<sup>180</sup>. Tymczasem Adam. A. Zych zauważa, że niejednorodność definicyjna jakości życia pozwala ją rozpatrywać w kategoriach wartościujących i niewartościującym, w wymiarze globalnym, ograniczonym, indywidualnym, zbiorowym, subiektywnym lub obiektywnym<sup>181</sup>. Jakość życia seniorów koreluje z ogólnymi kategoriami – takimi jak zdrowie, aktywność, środowisko – ale także odnosi się do specyficznych uwarunkowań, często subiektywnych sytuacji i zdarzeń. Aleksandra Błachnio, dokonując rozległej analizy badań nad jakością życia seniorów, stworzyła katalog predyktorów, które warunkują w sposób negatywny lub pozytywny jakość życia osób starszych<sup>182</sup>. Tabela 2 (s. 52–53) prezentuje zestawienie zaprezentowane przez Błachnio.

Jak wskazują dane zawarte w tabeli 2, katalog czynników warunkujących jakość życia w starości jest obszerny i dość mocno zróżnicowany. Badacze starają się z różnych perspektyw wskazać elementy, które w sposób negatywny i pozytywny wpływają na jakość ludzkiego życia. Analiza wyżej wymienionych czynników pozwala stwierdzić, że jakość życia osób starszych jest w dominujący sposób determinowana przez stan zdrowia fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Jakość życia seniorów bezpośrednio wiąże się z odczuwanym dobrostanem i satysfakcją, co ma odzwierciedlenie z koncepcji pomysłnego starzenia.

Tabela 2. Predyktory jakości życia

Kategorie nadrzędne	Specyficzne czynniki	Wpływ na aspekt jakości życia (pozytywny/negatywny)	Literatura
Zdrowie	- przewlekła choroba, choroby cywilizacyjne (choroby układu krążenia, nowotwory) - depresja - ograniczona sprawność funkcjonalna - sprawność fizyczna - trudności w realizacji codziennych czynności	- negatywny  - negatywny - negatywny  - pozytywny - negatywny	- Bowling i in., 2003; - Zaninotto i in., 2009; - Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, 2010; - Towers, Yeung, Stevenson, Stephens, Alpass, 2015;
Dieta	- niedożywienie, ryzyko niedożywienia - nadwaga; otyłość	- negatywny  - negatywny	- Mirczak, Pikuła 2014;

<sup>179</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość...*, dz. cyt., s. 78.

<sup>180</sup> A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość...*, dz. cyt., s. 115.

<sup>181</sup> A.A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia”...*, dz. cyt., s. 213–219.

<sup>182</sup> A. Błachnio, *Potencjał osób w starości...*, dz. cyt., s. 130–169.

Aktywność	- realizacja zadań życiowych - działania na rzecz społeczności lokalnej - osiągnięcie celów	- pozytywny - pozytywny - pozytywny	- Giuli i in., 2014; - Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, 2010; - Towers, Yeung, Stevenson, Stephens, Alpass, 2015; - Bowling i in., 2013; - Cantor, Blanton, 1996; - Oishi, Diener, 2001;
Edukacja permanentna	- uniwersytet trzeciego wieku	- pozytywny	- Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, 2010;
Socjoekonomiczny kontekst	- dostęp do samochodu - dochód  - posiadanie domu na własność - wyższy poziom wykształcenia - brak zdolności do pracy zarobkowej - bycie na emeryturze	- pozytywny - wyższy – pozytywny; niski – negatywny - pozytywny  - pozytywny -negatywny  - pozytywny	- Bowling i in., 2003; - Zaninotto i in., 2009; - Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, 2010; - Bielderman, 2016;
Środowisko	- miejsce zamieszkania  - dom pomocy społecznej	- pozytywny (miasto – pozytywny, wieś – negatywny)  - negatywny	- Halicka, Pędich, 2003; - Mirczak, Pikuła, 2014; - Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, 2010;
Czynniki psycho-społeczne	- wielkość sieci społecznej - bliskie (ufne) relacje z dziećmi, rodziną i przyjaciółmi - wsparcie społeczne - liczba bliskich przyjaciół - poczucie użyteczności - poczucie osamotnienia - społeczna izolacja	- pozytywny - pozytywny  - pozytywny - pozytywny - pozytywny - negatywny - negatywny	- Bowling i in., 2003; - Zaninotto i in., 2009; - Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, 2010; - Towers, Yeung, Stevenson, Stephens, Alpass, 2015;
Własności Ja	- poczucie kontroli - poczucie koherencji - autonomia - optymizm życiowy	- pozytywny - pozytywny - pozytywny - pozytywny	- Bowling i in., 2003; - Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, 2010; - Srivastava, Das, 2013;
Osobowość	- neurotyzm - ekstrawertyzm - sumienność	- negatywny - pozytywny - pozytywny	- Srivastava, Das, 2013;
Zmienne demograficzne	- płeć - wiek	- mężczyźni mieli niższy poziom jakości życia - negatywny	- Zaninotto i in., 2009;

**Źródło:** A. Błachnio, *Potencjał osób w starości...*, dz. cyt., s. 133.

Jak zostało podkreślone we wcześniejszych rozważaniach, pomyślne starzenie się ściśle łączy się z zdrowiem, brakiem wielochorobowości, dobrymi relacjami, uwarunkowaniami środowiskowymi, osobowościowymi, a także sytuacją materialną. Pomyślne starzenie ściśle wpisuje się w założenia i uwarunkowania jakości życia. Im lepiej człowiek przeżywa swoją starość, jest samodzielny i niezależny, umiejętnie realizuje zadania rozwojowe starości, tym wyższą jakość życia odczuwa. Jednostki, które doświadczają starości

patologicznej, naznaczonej chorobą i upośledzeniem w samodzielnym funkcjonowaniu, mają ograniczone możliwości samodzielnego zaspokajania potrzeb rozwojowych, co znajduje odzwierciedlenie w niższym poziomie jakości życia. „Różne schorzenia i dolegliwości, z powodu których ludzie cierpią, ich subtelność, a często odrębna specyfika, modyfikują sposób doświadczania jakości życia przez te osoby”. Na podstawie analizy literatury przedmiotu można wnioskować, że jakość życia rozpatrywana jest w aspekcie uwarunkowań zdrowotnych, dlatego też ściśle wiąże się z pomyślnym starzeniem.

W momencie przeżywania pomyślnej starości człowiek lepiej akceptuje zachodzące zmiany, prezentuje postawę konstruktywną wobec własnej starości, odczuwa pozytywne wzmocnienia, które pozwalają mu na lepsze funkcjonowanie w gronie rodzinnym i środowisku lokalnym. Brak poczucia osamotnienia i samotności, możliwość partycypacji społecznej, przekładają się na zakres pełnionych ról w starości, a tym samym generują postrzeganie i przeżywanie starości w sposób dający satysfakcję i odczucie wysokiej jakości życia.

Bez wątplenia problematyka jakości życia i jej uwarunkowań w kontekście starzejących się społeczeństw stanowi obszar w pełni niepoznany, pozostający w centrum zainteresowań badaczy, którzy z różnych perspektyw starają się uchwycić czynniki wpływające na odczuwany dobrostan ludzi starszych. Holistyczne postrzeganie człowieka starszego pozwala osadzić rozważania nad jakością życia na czterech podstawowych płaszczyznach życia i zdrowia, które wzajemnie się przenikają. Zarówno komponenty zdrowia fizycznego, psychologicznego, społecznego czy też duchowego mają znaczenie dla odczuwanej jakości życia, wpływając na poziom i zakres zaspokajanych potrzeb, co ściśle wiąże się z pomyślnym starzeniem.

Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że jednym z najważniejszych czynników dla jakości ludzkiego życia – szczególnie w starości – jest stan zdrowia<sup>183</sup>. Brak chorób przewlekłych, które upośledzałyby samodzielne funkcjonowanie człowieka, powoduje, że jednostka lepiej postrzega swoją sytuację. Pomyślne starzenie się i czynniki na nie wpływające mają odzwierciedlenie w odczuwanej jakości życia. Wcześniejsze rozważania dotyczące pomyślnego starzenia się miały na celu zobrazowanie, jak wiele komponentów przyczynia się do odczuwania dobrostanu. Jakość życia seniorów, którzy starzeją się w sposób pomyślny jest znacznie wyższa od osób przeżywających starość patologiczną. Brak jednostek chorobowych, dobra, subiektywna ocena własnego zdrowia przez seniora, pozwalają mu na lepsze postrzeganie swoich możliwości i potencjału. Niezależność i samodzielność umożliwiają seniorowi optymalne funkcjonowanie, dając zadowolenie i satysfakcję.

---

<sup>183</sup> A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Wymiary jakości życia w podeszłym wieku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, nr 4, s. 465–469; G. Łój, *Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska” 2016, nr 4, s. 153–157; M. Pasik, *Wyznaczniki jakości życia u osób w wieku emerytalnym*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica” 2005, nr 9, s. 65–79; B. Bień, *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku...*, dz. cyt., s. 42–45; *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, red. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź, Warszawa 2012; E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia: perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Katowice 2008.



## ROZDZIAŁ II

### ŚRODOWISKO LOKALNE WOBEC POTRZEB OSÓB STARSZYCH

W pierwszym rozdziale niniejszej dysertacji podjęto próbę nakreślenia czynników warunkujących jakość życia seniorów, których starość może przebiegać pomyślnie, prawidłowo lub też patologicznie. Jak wykazały dotychczasowe rozważania, istotnym elementem, który determinuje dobrostan osób starszych jest środowisko lokalne, szczególnie rodzina, krewni, przyjaciele czy też sąsiedzi. Wobec prognoz demograficznych, coraz większe znaczenie przypisuje się także instytucją i placówką, które działają na rzecz osób starszych.

W niniejszym rozdziale skoncentrowano się na roli środowiska lokalnego wobec potrzeb osób starszych. Pierwszy paragraf odnosi się do polityki społecznej wobec osób starszych. Dokonano tam analizy dotychczasowych opracowań, które regulują zakres zadań realizowanych przez odpowiednie podmioty państwowe wobec starzejących się kohort. W paragrafie drugim skoncentrowano się na instytucjonalnych formach wsparcia osób starszych. Wskazano na rolę i zadania, wybranych instytucji działających w środowisku lokalnym seniorów, w aspekcie uspołeczniania, przeciwdziałania marginalizacji i wykluczenia najstarszych. Paragraf trzeci poświęcony jest znaczeniu rodziny w życiu seniorów, ze szczególnym uwzględnieniem funkcji opiekuńczej. W paragrafie tym zostały zaprezentowane i omówione role jakie osoby starsze mogą spełniać w rodzinie a także jak krewni wpływają na jakość życia najstarszych członków rodzin. Wskazano także na problemy bliskich, którzy wraz z wystąpieniem chorób, przyjmują rolę opiekunów nieformalnych. Ostatni paragraf odnosi się do wyzwań i zadań jakie stoją przed polityką senioralną rodzinami wobec starzenia się społeczeństw.

#### 1. Polityka społeczna wobec potrzeb osób starszych

Postępujące zmiany demograficzne generują potrzebę modyfikacji działań, organizacji i instytucji na szczeblu centralnym, jak i regionalnym. Polska należy do czołówki państw europejskich, które starzeją się najszybciej. Wobec prognoz demografów zasadnym staje się wprowadzanie długofalowych zmian w obszarze usług skoncentrowanych na osobach starszych. Nabierają na znaczeniu interdyscyplinarne działania, poprzez które możliwe staje się wpływanie na jakość życia seniorów w Polsce. Według Elżbiety Trafiałek przekształcenia muszą skoncentrować się na profilowaniu opieki medycznej, uruchamianiu zróżnicowanych form opieki i wsparcia w środowisku lokalnym, propagowaniu nowego modelu życia<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> E. Trafiałek, *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku...*, dz. cyt. s. 11.

Konsekwencje dynamicznie postępującego procesu starzenia – zarówno w Polsce, jak i w całej Europie – obejmują liczne zagadnienia ekonomiczne, kulturowe, medyczne, aksjologiczne, socjalne, psychologiczne i polityczne. Niejako w odpowiedzi na wydłużenie ludzkiego życia i znaczny wzrost liczebności osób starszych w społeczeństwach, zarówno Unia Europejska, jak i poszczególne państwa, podejmują działania w ramach polityki senioralnej mającej na celu prowadzenie działań o charakterze wielowymiarowym, poprzez które wpływ na jakość życia najstarszych generacji staje się realny.

Polityka senioralna w Polsce definiowana jest jako „ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się”<sup>2</sup>. Literatura przedmiotu wyróżnia trzy zasadnicze subkategorie polityki społecznej odpowiadające na potrzeby starzejących się społeczeństw. Politykę społeczną wobec najstarszej generacji w Polsce należy rozpatrywać w trzech aspektach, tj. jako:

- a) politykę społeczną wobec starości jako fazy życia,
- b) politykę społeczną wobec osób starszych,
- c) politykę społeczną w perspektywie przebiegu życia<sup>3</sup>.

Według Barbary Szatur-Jaworskiej celem polityki społecznej wobec ostatniej fazy życia jest „wspomaganie jednostek w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi i sytuacjami, które są typowe – w określonych warunkach historycznych – dla tej fazy życia; zapewnianie starości pozycji równoprawnej z innymi fazami życia oraz kształtowanie jej pozytywnego obrazu w świadomości społecznej”<sup>4</sup>. Piotr Szukalski natomiast wskazuje, że „jest to polityka dynamiczna, projektująca, kształtująca procesy społeczne i demograficzne. Ma ona na celu wprowadzenie takich rozwiązań, które umożliwiają jednostce (z odpowiednim wyprzedzeniem) przygotowanie do nadejścia ostatniego etapu życia”<sup>5</sup>. Ten rodzaj polityki społecznej, bazuje na posiadanej wiedzy o potrzebach osób w fazie starości, koncentruje się na teraźniejszości, a także na przyszłości<sup>6</sup>. Perspektywiczne działania w obrębie polityki społecznej wobec starości jako fazy ludzkiego życia są ściśle związane z postępującym procesem starzenia się społeczeństw i perspektywami przedstawianymi przez demografów.

Polityka społeczna wobec osób starszych bardzo mocno koncentruje się na „zaspokajaniu potrzeb zbiorowości osób starszych, żyjącej w danym czasie, na danym obszarze”<sup>7</sup>. Szatur-Jaworska podkreśla, że ten rodzaj polityki opiera się na stwarzaniu warunków, które pozwolą na zaspokojenie potrzeb seniorów,<sup>8</sup> oraz kształtowaniu „odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami drogą ograniczania uzależnienia starszych od młodszych, zapobiegania marginalizacji ludzi starszych oraz

<sup>2</sup> Art. 4 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1705).

<sup>3</sup> A. Richert-Kaźmierska, *Polityka państwa wobec starzenia się ludności w Polsce*, Warszawa 2019, s. 62.

<sup>4</sup> B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starszy i starość...*, dz. cyt., s. 120.

<sup>5</sup> P. Szukalski, *Przygotowanie do starości jako zadanie dla zbiorowości i jednostek*, w: *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym*, red. P. Szukalski, Warszawa 2008, s. 24.

<sup>6</sup> Więcej: A. Richert-Kaźmierska, *Polityka państwa wobec...*, dz. cyt., s. 62–63.

<sup>7</sup> Tamże, s. 62.

<sup>8</sup> B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starszy i starość...*, dz. cyt., s. 119.

kształtowania stosunków międzypokoleniowej solidarności<sup>9</sup>. Według Piotra Błędowskiego polityka społeczna wobec seniorów powinna bardzo mocno koncentrować się na środowiskach lokalnych, bowiem seniorzy żyją w określonych grupach i strukturach społecznych. Polityka społeczna oparta na działaniach lokalnych ma na celu wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb oraz integrację z otoczeniem<sup>10</sup>. Lucyna Frąckiewicz podkreśla, że polityka społeczna wobec seniorów musi opierać się na spójnych zasadach i odnosić do ogólnych celów polityki społecznej. Badaczka zauważa, że o jakości życia osób starszych nie decydują wyłącznie warunki materialne, ale również poszanowanie ich godności, suwerenności oraz podmiotowości<sup>11</sup>. Frąckiewicz zwraca uwagę, że optymalnym kierunkiem działań polityki społecznej jest oddziaływanie na seniorów w miejscu zamieszkania<sup>12</sup>.

Liczni badacze, podejmując problematykę polityki społecznej wobec osób starszych, wskazują, że ten rodzaj polityki powinien bazować na ograniczaniu deficytów zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych<sup>13</sup>. Poprzez stworzenie odpowiednich warunków seniorzy powinni samodzielnie rozwiązywać pojawiające się problemy i ograniczenia, a tylko w sytuacjach kryzysowych korzystać z pomocy zewnętrznej, w tym – instytucjonalnej<sup>14</sup>.

Trzecią subkategorią polityki społecznej, koncentrującą się na starości i osobach starszych, jest polityka społeczna w perspektywie przebiegu życia. „W tym przypadku działania ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb osób starszych realizowane są równoległe z działaniami dedykowanymi innym grupom wiekowym, znajdującym się w innych fazach cyklu życia (dzieciom, młodzieży, wybranym grupom dorosłych)”<sup>15</sup>. Polityka ta spełnia zasady interwencji, koncentracji środków, stanowi alternatywę dla polityki społecznej skoncentrowanej na różnych grupach wiekowych (zarówno osobach młodych, jak i starszych)<sup>16</sup>.

Polityka senioralna w całej swej złożoności opiera się na licznych interdyscyplinarnych działaniach, poprzez które możliwe staje się zaspokajanie potrzeb seniorów starzejących się w sposób pomyślny, prawidłowy, ale także patologiczny. Literatura przedmiotu wskazuje na obszary problemowe i wyzwania, które znajdują się w obszarze zainteresowań polityki senioralnej, są to:

1. Finanse publiczne, konsumpcja, rynek pracy:

- rosnące wydatki publiczne z tytułu wypłaty świadczeń emerytalnych;
- malejące rozmiary realnych zasobów pracy;

<sup>9</sup> Tamże, s. 120.

<sup>10</sup> P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa 2002, s. 175–176.

<sup>11</sup> L. Frąckiewicz, *Karta praw człowieka starego*, Warszawa 1985, s. 158.

<sup>12</sup> L. Frąckiewicz, *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*, w: *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, red. L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska, Wrocław 2003, s. 284–303.

<sup>13</sup> Ł. Jurek, „Aktywne starzenie się” jako paradygmat w polityce społecznej, „Polityka Społeczna” 2012, nr 3, s. 8–12; Z. Szweđa-Lewandowska, *Polityka wobec starości i osób starszych*, w: *Elementy gerontologii społecznej. Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej*, red. P. Szukalski, Z. Szweđa-Lewandowska, Łódź 2011, s. 111–134; J. Staręga-Piasek, *Polityka społeczna wobec ludzi starych*, „Polityka Społeczna” 1982, nr 7, s. 8–12.

<sup>14</sup> A. Richert-Każmierska, *Polityka państwa wobec...*, dz. cyt., s. 52.

<sup>15</sup> Tamże, s. 63.

<sup>16</sup> J. Lynch, *Age in the Welfare State. The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers, and Children*, New York, 2006, s. 29.

- zamiany struktury globalnych wydatków konsumpcyjnych.
- 2. Edukacja:
  - zmniejszająca się liczba dzieci i młodzieży objętych edukacją szkolną;
  - rosnąca liczba osób starszych.
- 3. Ochrona zdrowia i opieka długoterminowa:
  - rosnąca liczba osób starszych z chorobami typowymi dla swojego wieku i wielochorobowością, wymagających dostępu do zróżnicowanych świadczeń zdrowotnych;
  - zmiany modelu rodziny oraz rosnąca niewydolność opiekuńcza rodziny;
  - starzejący się personel medyczny (prognozowane deficyty personelu lekarskiego i pielęgniarskiego) i opiekuńczy.
- 4. Zagospodarowanie przestrzenne i transport publiczny:
  - rosnąca liczba osób starszych z ograniczeniami ruchowymi;
  - rosnąca liczba osób starszych mieszkających samotnie.
- 5. Kultura:
  - rosnąca aktywność kulturalna społeczeństwa, w tym osób starszych;
  - potrzeba wyłączenia społecznego, w tym kulturalnego, osób starszych.

W odpowiedzi na poszerzającą się paletę obszarów działań polityki senioralnej powstają liczne dokumenty, rekomendacje, zarówno na szczeblu globalnym, jak i krajowym, w celu prowadzenie zintegrowanego systemu działań, które będą służyły podnoszeniu jakości życia najstarszych generacji.

Już w 1969 roku podczas zgromadzenia Organizacji Narodów Zjednoczonych zauważono konieczność stworzenia polityki senioralnej, która koncentrowałaby się na potrzebach starzejących się społeczeństw<sup>17</sup>. W 1982 roku został utworzony wiedeński Międzynarodowy plan działań w sprawie starzenia się<sup>18</sup>. Zwrócono w nim uwagę na konieczność zwiększenia aktywności społecznej osób starszych oraz przeciwdziałania marginalizacji i dyskryminacji wiekowej. W roku 2002 ratyfikowano Madrycki międzynarodowy plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw<sup>19</sup>. W dokumencie tym zostały zawarte rekomendacje, na których powinny skupić się państwa, w celu przygotowania i realizacji aktywnej polityki senioralnej. W Madryckim Planie zawarte są następujące priorytety odnoszące się do polityki wobec starzenia:

1. Osoby starsze i rozwój społeczno-gospodarczy:
  - aktywny udział w życiu społecznym i rozwój;
  - rynek pracy i starzejące się zasoby pracy;
  - rozwój obszarów wiejskich, migracje i urbanizacja;
  - dostęp do wiedzy, edukacji i szkoleń;

<sup>17</sup> Zob. B. Szatur-Jaworska, *Aktywne starzenie się i solidarność międzypokoleniowa w debacie międzynarodowej*, „Problemy Polityki Społecznej” 2012, nr 17, s. 16.

<sup>18</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich, *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa 2012, s. 11–12.

<sup>19</sup> *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*, [https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid\\_plan.pdf](https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf), Madrid 2002 [dostęp: 17.04.2020].

- solidarność międzypokoleniowa;
  - likwidacja ubóstwa;
  - bezpieczeństwo ekonomiczne i socjalne;
  - zapewnienie bezpieczeństwa w sytuacjach zagrożenia.
2. Zdrowie i dobrostan osób w starszym wieku:
- promocja zdrowia i dobrostanu w perspektywie całego życia;
  - powszechny i równy dostęp do usług opieki zdrowotnej;
  - osoby starsze a HIV/AIDS;
  - szkolenia dla osób świadczących usługi opiekuńcze dla osób starszych oraz kadr medycznych;
  - potrzeby osób starszych w zakresie zdrowia psychicznego;
  - niepełnosprawność w starszym wieku.
3. Tworzenie środowiska sprzyjającego i wspierającego osoby starsze:
- mieszkanie i środowisko życia;
  - opieka i wsparcie dla opiekunów;
  - zaniedbywanie, złe traktowanie i przemoc wobec osób starszych;
  - wyobrażenia procesu starzenia się i starości<sup>20</sup>.

Obok wyżej wymienionych rekomendacji kwestiami odnoszącymi się do polityki senioralnej zajmuje się także Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)<sup>21</sup>, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)<sup>22</sup> oraz Unia Europejska<sup>23</sup>.

Szerokie zainteresowanie założeniami polityki senioralnej na szczeblu globalnym a zarazem zwiększająca się populacja osób starszych w Polsce stanowiły podstawę do wypracowania *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*<sup>24</sup>. Według przyjętego dokumentu zadania polityki senioralnej realizowane są zarówno przez organy administracji rządowej, jak i samorządowej, co jest odzwierciedleniem zasady subsydiarności w polityce społecznej. Głównym celem omawianej polityki jest „wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych”<sup>25</sup>. Polska polityka senioralna, opiera się na koncepcji aktywnego starzenia i koncentruje wokół sześciu zasadniczych obszarów, w których ustawodawca wskazał priorytety i sposoby ich realizacji.

<sup>20</sup> A. Richert-Kaźmierska, *Polityka państwa wobec...*, dz. cyt., s. 70.

<sup>21</sup> World Health Assembly, *The Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live long and healthy life*, World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252783> [dostęp: 14.05.2020].

<sup>22</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, Paris 1998, <https://doi.org/10.1787/9789264163133-en>

<sup>23</sup> Komisja Europejska, *Zielona Księga. Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami*, Bruksela 2005; *Demograficzna przyszłość Europy*. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 21 lutego 2008 r. w sprawie demograficznej przyszłości Europy (2007/2156(INI)) (Dz. Urz. UE CE 184/75).

<sup>24</sup> Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* (M.P. z 2014 r., poz. 118).

<sup>25</sup> *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce...*, s. 6.



Pierwszym obszarem oddziaływań polityki senioralnej jest zdrowie i samodzielność osób starszych. „Celem głównym polityki senioralnej w obszarze zdrowia i samodzielności jest tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii”<sup>26</sup>.

W obszarze zdrowia i samodzielności wyszczególniono następujące płaszczyzny:

- uwarunkowania rozwiązań medyczno-opiekuńczych dla osób starszych,
- bezpieczeństwo,
- przestrzeń i miejsce zamieszkania.

Wśród priorytetów skoncentrowano się na zadaniach związanych ze stworzeniem systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych, promocji zdrowia i profilaktyki, a także na rozwoju usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb seniorów.

Drugą płaszczyzną działań polskiej polityki senioralnej jest aktywność zawodowa osób 50+<sup>27</sup>. Celem głównym polityki senioralnej w obszarze aktywizacji zawodowej jest zaplanowanie i podjęcie działań, które pozwolą na jak najlepsze wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy, i tym samym umożliwią zwiększenie i przedłużenie aktywności zawodowej osób 50+ oraz 60+<sup>28</sup>. W obszarze tym priorytety to:

- upowszechnienie ofert edukacyjnych, poprawa ich jakości oraz dostosowanie do potrzeb osób 50+;
- tworzenie warunków pracy przyjaznych pracownikom i stosowanie rozwiązań z zakresu zarządzania wiekiem;
- rozwój współpracy na rzecz wzrostu zatrudnienia osób w wieku 50+<sup>29</sup>.

Znaczącym obszarem działań polityki senioralnej w Polsce jest aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna osób starszych. Celem ogólnym polityki senioralnej w obszarze aktywności edukacyjnej, społecznej i kulturalnej jest wspieranie idei uczenia się wśród osób starszych i aktywizowanie do działań obywatelskich i społecznych. Ważnym staje się tutaj rozwój oferty edukacyjnej dla seniorów, rozwój i wspieranie zaangażowania społecznego seniorów (szczególnie w wolontariat), a także zwiększenie uczestnictwa najstarszych grup wiekowych w kulturze<sup>30</sup>. Priorytetami, w omawianym obszarze, jest upowszechnianie edukacji prozdrowotnej i obywatelskiej oraz edukacji w zakresie nowych technologii, podnoszenie kompetencji kulturowych seniorów, integrowanie działań instytucji i organizacji zajmujących się kulturą, promowanie animacji kulturalnej, rozwój wolontariatu osób starszych<sup>31</sup>.

Polityka senioralna, ściśle związana z tworzeniem warunków i przestrzeni do zaspokajania potrzeb osób starszych, koncentruje się także na gospodarce, która musi

<sup>26</sup> Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014–2020 w zarysie*, Warszawa 2014, s. 11.

<sup>27</sup> Tamże.

<sup>28</sup> Tamże, s. 29.

<sup>29</sup> Tamże, s. 29–33.

<sup>30</sup> Tamże, s. 34.

<sup>31</sup> Szerzej: tamże, s. 34–42.

uwzględniać procesy demograficzne. Srebrna gospodarka znajduje się w obszarze działań polityki senioralnej i bezpośrednio odnosi się do wykorzystania potencjału ludzi starszych. Celem głównym polityki senioralnej w obszarze srebrnej gospodarki jest wspieranie rozwoju efektywnych rozwiązań dostosowanych do potrzeb i oczekiwań osób starszych<sup>32</sup>.

Ostatnim obszarem oddziaływań polityki senioralnej w Polsce są relacje międzypokoleniowe. Głównym celem polityki senioralnej w obszarze relacji międzypokoleniowych jest solidarność pokoleń jako norma kierunkowa w społeczeństwie, polityce społecznej, kulturze oraz na rynku pracy<sup>33</sup>.

Szerokie spektrum działań, które zostały wpisane w Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 realizowane są na różnych szczeblach. Jak wynika z *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu centralnym realizowana była przez: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministerstwo Rozwoju, Ministerstwo Infrastruktury, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministerstwo Sportu, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i wiele innych ministerstw oraz instytucji pożytku publicznego<sup>34</sup>. Obok działań na szczeblu centralnym podejmowane i realizowane były także zadania na szczeblu regionalnym we wszystkich województwach i powiatach<sup>35</sup>.

Rozwój polityki senioralnej w Polsce opiera się istotnych programach społecznych, dzięki którym możliwa stała się realizacji celów i zadań związanych ze zwiększającą się grupą osób starszych. Do katalogu programów społecznych mocno wpisujących się w politykę senioralną zaliczyć można:

**Program Senior+:** wieloletni program realizowany w latach 2015–2020 i 2021–2025, którego celem jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym osób starszych. Program opiera się na rozbudowie placówek dziennego pobytu<sup>36</sup>;

**Program ASOS:** Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 powstał po to, by wspierać szeroko pojętą aktywność społeczną seniorów. W ramach Programu ASOS realizowane były działania związane ze zwiększeniem dostępności usług społecznych, promocją samopomocy i samoorganizacji wśród seniorów<sup>37</sup>.

**Program Opieka 75+:** program skierowany do osób powyżej 75 roku życia, które zamieszkują tereny małych gmin. Stanowił swoistą odpowiedź na zwiększanie się grupy seniorów w wieku sędziwym. Program realizowany jest od stycznia 2018 roku, a jego

<sup>32</sup> Tamże, s. 48.

<sup>33</sup> Tamże, s. 49.

<sup>34</sup> Szczegółowy zakres działań poszczególnych podmiotów w zakresie polityki senioralnej znajduje się w: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, Warszawa 2020.

<sup>35</sup> Tamże.

<sup>36</sup> Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Program wieloletni „Senior+” na lata 2021–2025*, <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-wieloletni-senior-na-lata-2021-2025> [dostęp: 13.03.2021].

<sup>37</sup> Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Seniorzy/aktywne starzenie* <https://archiwum.mriips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie> [dostęp: 13.03.2021], *Rządowy program ASOS*, <https://archiwum.mriips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos> [dostęp: 13.03.2021].

celem jest dofinansowanie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania<sup>38</sup>.

Obok wyżej wymienionych programów na szczeblu centralnym realizowane są także programy ukierunkowane na rodziny, osoby niepełnosprawne, profilaktykę patologii społecznych, gdzie odbiorcami często są osoby starsze<sup>39</sup>.

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 w znacznej części są nadal realizowane. Wraz z postępującym procesem starzenia się polskiego społeczeństwa powstał nowy dokument, który określa działalność polityki senioralnej w Polsce do 2030 roku.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2018 roku ogłosiło dokument pt. *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*<sup>40</sup>. W dokumencie tym określono priorytety i cele polityki senioralnej do roku 2030 z podziałem na obszary, które odnoszą się do ogółu osób starszych, a także skoncentrowano się na zadaniach ukierunkowanych na osoby niesamodzielne, starzejące się w sposób patologiczny. Nadrzędnym celem polityki senioralnej w Polsce do roku 2030 jest podnoszenie jakości życia osób starszych poprzez umożliwienie im pozostawania jak najdłużej samodzielny<sup>41</sup>. Samodzielność i niezależność seniorów stanowią istotne elementy warunkujące dobrostan, satysfakcję życiową, i możliwość zaspokajania różnorodnych potrzeb. Możliwość realizacji i zaspokajania potrzeb przez osoby starsze znalazły odzwierciedlenie w wytyczonych obszarach polityki senioralnej do roku 2030.

W obszary działań realizowanych wśród ogółu seniorów wpisano:

- kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie;
- uczestnictwo w życiu społecznym;
- tworzenie warunków umożliwiających wykorzystywanie potencjału osób starszych jako aktywnych uczestników życia gospodarczego i rynku pracy;
- promocję zdrowia, profilaktykę chorób, dostęp do diagnostyki i rehabilitacji;
- zwiększenie bezpieczeństwa fizycznego: przeciwdziałanie przemocy i zaniedbaniom wobec osób starszych;
- tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej;
- działania na rzecz edukacji do starości<sup>42</sup>.

Po raz pierwszy zwrócono uwagę na problemy seniorów niesamodzielnych, których liczba sukcesywnie wzrasta. Patologiczna starość, brak samodzielności, uzależnienie od osób trzecich, stanowią istotne zagadnienia polskiej polityki senioralnej do roku 2030. Wśród obszarów szczególnych działań polityki senioralnej znalazły się:

<sup>38</sup> Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Program „Opieka 75+”*, Program „Opieka 75+”, <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75> [dostęp: 13.03.2021].

<sup>39</sup> Szczegółowy opis programów społecznych: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób...*, dz. cyt., s. 66–78.

<sup>40</sup> Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, Warszawa 2018.

<sup>41</sup> Tamże.

<sup>42</sup> Szerzej: tamże, s. 26–58.

- zmniejszenie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych seniorów;
- zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych;
- sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym;
- system wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje publiczne<sup>43</sup>.

Polityka senioralna w Polsce stanowi odpowiedź na zachodzące zmiany demograficzne i wielowymiarowość problemów seniorów, wśród których wzrasta liczba osób przeżywających starość patologiczną, naznaczoną chorobami i uzależnieniem od otoczenia. Duże znaczenie w realizacji działań omawianej polityki mają instytucje wspierające i aktywizujące najstarsze grupy wiekowe. Polityka społeczna wobec osób starszych podejmuje interdyscyplinarne działania, poprzez które możliwe staje się zaspokajanie potrzeb jednostek, wspomaganie opiekunów nieformalnych oraz realizowanie założeń idei aktywnego starzenia się.

## 2. Instytucjonalne formy wsparcia osób starszych

Duży kontekst oddziaływań na osoby starsze polityka senioralna przypisuje środowisku lokalnemu, w którym mieszkają seniorzy. Samorządy terytorialne chcą efektywnie realizować cele polityki senioralnej, podejmują szereg działań ukierunkowanych na dostosowywanie usług społecznych służących wyrównywaniu szans oraz przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu. Istotną rolę ogrywają tutaj instytucje wspierające osoby starsze i ich rodziny. Osoby starsze, z racji tego, że są marginalizowane lub dobrowolnie izolują się ze społeczeństwa, mają trudności z aktywnością na różnych poziomach. Dlatego powstają placówki wspomagające seniorów w realizacji ich aktywności i podnoszeniu jakości życia. Wraz ze zwiększaniem się grupy osób starszych w Polsce rośnie także skala i rodzaj problemów, z którymi muszą się zmierzyć seniorzy, a także ich rodziny czy też społeczność lokalna. Przeobrażenia społeczno-kulturowe doprowadziły do zmian w postrzeganiu osób starszych, zarówno w wymiarze mikro- i makrospołecznym.

Współcześnie zauważa się pewnego rodzaju dychotomię przekazu skoncentrowanego na seniorach. Z jednej strony można obserwować propagowanie aktywności seniorkiej na wielu płaszczyznach. Powstają liczne placówki i instytucje, które swoje działania ukierunkowują na aktywizację osób starszych, integrację międzypokoleniową, waloryzację starości, przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu najstarszych populacji, pod-

<sup>43</sup> Szerzej: tamże, s. 58–70.

niesienie jakości życia seniorów i – co z tym związane – utrzymanie samodzielności tejże grupy. Z drugiej zaś strony powiększa się katalog problemów osób starszych, przybywa osób chorych przewlekle, doświadczających starości patologicznej, naznaczonej nawarstwiającymi się chorobami, ubytkami zdrowotnymi, co implikuje poczucie bezradności i zależności od osób trzecich. Wzrasta zapotrzebowanie na usługi, placówki opiekuńcze i wspierające najstarsze kohorty oraz ich rodziny, wśród których występują opiekunowie nieformalni. Seniorzy muszą zmagać się z problemami przemocy, biedy, samotności, osamotnienia, niepełnosprawności, wykluczenia, marginalizacji i wieloma indywidualnymi trudnościami. Wraz z ich nawarstwieniem generują one wielopropblemowość, prowadząc do utraty samodzielności<sup>44</sup>.

Niniejsza dysertacja koncentruje się na roli i zadaniach placówek działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym. W paragrafie tym skoncentrowano się na funkcjonowaniu wybranych instytucji, które bezpośrednio przyczyniają się do aktywizacji seniorów na wielu płaszczyznach, a także koncentrują się na waloryzacji podejścia do starości i osób starszych.

W paletę instytucji działających na rzecz seniorów lub udzielających różnego rodzaju świadczeń o charakterze materialnym bądź rzeczowym wpisują się:

- a) Ośrodki pomocy społecznej – jednostki organizacyjne, które wykonują zadania z zakresu pomocy społecznej w gminach. Ośrodki odpowiadają za udzielanie pomocy w formie pieniężnej oraz niematerialnej<sup>45</sup>.
- b) Domy pomocy społecznej (DPS) – placówka ta „świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających”<sup>46</sup>. Placówki te świadczą opiekę całodobową na poziomie przyjętych standardów. DPS-y w swej działalności oferują usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności<sup>47</sup>. W Polsce obecnie funkcjonuje siedem rodzajów tych placówek, a ich działalność uzależniona jest od grupy klientów, dla której są przeznaczone. Domy, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, można podzielić na: domy dla osób w podeszłym wieku, domy dla osób przewlekle somatycznie chorych, domy dla osób przewlekle psychicznie chorych, domy dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, domy dla dzieci i młodzieży

---

<sup>44</sup> A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość...*, dz. cyt.; N. Pikuła, *Etos starości w aspekcie społecznym...*, dz. cyt.; K. Białożył, *Wyzwania gerontologicznej pracy socjalnej...*, dz. cyt.

<sup>45</sup> Art. 110 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1876, z późn. zm.), dalej: ustawa o pomocy społecznej.

<sup>46</sup> Art. 55 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>47</sup> Szerzej: T. Zbyrad, *Domy Pomocy Społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych umysłowo*, Sandomierz 2004; T. Zbyrad, *Od instytucji totalnej ku demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*, Kraków 2014; A. Jacek, E. Sarnacka, K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Domy pomocy społecznej: organizacja i funkcjonowanie*, Warszawa 2014; Z. Grabusińska, *Domy pomocy społecznej w Polsce*, Warszawa 2013; E. Zdebska, *Zespół terapeutyczno-opiekuńczy w domu pomocy społecznej*, Kraków 2016; E. Zdebska, *Praca socjalna w domach pomocy społecznej dla osób starszych i przewlekle somatycznie chorych*, w: *Senior w rodzinie i instytucji społecznej*, red. J. Matejek, E. Zdebska, Kraków 2013, s. 137–146.



niepełnosprawnych intelektualnie, domy dla osób niepełnosprawnych fizycznie, domy dla osób uzależnionych od alkoholu<sup>48</sup>.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami domy pomocy społecznej mogą być prowadzone przez organy jednostek samorządu terytorialnego, Kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe, organizacje i stowarzyszenia społeczne, fundacje oraz inne osoby prawne i fizyczne. Należy uzyskać zezwolenie na ich prowadzenie, co wiąże się ze spełnieniem wielu wymagań dotyczących standardu usług<sup>49</sup>.

Dom pomocy społecznej, niezależnie od typu, ma za zadanie świadczenie usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających, które polegają na umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej, podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej (lub alternatywnej – w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej), zaspokojeniu potrzeb religijnych i kulturalnych oraz warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu. Dom ma za zadanie także dbać o kontakty z rodziną mieszkańca i społecznością lokalną, prowadzić działania zmierzające do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości, w tym umożliwić podjęcie pracy. Pracownicy dbają także o sprawy formalne i finansowe mieszkańców. W zakresie usług opiekuńczych i wspomagających zapewnia się mieszkańcom domu świadczenie pracy socjalnej, organizację zajęć terapeutycznych, w tym terapii zajęciowej, możliwość korzystania z biblioteki, organizację świąt i uroczystości. Pracownicy umożliwiają udział w imprezach kulturalnych i turystycznych. Mieszkańcy mają prawo kontaktu z kapłanem i udział w praktykach religijnych, oraz prawo do pogrzebu, zgodnie z wyznaniem zmarłego<sup>50</sup>. Istotnym czynnikiem wpływającym na prawidłowe funkcjonowanie DPS-u jest poszanowanie praw mieszkańców. Zapewnienie mieszkańcom godności osobistej, poczucia intymności, niezależności, możliwości dokonywania wyborów, bezpieczeństwa i swobodnych kontaktów ze środowiskiem. Każdy podopieczny winien mieć zapewnioną opiekę oraz możliwość zaspokojenia niezbędnych potrzeb bytowych, społecznych, edukacyjnych oraz dostęp do usług zdrowotnych czy edukacyjnych<sup>51</sup>. Opisując działalność domów pomocy społecznej, należy zwrócić uwagę na różnego rodzaju terapie prowadzone w placówkach tego typu. Wśród zajęć najczęściej pojawiających się w ofercie domów pomocy społecznej literatura przedmiotu wymienia:

- ergoterapię, czyli terapię przez pracę i rekreację np. stolarstwo, garncarstwo, ceramikę, wikliniarstwo, metaloplastykę, krawiectwo, hafciarstwo, kaletnictwo, ogrodnictwo, tkactwo oraz pracę przy komputerze;
- socjoterapię, na którą składają się takie formy jak: ludoterapia (leczenie zabawą), trening samoobsługi, trening umiejętności społecznych;

<sup>48</sup> Art. 56 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>49</sup> B. Szulz, *Dom pomocy społecznej jako forma wsparcia i opieki nad osobami starszymi*, repozytorium.ur.edu.pl/bitstream/handle/item/2282/39.pdf [dostęp 21.04.2021].

<sup>50</sup> § 6 ust. 1 pkt 10 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2018, poz. 734), dalej rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej.

<sup>51</sup> Szerzej, Z. Grabusińska, *Domy pomocy społecznej w Polsce...*, dz. cyt., s. 79–90.

- arteterapię (leczenie sztuką): malarstwo, rysunek, rzeźbę, muzykoterapię, choreoterapię, dramaterapię i biblioterapię<sup>52</sup>.

Terapia zajęciowa prowadzona w DPS-ach ma na celu podnoszenie jakości życia mieszkańców, prowadzi do rozwoju, determinuje zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu. Wyższa samoocena i dobre samopoczucie sprzyjają kondycji psychofizycznej, a tym samym – odczuwaniu dobrostanu. Zajęcia terapeutyczne zwiększają zakres samodzielności i zaradności życiowej. Zróżnicowane zajęcia sprawiają, że mieszkańcy ciekawie pożytkują swój czas, stymulują wzajemne kontakty, relaksują się i poprawiają własne samopoczucie oraz jakość życia.

- c) Rodzinne domy pomocy: instytucja ta „stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie”<sup>53</sup>.
- d) Zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz leczniczo-opiekuńcze: podmioty realizujące opiekę długoterminową w różnych formach i zakresie<sup>54</sup>.

Obok wyżej wymienionych instytucji w pracy podjęto próbę szczegółowej charakterystyki wybranych placówek, które na podstawie wnikliwej analizy literatury przedmiotu mają, według autora, istotne znaczenie w uspołecznianiu i aktywizowaniu osób starszych w środowiskach lokalnych, a wraz z postępującym procesem starzenia się ich liczba wzrasta.

Placówkami normalizującymi życie społeczne osób starszych są kluby seniora<sup>55</sup>. Głównym celem klubów jest organizacja czasu wolnego w taki sposób, aby osoby starsze miały poczucie konstruktywnego przeżywania swojej starości. W Polsce wyróżnia się dwa rodzaje tego typu placówek: kluby zakładowe oraz środowiskowe<sup>56</sup>. Działalność klubowa skupia się w szczególności na organizowaniu szeroko rozumianej aktywności fizycznej, kulturalnej i społecznej<sup>57</sup>. Duże znaczenie przywiązuje się także do rozpowszechniania i kształtowania wartości i postaw prospołecznych. Ponieważ do klubów należą seniorzy o różnych zainteresowaniach i poziomie wykształcenia, oferta prowadzonych zajęć jest adekwatna do potrzeb odbiorców. „Działalność klubowa możliwa jest dzięki dotacjom i darom. Członkostwo jest na zasadzie bezpłatnej, choć w niektórych klubach wydawane

<sup>52</sup> Szerzej: L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny*, Katowice 1999.

<sup>53</sup> Art. 52 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>54</sup> Ministerstwo Zdrowia, [www.oipip-poznan.pl/strategia.doc](http://www.oipip-poznan.pl/strategia.doc) [dostęp: 28.06.2018].

<sup>55</sup> Szerzej: N. Pikuła, K. Białożył, *Pracownik socjalny jako animator działań społecznych w Klubach Seniora*, w: *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, red. M. Banach, J. Matejek, Levoča 2012, s. 278–283; A. Chabior, *Kluby Seniora miejscem uczestnictwa kulturalnego...*, dz. cyt.; D. Sylwestrzak, *Aktywizacja osób starszych na poziomie gminy*, w: *Ekonomia Społeczna. Wykluczenie społeczne*, red. I. Lipowicz, M. Małecka-Lyszczek, Kraków 2020, s. 58–67; S. Sorys, *Rola i znaczenie organizacji pozarządowych wobec osób starszych. Studium analityczno-empiryczne na przykładzie małopolski*, Kraków 2018.

<sup>56</sup> Zob. B. Szatur-Jaworska, P. Błądowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, dz. cyt., s. 174.

<sup>57</sup> Szerzej: N. Pikuła, K. Białożył, *Pracownik socjalny jako animator...*, dz. cyt.

są posiłki, odzież, wówczas odpłatność regulowana jest wysokością świadczeń emerytalno-rentowych<sup>58</sup>.

Tworząc plan działań, osoby odpowiadające za funkcjonowanie tego typu placówek muszą mieć także na uwadze możliwości fizyczne i intelektualne uczestników. Rozwijaniu aktywności fizycznej służą różnego rodzaju zajęcia ruchowe, wyjścia na basen czy zajęcia z nordic walkingu, cieszące się dużym zainteresowaniem uczestników klubów. W placówkach często są organizowane wykłady, pogadanki o zdrowym i higienicznym trybie życia. Wszystkie te działania sprzyjają aktywizacji ruchowej seniorów. Kluby seniora organizują różnego rodzaju treningi pamięci, zajęcia pobudzające logiczne myślenie. W ćwiczeniu intelektu przydatne są także kursy języków obcych, które wpisały się w na stałe w działalność klubów<sup>59</sup>.

Aktywność kulturalna uczestników jest kształtowana przez różnego rodzaju wyjścia do teatrów, muzeów, kin, galerii sztuki, opery. Wiele osób starszych, korzystających z zajęć kulturalnych w klubach, posiada talenty manualne, co sprzyja organizowaniu wernisaży czy też wystaw prac klubowiczów. „Uzdolnieni członkowie klubów zrzeszają się w amatorskich zespołach artystycznych (pieśni i tańca, kabaretowych, teatralnych) i twórczych. Uprawiana jest amatorska działalność twórcza (np. sekcje: plastyczna, literacka, teatralna, kabaretowa, muzyczna, chór), organizowane są wystawy, wernisaże prac członków<sup>60</sup>. Akcje te sprzyjają promocji klubów oraz prezentują społeczeństwu, że starość może być czasem realizacji dotychczas niespełnionych pragnień.

Przedsięwzięcia mające na celu integrację osób starszych ze środowiskiem lokalnym to jeden z wielu obszarów działań klubów seniora. Integracja ta możliwa jest dzięki inicjatywom podejmowanym przez osoby starsze. Przygotowują oni różnego rodzaju akcje okolicznościowe, np. wystawy własnoręcznie zdobionych pisanek, koncerty kolęd, drogi krzyżowe i wiele innych<sup>61</sup>.

Kreowaniu aktywności społecznej seniorów sprzyjają nie tylko przedsięwzięcia promujące kluby. Członkowie placówek tworzą niejako grupę społeczną, toteż nawiązują się pomiędzy nimi wzajemne relacje i więzi. Bardzo interesującą formą ich wsparcia stały się banki czasu, czyli „inicjatywy polegające na wymianie niematerialnych dóbr pomiędzy członkami<sup>62</sup>. Przykładowo w zamian za drobne naprawy sprzętu domowego osoba może komuś pomóc w załatwieniu spraw urzędowych. Taka wzajemna pomoc integruje członków klubów i jednocześnie daje poczucie przydatności. Utrzymywanie kontaktów towarzyskich i nawiązywanie nowych relacji międzyludzkich w okresie starości pozwala na utrzymanie konstruktywnej postawy wobec schyłkowego etapu życia. Wzajemna pomoc, uczestnictwo w przedsięwzięciach prowadzonych przez kluby, mają zatem na celu

<sup>58</sup> Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa...*, dz. cyt., s. 76.

<sup>59</sup> Zob. M. Poślusznia, *Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych*, „Nowiny Lekarskie” 81 (2012), nr 1, s. 75–79; Z. Szarota, *Starzenie się i starość...*, dz. cyt.; T. Schimanek, Z. Wejcman, *Aktywni seniorzy. Inspirator dla organizacji*, pobrano z: <https://www.isp.org.pl/pl/publikacje/aktywni-seniorzy-inspirator-dla-organizacji> [dostęp: 15.11.2020].

<sup>60</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość...*, dz. cyt., s. 154–155.

<sup>61</sup> Zob. N. Pikuła, K. Białożył, *Pracownik socjalny jako animator...*, dz. cyt.

<sup>62</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość...*, dz. cyt., s. 155.

utrzymanie dobrego stanu psychicznego i fizycznego uczestników. Niwelowanie samotności i osamotnienia to cel, który jest bardzo istotny dla seniorów samotnie gospodarujących. Dzięki spotkaniom w klubach osoby utrzymują kontakty towarzyskie, nawiązują nowe znajomości, co pozytywnie wpływa na ich psychikę. Lepszemu poznaniu się klubowiczów i wewnętrznej integracji sprzyjają wyjazdy rekreacyjne. „Specjalną wagę przywiązuje się w klubach seniora do turystyki i rekreacji ruchowej. Cenioną przez seniorów formą zajęć jest organizowanie wycieczek autokarowych do ciekawych zakątków regionu, zwiedzanie zabytków, miejsc historycznych”<sup>63</sup>. Kluby seniora normalizują życie społeczne, umożliwiając osobom starszym zaspokajanie potrzeb związanych z integracją społeczną, utrzymywaniem i nawiązywaniem nowych kontaktów społecznych, a także przeciwdziałają osamotnieniu i samotności osób starszych.

Drugą istotną instytucją działającą na rzecz osób starszych, która w ocenie autora powinna zostać szerzej zaprezentowana, są uniwersytety trzeciego wieku. Pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku (UTW) na świecie założył Pierre Vellas. Było to miejsce, gdzie osoby starsze spotykały się, aby: usprawnić kondycję psycho-fizyczną, podnosić jakość życia w wymiarze intelektualnym oraz współdziałać ze społecznością lokalną<sup>64</sup>.

Polska była trzecim krajem, po Francji i Wielkiej Brytanii, w którym gwałtownie rozwinęła się idea uniwersytetów trzeciego wieku. Pierwszym z nich powstałym w naszym kraju był Uniwersytet Warszawski. Jego początek datuje się na 1975 rok. Obecnie w Polsce jest około 472 uniwersytety trzeciego wieku<sup>65</sup>. Do podstawowych celów UTW zalicza się:

- umożliwienie osobom starszym zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu (samokształcenie, rozwój, potrzeba akceptacji społecznej, potrzeba użyteczności, potrzeba kontaktów interpersonalnych);
- poszerzenie wiedzy i umiejętności seniorów;
- organizację czasu wolnego osób starszych;
- stymulację fizyczną i psychiczną seniorów;
- poznawanie nowych technologii i sposobów komunikowania się;
- rozwijanie zainteresowań i pasji osób starszych;
- wielopłaszczyznową aktywizację<sup>66</sup>.

Realizacji poszczególnych założeń UTW służą między innymi: wykłady, prelekcje, seminaria, lektoriaty, zajęcia ruchowe, wycieczki, ćwiczenia rehabilitacyjne itp. Zajęcia te przyczyniają do rozwoju i samorealizacji osób starszych. Nienadążanie za postępem,

<sup>63</sup> I. Muchnicka-Djakow, *Kluby Seniora* w: *Encyklopedia Seniora*, red. F.W. Sawicka, B. Maryanska, E. Stańczuk, Warszawa 1986, s. 145.

<sup>64</sup> Zob. K. Chruściński, *Narodziny światowego uniwersytetu dla ludzi starszych. Głos w dyskusji*, w: *Uniwersytety Trzeciego Wieku – dla siebie i innych*, red. R. Ossowski, A. Ossowska-Zwierzchowa, Kraków 2007, s. 53.

<sup>65</sup> *Uniwersytety Trzeciego Wieku*, senior.gov.pl/katalog\_dobrych\_praktyk/strona/14 [dostęp: 21.01.2021].

<sup>66</sup> Szerzej: W. Borczyk, W. Nalepa, B. Knapik, W. Knapik, *Standardy działania uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce*, Nowy Sącz 2014, s. 14; P. Sałustowicz, B. Goryńska-Bittner, M. Kokociński, A. Prysłowska-Kamińska, *Potrzeby edukacyjne seniorów a Uniwersytet Trzeciego Wieku*, Warszawa 2020; A. Błachnio, *Starość non profit...*, dz. cyt.; A. Błachnio, *Okres późnej dorosłości – prawda i mity*, w: *Uniwersytety Trzeciego Wieku – dla siebie i innych*, red. R. Ossowski, A. Ossowska-Zwierzchowska, Kraków 2007; B. Bugajska, *Uniwersytet Trzeciego Wieku jako możliwość samorealizacji*, w: *Doświadczenie wartości samego siebie w procesach edukacyjnych*, red. A.M. Tchorzewski, Bydgoszcz 1997; T. Aleksander, *Uniwersytet Trzeciego Wieku w Polsce*, „Rocznik Pedagogiczny” 2001, t. 24, s. 101–123.

zagubienie, utrata zdolności prawidłowego funkcjonowania w nowoczesnym społeczeństwie powodują wykluczenie osób starszych. Podczas zajęć odbywających się w ramach uniwersytetów najstarsze generacje uczą się obsługiwać nowoczesne urządzenia, poznają języki obce. Dzięki temu poprawia się ich sprawność intelektualna, ale także usprawnia funkcjonowanie seniorów wśród przedstawicieli młodszego pokolenia.

Aktywność edukacyjna w okresie starości ukierunkowana jest na liczne cele, do których literatura przedmiotu zalicza:

- utrzymanie samodzielności osób starszych,
- niwelowanie negatywnego obrazu starości i ludzi starych w społeczeństwie,
- wszechstronny rozwój jednostki poprzez propagowanie różnych form aktywności,
- doskonalenie osobowości jednostki przez realizację wartości duchowych,
- zdobywanie nowych kompetencji i umiejętności,
- poszerzanie i aktualizację dotychczasowej wiedzy,
- zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu np. potrzeby użyteczności społecznej,
- przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu osób starszych,
- rozpowszechnianie wiedzy o starości i czynnikach ją kształtujących,
- propagowanie idei dialogu międzypokoleniowego,
- podnoszenie jakości życia seniorów,
- tworzenie przestrzeni do samorealizacji osób starszych<sup>67</sup>.

Uniwersytety nie skupiają się wyłącznie na zaspokajaniu potrzeb edukacyjnych, ale także – społecznych. Poprzez udział w zajęciach osoba starsza może się samorealizować, zaspokajać potrzebę przynależności i akceptacji<sup>68</sup>.

Z założeń uniwersytetów wynika, że powinny one współpracować ze społecznością lokalną. Dzięki temu możliwa jest integracja międzypokoleniowa. „Rolę oświaty w integracji osób starszych można analizować na wielu płaszczyznach: upowszechnianie wiedzy gerontologicznej wśród ludzi młodych, przygotowanie do starości w okresie dorosłości, integracji międzypokoleniowej służącej kontynuacji kulturowej”<sup>69</sup>. UTW organizują także różnego rodzaju przedsięwzięcia mające na celu podjęcie współpracy seniorów ze środowiskiem, w którym żyją. Pozwala to na lepsze poznanie potrzeb poszczególnych grup wiekowych oraz tworzenie nowych inicjatyw zwracających uwagę społeczności na problemy osób starszych.

Wiele uniwersytetów w programie oferowanych zajęć wspiera także ruch wolontaryjny. Dzięki temu seniorzy mogą bezinteresownie pomagać osobom potrzebującym i jednocześnie odczuwać satysfakcję życiową wynikającą z poczucia przydatności. Wolon-

<sup>67</sup> Por. E. Dubas, *Starość – darem, zadaniem i wyzwaniem...*, dz. cyt., s. 233–242; M. Dzięgielewska, *Edukacja jako sposób przygotowania do starości...*, dz. cyt., s. 49–62; J. Halicki, *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze*, Białystok 2000; tenże, *Edukacja w starości...*, dz. cyt., s. 203–212; D. Jankowski, K. Przyszczypkowski, J. Skrzypczak, *Podstawy edukacji dorosłych. Zarys problematyki*, Poznań 2007; A.A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia”...*, dz. cyt.; K. Białożył, *Aktywność edukacyjna kobiet...*, dz. cyt., s. 97–110; K. Białożył, *Znaczenie aktywności edukacyjnej osób starszych w adaptacji do emerytury*, w: *Etyczne i społeczne wymiary pracy*, red. I.M. Świtała, N.G. Pikuła, K. Białożył, Kraków 2017, s. 101–117.

<sup>68</sup> Szerzej: K. Białożył, *Aktywność edukacyjna i społeczna...*, dz. cyt.

<sup>69</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość...*, dz. cyt., s. 185.



tariat pomaga przede wszystkim wolontariuszom, a dopiero w dalszej kolejności – osobom wspomaganym. Współpraca ośrodków akademickich z akcjami charytatywnymi angażuje słuchaczy UTW w działalność społeczną, dzięki czemu mniej dotkliwie odczuwają oni zakończenie pracy zawodowej. Uniwersytety trzeciego wieku tworzą warunki sprzyjające czynnemu uczestnictwu w życiu społecznym<sup>70</sup>.

Wśród instytucji działających na rzecz seniorów należy także wymienić ośrodki wsparcia dla osób starszych (OWOS). Placówki te są tworzone w środowiskach lokalnych w celu aktywizacji i integracji osób starszych<sup>71</sup>.

„Ośrodek zapewnia swoim uczestnikom świadczenia w zakresie:

- terapii zajęciowej dla podtrzymywania kondycji psychofizycznej,
- organizacji zajęć kulturalno-towarzyskich i rekreacyjnych,
- rehabilitacji społecznej i usprawniającej,
- podejmowania działań zmierzających do wzmocnienia aktywności i samodzielności życiowej,
- inspirowania powstawania grup wsparcia, wzmocniania więzi społecznych<sup>72</sup>.

W harmonogramie placówki znajdują się takie działania, jak:

- terapia manualna,
- zajęcia w pracowni komputerowej,
- zajęcia sportowo-rehabilitacyjne,
- nordic walking,
- wycieczki (jednodniowe, dwudniowe),
- wyjścia do kina, teatrów oraz muzeów,
- popołudnia z książką, spotkania z piosenką,
- wieczorki okolicznościowe,
- spotkania tematyczne z zaproszonymi gośćmi<sup>73</sup>.

„W ramach działalności placówki organizowane są różnego rodzaju przedsięwzięcia mające na celu lepsze poznanie, a zarazem wewnętrzną integrację uczestników. Z Ośrodka korzystają osoby o dużym stopniu zróżnicowania pod względem wiedzy, przekonań, upodobań i wynikających z nich zachowań<sup>74</sup>.

Ośrodki wsparcia dla osób starszych są placówkami tworzącymi przez swoją działalność przestrzeń do aktywizowania i integracji seniorów ze środowiskiem, w którym mieszkają. Placówki tego typu nie stanowią obszaru zainteresowań wielu badaczy, nie-

<sup>70</sup> Zob. M. Kubis, *Zaangażowanie obywatelskie słuchaczy...*, dz. cyt.

<sup>71</sup> Szerzej na temat ośrodków wsparcia dla osób starszych: K. Białożył, *Działalność ośrodków wsparcia dla osób starszych na przykładzie Ośrodka Wsparcia dla Osób Starszych Caritas Archidiecezji Krakowskiej*, w: *Wsparcie społeczne w działalności wybranych instytucji i pracowników służb społecznych*, red. J. Matejek, R. Spyrka-Chlipała, B. Stańkowski, Kraków 2015, s. 89–105.

<sup>72</sup> K. Białożył, *Holistyczne oddziaływanie na seniorów – doświadczenia Ośrodka Wsparcia dla Osób Starszych Caritas Archidiecezji Krakowskiej*, w: *Starzenie się: problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*, red. M. Nózka, M. Smagacz-Podziemski, Kraków 2014, s. 157.

<sup>73</sup> Szerzej: tamże; K. Białożył, *Działalność ośrodków wsparcia dla osób starszych...*, dz. cyt.; też, *Instytucjonalne formy wsparcia osób starszych*, w: *Pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności*, red. T.W. Gierat, E. Kucharska, A. Grudziński, Kraków 2012; też, *Wolontariat w Ośrodku Wsparcia dla Osób Starszych*, w: *Implikacje teoretyczne i praktyczne wolontariatu*, red. A.K. Sadowska, Radom 2013.

<sup>74</sup> K. Białożył, *Holistyczne oddziaływanie na seniorów – doświadczenia...*, dz. cyt., s. 156.

mniej jednak wpisują się mocno w paletę instytucji działających na rzecz seniorów starzejących się w sposób pomyślny lub prawidłowy. Obok ośrodków wsparcia coraz powszechniejszymi placówkami organizującymi życie społeczne seniorów są CAS-y.

Centra Aktywności Seniorów (CAS) to instytucje, które mają służyć „aktywizacji i integracji osób 60+ w społeczności lokalnej w różnych sferach i dziedzinach życia”<sup>75</sup>. CAS-y, według głównych założeń, koncentrują się aktywizacji i integracji ze społecznością lokalną osób powyżej 60 roku życia. Aktywizacja powinna obejmować różne płaszczyzny ludzkiego życia, umożliwiając tym samym zaspokojenie wielowymiarowych potrzeb, co znajduje odzwierciedlenie w odczuwanej jakości życia.

Długofalowym celem działania Centrum Aktywności Seniorów jest wzrost poziomu jakości życia seniorów oraz innych mieszkańców społeczności lokalnej. Działalność CAS-ów ukierunkowana jest na realizację licznych zadań i funkcji, wśród których należy wymienić: funkcję informacyjną, funkcję doradczą, funkcję edukacyjną, funkcję wspierającą, funkcję aktywizującą, funkcję integrującą, funkcję usługową, funkcję koordynującą<sup>76</sup>. CAS-y są placówkami, które skupiają się na działalności w środowisku lokalnym, ich liczba sukcesywnie wzrasta w poszczególnych regionach Polski. Bez wątplenia placówki te stanowią odpowiedź na zwiększające się zapotrzebowanie na instytucjonalne formy wspierania i aktywizowania osób starszych<sup>77</sup>.

Jak zostało zaprezentowane powyżej, liczba i zakres zadań realizowanych na rzecz osób starszych są znaczące. Należy zaznaczyć, że placówki realizujące zadania na rzecz seniorów są prowadzone zarówno przez sektor państwowy, jak i organizacje trzeciego sektora (organizacje non profit). Charakterystyka wybranych instytucji wspierających seniorów w niniejszej dysertacji miała na celu przybliżenie specyfiki działalności wybranych form wsparcia instytucjonalnego najstarszych kohort wiekowych<sup>78</sup>. Należy podkreślić, że zdecydowana większość placówek podejmuje działania na rzecz seniorów starzejących się w sposób pomyślny lub prawidłowy. Aktywizacja seniorów starzejących się w sposób patologiczny nie jest w Polsce rozpowszechniona. W takich sytuacjach przeważają placówki opieki medycznej, leczniczej, których profil ukierunkowany jest na polepszenie zdrowia fizycznego i psychologicznego starszego pacjenta.

Niezależnie od ilości instytucji wspomagających osoby starsze w środowisku lokalnym pierwszorzędne znaczenie w życiu seniora odgrywa rodzina. Jako podstawowa komórka społeczna spełnia ona wiele funkcji wobec swoich członków, również tych najstarszych. Rodzina jest najważniejszym źródłem wsparcia dla osób w podeszłym wieku, które często ze względu na stan swojego zdrowia wymagają całodobowej opieki. Analiza działalności placówek wspierających seniorów pozwala stwierdzić, że pomimo dużej

<sup>75</sup> T. Schimanek, *Koncepcja Centrum Aktywności Seniorów*, [https://wrzos.org.pl/download/Koncepcja%20CAS\\_ekspertyza%202.pdf](https://wrzos.org.pl/download/Koncepcja%20CAS_ekspertyza%202.pdf) [dostęp: 21.08.2020].

<sup>76</sup> Szerzej: tamże.

<sup>77</sup> Należy podkreślić, że Centra Aktywności Seniorów stanowią nowy rodzaj placówek, dlatego też liczba opracowań na ich temat jest niewielka.

<sup>78</sup> Autor dysertacji jest świadom, że liczba placówek, które działają na rzecz osób starszych, jest dość znacząca, dlatego też opisanie ich wszystkich w pracy byłoby niemożliwe.

ich liczby, biorąc pod uwagę prognozy demografów, zasadnym staje się skoncentrowanie na środowisku lokalnym. Spełnia ono bowiem funkcję opiekuńczą wobec najstarszych członków. Bez wątplenia rodzina często staje się pierwszym środowiskiem wpierającym i udzielającym pomocy seniorowi, zanim trafi on do instytucji wspomagającej. Członkowie rodziny przyjmują tym samym rolę opiekunów nieformalnych.

### 3. Rodzina jako podstawowa instytucja wsparcia w środowisku życia osób starszych

Rodzina stanowi pierwotną i najważniejszą grupę społeczną, która warunkuje rozwój poszczególnych jej członków<sup>79</sup>. Jednoznaczne zdefiniowanie rodziny nie jest możliwe, na co wskazują liczni badacze, klasyfikując ją jako grupę<sup>80</sup> lub instytucję<sup>81</sup>. Niezależnie jednak od przyjętej definicji uznaje się, że środowisko rodzinne warunkuje proces rozwoju i socjalizacji zarówno dzieci, jak i dorosłych<sup>82</sup>. Prawidłowo funkcjonująca rodzina uważana jest za optymalne środowisko wychowawcze<sup>83</sup> spełniające szereg funkcji i zadań względem swoich członków. Literatura przedmiotu szczególnie mocno podkreśla związek, jaki zachodzi pomiędzy środowiskiem rodzinnym a wychowaniem i socjalizacją dziecka. „Rodzina jest pierwszym środowiskiem wychowawczym dziecka. To w tym środowisku stawia ono pierwsze kroki, nabywa pierwsze umiejętności. Rodzice mają ogromny wpływ na kształtowanie osobowości swojego dziecka. Jest to odpowiedzialność, do której można i trzeba się dobrze przygotować. Rodzina stanowi pewną małą społeczność, w której istotą jest zachowanie równowagi przy ciągłym rozwoju jej członków”<sup>84</sup>. Każdy członek przyjmuje rolę, a przez nie kształtuje środowisko rodzinne, umożliwiając tym samym rozwój oraz utrzymanie równowagi systemu rodzinnego. Starsi członkowie są obiektem uczuć dzieci, tworzą fundamenty zdrowia psychicznego, dając dziecku poczucie bezpieczeństwa i przynależności. Ponadto, jak podkreśla Maria Straś-Romanowska, dorośli w rodzinie „pełnią funkcje opiekunów, wychowawców, autorytetów; ukierunkowują rozwój osobowy, uwrażliwiają na wartości, pomagając w dokonywaniu wyborów, rozwiązywaniu pro-

<sup>79</sup> W dysertacji skoncentrowano się na opisanu rodziny prawidłowej. Autor zdaje sobie sprawę z tego, że współcześni seniorzy w rodzinach zmagają się z różnymi trudnościami i problemami, które warunkują ich jakość życia, niemniej jednak w prezentowanym paragrafie skupiono się na pozytywnych rolach, jakie może odgrywać rodzina w życiu jej najstarszych członków.

<sup>80</sup> Zob. M. Adamska-Chudzińska, *Rodzina jako swoista grupa społeczna*, „Zeszyty Naukowe” / Akademia Ekonomiczna w Krakowie 1991, nr 354, s. 129–142; Z. Zaborowski, *Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza*, Warszawa 1980, T. Szlendak, *Socjologia rodziny: ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Warszawa 2010.

<sup>81</sup> Zob. B.M. Kałdon, *Rodzina jako instytucja społeczna w ujęciu interdyscyplinarnym*, „Forum Pedagogiczne” 2011, nr 1, s. 228–241; A. Pryba, *Rodzina podstawową instytucją i wspólnotą życia społecznego*, „Teologia i Moralność” 2012, t. 11, s. 7–18; M. Żyromski, *Instytucja rodziny jako kanał ruchliwości społecznej*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2001, nr 13, s. 45–55; T. Szlendak, *Socjologia rodziny...*, dz. cyt.

<sup>82</sup> Szerzej: A. Przygoda, *Mechanizmy socjalizacji w rodzinie*, „Pedagogika Rodziny” 2011, nr 1, s. 109–118; Z. Tyszka, *Stan rodziny współczesnej a wewnątrzrodzinna socjalizacja dzieci*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2000, t. 12, s. 7–14; P. Forma, *Socjalizacja dziecka z rodziny wielodzietnej: studium teoretyczno-empiryczne*, Kielce 2012; E. Dybowska, *Socjalizacja w rodzinie a kultura konsumpcyjna*, „Studia Paedagogica Ignatiana” 2019, t. 22, nr 2, s. 67–82; K. Lubiewska, *Socjalizacja rodzicielska w kontekście opieki, rodzicielstwa i wychowania*, „Psychologia Wychowawcza” 2019, t. 58 (16), s. 85–97.

<sup>83</sup> Szerzej: H. Cudak, *Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze*, „Pedagogika Rodziny” 2011, nr 1 (2), s. 7–14; S. Cudak, *Znaczenie więzi emocjonalnych w rodzinie dla prawidłowego funkcjonowania dzieci*, „Pedagogika Rodziny” 2012, nr 2 (4), s. 31–39; J. Wilk, *Pedagogika rodziny*, Lublin 2016; *Rodzina współczesna*, red. M. Ziemska, Warszawa 2001; F. Adamski, *Rodzina: wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002; M. Ziemska, *Rodzina a osobowość*, Warszawa 1979.

<sup>84</sup> P. Ziółkowski, *Pedagogizacja rodziców – potrzeby i uwarunkowania*, Bydgoszcz 2016, s. 9.

blemów adaptacyjnych i dylematów moralnych. W ten sposób dorośli członkowie rodziny stanowią ważne ogniwo międzypokoleniowe, niezbędne w procesie przekazywania życia oraz etosu (wartości, tradycji, kultury)”<sup>85</sup>.

Rodzina jako podstawowa grupa społeczna jest przypisana do jednostki od urodzenia aż po śmierć. Poszczególni jej członkowie odpowiadają za siebie nawzajem, tworząc system tej wzajemnej odpowiedzialności. W rodzinie zachodzą liczne procesy, takie jak: cyrkularność<sup>86</sup>, homeostaza<sup>87</sup> czy morfogeneza<sup>88</sup>. Na prawidłowe funkcjonowanie środowiska rodzinnego wpływają liczne komponenty, wśród których literatura przedmiotu wymienia: granice, relacje rodzinne, postawy rodzicielskie, style wychowawcze, kulturę materialną i duchową, kolejność urodzeń dzieci<sup>89</sup>.

Rodzina jako podstawowe środowisko wychowawcze spełnia szereg funkcji wobec swoich członków. Według Marii Ziemskiej do podstawowych funkcji rodziny należy zaliczyć:

- funkcję prokreacyjną – związana z funkcjami biologicznymi i seksualnymi, przejawia się w dostarczaniu nowych członków społeczności;
- funkcję produkcyjną – związana z dostarczaniem do społeczeństwa nowych pracowników;
- funkcję usługowo-opiekuńczą – charakteryzuje się pomocą i wsparciem członków rodziny wobec siebie. Funkcja ta jest związana z pomocą w zaspokajaniu potrzeb osób najmłodszych i najstarszych w rodzinie.
- funkcję socjalizującą – przy jej wykorzystaniu najmłodszy członkowie rodziny uczą się postaw oraz zachowań zgodnych z normami i zasadami społecznymi. Poprzez tę funkcję nowi członkowie rodziny poznają zasady obowiązujące w środowisku, w którym dorastają.
- funkcję psychohygieniczną – zapewnia wszystkim członkom rodziny komfort i bezpieczeństwo psychiczne. Funkcja ta jest bezpośrednio związana z możliwością wyrażania swoich uczuć oraz emocji<sup>90</sup>.

Literatura przedmiotu wskazuje na wielość typologii funkcji rodziny<sup>91</sup>. Franciszek Adamski wyszczególnia dwie grupy funkcji rodziny. Według tego badacza rodzina spełnia funkcje instytucjonalne oraz osobowe. W obszar funkcji instytucjonalnych wpisują się funkcje: biologiczna, ekonomiczna, opiekuńcza, socjalizująca, stratyfikacyjna, gwarantu-

<sup>85</sup> M. Straś-Romanowska, *Sytuacja psychologiczna osoby starszej we współczesnej rodzinie*, „Studia Salvatoriana Polonica” 2014, t. 8, s. 144.

<sup>86</sup> Szerzej: M. Ryś, *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*, Warszawa 2001; E. Rojewska, *Terapia systemowa jako forma pomocy rodzinie*, „Roczniki Pedagogiczne” 2019, t. 11 (47), nr 4, s. 75–91; *System rodzinny w ujęciu temporalnym: przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, red. M.Z. Stepulak, J. Łukasiewicz, Lublin 2016.

<sup>87</sup> Szerzej: E. Dybowska, *Teoria systemowej pracy z rodziną*, Kraków 2012.

<sup>88</sup> Tamże.

<sup>89</sup> Tamże.

<sup>90</sup> Zob. M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie*, Warszawa 1973; M. Ziemska, *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1979.

<sup>91</sup> A. Błasiak, *Funkcje rodziny w zmieniającej się rzeczywistości*, w: *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*, red. A. Błasiak, E. Dybowska, Kraków 2010, s. 73–105.

jąca członkom rodziny określony status życiowy oraz integracyjna<sup>92</sup>. Do katalogu funkcji osobowych Adamski zaliczył: funkcję małżeńską, funkcję rodzicielską i braterską<sup>93</sup>. Interesującą typologię zaprezentował również Zbigniew Tyszka, według którego rodzina spełnia następujące funkcje:

1. funkcję psychologiczną:
  - prokreacyjną,
  - seksualną,
2. funkcję ekonomiczną:
  - materialną,
  - opiekuńczą,
3. funkcję społeczno-wyznaczającą:
  - legalizacyjno-kontrolną,
4. funkcję socjopsychologiczną:
  - socjalizacyjno-wychowawczą,
  - kulturalną,
  - rekreacyjno-towarzyską,
  - emocjonalno-ekspresyjną<sup>94</sup>.

Na podstawie przytoczonych typologii oraz analizy literatury przedmiotu można wnioskować, że funkcje są związane z różnymi obszarami i cechami życia rodzinnego. Realizacja poszczególnych funkcji i zadań bezpośrednio wiąże się z zaspokajaniem potrzeb wszystkich członków rodziny, w tym także osób starszych.

Wraz z postępującymi procesami cywilizacyjnymi, rozwojem przemysłowym, a także zmianami w życiu społecznym, przeobrażeniom uległo funkcjonowanie rodzin. Tematyka rodzin we współczesności stanowi przedmiot licznych badań i opracowań naukowych<sup>95</sup>. Bez wątpienia rodziny XXI wieku znacznie różnią się od tych sprzed kilkadziesiąt lat. Dokonujące się zmiany mają swoje bezpośrednie odzwierciedlenie w rolach i strukturze rodziny.

Współcześnie uwidacznia się tendencja do uniezależnienia pokoleń i odchodzenia od rodziny wielopokoleniowej na rzecz rodzin małych, dwupokoleniowych<sup>96</sup>. Dominującym modelem rodziny jest obecnie rodzina nuklearna, na którą składają się rodzice i jedno lub dwoje dzieci<sup>97</sup>. „Rodzinę nuklearną charakteryzują luźne więzi między dorosłymi dziećmi i starszymi rodzicami, między wnukami i dziadkami, a także między krewnymi.

<sup>92</sup> F. Adamski, *Rodzina...*, dz. cyt., s. 36.

<sup>93</sup> Tamże, s. 37.

<sup>94</sup> Szerzej: Z. Tyszka, *Socjologia rodziny*, Warszawa 1974.

<sup>95</sup> Szerzej: *Rodzina współczesna: portret interdyscyplinarny*, red. G. Szabelska, G. Tarasenko, Bydgoszcz 2014; *Współczesna rodzina w ujęciu interdyscyplinarnym: przemiany, wsparcie, rozwój*, red. B. Szluz, A. Szluz, M. Urbańska, Rzeszów 2017; *W trosce o współczesną rodzinę: teoria, badania, wsparcie, ujęcie interdyscyplinarne*, red. J. Izdebska, A. Popławska, Białystok 2013; M. Bereźnicka, *Wychowanie dziecka we współczesnej rodzinie*, Kraków 2014.

<sup>96</sup> Szerzej: M. Braun-Gałkowska, *Nowe role społeczne ludzi starszych*, w: *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczyk, Lublin 2006, s. 183–195.

<sup>97</sup> R. Boguszewski, *Współczesne znaczenie i rozumienie rodziny w Polsce*, „Zeszyty Naukowe KUL” 2015, nr 4, s. 127–148.



[...] Powszechna staje się także praktyka oddzielnego mieszkania dorosłych dzieci i będących w podeszłym wieku rodziców; ich relacje przybierają postać tzw. intymności na dystans (na odległość), która polega na prowadzeniu przez obie strony własnych gospodarstw domowych, przy równoczesnym utrzymywaniu serdecznych kontaktów (odwiedziny, rozmowy telefoniczne)<sup>98</sup>. Rozwój modelu rodziny nuklearnej wpłynął na pozycję osób starszych. Chęć samodzielnego życia, dążenie do niezależności i autonomii, przejawiają się w ograniczaniu kontaktów z najstarszymi członkami rodziny. Samodzielne zamieszkiwanie rodzin (bez najstarszych członków) nie zawsze jest oznaką zaniku więzi rodzinnych, może jednak prowadzić do osłabienia wzajemnej pomocy i „zmniejszenia roli rodziny jako oparcia w potrzebie”<sup>99</sup>.

Na zmianę pozycji seniorów w rodzinie bezpośrednio wpłynął także rozwój instytucji i placówek aktywizujących osoby starsze. Aktywność domowa – rodzinna – najstarszych kohort jest równolegle „uzupełniania” przez inne rodzaje działań, co przyczynia się do utrzymania niezależności seniorów. Bez wątplenia aktywność realizowana w rodzinie jest istotnym komponentem jakości życia, niemniej jednak w literaturze przedmiotu<sup>100</sup> można odnaleźć opracowania zawierające jasne stwierdzenia, że ograniczenie seniorów tylko do życia rodzinnego wpływa negatywnie na odczuwany dobrostan<sup>101</sup>.

Prawidłowa rodzina w życiu seniorów stanowi środowisko, w którym jednostka może się rozwijać i stanowić „nośnik” tradycji i wartości. Rola osób starszych w rodzinie, z perspektywy funkcjonowania tej grupy, jest bardzo istotna, na co wskazuje Pikuła, pisząc: „Starsi ludzie są niezaprzeczalnie autorytetem dla młodszych członków rodziny. Wynika to z przywiązania, z silnego poczucia wzajemnej więzi pomiędzy pokoleniami, z szacunku dla rodziny”<sup>102</sup>. Wpływ osób starszych na przekazywane wartości i tradycje w rodzinie jest często podkreślany w literaturze przedmiotu<sup>103</sup>. Tematyką tą zajmowali się między innymi Marek Banach i Józefa Matejek, którzy zauważają, że starsze pokolenia pomagają młodym członkom rodziny poznawać i kultywować zwyczaje, obrzędy ludowe, przez co budowane są prawidłowe więzi i relacje<sup>104</sup>. Badacze podkreślają także znaczenie wiedzy i doświadczenia seniorów, bezpośrednio przyczyniających się do funkcjonowania rodziny oraz społeczności lokalnej. „Ogromna w tym zasługa seniorów, osób doświadczonych, z wiedzą budowaną przez wiele lat życia, którzy w takich sytuacjach są po prostu do zastąpienia. Znajomość tradycji i składających się na nią elementów, gotowość do ich przekazywania mają ogromne znaczenie. Oczywiście nie dotyczy to tylko świąt Bożego

<sup>98</sup> M. Straś-Romanowska, *Sytuacja psychologiczna...*, dz. cyt., s. 145.

<sup>99</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość...*, dz. cyt., s. 110.

<sup>100</sup> A. Klatkiewicz, *Dobrostan i satysfakcja życiowa w fazie starzenia się i przemijania*, w: *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, red. J.T. Kowaleski i P. Szukalski, Łódź 2008, s. 6–75; J. Nawrocka, *Spoleczne doświadczenie starości. Stereotypy, postawy, wybory*, Kraków 2013.

<sup>101</sup> M. Susułowska, *Psychologia starzenia się...*, dz. cyt.

<sup>102</sup> N. Pikuła, *Etos starości w aspekcie społecznym...*, dz. cyt., s. 102.

<sup>103</sup> Rolę seniorów w przekazywaniu wartości i tradycji podkreślają: A. Małycka, *Seniorzy nauczycielami patriotyzmu*, „Studia Socialia Cracoviensia” 9 (2017), nr 2 (17), s. 163–180; N.G. Pikuła, *Rola seniorów w budowaniu tożsamości narodowej osób mieszkających na obczyźnie*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2019, t. 32, nr 4, s. 341–352; D. Czerwonka, *Rola współczesnych dziadków – z perspektywy wnucząt i seniorów*, „Zeszyty Naukowe KSW” 2017, t. 44, s. 104–117.

<sup>104</sup> Por. M. Banach, J. Matejek, *Seniorzy gwarantem rodzinnych tradycji i zwyczajów świątecznych*, w: *Senior w rodzinie i instytucji społecznej*, red. J. Matejek, E. Zdebska, Kraków 2013, s. 85.

Narodzenia, ale praktycznie wszystkich okazji do świętowania w rodzinie czy społeczności lokalnej”<sup>105</sup>.

Obok nauki kulturowania tradycji i zwyczajów seniorzy w rodzinach często spełniają także funkcje związane z opieką i wychowaniem wnucząt. Według Joanny Wawrzyniak wychowawczą rolę dziadków można określić jako działanie dwutorowe, przejawiające się w sposób bezpośredni – jako opieka nad wnukami – i pośredni – jako wsparcie dla rodziców dziecka<sup>106</sup>. Badaczka w rozważaniach związanych z rolą dziadków w wychowaniu wnucząt wskazuje na szereg pozytywnych kontekstów, które przyczyniają się do rozwoju relacji międzypokoleniowych<sup>107</sup>. Wawrzyniak podkreśla, że aktywna obecność osób starszych w rodzinie pozwala na przygotowanie młodszych pokoleń do starości, uczy tolerancji i akceptacji. „Bezpośrednie kontakty z dziadkami uczą dzieci rozumieć rozwój społeczeństwa i dzieje własnej rodziny. We właściwy sposób kształtuje się również ich stosunek do ludzi starszych. Obecność babci i dziadka w rodzinie pozwala wnukom na bezpośrednie zetknięcie się z ich problemami, na kształtowanie właściwego podejścia do nich, co stanowi jedno z przejawów kultury osobistej i społecznej. Dzięki dziadkom wnuki uczą się również dostrzegać potrzeby ludzi starszych, uczą się tolerancji i szacunku dla drugiego człowieka”<sup>108</sup>. Do czynności bezpośrednio związanych z aktywnością domowo-rodzinną seniorów należy także zaliczyć działania takie jak: gotowanie dla domowników, odbieranie wnucząt z przedszkola/szkoły, pomoc w zadaniach domowych, spędzanie i organizowanie czasu wolnego wnukom, doraźna pomoc, np. wsparcie finansowe rodziny i wiele innych indywidualnych czynności zależnych od sposobu funkcjonowania rodziny<sup>109</sup>. W tym miejscu należy podkreślić, że nie wszyscy seniorzy chętnie angażują się w wychowanie i opiekę nad wnukami. Niektórzy dobrowolnie ograniczają swoje relacje z rodziną na rzecz innych aktywności. W literaturze przedmiotu można odnaleźć różne typologie odwołujące się do stylów i postaw, jakie prezentują dziadkowie wobec swoich wnucząt a także innych krewnych<sup>110</sup>.

Anna Brzezińska wskazuje na cztery rodzaje relacji międzypokoleniowych mogących zachodzić w rodzinie. Według badaczki dziadkowie mogą być dla wnuków:

- kotwicą (punktem odniesienia): dziadkowie postrzegani są jako osoby scalające rodzinę, budujące poczucie bezpieczeństwa, przekazujące normy, wartości, tra-

<sup>105</sup> Tamże, s. 85.

<sup>106</sup> Por. J.K. Wawrzyniak, *Opiekuńczo-wychowawcza rola dziadków w rodzinie*, „Pedagogika Rodziny. Family Pedagogy” 2011, 1 (2), s. 95.

<sup>107</sup> Szerzej: tamże.

<sup>108</sup> Tamże, s. 103.

<sup>109</sup> Szerzej: U. Kempieńska, *Rola seniorów w rodzinie*, „Pedagogika Społeczna” 2015, nr 4 (58), s. 81–96; J. Matejek, *Rola seniorów w rodzinie w procesie organizacji czasu wolnego dzieci*, w: *Socjalna pedagogika w kontekście życiowych etap człowieka*, red. M. Bargel, jr., E. Janigová, E. Jarosz, M. Jůzl, Brno 2013, s. 1127–1136; J. Młyński, *Społeczno-wychowawcza rola seniorów (dziadków) w rodzinie*, „Teologia i Moralność” 2019, t. 14, nr 2 (26), s. 103–118; K. Ziomek-Michalak, *Znaczenie rodziny w starzeniu się i starości człowieka*, „Roczniki Teologiczne” 2015, t. 62, s. 175–194.

<sup>110</sup> Szerzej na temat przyjmowanych ról dziadków w rodzinie: U. Osza, M. Czelej, *Spostrzeganie stylów pełnienia ról babci i dziadka przez wnuczęta*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica” 2018, t. 11, s. 70–87; I. Rybczyńska, *Jak być (kochaną) babcią*, Warszawa 1976; H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań 2004; A. Przygoda, *Dziadkowie w procesie socjalizacji wnuków*, „Pedagogika Rodziny” 2012, nr 4, s. 41–48; A.I. Brzezińska, *Psychologiczne portrety człowieka: praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańsk 2008.

dycje i zwyczaje, a przez to pomagający kształtować tożsamość poszczególnych członków rodziny;

- opiekunem i „ochroniarzem”: dziadkowie przyjmujący te role stanowią wsparcie dla własnych dzieci w opiece i wychowaniu wnucząt, w miarę swoich możliwości pomagają także finansowo;
- arbitrem i negocjatorem: seniorzy często pomagają łagodzić konflikty, które pojawiają się pomiędzy poszczególnymi członkami w rodzinie, pełnią rolę „advokatów” wnuków, trzymają ich stronę w relacjach z rodzicami;
- historykiem i archiwistą rodziny: osoby starsze są wtedy postrzegane przez pryzmat wiedzy na temat tradycji rodzinnych, utrzymywania ciągłości pokoleniowej i udzielania pomocy w zrozumieniu znaczenia upływu czasu<sup>111</sup>.

W typologii opracowanej przez Brzezińską widoczne są pozytywne role, jakie przyjmują najstarsi członkowie rodziny, często stając się podporą dla wnucząt. Niestety nie wszyscy seniorzy chętnie angażują się w opiekę i wychowanie wnuków, przyjmując postawę obojętności lub ograniczenia kontaktów do minimum. W klasyfikacji stylów pełnienia roli dziadków można wskazać na zachowania i postawy, które nie sprzyjają socjalizacji i wychowaniu młodego pokolenia. W typologię tę wpisują się style takie jak:

- styl formalny – charakteryzujący się ograniczeniem kontaktów z wnukami do tego, „co należy”;
- styl „zastępczych rodziców” – charakteryzujący się wypełnianiem przez dziadków ról rodzicielskich wobec wnuków;
- rola „krynicy mądrości rodzinnej” – rola ta jest związana z edukacją wnuków w aspekcie tradycji i zwyczajów rodzinnych, najstarsi członkowie rodziny są postrzegani jako autorytety;
- rola rozrywkowa – związana z utrzymywaniem przez dziadków stosunków z wnukami opartych są na wspólnej zabawie i wzajemnej satysfakcji;
- rola „życzliwych świętych mikołajów” – charakteryzuje się sporadycznymi (okazjonalnymi) kontaktami dziadków z wnukami, podczas spotkań dzieci obdarowywane są prezentami, pieniędzmi<sup>112</sup>.

Analiza postaw i ról, jakie przyjmują najstarsi członkowie rodziny wobec swoich wnuków, pozwala stwierdzić, że seniorzy różnie odnajdują się w rolach babci i dziadka. Istotnym jest, że nie wszyscy chętnie utrzymują bliższe relacje z krewnymi, dobrowolnie rezygnując z aktywnego uczestnictwa w rozwoju i wychowaniu wnuków, a także z pomocy bliskim. Niemniej, niezależnie od prezentowanych stylów zachowań, osoby starsze stanowią integralne elementy życia rodzinnego, a ich funkcjonowanie jest na wielu płaszczyznach bezpośrednio i pośrednio związane z relacjami i kontaktami rodzinnymi.

---

<sup>111</sup> Por. A. Brzezińska, *Niezbędność dziadków*, „Charaktery” 2001, nr 5 (52), s. 27–29.

<sup>112</sup> Por. M. Chmielewska, *Rola dziadków w procesie socjalizacji*, „Wychowanie na co Dzień” 2002, nr 7–8, s. 17–19.

Powyższe rozważania miały na celu zaprezentowanie, jak ważnymi członkami rodzin są seniorzy, którzy mogą stanowić pewnego rodzaju „podporę” dla rodziców w procesie wychowania i socjalizacji najmłodszych pokoleń. Dobre relacje z dziadkami – oparte na miłości, szacunku, zrozumieniu i życzliwości – pozwalają na wszechstronny rozwój wszystkich członków rodziny. Pomimo panujących trendów kulturowych odchodzenia od modelu rodziny wielopokoleniowej wspólnie mieszkającej, obniżenia autorytetu seniorów w rodzinach, osłabiania więzi międzypokoleniowych oraz negatywnych postaw społecznych wobec osób starszych, zasadne jest stwierdzenie, że ich potencjał i zasoby stanowią dla środowiska rodzinnego istotny komponent pomagający zachować wewnętrzną równowagę i spójność. Obok postrzegania seniora w rodzinie z perspektywy „dawania”, w tym miejscu należy podjąć naukową refleksję nad rodziną jako grupą, która wspiera swoich najstarszych członków i im pomaga.

W aspekcie tematyki dysertacji należy zwrócić szczególną uwagę na znaczenie rodziny jako środowiska wspierającego seniora. Rodzina bowiem, jako pierwotna grupa, spełnia szereg funkcji i zadań wobec osób starszych, szczególnie tych, których starość nie przebiega w sposób pomyślny. Funkcja opiekuńcza rodziny wobec najstarszych członków zyskuje szczególnie na znaczeniu w momencie wystąpienia choroby lub schorzeń ograniczających lub całkowicie uniemożliwiających samodzielne funkcjonowanie.

Zmiany zachodzące w okresie starości przejawiają się nie tylko w obrębie zdrowia fizycznego człowieka. Są one także związane z ograniczeniem kontaktów i ról społecznych. Wobec zachodzących przeobrażeń seniorzy przypisują szczególną rolę więzom i relacjom rodzinnym. „Z badań wynika, że im więcej człowiek stary ma przyjaciół, tym mniejsze znaczenie mają dla niego kontakty z rodziną, a im więcej utracił ról społecznych, tym bardziej staje się zależny pod względem emocjonalnym od rodziny”<sup>113</sup>. Jak wskazują liczne opracowania, środowisko rodzinne stanowi istotny czynnik warunkujący rodzaj i zakres podejmowanych aktywności w wieku senioralnym. Obok miejsca zamieszkania, stanu, zdrowia i wykształcenia, to rodzina determinuje lub też zniechęca osoby starsze do zaangażowania w życie społeczne, co bezpośrednio znajduje odzwierciedlenie w jakości życia seniora.

Pomoc w rodzinie prawidłowej jest czymś naturalnym i zachodzi na zasadzie dualizmu. Z jednej strony seniorzy pomagają swoim dzieciom i wnukom w różnych obszarach życia, z drugiej zaś – w momencie kiedy wystąpią ograniczenia związane z wiekiem, oczekują zrozumienia, opieki i wsparcia.

Badania PolSenior wskazują na sześć podstawowych form życia rodzinnego osób starszych:

- mieszkanie samotne (dominująca form życia seniorów),
- małżeństwa,
- małżeństwa mieszkające z dziećmi,
- rodziny złożone z osoby starszej i jej dzieci,

---

<sup>113</sup> S. Steuden, *Psychologia starzenie się i starości...*, dz. cyt., s. 126.

- małżeństwa mieszkające z dziećmi i wnukami,
- rodziny złożone z osoby starszej, jej dzieci i wnuków<sup>114</sup>.

Jak wynika z badań PolSenior, relatywnie więcej osób starszych samotnych mieszka w miastach niż w mniejszych miejscowościach lub na wsiach. Liczba rodzin dwupokoleniowych zamieszkujących wspólnie jest zbliżona do siebie zarówno w dużych miastach, jak i małych miejscowościach, natomiast rodziny trzypokoleniowe znacznie częściej występują na wsiach<sup>115</sup>. Występująca tendencja przekłada się na zakres pomocy i wsparcia, jakich doświadczają współcześni seniorzy w rodzinach.

W życiu każdego człowieka, niezależnie od wieku, istotne znaczenie przypisuje się wsparciu społecznemu, które może się przejawiać przez pomoc emocjonalną, rzeczową, materialną, informacyjną itp. „Jednak osoby starsze potrzebują go szczególnie, a potrzeba ta nasila się w miarę pojawiania się niesamodzielności, będącej skutkiem przewlekłej choroby lub niepełnosprawności. Spośród podstawowych charakterystyk jednostek wyznaczających możliwość samodzielnej realizacji przez nie potrzeb szczególnie istotny jest bowiem stan zdrowia. Jest on podstawową determinantą aktywności społecznej osób starszych, możliwości samodzielnego zamieszkiwania i konieczności korzystania z pomocy innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności”<sup>116</sup>. Wsparcie społeczne wobec seniorów powinno być czymś naturalnym, skorelowanym ze stanem zdrowia jednostki. Za źródła wsparcia uznaje się środowisko rodzinne, sąsiadów, przyjaciół, a także instytucje i grupy samopomocowe. Bez wątpienia pierwszorzędną rolę we wspieraniu osób starszych powinna odgrywać rodzina.

W środowisku rodzinnym senior staje się dziadkiem, babcią, a co z tym związane – podejmuje nowe zadania i funkcje, które pozwalają mu na zaspokajanie potrzeb. Bycie dziadkami nie jest związane tylko z pomocą i wsparciem poszczególnych członków rodziny, pozwala także na doznawanie pozytywnych przeżyć związanych z wypełnianiem tejże roli. Luis J. Cozolino, wskazuje na cztery podstawowe doświadczenia, jakie towarzyszą dziadkom. Według badacza osoby będące dziadkami mogą doświadczać:

- satysfakcji i poczucia zadowolenia. Poprzez zaangażowanie w wychowanie wnuków, realizowana jest potrzeba bycia aktywnym, co sprzyja podtrzymaniu zdrowia fizycznego i psychicznego. Czynny udział w życiu rodzinnym zmniejsza ryzyko izolacji społecznej, emocjonalnej, obniża ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych.
- wsparcia społecznego i wzmacniania więzi międzypokoleniowych, co przekłada się na poczucie przynależności, utrzymanie bliskości emocjonalnej z krewnymi, doświadczania poczucia spełnienia i samorealizacji.

<sup>114</sup> B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości*, w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012, s. 419–448.

<sup>115</sup> P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012, s. 56.

<sup>116</sup> *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu*. Synteza, red. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, Warszawa 2017, s. 10.



- poczucia własnej wartości, odnalezienia poczucia sensu życia, łączności z pokoleniem ludzi młodszych.
- poczucia bycia potrzebnym młodszemu pokoleniu. Podtrzymania znaczenia społecznego oraz zdolności realizowania ważnej roli rodzinnej i społecznej<sup>117</sup>.

Rodzina może bezpośrednio stawać się płaszczyzną do realizacji i zaspokajania potrzeb życiowych osób starszych. Jak podkreśla Katarzyna Ziomek-Michalak, „Rodzina jest dla seniora naturalnym środowiskiem, najlepiej służącym zaspokajaniu jego wielu potrzeb, stwarzającym możliwości kompleksowego wsparcia i opieki. Należy tu wspomnieć o zwrotnym charakterze tego wsparcia, wyrażającym się w pomocy dzieciom i opiece nad wnukami, co daje poczucie przydatności, niekiedy mające wyższy wymiar i znaczenie niż możliwość liczenia na jej członków”<sup>118</sup>. W tym miejscu należy podkreślić, że nie wszystkie osoby starsze są w stanie zaangażować się w życie rodzinne, co wynika bezpośrednio z ich stanu zdrowia.

Jak zostało przedstawione w rozdziale pierwszym, starość może przebiegać w trojaki sposób. Kiedy osoba starsza doświadcza starości prawidłowej lub pomyślnej, jest samodzielna i niezależna. Często nie wymaga opieki ze strony krewnych, wręcz przeciwnie – sama stanowi źródło wsparcia. W momencie wystąpienia chorób przewlekłych, ograniczenia funkcji ruchowych czy intelektualnych pomoc seniorowi – zgodnie z zasadą subsydiarności – powinna zostać udzielona w rodzinie i środowisku lokalnym. Istnieje wprawdzie wiele różnorodnych placówek i instytucji działających na rzecz najstarszych pokoleń, ale to rodzina winna stanowić miejsce, w którym senior może liczyć na szeroko definiowaną pomoc. Jak wskazuje Szatur-Jaworska: „Zarówno w przypadku wspólnego, jak i osobnego zamieszkiwania między starszymi rodzicami i dorosłymi dziećmi dokonuje się wzajemna wymiana świadczeń i usług. W początkowej fazie starości ludzie starsi więcej dają, niż biorą, gdyż mają i siły, i środki, by pomagać dorosłym dzieciom oraz zajmować się wnukami. W miarę jak starzeją się i coraz częściej chorują, a ich wnuki dorastają, ludzie starzy świadczą rodzinie pomoc mniejszą niż ta, którą od niej otrzymują. W tym okresie rodzina rewanżuje się sędziwym rodzicom, pomagając w razie choroby i niepełnosprawności”<sup>119</sup>.

Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że seniorzy najczęściej wskazują członków rodziny jako osoby do pomocy w przypadku wystąpienia choroby. Dane GUS prezentuje tabela 3.

<sup>117</sup> Por. L.J. Cozolino, *The healthy aging brain. Sustaining attachment, attaining wisdom*, New York 2008, s. 58.

<sup>118</sup> K. Ziomek-Michalak, *Znaczenie rodziny...*, dz. cyt., s. 179–180.

<sup>119</sup> B. Szatur-Jaworska, *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna” 1999, nr 26, s. 19.

Tabela 3. Osoby wskazane jako pierwsze do pomocy w domu w razie choroby według wieku w 2018 roku (w proc.)

Wyszczególnienie	16 lat i więcej	65 lat i więcej	65–74 lata	75 lat i więcej
Mąż/partner, żona/partnerka	57,6	46,3	56,2	27,4
Rodzice, teściowie	18,8	0,1	0,1	0,0
Dzieci (w tym zięciowie i synowie), wnuki	14,7	41,6	32,3	59,5
Rodzeństwo	4,0	3,3	3,6	2,7
Inny(-na) krewny/krewna Pana/Pani lub współmałżonka/partnera(-ki)	0,7	1,4	1,4	1,4
Znajomy/znajoma, przyjaciel/przyjaciółka	2,2	2,1	2,3	1,8
Sąsiad/sąsiadka	1,2	3,8	3,2	4,9
Ktoś z pomocy społecznej	0,0	0,1	0,0	0,3
Ktoś, komu płaci się za pomoc	0,0	0,2	0,1	0,4
Ktoś inny	0,2	0,3	0,3	0,3
Nie mam takiej osoby / do nikogo	0,6	0,7	0,5	1,2

**Źródło:** Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia osób starszych w Polsce*, Warszawa 2020, s. 77.

Jak wynika z zaprezentowanych danych, z wiekiem rośnie znaczenie dzieci lub wnuków jako najważniejszych źródeł wsparcia dla seniorów, natomiast maleje znaczenie współmałżonków lub partnerów życiowych. Sytuacja ta wydaje się oczywista i wynika, po pierwsze z rosnącego z wiekiem udziału osób samotnych (wdowieństwo), a po drugie – ze sprawności i kondycji fizycznej współmałżonka. Większego znaczenia nabiera też sąsiedztwo.

Rodzina, w percepcji seniorów, nie stanowi wyłącznie głównego źródła wsparcia w wypadku wystąpienia choroby. Osoby starsze podkreślają także jej znaczenie w momencie wystąpienia smutku lub innych negatywnych uczuć (patrz tabela 4).

Tabela 4. Osoby wskazane jako pierwsze do wsparcia (rozmowy wspierającej) w razie smutku, przygnębienia według wieku w 2018 roku (w proc.)

Wyszczególnienie	16 lat i więcej	65 lat i więcej	65–74 lata	75 lat i więcej
Mąż/partner, żona/partnerka	54,6	45,2	53,6	29,1
Rodzice, teściowie	13,4	0,1	0,2	0,0
Dzieci (w tym zięciowie i synowie), wnuki	12,7	37,1	28,7	53,4
Rodzeństwo	7,1	4,3	4,7	3,7
Inny(-na) krewny/krewna Pana/Pani lub współmałżonka/partnera(ki)	0,7	1,2	1,3	1,0
Znajomy/znajoma, przyjaciel/przyjaciółka	8,0	6,2	6,5	5,5
Sąsiad/sąsiadka	0,9	2,8	2,6	3,3
Ksiądz lub inna osoba duchowna	0,1	0,2	0,3	0,1
Lekarz rodzinny	0,0	0,1	0,1	0,2
Psycholog lub inny profesjonalny doradca	0,2	0,1	0,2	0,1
Grupa samopomocy	0,0	0,0	0,0	0,0
Ktoś inny	0,4	0,3	0,3	0,3
Nie mam takiej osoby / do nikogo	1,8	2,2	1,6	3,3

**Źródło:** Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia osób starszych...*, dz. cyt., s. 81.

Analiza danych zawartych w tabeli 4 pozwala stwierdzić, że podobnie jak to miało miejsce w przypadku oceny oczekiwanych źródeł wsparcia w razie choroby (tabela 3), tak również w odniesieniu do wsparcia emocjonalnego, można zauważyć zróżnicowaną sytuację osób starszych w różnych grupach wiekowych. Różnica między młodszymi (65–74 lata) a starszymi (75+) seniorami jest widoczna w kolejności oczekiwania wsparcia od męża/żony/partnera/partnerki oraz dzieci lub wnuków. Młodszy seniorzy w pierwszej kolejności oczekiwali wsparcia od współmałżonków, a następnie – od dzieci. W przypadku starszej grupy wiekowej kolejność była odwrotna. Należy zwrócić uwagę na istotny czynnik warunkujący oczekiwane wsparcie, a mianowicie rodzaj gospodarowania (gospodarstwo jednoosobowe, wieloosobowe itp.)<sup>120</sup>.

Ważnym aspektem, związanym i pomocą udzielaną osobom starszym przez rodzinę, jest wsparcie finansowe. Jak wynika z danych GUS-u, seniorzy w zdecydowanej większości oczekują pomocy finansowej ze strony rodziny, jeśli pojawią się trudności materialne. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Oczekiwana pomoc w razie trudności finansowych według wieku w 2018 roku (w proc.)

Wyszczególnienie	16 lat i więcej	65 lat i więcej	65–74 lata	75 lat i więcej
Tak, głównie rodzina	71,6	79,0	77,4	82,2
Tak, głównie znajomi, przyjaciele	4,0	4,5	5,0	3,5
Tak, zarówno rodzina, jak i znajomi, przyjaciele	19,7	10,6	12,0	7,7
Nie ma takich osób	4,7	5,9	5,5	6,6

**Źródło:** Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia osób starszych...*, dz. cyt., s. 81.

Jak wskazują dane, rodzina dla osób powyżej 16 roku życia stanowi główny punkt oparcia w momencie doświadczania trudności finansowych. Szczególnie mocno tendencja ta uwidacznia się wśród seniorów powyżej 75 roku życia. Należy zwrócić uwagę, że wśród najstarszych kohort wiekowych są jednostki nieposiadające osób, na które mogą liczyć w przypadku wystąpienia problemów finansowych.

Dane zaprezentowane w tabeli 3, 4 oraz 5 jasno pokazują, że rodzina stanowi dla osób starszych najważniejszą grupę wsparcia fizycznego, emocjonalnego oraz finansowego. Seniorzy wraz z wiekiem, poprzez utratę samodzielności i niezależności, śmierć współmałżonka, poszukują źródła oparcia i pomocy w najbliższych. Duże znaczenie mają także sąsiedzi oraz przyjaciele.

Z czasem dla seniora może stać się problematyczne zaspokajanie niektórych potrzeb, co bezpośrednio będzie związane z udzieleniem wsparcia i pomocy. Jak zaznaczają Barbara Szatur-Jaworska i Zofia Szweda-Lewandowska, nie należy dokonywać podziału osób starszych na potrzebujące i niepotrzebujące wsparcia społecznego<sup>121</sup>. Czasem wspar-

<sup>120</sup> Pomiedzy liczebnością gospodarstwa domowego a oczekiwanym wsparciem zachodzi pewnego rodzaju zależność. Osoby starsze z gospodarstw jednoosobowych, w przypadku smutku i przygnębienia, widziały w pierwszej kolejności możliwość porozmawiania ze swoimi dziećmi lub wnukami, następnie z przyjaciółmi, rodzeństwem i sąsiadami. Szczegółowy opis zależności w: Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia osób starszych w Polsce*, Warszawa 2020.

<sup>121</sup> *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu*, red. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, Warszawa 2016, s. 13.

cie to wymagane jest w mniejszym zakresie, niemniej jednak jest znaczące dla odczuwania dobrostanu najstarszych pokoleń. Jak wynika z badań Pauliny Olejniczak, osoby starsze za główne źródła wsparcia uważają rodzinę, następnie przyjaciół i sąsiadów. Członkowie rodziny, w percepcji seniorów, utożsamiani są ze wsparciem informacyjnym, wartościującym, emocjonalnym, a także duchowym<sup>122</sup>. Pomoc i wsparcie są najczęściej realizowane przez: robienie zakupów, wykonywanie prac domowych, załatwianie spraw urzędowych, wsparcie finansowe, wsparcie psychiczne, udostępnianie mieszkania, pielęgnację i opiekę w chorobie<sup>123</sup>. Aleksandra Piłat – podejmując problematykę roli rodziny w życiu seniora – zauważa, że „W naszym społeczeństwie ukształtowało się silne oczekiwanie o charakterze normatywnym, które znacznie częściej niż na instytucje publiczne, wskazuje członków najbliższej rodziny jako na źródło opieki”<sup>124</sup>.

Zwiększony zakres wsparcia i pomocy względem seniora znacznie uwidacznia się w momencie wystąpienia choroby lub schorzenia, które upośledzają podstawowe funkcje życiowe, utrudniając tym samym samodzielne funkcjonowanie, często także zamieszkiwanie. Wystąpienie choroby i konieczność objęcia opieką starszych członków rodziny są bezpośrednio związane z funkcją opiekuńczą. Opieka nad schorowanym seniorem w wielu przypadkach wymaga zmiany dotychczasowego trybu życia, rezygnacji z pracy zarobkowej przez jednego z opiekunów nieformalnych, wspólnego zamieszkania z chorym i wprowadzeniu wielu indywidualnych zmian, które pozwolą na zapewnienie bezpieczeństwa i optymalnej opieki.

Ważnym aspektem funkcjonowania rodziny z seniorem są postawy młodszych członków rodziny wobec starszych. Danuta Seredyńska, zajmując się zagadnieniem postaw krewnych wobec osób starszych, wskazuje na cztery charakterystyczne warianty postaw. Według badaczki można wyszczególnić następujące sytuacje:

- „rodzina dostrzega problem seniora i zna normy, wzory, wartości postępowania, dzięki którym może spełnić oczekiwania seniora względem danego problemu, ale go nie rozumie (np. wie, że ośmieszanie działa deprymująco, ale nie rozumie, dlaczego wobec seniora, skoro w jego wieku nie powinno mu to przeszkadzać; wie, że ludzie mają swoje filozofie życia, ale nie rozumie, dlaczego człowiek stary upiera się przy pewnych poglądach, czynnościach, działaniach, skoro są one tak bardzo nieefektywne);
- rodzina dostrzega i rozumie problemy seniora, zna normy, wzory, wartości postępowania, dzięki którym, może spełnić oczekiwania seniora względem danego problemu, ale ich nie akceptuje (np. zna i rozumie normy, wzory, wartości takiego postępowania, by zachować dobre imię seniora, ale nie akceptuje ich, bo nie sprzyja jego oportunistycznym planom życiowym);

<sup>122</sup> Por. P. Olejniczak, *Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2013, t. 3, nr 2, s. 183–188.

<sup>123</sup> Szerzej: T. Różański, *Współczesna rodzina jako środowisko życia i aktywności osób starszych. Wybrane kwestie*, „Teologia i Człowiek” 2017, t. 40, nr 4, s. 223–224; B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych...*, dz. cyt., s. 433–435.

<sup>124</sup> A. Piłat, *Rodzinni opiekunowie osób starszych*, „Zeszyty Pracy Socjalnej” 2016, t. 21, z. 1, s. 24.

- rodzina dostrzega i rozumie problemy seniora, zna normy, wzory, wartości postępowania, dzięki którym może spełnić jego oczekiwania względem danego problemu, także je akceptuje i chce postępować według takich wzorów, by senior miał możliwość i satysfakcję z efektywności swoich decyzji, jednak nie potrafi przekazać mu istotnych informacji w tym związanych);
- rodzina chce przestrzegać zasad, norm i wartości wyznaczających humanitarne postawy wobec innych, ale nie zna ich, tym samym nie rozumie (np. czerpiąc wzory ze społecznego funkcjonowania osób starszych generalizuje na wszystkie inne osoby starsze)<sup>125</sup>.

Mimo że rodzina stanowi pierwotną grupę rozwojową, wystąpienie długotrwałej choroby lub niepełnosprawności u najstarszego z jej członków może wpływać na zmianę dotychczasowego trybu i stylu życia pozostałych. Sytuacja może stanowić pewnego rodzaju „wyzwanie” dla rodziny, gdy senior zamieszkuje samotnie a wymaga całodobowej opieki. Dzieci osoby starszej lub jej współmałżonek przyjmują wtedy rolę opiekunów nieformalnych.

Rola opiekuna nieformalnego, jak wskazują liczne badania, jest związana z doświadczaniem negatywnych uczuć i emocji, co bezpośrednio wiąże się z nadmiarem obowiązków, brakiem czasu, stresem związanym z opieką nad chorym, wypaleniem opiekuńczym. Badania Małgorzaty Herudzińskiej uwidocznily niezaspokojone potrzeby opiekunów nieformalnych osób starszych. Wśród potrzeb tych respondentów wymieniali: potrzebę „czasu”, wsparcia, pomocy, zrozumienia i docenienia ze strony rodziny lub środowiska zewnętrznego, potrzeby związane z własnym zdrowiem i siłą, potrzebę wdzięczności ze strony chorego<sup>126</sup>. Mimo że w naszym kręgu kulturowym sprawowanie opieki nad najstarszym członkiem rodziny jest czymś naturalnym, wpisującym się w tradycję i kulturę, jest ono również związane z problemami opiekunów nieformalnych, często niemających odpowiednich predyspozycji psychicznych, emocjonalnych, fizycznych, mieszkaniowych i finansowych, by zajmować się swoim schorowanym rodzicem lub współmałżonkiem. Członkowie rodziny, którzy stają się opiekunami nieformalnymi mogą doświadczać izolacji, marginalizacji i wykluczenia społecznego<sup>127</sup>.

Rodzina odgrywa znaczącą rolę w toku całego życia człowieka. Wpływa na jego sposób funkcjonowania w społeczeństwie, determinuje zachowania i przyjmowane postawy. W okresie starości środowisko rodzinne warunkuje jakość życia seniora, stanowi grupę wsparcia i pomocy, pozwala na realizację aktywności. Według Elżbiety Trafiałek „Dla ludzi w starszym wieku rodzina jest najważniejszą płaszczyzną odniesienia oraz powszechnie odczuwanym gwarantem bezpieczeństwa, opieki i akceptacji. Wskazywana jest

<sup>125</sup> D. Seredyńska, *Rodzina jako kontekst rozwoju seniora*, „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji” 2009, nr 4, s. 142–143.

<sup>126</sup> Por. M. Herudzińska, *Nieformalni opiekunowie osób starszych – doświadczenia i uczucia oraz ich potrzeby związane z pełnioną rolą*, „Rocznik Lubuski” 2020, t. 46, cz. 2, s. 281–293.

<sup>127</sup> Szerzej: A. Janowicz, *Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu European Palliative Care Academy (EUPCA)*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2014, t. 4, nr 2, s. 161–167.



jako jedyna instytucja zdolna do wypełniania rozległych deficytów starości i skutecznego rozwiązywania problemów znamienych dla podeszłego wieku: emocjonalnych, organizacyjnych, bytowych, związanych z codziennym funkcjonowaniem<sup>128</sup>.

Na podstawie literatury przedmiotu można stwierdzić, że rodzina stanowi znaczącą grupę pozwalającą seniorom na zaspokajanie licznych potrzeb związanych z przynależnością, akceptacją, użytecznością, poczuciem bezpieczeństwa. W aspekcie tematyki niniejszej dysertacji należy zauważyć, że środowisko rodzinne jest dla większości polskich seniorów podstawową instytucją, która realizuje zadania i funkcje na rzecz swoich najstarszych członków w środowisku zamieszkania.

Co istotne, rola rodziny w opiece nad osobami starszymi znajduje także odzwierciedlenie w założeniach polityki senioralnej w Polsce. Wobec prognoz demografów zasadnym staje się skoncentrowanie na roli i znaczeniu rodziny w życiu osób starszych, których liczba będzie sukcesywnie wzrastać.

#### **4. Wyzwania polityki społecznej oraz rodziny na rzecz poprawy jakości życia osób starszych**

Rozdział drugi niniejszej dysertacji koncentruje się za znaczeniu rodziny i polityki senioralnej w aspekcie działań aktywizujących i uspołeczniających osoby starsze. Na podstawie dotychczasowych rozważań teoretycznych można zauważyć, że w Polsce podejmowane są liczne działania skoncentrowane na podnoszeniu jakości życia najstarszych kohort. Niemniej jednak należy zwrócić szczególną uwagę na wyzwania, które pojawiają się – lub według prognoz demografów będą się pojawiać – wraz ze zmianami demograficznymi.

Jakość życia osób starszych staje się istotnym elementem działań polityki senioralnej. Bez wątplenia jest ona warunkowana licznymi czynnikami o charakterze indywidualnym, jak i społecznym. Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że wyzwania polityki senioralnej znajdują swoje odzwierciedlenie w czterech charakterystycznych cechach starzenia się społeczeństwa. Do najważniejszych wyróżników starzenia się społeczeństwa w Polsce zalicza się:

- a) feminizację społeczeństwa,
- b) singularyzację,
- c) długowieczność,
- d) wewnętrzne zróżnicowanie starości<sup>129</sup>.

Feminizacja społeczeństwa bardzo mocno uwidacznia się w najstarszych grupach wiekowych. Według danych demograficznych kobiety żyją i będą żyć dłużej niż mężczyź-

<sup>128</sup> E. Trafiałek, *Rodzina jako obszar aktywności i źródło wsparcia w aktywnym starzeniu się*, w: *Aktywne starzenie się. Przeciwdziałanie barierom*, red. P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska, Łódź 2014, s. 153.

<sup>129</sup> M. Cybulski, *Proces starzenia się społeczeństwa istotnym problemem zdrowia publicznego*, w: *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*, red. M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, Warszawa 2016, s. 12–13.

ni, co bezpośrednio wpłynie na wzrost liczby kobiet w ogólnej strukturze społecznej. Zjawisko to jest niepokojące zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Jego konsekwencje będą się przejawiać w obszarze polityki społecznej oraz opieki medycznej. Wraz z postępującym procesem starzenia się i wzrostem liczebności kobiet samotnie gospodarujących pojawi się wzmożona potrzeba organizacji opieki dla niesamodzielnych kobiet. Na podstawie danych demograficznych zawartych w tabeli 6 można zauważyć, że proces feminizacji widoczny jest w ogólnej strukturze społeczeństwa polskiego.

Tabela 6. Osoby w wieku 60 lat i więcej według grup wieku, płci oraz miejsca zamieszkania w 2019 roku

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
w proc. ogółem	25,3	21,9	28,5	27,4	22,00
w proc. ludności w wieku 60 lat i więcej danej grupy:					
60–64 lata	28,4	31,9	25,9	27,6	29,9
65–69	25,4	27,1	24,1	25,8	24,6
70–74	18,1	18,2	18,0	18,6	17,0
75–79	10,7	9,8	11,4	10,8	10,5
80–84	9,1	7,3	10,3	9,0	9,2
85 lat i więcej	8,4	5,6	10,3	8,1	8,8

**Źródło:** Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.*, Warszawa–Białystok 2021, s. 25.

W 2019 roku 28,5% kobiet osiągnęło wiek senioralny. Jak wskazuje tabela 6, we wszystkich grupach wiekowych seniorów dominują kobiety, co jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn. Ponadto w strukturze ludności można zauważyć wyższy udział osób starszych w miastach niż na wsi. W 2019 roku wśród mieszkańców miast było 27,4% osób starszych, a na terenach wiejskich – 22,0%. W miastach w roku 2019 odnotowano także większy współczynnik feminizacji (tabela 7).

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w ogólnej strukturze społecznej Polski mocno widoczne jest zjawisko feminizacji, które uwypukla się w okresie senioralnym. W 2019 roku w grupie osób w wieku 60 lat i więcej na 100 mężczyzn przypadało 139 kobiet. Współczynnik feminizacji w 2019 roku przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Współczynnik feminizacji w 2019 roku

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś
Ogółem	107	111	101
w tym dla osób w wieku 60 lat i więcej	139	146	126
60–64 lata	113	123	98
65–69	123	133	107
70–74	137	142	126
75–79	161	164	159
80–84	195	196	193
85 lat i więcej	225	246	272

**Źródło:** Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych...*, dz. cyt., s. 27.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 7, współczynnik feminizacji wzrasta wraz z wiekiem. W grupie seniorów 60–64-letnich jest on najniższy i w roku 2019 wyniósł 113. Wzrost liczebności kobiet, które przypadają na 100 mężczyzn bardzo mocno uwidacznia się wśród najstarszych seniorów, którzy przekraczają 80 lat życia. W 2019 roku na 100 mężczyzn w wieku 80–84 lata przypadało 195 kobiet, a w grupie 85-latków i starszych – już 225. Jak wskazują prognozy demografów, współczynnik feminizacji do 2050 roku będzie utrzymywał się na stosunkowo wysokim poziomie.

Dane zawarte w tabeli 8 przedstawiają prognozy współczynnika feminizacji w latach 2030, 2040 oraz 2050. Przez cały okres prognoz można zaobserwować przewagę liczebną kobiet wśród ludności Polski oraz osób w wieku senioralnym. W zbiorowości osób starszych w 2030 roku na 100 mężczyzn przypadać będzie 135 kobiet, a w 2050 roku wskaźnik ten osiągnie wartość 122. W miastach współczynnik feminizacji ukształtuje się w 2030 roku na poziomie 145, a w roku 2050 wyniesie 127. Na terenach wiejskich w 2030 roku na 100 mężczyzn przypadać będzie 121 kobiet, natomiast w roku 2050 – 115<sup>130</sup>.

Tabela 8. Współczynnik feminizacji (prognoza)

Wyszczególnienie	2030	2040	2050
<b>Ogółem</b>			
Ogółem	107	105	106
Miasta	111	111	109
Wieś	100	101	100
<b>w tym osoby wieku 60 lat i więcej</b>			
Ogółem	135	129	122
Miasta	145	137	127
Wieś	121	119	115

**Źródło:** Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.*, Warszawa–Białystok 2021, s. 33.

Rosnąca liczebność kobiet w okresie późnej starości bezpośrednio wiąże się z wdowieństwem, często także samotnym zamieszkiwaniem. Sytuacja ta może generować wiele problemów w momencie pojawienia się przewlekłych chorób, a także w wyniku postępującego procesu starzenia organizmu.

Należy także zwrócić uwagę, że śmierć współmałżonka, jak wynika z literatury przedmiotu, pociąga za sobą kryzys, odczuwanie pustki i samotności, a niekiedy prowadzi do zaburzeń emocjonalnych, psychicznych czy somatycznych. Utrata małżonka może, z jednej strony, pełnić funkcję motywatora aktywizującego, z drugiej zaś – wprowadzać w stan bierności, apatii i zubożenia. W świetle przedstawionych danych obraz polskiego społeczeństwa w kolejnych latach będzie kształtować postępująca feminizacja, dlatego też istotnym staje się podejmowanie działań skoncentrowanych na starszych, samotnych kobietach, których stan zdrowia uniemożliwia samodzielne gospodarowanie i podejmo-

<sup>130</sup> Szerzej: Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 roku*, Warszawa–Białystok 2021, s. 33.

wanie różnych form aktywności<sup>131</sup>. Należy także podkreślić, że wdowieństwo kobiet często się łączy z niższymi dochodami, co wpływa na możliwość samodzielnego zaspokajania potrzeb.

Feminizacja starości, bez wątpienia, będzie stanowić wyzwanie dla polityki senioralnej oraz rodzin osób starszych. Zjawisko to bezpośrednio wiąże się z wydłużeniem ludzkiego życia, szczególnie kobiet, oraz nadumieralnością mężczyzn. „Wyższa umieralność mężczyzn niż kobiet jest uzasadniana m.in. różnicami biologicznymi, większym obciążeniem pracą, niehigienicznym trybem życia mężczyzn, niższym poziomem ich wykształcenia czy często lekceważącym traktowaniem przez nich swojego zdrowia”<sup>132</sup>.

Długowieczność, kolejna charakterystyczna cecha starzenia się społeczeństwa polskiego, niesie za sobą liczne zadania w obszarze zabezpieczenia socjalnego, medycznego, opiekuńczego najstarszych seniorów, którzy często prowadzą jednoosobowe gospodarstwo.

W roku 2019 przewidywane przeciętne trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 74,1 roku natomiast płci żeńskiej – 81,8 roku<sup>133</sup>. Według danych nastąpiła poprawa tego wskaźnika w stosunku do roku 2018. Z kolei w porównaniu z rokiem 2005 przeciętne dalsze trwanie życia wydłużyło się o 3,3 roku dla mężczyzn i 2,4 roku dla kobiet. Wydłużenie przeciętnego trwania życia, według demografów, będzie sukcesywnie postępować, jednocześnie nastąpi spadek liczebności Polaków.

Malejąca liczba Polaków, według danych, mocno uwidoczniła się w roku 2018, kiedy liczba mieszkańców Polski wyniosła 38 411 tys. i zmniejszyła się o 22 tys. w porównaniu z rokiem 2017<sup>134</sup>. W roku 2020 sytuacja demograficzna kształtowała się pod wpływem epidemii COVID-19. Według wstępnych danych liczba ludności Polski w końcu 2020 roku wynosiła 38 268 tys., co oznacza, że liczba mieszkańców zmniejszyła się o około 115 tys. osób w stosunku do stanu z końca 2019 roku<sup>135</sup>. Należy także podkreślić, że w latach 2002–2018 zanotowano ubytek ludności w 12 województwach. A od roku 2000 Polska nie ma zagwarantowanej zastępowalności pokoleń<sup>136</sup>. Zmniejszająca się populacja Polaków przy jednoczesnym wzroście liczby osób starszych stanowi obszar oddziaływań polityki społecznej. Poprzez programy społeczne podejmowane są próby wpływania na zwiększenie dzietności a tym samym – na zwiększenie populacji. Mała liczba urodzeń i powiększająca się grupa seniorów będą bezpośrednio kształtować indeks starości. Indeks ten jest jedną z miar starzenia się ludności, przez którą określa się relacje międzypokoleniowe populacji. Indeks starości wskazuje na liczbę dziadków przypadających na tysiąc wnuków i jest obliczany jako liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadających na 1000

<sup>131</sup> Szerzej: D. Niewiedział, *Starzejąca się kobieta-wdowa. Wybrane problemy*, w: *Porozmawiajmy o starości*, red. B. Antoszevska, U. Bartnikowska, K. Ćwirynkało, Olsztyn 2015, s. 61–87.

<sup>132</sup> Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2019–2020*, Warszawa 2020, s. 108

<sup>133</sup> Tamże.

<sup>134</sup> Zob. Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2018–2019*, Warszawa 2019, s. 8.

<sup>135</sup> Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2019–2020...*, dz. cyt. s. 7.

<sup>136</sup> Szerzej: Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2018–2019...*, dz. cyt., s. 9.

osób w wieku 0–14 lat<sup>137</sup>. W roku 2013 wskaźnik ten przyjmował wartość 983 dziadków, według prognoz po 2020 roku nastąpi szybki przyrost dziadków. W 2050 roku wskaźnik będzie wynosił odpowiednio 2817 w miastach oraz blisko 2400 na wsiach<sup>138</sup>.

Obok spadku liczebności ogółu społeczeństwa polskiego sukcesywnie będą wzrastać subpopulacje osób starszych. „Według prognozy demograficznej w perspektywie do roku 2050 populacja Polski będzie stawała się coraz starsza. Równoległe do przewidywanego spadku liczby ludności o 4,4 mln osób do roku 2050 spodziewany jest stały wzrost liczby ludności w wieku senioralnym”<sup>139</sup>. Jak wskazują dane zawarte w tabeli 9, w latach 2030 i 2050 nastąpi wzrost liczebności najstarszych grup seniorów.

Tabela 9. Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem według grup wieku (prognoza)

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Z liczby ogółem	
				Miasta	Wieś
<b>2030</b>					
<b>Ogółem (w proc.)</b>	29,0	12,3	16,7	18,0	11,0
<b>60–64 lata</b>	5,7	2,8	3,0	3,3	2,5
<b>65–69</b>	5,7	2,7	3,5	3,9	2,4
<b>70–74</b>	6,2	2,8	3,5	3,9	2,4
<b>75–79</b>	5,4	2,2	3,2	3,6	1,8
<b>80–84</b>	3,5	1,3	2,3	2,4	1,2
<b>85 lat i więcej</b>	2,4	0,7	1,7	1,6	0,8
<b>2050</b>					
<b>Ogółem</b>	40,4	18,2	22,2	23,5	16,8
<b>60–64 lata</b>	7,7	3,8	3,8	4,3	3,4
<b>65–69</b>	8,5	4,1	4,3	4,9	3,6
<b>70–74</b>	7,7	3,7	4,0	4,5	3,2
<b>75–79</b>	6,1	2,8	3,3	3,5	2,6
<b>80–84</b>	4,3	1,8	2,5	2,5	1,8
<b>85 lat i więcej</b>	6,1	2,0	4,1	3,8	2,3

**Źródło:** Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 roku*, Warszawa–Białystok 2021, s. 34.

Z prognoz demograficznych wynika, że do 2050 roku ponad 40,00% Polaków będą stanowić osoby po 60 roku życia. W 2050 roku jedynie w przypadku najmłodszej grupy osób w wieku senioralnym (60–64 lata) nie będzie obserwowano zwiększenia liczebności w stosunku do roku 2019. Największy przyrost nastąpi wśród seniorów powyżej 80 roku życia. Prognozuje się, że liczebność tej grupy zwiększy się ponad 2,5-krotnie w porównaniu z rokiem 2019. Biorąc pod uwagę dane demograficzne, można przyjąć, że w 2050 roku, w porównaniu z 2019 rokiem, zmniejszy się udział dwóch najmłodszych grup seniorów (60–64, 65–69) w populacji osób starszych. W przypadku pozostałych grup ich udział w populacji 60+ zwiększy się, a szczególny wzrost zostanie odnotowany w najstarszych subpopulacjach, tj. 80–84 lata oraz 85+. Według prognozy odsetek tych osób w populacji w wieku 60 lat i więcej ukształtuje się na poziomie 15,1%. Tak duży przy-

<sup>137</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014, s. 138.

<sup>138</sup> Tamże, s. 138.

<sup>139</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.*, Warszawa–Białystok 2021, s. 32.



rost najstarszych kohort wiekowych jest związany z wydłużeniem ludzkiego życia, z drugiej zaś strony jest to efekt „wchodzenia” do grupy 80+ generacji urodzonych w okresie wyżów demograficznych<sup>140</sup>.

Długowieczność Polaków będzie skutkowałą koniecznością podjęcia działań z zakresu opieki w miejscu zamieszkania, uskutecznienia systemu ochrony zdrowia w aspekcie dostępności do specjalistów (szczególnie geriatrów), aktywizacji najstarszych kohort ze szczególnym uwzględnieniem osób niesamodzielnych, z niepełnosprawnością, zwiększenia oferty placówek i instytucji, które będą działać na rzecz uspołeczniania seniorów, nie bez znaczenia będzie także system wspierania opiekunów nieformalnych osób starszych, bo ich liczba sukcesywnie będzie wzrastać.

Biorąc pod uwagę dotychczasowe rozważania, należy także skoncentrować się na singularyzacji starości, czyli jednoosobowym zamieszkiwaniu, prowadzeniu gospodarstwa. Według prognoz do 2030 roku 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku 65+, w tym 17,3% – przez seniorów wieku 80 i więcej lat. Według założeń demograficznych taka sytuacja będzie oznaczać, że „samotnie w swoich gospodarstwach domowych pozostawać będzie odpowiednio 2740 tys. osób w wieku 65 i więcej lat, w tym 887 tys. osób w wieku 80 lat i więcej”<sup>141</sup>. Gospodarstwa jednopokoleniowe seniorów dzielą się na dwa rodzaje: gospodarstwa jednoosobowe oraz gospodarstwa dwuosobowe prowadzone przez małżeństwa z tej samej generacji. Biorąc pod uwagę wydłużanie ludzkiego życia, należy zauważyć, że starsi małżonkowie często nie są w stanie w pełni samodzielnie funkcjonować (chora żona opiekuje się chorym mężem), co przyczynia się do korzystania z pomocy i wsparcia opiekunów nieformalnych lub z systemu zabezpieczeń społecznych, szczególnie – pomocy społecznej.

Jak wskazuje literatura przedmiotu, zapotrzebowanie na pomoc ze strony osób trzecich jest jednym z najważniejszych problemów gospodarstw jednoosobowych seniorów. Wyzwania polityki senioralnej w tym zakresie powinny koncentrować się na stworzeniu kompleksowego systemu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych w miejscu zamieszkania. Według Piotra Błędowskiego za utworzeniem systemu opieki i wsparcia osób niesamodzielnych przemawiają następujące przesłanki:

- „osłabienie funkcji opiekuńczych rodziny ze względu na jej kurczenie się, pogarszającą się relację między liczbą osób starszych i młodszych w rodzinie i zwiększoną skłonność do migracji zarobkowych;
- wydłużenie okresu życia w warunkach utraconej lub poważnie ograniczonej samodzielności (co oznacza wydłużenie okresu sprawowania opieki) i częstsza niż dawniej obecność więcej niż jednej osoby niesamodzielnej w rodzinie lub nawet gospodarstwie domowym;

---

<sup>140</sup> Tamże.

<sup>141</sup> P. Błędowski i in., *Raport na temat sytuacji osób...*, dz. cyt., s. 6.

- wykorzystanie w opiece coraz bardziej specjalistycznych urządzeń, co wymaga odpowiedniego przygotowania opiekuna nieformalnego, a zarazem ogranicza liczbę osób zdolnych do zapewnienia należytej opieki w środowisku;
- coraz wyższe bezpośrednie koszty sprawowania opieki ponoszone przez rodzinę oraz wysokie koszty alternatywne<sup>142</sup>.

Jak zauważa Błędowski, zmiany społeczne, szczególnie w obszarze funkcjonowania rodzin, bezpośrednio wpływają na zakres świadczonej pomocy ze strony krewnych wobec najstarszych członków rodziny<sup>143</sup>. Współczesny model rodziny odbiega od tradycyjnego, w którym seniorzy uznawani byli za autorytety, osoby z mądrością życiową, którym należy się szacunek. Zmiana postaw wobec osób starszych w rodzinie, trendy kulturowe, przekształcenia w obyczajowości przyczyniły się do odchodzenia w rodzinach od funkcji opiekuńczej wobec osób starszych. W związku z tym – wobec prognoz – zasadnym staje się skoncentrowanie na wzmocnieniu i uskutecznieniu działań polityki senioralnej, szczególnie w aspekcie pomocy społecznej, gerontologicznej pracy socjalnej i opieki w miejscu zamieszkania.

Z punktu widzenia zadań i celów polityki senioralnej w Polsce, istotne staje się wewnętrzne zróżnicowanie demograficznego procesu starzenia się i populacji osób starszych. Polscy seniorzy różnią się pod względem miejsca zamieszkania, stanu zdrowia, stanu cywilnego, wykształcenia, dostępu do usług opiekuńczych, a także instytucji aktywizujących. To wewnętrzne zróżnicowanie starości uwidaczniać się będzie na mapie Polski. Według danych w 2035 roku największa liczba osób 65+ będzie widoczna w regionach wschodnich i południowo-zachodnich, najwięcej 80-latków odnotuje region centralny<sup>144</sup>, co bezpośrednio będzie wpływać na zakres oczekiwanej pomocy, wsparcia w miejscu zamieszkania w kontekście zabezpieczenia społecznego. Wzrost liczebności poszczególnych kohort będzie niejako wymuszał na działaniach polityki senioralnej zwiększenie środków finansowych w tym obszarze, organizowanie nowych programów i projektów, które będą obejmować potrzeby zarówno osób starzejących się w sposób pomyślny, prawidłowy, jak i – przede wszystkim – patologiczny.

Swoistą odpowiedź na zachodzące zmiany i przekształcenia w poszczególnych subpopulacjach osób starszych stanowi wspomniany już dokument *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*. Jak zostało zauważone we wcześniejszych rozważaniach, dokument ten stanowi podstawę działań polityki senioralnej w Polsce od 2018 roku. Znalazły się w nim liczne wskazania dotyczące rozwoju i działań tejże polityki w kontekście starzejącego się społeczeństwa polskiego. Wobec prognoz demograficznych zasadnym staje się, w tym miejscu, skoncentrowanie na obszarach uwzględniających działania wobec niesamodzielnych osób starszych oraz opiekunów nieformalnych.

---

<sup>142</sup> Tamże.

<sup>143</sup> Tamże.

<sup>144</sup> Szerzej: tamże.

Jak wynika z analizy dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, działania polskiej polityki senioralnej będą odpowiadać na zachodzące zmiany i przekształcenia demograficzne z uwzględnieniem profilaktyki i działań wyprzedzających. W dokumencie tym bardzo mocno ustawodawca skoncentrował się na osobach niesamodzielnych, których liczba sukcesywnie będzie wzrastać, a także na opiekunach rodzinnych.

W świetle założeń polityki senioralnej do 2030 roku ma ona koncentrować się na ogóle osób starszych, a także na niesamodzielnych seniorach. W kontekście prezentowanej dysertacji, szczególnie nabierają znaczenia działania koncentrujące się na osobach starzejących się w sposób patologiczny, zależny od osób trzecich. Działania w tym obszarze mają koncentrować się przede wszystkim na:

- zmniejszaniu skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność i niezależność oraz dostosowywanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych seniorów;
- zapewnieniu dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- rozbudowaniu sieci usług środowiskowych i instytucjonalnych skierowanych do osób niesamodzielnych;
- rozbudowaniu systemu wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych seniorów przez instytucje publiczne<sup>145</sup>.

Powyższe działania bez wątpienia wynikają z wyzwań, jakie stoją przed długofalową polityką senioralną. W ocenie autora dysertacji istotnym jest, że w omawianym dokumencie zostały wyszczególnione potrzeby i problemy opiekunów nieformalnych, którzy obecnie często pozostają bez profesjonalnego wsparcia specjalistów, nie mają dostępu do szkoleń, kursów a korzystanie z programu opieki wytchnieniowej jest utrudnione i mało rozwinięte jeśli chodzi o osoby starsze.

Zadania i wyzwania polityki senioralnej odnajdują odzwierciedlenie w zadaniach, jakie stoją przed rodzinami osób starszych. Dokonane analizy pozwalają stwierdzić, że funkcje i zadania rodziny będą ulegać przekształceniom, choćby ze względu na rosnącą liczbę seniorów starzejących się w sposób patologiczny, niesamodzielnych. Krewni będą musieli dokonywać wyboru w zakresie rodzaju pomocy i wsparcia, możliwości pomocowych, co wiąże się z przyjęciem roli opiekuna nieformalnego. Rola ta nie zawsze będzie odpowiadać bliskim osoby starszej, dlatego też wzrośnie zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie instytucjonalne w wymiarze dziennym i całodobowym.

Podsumowując podjęte w tymże paragrafie rozważania, należy zwrócić uwagę, że polityka senioralna w Polsce będzie kształtowała się pod wpływem zachodzących zmian demograficznych. W obszar jej działań będą wpisywać się zadania ukierunkowane na podnoszenie jakości życia seniorów, szczególnie tych określanych mianem długowiecznych oraz schorowanych, niesamodzielnych. Należy także pamiętać, że wraz z powięk-

<sup>145</sup> *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030...*, s. 15.

szającą się populacją osób starszych, będzie powiększać się grupa niesamodzielnych osób, wymagających pomocy i wsparcia w codziennym życiu. Rolę tę będą przejmować rodziny i krewni, a także instytucje, których liczba sukcesywnie musi wzrastać, aby zagwarantować dostępność dla potrzebujących. Wyzwania, jakie pojawią się w sektorze polityki senioralnej, będą obejmować zakres związany z opieką medyczną, dostępem do specjalistów (szczególnie geriatrów), rehabilitacją, terapią usprawniającą i przyłóżkową. Na znaczeniu zyskają usługi skierowane do osób demencyjnych, z chorobami przewlekłymi.

Na podstawie drugiego rozdziału dysertacji można zauważyć, że polityka senioralna w Polsce zmienia się i ulega przekształceniom pod wpływem przeobrażeń demograficznych i pojawiających się zmian w strukturze ludności Polski. Znaczącą rolę w sektorze wspierania seniorów przypisać należy rodzinie, która stanowi pierwotne, podstawowe środowisko spełniające szereg funkcji i zadań wobec najstarszych członków. Jest ona także przestrzenią umożliwiającą wymianę międzypokoleniową. Rodzina w życiu osób starszych zajmuje szczególne miejsce. To w niej są zaspokajane najważniejsze potrzeby życiowe i rozwojowe. W chwili wystąpienia choroby czy problemów finansowych jest ona dla seniorów pierwszym, naturalnym źródłem wsparcia. Powiększające się subpopulacje najstarszych seniorów, ich stan zdrowia, poziom i zakres aktywności będą stanowić wyzwania dla różnych sektorów państwowych, a także tych działań, które są realizowane przez trzeci sektor.

## ROZDZIAŁ III

### ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE BADAŃ WŁASNYCH

Rozdział trzeci niniejszej dysertacji opisuje założenia metodologiczne badań własnych. W paragrafie pierwszym skoncentrowano się na przedmiocie i celach przeprowadzonych badań. Następnie określone zostały problemy badawcze. W paragrafie trzecim wskazano na metody, techniki i narzędzia badawcze wykorzystane w badaniach własnych. W ostatnim paragrafie dokonano charakterystyki badanej próby.

#### 1. Przedmiot, cel badań i problemy badawcze

Rozważanie teoretyczne w pierwszym i drugim rozdziale niniejszej dysertacji miały na celu zaprezentowanie i omówienie problematyki jakości życia osób starszych z różnych perspektyw i z uwzględnieniem specyfiki potrzeb seniorów. Istotne znaczenie w zaspokajaniu potrzeb – a tym samym odczuwaniu dobrostanu – w wieku senioralnym należy przypisać rodzinie oraz instytucjom, które działają na rzecz najstarszych kohort wiekowych. Jak wskazuje Elżbieta Trafiałek, „Jakość życia ludzi w starszym wieku w Polsce, wprawdzie w różnym zakresie, ale niemal zawsze wynika z pozycji zajmowanej w rodzinie, relacji, kontaktów z najbliższymi oraz z poziomu potencjalnej akceptacji z ich strony. Nie bez znaczenia dla dostępności oczekiwanych interakcji i poziomu zainteresowania nimi ze strony pokoleń młodszych jest jednak fakt, że zarówno model rodziny, jak i pełnione przez nią funkcje, ulegają ustawicznym zmianom”<sup>1</sup>. Rodzina zatem stanowi pierwotną grupę społeczną, która pozwala swoim członkom na samorealizację oraz zaspokajanie potrzeb. Stanowi źródło wsparcia i pomocy, a także umożliwia rozwój i socjalizację, niezależnie od wieku.

Analiza zmian społecznych i kulturowych zachodzących w czasach współczesnych pozwala stwierdzić, że liczne przeobrażenia bezpośrednio przyczyniły się do zmiany pozycji seniorów w rodzinach. Powiększył się ponadto zakres trudności, z którymi borykają się osoby starsze. Społecznym problemem stała się samotność i marginalizacja. Kwestie te nabierają szczególnego znaczenia w przypadku wystąpienia starości patologicznej, uniemożliwiającej samodzielne funkcjonowanie i powodującej zależność od osób trzecich.

Wraz z postępującym starzeniem się społeczeństw wzrosło zainteresowanie różnymi naukami tym procesem. Funkcjonowanie seniorów w środowisku zamieszkania, w warunkach choroby, aktywna starość i jej uwarunkowania stanowią temat licznych opracowań naukowych, wpisujących się w nurt badań pedagogicznych czy też socjologicznych. Rosnąca populacja osób po 60. roku życia wyznacza w ogólnej strukturze społecznej także nowe obszary działań polityki społecznej, które koncentrują się na podnoszeniu jakości życia

---

<sup>1</sup> E. Trafiałek, *Rodzina jako obszar aktywności i źródło wsparcia w aktywnym starzeniu się*, w: *Aktywne starzenie się – Przeciwdziałanie barierom*, red. P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska, Łódź 2014 s. 154.



oraz zapewnieniu pomocy i wsparcia w miejscu zamieszkania. Rozwój polityki senioralnej w Polsce jest bez wątpienia związany z dokonującymi się procesami demograficznymi i zmianami, jakie zachodzą w poszczególnych subpopulacjach wiekowych. Realizowane zadania polityki senioralnej są odpowiedzią na pojawiające się problemy i potrzeby ludzi starszych, których pozycja społeczna uległa obniżeniu. Rozwiązania stosowane przez podmioty odpowiadające za realizację założeń polityki senioralnej mają na celu podniesienie jakości życia seniorów, wsparcie, zwiększenie ich aktywności, tworzenie warunków i przestrzeni do aktywnego i godnego starzenia się. Duże znaczenie w realizacji polityki senioralnej w Polsce przypisuje się pomocy społecznej.

Pomoc społeczna w Polsce regulowana jest Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1876, z późn. zm.), dalej: ustawa o pomocy społecznej. W myśl tej ustawy pomoc społeczna „jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości”<sup>2</sup>. Działania pomocy społecznej ukierunkowane są na wspieranie jednostek i grup w pokonywaniu pojawiających się kryzysów związanych z trudną sytuacją materialną, bytową, socjalną, zdrowotną, psychologiczną. „Pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka”<sup>3</sup>. Starość i starzenie nie stanowią bezpośrednich przesłanek do korzystania z świadczeń, niemniej jednak wśród powodów uprawniających do pomocy społecznej ustawodawca wymienia: niepełnosprawność, choroby przewlekłe, ubóstwo, zdarzenia losowe i inne kryzysowe sytuacje<sup>4</sup>, które coraz częściej dotyczą osoby starsze. „W polityce społecznej przyjęte jest założenie, że osoba starsza jest pełnoprawnym i pełnowartościowym członkiem społeczeństwa wraz z całym bagażem doświadczeń i potrzeb oraz z całą strefą emocjonalną, duchową i fizyczną. Stąd dążenie, by na problemy osób starszych patrzeć przez pryzmat ich możliwości i sprawstwa. Ustawodawstwo polskie nie traktuje starości jako dysfunkcji”<sup>5</sup>.

Wraz z postępującym procesem starzenia się społeczeństw zwiększa się zapotrzebowanie na różnego rodzaju usługi i świadczenia pozwalające seniorom na partycypację społeczną. Sukcesywny przyrost osób starszych jest równocześnie związany z powiększającą się grupą seniorów potrzebujących pomocy i wsparcia. Odpowiedzią na zachodzące przekształcenia i wyzwania stają się niejako działania gerontologicznej pracy socjalnej. Jako niematerialne świadczenie z pomocy społecznej przysługuje ona każdemu starszemu klientowi. Pomoc społeczna z gerontologiczną pracą socjalną stanowi istotny element polityki senioralnej w Polsce, poprzez który odpowiednie świadczenia i usługi mogą trafiać do potrzebujących seniorów.

<sup>2</sup> Art. 2 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>3</sup> Art. 3 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>4</sup> Szerzej: ustawa o pomocy społecznej.

<sup>5</sup> A. Chabior, A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*, Warszawa 2014, s. 44–45.

Starość, jako szczególny okres życia, wiąże się ze wzrostem oczekiwania wsparcia ze strony otoczenia. Istotną rolę odgrywa tutaj rodzina, a także instytucje państwowe, które są ukierunkowane na pomoc, wsparcie i aktywizację seniorów. Literatura przedmiotu wskazuje, że wsparcie społeczne należy definiować jako „obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które pełnią funkcje pomocne wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji”<sup>6</sup>. Można wyróżnić następujące rodzaje wsparcia:

- wsparcie emocjonalne, odnoszące się do przeżywanych i przekazywanych emocji podtrzymujących, uspokajających, wyrażających troskę, ten rodzaj wsparcia związany jest także z pocieszaniem, dodawaniem otuchy i nadziei;
- wsparcie informacyjne, odnoszące się do wymiany lub przekazywania informacji, co pozwala na lepsze zrozumienie danego problemu;
- wsparcie rzeczowe/finansowe, związane z pomocą materialną, postrzegane jest jako najbardziej oczekiwana forma wsparcia;
- wsparcie instrumentalne, które obejmuje instruktaż na temat konkretnych sposobów postępowania, ma wpływ na modelowanie skutecznych zachowań zaradczych;
- wsparcie duchowe, które nabiera szczególnego znaczenia w stanach choroby, choroby przewlekłej, w opiece hospicyjnej<sup>7</sup>.

Niezależnie od preferowanego i oczekiwanego rodzaju wsparcia, stanowi ono dla osób potrzebujących, szczególnie seniorów, istotny element umożliwiający przezwycięzenie sytuacji kryzysowych. Wsparcie w wieku senioralnym należy rozpatrywać jako źródło pomocy, a także aktywizacji, motywacji do zmiany, rozwoju. Należy także zwrócić uwagę, że wsparcie oferowane osobom starszym pomaga im zaspokoić liczne potrzeby, a tym samym wpływa na odczuwaną jakość życia.

Tematyka wsparcia seniorów, w miejscu zamieszkania a także poza nim, stanowi znaczący obszar działań polityki senioralnej. W kontekście omawianej problematyki należy skoncentrować się na różnego rodzaju placówkach i instytucjach, które działają na rzecz osób starszych, oferują im różnego rodzaju wsparcie i pomoc. Instytucje skoncentrowane na osobach starszych odpowiadają za uspołecznianie, aktywizację, zagospodarowanie czasu wolnego, wpływanie na odczuwany dobrostan psychologiczny, emocjonalny oraz fizyczny, pomoc i wsparcie w sytuacjach problemowych. Instytucje te poprzez organizowanie czasu wolnego, wywierają wpływ na różne obszary aktywności uczestników. Zagospodarowanie wolnego czasu seniorom to cel ogólny, pod którym kryją się cele szczegółowe, mające istotniejsze znaczenie niż zapewnienie rozrywki, pozbycie się nudy. Poprzez udział w różnego rodzaju zajęciach osoby starsze rozwijają swoją osobowość, kształtują pozytywne postawy wobec zachodzących zmian społecznych, stają się otwarte na otaczającą ich rzeczywistość. Rola i zadania instytucji działających na rzecz osób starszych zależą od

---

<sup>6</sup> R. Cieślak, A. Eliaz, *Wsparcie społeczne a osobowość*, w: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa 2005, s. 14.

<sup>7</sup> Tamże, s. 18–21.

adresatów, szczególnie jeśli chodzi o aspekt zdrowia fizycznego czy też psychologicznego. Jak zostało zaprezentowane w rozdziale drugim, paleta instytucji ukierunkowanych na seniorów jest szeroka i oferuje różnego rodzaju formy aktywności i zakres usług. Niniejsza dysertacja koncentruje się na działalności instytucji świadczących pomoc i wsparcie osobom starszym, dlatego też założenia metodologiczne zostały osadzone w tej przestrzeni.

Każdy proces badawczy musi rozpocząć się od określenia przedmiotu i celu badań. Według Alberta W. Maszkego za przedmioty badań należy uznać: „[...] wszelkie obiekty, rzeczy oraz zjawiska i procesy, którym one podlegają i w odniesieniu do których formułujemy pytania badawcze”<sup>8</sup>. Tadeusz Pilch wskazuje natomiast, że przedmiot badań to ściśle powiązany z rzeczywistością fragment, który jest możliwy do empirycznego zbadania oraz jest obiektem zainteresowania wybranej (przez badacza) dziedziny naukowej<sup>9</sup>. Według Stefana Nowaka przedmiot badawczy to: „obiekt badań czy zjawisko, o jakim w odpowiedzi na postawione pytania chcemy sformułować twierdzenia”<sup>10</sup>. Wobec powyższych definicji przyjęto, że przedmiotem badań niniejszej dysertacji są instytucje działające na rzecz osób starszych.

Kiedy znany jest już przedmiot badań, należy skoncentrować się na określeniu celu głównego oraz celów szczegółowych prowadzonych badań. Według Tadeusza Pilcha „celem badań pedagogicznych jest wyjaśnienie skomplikowanych wpływów i mechanizmów planowanych działań skierowanych na osiągnięcie zamierzeń wychowawczych”<sup>11</sup>. Według Maszkego „celem badań naukowych jest dostarczenie dającej się zweryfikować wiedzy umożliwiającej opisanie, zrozumienie i wyjaśnienie interesujących badacza zjawisk i procesów jak i przewidywanie wynikających z nich następstw”<sup>12</sup>. Zdaniem Władysława Zaczyńskiego cel badań powinien być konkretny, jasny i realny. Wyznaczane zamierzenia muszą być realizowane w granicach możliwości badacza<sup>13</sup>. Jak podkreśla Earl Babbie, można wyróżnić trzy rodzaje celów w naukach społecznych. Te rodzaje są najczęstsze i najbardziej powszechne. Są to: eksploatacja, opis i wyjaśnienie<sup>14</sup>. W niniejszej rozprawie celami prowadzonych badań są eksploatacja oraz opis. Babbie uważa, że „większość badań społecznych jest prowadzona po to, aby rzucić światło na jakiś temat bądź też oswoić badacza z jakąś tematyką”<sup>15</sup>. Celem głównym prezentowanej dysertacji jest poznanie i określenie, jaka jest rola oraz jakie są zadania instytucji działających w środowisku lokalnym na rzecz osób starszych w kontekście ich potrzeb. „Głównym celem wielu badań społecznych jest opis jakiejś sytuacji lub wydarzenia. [...] Badania opisowe odpowiadają na pytania, co, kiedy, gdzie oraz jak”<sup>16</sup>.

<sup>8</sup> A.W. Maszke, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Rzeszów 2004, s. 44.

<sup>9</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995, s. 101.

<sup>10</sup> S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa 1970, s. 30.

<sup>11</sup> T. Pilch, *Zasady badań...*, dz. cyt., s. 51.

<sup>12</sup> A.W. Maszke, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Rzeszów 2008, s. 28.

<sup>13</sup> W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1968, s. 12.

<sup>14</sup> E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, Warszawa 2013, s. 107–110.

<sup>15</sup> Tamże, s. 107.

<sup>16</sup> Tamże, s. 109.

Cel badań ukierunkowany jest na poszerzenie dotychczasowego stanu wiedzy, odnośnie do osób, zjawisk, obiektów, które są przedmiotami badań. Według Janusza Gniteckiego wyróżnia się trzy kategorie celów badań naukowych:

- cel poznawczy – koncentruje się na opisie, wyjaśnianiu i przewidywaniu zjawisk;
- cel teoretyczny – skupia się na zadaniach teoretycznych;
- cel praktyczny – odnosi się do określenia praktycznego zastosowania uzyskanych wyników badań, jest związany z realizacją zadań praktycznych<sup>17</sup>.

W dysertacji sformułowano także cel praktyczny, który koncentruje się na określeniu działań wzmacniających dotychczasowe działania podejmowane przez instytucje działające na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym w odniesieniu do aktualnej diagnozy ich potrzeb, a tym samym określenie aktualnej oferty tych instytucji.

Po określeniu przedmiotu i celów badań należy ukazać problemy badawcze, które podejmowane są w toku prowadzonych badań. Według Mieczysława Łobockiego problem badawczy to „takie pytanie, które w miarę precyzyjnie określa cel zamierzonych badań i jednocześnie ujawnia braki w dotychczasowej wiedzy na interesujący nas temat”<sup>18</sup>. Stanisław Palka wskazuje, że „problem badawczy jest pytaniem, na które odpowiedź uzyskiwana jest na drodze badań naukowych”<sup>19</sup>. Palka podzielił problemy badawcze na: „problemy główne (wynikające z tematów prac), problemy szczegółowe (wynikające z problemów głównych)”<sup>20</sup>.

W związku z powyższym sformułowano następujący problem główny: Jakie są role i zadania instytucji działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym w percepcji ich pracowników?

Doprecyzowanie problemu głównego stanowią problemy szczegółowe, zawarte w formie następujących pytań:

- Jaką rolę pełnią instytucje środowiska lokalnego w odniesieniu do potrzeb osób starszych?
- Jakie zadania podejmują instytucje wspierające osoby starsze w środowisku lokalnym?
- W jakim stopniu instytucje wspierające osoby starsze zaspokajają ich potrzeby?
- W jakim zakresie rodzina udziela wsparcia osobom starszym?

Po zaprezentowaniu przedmiotu, celu badań oraz problemów badawczych należy skoncentrować się na metodach, technikach i narzędziach badawczych, które umożliwią przeprowadzenie badań.

---

<sup>17</sup> J. Gnitecki, *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*, Zielona Góra 1993, s. 128–129.

<sup>18</sup> M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2003, s. 21.

<sup>19</sup> S. Palka, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańsk 2006, s. 12.

<sup>20</sup> Tamże, s. 17.

## 2. Metody badań, techniki i narzędzia badawcze

W celu udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze zostały przeprowadzone badania, zgodnie z założeniami paradygmatu jakościowego. Wybór paradygmatu podyktowany był sytuacją epidemiologiczną w Polsce i częściowym zamknięciem, ograniczonym dostępem do placówek i instytucji działających na rzecz osób starszych.

Według Janusza Sztumskiego metodę badawczą należy rozumieć jako „system założeń i reguł pozwalających na takie uporządkowanie praktycznej lub teoretycznej działalności, aby można było osiągnąć cel, do jakiego się świadomie zmierza”<sup>21</sup>. Natomiast Nowak definiuje metody badawcze jako „typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania, analizy i interpretacji danych empirycznych, służące do uzyskiwania maksymalnie uzasadnionych odpowiedzi na stawiane w nich pytania”<sup>22</sup>.

W dysertacji wykorzystana będzie analiza dokumentów, która uznawana jest za metodę niereaktywną, czyli niewymagającą bezpośrednich kontaktów z drugim człowiekiem i niewpływającą za ludzkie zachowania<sup>23</sup>. Analiza dokumentów, według Łobockiego „odnosi się do wszystkiego, co może lub jest cennym źródłem informacji o interesujących badacza faktach, wydarzeniach, zjawiskach, procesach. To znaczy – analiza dokumentów – oprócz wytworów w formie pisemnej – może obejmować nie tylko [...] wytwory napisane, jak rysunki, prace ręczne i konstrukcje, lecz również nagrania magnetofonowe i magnetowidowe, filmy, przezrocza, zdjęcia, przedmioty codziennego użytku”<sup>24</sup>. Babbie wskazuje, że można wyróżnić wiele rodzajów analiz w badaniach jakościowych i ilościowych<sup>25</sup>. W kontekście przyjętego paradygmatu, według definicji Babbiego, została przeprowadzona analiza treści. Analiza ta odwołuje się do „badania zapisów międzyludzkiej komunikacji, takich jak książki, strony internetowe, obrazy, przepisy prawa”<sup>26</sup>.

W dysertacji analizie poddano dokumenty, które określają zakres podejmowanych działań przez placówki wspierające seniorów. Skoncentrowano się na ustawach, rozporządzeniach, założeniach polityki senioralnej w Polsce, programach społecznych skierowanych do osób starszych, a także na dokumentach odwołujących się do omawianej problematyki na szczeblu centralnym, jak i lokalnym. W rozprawie dokonano szczegółowej analizy ustawy o pomocy społecznej, Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2018, poz. 734), dalej: rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej, krajowego dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność* oraz krakowskiego *Programu Aktywności i Integracji Osób Starszych (PAIOS)*. Wybór tej metody podyktowany był bezpośrednio sytuacją epidemiologiczną w Polsce i trudnościami związanymi z czasowym zawieszeniem działalności placówek wspierających osoby

<sup>21</sup> J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 2005, s. 68.

<sup>22</sup> S. Nowak, *Metodologia badań...*, dz. cyt., s. 22.

<sup>23</sup> E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2005, s. 341 i nast.

<sup>24</sup> M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2007, s. 212.

<sup>25</sup> E. Babbie, *Badania społeczne...*, dz. cyt.

<sup>26</sup> Tamże, s. 623.



starsze. W zastosowanej analizie dokumentów skoncentrowano się na opisie zadań i założeń, jakie placówki powinny realizować w środowisku lokalnym osoby starszej. Analiza poszczególnych zapisów prawnych pozwoliła na określenie zleconych zadań, które dane instytucje winny realizować w kontekście starzejącego się społeczeństwa.

Drugą metodą wykorzystaną w pracy jest metoda wywiadu jakościowego z narzędziem w postaci dyspozycji do wywiadu (załącznik nr 1). Wywiad, jak wynika z literatury przedmiotu, jest jedną z podstawowych metod zbierania danych naukowych w naukach społecznych<sup>27</sup>. Steinar Kvale definiuje wywiad jako „specyficzną formę rozmowy, w trakcie której wiedzę tworzy się w toku interakcji między osobą prowadzącą a respondentem”<sup>28</sup>. Earl Babbie natomiast wskazuje, że „wywiad jakościowy jest interakcją między prowadzącym wywiad a respondentem. Prowadzący ma w nim ogólny plan badania, lecz nie jest to konkretny zestaw pytań, które należy zadać z użyciem konkretnych słów i w ustalonym porządku. Jest zarazem bardzo ważne, aby prowadzący wywiad jakościowy, podobnie jak ankieter prowadzący sondaż, był doskonale obeznany z pytaniami, które ma zadać”<sup>29</sup>. Wywiad w badaniach jakościowych ma trzy charakterystyczne cechy:

1. Jest ukierunkowany i służy określonej celowi wyznaczonemu przez badacza.
2. Jest interakcją zachodzącą pomiędzy rozmówcami, którzy tworzą doświadczenie.
3. Jest subiektywny, bo nie da się całkowicie wyeliminować wpływu badacza na odpowiedź respondenta<sup>30</sup>.

W badaniach przeprowadzono dziesięć wywiadów z pracownikami instytucji działających na rzecz osób starszych oraz pięć wywiadów z osobami sprawującymi funkcje kierownicze w instytucjonalnych formach wsparcia seniorów. Wywiady odbywały się w okresie od kwietnia do września 2020 roku. Spotkania z respondentami przeprowadzono on-line, przy użyciu aplikacji Microsoft Teams. Każdy z wywiadów trwał około dwóch godzin. Możliwość swobodnych wypowiedzi, koncentracja na jednym badanym i brak ograniczeń czasowych spowodowały pozyskanie obszernego materiału badawczego.

### 3. Dobór próby i charakterystyka badanej próby

Na potrzeby przeprowadzonych badań dokonano celowego doboru próby. „Do próby celowej badacze dobierają osoby w sposób subiektywny, starając się otrzymać próbę, która wydaje się reprezentować populację”<sup>31</sup>.

W dysertacji głównym kryterium doboru próby uczyniono miejsce pracy, funkcję i stanowisko badanych osób oraz ich staż pracy – od pięciu do dziesięciu lat (osoba z takim stażem jest bowiem zaadaptowana do wypełniania określonej funkcji, czyli nie wdra-

---

<sup>27</sup> S. Gudkova, *Wywiad w badaniach jakościowych*, w: *Badania jakościowe*, t. 2, *Metody i narzędzia*, red. D. Jemielniak, Warszawa 2012, s. 111.

<sup>28</sup> S. Kvale, *Prowadzenie wywiadów*, Warszawa 2010, s. 19.

<sup>29</sup> E. Babbie, *Badania społeczne...*, dz. cyt., s. 327.

<sup>30</sup> S. Gudkova, *Wywiad w badaniach...*, dz. cyt., s. 112.

<sup>31</sup> Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, Poznań 2001, s. 199.

za się, nie uczy nowej roli, zadań, a jednocześnie nie jest obciążona rutyną – jest w fazie tzw. osadzenia zawodowego).

Badaną grupę stanowiło piętnaście osób, wszyscy respondenci byli zatrudnieni na terenie gminy miejskiej Kraków w placówkach działających na rzecz osób starszych. Spośród badanych pięć osób pełniło funkcje kierownicze, a dziesięć było zatrudnionych na stanowiskach pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych, pracowników pierwszego kontaktu. Taki dobór próby badawczej był determinowany chęcią poznania różnych perspektyw postrzegania wsparcia udzielanego osobom starszym, tj. z punktu widzenia pracowników pełniących funkcje kierownicze, a także osób zatrudnionych na stanowiskach mających bezpośredni kontakt z seniorami i ich rodzinami.

Poniżej zaprezentowano szczegółową charakterystykę badanych:

Respondent A – pracownik socjalny z ośmioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: specjalistyczny klub samopomocy – placówka wsparcia dziennego.

Respondent B – terapeuta zajęciowy z dziesięcioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: ośrodek wsparcia dla osób starszych – klub samopomocy – placówka wsparcia dziennego.

Respondent C – terapeuta zajęciowy z pięcioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: dom pomocy społecznej.

Respondent D – pracownik pierwszego kontaktu z dziewięcioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: dom pomocy społecznej.

Respondent E – terapeuta zajęciowy z siedmioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: dom pomocy społecznej.

Respondent F – pracownik pierwszego kontaktu z pięcioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: dom pomocy społecznej.

Respondent G – terapeuta zajęciowy z ośmioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: ośrodek wsparcia dla osób starszych – klub samopomocy – placówka wsparcia dziennego.

Respondent H – animator kultury z sześcioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: ośrodek wsparcia dla osób starszych – klub samopomocy – placówka wsparcia dziennego.

Respondent I – animator kultury z pięcioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: klub seniora.

Respondent J – terapeuta zajęciowy z ośmioletnim stażem pracy. Miejsce pracy: dom pomocy społecznej.

Kierownik 1 – kierownik ośrodka wsparcia dla osób starszych z dziesięcioletnim stażem pracy.

Kierownik 2 – dyrektor domu pomocy społecznej z dziesięcioletnim stażem pracy.

Kierownik 3 – dyrektor dziennego domu pomocy społecznej z pięcioletnim stażem pracy.

Kierownik 4 – kierownik ośrodka wsparcia dla osób starszych z ośmioletnim stażem pracy.

Kierownik 5 – dyrektor dziennego domu pomocy społecznej z ośmioletnim stażem.

#### 4. Teren badań

Miejscem badań niniejszej dysertacji uczyniono gminę miejską Kraków. Mieszkańcy Krakowa tworzą wspólnotę samorządową – gminę miejską od 1 stycznia 1999 roku. Kraków równocześnie jest miastem na prawach powiatu. Organami gminy Kraków są: Rada Miasta i Prezydent Miasta, a także miejskie jednostki organizacyjne.

Pod względem liczby mieszkańców Kraków jest drugim największym miastem w Polsce, duża jest także liczba starszych mieszkańców. „W 2018 r. w województwie małopolskim mieszkało 784,8 tys. osób powyżej 60 roku życia, o około 18 tys. więcej niż pod koniec 2017 r. Osoby starsze stanowiły 23,1% mieszkańców województwa, nieco mniej niż w skali całego kraju (24,7%). Ponad 204 tys. osób w wieku 60 i więcej lat skupiał Kraków”<sup>32</sup>. Struktura wiekowa mieszkańców Krakowa, podobnie jak w większości polskich miast, jest zróżnicowana, niemniej jednak zauważalna jest mocna tendencja do starzenia się społeczeństwa. „Wiek seniorski Krakowian, podobnie jak w całej Europie, cechuje największe zróżnicowanie jeżeli chodzi o stan zdrowia, aktywność i wizerunek własny. Jedni seniorzy uważają, że to wspaniały okres w życiu, w którym już bez mocno absorbujących obowiązków rodzicielskich można bez ograniczeń realizować się zawodowo, nareszcie zaspokajać pasje i zainteresowania, a także spełniać się towarzysko. Inni, czując ciężar upływającego czasu, boleśnie przeżywając zmiany zachodzące w organizmie, pomimo dobrego zdrowia sytuują się sami w grupie starsuszków. [...] To zróżnicowanie szczególnie mocno występuje po 70 roku życia. Wśród krakowskich 70-latków są zarówno aktywni zawodowo cenieni eksperci, pracownicy nauki czy ciągle pełni inicjatywy przedsiębiorcy, jak i osoby mało samodzielne, pomimo obiektywnie dobrego stanu zdrowia wycofujące się z życia, rozpaczające z powodu upływających lat, dla których telewizja to jedyna radość i kontakt ze światem”<sup>33</sup>.

Jak wynika z dostępnych danych, w roku 2018 wśród mieszkańców Krakowa 18% stanowiły osoby wieku 60–74 lata, 6% to seniorzy w wieku 75–84 lat, a 3% – w wieku powyżej 85 roku życia<sup>34</sup>. Wobec postępującego procesu starzenia się mieszkańców gminy Kraków podejmowane są liczne działania mające na celu poprawę jakości życia najstarszych mieszkańców i tworzenia przestrzeni przyjaznych i dostępnych dla tychże osób. Realizowane są programy i strategie na rzecz osób starszych, poprzez które staje się możliwe zaspokajanie potrzeb najstarszej grupy mieszkańców.

Na terenie gminy Kraków, stanowiącej teren badań niniejszej dysertacji, od kilkunastu lat są podejmowane działania mające na celu prowadzenie i wdrażanie aktywnej polityki senioralnej. W latach 2015–2020 realizowany był Program Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych, który doczekał się kontynuacji na lata 2021–2025. Na terenie Krakowa funkcjonuje dwanaście domów pomocy społecznej, ponad 50 klubów seniora, 46

<sup>32</sup> Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.*, Warszawa 2019.

<sup>33</sup> *Program Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych na lata 2021–2025*. Załącznik do uchwały nr LIII/1454/21 Rady Miasta Krakowa z dnia 27 stycznia 2021 r., s. 7.

<sup>34</sup> Tamże, s. 8.

centrów aktywności seniora, 22 placówki wsparcia dziennego dla osób starszych (ośrodki wsparcia, kluby samopomocowe, dzienne domy pomocy społecznej), sześć uniwersytetów trzeciego wieku<sup>35</sup>. Liczba placówek i instytucji dla osób starszych jest zdecydowanie większa, ponieważ często organizacje trzeciego sektora angażują się w realizację zadań związanych z instytucjonalnym wsparciem i pomocą seniorom.

Od roku 2016 działa Rada Krakowskich Seniorów, która jest ciałem o charakterze doradczym, konsultacyjnym oraz inicjatywnym wobec organów gminy Kraków. Jej celem jest zapewnienie seniorom wpływu na sprawy dotyczące społeczności lokalnej, w tym – najstarszego pokolenia<sup>36</sup>.

Biorąc pod uwagę powyższe zestawienie, można wnioskować, że gmina miejska Kraków koncentruje się na prowadzeniu aktywnej polityki senioralnej poprzez rozległe inicjatywy, które mają służyć aktywnemu starzeniu się mieszkańców.

---

<sup>35</sup> Pełen wykaz placówek i instytucji dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Krakowa.

<sup>36</sup> *Rada Krakowskich Seniorów*, [https://dlaseniora.krakow.pl/203568,artykul,rada\\_seniorow.html](https://dlaseniora.krakow.pl/203568,artykul,rada_seniorow.html) [dostęp: 24.01.2021].

# ROZDZIAŁ IV

## ROLA I ZADANIA INSTYTUCJI DZIAŁAJĄCYCH NA RZECZ OSÓB STARSZYCH W ŚRODOWISKU LOKALNYM NA PRZYKŁADZIE GMINY KRAKÓW

W rozdziale tym skoncentrowano się na zaprezentowaniu i analizie wyników badań własnych. Paragraf pierwszy charakteryzuje i opisuje role oraz zadania instytucji działających na rzecz osób starszych w percepcji badanych pracowników. W drugim paragrafie ukazano rolę instytucjonalnych form wsparcia seniorów w aspekcie zaspokajania potrzeb osób starszych. Następnie wskazano na role i zadania rodzin w procesie wspierania osób w wieku senioralnym. W ostatnim paragrafie przedstawiono modyfikacje, jakie powinny zostać przeprowadzone w instytucjach działających na rzecz osób starszych w celu lepszego oddziaływania na jakość życia najstarszych kohort.

### 1. Role i zadania instytucji działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym w percepcji ich pracowników

Według pedagogiki społecznej<sup>1</sup> środowisko lokalne jest – obok rodziny, grupy rówieśniczej, miejsca pracy – jednym z najważniejszych elementów kształtujących i socjalizujących jednostkę. Środowisko to posiada zarówno wymiar terytorialny, jak i organizacyjny. W jego skład wchodzi wszystkie instytucje służące organizacji życia zbiorowego, które wpływają na życie ludzkie na określonym terenie. Bez wątpienia w kanon takich instytucji, tworzących środowisko lokalne, wpisują się instytucje działające na rzecz osób starszych.

Jak zostało wskazane w rozdziałach teoretycznych, w środowisku lokalnym może działać wiele placówek, które koncentrują się na aktywizacji i uspołecznianiu seniorów. Obok zadań związanych z aktywizacją poszczególne instytucje, w oparciu o przyjęte regulacje prawne, realizują określone role wobec najstarszych członków społeczności, często uwzględniają także potrzeby rodzin seniorów.

Jedną z powszechniejszych form wsparcia i opieki instytucjonalnej w Polsce są domy pomocy społecznej. Placówki te działają w oparciu o wyżej wspomniane akty prawne, ustawę o pomocy społecznej oraz rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej. Organizowanie i prowadzenie domów pomocy społecznej spoczywa na organach administracji publicznej. Wraz z powiększającym się zapotrzebowaniem na tego typu placówki w środowiskach lokalnych także organizacje trzeciego sektora angażują się w ich prowadzenie. Najliczniejszą grupę stanowią domy prowadzone przez zgromadzenia zakonne<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Szerzej: T. Pilch, *Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany*, w: *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995, s. 155–173.

<sup>2</sup> Szerzej: Z. Grabusińska, *Domy pomocy społecznej w Polsce...*, dz. cyt., s. 41.



Według polskiego ustawodawstwa „Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej”<sup>3</sup>. Jak zostało wskazane w rozdziale drugim niniejszej dysertacji, zakres działalności DPS-ów zależy od profilu jego mieszkańców i bezpośrednich adresatów. Na mocy ustawy o pomocy społecznej omawiane placówki są placówkami całodobowymi, które świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i opiekuńcze na poziomie obowiązujących standardów<sup>4</sup>.

Niezależnie od profilu domu pomocy społecznej świadczy on następujące usługi względem swoich mieszkańców:

- 1) w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając:
  - a) miejsce zamieszkania,
  - b) wyżywienie,
  - c) odzież i obuwie,
  - d) utrzymanie czystości;
- 2) opiekuńcze, polegające na:
  - a) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
  - b) pielęgnacji,
  - c) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;
- 3) wspomagające, polegające na:
  - a) umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej,
  - b) podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu,
  - c) umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych,
  - d) zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu,
  - e) stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
  - f) działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości,
  - g) pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, jeżeli mieszkaniec spełnia warunki do takiego usamodzielnienia,
  - h) zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
  - i) finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego,
  - j) zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnieniu mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach,

---

<sup>3</sup> Art. 54 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>4</sup> Tamże, art. 55 ust. 1.

k) sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu<sup>5</sup>.

Jak wskazują akty prawne, domy pomocy społecznej mają jasno sprecyzowany zakres zadań. Powinny one być realizowane z uwzględnieniem poszanowania godności mieszkańców. W kontekście podejmowanej tematyki należy skoncentrować się na domach pomocy społecznej dla osób starszych, których liczba sukcesywnie się powiększa.

Wzrost liczby DPS-ów dla seniorów jest związany z powiększającą się populacją seniorów, samotnym ich zamieszkiwaniem, pojawieniem się wielochorobowości, a co z tym związane – brakiem samodzielności w codziennym funkcjonowaniu, koniecznością wsparcia i pomocy od osób trzecich. Należy jednak podkreślić, że „pobyt w domu pomocy społecznej nie ma tylko niwelować zależności osób starych, ale powinien również aktywnie tę zależność ograniczać. Służyć temu mają usługi wspomagające, których celem jest między innymi rewitalizacja (rehabilitacja) geriatryczna”<sup>6</sup>. Zakres działań DPS-ów znajduje swoje odzwierciedlenie w założeniach holistycznego pojmowania człowieka i sytuacji, w jakiej się znalazł.

Na podstawie uzyskanego materiału badawczego można stwierdzić, że w opinii pracowników DPS-ów – obok zadań wyszczególnionych w aktach prawnych – zadania tych placówek powinny skupiać się na integracji społecznej i dialogu międzypokoleniowym. Na fakt ten wskazują następując wypowiedzi:

Rola i zadania domu, moim zdaniem, powinny przede wszystkim koncentrować się na integracji z najbliższym otoczeniem, tak aby mieszkańcy naszego osiedla mieli świadomość, iż znajduje się tutaj DPS. Podejmujemy liczne działania skoncentrowane na aktywizowaniu i integrowaniu, trochę tak by oswoić środowisko ze starością (Respondent D).

Poprzez integrację społeczną mieszkańców DPS-ów możliwa staje się realizacja założeń idei wychowania do starości oraz wychowania przez starość. Należy podkreślić, że domy pomocy społecznej, jako placówki opieki całodobowej, stanowią przestrzeń, w której seniorzy mogą funkcjonować przez dłuższy okres finalnego etapu życia. Podejmowanie działań skoncentrowanych na wyjście poza grupę rówieśniczą i personel placówki jest w związku z tym istotne z punktu widzenia mieszkańca, często chcącego pozostawać nadal aktywnym na miarę swoich możliwości.

Integracja mieszkańców DPS-ów ze środowiskiem lokalnym może być stosunkowo utrudniona, ponieważ, jak podkreśla jeden z badanych dyrektorów:

Ludzie często nie wiedzą, jak funkcjonują domy pomocy społecznej. Musi nastąpić pewnego rodzaju przełamanie, aby społeczność nie kojarzyła DPS-ów z miejscami negatywnymi. Przez wiele lat w społeczeństwie panowało negatywne wyobraże-

<sup>5</sup> Zob. § 5 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

<sup>6</sup> A. Mielczarek, *Rehabilitacja geriatryczna warunkiem poprawy jakości życia ludzi starszych*, „MEDI. Forum Opieki Długoterminowej” 2007, nr 3, [www.DPS.pl/home\\_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=879](http://www.DPS.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=879) [dostęp: 12.03.2021].

nie o tych placówkach, dlatego teraz, w momencie umieszczenia w domu, seniorzy utożsamiają to z pewnego rodzaju porażką (Kierownik 5).

Bez wątplenia negatywne stereotypy, które są przypisywane funkcjonowaniu tychże placówek, nie pozwalają na pełną realizację założeń integracji społecznej, co może obniżać poziom świadczonych usług związanych z partycypacją. W literaturze przedmiotu można spotkać stwierdzenia wskazujące, że domy pomocy społecznej to placówki totalne<sup>7</sup>. Pobyt w nich postrzegany jest jako czas izolacji, marginalizacji i wykluczenia ze środowiska. Według stereotypowej opinii „Instytucje «izolują» mieszkające w nich osoby od integralnego funkcjonowania społecznego, zmniejszając szanse na ich reintegrację społeczną. Ponadto domy pomocy społecznej uchodzą za miejsca deprywacji potrzeb psychologicznych i emocjonalnych, a mieszkańcy tych placówek często traktowani są przedmiotowo, bez poszanowania ich praw i godności”<sup>8</sup>. W opozycji do takich przekonań stoją wypowiedzi badanych pracowników domów, którzy podkreślają, że:

Tak naprawdę nasza placówka, dla wielu mieszkańców, staje się prawdziwym i jedynym domem w okresie starości, a nasz personel – rodziną seniora. Często osoby starsze czekają na odwiedziny swoich krewnych, ale niestety te rzadko kiedy się pojawiają. Oczywiście realizujemy wszystkie zadania wynikające z przepisów prawnych, ale chyba walka z samotnością i poczuciem odręczenia jest najważniejszym nieformalnym zadaniem pracowników domu (Respondent C).

Duży nacisk w placówce kładziemy na integrację rówieśniczą, na adaptację do nowych warunków, często seniorzy czują się osamotnieni, nie potrafią sobie z tym poradzić (Respondent F).

Na kwestie związane z samotnością i osamotnieniem wskazywali także kierownicy domów:

Organizacyjnie dom jest przystosowany do wymogów, posiadamy bardzo dobry personel, nowoczesne pracownie, szeroką ofertę zajęć, różne formy terapii. To wszystko ma usprawnić funkcjonowanie naszych seniorów, jednak aktywizacja ich bywa ciężkim zadaniem, szczególnie w stosunku do osób, które czują się samotne, brakuje im rodziny, sąsiadów (Kierownik 2).

Analiza materiału badawczego pozwala stwierdzić, że, obok zadań określonych w aktach prawnych, personel domów pomocy społecznej musi niejako koncentrować się na zadaniach nieformalnych związanych z indywidualnymi doświadczeniami i przeżyciami starszego mieszkańca.

Zakres zadań, które mają być realizowane w placówkach całodobowej opieki, określają odpowiednie akty prawne, do których się stosujemy. Należy jednak pamiętać, iż obok prawa ważnym staje się także czynnik ludzki. Jeśli personel nie ma

<sup>7</sup> Zob. Z. Grabusińska, *Domy pomocy społecznej w Polsce...*, dz. cyt., s. 43.

<sup>8</sup> Tamże, s. 44.

odpowiedniego podejścia do osób starszych, brakuje życzliwości, zrozumienia, to określone zadania będą realizowane powierzchwniowo, bez żadnych pozytywnych efektów (Kierownik 3).

We wszystkich wypowiedziach pracowników i dyrektorów domów pomocy społecznej były wskazywane zadania wymienione w ustawie o pomocy społecznej oraz w rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej. Respondenci podkreślali, że domy pomocy społecznej jako placówki opieki całodobowej realizują szereg działań i zadań, bowiem muszą zapewnić warunki określone standardami wszystkim swoim mieszkańcom.

Funkcjonowanie domów pomocy społecznej koncentruje się na podejmowaniu holistycznych działań wobec ich mieszkańców w taki sposób, by pozytywnie kształtować odczuwaną jakość życia. W toku prowadzonych badań dokonano analizy regulaminów domów oraz przeprowadzonych wywiadów. Na jej podstawie można zauważyć, że każdy mieszkaniec domu posiada prawa i obowiązki bezpośrednio umożliwiające integrację wewnętrzną, kształtowanie pozytywnego obrazu własnej starości i zaspokajanie potrzeb. Mieszkaniec ma prawo do:

- ochrony godności osobistej i podmiotowego traktowania;
- wolności słowa i przekonań;
- uczestniczenia w nabożeństwach religijnych;
- szacunku, prywatności oraz własności osobistej;
- dostępu do różnych form terapii zajęciowej;
- rozwijania własnych zainteresowań i pasji;
- dostępu do pracy, radia i telewizji;
- podejmowaniu decyzji, które bezpośrednio go dotyczą;
- posiadania pełnej informacji o usługach świadczonych w placówce;
- leczenia;
- wybierania swoich przedstawicieli do samorządu domu<sup>9</sup>.

Powyższe prawa mieszkańca stanowią istotny element funkcjonowania człowieka starszego w placówce opieki całodobowej. Wśród badanych pojawiły się wypowiedzi świadczące o tym, że zadania DPS-ów – w porównaniu do innych placówek działających na rzecz seniorów – są bardziej rozbudowane, a ich zakres jest znacznie szerszy, co wynika z faktu, że w placówkach tych osoby starsze przebywają aż do śmierci.

Zadania DPS-ów są różnorodne i wynikają z odpowiednich przepisów prawnych, należy pamiętać, iż te placówki zajmują czas seniorom 24 godziny na dobę, dbamy o ich samopoczucie fizyczne, psychiczne, zapewniamy opiekę, wyżywienie, zabezpieczamy podstawowe potrzeby, towarzyszymy w chorobie. Ciężko jest wskazać konkretne zadania, w momencie gdy tak naprawdę jako personel stajemy się dla mieszkańców bliskimi osobami, którym ufają, często zastępujemy im rodzinę. To nie jest praca od – do, są seniorzy, którzy mieszkają u nas już od kilkunastu lat, więc

---

<sup>9</sup> Zestawienie opracowane na podstawie regulaminów domów pomocy społecznej oraz przeprowadzonych wywiadów.

tak naprawdę wiemy o nich bardzo dużo, ponieważ przebywamy ze sobą praktycznie cały czas (Respondent D).

Szerokie spektrum działań domów znajduje swoje odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu<sup>10</sup>. Jak podkreśla Ewelina Zdebska, chodzi o to, by mieszkaniowiec „realizował w nim swoje plany i marzenia, rozwijał osobowość, utrzymywał sprawność bio-psychofizyczną, a także nawiązywał kontakty społeczne i podtrzymywał dotychczasowe oraz aktywnie włączał się do różnych dziedzin życia społecznego”<sup>11</sup>. Placówki opieki całodobowej, takie jak domy pomocy społecznej, normalizują życie społeczne swoich mieszkańców, umożliwiając im wpływanie na predykatory jakości życia.

W przeprowadzonych badaniach wzięł również udział personel ośrodków wsparcia – klubów samopomocy, klubów seniora oraz centrum aktywności społecznej.

Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia. Zakres funkcjonowania i zadań ośrodków wsparcia reguluje ustawa o pomocy społecznej, a także Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1057, z późn. zm.), dalej: ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Według przepisów ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej typu dziennego, jednak mogą być w nim prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu<sup>12</sup>. Ośrodki mogą działać w formie klubów samopomocy w środowisku lokalnym.

Za organizację tego typu placówek odpowiada samorząd terytorialny. Może on współpracować z organizacjami kościelnymi, związkami wyznaniowymi, organizacjami trzeciego sektora. Placówki tego typu mogą być powoływane do działalności na podstawie umowy o realizacji zadania publicznego, o której mowa w artykule 16 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. W myśl przepisów tej ustawy organizacje pozarządowe oraz jednostki organizacyjne podległe organom administracji publicznej lub przez nie nadzorowane mogą, w określonym trybie, przyjąć zlecenie realizacji zadania publicznego<sup>13</sup>. Zadaniem tym może być prowadzenie ośrodków wsparcia – klubów samopomocy.

Ośrodki wsparcia – kluby samopomocy dla osób starszych, jak wskazują przepisy prawne, są placówkami wsparcia dziennego zapewniającymi uczestnikom:

- podtrzymanie kondycji psychofizycznej;
- organizację zajęć kulturalno-towarzyskich i rekreacyjnych;

<sup>10</sup> Szerzej: L. Płaszewska-Żywko, P. Brzuzan, I. Malinowska-Lipień, T. Gabryś, *Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89 (1), s. 62–66; T. Zbyrad, *Dom pomocy społecznej: funkcje założone i realizowane na podstawie DPS w Tarnobrzegu*, Tarnobrzeg 2010; A. Leszczyńska-Rejchert, *Wspomaganie osób starszych w domach pomocy społecznej*, Toruń 2008; M. Rosłonowska, *Dylematy mieszkańców, ich rodzin oraz pracowników domów pomocy społecznej*, Łódź 2020.

<sup>11</sup> E. Zdebska, *Zespół terapeutyczno-opiekuńczy...*, dz. cyt., s. 49.

<sup>12</sup> Art. 51 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>13</sup> Art. 16 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1057, z późn. zm.).



- podejmowanie działań zmierzających do wzmocnienia aktywności życiowej i samodzielności życiowej osób objętych pomocą;
- inspirowanie powstawania grup wsparcia i wzmacniania więzi społecznych, a także włączanie do środowiska lokalnego oraz polepszanie relacji z rodziną<sup>14</sup>.

Zadania placówek tego typu, według przepisów prawnych, powinny koncentrować się na aktywizowaniu, przeciwdziałaniu marginalizacji i wykluczeniu społecznemu, organizacji czasu wolnego w sposób konstruktywny. Jak wynika z uzyskanego materiału badawczego, personel i kierownicy ośrodków realizują wobec seniorów liczne zadania, które często wykraczają poza formalny zakres ich obowiązków.

Jako kierownik często przyjmuję i realizuję inne zadania, które muszą zostać wykonane wobec seniorów. Osoby starsze, szczególnie w okresie pandemii, potrzebowały wsparcia emocjonalnego, rozmowy, poświęcenia im czasu i uwagi. Czas pandemii pokazał nam, ilu naszych podopiecznych, pomimo iż mieszkają z rodzinami, czują się samotni. Nasz placówka pozwala im ustalać harmonogram dnia, pobudza do wyjścia z domu (Kierownik 1).

Na kwestie związane z wsparciem emocjonalnym, psychologicznym wskazywał także personel placówek.

Seniorzy często nie chcą angażować się w zajęcia aktywizujące, integrujące, tak naprawdę oczekują ode mnie, że ich wysłucham, doradzę, zrozumiem. Dużym problemem jest samotność seniorów, parę godzin spędzają w ośrodku, wracają do domu, gdzie nikogo nie ma, i to im doskwiera (Respondent B).

Mam wrażenie, że jak senior przychodzi do nas, to oczekuje całościowego wsparcia. Miałam przypadki w swojej pracy, kiedy uczestnik oczekiwał, że po godzinach pracy będę go odwiedzać, pomogę mu naprawić relacje z rodziną, będę „lekarstwem” na jego problemy, a to niemożliwe (Respondent I).

W przeprowadzonych wywiadach z personelem ośrodków pojawiły się także wypowiedzi świadczące o tym, że ważnym zadaniem tychże placówek jest organizowanie czasu w sposób konstruktywny i ciekawy.

Do ośrodka przychodzą osoby z różnym stanem zdrowia, niektóre mają problemy z poruszaniem się, jednak chcą być aktywnymi, dlatego też należy dostosowywać harmonogram zajęć do potrzeb i możliwości każdego z uczestników. Seniorzy lubią, kiedy w placówce coś się dzieje, coś jest organizowane, wtedy chętniej się angażują. Czasem są okresy, kiedy w tygodniu nie ma żadnych wyjść czy też spotkań, odbywa się tylko gimnastyka i zajęcia manualne, i wtedy osoby starsze zaczynają narzekać, że oczekują czegoś więcej. Według mnie dla seniorów takim najważniejszym zadaniem placówki jest atrakcyjne zagospodarowanie czasu (Respondent H).

---

<sup>14</sup> Art. 51 ustawy o pomocy społecznej.

W wywiadach uwypukliły się także zadania związane z przeciwdziałaniem wykluczeniu, integracją społeczną.

Moim zdaniem podstawowym zadaniem ośrodka jest stworzenie takiej oferty, aby zachęcała seniorów do wyjścia z domów i przyjscia do nas. Aby widzieli oni konkretny sens i korzyści, jakie mogą wyniknąć z ich zaangażowania się w działanie placówki. Dobrze tutaj sprawdzają się wszelkiego rodzaju przedsięwzięcia o charakterze integracyjnym, poprzez które chcemy pokazać się w środowisku lokalnym (Respondent B).

Na podstawie materiału badawczego można wnioskować, że zadania ośrodków wsparcia dla osób starszych w środowisku lokalnym wpisują się w założenia polityki senioralnej w Polsce i koncentrują wokół krakowskiego Programu Aktywności i Integracji Osób Starszych na lata 2021–2025.

Analizy wywiadów pozostałych badanych pozwalają wysnuć wniosek, że zadania placówek działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym mocno koncentrują się na:

- integracji społecznej ze szczególnym uwzględnieniem dialogu międzypokoleniowego;
- podejmowaniu działań zmierzających do aktywizacji seniorów poprzez realizowanie różnych form aktywności;
- waloryzacji starości i osób starszych;
- zaspokajaniu potrzeb seniorów;
- niwelowaniu poczucia samotności i osamotnienia;
- wsparciu psychologicznym i emocjonalnym;
- zagospodarowaniu wolnego czasu;
- podnoszeniu kondycji psychofizycznej osób starszych;
- utrzymaniu samodzielności i niezależności seniorów;
- realizowaniu założeń aktywnego starzenia się (nawet w warunkach placówki opieki całodobowej);
- motywowaniu do samopomocy i wsparcia rówieśniczego;
- wspieraniu rodzin w opiece nad osobą starszą;
- dostosowywania oferty do osób starzejących się w sposób pomyślny, prawidłowy i patologiczny.

Obok zadań realizowanych przez poszczególne instytucje istotne stają się role, jakie przypisuje się tymże placówką. Na podstawie otrzymanych wyników badań własnych można stwierdzić, że pomimo różnic formalnych, jakie występują między instytucjami, w zdecydowanej większości przypisuje się im zbliżone role i podobny zakres zadań. Należy podkreślić, że role, jakie są przypisywane placówkom, pokrywają się z realizowanymi zadaniami.

Jak wynika z rysunku 1, role różnych instytucji działających na rzecz seniorów są ze sobą zbieżne – pomimo różnych profili placówek, ich role w środowisku lokalnym się pokrywają. Należy jednak pamiętać, że w kontekście instytucjonalnych form wsparcia, to domy pomocy społecznej świadczą opiekę całodobową, zaś pozostałe instytucje koncentrują się na wsparciu dziennym, pomocy w doraźnych problemach.

**Rysunek 1.** Role instytucji działających na rzecz seniorów w percepcji pracowników



**Źródło:** opracowanie własne.

Zadania i role przypisywane placówkom wspierającym osoby starsze wpisują się w zakres działalności umożliwiającej podnoszenie jakości życia najstarszych kohort. Zebrany materiał badawczy w zestawieniu z obowiązującymi aktami prawnymi i założeniami polityki senioralnej w Polsce do 2030 roku daje całościowy ogląd funkcjonującego systemu wspierania seniorów w środowisku lokalnym.

Jak wynika z analizy ogólnopolskiego dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, placówki działające na rzecz osób starszych mają aktywnie włączać się w realizację priorytetów związanych z zadaniami polityki senioralnej. W drugim rozdziale niniejszej dysertacji zostały zaprezentowane ogólne obszary działań, które w ramach rozwijającej się w Polsce polityki senioralnej mają być podejmowane i realizowane.

Pierwszym obszarem działań skierowanych do ogółu osób starszych, w myśl omawianego dokumentu, jest kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie. Zadania odnoszące się do tej płaszczyzny są realizowane przez:

1. przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek;
2. podnoszenie poziomu świadomości społecznej znaczenia uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym i gospodarczym;
3. przeciwdziałanie negatywnym stereotypom starości przez społeczne kampanie edukacyjne;
4. propagowanie idei i działań mających na celu przygotowanie się do starości i jak najdłuższe zachowanie samodzielności<sup>15</sup>.

Wymienione zadania wpisują się w działalność statutową licznych placówek i instytucji działających na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym. Poprzez zaangażowanie seniorów i placówek, w przedsięwzięcia na rzecz najbliższego otoczenia, urzeczywistnia się idea wychowania przez starość i do starości, w wymiarze środowiskowym i instytucjonalnym. Należy podkreślić, że wychowanie/przygotowanie do starości może być rozpatrywane w aspekcie indywidualnym, ale także w szerszym kontekście. „W sensie szerokim uczestniczy w nim większość podmiotów życia społecznego. Jako miejsce związane z wychowaniem do starości w sposób szczególny należy wymienić posiadające długą tradycję i prężnie rozwijającej się w Polsce – sieć uniwersytetów trzeciego wieku, klubów seniora oraz placówek opiekuńczych – domy dziennego pobytu oraz domy opieki różnego typu. Szeroką płaszczyznę wychowania w perspektywie starości stanowi także działalność organizacji pozarządowych”<sup>16</sup>.

Można zatem wnioskować, że wychowanie do starości w środowisku lokalnym jest zależne od działalności i funkcjonowania instytucji zajmujących się osobami starszymi w różnych obszarach. Poprzez zrzeszanie seniorów, motywowanie ich do podejmowania samopomocy, aktywności społecznej, rekreacyjnej i edukacyjnej sprzyja niwelowaniu negatywnego obrazu seniorów w otoczeniu, równocześnie przyczyniając się do partycypacji społecznej i podnoszenia jakości życia najstarszych kohort.

Z obszarem odnoszącym się do pozytywnego kształtowania obrazu starości i osób starszych integralnie łączy się kolejna płaszczyzna podejmowanych działań, jaką jest two-

<sup>15</sup> Szerzej: *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030...*, dz. cyt., s. 27–30.

<sup>16</sup> K. Uzar-Szcześniak, K. Białożył, *Wychowanie do starości*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 4, red. A.A. Zych, Katowice 2017, s. 192.

rzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej. Obszar ten jest realizowany przez:

1. promocję projektów edukacyjnych dla osób starszych, samopomocy, wolontariatu (krótko- i długookresowego, formalnego i nieformalnego, w ramach Kościoła katolickiego i innych związków wyznaniowych);
2. rozwój infrastruktury społecznej jako miejsca spotkań i wymiany doświadczeń międzypokoleniowych;
3. promowanie działań umożliwiających kontakt i współpracę osób z różnych grup wieku<sup>17</sup>.

Analiza dokumentów pokazuje, że działania podejmowane przez instytucjonalne formy wsparcia seniorów są istotnym elementem całego systemu pomocowego, przez który staje się możliwe dotarcie do jak najliczniejszej grupy odbiorców, a także stworzenie przestrzeni sprzyjającej wielopokoleniowej integracji. Jak pokazują wypowiedzi pracowników placówek, poprzez zaangażowanie w różne przedsięwzięcia na terenie Krakowa coraz więcej seniorów chętnie włącza się i korzysta z oferty skierowanej do nich.

Zachęcamy naszych seniorów do korzystania z różnych programów i ofert skierowanych do nich. Aby nie zamykali się tylko na naszą placówkę. Mamy uczestników, którzy są uczestnikami w 2–3 klubach i chętnie korzystają z możliwości, jakie im tworzymy (Respondent B).

Przed pandemią co miesiąc organizowaliśmy spotkanie z ciekawą osobą, odbywały się spotkania okolicznościowe, wyjeżdżaliśmy na wycieczki. Działo się bardzo dużo, aby zachęcić seniorów do aktywności, z drugiej zaś strony czym bogatsza oferta, tym szybciej pozyskujemy nowe osoby starsze, które widzą, że coś fajnego się dzieje, więc chcą spróbować (Respondent G).

Pojawiły się także wypowiedzi świadczące o zaangażowaniu instytucji w promowanie integracji międzypokoleniowej w środowisku lokalnym:

Co roku bierzemy udział w Senioraliach, współpracujemy ze szkołą podstawową, organizujemy wspólnie Dzień Babci i Dziadka, zapraszamy dzieci i dyrekcje na spotkania świąteczne, tak by pokazać, iż placówka jest integralną częścią osiedla (Kierownik 4).

Uzyskane wypowiedzi respondentów wskazują, że pracownicy instytucjonalnych form wsparcia są w pełni świadomi swoich zadań i ról, jakie spełniają w środowisku. Jak wynika z dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, obszar związany z szeroko definiowanym kształtowaniem pozytywnego wizerunku starości, starzenia się i osób starszych, powinien być realizowany między innymi przez:

- współpracę przedszkoli i szkół z organizacjami senioralnymi;

---

<sup>17</sup> Szerzej: *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030...*, dz. cyt., s. 53.



- promowanie w realizowanych przez podmioty publiczne w otwartych konkursach ofert dotyczących rozwoju społeczeństwa obywatelskiego, tematyki senioralnej i wspierania projektów międzypokoleniowych;
- realizację antydyskryminacyjnych projektów<sup>18</sup>.

W kontekście omawianych zagadnień należy także zwrócić uwagę na kolejny obszar polityki społecznej wobec seniorów, który jest zawarty w analizowanym dokumencie. Uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej, sportowej i religijnej to ważna płaszczyzna oddziaływań, szczególnie w środowiskach lokalnych, gdzie seniorzy często mieszkają przez wiele lat, jednak nie zawsze potrafią funkcjonować w nich jako mieszkańcy seniorzy. W obszar ten wpisują się następujące działania:

- kształtowanie przestrzeni publicznej przyjaznej osobom starszym dzięki likwidacji barier informacyjnych, technicznych, urbanistycznych, architektonicznych i komunikacyjnych;
- wspieranie funkcjonowania i rozwoju organizacji zrzeszających osoby starsze, gminnych rad seniorów i innych form partycypacji społecznej i przedstawicielstwa osób starszych;
- rozwój wolontariatu wśród osób starszych, przygotowanie do pełnienia nowych ról społecznych w rodzinie, grupach rówieśniczych, sąsiedzkich, wyznaniowych oraz innych;
- ułatwianie uczestnictwa w życiu społecznym, kulturze, działalności artystycznej, programach aktywności sportowej, rekreacyjnej oraz turystyce osób starszych;
- wspieranie aktywności osób starszych w ramach związków wyznaniowych zrzeszających seniorów oraz działających na ich rzecz<sup>19</sup>.

W analizowanym dokumencie pojawia się wiele istotnych działań, które według zasady subsydiarności powinny być realizowane na poziomie samorządów lokalnych w celu lepszego dostosowywania otoczenia i niwelowania przeszkód występujących w danej społeczności.

Wraz ze zwiększeniem zakresu działań polityki senioralnej w Polsce poszerzył się wachlarz jej celów oraz płaszczyzn, na których powinny być podejmowane kompleksowe przedsięwzięcia umożliwiające seniorom godne przeżywanie starości. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na kolejny obszar problemowy uwzględniony w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*.

Postępujący rozwój, przeobrażenia kulturowe i globalizacja doprowadziły do powiększenia się skali trudności i kwestii społecznych, także w grupie osób starszych. Istotnym problemem współczesnych seniorów stała się przemoc i zaniedbania, jakich doświadczają. W odpowiedzi na rosnącą skalę problemów polityka społeczna zmierza do poprawy bezpieczeństwa najstarszych kohort. W omawianym dokumencie jednym z obszarów działań jest zwiększanie bezpieczeństwa fizycznego – przeciwdziałanie przemocy

<sup>18</sup> Tamże s. 28–30.

<sup>19</sup> Tamże, s. 33.

i zaniedbaniom wobec osób starszych. Zadania z tego obszaru mają być realizowane poprzez:

1. realizację kampanii, akcji i innych działań profilaktycznych dotyczących edukacji, mających na celu przeciwdziałanie przemocy wobec osób starszych;
2. tworzenie w całym kraju sieci poradnictwa dla seniorów doznających przemocy w miejscu zamieszkania;
3. tworzenie systemu szkoleń na temat osób starszych, przemocy i komunikacji interpersonalnej w placówkach oświatowych, instytucjach pomocy społecznej, opieki medycznej, organach ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a także wśród samych seniorów<sup>20</sup>.

Istotną rolę w przeciwdziałaniu przemocy wobec osób starszych odgrywają instytucjonalne formy wsparcia. Personel placówek, według zamierzeń realizowanej polityki senioralnej, powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje i przeszkolenie, aby móc rozpoznać w seniorze ofiarę przemocy, odpowiednio interweniować i pomagać. Bez wątplenia instytucje działające w środowisku lokalnym mają możliwości, aby przeciwdziałać przemocy wobec osób starszych, choćby poprzez powierzone im zadania, odpowiednie informowanie, gdzie można uzyskać fachową pomoc, towarzyszenie i motywowanie do zmiany swojej sytuacji. Niemniej jednak należy zwrócić uwagę, że pomimo podejmowania działań profilaktycznych często seniorzy – ofiary przemocy nie chcą lub boją się podejmować jakiegokolwiek kroki w celu poprawy swojej sytuacji, na co wskazywali respondenci:

Mieliśmy dwójkę seniorów, którzy byli ofiarami przemocy psychicznej i zaniedbań ze strony rodziny. Ale oni nie chcieli nic z tym zrobić. Uważali, że na stare lata nie ma co zmieniać, bo już niewiele im do śmierci pozostało. To są ciężkie sytuacje, ponieważ pomoc możemy, kiedy senior tego chce, bez jego zgody nic nie zrobimy (Kierownik 1).

Powyższe rozważania miały na celu przybliżyć zapisy dokumentów ogólnopolskich, które kształtują politykę senioralną, a także stanowią wykładnie dla działań instytucjonalnych form wsparcia w środowisku lokalnym. Zakres zadań i ról przypisywanych placówkom o różnym profilu wspierania i pomagania osobom starszym jest zdecydowanie determinowany wskaźnikami znajdującymi swoje zapisy w odpowiednich aktach prawnych. Istotne jest, co wynika z wypowiedzi badanych, że zdarzają się sytuacje, kiedy to zakres realizowanych zadań jest większy, niż wskazuje to ustawodawca. Seniorzy, zmagający się z różnymi problemami i trudnościami dnia codziennego, poszukują w personelu oparcia i wsparcia, którego nie otrzymują od krewnych lub grupy rówieśniczej. Taki stan rzeczy może wywoływać także powiększająca się singularyzacja i samotne zamieszkiwanie najstarszych kohort.

Mając na uwadze temat dysertacji i miejsce przeprowadzonych badań, w tym miejscu należy skoncentrować się na programach i inicjatywach realizowanych na terenie gmi-

---

<sup>20</sup> Tamże, s. 48.

ny Kraków. W toku poszukiwań badawczych i analiz dokumentów zauważono, że gmina Kraków jako jedna z nielicznych w Polsce od roku 2015 realizuje Program Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych (PASIOS). Pierwsza edycja tego programu była realizowana od 2015 do 2020 roku. Obecnie Program został opracowany na lata 2021–2025. Program jest elementem polityki społecznej gminy miejskiej Kraków i ma na celu podniesienie jakości życia osób starszych. Adresatami programu są: mieszkańcy gminy Kraków, którzy ukończyli 60 rok życia, a także pracownicy instytucji publicznych, klubów seniorów oraz działacze organizacji pozarządowych działających na rzecz seniorów. Wpisanie w grono adresatów Programu personelu instytucjonalnych form wsparcia osób starszych pokazuje, jak istotnym elementem systemu są te formy pomocy i aktywizacji najstarszych kohort. Bez wątplenia rola placówek wspierających seniorów jest w gminie Kraków znacząca, w kontekście omawianej problematyki, ponieważ stanowią one pomoc doraźną, wsparcie w kryzysie, ale także normalizują życie społeczne osób w wieku senioralnym.

Celami analizowanego Programu są: poprawa jakości życia, promowanie aktywności i dbałość o stan zdrowia, edukacji oraz integracji międzypokoleniowej. „Celem głównym Programu jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów w Krakowie dla godnego starzenia”<sup>21</sup>. Założenia i cele Programu są całkowicie zbieżne z wytycznymi ogólnopolskiej polityki senioralnej i dokumentem *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*.

Wśród celów szczegółowych Programu znalazły się takie wskazania jak:

- „podniesienie poziomu świadomości seniorów na temat działań podejmowanych przez miasto na rzecz seniorów i we współpracy z seniorami;
- podniesienie poziomu aktywności społecznej seniorów;
- zwiększenie liczby gminnych programów polityki zdrowotnej i programów profilaktycznych w obszarze zdrowia realizowanych na rzecz seniorów;
- rozszerzanie pakietu drobnych usług społecznych realizowanych na rzecz seniorów oraz oferty pomocowej dla seniorów;
- podejmowanie działań na rzecz podnoszenia poziomu bezpieczeństwa seniorów”<sup>22</sup>.

Poszczególne cele szczegółowe mają być osiągnięte poprzez szereg zadań, a istotną rolę w ich wykonaniu przypisuje się instytucjonalnym formom wsparcia osób starszych.

Pierwszy cel szczegółowy Programu ma być osiągnięty między innymi przez:

- prowadzenie działań chroniących seniorów przed wykluczeniem cyfrowym, organizowanie szkoleń, akcji pomagających seniorom korzystać z laptopów i smartfonów, pomoc w zakupach własnego sprzętu po przystępnych cenach;
- plebiscyt „Miejsce przyjazne seniorom”;
- organizowanie konferencji dla osób starszych dotyczących różnych obszarów życia, szczególnie zdrowia;

<sup>21</sup> Program Aktywności Społecznej i Integracji..., s. 20.

<sup>22</sup> Tamże.

- upowszechnianie informacji związanych z ciekawym, rozwijającym sposobem spędzania czasu wolnego, w tym w rzeczywistości wirtualnej;
- kampanie informacyjno-promocyjne kształtujące świadomość społeczną osób starszych i o osobach starszych;
- prowadzenie sieci CAS także jako miejsc wszechstronnej edukacji osób starszych;
- prowadzenie szkoleń dla pracowników samorządowych z zakresu budowania urzędu przyjaznego seniorom oraz szkoleń z komunikacji interpersonalnej;
- współpracę komórki organizacyjnej urzędu zajmującej się polityką senioralną z innymi komórkami organizacyjnymi urzędu i miejskimi jednostkami organizacyjnymi, organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami i służbami działającymi na terenie gminy oraz z wyższymi uczelniami.

Gmina miejska Kraków, jak wynika z omawianego dokumentu, kładzie duży nacisk na uspołecznianie seniorów, ich zaangażowanie w życie publiczne, edukację najstarszych grup wiekowych i poszerzenie oferty sprzyjającej przeciwdziałaniu marginalizacji i wykluczeniu najstarszych mieszkańców Krakowa. Ciekawą formą, na którą zwracały uwagę także badane osoby, jest inicjatywa „Miejsce przyjazne seniorom”. Inicjatywa ta organizowana przez Samorząd Województwa Małopolskiego i gminę miejską Kraków ma na celu wyróżnienie miejsc przyjaznych seniorom oraz promowanie działań instytucji i organizacji, które oferują produkty, usługi i zniżki przygotowane z myślą o seniorach, charakteryzując się odpowiednim sposobem obsługi oraz architekturą dostosowaną do potrzeb osób starszych<sup>23</sup>. Jak wskazuje Regulamin akcji „Miejsce przyjazne seniorom”, „Głównym celem akcji jest zwiększanie liczby miejsc dedykowanych w sposób szczególny starszym mieszkańcom oraz promowanie miejsc przyjaznych seniorom, działających na terenie Krakowa: kawiarni, sklepów, aptek, instytucji: kulturalnych, edukacyjnych, rekreacyjnych, użyteczności publicznej i innych, z zastrzeżeniem § 2 ust. 2, odpowiadających na potrzeby starszych mieszkańców poprzez dostosowanie swojej architektury oraz oferowanie produktów, usług i zniżek specjalnie skierowanych do tej grupy, w których osoby starsze czują się miło i swobodnie, są godnie traktowane i obsługiwane”<sup>24</sup>. Poprzez inicjowanie i podejmowanie takich przedsięwzięć władze gminy Kraków bezpośrednio zachęcają sektor usługowy do dostosowywania się i wychodzenia niejako naprzeciw oczekiwaniom starzejących się społeczeństw. Podobne inicjatywy podejmują inne polskie miasta, na przykład Warszawa.

Wraz z wydłużeniem ludzkiego życia i powiększającą się populacją seniorów polityka społeczna zarówno na szczeblu ogólnopolskim, jak i regionalnym koncentruje się na zwiększeniu poziomu aktywności społecznej osób starszych. Aktywność społeczna, według literatury przedmiotu, pozwala zaspokajać potrzeby psychiczne<sup>25</sup>, nawiązywać

<sup>23</sup> Szerzej: *Miejsca przyjazne seniorom*, [https://www.krakow.pl/aktualnosci/233756,29,komunikat,miej-sca\\_przyjazne\\_seniorom.html](https://www.krakow.pl/aktualnosci/233756,29,komunikat,miej-sca_przyjazne_seniorom.html) [dostęp: 23.03.2021].

<sup>24</sup> Regulamin akcji „Miejsce przyjazne seniorom”, pobrano z: [https://dlaseniora.krakow.pl/start/194634,artykul,dokumenty\\_akcji.html](https://dlaseniora.krakow.pl/start/194634,artykul,dokumenty_akcji.html) [dostęp: 23.03.2021].

<sup>25</sup> J. Semków, *Niektóre problemy aktywności społeczno-kulturalnej w okresie późnej dorosłości*, w: *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, red. A. Fabiś, Bielsko-Biała 2008, s. 18.

nowe kontakty interpersonalne<sup>26</sup>, waloryzuje starość, pozwala na przeżywanie schyłkowego okresu życia w sposób konstruktywny. „Brak aktywności powoduje utratę akceptacji w społeczeństwie, a w konsekwencji – samotność. Dlatego też w wieku podeszłym aktywność nabiera szczególnego znaczenia”<sup>27</sup>. Jeden z celów szczegółowych krakowskiego Programu jest skoncentrowany na podniesienie poziomu aktywności społecznej seniorów. Cel ten jest realizowany przez:

- organizację imprez kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych dla seniorów;
- upowszechnianie idei wolontariatu wśród osób starszych,
- przygotowanie oferty dedykowanej seniorom z osiedli peryferyjnych, gdzie nie zawsze istnieje możliwość utworzenia Centrum Aktywności Seniorów;
- Centra Aktywności Seniorów,
- promowanie idei uniwersytetu trzeciego wieku;
- Akademię Liderów – Seniorów;
- stworzenie oferty kulturalnej dla seniorów;
- szkolenia z zakresu edukacji cyfrowej;
- zajęcia prowadzone w ramach Programów Aktywności Lokalnej;
- podejmowanie współpracy z przedsiębiorcami miasta w celu pozyskania ich dla idei zatrudniania osób starszych w swoich firmach;
- działalność Rady Krakowskich Seniorów;
- współpracę z organizacjami pozarządowymi zgodnie z ustawą o pożytku publicznym i wolontariacie;
- integrację krakowskiego środowiska seniorów podczas wydarzeń miejskich, integrujących kluby seniora o różnym profilu oraz CAS-y poprzez realizację projektów, w tym projektów o charakterze międzypokoleniowym;
- tworzenie możliwości realizacji projektów obywatelskich w mieście poprzez seniorskie grupy nieformalne, CAS-y, kluby seniora oraz seniorów z ośrodków wsparcia dla osób starszych;
- promowanie aktywnego udziału seniorów w działaniach wykorzystujących narzędzia partycypacyjne – tj. budżecie obywatelskim, inicjatywie lokalnej – angażując grupy nieformalne, kluby seniora, CAS-y oraz lokalne sąsiedztwa;
- współpracę i promowanie działań Rady Krakowskich Seniorów na rzecz środowiska krakowskich seniorów<sup>28</sup>.

Jak wynika ze wskazanych zadań, władze gminy Kraków przypisują dużą rolę w aktywizacji osób starszych placówkom wsparcia dziennego (CAS-y, OWOS-y, Kluby Seniora) oraz Programowi Aktywności Lokalnej. Rosnąca liczba tychże instytucji w Krakowie może świadczyć o zwiększającym się zapotrzebowaniu na usługi tego typu. Jak zostało wspomniane w trzecim rozdziale niniejszej dysertacji, z roku na rok w Krakowie poszerza

---

<sup>26</sup> A.A. Zych, *Leksykon...*, dz. cyt., s. 17.

<sup>27</sup> N. Piłkuła, *Zdrowie i aktywność społeczna...*, dz. cyt., s. 322.

<sup>28</sup> Program Aktywności Społecznej i Integracji..., s. 23.



się oferta skierowana do seniorów. Coraz częściej również organizacje trzeciego sektora w swoich założeniach statutowych koncentrują się na osobach w wieku senioralnym. Analiza zapisów POIS wskazuje, że placówki wspierające seniorów w środowiskach lokalnych mają być odpowiedzialne za realizację poszczególnych celów szczegółowych, co w konsekwencji wpłynie na podniesienie jakości życia najstarszych krakowian.

Zadania realizowane przez placówki wsparcia dziennego mocno skupiają się na integracji, przeciwdziałaniu marginalizacji i wykluczeniu.

W ośrodku, przed pandemią, były realizowane wystawy prac uczestników, współpracowaliśmy z domem pomocy społecznej, aby seniorzy mogli spotykać się ze swoimi rówieśnikami z innych środowisk, współpracowaliśmy ze studentami z kół naukowych. Wszystko po to, aby nasi podopieczni mieli możliwość aktywnego udziału w różnych przedsięwzięciach (Respondent G).

Każdy klub seniora dba o aktywizację uczestników, to nasz główny cel działalności (Respondent I).

Personel placówek typu dziennego jest świadomy roli, jaką przypisują im seniorzy, środowisko lokalne, ale także władze gminy, które poprzez rozbudowywanie sieci instytucjonalnego wsparcia osób starszych chcą dotrzeć do jak największej liczby odbiorców.

Trzecim celem Programu PASIOS jest zwiększenie liczby gminnych programów polityki zdrowotnej i programów profilaktycznych w obszarze zdrowia realizowanych na rzecz seniorów. Cel ten ma być realizowany poprzez:

- realizację programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Krakowa, w tym głównie szczepień ochronnych;
- organizację przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej;
- promowanie zachowań prozdrowotnych dla zapewnienia osobom starszym jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w środowisku z utrzymaniem dobrej jakości życia;
- działalność Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych, jako miejsca opieki stacjonarnej i niestacjonarnej (dziennej) połączonej z kompleksową rehabilitacją osób starszych oraz przewlekle niepełnosprawnych i niesamodzielnych (tj. osób o orzecznym stopniu niepełnosprawności znacznym lub umiarkowanym)<sup>29</sup>.

Profilaktyka zdrowotna i inne oferty są skierowane zarówno do osób starzejących się w sposób pomyślny i prawidłowy, ale też także patologiczny. Jak zostało zauważone w rozważaniach teoretycznych, wraz z powiększaniem się populacji seniorów wzrasta liczba osób przeżywających starość patologiczną, wielochorobową, dlatego też istotnym staje się podejmowanie działań zmierzających do poprawy jakości życia również tych seniorów. Współdziałanie polityki senioralnej z polityką zdrowotną jest wyzwaniem, jakie

<sup>29</sup> Tamże, s. 23.

stoi przed starzejącymi się społeczeństwami. Ważne stają się profilaktyka i wczesna diagnoza chorób, które mogą rozwijać się już w okresie dorosłości czy późnej dorosłości, by znacznie pogorszyć stan zdrowia w fazie starości. Zadania realizowane w tym kontekście przez gminę Kraków stanowią dobry przykład, który powinien być rozpowszechniany w całym województwie małopolskim.

Przedostatnim celem szczegółowym Programu Aktywności i Integracji Osób Starszych na lata 2021–2025 jest rozszerzanie pakietu drobnych usług społecznych realizowanych na rzecz seniorów oraz oferty pomocowej. Cel ten osiągnięty ma być poprzez:

- rozwój form wsparcia dla opiekunów osób starszych przez realizację usługi asystenta osoby starszej;
- zapewnienie warunków wsparcia dla osób starszych w środowisku lokalnym;
- organizowanie wolontariatu wśród seniorów w CAS, przynoszenia obiadów osobom samotnym;
- zadania realizowane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w obszarze zapewnienia i organizacji systemowej opieki całodobowej oraz dziennej dla osób wymagających, ze względu na stan zdrowia, takich formy wsparcia,
- Program „Srebrna miotła” – pomoc w porządkach domowych skierowany do seniorów 75+;
- zorganizowanie bezpłatnych przejazdów taksówkami osób 80+, które pozwolą na poprawę jakości i poziomu życia tej grupie oraz ułatwią kontakt z urzędami państwowymi i samorządowymi oraz podmiotami medycznymi<sup>30</sup>.

Rozwój drobnych usług społecznych jest możliwy w znacznej mierze dzięki działalności placówek aktywizujących seniorów. Duże znaczenie w tym aspekcie należy także przypisać współpracy międzysektorowej zachodzącej pomiędzy instytucjami i organizacjami. Programy oferowane przez gminę Kraków stanowią pewnego rodzaju novum i mocno koncentrują się na seniorach powyżej 75 roku życia, których liczba sukcesywnie wzrasta. Jak zauważa Piotr Szukalski, „osoby w wieku 75+ z reguły nawet i dziś umykają zainteresowaniu badaczy, decydentów, opinii publicznej, z uwagi na zakładaną rzadkość, a przede wszystkim fakt, iż kłopoty zdrowotne, ograniczenia samodzielnego funkcjonowania ograniczają ich społecznie widoczną aktywność, tj. te wszystkie czynności, które podejmowane są poza własnym domem”<sup>31</sup>. Tymczasem, jak podkreśla Szukalski, ta grupa wiekowa sukcesywnie się powiększa, co jednocześnie wiąże się z koniecznością poznania potrzeb tejże subpopulacji. Ze względu na stan zdrowia, sytuację rodzinną, miejsce zamieszkania często nie ma ona możliwości realizowania aktywności czy wpływania na odczuwany dobrostan<sup>32</sup>.

Osoby powyżej 75 roku życia coraz częściej stają się odbiorcami i uczestnikami instytucjonalnych form wsparcia, które muszą dysponować ofertą dostosowaną do możliwości, stanu zdrowia i potrzeb najstarszych kohort. Poprzez założenia Programu Aktyw-

<sup>30</sup> Tamże.

<sup>31</sup> P. Szukalski, *Ludzie w wieku 75+ – nowa kategoria demograficzno-społeczna?*, w: *Kwestionariusz Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) jako narzędzie do oceny zapotrzebowania na opiekę przez osoby w wieku podeszłym*, red. K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, Warszawa 2013, s. 18.

<sup>32</sup> Tamże.

ności Społecznej i Integracji Osób Starszych gmina Kraków podejmuje działania mające umożliwić najstarszym mieszkańcom pozostawanie aktywnymi na miarę swoich możliwości, ułatwienie funkcjonowania w społeczności, a także wpływanie na odczuwaną jakość życia.

Ostatnim celem szczegółowym analizowanego Programu jest podejmowanie działań na rzecz podnoszenia poziomu bezpieczeństwa seniora. W myśl założeń dokumentu cel ten jest realizowany poprzez:

- tworzenie przestrzeni służącej rekreacji i wypoczynkowi równomiernie rozmieszczonej we wszystkich dzielnicach;
- wyposażenie każdego potrzebującego seniora w kopertę życia;
- usytuowanie ławek na trasach prowadzących do przystanków tramwajowych i autobusowych;
- telefon „Dla seniora”, pod którym osoby potrzebujące mogą uzyskać informacje, gdzie próbować rozwiązywać swoje problemy;
- zacieśnienie współpracy ze Strażą Miejską Miasta Krakowa i Komendą Miejską Policji w Krakowie w sprawach dotyczących bezpieczeństwa osób starszych;
- stosowanie w komunikatach urzędowych, kampaniach/ materiałach promocyjnych oraz informacyjnych języka zrozumiałego i dostępnego dla odbiorcy;
- inicjowanie wielopokoleniowej sieci pomocy sąsiedzkiej, organizowanie „Miejsc wspólnych” możliwie najbliżej usytuowanych od miejsc zamieszkiwania.

Powyższe działania są całkowicie zbieżne z założeniami dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność* i obszarem działań związanych z bezpieczeństwem starszych populacji. Bez wątpienia gmina miejska Kraków, uchwalając swój Program, odpowiedziała na wskazania ogólnopolskiej polityki senioralnej.

Gmina Kraków podejmuje liczne działania nakierowane na realizację zamierzonych celów omawianego Programu. W tym zakresie współpracuje zarówno z sektorem organizacji publicznych, jak i tych z trzeciego sektora. Wielosektorowość pozwala na uzyskanie efektywniejszych wyników, dotarcie do większej grupy odbiorców, tworzenie bogatszej oferty zajęć, wydarzeń i imprez przeznaczonych dla osób w wieku senioralnym, a także wszystkich członków społeczności lokalnej.

Na przykładzie gminy miejskiej Kraków można wnioskować, że na jej terenie realizowany jest szereg zadań bezpośrednio wpisujących się w założenia polityki senioralnej w Polsce. Duże znacznie w wykonywaniu poszczególnych zadań i osiągnięciu celów aktywnego i godnego starzenia się należy przypisać instytucjonalnym formom wsparcia, które działają na terenie gminy. Jak wynika z materiału badawczego i dokonanych analiz dokumentów, personel placówek i osoby zajmujące funkcje kierownicze są świadome swoich zadań i roli, jaką odgrywają w społeczeństwie lokalnym.

Przeprowadzone analizy wykazały, że – niezależnie od typu placówki – nadrzędnym zadaniem jest integracja seniorów ze środowiskiem lokalnym. Instytucje opieki całodobo-

wej koncentrują się także na zaspokojeniu potrzeb związanych z codzienną egzystencją (np. pożywienie, mieszkanie, potrzeby socjalne). Placówki wsparcia dziennego, według aktów prawnych, powinny koncentrować się na działaniach zmierzających do integracji, aktywizacji, tworzenia przestrzeni przyjaznych seniorom. Jak wskazują wypowiedzi respondentów, zakres zadań placówki często wykracza poza akty prawne, a personel w percepcji osób starszych przejmuje także role, które powinny być realizowane przez rodziny i najbliższych krewnych.

Działalność instytucjonalnych form wsparcia dla osób starszych w środowisku lokalnym umożliwia waloryzację starości i seniorów, integrację międzypokoleniową, poszerzanie wiedzy na temat finalnego etapu życia, a także zwiększa świadomość różnych grup wiekowych na temat problemów seniorów. Analiza respondentów wskazała, jak dużym problemem jest samotność i osamotnienie osób w wieku senioralnym. Postępujący proces starzenia się społeczeństw determinuje powstawanie nowych rozwiązań skierowanych do najstarszych kohort. Instytucjonalne formy wsparcia, przez adekwatne zagospodarowanie wolnego czasu, stanowią szansę dla swoich uczestników na przeżywanie starości w sposób konstruktywny, pomimo pojawiających się chorób. Uzyskane wyniki badań własnych znajdują odzwierciedlenie w rozważaniach teoretycznych. Holistyczny zakres działań instytucjonalnych form wsparcia pozwala oddziaływać na obszary życia człowieka starszego, które bezpośrednio przyczyniają się do odczuwanego dobrostanu i jakości życia. Podejmowanie aktywności adekwatnej do możliwości i stanu zdrowia w sposób pozytywny kształtuje satysfakcję życiową<sup>33</sup>, podobnie jak działania ukierunkowane na czynniki psycho-społeczne, takie jak: relacje interpersonalne, wsparcie społeczne, poczucie użyteczności społecznej<sup>34</sup>. Istotnym faktem jest to, że – jak pokazują opracowania z zakresu jakości życia najstarszych kohort – zamieszkiwanie w domu pomocy społecznej jest uznawane za negatywny czynnik, który źle się odbija na odczuwanej satysfakcji życiowej<sup>35</sup>. W percepcji badanych zakres zadań realizowanych w DPS-ach stanowi jednak szansę na odczuwanie zadawalającego poziomu jakości życia, pomimo przebywania w warunkach placówki opieki całodobowej.

Dużym wyzwaniem, jakie stoi nie tylko przed gminą Kraków, jest stworzenie optymalnego systemu wsparcia i pomocy udzielanych nie tylko seniorom, lecz także ich rodzinom, wśród których często występują opiekunowie nieformalni. Na terenie gminy Kraków funkcjonuje wiele placówek publicznych, ale i tych działających w sektorze pozarządowym, koncentrujących się na zróżnicowanej wewnętrznie grupie osób starszych.

Niniejszy rozdział miał na celu zaprezentowanie i omówienie zadań i ról, jakie instytucje działające na rzecz osób starszych realizują w społeczeństwie lokalnym. W percepcji pracowników placówek na znaczeniu nabierają działania integrujące, aktywizujące,

<sup>33</sup> A. Chabior, *Aktywizacja i aktywność ludzi...*, dz. cyt.; I. Mandrzejewska-Smól, *Znaczenie aktywności społeczno-kulturowej...*, dz. cyt.; W. Okła, S. Steuden, *Wprowadzenie w problematykę jakości życia...*, dz. cyt.

<sup>34</sup> S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości...*, dz. cyt.; S. Bukalski, A. Żurek, *Psychospołeczne korelaty satysfakcji z życia osób w podeszłym wieku*, w: *Pięknie jest być starszym. O starości interdyscyplinarnie*, red. M. Cholewa, M. Duda, P. Kroczyk, Kraków 2018.

<sup>35</sup> A. Błachnio, *Potencjał osób w starości...*, dz. cyt., s. 133.

informujące, motywujące do zmiany, związane z przyjmowaniem roli towarzysza czy też powiernika/opiekuna. Zdecydowana większość zadań i ról jest osadzona w przepisach prawnych regulujących działalność poszczególnych instytucji. Jak wynika z przeprowadzonych analiz, realizacja polityki senioralnej w Polsce została uregulowana w ustawie o pomocy społecznej, rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej oraz w dokumencie zatytułowanym – *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*<sup>36</sup>. Biorąc pod uwagę teren badań – gminę Kraków – należy podkreślić rolę dokumentów, jakimi są Program Aktywności i Integracji Osób Starszych na lata 2015–2020 oraz Program Aktywności i Integracji Osób Starszych na lata 2020–2021. W analizowanych dokumentach wskazane są kierunki działań i zadań, jakie na szczeblu centralnym, regionalnym i lokalnym powinny być realizowane w celu podniesienia jakości życia osób starszych.

W aspekcie jakości życia, jak zostało zauważone w rozdziale pierwszym dysertacji, istotne znaczenie mają realizowane i zaspokajane potrzeby, które wraz z wiekiem ulegają zmianie. Problematyka potrzeb seniorów korzystających z instytucjonalnych form wsparcia została omówiona w następnym paragrafie niniejszego rozdziału.

## **2. Rola instytucji środowiska lokalnego w odniesieniu do potrzeb osób starszych**

Jak wynika z rozważań teoretycznych, jakość życia człowieka uwarunkowana jest licznymi czynnikami, umożliwiającymi zaspokajanie potrzeb i realizację własnych zamierzeń. Część ludzkich potrzeb jest zbliżona do siebie, niezależna od wieku, miejsca zamieszkania czy też płci. Na zakres pragnień, które człowiek chce zaspokoić, wpływają w znacznej mierze doświadczenia i indywidualne przeżycia.

Tematyka potrzeb i jakości życia osób starszych została obszernie zbadana i opisana w literaturze przedmiotu. Pewnego rodzaju novum prezentowanej dysertacji stanowi zainteresowanie potrzebami seniorów w percepcji pracowników instytucjonalnych form wsparcia. W toku prowadzonych badań za wiodącą została przyjęta typologia potrzeb Brunona Synaka. Według Synaka, jak zostało wskazane w rozdziale pierwszym, w okresie starości można wyszczególnić następujące potrzeby:

- przynależności – określaną również jako potrzeba integracji lub towarzystwa,
- niezależności,
- użyteczności i uznania,
- bezpieczeństwa,
- satysfakcji życiowej<sup>37</sup>.

Jak wynika z paragrafu 4.1. instytucjonalne formy wsparcia osób starszych pełnią istotne role i realizują ważne zadania w środowiskach lokalnych. Poprzez podejmowane

---

<sup>36</sup> Należy podkreślić, że autor jest świadom, iż ustaw i rozporządzeń w mniejszym stopniu wpływających na realizację polityki senioralnej na szczeblu centralnym jest znacznie więcej, jednak w dysertacji postanowił skoncentrować się na tych, które stanowią podstawę i punkt wyjścia dla działań prosenioralnych.

<sup>37</sup> B. Synak, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej...*, dz. cyt.



działania wpływają zarówno na osoby starsze, jak i pozostałych mieszkańców oraz instytucje tworzące społeczność lokalną. W aspekcie omawianej problematyki należy podkreślić, że placówki, których oferta przygotowana jest z myślą o seniorach, w różny sposób oddziałują na potrzeby swoich adresatów. Zakres podejmowanych działań determinuje zakres zaspokajanych potrzeb.

Analiza literatury przedmiotu, a także wyniki badań własnych wskazują na to, że placówkami najszerszej wpływającymi na potrzeby osób starszych są domy pomocy społecznej. Według regulacji prawnych i literatury przedmiotu<sup>38</sup> w placówkach tych funkcjonują zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, a ich celem jest opracowanie i realizowanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców<sup>39</sup>. W myśl rozporządzenia „Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-opiekuńczych należy opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólna realizacja tych planów z mieszkańcami. Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie sześciu miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu [...]”<sup>40</sup>. Skład zespołu opiekuńczo-terapeutycznego zależy od profilu domu, niemniej jednak – jak wynika z przeprowadzonych analiz – można zauważyć, że ich członkami są: pracownicy pierwszego kontaktu, pracownicy socjalni, pielęgniarki, psychologowie, terapeuci zajęciowi, rehabilitanci, dietetycy oraz inni członkowie personelu wskazani przez dyrekcję placówki lub też sami dyrektorzy<sup>41</sup>. Zadaniem zespołu kieruje jego kierownik, który jest powoływany przez dyrektora. Jak wskazują wypowiedzi badanych pracowników, zdarza się, że działalnością zespołów kieruje sam dyrektor.

W placówce, w której pracuję, w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wchodzi dyrektor, jest to zgodne z regulaminem. Nasz dyrektor angażuje się w różnego rodzaju przedsięwzięcia, które podejmujemy jako zespół. Wiem od swoich przyjaciół, że w ich placówkach dyrektor nie angażuje się w ich pracę, ale to chyba zależy od wewnętrznych ustaleń (Respondent J).

U mnie w DPS-ie dyrektor tylko sprawdza, czy dokumenty się zgadzają, i tyle. Oczywiście zajmuje się innymi rzeczami, które wynikają z regulacji prawnych i statutu, natomiast w pracę z mieszkańcami nie ingeruje (Respondent C).

Te dwie przeciwne opinie dotyczące zaangażowania w działalność zespołów terapeutyczno-opiekuńczych pokazują różne podejścia personelu kierowniczego w funkcjonowanie domów. Bez wątplenia zakres zaangażowania wpływa na postrzeganie potrzeb mieszkańców domu, co obrazuje tabela 10.

Osobą odpowiedzialną za koordynowanie zadań zawartych w indywidualnych planach jest pracownik pierwszego kontaktu. W domach pomocy społecznej przede wszystkim zaspokajane są potrzeby takie jak:

<sup>38</sup> E. Zdebska, *Zespół terapeutyczno-opiekuńczy...*, dz. cyt.

<sup>39</sup> Tamże.

<sup>40</sup> § 2 ust. 3 i ust. 4 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

<sup>41</sup> Osoby zostały wyszczególnione na podstawie przeprowadzonych wywiadów z respondentami oraz analizy dostępnych regulaminów domów pomocy społecznej.

- potrzeby bytowe – związane z zapewnieniem wyżywienia, odzieży, odpowiedniego wyposażenia pokoi i łazienek według przyjętych standardów;
- potrzeby związane z opieką medyczną;
- potrzeby społeczne – związane z kontaktami społecznymi, pragnieniem doświadczenia bliskości, akceptacji, zrozumienia;
- potrzeby kulturalne;
- potrzeby religijne;
- potrzeby związane z aktywizacją różnego typu<sup>42</sup>.

Powyższe potrzeby mają odzwierciedlenie w wypowiedziach respondentów:

Z pewnością potrzeby, które zabezpiecza dom, to podstawowe potrzeby niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym: potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa (osobistego, ekonomicznego, zabezpieczenie przed wypadkami, urazami, zdrowotne, samopoczucia), szacunku, zainteresowania się „mną, moją osobą” przez obcych, potrzeba bycia „użytecznym, potrzebnym”, potrzeby miłości, bycia kochanym, potrzeby religijne, potrzeby aktywności i bycia sprawnym fizycznie jak najdłużej (Respondent J).

W domu pomocy społecznej cały personel koncentruje się na zaspokajaniu, w pierwszej kolejności, podstawowych potrzeb bytowych. Następnie koncentrujemy się na zaspokajaniu potrzeb wyższego rzędu, np. samorealizacji, przynależności, zachęcamy do podejmowania kontaktów z pozostałymi mieszkańcami w celu niwelowania samotności (Respondent C).

Jako personel staramy się zaspokajać wszystkie potrzeby naszych mieszkańców. Wiadomo, że chciałoby się pomóc wszystkim i wesprzeć, choć czasem jest to bardzo trudne, wręcz niemożliwe. Ale wydaje mi się, że w mojej placówce mamy zgrany zespół i każdy jest otwarty na wsparcie mieszkańców (Respondent F).

Rozbudowany zakres działalności domów pomocy społecznej i misja placówek tego typu odwołują się do standardów w opiece nad osobami starszymi i zapewnienia optymalnych warunków poprzez „przygotowanie komfortowych warunków mieszkalnych, zatrudnienia wykwalifikowanej kadry, dbałość o rodzinną, ciepłą atmosferę”<sup>43</sup>. Instytucje tego typu są zobowiązane do wypełniania obowiązków w zakresie realizacji potrzeb mieszkańców.

Potrzeby mieszkańców DPS-ów są zróżnicowane, w związku z tym aby dobrze je rozpoznać, należy dokonać szczegółowej diagnozy i analizy sytuacji życiowej seniora. Istotną rolę odgrywają tutaj zespoły terapeutyczno-opiekuńcze. Należy też podkreślić fakt, że indywidualny plan wsparcia mieszkańca musi być opracowany z udziałem senio-

<sup>42</sup> Szerzej: M. Czerniecka, M. Stawiarska, *Domy opieki. Domy seniora. ZOL. ZPO – zasady funkcjonowania*, Warszawa 2013, s. 21.

<sup>43</sup> S. Sorys, *Rola i znaczenie organizacji pozarządowych wobec osób starszych...*, dz. cyt., s. 99.

ra, z uwzględnieniem jego stanu zdrowia i motywacji do podejmowania różnych form aktywizacji.

Analiza materiału badawczego odnoszącego się do potrzeb mieszkańców domów pomocy społecznej pozwala wysnuć wniosek, że postrzeganie potrzeb mieszkańców zależy od funkcji pełnionej w placówce. Tabela 10 zawiera zestawienie odpowiedzi badanych respondentów na temat potrzeb zaspokajanych w domu pomocy społecznej w percepcji pracowników.

**Tabela 10.** Potrzeby zaspokajane przez domy pomocy społecznej w percepcji ich pracowników

<b>Pracownicy pełniący funkcję w domach pomocy społecznej</b>	<b>Personel domów pomocy społecznej</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- potrzeby bytowe (wyżywienie, miejsce zamieszkania);</li> <li>- potrzeby opiekuńcze (opieka, ochrona zdrowia, leczenie);</li> <li>- potrzeba związana z przynależnością do grupy;</li> <li>- potrzeba związana z aktywizacją i podejmowaniem terapii;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potrzeby bytowe (wyżywienie, miejsce zamieszkania);</li> <li>- potrzeby opiekuńcze (opieka, ochrona zdrowia, leczenie)</li> <li>- potrzeba przynależności do grupy;</li> <li>- potrzeba szacunku;</li> <li>- potrzeba aktywizacji i uczestnictwa społecznego;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- potrzeba wsparcia (różnego rodzaju);</li> <li>- potrzeba związana z organizacją dnia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potrzeba użyteczności pomimo przebywania w placówce opieki całodobowej;</li> <li>- potrzeba wsparcia (różnego rodzaju);</li> <li>- potrzeba kontaktu społecznego;- potrzeby związane z organizacją dnia w sposób ciekawy;</li> <li>- potrzeba poznawania i uczenia się nowych rzeczy;</li> <li>- potrzeba odczuwania pozytywnych doświadczeń;</li> <li>- potrzeba bezpieczeństwa;</li> <li>- potrzeba radości pomimo wszystko.</li> </ul>

**Źródło:** opracowanie własne.

Jak wynika z zaprezentowanych wypowiedzi, personel, który bezpośrednio pracuje z mieszkańcami domów, prowadzi terapię, zna sytuację rodzinną, potrafi wskazać więcej potrzeb zaspokajanych przez placówkę. Osoby pełniące funkcje kierownicze w swych wypowiedziach skoncentrowały się za potrzebach wyszczególnionych w ustawie o pomocy społecznej i rozporządzeniu dotyczącym domów pomocy społecznej. Zaproszenie do badań pracowników pierwszego kontaktu pozwoliło na poszerzenie perspektywy uzyskanych wyników. Wskazało także na wielość zadań i ról, jakie placówki całodobowe realizują. Oczywiście należy podkreślić, że personel kierowniczy ma inne zadania i kompetencje, dlatego też nie jest obowiązany, by w sposób bezpośredni prowadzić zajęcia z mieszkańcami czy też dokonywać ich diagnozy. Powyższa tabela miała na celu ukazanie, jak wiele potrzeb zaspokajają domy pomocy społecznej przez wykwalifikowaną kadrę. Rozpoznanie specyficznych potrzeb mieszkańców jest możliwe przez bezpośredni kontakt każdego dnia, wspólną terapię, obserwację podczas wykonywania codziennych czynności. Jak podkreśla jeden z badanych pracowników, „zmianowy system pracy pozwala mi na dostrzeżenie, problemów seniorów, ich bagażu doświadczeń, rozgoryczenia i poczucia pustki” (Respondent F).

Analiza materiału badawczego pozwala stwierdzić, że domy pomocy społecznej jako placówki całodobowej opieki stwarzają swoim mieszkańcom przestrzeń umożliwiającą realizację szerokiego spektrum potrzeb. W kontekście przyjętej typologii potrzeb Brunona Synaka należy uznać, że DPS-y stanowią miejsce, gdzie istnieje możliwość zaspokajania szczególnych potrzeb osób w wieku senioralnym. Niemniej jednak w tym miejscu należy się zatrzymać nad potrzebą niezależności, która – jak wskazują wypowiedzi badanych – jest trudna do realizacji w warunkach instytucji opieki całodobowej: „Chyba najgorzej jest z potrzebą niezależności, posiadania poczucia, że ma się na coś wpływ, jednak dom to placówka sformalizowana” (Respondent C). Jak wynika z literatury przedmiotu potrzeba ta wiąże się z niezależnością mieszkaniową i ekonomiczną, a tych elementów brakuje w DPS-ach.

Placówka nigdy nie będzie domem prywatnym, w znacznej mierze mieszkańcy muszą podporządkowywać się panującym zasadom i regułom, są zależni od personelu, od wytycznych, jakie dostajemy. W okresie pandemii był odgórnie narzucony zakaz odwiedzin i mieszkańcy, choć bardzo chcieli spotkać się z krewnymi, nie mieli możliwości. Oczywiście było to dla ich dobra, jednak moim zdaniem jeśli przebywali by w swoich domach, mogliby decydować czy ograniczyć kontakty z bliskimi czy nie, natomiast tutaj musieli dostosować do panującego zakazu (Kierownik 2).

Domy pomocy społecznej, jako sformalizowane formy opieki całodobowej, mają jasno określoną strukturę, a ich funkcjonowanie musi być zgodne z regulacjami prawnymi. Podporządkowywanie się mieszkańców, jak i personelu jest zatem czymś naturalnym. Na brak poszanowania potrzeby niezależności mieszkańców DPS-ów wskazuje Anna Zawada, która zauważa: „Inna kwestia to brak respektowania godności i potrzeby niezależności mieszkańca. Niejednokrotnie mamy do czynienia z nieprecyzyjnie opracowaną diagnozą sytuacyjną, która powinna informować nie tylko o stanie zdrowia, lecz również o przyzwyczajeniach, upodobaniach, zainteresowaniach czy problemach mieszkańców”<sup>44</sup>.

Analizując materiał badawczy, należy także zwrócić uwagę na fakt, że wśród respondentów nie pojawiały się wskazania odnoszące się do potrzeby miłości, prawa do życia intymnego. Żadna z badanych osób nie poruszyła tej problematyki. Jak zauważa Joanna Kliszczyk, „Mimo że placówki te stanowią pożądaną formę wsparcia społecznego dla osób potrzebujących, z oczywistych powodów kwestie medyczne nadal mają tam pierwszorzędne znaczenie. Pensjonariusze – osoby w zaawansowanym wieku, cierpiące na rozmaite schorzenia somatyczne, psychiczne oraz neurologiczne – mają zagwarantowaną pełną opiekę, która obejmuje również poszanowanie ich godności i przysługujących im praw. Trudno jednak znaleźć informacje odnośnie życia seksualnego: czy jest ono akceptowane w każdej postaci, czy dom opieki zapewnia mieszkańcom warunki prywatności”<sup>45</sup>. Pomimo rozbudowanego systemu regulacji prawnych, na mocy których może być organi-

<sup>44</sup> A. Zawada, *W trosce o dobrą jakość życia w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych*, „Praca Socjalna” 2018, nr 33 (2), s. 81.

<sup>45</sup> J. Kliszczyk, *Psychologia potrzeb osób starszych...*, dz. cyt., s. 15–151.

zowany i uruchamiany dom pomocy społecznej, zdefiniowania jasnych standardów funkcjonowania, a także wskazań odnoszących się do kwalifikacji personelu, nadal kwestia prywatności w omawianych placówkach pozostaje tematem mało poznanym. Być może problem ten został i częściowo porzucony z racji panujących standardów jasno wskazujących, że DPS-y nie mają obowiązku prowadzenia pokoi jednoosobowych. Brak prywatności jest problematyczny, jednak, jak pokazują badania Szaroty<sup>46</sup>, potrzeba ta nie jest nawet wskazywana przez samych mieszkańców domu. W literaturze przedmiotu można skądinąd znaleźć jasne wskazania, że brak intymności jest dużym problemem placówek wsparcia całodobowego. „Z całą odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że współczesne DPS nadal posiadają bardzo dużo elementów instytucji totalnej. Mieszkańcy mają więc niewielki wpływ na funkcjonowanie placówki i swoje w nich życie. Przede wszystkim nie ma zaspokojonej jednej z najważniejszych potrzeb – potrzeby poszanowania prywatnej przestrzeni mieszkańca; w jednym pokoju zamieszkuje kilka obcych sobie osób (od 2–3; jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące, może być on czteroosobowy). Dla nowych mieszkańców jest to zawsze sytuacja ekstremalna, która wyzwala nowe postawy, nowy stosunek do świata, do siebie, do własnej starości, a przede wszystkim rodzi agresję i przemoc psychiczną między mieszkańcami”<sup>47</sup>. Bez wątplenia brak prywatności, intymności jest dużym problem domów pomocy społecznej. W badanej grupie ta tematyka nie pojawiała się, co może świadczyć o tym, że taki stan rzeczy personel DPS-ów akceptuje, jako zgodny z panującymi przepisami. W tej materii trudno cokolwiek zmienić, biorąc pod uwagę fakt, że grupa seniorów ciągle się powiększa, a liczba instytucjonalnych form opieki całodobowej jest nadal niestarczająca w stosunku do zapotrzebowania<sup>48</sup>. Maria Lehman, poruszając problematykę funkcjonowania domów pomocy społecznej, dość brutalnie stwierdza: „w DPS-ach pokój jednoosobowy to luksus, na który oczekuje się w kolejce. I jak umrze ktoś, kto mieszka w jedyńcy, to ludzie się cieszą, ponieważ przesunęli się o oczko w drodze do pokoju jednoosobowego”.

W uzyskanych wynikach badań własnych nie pojawiły się także wskazania związane z potrzebami duchowymi. Zarówno zwykły personel, jak i pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze nie sygnalizowali potrzeb duchowych jako tych, które placówka opieki całodobowej w ich percepcji zaspokaja. Okoliczność ta może wynikać ze specyfiki badanej grupy. Personel placówki koncentruje się bowiem na powierzonych mu zadaniach związanych z jego profesją. Niemniej fakt ten zaskakuje, bo – jak pokazuje literatura przedmiotu – zaspokajanie aspiracji duchowych jest ważną potrzebą mieszkańców DPS-ów<sup>49</sup>.

Powyższe rozważania ukazują, jak bardzo skomplikowana jest problematyka zaspokajania potrzeb w domach pomocy społecznej. Sytuacja w tym zakresie kształtuje się

---

<sup>46</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość...*, dz. cyt.

<sup>47</sup> A. Zawada, *W trosce o dobrą jakość życia w ośrodkach...*, dz. cyt., s. 81.

<sup>48</sup> Tamże.

<sup>49</sup> M. Łuszczczyńska, *Posługa duszpasterska w domu pomocy społecznej na tle procesów społecznego starzenia się*, w: *Pięknie jest być starszym. O starości interdyscyplinarnie*, red. M. Cholewa, M. Duda, P. Kroczyk, Kraków 2018, s. 49–66.



znacznie inaczej w placówkach wsparcia dziennego, o czym będzie mowa w dalszej części paragrafu.

Uwzględniając wszystkie wypowiedzi respondentów pracujących w DPS-ach, można zauważyć, że istotną potrzebą mieszkańców jest wsparcie. Wsparcie udzielane mieszkańcom może mieć różny charakter i przejawiać się na kilku płaszczyznach:

- wsparcie emocjonalne (wyrażanie troski, współczucia, zaufania);
- wsparcie informacyjne (dostarczanie potrzebnych informacji w sposób zrozumiały dla seniora);
- wsparcie materialne (dostarczanie środków materialnych);
- wsparcie związane ze świadczonymi usługami (pomoc w wykonywaniu pewnych czynności);
- wsparcie związane z rozwojem (ukierunkowanie na rozwój osobisty)<sup>50</sup>.

Wsparcie udzielane mieszkańcom domów pomocy społecznej pozwala oddziaływać na sferę psychologiczną, emocjonalną, wzmacniać poczucie własnej wartości, motywować do podejmowania działań korzystnie wpływających na odczuwaną jakość życia. Uzyskiwanie pozytywnych bodźców od personelu i innych mieszkańców stanowi szansę na przeciwdziałanie samotności i osamotnieniu, wspomaga realizację potrzeb związanych z przynależnością, odczuwaniem uznania i społecznej użyteczności, co w konsekwencji będzie w sposób pozytywny wpływać na odczuwaną satysfakcję z życia.

Analiza literatury związanej z funkcjonowaniem domów pomocy społecznej pozwala zauważyć, że instytucjonalne formy wsparcia i opieki, świadczone usługi muszą się opierać na konkretnych wartościach i zasadach, co umożliwi niwelowanie stereotypowego obrazu placówki, urzeczywistnianie wspomagania aktywnego i godnego starzenia się oraz integrację placówki ze środowiskiem lokalnym. Zuzanna Grabusińska do kanonu podstawowych wartości, które powinny być urzeczywistniane w DPS-ach, zalicza:

- Godność – przysługuje ona każdemu człowiekowi i jest zagwarantowana w Konstytucji.
- Intymność/prywatność – według Grabusińskiej „Kojarzy się z czymś osobistym. Może dotyczyć różnych sfer: kontaktów z innymi, sposobów zaspokajania potrzeb. Intymność jest warunkiem koniecznym kogoś bliskiego w przypadku kontaktów z innymi. Intymny kontakt pozwala stworzyć głęboką, silną więź uczuciową pomiędzy dwojgiem ludzi. Jeśli chodzi o potrzeby, to można je zaspokajać w sposób jawny (widoczny dla innych) lub intymny (w odosobnieniu lub z bliską osobą). W intymności załatwiamy potrzeby fizjologiczne (korzystanie z toalety), jak i wyższe (kontemplacja, relaksowanie się). Intymność uważana jest za niezbędny czynnik wpływający na zdrowie psychiczne człowieka. Głęboki osobisty charakter czegoś”<sup>51</sup>. Stanisław Nitecki w aspekcie intymności i wolności mieszkańców domów pomocy społecznej pisze tak: „wolność odgrywa kluczową

<sup>50</sup> Szerzej: S. Sorys, *Rola i znaczenie...*, dz. cyt., s. 99–100.

<sup>51</sup> Z. Grabusińska, *Domy pomocy...*, dz. cyt., s. 78.

rolę, ponieważ nie tylko przesądza o chęci skorzystania z tej formy pomocy, ale również determinuje zasady pobytu w niej. Domy pomocy społecznej są bowiem placówkami otwartymi i osoby w nich przebywające dysponują daleko idącą swobodą w poruszaniu się. Intymność należy rozumieć z kolei jako zapewnienie każdej osobie warunków gwarantujących zachowanie jej terytorium, do którego dostęp uzależniony jest od woli danej osoby i uprawnień przysługujących osobom świadczącym usługi. Pojęcie godności oznacza zarówno zagwarantowanie osobie przebywającej w placówce warunków ją respektujących oraz właściwego traktowania ze strony personelu<sup>52</sup>.

- Niezależność/samodzielność – w aspekcie funkcjonowania domów pomocy społecznej powinna być rozpatrywana na dwóch płaszczyznach: fizycznej i psychologicznej. Według badaczki niezależność fizyczna bezpośrednio wiąże się z dostępem do różnych środków, które umożliwiają zaspokajanie potrzeb, oraz ze swobodnym korzystaniem z nich. Niezależność psychologiczna sprowadza się do samodzielności w wyrażaniu poglądów, opinii. Mieszkańcy domów nierzadko rezygnują z tego rodzaju niezależności w obawie przed publicznym poniżeniem, czy też pogardą<sup>53</sup>.
- Prawo dokonywania wyboru – jest istotnym elementem holistycznego wsparcia mieszkańców domów pomocy społecznej, stanowi niejako przyzwolenie na korzystanie z różnych możliwości postępowania. Z racji struktury omawianej placówki bywa, że to prawo nie jest do końca respektowane, co wynika z formalnego charakteru instytucji (np. odgórnie ustalone pory posiłków).
- Poczucie bezpieczeństwa – jest uznawane za jedną z podstawowych potrzeb człowieka, szczególnie nasila się ono w okresie starości. Jak wskazują wyniki badań Szaroty, mieszkańcy domów pomocy społecznej uważają, że potrzeba bezpieczeństwa jest jedną z podstawowych potrzeb bytowych wpływających na odczuwany dobrostan<sup>54</sup>.

Pryncypia zaprezentowane przez Grabusińską, według autora dysertacji, przekładają się bezpośrednio na rodzaj i zakres zaspokajanych potrzeb mieszkańców całodobowych placówek. Odzwierciedlają to także wypowiedzi badanych:

Bardzo ważne jest poszanowanie godności. Są przypadki, kiedy senior staje się mieszkańcem domu pod wpływem namowy rodziny, wtedy źle czuje się w placówce, nic mu się nie podoba, bywa niemiły, nie chce się w nic angażować. Ma poczucie krzywdy, dlatego tylko poprzez poszanowanie jego praw możliwa staje się praca z nim (Respondent J).

Jak pokazują dokonane analizy, domy pomocy społecznej stanowią szczególny rodzaj placówek wspierających seniora w środowisku lokalnym. Z racji tego, że są to insty-

<sup>52</sup> S. Nitecki, *Komentarz do ustawy o pomocy społecznej*, Wrocław 2013, s. 484.

<sup>53</sup> Tamże, s. 79.

<sup>54</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość...*, dz. cyt., s. 106.

tucje opieki całodobowej, muszą posiadać bogaty wachlarz zajęć aktywizujących, dostosowanych do możliwości, potrzeb i preferencji mieszkańców. Ważną rolę w zaspokajaniu potrzeb respondenci przypisują terapii zajęciowej prowadzonej na terenie domu. Terapia zajęciowa może obejmować różne formy oddziaływań, takich jak:

- arteterapia (zajęcia plastyczne przy użyciu rozmaitych technik: malowania, rysowania, ceramiki);
- choreoterapia (terapia związana z tańcem, ruchem);
- muzykoterapia (słuchanie, śpiewanie, zajęcia rekreacyjne przy muzyce);
- teatroterapia (uczestnictwo w przedstawieniach – zarówno bierne, jak i aktywne);
- ludoterapia (gry i zabawy towarzyskie);
- ergoterapia (terapia poprzez pracę na przykład w ogrodzie, w kuchni, w specjalistycznych pracowniach);
- biblioterapia (czytanie książek, czasopism);
- kinezyterapia (usprawnianie przez ruch);
- chromoterapia (wykorzystywanie kolorów do terapii);
- socjoterapia;
- silvoterapia (związana z obcowaniem z przyrodą, naturą);
- kontakt z otoczeniem przez różnego rodzaju wyjazdy, wycieczki, spacer, uczestnictwo w wydarzeniach społeczności lokalnej<sup>55</sup>.

Za pośrednictwem terapii zajęciowej mieszkańcy domów mogą aktywnie zaangażować się w życie instytucji oraz skompensować ubytki pojawiające się w wymiarze zdrowia fizycznego, psychicznego czy też społecznego. Bogata oferta domów pozwala na dobór zajęć według upodobań mieszkańca, który ma możliwość aktywizacji w wybrany przez siebie sposób.

Na podstawie dokonanych analiz zebranego materiału badawczego, można wnioskować, że personel domów pomocy społecznej stara się realizować holistyczny model opieki nad mieszkańcem. Istotnym jej elementem jest aktywizacja w różnych obszarach, poprzez którą możliwe staje się niwelowanie poczucia pustki i samotności, konstruktywne zagospodarowanie wolnego czasu, tworzenie przyjaznej i życzliwej atmosfery, kształtowanie miejsc przyjaznych osobom starszym, gdzie mogą zaspokajać swoje potrzeby. Działania personelu często wyzwalają u pensjonariuszy motywację do zmiany. Zauważyć jednak należy, że instytucje opieki całodobowej, w aspekcie zaspokajania potrzeb wyszczególnionych przez Synaka, są problematyczne jeśli chodzi o potrzebę niezależności i samodzielności. Doświadczanie starości patologicznej, wystąpienie niepełnosprawności lub choroby przewlekłej nierzadko sprawia, że mieszkaniec staje się całkowicie zależny od personelu. Z drugiej zaś strony sformalizowany charakter placówki niejako „wymusza” na wszystkich mieszkańcach (niezależnie od sposobu starzenia się) przystosowanie się do panujących przepisów prawnych, regulaminu placówki. Kwestia niezależności w in-

<sup>55</sup> Szerzej: L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa...*, dz. cyt.; *Terapia zajęciowa w geriatryi*, red. E. Janus, A. Bac, A. Kulis, A. Smrokowska-Reichmann, Warszawa 2017.

stytucjach opieki całodobowej jest problematyczna i należy ją rozpatrywać indywidualnie w przypadku każdego z pensjonariuszy. Niemniej, jak wskazują wyniki badań własnych i literatura przedmiotu, potrzebę tę nie zawsze można zaspokajać według indywidualnych predyspozycji mieszkańca.

Dotychczasowe rozważania na temat roli instytucji środowiska lokalnego w zaspokajaniu potrzeb osób w wieku senioralnym były osadzone w realiach placówek opieki całodobowej. Jak zostało jednak wskazane w rozdziale drugim niniejszej pracy doktorskiej, sieć instytucjonalnych form wsparcia osób starszych jest rozbudowana i tworzą ją zarówno instytucje opieki całodobowej, jak i placówki wsparcia dziennego.

Placówki wsparcia dziennego, adekwatnie do swoich możliwości i pojawiającego się zapotrzebowania, koncentrują się na zaspokajaniu szeregu potrzeb swoich uczestników. W placówkach tych – podobnie jak w domach pomocy społecznej – realizowane są różne formy terapii zajęciowej, podejmuje się przedsięwzięcia o charakterze lokalnym, motywuje się osoby starsze do aktywności.

Na podstawie wypowiedzi badanych osób można wnioskować, że przez zajęcia aktywizujące placówki wsparcia dziennego umożliwiają zaspokajanie szeregu potrzeb uczestników. Odpowiedzi personelu były zróżnicowane i zależne od specyfiki danej placówki. Pojawiły się wypowiedzi, szczególnie wśród respondentów zatrudnionych w specjalistach placówkach wsparcia dziennego, w których mocno podkreślane były potrzeby osób niesamodzielnych, przewlekle chorych:

W placówce, w której pracuję, seniorzy mają przede wszystkim zaspokajane potrzeby fizjologiczne, gdyż wszyscy to ludzie schorowani. Cechują się wielochorobowością. Oprócz choroby Alzheimera, otępień oraz stanów poudarowych każdy z seniorów ma inne, poważne choroby, jak na przykład cukrzyca, nadciśnienie, miażdżyca etc. Dlatego najpierw musimy zapewnić podopiecznemu możliwość jedzenia i picia, załatwiania potrzeb fizjologicznych i higieny. Drugą ważną potrzebą realizowaną w Klubie jest poczucie bezpieczeństwa: senior, żeby czuć się bezpiecznie, musi mieć zapewnioną opiekę medyczną, pielęgniarzką i opiekuńczą. Powinien wiedzieć, że w razie wystąpienia problemów zdrowotnych lub innych zawsze jest ktoś, kto mu fachowo pomoże. Dlatego w naszym klubie jest zatrudniona pielęgniarka oraz opiekunowie osób niesamodzielnych (Respondent A).

W placówkach specjalistycznych przede wszystkim zaspokajane są potrzeby fizjologiczne, związane z codziennym funkcjonowaniem jednostki. Działania umożliwiające zaspokojenie podstawowych potrzeb nabierają na znaczeniu szczególnie w przypadku postępujących chorób przewlekłych i występowaniu polipatologii.

Jak zauważono w rozdziale pierwszym, stan zdrowia jest czynnikiem, który determinuje odczuwaną jakość życia i umożliwia samodzielne zaspokajanie potrzeb. Starość patologiczna znacznie obniża odczuwany dobrostan, często prowadząc do całkowitego uzależnienia od osób trzecich. W aspekcie omawianej problematyki, w momencie wy-

stąpienia choroby przewlekłej, niepełnosprawności, seniorzy mogą korzystać z placówek wsparcia całodobowego. Pewnego rodzaju nowością w polskim systemie instytucjonalnego wsparcia seniorów są dzienne specjalistyczne placówki ukierunkowywane na pomoc seniorom przeżywającym starość patologiczną.

Wśród respondentów były także osoby, które pracują w placówkach skoncentrowanych na seniorach starzejących się w sposób pomyślny lub prawidłowy. Ich wypowiedzi jasno wskazują, jak ważną rolę w zaspokajaniu potrzeb tej grupy osób starszych odgrywa szeroko definiowana aktywność:

Realizowane projekty mają na celu aktywizację osób starszych w różnych formach. Zajęcia to przede wszystkim zajęcia ogólnosprawniające: fizjoterapia, taniec, spacer, nordic walking, warsztaty rękodzieła, spotkania z interesującymi ludźmi, a przede wszystkim wspólne przebywanie ze sobą. Są to często ludzie samotni, których bardzo trudno było wyciągnąć ze strefy komfortu, jaką dla nich jest dom. Jednakże częste rozmowy sprawiły, iż dziś z chęcią uczestniczą w różnych programach. Działania podejmowane przez organizacje pozarządowe były również odpowiedzią na zdiagnozowane problemy, dlatego przystąpiono do realizacji projektów wspierających środowisko osób starszych przez młodsze pokolenie. Prowadzone były zajęcia z majsterkowania, rękodzieła, rozgrywki sportowe dla wszystkich” (Respondent B).

Uważam, że podstawową potrzebą naszych seniorów jest aktywność. Jeśli będą podejmować jakiegokolwiek zajęcia, będą lepiej funkcjonować w społeczności lokalnej, lepiej radzić sobie z problemami. W naszym ośrodku są różnego rodzaju zajęcia, poprzez które chcemy dotrzeć do jak największej grupy odbiorców. Nieważne, co będą lubić robić, ważne, aby angażowali się w cokolwiek, co pozwoli im na kontakt z drugim człowiekiem (Kierownik 4).

W toku dokonanych analiz zauważono, że znaczna część personelu placówek wsparcia dziennego wskazuje, iż dużym problemem seniorów jest samotność:

Nasi uczestnicy w zdecydowanej większości to starsze kobiety – wdowy, które zamieszkują samotnie. Kontakt z dziećmi utrzymują głównie telefonicznie. Obecnie, kiedy jest pandemia, naprawdę te osoby czują się bardzo samotne. Codziennie z nimi się kontaktujemy, rozmawiamy, wysyłamy zdjęcia przez komunikatory, co nie zmienia faktu, że ci seniorzy tak naprawdę przychodzą do ośrodka, by mieć kontakt z innymi (Respondent B).

Jedna z naszych senierek, już w pierwszych dniach uczestniczenia w zajęciach stwierdziła, że ona nie chce się w żadne zajęcia angażować, ona przychodzi tutaj tylko po to, aby być wśród ludzi i słyszeć ludzkie głosy (Kierownik 1).

Analiza powyższych wypowiedzi może wskazywać, że samotność stanowi dla części seniorów czynnik determinujący zaangażowanie się w instytucjonalne formy wsparcia.



Taka sytuacja znajduje odzwierciedlenie w typologii samotności Róży Pawłowskiej<sup>56</sup>, która podkreśla, że samotność może mieć charakter twórczy, związany z chęcią zaspokojenia swoich potrzeb. Personel instytucjonalnych form wsparcia seniora zaznacza, że samotność bywa impulsem dla osób starszych do zmiany swojej sytuacji życiowej. Oczywiście nie dotyczy do wszystkich osób w wieku senioralnym, niemniej jednak dotychczas przez wiele lat samotność i osamotnienie były utożsamiane wyłącznie z negatywnymi konsekwencjami wykluczenia i marginalizacji. Obecnie w coraz większej ilości badań z zakresu gerontologii społecznej akcentuje się znaczenie samotności w jej różnych wymiarach jako bodźca determinującego aktywność.

W aspekcie przyjętej typologii Synaka należy podkreślić, że wśród respondentów z placówek wsparcia dziennego pojawiły się wypowiedzi świadczące o tym, iż za pośrednictwem takich form wsparcia w środowisku lokalnym staje się możliwe pozytywne wpływanie na jakość życia seniorów, szczególnie przez zaspokajanie potrzeb:

- przynależności do grupy (grupy rówieśników, seniorów, społeczności lokalnej),
- identyfikacji ze środowiskiem, w którym jednostka mieszka,
- integracji społecznej,
- kontaktów towarzyskich (utrzymywanie dotychczasowych i nawiązywanie nowych),
- samorealizacji i rozwoju,
- samodzielności i niezależności (poprzez zdobywanie nowych kompetencji i wiedzy umożliwiającej aktywne uczestnictwo w życiu społecznym),
- uznania i użyteczności społecznej (poprzez aktywne zaangażowanie w działalność placówki),
- aktywności,
- szacunku,
- wiary w swoje możliwości i umiejętności,
- bezpieczeństwa,
- estetycznych.

Katalog potrzeb, opracowany na podstawie wypowiedzi badanych, pozwala wnioskować, że placówki wsparcia dziennego przez podejmowane inicjatywy umożliwiają swoim podopiecznym zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu. Otrzymane wyniki badań własnych są zbieżne z dotychczasowym stanem wiedzy i znajdują odzwierciedlenie w badaniach: Eweliny Zdebskiej<sup>57</sup>, Zofii Szaroty<sup>58</sup> i Sławomira Cudaka<sup>59</sup>.

W odróżnieniu od placówek opieki całodobowej w wypowiedziach zarówno personelu placówek wsparcia dziennego, jak i osób sprawujących w nich funkcje kierownicze nie widać różnic. Pracownicy i kadra zarządzająca wypowiadali się w zbliżony sposób.

<sup>56</sup> R. Pawłowska, *Samotność człowieka – rozważania teoretyczne...*, dz. cyt.

<sup>57</sup> E. Zdebska, *Zespół terapeutyczno-opiekuńczy...*, dz. cyt.

<sup>58</sup> Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów...*, dz. cyt.,

<sup>59</sup> S. Cudak, *Zaspokajanie potrzeb psychospołecznych osób starszych w domu pomocy społecznej*, „Pedagogika Rodziny” 2016, nr 6 (1), s. 87–97.

Placówka zaspokaja potrzeby takie jak: aktywne uczestniczenie w życiu społecznym, „zdrowe” starzenie się, integracja w społeczeństwie lokalnym, aktywność fizyczna, potrzeba komunikacji z drugim człowiekiem, potrzeba poczucia bezpieczeństwa („nie jestem sam”), potrzeba rozwijania nowych, ciekawych umiejętności (np. obsługa komputera) (Kierownik 4).

W placówce wraz z personelem staramy się podejmować działania, które będą umożliwiać seniorom aktywne starzenie się i zaspokajanie potrzeb związanych z samorealizacją i rozwojem. Ważną rolę ogrywa tutaj aktywizowanie (Respondent A).

Analiza materiału badawczego zaprezentowanego w niniejszym paragrafie pozwala stwierdzić, że placówki należące do instytucjonalnych form wsparcia w środowisku lokalnym podejmują szereg działań skoncentrowanych na zaspokajaniu potrzeb ludzi starszych. Ważnym wyznacznikiem, wpływającym na zakres podejmowanych inicjatyw, jest odczuwany poziom zdrowia, który wykazuje senior.

W chwili, gdy człowiek doświadcza starzenia się patologicznego, związanego z upośledzeniem samodzielnego funkcjonowania, w pierwszej kolejności podejmuje kroki, aby zaspokojone były potrzeby podstawowe, takie jak: wyżywienie, opieka, potrzeby fizjologiczne. Koncentracja na potrzebach niższego rzędu, często przez pogarszający się stan zdrowia, nie pozwala na podejmowanie działań zmierzających do zaspokojenia potrzeb z katalogu wyższego rzędu. Jak wynika z otrzymanego materiału badawczego, niezależnie od typu placówki, nie wszyscy seniorzy chętnie angażują się w zajęcia terapeutyczne czy też inne przedsięwzięcia umożliwiające im zaspokajanie potrzeb związanych z poczuciem przynależności, użyteczności czy też z odczuwaniem satysfakcji życiowej.

Seniorzy starzejący się w sposób prawidłowy lub pomyślny prezentują znaczny stopień zadowolenia ze swojego stanu zdrowia, chętniej aktywnie się angażują w działalność placówki, są ciekawi świata, co pozwala im zaspokajać potrzeby wyższego rzędu. Bez wątpienia samodzielnosc, zamieszkiwanie we własnym domu a nie w warunkach instytucjonalnych, brak uzależnienia od osób trzecich wpływają na odczuwaną satysfakcję życiową i dobrostan związany z zaspokajaniem potrzeb.

W percepcji badanych placówki pozwalają na zaspokajanie licznych potrzeb osób starszych. Istotny jest fakt, że w regulacjach prawnych odnoszących się do funkcjonowania niektórych placówek pojawiają się jasno określone potrzeby, jakie dana instytucja ma zaspokajać. Nierzadko jednak ich zakres jest poszerzany i wiąże się z potrzebami wyższego rzędu. W tym miejscu warto przytoczyć wypowiedź jednego z kierowników placówki wsparcia dziennego, który stwierdził:

Ośrodek sam w sobie nie zaspokaja potrzeb podopiecznych. Potrzeby zaspokajają sami seniorzy, my tworzymy im tylko przyjazną przestrzeń ku temu i warunki. Jeśli osoba starsza nie będzie chciała się zaangażować, podjąć aktywności, to placówka nic nie pomoże, nie wpłynie pozytywnie na jej samopoczucie. Nadal może

pozostać samotnym seniorem, bez radości życia, ale uczęszczającym do placówki (Kierownik 1).

Wypowiedź ta jest pewnego rodzaju odpowiedzią na pytanie badawcze: Jaką rolę pełnią instytucje środowiska lokalnego w odniesieniu do potrzeb osób starszych? Placówki działające w środowisku lokalnym pomagają, wspierają, motywują do zmiany, zachęcają do aktywności, kreują przestrzeń przyjazną osobom starszym, jednak to sami seniorzy odpowiadają w znacznej mierze za zaspokajane potrzeby. Osoby, które chętnie angażują się w ofertę placówek, potrafią znaleźć zajęcia odpowiadające zainteresowaniom, potrafią się otworzyć na otaczającą ich rzeczywistość, lepiej funkcjonują w zmieniającym się świecie. Należy także pamiętać o seniorach starzejących się w sposób patologiczny, pozostających pod opieką placówki lub też o całej rzeszy osób starszych, które po przejściu na emeryturę nie są zaangażowane w żadne formy aktywności, nie korzystają z instytucjonalnych form wsparcia i aktywizacji, pozostają bierne, w swoich domach/mieszkaniach. Coraz częściej sytuację taką można zaobserwować na osiedlach, gdzie w starych budynkach mieszkają starsi ludzie, którzy nie chcą – lub też nie potrafią – zaangażować się w aktywność na różnych płaszczyznach, mimo że oferta zajęć dla seniorów, szczególnie w dużych miastach, rozwija się bardzo dynamicznie i prężnie.

W tym miejscu należy także wskazać na problemy z zaspokajaniem potrzeb, jakie pojawiły się w wielu placówkach w okresie rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2. Wprowadzenie stanu epidemii, wzmożony rygor sanitarny, konieczność zachowania dystansu społecznego, wymusiły na instytucjonalnych formach wsparcia całkowite zamknięcie lub znaczne ograniczenie działalności. Sytuacja ta bezpośrednio wpłynęła także na zakres podejmowanych działań. Jak wynika z wypowiedzi badanych, na pierwszym miejscu znalazło się bezpieczeństwo seniorów:

Pandemia zmieniła nasze funkcjonowanie. Teraz codziennie robimy zakupy, zanosimy je pod drzwi seniorom, tak aby ograniczyć do minimum kontakt z nimi. Chronimy ich przed zarażeniem (Kierownik 4).

Zmiany spowodowane pandemią były widoczne również w placówkach opieki całodobowej:

Był strach o bezpieczeństwo mieszkańców. Zakaz odwiedzin, zmiany w sposobie pracy, obawa, kto pomoże naszym podopiecznym, jeśli personel zachoruje lub będzie konieczna kwarantanna. Ograniczyliśmy zajęcia i wspólne spędzanie czasu do minimum. Z jednej strony chroniliśmy mieszkańców, chodziło o ich bezpieczeństwo, z drugiej uniemożliwialiśmy im kontakty bezpośrednie z rodziną. Realizując jedną potrzebę, tak naprawdę świadomie zaniedbywaliśmy inne. To trudny czas, a nie wiemy, ile to jeszcze potrwa” (Respondent E).

Działalność placówek wspierających seniorów w środowisku lokalnym znacznie zwolniła, zmienił się kierunek podejmowanych przedsięwzięć, skoncentrowano się na

ochronie osób starszych, by pozostawali w domach nie narażając się na zachorowanie. Dla wielu seniorów mieszkających samotnie taka sytuacja była trudna do zaakceptowania, niemniej jednak dzięki zaangażowaniu personelu, wolontariuszy, dobrych ludzi niesienie pomocy potrzebującym stało się możliwe.

Każdy człowiek, niezależnie od wieku, ma potrzeby i tylko przez ich zaspokajanie odczuwa wysoką jakość życia. Wiek senioralny, związany z obniżeniem sprawności ruchowej i odporności, postępującą niepełnosprawnością, nie zawsze pozwala na to, żeby mieć pełny wpływ na zaspokajane potrzeby. Instytucjonalne formy wsparcia w środowisku lokalnym, przez podejmowanie licznych inicjatyw, oferowanie szerokiej gamy zajęć i terapii umożliwia osobom starszym zaspokajanie potrzeb zarówno niższego, jak i wyższego rzędu. Problematyka potrzeb seniorów bezpośrednio wiąże się z odczuwaną jakością i satysfakcją życiową. Deprywacja potrzeb sprzyja odczuwaniu ujemnego bilansu życia, co w konsekwencji może prowadzić do negatywnego postrzegania siebie i starości. Na podstawie uzyskanego materiału badawczego można wnioskować, że rola placówek wspierających i aktywizujących osoby starsze jest znacząca w aspekcie zaspokajania potrzeb, odczuwanej jakości życia. W toku badań pojawiły się wprawdzie wskazania świadczące o tym, że w ramach placówek opieki całodobowej występują problemy z zaspokojeniem niektórych potrzeb – na przykład niezależności – należy podkreślić, iż wszystkie instytucje działają na podstawie obowiązujących przepisów prawnych, które kształtują politykę senioralną. Gmina Kraków, pod względem inicjatyw służących, usprawniających i aktywizujących osoby starsze, ma dobrze rozwinięty system instytucjonalnego wsparcia. Niemniej, jak wynika z prognoz demograficznych, liczba placówek jest wciąż niewystarczająca w kontekście rosnącej populacji osób starszych.

### **3. Rola rodziny w procesie wspierania osób starszych i udzielania im pomocy**

Rodzina w życiu każdego człowieka, niezależnie od wieku, spełnia szereg funkcji i zadań. Jako podstawowa komórka życia społecznego stanowi przestrzeń, w której szuka się wsparcia i pomocy w sytuacjach kryzysowych. Prawdłowo funkcjonująca rodzina pozwala swoim członkom na zaspokajanie licznych potrzeb, dając poczucie bezpieczeństwa i przynależności.

Jak zostało zaprezentowane w paragrafie 2.3., rodzina w życiu osób starszych powinna stanowić instytucję wspierającą. Omówione typologie postrzegania seniorów w życiu rodzinnym wskazywały, że osoby starsze mogą w sposób znaczący angażować się w środowisko rodzinne, choć – jak podkreślają badacze<sup>60</sup> – seniorzy często przyjmują także postawę wycofanych babć i dziadków. Nie bez znaczenie dla funkcjonowania człowieka starszego w rodzinie pozostaje jego stan zdrowia.

---

<sup>60</sup> U. Oszwa, M. Czelej, *Spostrzeżenie stylów...*, dz. cyt.; U. Kempieńska, *Rola seniorów w rodzinie...*, dz. cyt.; M. Chmielewska, *Rola dziadków...*, dz. cyt.

Przeżywanie starości w sposób pomyślny lub prawidłowy pozytywnie kształtuje odczuwaną jakość życia, pozwalając na bycie aktywnym członkiem rodziny. Wraz z wystąpieniem chorób, niepełnosprawności, ograniczenia samodzielności, seniorzy przyjmują (bardzo często niedobrowolnie) postawę zależności. Ich udział w życiu rodzinnym zostaje ograniczony na rzecz wzmożonego zapotrzebowania na opiekę.

Panujące trendy społeczno-kulturowe doprowadziły do sytuacji, kiedy to autorytet osób starszych uległ obniżeniu. Rodziny preferują model dwupokoleniowego zamieszkiwania (rodzice i dzieci), najstarsi członkowie rodzin żyją samotnie. Zakres wsparcia i pomocy oferowany starszym krewnym przez bliskich bywa zróżnicowany i zależny od wielu czynników. Wraz z postępującym procesem starzenia się wzrasta także liczba opiekunów nieformalnych, którymi stają się członkowie rodzin.

W prezentowanej dysertacji skoncentrowano się na rodzinie jako instytucji wspierającej seniora. W ramach rozważań teoretycznych zaprezentowano najczęstsze obszary, w jakich osoby starsze oczekują pomocy ze strony krewnych. Jak wynika z zebranego materiału badawczego, w percepcji personelu placówek wsparcia instytucjonalnego rodziny stosunkowo często angażują się w pomoc starszym członkom rodziny, przede wszystkim przez:

- pomoc w robieniu zakupów,
- przygotowywanie i dowożenie posiłków,
- transport do lekarzy,
- wsparcie emocjonalne,
- wsparcie finansowe,
- wykonywanie prac domowych takich jak: pranie, prasowanie, sprząatanie,
- opiekę w czasie choroby (czynności związane z toaletą, utrzymaniem higieny, karmienie, przebieranie w momencie gdy senior używa pampersów, dbanie, aby nie pojawiły się odleżyny)<sup>61</sup>.

Otrzymane wyniki badań własnych są zbieżne z dotychczasowym stanem wiedzy i znajdują odzwierciedlenie w danych Głównego Urzędu Statystycznego i opracowaniu *Jakość życia osób starszych w Polsce*. Polscy seniorzy przypisują rodzinie najważniejszą rolę, jeśli chodzi o pomoc, wsparcie zarówno emocjonalne, psychologiczne, opiekuńcze, jak i finansowe<sup>62</sup>. Na podstawie materiału badawczego można wnioskować, że rodziny w stosunku do najstarszych członków realizują funkcję usługowo-opiekuńczą. Realizacja tej funkcji, szczególnie mocno nabiera na znaczeniu w momencie wystąpienia starości patologicznej. Choroba w okresie starości wzmaga zapotrzebowanie na pomoc i opiekę ze strony najbliższego otoczenia. Drugą, również istotną funkcją, która wyłania się z wypowiedzi badanych pracowników, jest funkcja psychogeniczna, związana z zapewnieniem najstarszym członkom rodziny komfortu i bezpieczeństwa. Uzyskane wyniki badań własnych są zbieżne z istniejącym stanem wiedzy. Bez wątpienia rodzina, jako najbliższe

<sup>61</sup> Zestawienie opracowane na podstawie badań własnych.

<sup>62</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia osób starszych w Polsce...*, dz. cyt., s. 77–88.



środowisko, powinna być dla seniorów znaczącą grupą, umożliwiającą realizację potrzeb wyższego rzędu, a przez to pozytywnie wpływającą na odczuwaną jakość życia.

W percepcji badanego personelu rodzinny starają się pomagać swoim najstarszym członkom, tworząc przestrzeń, w której staje się możliwe zaspokajanie potrzeb:

Często poprzez umożliwienie opieki nad wnukami realizują seniorom potrzebę użyteczności i zaangażowania, co jest dla nich niezwykle ważne i dobre dla ich zdrowia, a ponadto przyczynia się do nawiązania więzi międzypokoleniowych (Respondent B).

Wypowiedzi tego typu są zgodne z czterema podstawowymi doświadczeniami dziadków, na które wskazał Cozolino<sup>63</sup>. Realizacja potrzeb satysfakcji życiowej, przynależności i użyteczności, według tego autora, jest możliwa w dużej mierze właśnie przez sprawowanie opieki nad wnukami, zaangażowanie w sprawy rodzinne. Analiza wyników badań własnych pozwala wysnuć wniosek, że kadra instytucjonalnych form wsparcia postrzega rolę rodziny w życiu seniora w sposób pozytywny. Krewni bowiem, w percepcji badanych, mogą bezpośrednio wpływać na jakość życia starszych członków rodziny. Takie postrzeganie roli rodziny w odniesieniu do funkcjonowania osób starszych jest zgodne z dotychczasowym stanem wiedzy i obrazuje funkcję oraz zadania, jakie są przypisywane tej instytucji w środowisku lokalnym.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na wypowiedzi badanych, które wskazują, że rodzaj i zakres wsparcia, jakiego rodzina udziela osobie starszej, w dużej mierze zależy od samego seniora.

Pomoc w dużej mierze zależy od osoby starszej. Po pierwsze od stanu zdrowia, zarówno fizycznego jak i psychicznego, po drugie – czy dana osoba chce tę pomoc otrzymywać. Niejednokrotnie jest tak, że seniorzy nie przyjmują pomocy, bo wydaje się im, że są jeszcze sprawni i samodzielni, nie chcą pokazać swojej niezaradności życiowej. Inną kwestią jest, czy rodzina chce oferować pomoc. Ciężko tutaj oceniać rodziny na jednym poziomie. Jest naprawdę wiele czynników, które mają wpływ na świadczoną pomoc lub jej brak (Respondent E).

W kontekście omawianej problematyki ważne się stają także relacje, jakie senior utrzymuje z bliskimi.

Naszymi uczestnikami są seniorzy, którzy „obrazili” się na swoje dzieci. Pomimo iż bliscy oferują im pomoc, osoby starsze jej nie przyjmują. Sporo zawziętości i uporu mają w sobie niektóre osoby starsze. Odrzucają rodzinę, bo np. nie akceptują wyborów swoich dzieci, nie potrafią zrozumieć, że dzieci są dorosłe i mogą żyć po swojemu (Respondent I).

Takie wypowiedzi mogą wskazywać na fakt, że seniorzy sami rezygnują z pomocy i wsparcia najbliższych, często skazując się samotność. Poruszając problematykę rodziny

<sup>63</sup> Por. L.J. Cozolino, *The healthy aging brain. Sustaining attachment, attaining wisdom...*, dz. cyt. s. 58.

w życiu osób starszych, należy pamiętać, że w społeczeństwie panuje tradycyjne przekonanie, iż ta podstawowa grupa społeczna powinna stanowić dla swoich członków instytucję wspierającą i pozwalającą na przezwyciężenie problemów i trudności. Są jednak sytuacje, w których to senior dobrowolnie rezygnuje z wsparcia krewnych.

Zgodnie z założeniami zasady subsydiarności środowisko rodzinne powinno w pierwszej kolejności udzielać pomocy i wsparcia swoim członkom. W momencie gdy rodzina nie jest w stanie samodzielnie przezwyciężyć pojawiających się problemów i trudności związanych z opieką nad seniorem, w proces ten powinny zostać zaangażowane instytucje funkcjonujące w środowisku lokalnym. Jak wskazuje analiza wyników badań własnych, placówki działające na rzecz osób starszych realizują liczne zadania, które mają na celu nie tylko aktywizowanie, podnoszenie jakości życia seniora, ale także odciążenie i wsparcie rodzin.

Mimo że rodzina stanowi najważniejszą grupę dla osób starszych, jak wskazują wypowiedzi badanych, nie zawsze interesują się ona losem seniora:

Po umieszczeniu osoby starszej w domu pomocy społecznej rodziny kontaktują się rzadko. Sporadyczne telefony, często „od święta”, są niewystarczającym wsparciem dla seniora (Kierownik 3).

Nasi uczestnicy to głównie osoby zamieszkujące samotnie, wdowy. Mają kontakt ze swoimi dziećmi, ale często narzekają, że relacje nie są takie, o jakich marzyli. Brakuje im rodziny w życiu codziennym. Widzimy różnicę w funkcjonowaniu osób, które mieszkają z rodzinami, a które nie (Respondent G).

Obok wypowiedzi świadczących o braku zainteresowania ze strony krewnych pojawiły się i te ukazujące zróżnicowane postawy krewnych wobec seniorów:

Rodziny różnie wykazują zainteresowanie bliskimi. Jedni otaczają ich miłością, zainteresowaniem, pomocą. Inni zaś odsuwają się od nich, zostawiają samym sobie. Często sąsiedzi, wolontariusze są jedynymi osobami skorymi do pomocy (Respondent A).

Moje zdanie na ten temat jest podzielone. Znam rodziny, które interesują się bardzo aktywnością lokalną swoich np. rodziców (seniorów). Z punktu widzenia mojej pracy (praca w DPS-ie) wielu seniorów jest osamotnionych, pozostawionych samym sobie, z całkowitym brakiem kontaktu z rodziną (Respondent C).

Rozważania teoretyczne miały na celu zobrazowanie, jak duże znaczenie dla osób starszych ma wsparcie rodziny. Seniorzy jako główną grupę wsparcia, w licznych badaniach, wskazują właśnie na krewnych, niemniej jednak, jak pokazują uzyskane wyniki, bliscy nie zawsze chcą udzielać pomocy i wsparcia osobie starszej, nie interesują się nią. Często główny ciężar opieki przerzucają na instytucjonalne formy wsparcia w środowisku lokalnym.

Wśród wypowiedzi respondentów pojawiły się także takie, które w kontekście omawianej problematyki, kładą nacisk na istotną rolę programów i projektów zarówno krajowych, jak i lokalnych, których adresatami są osoby starsze:

Często zdarza się, że seniorzy zostają pozostawieni samym sobie przez rodzinę z powodów ich pracy zawodowej, opieki nad swoimi dziećmi, jednakże działania podejmowane w ramach projektów rządowych na rzecz osób starszych stają się pomocne dla członków rodziny (Respondent G).

Osoby starsze zamieszkujące ze swoją rodziną mogą liczyć na ich wsparcie. Rodziny, które nie mieszkają razem z seniorem, bardzo chwala sobie programy takie jak Małopolski Tele-Anioł, jak również usługi opiekuńcze (Respondent H).

Rodziny seniorów chorujących na Alzheimera szukają pomocy i wsparcia. Nasza placówka jest dla nich wielkim odciążeniem. Staramy się także informować bliskich, jak tylko jest możliwość uzyskania pomocy i wsparcia z programów rządowych (Respondent A).

Powyższe wypowiedzi świadczą o tym, że pomocy i wsparcia wymagają nie tylko same osoby starsze, ale także ich krewni. Szczególnie w momencie, gdy senior przeżywa starość patologiczną, związaną z przewlekłymi, postępującymi chorobami. Krewni, którzy stają się wtedy opiekunami nieformalnymi, często potrzebując pomocy w zaadaptowaniu się do nowej sytuacji. Z czasem może pojawić się wypalenie opiekuńcze prowadzące w konsekwencji do obniżenia poziomu opieki nad osobą niesamodzielną.

W aspekcie omawianej problematyki istotne staje się nie tylko funkcjonalnie seniora w rodzinie, ale także perspektywa rodziny, w której pojawia się osoba starsza schorowana, wymagająca opieki i wsparcia w czynnościach dnia codziennego. Wśród badanych dominowały wypowiedzi wskazujące na liczne problemy opiekunów nieformalnych:

Dla rodzin jest to ogromny wysiłek, ponieważ często łączą pracę zawodową z opieką nad seniorem. W rodzinach, które zrezygnowały z pracy, zauważalne jest zubożenie.

W placówce mamy seniorów powyżej 80 roku życia, ich dzieci są również naszymi uczestnikami, bo mają już 60 i więcej lat. Problemem jest to, że w domach często „stare dzieci” opiekują się i pomagają „starym rodzicom”. Mamy seniorkę w wieku 90 lat, która ma córkę w wieku 65 lat. Obie są wdowami i obie schorowane, zamieszkują razem i się sobą wzajemnie zajmują (Kierownik 1).

Na podstawie materiału badawczego można stwierdzić, że cechy polskiej starości takie jak feminizacja, długowieczność oraz samotne zamieszkiwanie seniorów<sup>64</sup> stanowią pewnego rodzaju obszary, w których muszą zostać podjęte systemowe działania. Bez wątpienia długowieczność osób starszych stanowi pozytywny efekt rozwoju medycyny, techniki, niemniej jednak staje się także wyzwaniem dla polityki senioralnej. Problem star-

<sup>64</sup> M. Cybulski, *Proces starzenia się społeczeństwa istotnym problemem zdrowia publicznego...*, dz. cyt.

szych opiekunów nieformalnych będzie narastał. Według prognoz coraz większa grupa osób 60+ będzie opiekowała się swoimi rodzicami w wieku 80+. Jak pokazały rozważania teoretyczne, rola opiekunów nieformalnych jest często związana z doświadczaniem negatywnych emocji, obciążeniem fizycznym, psychologicznym oraz finansowym. Trudności, jakich mogą doświadczać opiekunowie nieformalni, znalazły odzwierciedlenie w wypowiedziach typu:

Rodziny często nie mają już siły zajmować się seniorem. Po prostu po ludzku są przemęczone, często pozostają bez pomocy i wsparcia ze strony środowiska lokalnego, więc decydują się na umieszczenie krewnego w placówce opieki całodobowej. Jednak musimy pamiętać, iż placówek tego typu jest wciąż za mało (Kierownik 2).

Polskie społeczeństwo oczekuje, że rodzina, będzie wspierać seniora i pomagać. Zdarzają się sytuacje, gdy osoba starsza wymaga opieki 24 godziny na dobę. Opiekun nieformalny całkowicie zmienia swoje dotychczasowe życie, poświęca swoje zdrowie, bowiem takie ciągłe zajmowanie się chorym jest dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym. Ciągła opieka, życie w stresie, brak pomocy od innych członków rodziny, wpływają na funkcjonowanie opiekuna nieformalnego (Respondent D).

Problematyka opiekunów nieformalnych jest istotnym aspektem tematyki podejmowanej w dysertacji. Rodzina jest najważniejszą grupą społeczną, która powinna spełniać funkcje i zadania wobec swoich członków, jednak w sytuacjach kryzysowych wymaga pomocy i wsparcia ze środowiska lokalnego. Bez wątplenia doświadczanie starości patologicznej, niepełnosprawności stanowi przesłankę ku temu, aby cały system rodzinny został objęty odpowiednią pomocą.

W odpowiedzi na rosnącą grupę seniorów starzejących się w sposób chorobowy, a co z tym związane – wzrostem zapotrzebowania na całodobowe, specjalistyczne placówki wsparcia całodobowego, dziennego i koniecznością stworzenia systemu wsparcia opiekunów nieformalnych, w założeniach polityki senioralnej do roku 2030 znalazły się odpowiednie zapisy. Stosowne regulacje mają się przyczynić do uregulowania sytuacji prawnej opiekunów nieformalnych w Polsce oraz dostarczyć im odpowiedniego wsparcia w celu uniknięcia wypalenia opiekuńczego. W dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, obok założeń odnoszących się ogółu osób starszych, które zostały omówione w paragrafie 4.1., pojawiły się też założenia skoncentrowane na potrzebach seniorów niesamodzielnych oraz ich opiekunów.

W związku z tym, że populacja osób w wieku 60+ jest zróżnicowana pod względem zdrowia i samodzielności życiowej, polityka społeczna musi uwzględniać także dynamikę postępującego procesu starzenia. Jedną z konsekwencji wzrastającej liczby niesamodzielnych seniorów jest konieczność zapewnienia im i ich opiekunom właściwego wsparcia, opieki, dostępu do usług, a także umożliwienia partycypacji w życiu społecznym. Aby osiągnąć zamierzone cele, polityka społeczna wobec seniorów musi skoncentrować się na rozwinięciu opieki medycznej, zabezpieczenia socjalnego, z wykorzystaniem innowacyj-

nych rozwiązań z zakresu terapii, wsparcia i pomocy. Ważny jest fakt, że przez poprawę działań skoncentrowanych na niesamodzielnym seniorach, stanie się możliwe odciążenie opiekunów nieformalnych.

Pierwszy obszar zadań, które są związane z niesamodzielnymi seniorami odnosi się do zmniejszenia skali zależności od innych przez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowywanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych osoby starszej. Obszar ten ma być realizowany między innymi przez:

- stworzenie warunków, które umożliwią rozwój standaryzowanych usług pomocowych i opiekuńczych,
- rozwój telemedycyny wspomagającej seniorów,
- zwiększenie dostępności sprzętu wspomagającego osoby starsze przez rozwój wypożyczalni,
- likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania,
- rozwój terapii zajęciowej świadczonej stacjonarnie, niestacjonarnie, ambulatoryjnie i w domu niesamodzielnej osoby starszej<sup>65</sup>.

Poszerzenie i ułatwienie dostępu do specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania i podejmowanie działań umożliwiających aktywizację seniorów niesamodzielnymi będą się bezpośrednio przyczyniać do polepszenia systemu opieki nad osobami starszymi i wdrażania rozwiązań wspierających opiekunów nieformalnych.

Drugim obszarem, w ramach którego, według ustawodawcy, powinny być realizowane działania z zakresu polityki społecznej wobec niesamodzielnymi osób starszych, jest zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-leczniczych dostosowanych do potrzeb adresatów. Obszar ten jest realizowany poprzez:

- rozwój opieki geriatrycznej stacjonarnej, niestacjonarnej oraz ambulatoryjnej,
- zapewnienie dostępu osobom niesamodzielnym do rehabilitacji,
- podjęcie działań mających na celu poprawę komunikacji i funkcji poznawczych niesamodzielnymi osób starszych (w szczególności osób z demencją) w opiece długoterminowej w oparciu o walidację gerontologiczną, stymulację podstawową oraz inne metody,
- standaryzację usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych w publicznych i niepublicznych placówkach<sup>66</sup>.

Wraz z postępującym procesem starzenia się na znaczeniu nabiera opieka geriatryczna, która w Polsce jest na stosunkowo niskim poziomie. Brak możliwości korzystania ze wsparcia i pomocy specjalistów zarówno przez seniora, jak i jego opiekunów znacznie utrudnia sprawowanie opieki nad osobą starzejącą się w sposób patologiczny. Rodziny często są pozostawione bez możliwości konsultacji czy też uzyskania fachowej porady, metodą prób i błędów uczą się opieki nad cierpiącym seniorem.

---

<sup>65</sup> *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030...*, dz. cyt., s. 60.

<sup>66</sup> Tamże, s. 64.



W toku prowadzonych analiz, z perspektywy rodzin seniorów, istotnego znaczenia nabiera trzeci obszar zaprezentowany w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*. Obszar ten bezpośrednio odwołuje się do konkretnych działań, jakie mają być podejmowane na rzecz opiekunów nieformalnych. Rozwinięcie systemu wsparcia opiekunów nieformalnych jest realizowane przez:

- rozbudowanie profesjonalnego wsparcia rodziny, która opiekuje się niesamodzielnym seniorem w domu. Ustawodawca zwraca uwagę na potrzebę wzmożonego dostępu do poradnictwa, konsultacji, treningu umiejętności opiekunów nieformalnych (świadczonych przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i pracowników socjalnych);
- wprowadzenie i poszerzenie dostępu do różnych form okresowego odciążenia członków rodziny, którzy sprawują opiekę. Bardzo ważną rolę, w tym aspekcie przypisuje się opiece wytchnieniowej<sup>67</sup>;
- stworzenie i rozpowszechnienie systemu szkoleń i nabywania kwalifikacji w celu uzyskania kompetencji umożliwiających opiekę nad niesamodzielnymi osobami starszymi. Szkolenia te będą skierowane zarówno do opiekunów nieformalnych, jak i pracowników placówek opiekuńczych;
- wzmocnienie sieci nieformalnych opiekunów niesamodzielnymi osobami starszymi<sup>68</sup>.

W myśl założeń polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce ma zostać rozwinięta sieć współpracy między opieką domową i instytucjonalną. Współdziałanie umożliwi bowiem stworzenie dobrze funkcjonującego systemu, który będzie dział dwutorowo. Z jednej strony rodzina jako podstawowa grupa będzie świadczyła usługi opiekuńcze względem schorowanego seniora, z drugiej zaś opiekunowie nieformalni nie będą przeciążeni, wyczerpani emocjonalnie i fizycznie, ponieważ będą wspierani przez rozwinięty sektor pomocy instytucjonalnej. Obecnie w Polsce system wspierania opiekunów nieformalnych nie jest zbyt dobrze rozwinięty, a jak wskazywali respondenci, to rodziny są „filarami lokalnych systemów wsparcia w środowisku lokalnym. Cechuje je jednak brak ukształtowanych społecznie wzorów korzystania z pomocy i wsparcia lokalnego” (Kierownik 4). W percepcji badanych rodziny powinny stanowić pierwsze, podstawowe środowisko udzielające seniorowi pomocy, jednak zakres udzielanego wsparcia determinowany jest paletą różnorodnych czynników.

Zofia Szweda-Lewandowska, podejmując problematykę opieki nad osobą niesamodzielną, wskazuje na pięć podstawowych modeli opieki. Modele te są stosowane w różnych państwach i obrazują zależność pomiędzy instytucjonalnymi formami wsparcia osób niesamodzielnymi a pomocą nieformalną realizowaną najczęściej przez rodziny<sup>69</sup>. Jak wskazuje Szweda-Lewandowska, charakterystyczne modele opieki to:

<sup>67</sup> Tamże.

<sup>68</sup> Tamże, s. 79.

<sup>69</sup> Z. Szweda-Lewandowska, *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179, s. 215–224.

- Hierarchiczny model kompensacyjny – opiera się na założeniu, że osoby starsze w pierwszej kolejności pomocy i wsparcia oczekują od współmałżonków, następnie dzieci, dalszych krewnych i przyjaciół. Opieka formalna jest ostateczną formą pomocy i korzysta się z niej w momencie, gdy sieć wsparcia rodzinnego i sąsiedzkiego nie mają możliwości realizacji powierzonych im zadań. „W modelu tym założono, że istnieje hierarchia podmiotów udzielających wsparcia i pierwszym podmiotem są rodzinne sieci wsparcia, w dalszej dopiero kolejności nierodzinne nieformalne sieci wsparcia, a dopiero w sytuacji niemożności uzyskania wystarczającej pomocy ze strony tych podmiotów rolę podmiotu wspierającego przejmuje samorząd terytorialny lub państwo”<sup>70</sup>.
- Model substytucji zakłada przekazywanie zadań z zakresu opieki do sfery formalnej. Instytucje i placówki publiczne w tym modelu przejmują rolę i zadania, które mogłyby być realizowane przez środowisko rodzinne. W modelu tym mamy do czynienia z sytuacją, że „zachwianie w hierarchii podmiotów udzielających pomocy i zwiększenie obciążenia instytucji udzielaniem wsparcia powoduje przejście funkcji opiekuńczych, dawniej przypisanych tradycyjnie rodzinie, przez państwo”<sup>71</sup>.
- Model szczególności – jego podstawą jest założenie występowania dualności pomiędzy wsparciem rodzinnym oraz instytucjonalnym. „Rodzina udziela wsparcia emocjonalnego oraz wsparcia niewymagającego fachowej wiedzy i umiejętności, bo te zapewniają sieci wsparcia formalnego. W modelu tym zakłada się, że nawet gdy osoba starsza zostaje umieszczona w instytucjonalnej formie pomocy, to rodzina nadal jest zaangażowana w opiekę”<sup>72</sup>.
- Model uzupełnienia – jego podstawą jest założenie, że rodzina jest najlepszym źródłem wsparcia i opieki dla osoby niesamodzielnej. Wsparcie instytucji pojawia się w momencie, gdy wymagane są specjalistyczne usługi lub zabiegi pielęgnacyjne. Pomoc formalna jest dodatkiem do pomocy nieformalnej, na której spoczywa główny ciężar opieki.
- Model komplementarności zakłada, że „pomoc formalna zostaje włączona w proces opieki nad osobą starszą, gdy najistotniejsze elementy nieformalnej sieci wsparcia nie wypełniają w dostatecznym stopniu swoich zadań opiekuńczych. Opieka formalna i nieformalna są komplementarne względem siebie, tzn. pomoc formalna przejmuje zadania, których nie może zaspokoić pomoc nieformalna, ponieważ osoby jej udzielające nie posiadają wystarczających do tego kompetencji”<sup>73</sup>.

Według Szwedy-Lewandowskiej w Polsce głównym źródłem wsparcia niesamodzielnych osób starszych jest rodzina. Według badaczki „największy ciężar opieki nad osobą niesamodzielną spoczywa na rodzinie, która nie otrzymuje wystarczającego wspar-

<sup>70</sup> Tamże, s. 218.

<sup>71</sup> Tamże.

<sup>72</sup> Tamże.

<sup>73</sup> Tamże.

cia w wypełnianiu funkcji opiekuńczych”<sup>74</sup>. Wyniki badań własnych są zbieżne z dotychczasowym stanem wiedzy i wskazują na liczne braki, jakie pojawiają się w istniejącym systemie wsparcia opieki nad seniorem i jego rodziną. Jak pokazują badania Szwedy-Lewandowskiej, w Polsce dąży się do wprowadzenia hierarchicznego modelu kompensacyjnego, który wydaje się optymalnym rozwiązaniem. Niemniej jednak, jak wskazują wyniki badań własnych, istnieje szereg czynników, wpływających na brak lub ograniczenie funkcji usługowo-opiekuńczej rodziny wobec niesamodzielnych seniorów.

W tabeli 11 zostały ukazane bariery i czynniki sprzyjające wsparciu seniora przez rodziny.

**Tabela 11.** Bariery i czynniki wpływające na wsparcie seniorów przez rodziny w percepcji badanych

<b>Bariery w zakresie wsparcia seniorów przez rodziny</b>	<b>Czynniki sprzyjające wsparciu seniora przez rodziny</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- bariery lokalowe,</li> <li>- brak komunikacji między bliskimi,</li> <li>- niechęć ze strony osoby starszej,</li> <li>- problemy finansowe,</li> <li>- problemy rodzinne,</li> <li>- gospodarstwa jednopokoleniowe,</li> <li>- singularyzacja,</li> <li>- miejsce zamieszkania rodziny,</li> <li>- bierność pracowników instytucji w podejmowaniu działań umożliwiających lepsze dotarcie do opiekunów nieformalnych,</li> <li>- nietrafność niektórych działań instytucji i organizacji,</li> <li>- presja środowiska,</li> <li>- migracja zewnętrzna i wewnętrzna (mobilność zawodowa młodszych pokoleń),</li> <li>- słabo rozwinięte środowiskowe usługi opiekuńcze,</li> <li>- małe wsparcie opiekunów nieformalnych,</li> <li>- brak rozwiniętego systemu opieki wytchnieniowej,</li> <li>- brak wynagrodzenia opiekunów nieformalnych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dostępność placówek wspierających i aktywizujących osoby starsze,</li> <li>- programy i świadczenia pomocowe,</li> <li>- wsparcie środowiska lokalnego,</li> <li>- dobry stan zdrowia seniora (sprawność intelektualna),</li> <li>- miejsce zamieszkania (miasto, wieś),</li> <li>- pozytywne doświadczenia rodzinne (dobre relacje),</li> <li>- możliwości związane z wykorzystaniem opieki wytchnieniowej,</li> <li>- dobry status ekonomiczno-materialny.</li> </ul>

**Źródło:** opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 11, w percepcji badanych znacznie więcej występuje barier, które uniemożliwiają sprawowanie opieki nad starszym krewnym, niż czynników sprzyjających podjęciu opieki. Wymienione bariery można podzielić na bariery społecznej (niezależne od rodziny) oraz bariery wewnętrzne (zależne od środowiska rodzinnego).

Do zbioru barier społecznych można zaliczyć: bierność pracowników instytucji w podejmowaniu działań umożliwiających lepsze dotarcie do opiekunów nieformalnych, nietrafność niektórych działań instytucji i organizacji, presję środowiska, słabo rozwinięte środowiskowe usługi opiekuńcze, małe wsparcie opiekunów nieformalnych, brak rozwiniętego systemu opieki wytchnieniowej oraz brak wynagrodzenia opiekunów nieformalnych. Czynniki te, według badanych, bezpośrednio wpływają na zakres i rodzaj opieki, jaką rodziny realizują wobec najstarszych członków. Ciekawą barierą okazała się ta dotycząca presji środowiska, bowiem, jak podkreślają badani:

<sup>74</sup> Tamże, s. 223.

Presja ta wyraża się w praktykach dyskryminacyjnych wobec osób korzystających z pomocy i braku społecznego przyzwolenia na korzystanie z pomocy. Bo nadal pokutuje w polskim społeczeństwie, że to rodzina powinna sama sobie radzić, a nie „wyręczać” się instytucjami z zewnątrz. Za mało jest kampanii społecznych edukujących i łamiących te krzywdzące stereotypy (Respondent J).

W percepcji badanych osoby starsze wraz z rodzinami nie zawsze zgłaszają się do odpowiednich służb po pomoc, ponieważ boją się marginalizacji i wykluczenia, nie posiadają wiedzy i odpowiednich informacji w tym zakresie, a także wstydzą się. Według jednego z respondentów:

Rodzina woli zapewnić osobie chorej prywatny dom pomocy, który ma piękną nazwę, np. dom spokojnej starości, dom jesieni życia itp., niż korzystać z państwowych form wsparcia. Rodziny boją się społecznej opinii na temat tego, że np. umieścili rodzica w domu pomocy społecznej. Na to nie ma u nas społecznego przyzwolenia. Z drugiej zaś strony środowisko wymaga, aby dzieci zajmowały się swoimi schorowanymi rodzicami, nie znając uwarunkowań życia rodzinnego (Kierownik 5).

Presja środowiska może stanowić pewnego rodzaju barierę dla rodzin, które stoją przed wyborem pomiędzy instytucjonalnymi formami wsparcia a rodzinną opieką. Z jednej strony społecznie przyjęty wzorzec wskazuje, że to rodzina stanowi optymalne środowisko wychowawcze, opiekuńcze, rozwojowe, z drugiej zaś – pojawiają się kwestie związane z rezygnacją z dotychczasowych planów, koniecznością przeorganizowania życia i zmianą priorytetów. Jeśli krewni wybierają funkcję opiekuna nieformalnego, często rezygnują także z pracy zawodowej, co skutkuje obniżeniu dochodów rodziny. Wybór ten jest problematyczny, ponieważ krewni osoby starszej stają przed wyborem pomiędzy tym, co „nakazuje” społeczeństwo a własnymi aspiracjami. Zdarza się, że wybierając to, co społecznie przyjęte, doświadczają wypalenia opiekuńczego, a co z tym związane – marginalizacji i wykluczenia. Obok presji społecznej i pewnego rodzaju koniecznością wyboru „pomiędzy” badani w katalog barier, które wpływają na podejmowanie opieki, wpisywali także te związane z brakiem odpowiedniego systemu opieki wytchnieniowej dla opiekunów niesamodzielnych osób starszych. Problemem są także usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Drugim rodzajem barier wyłaniających się w toku prowadzonych badań są przeszkody związane z funkcjonowaniem i gospodarowaniem rodzinnym. Do barier tych można zaliczyć: bariery lokalowe, brak komunikacji między bliskimi, niechęć ze strony osoby starszej, problemy rodzinne, problemy finansowe, gospodarstwa jednopokoleniowe, singularyzację, miejsce zamieszkania rodziny, migrację zewnętrzną i wewnętrzną (mobilność zawodową młodszych pokoleń). Bariery lokalowe, w percepcji badanych, odnoszą się do sytuacji, w której „zarówno senior, jak i jego bliscy posiadają zbyt małe mieszkania, aby wspólnie gospodarować” (Respondent D). Taki stan rzeczy często bezpośrednio może prowadzić do samotnego zamieszkiwania przez seniora, co w przypadku wystąpienia cho-

rób przewlekłych i braku samodzielności może prowadzić do umieszczenia w całodobowej placówce opiekuńczej. Jak zauważają respondenci, duże znaczenie dla realizowania funkcji usługowo-opiekuńczej wobec najstarszych członków należy przypisać uwarunkowaniom życia rodzinnego. Według badanych rodziny, które funkcjonują prawidłowo, mają pozytywne odczucia względem seniorów, chętniej angażują się w pomoc i wsparcie. Sytuacja wygląda inaczej w momencie, gdy

osoby starsze nie stanowiły oparcia dla swoich dzieci. W rodzinie występowała przemoc, alkoholizm. Jeśli dzieci mają pewnego rodzaju żal do rodziców, to bardzo niechętnie angażują się w opiekę. Mamy przypadki, gdzie syn nie odzywa się do swojej matki już 15 lat, nie jest w stanie jej wybaczyć, a ona nie potrafi przeprosić (Respondent C).

Indywidualność każdego systemu rodzinnego wpływa na fakt, że seniorzy decydują się na pobyt w placówce całodobowej opieki. Wolą to, niż prosić swoich krewnych o pomoc:

Seniorzy w naszej placówce są różni. Zdecydowana większość chce utrzymywać kontakty z rodziną, choć czasem to rodziny ograniczają ten kontakt. Są jednak osoby, których od momentu zamieszkania w dom, nikt nie odwiedza, nikt nie dzwoni do nich. Jedna z naszych mieszkank ma rodzinę, ale nie chce nic od nich. Uważa, że świetnie sobie sama radzi, i że wstyd by jej było prosić o pomoc dzieci. W ogóle bardzo mało o nich mówi (Respondent J).

W społeczeństwie polskim pokutuje pewnego rodzaju przeświadczenie, że to rodziny nie chcą wypełniać funkcji opiekuńczych wobec swoich najstarszych członków. Jednak, jak wskazują wypowiedzi respondentów, zdarzają się przypadki, kiedy to sami seniorzy decydują o rezygnacji z pomocy i wsparcia ze strony krewnych:

nasza uczestniczka powiedziała wprost swoim dzieciom, że już sobie miejsce w domu pomocy społecznej załatwia. Nie chce być ciężarem dla rodziny. Rozmawiają z nią, jednak da się wyczuć, iż manipuluje w ten sposób swoimi dziećmi. Jakby sprawdzała, które jej zaoferuje wspólne zamieszkanie. Dziwne zachowanie (respondent H).

Osoby starsze, nie chcą obarczać swoimi problemami rodzin, dlatego decydują się na instytucjonalne formy opieki (Kierownik 5).

W aspekcie omawianej problematyki należy także zwrócić uwagę na fakt, że dokonujące się przeobrażenia społeczne doprowadziły do zmian na rynku pracy. Współcześnie obserwuje się wzmożoną mobilność zawodową pracowników. Coraz częściej można spotkać się z określeniami, że obecni pracownicy to pracownicy z bogatym portfolio, którzy doświadczenia zawodowe zdobywali w kilku miejscach. Dla obecnych pracowników nie ma problemów komunikacyjnych ani przestrzennych. Widoczny jest wzmożony ruch



migracyjny za pracą. Wyjazdy z domów rodzinnych młodszych pokoleń rozpoczynają się już w okresie rozpoczęcia studiów, znaczna część osób nie wraca do miejsca urodzenia i rozpoczyna pracę w dużych miastach. Osoby dorosłe często decydują się na migrację zarobkową i opuszczają swoich rodziców, którzy zostają sami. Takie ruchy migracyjne bezpośrednio wpływają na zakres i możliwości sprawowania opieki w momencie, gdy pojawi się choroba lub niepełnosprawność u najstarszych członków rodziny. Miejsce zamieszkania rodziny może stanowić także trudność w czasie, gdy osoba starsza przebywa w całodobowej placówce opiekuńczej:

Z perspektywy wsparcia seniora w DPS przez jego rodzinę bardzo ważne jest, aby utrzymywać z nim kontakt. Niestety czasami barierą jest odległość rodziny od naszego domu, jak również bariery technologiczne. W dobie pandemii jedyną formą kontaktu z naszymi mieszkańcami była rozmowa telefoniczna lub wideorozmowa przez Skype'a (Respondent D).

Odpowiedzi respondentów jasno wskazują, że paleta barier, które wypływają na ograniczenie opieki nad seniorem przez rodzinę, jest stosunkowo duża. Współczesne rodziny, jak zostało zauważone, w rozważaniach teoretycznych prezentują model rodziny nuklearnej, gdzie dziadkowie zamieszkują osobno, z dala od swoich najbliższych. Taka sytuacja może bezpośrednio przyczyniać się do stopniowego ograniczania lub zanikania, w świadomości młodszych pokoleń, „obowiązku” zajmowania się osobą starszą na stare lata, na co wskazują wypowiedzi typu:

Kiedyś osoby starsze miały większy autorytet w rodzinach, należał się im szacunek i opieka w chorobie. Obecne społeczeństwa odchodzą od tego modelu. Żyjemy bardzo szybko i często umykają nam ważne wartości (Respondent A).

Problematyka uwarunkowań opieki sprawowanej przez rodziny nad seniorami wiąże się nie tylko z barierami, ale także z czynnikami, które w sposób pozytywny mogą wpływać na realizowanie wsparcia i pomocy. Wśród respondentów pojawiły się wypowiedzi jasno wskazujące na znaczenie instytucji i placówek aktywizujących oraz wspomagających osoby starsze. Środowisko lokalne z rozbudowaną paletą instytucji i placówek pomocowych prowadzi akcje edukacyjne, uświadamiające, stanowi przestrzeń, w której rodziny osób starszych wiedzą, że mogą liczyć na pomoc i wsparcie. Możliwość dostępu do usług w miejscu zamieszkania znacznie usprawnia czynności opiekuńcze, umożliwiając rodzinom aktywne zaangażowanie w życie najstarszych swoich członków. Respondenci wskazywali ponadto, że w miastach liczba i dostępność do usług instytucji i placówek, zarówno wsparcia dziennego jak i całodobowego, jest znacznie większa niż w małych gminach czy na wsiach:

Kraków jest bardzo dużą aglomeracją i posiada bardzo dobrą ofertę skierowaną do seniorów, nawet osoby starsze z dalszych dzielnic mogą bez problemu dojechać do centrum miasta, by skorzystać z zajęć skierowanych do nich. Gorzej sytuacja wy-

gląda w małych gminach lub na wsiach, gdzie brakuje placówek ukierunkowanych na realizację potrzeb osób starszych (Kierownik 1).

Ważnym czynnikiem przyczyniającym się do zaangażowania krewnych w opiekę jest dobry stan zdrowia seniora. Jak zauważyli respondenci, w stosunku do osób starszych starzejących się w sposób patologiczny rodzina niechętnie podejmuje działania pomocowe, co nie zawsze wynika z braku chęci lecz z lęku.

Rodziny mówią wprost, że boją się sprawować opiekę, boją się pielęgnacji seniora, nie potrafią przezwyciężyć pewnego rodzaju wstydu, że muszą przebierać mamę czy tatę. Często nie wiedzą w ogóle, jak odpowiednio zadbać, by nie było odleżyn, albo zastawiają się, czy dobrze nakarmili seniora. Niektórzy krewni chcą pomagać i na swój sposób i możliwości włączają się w ten proces (Respondent A).

Zauważyłam taką tendencję, jeśli senior jest komunikatywny, rozpoznaje członków swojej rodziny, potrafi z nimi porozmawiać, to rodzina przychodzi, interesuje się. Problem zaczyna się w momencie, gdy senior cierpi na demencję, otępienie, nie porusza się, nie rozpoznaje bliskich, wtedy często rodziny rezygnują z odwiedzin (Respondent D).

Jak pokazały rozważania teoretyczne, starość patologiczna jest naznaczona licznymi niekorzystnymi zmianami w obrębie funkcjonowania człowieka starszego. Wraz z postępującym upośledzeniem pogorszeniu ulega odczuwana jakość życia, która w znacznej mierze uwarunkowana jest stanem zdrowia. Opieka nad osobą chorą przewlekle wymaga realizacji dużo większej ilości zadań, niż w przypadku seniorów starzejących się w sposób pomyślny lub prawidłowy. Niezależność osoby starszej, samodzielne wykonywanie podstawowych czynności dnia codziennego, znacznie ułatwiają krewnym wspieranie seniorów i pomaganie im. W takich okolicznościach nie zachodzi potrzeba opieki całodobowej, senior często sam podejmuje aktywność rodzinną, aby pomóc bliskim. Inaczej sytuacja kształtuje się w momencie, gdy osoba starsza staje się niesamodzielna, a jedyną formą aktywności jest leżenie w łóżku.

Czynnikiem, które, w percepcji badanych, również mogą być istotne w momencie wystąpienia konieczności sprawowania opieki, są pozytywne doświadczenia rodzinne, dobre relacje. Czynnikiem ten wiąże się bezpośrednio z uwarunkowaniami życia rodzinnego i korelacjami, jakie zachodzą pomiędzy krewnymi. Środowisko rodziny prawidłowo funkcjonującej determinuje realizację zadań usługowo-opiekuńczych wobec najstarszych członków. Oczywiście należy pamiętać, że są to kwestie bardzo indywidualne, jednak – w percepcji badanych – seniorzy posiadający kochających krewnych, którzy doceniają wartość osoby starszej, chętniej podejmują się zadań opiekuńczych. W tym miejscu należy także zwrócić uwagę, że – według respondentów – to, czy rodzina udziela wsparcia i opieki zależne jest od postawy samego seniora i jego akceptacji starości i pojawiających się ubytków:

Nasza uczestniczka ma 87 lat, ma problemy z poruszaniem się, jest po nowotworze, ma problemy z sercem. Pomimo złego stanu zdrowia jest bardzo życzliwa, zawsze uśmiechnięta, nigdy nie słyszałam, aby narzekała. Mieszka sama, jednak codziennie ktoś z rodziny ją odwiedza i pomaga. Ta starsza osoba swoim optymizmem zaraża swoje dzieci, wnuki i prawnuki i dlatego tak chętnie jej pomagają i wspierają (Kierownik 4).

Analiza materiału badawczego, w kontekście roli rodziny w procesie wspierania i opieki osób starszych, pozwala przyjąć, że rodzina stanowi podstawowy element środowiska lokalnego. Pomimo znaczącej roli rodziny, respondenci podkreślają, że system wspierania osób starszych i ich rodzin musi ulec modyfikacji. W toku przeprowadzonych analiz zauważono, że personel instytucjonalnych form wsparcia jest świadom zadań, roli, ale i problemów, z jakimi borykają się opiekunowie nieformalni, szczególnie niesamodzielnych osób starszych. Starzenie się patologiczne znacznie obciąża system rodziny nie zawsze dysponującej umiejętnościami i wiedzą niezbędnymi do tego, aby prawidłowo opiekować się seniorem. W takich sytuacjach ważne stają się działania dwutorowe, podejmowane zarówno przez opiekę nieformalną, jak i formalną, których liczba wciąż jest niewystarczająca. Uzyskane wyniki badań są zbieżne z dotychczasowym stanem wiedzy, jednak pojawiły się także nowe obszary badawcze wymagające dalszego poznania w aspekcie roli rodziny w życiu seniora oraz uwarunkowań, utrudniających lub umożliwiających krewnym sprawowanie opieki wobec osób starszych. W toku prowadzonych analiz zostały także nakreślone obszary działań systemowych wymagające modyfikacji i usprawnienia.

#### **4. Modyfikacje i kierunki zmian dotychczasowych działań podejmowane przez instytucje**

Jak pokazały dotychczasowe rozważania, rola instytucjonalnych form wsparcia osób starszych w środowisku lokalnym jest znacząca. Paleta zadań, jakie stoją przed placówkami działającymi na rzecz seniorów, ulega przeobrażeniom i modyfikacjom pod względem pojawiających się zmian i potrzeb. Instytucjonalne wsparcie stanowi nieodzowny element systemu opieki i pomocy seniorowi. Placówki koncentrujące się na problemach najstarszych kohort ściśle wpisują się w idee gerontologicznej pracy socjalnej, która w Polsce dopiero się rozwija. Postępujący proces starzenia się bezpośrednio wpływa na funkcjonowanie systemu opieki, pomocy i ochrony zdrowia. Koniecznym staje się dostosowywanie usług do potrzeb osób starszych, których starość może się wiązać chorobą.

Formalny system opieki, jak pokazały dotychczasowe wyniki badań własnych, nie zawsze jest uzupełniany przez opiekę rodzinną. Jak wskazywali respondenci, zaniechanie opieki i kontaktów ze starszą osobą, występuje znacznie częściej, gdy zostaje ona umieszczona w placówkach opieki całodobowej. Sytuacja ta może wynikać z faktu, że mieszkańcami tych placówek w znacznej mierze zostają osoby przeżywające starość patologiczną

lub z czasem jej doświadczające. Placówki wsparcia dziennego, jak pokazały analizy dokonane w rozdziałach teoretycznych, w zdecydowanej większości podejmują działania na rzecz seniorów starzejących się w sposób prawidłowy lub pomyślny. Dotychczasowe analizy wyników badań własnych jasno pokazują, że osoby w wieku senioralnym, które prezentują dobry stan zdrowia, w percepcji badanych, funkcjonują lepiej, a jakość ich życia jest lepsza, bowiem są samodzielne. Niezależność determinuje sposób funkcjonowania społecznego, możliwość uczestniczenia w ofercie aktywizującej, a co z tym związane – zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu. Jak wynika z analiz dokonanych w paragrafie 4.1, placówki opieki całodobowej, z racji mieszkańców i profilu działalności, w znacznej mierze koncentrują się na podstawowych potrzebach, związanych z organizacją dnia, zapewnieniem usług pozwalających na przeżywanie starości z uznaniem szacunku i podmiotowości. Instytucje wsparcia dziennego zaś podejmują działania ukierunkowane na aktywizację, integrację ze środowiskiem lokalnym, motywowaniem do zmiany. Jak wynika z badań własnych, placówki wsparcia dziennego znacznie częściej koncentrują się na seniorach odczuwających dobrostan zdrowotny w celu wpływania na jakość ich życia i utrzymania jak najdłużej optymalnego poziomu niezależności i samodzielności.

**Rysunek 2.** Obszary, które powinny ulec modyfikacjom w aspekcie instytucjonalnych form wsparcia osób starszych



**Źródło:** opracowanie własne.

Mimo że respondenci postrzegali rolę instytucjonalnych form wsparcia pozytywnie, w badaniach skoncentrowano się także na zmianach i modyfikacjach, jakie według nich powinny zostać podjęte w placówkach i środowiskach lokalnych, gdzie żyje coraz więcej osób starszych. Na rysunku 2 zaprezentowano obszary działalności instytucjonalnych form wsparcia, które w percepcji badanych powinny ulec modyfikacjom.

Według badanych liczba placówek wsparcia dziennego i opieki całodobowej jest niewystarczająca, a ich finansowanie nie jest w stanie pokryć kosztów realizacji pojawiających się zadań: „Moim zdaniem zadania podejmowane przez instytucję, w której pracuję, wymagają dofinansowania, bo obecnie te środki są niewystarczające. Pracownicy ciągle są informowani, że to trzeba zrobić dobrze, ale taniej, co w praktyce wychodzi słabo” (Kierownik 1).

Wprawdzie w gminie Kraków działają liczne instytucje koncentrujące się na osobach starszych, jednak „ich liczba w stosunku do zapotrzebowania jest niewystarczająca. Mamy limit miejsc, a co najmniej dwa razy w tygodniu ktoś dzwoni zapytać, czy można dołączyć do uczestników” (Kierownik 1).

Respondenci zauważają także braki w specjalistycznych dziennych placówkach, które z jednej strony pozwalają osobie doświadczającej starości patologicznej na podejmowanie aktywizacji, z drugiej zaś – odciążają opiekunów nieformalnych.

W Krakowie, ale chyba i w całej Polsce, brakuje placówek, które w trybie dziennym oferowałyby pomoc i wsparcie seniorom demencyjnym, z chorobą Alzheimera, Parkinsona. Według mnie ci seniorzy nie muszą być umieszczani od razu w domach pomocy społecznej, wystarczy że będą mieć zapewniony dostęp do specjalistycznych placówek, które będą posiadać ofertę skierowaną bezpośrednio do ich potrzeb i możliwości (Kierownik 3).

Jak wskazują dane demograficzne oraz literatura przedmiotu, zwiększająca się populacja osób w wieku 75+ będzie wymuszać na polityce społecznej wzmożoną aktywność w kontekście organizowania i poszerzania oferty skierowanej właśnie do tej grupy wiekowej. Jak zauważają badani, „osoby, które były aktywne przez całe swoje życie i w okresie starości, takie będą. Problemem staje się dotarcie do seniorów, którzy są w domach i nie wiedza jak lub nie chcą podejmować aktywności”. Respondenci zwracali także uwagę na ograniczenia finansowe, które uniemożliwiają im dotarcie do większego grona adresatów:

Moglibyśmy przyjąć więcej osób starszych do naszej placówki, ale ze względu na niemożność dostarczenia bezpłatnej usługi transportowej to wielu seniorów i rodzin rezygnuje z ubiegania się o pobyt. Usługi transportowej nie możemy zrealizować, bo pomimo posiadania dwóch busów do przewozu osób niepełnosprawnych (zakupionych z pieniędzy unijnych) to nie mamy pieniędzy na kolejny etat kierowcy i szkolenie dotyczące obsługi windy dla niepełnosprawnych.



Obok konieczności zwiększenia liczby placówek oraz podniesienia finansowania badani pracownicy wskazywali, że często nie mogą w pełni poświęcić się realizacji zadań związanych z wspieraniem i pomocą seniorowi, ponieważ powiększająca się skala czynności biurokratycznych znacznie im to utrudnia:

Z pewnością zmianie musi ulec poświęcenie większej uwagi seniorom, zwiększenie czasu na przebywanie i pracę z nimi, a mniej papierologii (Respondent B).

Bardzo dużo jest instytucji i realizują mnóstwo zadań według bardzo zbiurokratyzowanych zasad i kryteriów. Mam niekiedy wrażenie, że ta wielość aktów prawnych jest po to tworzona, aby przybywało kolejnych etatów urzędniczych, gdyż już nikt ze zwykłych „zjadaczy chleba” nie będzie w stanie się połapać, co, gdzie i jak wypełnić, aby otrzymać konkretną pomoc lub wsparcie, a już na pewno nie schorowany senior (Respondent A).

Pojawiające się zapisy i konieczność dokumentowania mogą wpływać na dotarcie do potrzebującej osoby. Samotni seniorzy niemogący liczyć na pomoc i wsparcie otoczenia, rezygnują ze skorzystania z oferty pomocowej z racji zawikłanej procedury lub braku dostępu do rzetelnych informacji. Taka sytuacja może być generowana przez stan zdrowia, wykształcenie, miejsce zamieszkania, brak wsparcia ze strony rodziny, która mogłaby pomóc załatwić sprawy urzędowe.

Z perspektywy badanych ważnym czynnikiem pozytywnie wpływającym na funkcjonowanie instytucjonalnych form wsparcia seniora, jest także społeczna świadomość związana z rolą i zadaniami tychże instytucji. „Im więcej informacji na temat naszej działalności posiada otoczenie, w którym funkcjonujemy, tym lepiej dla naszego rozwoju. Możemy wtedy szybciej coś załatwić, podjąć współpracę, zachęcić do zaangażowania się w naszą działalność” (Respondent G).

Wyniki badań własnych wskazują, że placówkom rozpoznawalnym w środowisku lokalnym przypisywane są dobre cechy, są otwarte i nastawione na integrację uczestników z otoczeniem, będą też lepiej oddziaływały i docierały do potencjalnych adresatów i ich rodzin. Promowanie dobrego wizerunku placówki w środowisku lokalnym, według badanych, nie było nigdy tak łatwe jak współcześnie. Można bowiem cel ten osiągać przez „media społecznościowe, gazetki lokalne, telewizję lokalną, spoty społeczne, różnego rodzaju ulotki promujące, dni otwarte, promowanie się na Senioraliach i konferencjach, gdzie odbiorcami są osoby starsze lub opiekunowie rodzinni” (Respondent E). Promocji może także pomagać współpraca z organizacjami trzeciego sektora oraz proboszczami danych parafii lub przedstawicielami związków wyznaniowych. Kreowanie pozytywnego wizerunku instytucjonalnych form wsparcia osób starszych może przyczyniać się do niwelowania negatywnych stereotypów, a także zwiększać możliwości dotarcia do potrzebujących.

W kontekście omawianej problematyki należy zwrócić uwagę na fakt, że badani pracownicy są świadomi, jakie znaczenie dla osób w wieku senioralnym mają ich rodziny.

Każdy z badanych akcentował w swoich wypowiedziach konieczność intensyfikacji działań zachęcających krewnych seniora do podejmowania współpracy i zwiększenia kontaktu. Funkcjonowanie całego systemu znacznie usprawniłoby wprowadzenie modelowego rozwiązania, w którym to bliscy poświęcają swój czas osobie starszej, a z drugiej strony zarówno senior, jak i jego rodzina otrzymują adekwatną pomoc od placówek wspierających. Według badanych uregulowanie sytuacji prawnej opiekunów nieformalnych, rozwinięcie systemu opieki wytchnieniowej dla opiekunów niesamodzielnych osób starszych bezpośrednio przyczyniłyby się do odciążenia instytucji i sprawowania opieki przez rodziny i krewnych. Badani w swoich wypowiedziach wskazywali, że dobrze prosperującą instytucją, działającą holistycznie zarówno w stosunku do seniorów, jak i ich rodzin, jest Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie.

Placówka ta działa od 2018 roku<sup>75</sup>, od dnia 1 lipca 2019 roku zakres realizowanych w Miejskim Centrum Opieki usług rozszerzony został o Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi. Obecnie Miejskie Centrum Opieki w Krakowie funkcjonuje na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Opiekę nad pacjentami sprawuje profesjonalna kadra medyczna wszechstronnie wykształconych i doświadczonych lekarzy, pielęgniarek, opiekunek i dietetyczek. W Centrum z pacjentami pracuje prężny zespół psychologów, rehabilitantów oraz terapeutów zajęciowych<sup>76</sup>. Od 1 lipca 2021 roku Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie rozszerzyło swoją działalność o usługi opieki wytchnieniowej<sup>77</sup>. Problematyka opieki wytchnieniowej w niniejszej dysertacji wybrzmiewa bardzo mocno. Każdy z respondentów, w różnych kontekstach wskazywał na ten rodzaj opieki jako jeden z ważniejszych elementów wspierania osób starszych oraz ich opiekunów. Ten typ świadczenia jest znaczącym elementem pomocy społecznej, który w Polsce dopiero się rozwija.

W polskim ustawodawstwie pierwszy program skoncentrowany na opiece wytchnieniowej został ogłoszony w roku 2019 w dokumencie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zatytułowanym *Program Opieka wytchnieniowa – edycja 2019*. Obecnie co roku pojawiają się nowe edycje tego programu. Jego celem jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi lub osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Program realizowany jest w trzech podstawowych Modułach:

- Moduł I – świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego,

<sup>75</sup> Początki placówki datuje się na wcześniejszy okres. Od 2018 roku funkcjonuje pod obecną nazwą.

<sup>76</sup> Szerzej: *Historia Zakładu*, <https://mco.krakow.pl/historia-zakladu> [dostęp: 19.04.2021].

<sup>77</sup> Szerzej: *Opieka wytchnieniowa w Miejskim Centrum Opieki*, <https://mco.krakow.pl/opieka-wytchnieniowa-w-miejskim-centrum-opieki> [dostęp: 12.04.2021].

- Moduł II – świadczenie usługi opieki wytchnieniowej jako rozszerzenie usług opiekuńczych w ramach pobytu całodobowego,
- Moduł III – świadczenie usług opieki wytchnieniowej poprzez zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji / rehabilitacji i dietetyki<sup>78</sup>.

Za realizację programu odpowiadają gminy i powiaty, w których istnieje potrzeba świadczenia usług tego typu. Jak już wspomniano, w gminie Kraków program ten jest realizowany między innymi w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych.

Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne, problematyka opieki wytchnieniowej będzie stanowiła dla opiekunów nieformalnych niesamodzielnych osób starszych istotny obszar rozważań teoretycznych i praktycznych. Formalny system wsparcia seniorów nie będzie w stanie w pełni odpowiedzieć na rosnące zapotrzebowanie na liczne usługi i świadczenia. Rodziny będą musiały przyjmować zadania związane z opieką nad osobą starszą, a tym samym należy stworzyć odpowiednie regulacje prawne, które jasno określą i uregulują sytuację opiekunów rodzinnych. Pomoc i wspieranie opiekunów nieformalnych znalazły także odzwierciedlenie w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, szczegółowo omówionym w paragrafach 4.1 i 4.3. W opinii badanych, mimo że sukcesywnie zwiększa się skala działań skoncentrowanych na opiekunach rodzinnych, „[...] należy znacznie zwiększyć liczbę programów ogólnokrajowych podnoszących wiedzę i umiejętności rodzin i opiekunów osób starszych, szczególnie w kwestii pracy i obsługi osób starszych z zaburzeniami psychicznymi i emocjonalnymi” (Kierownik 2). Na podstawie uzyskanych wypowiedzi można wnioskować, że z punktu widzenia pracowników placówek wspierających seniorów pomoc oferowana rodzinom nie jest wystarczająca i nie odpowiada w pełni na zapotrzebowanie.

Kwestia opiekunów nieformalnych osób starszych niesamodzielnych również wymaga rozwiązań prawnych i wsparcia finansowego. Opieka wytchnieniowa raz w roku przez 14 dni nie rozwiązuje w żaden sposób narastającego problemu tej powiększającej się grupy osób, które (szczególnie na prowincji) zostały same z niesamodzielnym seniorem, z dala od instytucji działających, ale w większych miastach (Respondent A).

Z wypowiedzi badanych jasno wynika, że przez rozwiniętą opiekę wytchnieniową możliwe stanie się promowanie opieki domowej, co znacznie odciąży system opieki formalnej i pozwoli dotrzeć z odpowiednią ofertą skierowaną do seniorów zarówno w dużych miastach, jak i w małych wioskach.

<sup>78</sup> Szarzej: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019*, pobrano z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/nabor-wnioskow-w-ramach-programu-opieka-wytchnieniowa-edycja-2019> [dostęp: 11.05.2021].

Wyniki badań własnych wskazują, że obok odpowiednich szkoleń dla opiekunów rodzinnych konieczne jest dokonanie zmian w systemie doszkalania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników instytucji. Taki stan rzeczy podyktowany jest „rozwojem nowych metod i form pracy z seniorem” (Kierownik 1) oraz „poszerzaniem swojej wiedzy, umiejętności i kompetencji, adekwatnie do potrzeb osób starszych” (Respondent A). Tematyka związana ze szkoleniami i podnoszeniem kwalifikacji zawodowych znalazła odzwierciedlenie w wypowiedziach typu:

Muszą pojawić się szkolenia personelu z umiejętności miękkich pozwalających na skuteczną komunikację z seniorami i ich rodzinami. Duże znaczenie ma podejście zespołowe, obejmujące odpowiednie umiejętności w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych (respondent D).

Pewnego rodzaju bolączką systemu wsparcia osób starszych jest brak specjalistycznych szkoleń dla kadry pracującej z przewlekle chorym (Respondent B).

Badani w swoich wypowiedziach wskazywali także na dużą rotację jeśli chodzi o zatrudnienie w instytucjonalnych formach wsparcia oraz stosunkowo niskie wynagrodzenia. Sytuacja ta musi ulec zmianie, biorąc pod uwagę fakt, iż w niedalekiej przyszłości będzie brakować personelu pracującego i opiekującego się najstarszymi członkami społeczeństwa.

Dokonane analizy pokazały, że pomimo znaczącej roli instytucjonalnego systemu wsparcia osób starszych pojawiają się liczne obszary wymagające modyfikacji i zintensyfikowania działań. Należy podkreślić, że większa część przeobrażeń systemu zależy od działań na szczeblu władz gminy lub powiatu. Rządowe programy oczywiście pozwalają na realizację wielu zadań z zakresu polityki senioralnej, niemniej jednak pozostawiają także sporą przestrzeń na oddziaływanie i inicjatywy lokalne, które mogą polepszyć ofertę skierowaną do osób starszych.

W percepcji badanych obecny system instytucjonalnej opieki seniorów, nie jest w pełni przygotowany na powiększającą się liczbę osób starszych. Według respondentów w wielu obszarach są konieczne zmiany, które pozwolą na stworzenie jednolitego i efektywnego systemu wsparcia zarówno osób starszych, jak i opiekunów rodzinnych.

## ZAKOŃCZENIE I POSTULATY PRAKTYCZNE

W przedstawionej dysertacji skoncentrowano się na roli i zadaniach instytucjonalnych form wsparcia osób starszych na terenie gminy Kraków. Rozważania teoretyczne oraz analiza wyników badań własnych prowadzą do wniosku, że instytucjonalne formy opieki stanowią znaczący element środowiska lokalnego, który warunkuje odczuwaną jakość życia adresatów. Poprzez swoją działalność placówki różnego typu umożliwiają swoim mieszkańcom/uczestnikom partycypację społeczną, tym samym przyczyniając się do zaspokajania licznych potrzeb.

W percepcji badanych pracowników zadania placówek w znacznej mierze koncentrują się na aktywizowaniu, wspieraniu, motywowaniu do zmian, kreowaniu przyjaznych przestrzeni umożliwiających realizację idei aktywnego starzenia. Dzięki swojej działalności instytucje tworzą miejsca, gdzie starość jest traktowana jako normalny etap ludzkiego życia, na którym się można nadal rozwijać. Kadra domów pomocy społecznej podkreślała rolę placówek tego typu w przeżywaniu godnej starości, szczególnie w momencie wystąpienia polipatologii. Pracownicy są świadomi, że instytucje wsparcia całodobowego, w większości przypadków, odpowiadają na zapotrzebowanie i opiekę seniorów chorych przewlekle, dementujących. Jakość życia tych podopiecznych z czasem może ulegać obniżaniu, co jest związane nie tylko z przebywaniem w placówce, ale w znacznej mierze uwarunkowane obniżaniem i ograniczaniem liczby predyktorów pomyślnej starości. Inne zadania realizują placówki wsparcia dziennego, w których, jak wynika z materiału badawczego, realizowane są działania skoncentrowane na aktywizowaniu i integracji społecznej seniorów przeżywających starość prawidłową i pomyślną. Placówki tego typu, w percepcji badanych, mogą stanowić „łącznik” międzygeneracyjny, umożliwiający wychowanie i przygotowanie młodszych pokoleń do własnej starości przez urzeczywistnianie idei dialogu międzypokoleniowego.

Zakres zadań i funkcji, jakie instytucjonalne formy wsparcia powinny realizować w środowisku lokalnym, określają dokumenty ogólnopolskie, takie jak: ustawa o pomocy społecznej, rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej oraz *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*. Jak pokazują dokonane analizy, ważnymi dokumentami, które w środowiskach pozwalają na kształtowanie aktywnej polityki senioralnej, są lokalne programy oraz wewnętrzne dokumenty placówek, w tym: regulaminy, karty praw i obowiązków mieszkańca/uczestnika, statuty. Na terenie gminy Kraków realizowany jest *Program Aktywności i Integracji Osób Starszych na lata 2021–2025*. Założenia programu jasno wskazują, że środowisko Krakowa rozwija się pod względem dostępności usług i form wsparcia seniorów. Jak pokazały dokonane analizy, gmina Kraków podejmuje działania skoncentrowane nie tylko na seniorach z dobrym stanem zdrowia, przeżywających starość pomyślną lub prawidłową, ale także kon-



centruje się na zwiększeniu partycypacji społecznej niesamodzielnych osób starszych oraz ich opiekunów rodzinnych.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że w zależności od typu placówki zauważa się różnice w funkcjonowaniu, oddziaływaniu na seniora, zaspokajaniu potrzeb. Instytucje wsparcia całodobowego muszą koncentrować się niejako na organizacji całego dnia swoim mieszkańcom. Realizują liczne zadania związane z codzienną egzystencją oraz umożliwiają udział w różnorodnych zajęciach usprawniających. Dzięki zajęciom z różnych form terapii zajęciowej mieszkańiec ma możliwość realizowania swoich pasji, usprawniania funkcji poznawczych, spowalniania objawów postępującej choroby, a także nawiązywania nowych znajomości. Domy pomocy społecznej koncentrują się w pierwszej kolejności na zaspokajaniu potrzeb bytowych. W katalog tych potrzeb można wpisać potrzeby: pokarmowe, mieszkaniowe, odzieżowe, zdrowotne, lokomocyjne i bezpieczeństwa. Drugim rodzajem potrzeb, które w percepcji badanych są zaspokajane w tego typu domach, są potrzeby społeczne takie jak potrzeba przynależności do grupy, potrzeba uznania społecznego, potrzeba integracji. Placówki wsparcia całodobowego dbają także o zaspokojenie potrzeb związanych z indywidualnym rozwojem, utrzymaniem kontaktów z bliskimi seniora. Badani pracownicy, zauważają, że problematyczne w ramach funkcjonowania placówek całodobowych jest zaspokajanie potrzeb niezależności i samodzielności. Fakt ten w dużej mierze wynika ze sformalizowanego charakteru domu, a także ze stanu zdrowia mieszkańców.

Szeroki katalog placówek wsparcia dziennego na terenie gminy Kraków znacznie ułatwia funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie lokalnym. Osoby mogą korzystać z rozległej oferty zajęć, podejmować różne formy aktywności, zaspokajając potrzeby i tym samym utrzymywać zadawalającą jakość życia. Placówki wsparcia dziennego, w percepcji badanych, koncentrują się na zaspokajaniu potrzeb związanych z integracją, przynależnością, aktywizowaniem, edukacją w okresie starości, uznaniem społecznym a także jak najdłuższym utrzymaniem samodzielności podopiecznych. Respondenci mocno podkreślają rolę różnych form aktywizacji, która pozwala wykonywać seniorom społecznie użyteczne zajęcia, tym samym wpływając na odczuwaną satysfakcję życiową jednostek. Nie bez znaczenia dla zakresu zaspokajanych potrzeb w placówkach wsparcia dziennego jest stan zdrowia i stopień samodzielności uczestników. W odróżnieniu od placówek wsparcia całodobowego uczestnikami są osoby samodzielne, niezależne, korzystające z pomocy i wsparcia rodziny lub środowiska w małym zakresie, posiadające zadowalający poziom zdrowia, który umożliwia im partycypację i aktywizację społeczną. Mimo że respondenci z reguły wskazywali na pozytywne aspekty funkcjonowania placówek w środowisku lokalnym, zauważali, że prawidłowo funkcjonująca rodzina stanowi optymalne środowisko wsparcia i pomocy seniorom.

Współczesne przemiany społeczno-kulturowe doprowadziły do rozluźnienia więzi rodzinnych a tym samym ograniczenia funkcji usługowo-opiekuńczych wobec najstarszych członków. Panujący model rodziny, w percepcji badanych, znacznie utrudnia

sprawowanie opieki nad seniorem w warunkach domowych. Respondenci zauważali, że rodziny powinny stanowić pierwsze, podstawowe środowisko udzielające seniorowi pomocy, jednak zakres wsparcia jest determinowany przez szereg różnorodnych czynników. Do katalogu barier, które mogą utrudniać rodzinie realizowanie funkcji opiekuńczej wobec najstarszych krewnych, respondenci zaliczyli: warunki lokalowe, problemy finansowe i rodzinne, negatywne uwarunkowania życia rodzinnego, samotne zamieszkiwanie, presję środowiska, migracje zawodowe młodszych pokoleń, niewystarczający poziom wsparcia ze strony środowiska i instytucji, które mogłoby ułatwić rodzinie sprawowanie opieki. Badani zauważali ponadto, że pewnego rodzaju przeszkodę może stanowić złe funkcjonowanie instytucji pomocowych. W toku przeprowadzonych badań na każdym etapie pojawiały się wskazania świadczące o tym, że obecny system opieki wytchnieniowej dla nieformalnych opiekunów osób niesamodzielnych jest niewystarczający, co zniechęca rodziny do angażowania się w opiekę i pomoc. Mimo że ta najmniejsza grupa społeczna powinna stanowić podstawę zaspokajania potrzeb seniorów, często ciężar odpowiedzialności jest przerzucany na formalny system wsparcia. Jak wskazują otrzymane wyniki, wsparcie seniorów, którzy prezentują dobry stan zdrowia, jest łatwiejsze dla rodzin i częściej podejmowane niż w stosunku do seniorów przeżywających starość patologiczną. Obok stanu zdrowia duże znaczenie dla rodziny w aspekcie podjęcia opieki nad osobą starszą ma działalność instytucji pomocowych w środowisku lokalnym, pozytywne uwarunkowania życia rodzinnego, dostępność do programów i świadczeń pomocowych, dostępność do opieki wytchnieniowej, status materialno-ekonomiczny, a także miejsce zamieszkania. Rozwój instytucjonalnych form wsparcia, zmiany społeczne oraz dotyczące funkcjonowania rodzin, dostępności dóbr i usług, przyczyniły się do przeobrażeń na płaszczyźnie związanej ze sprawowaniem opieki nad osobami starszymi i udzielaniem im pomocy. Katalog barier utrudniających podejmowanie i realizowanie funkcji usługowo-opiekuńczej wobec najstarszych członków rodzin jest stosunkowo szeroki. Jak zauważają jednak badani, rola rodziny jest niezastąpiona dla seniora, dlatego też należy usprawnić system w taki sposób, aby środowisko rodzinne mogło angażować się we wsparcie i świadczyć pomoc.

W dysertacji skoncentrowano się także na obszarach, które w percepcji badanych powinny zostać usprawnione w działających placówkach. Jak wskazują wyniki, respondenci zauważają potrzebę zwiększenia liczby placówek wspierających w środowisku lokalnym, ze szczególnym uwzględnieniem form dziennych umożliwiających jednostce przebywanie w rodzinie, a z drugiej strony przyczyniających się do odciążenia opiekunów nieformalnych. Badani widzą także potrzebę przeprowadzenia zmian w całym systemie. Miałyby one polegać choćby na ograniczeniu do minimum drogi urzędniczej w celu skorzystania z oferty pomocowej, rozbudowie systemu opieki wytchnieniowej, podnoszeniu kwalifikacji kadry placówek ze szczególnym uwzględnieniem nowych metod i technik pracy z seniorem starzejącym się w sposób patologiczny. Wśród wypowiedzi pojawiły się także takie, które podkreślają zbyt niskie wynagrodzenia pracowników instytucjonalnych form wsparcia se-

niorów, za małe finansowanie placówki, co odbija się na dostępności ale także na zakresie realizowanych zadań.

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych zostały stworzone postulaty praktyczne, które znajdują odzwierciedlenie uzyskanych wyników:

**Postulat 1:** Gmina miejska Kraków dysponuje rozbudowanym systemem wsparcia i opieki nad osobami starszymi, jednak w środowiskach lokalnych brakuje specjalistycznych placówek wsparcia dziennego, które mogłyby stanowić pewnego rodzaju „łącznik” między opieką nieformalną i formalną. Zwiększenie liczby placówek tego typu pozwoliłoby na partycypację społeczną seniorów z polipatologią oraz odciążenie środowiska rodzinnego pozostającego podstawowym środowiskiem wspierającym.

**Postulat 2:** Należy podjąć działania promocyjne, edukacyjne w celu zniwelowania negatywnego obrazu placówek wsparcia całodobowego w środowisku lokalnym.

**Postulat 3:** Należy zwiększyć zakres programów skoncentrowanych na opiekunach nieformalnych, z uwzględnieniem opieki wyręczającej. Rozwój opieki wyręczającej, zwiększenie jej dostępności i rozszerzenie zakresu pozytywnie wpłynie na zaangażowanie rodziny w sprawowanie opieki nad chorym seniorem, co bezpośrednio przyczyni się do współdziałania systemów opieki nieformalnej i formalnej.

**Postulat 4:** Jak wynika z dokonanych analiz, należy podjąć działania systemowe, które uregulują sytuację opiekunów nieformalnych, a z drugiej strony niejako zobowiążą krewnych do angażowania się w opiekę nad seniorem, nawet w momencie, gdy przebywa on w placówce wsparcia całodobowego.

**Postulat 5:** Rozwiązaniem, które bezpośrednio przełoży się na funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie, jest zwiększenie zadań ukierunkowanych na wychowanie ku, przez i do starości. Gmina Kraków realizuje liczne przedsięwzięcia z tego zakresu, niemniej – jak pokazują wyniki badań własnych – wystąpienie pandemii przyczyniło się do ich zaniechania, co w konsekwencji doprowadziło do pewnego rodzaju stagnacji.

**Postulat 6:** Sytuacja związana z pandemią ograniczyła lub całkowicie zamknęła placówki wsparcia instytucjonalnego. Stan ten spowodował znaczne obniżenie jakości życia osób starszych oraz doprowadził do częściowego wyizolowania ich z życia społecznego, a co z tym związane – obniżenia jakości życia. W działaniach perspektywicznych, zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym, należy przyjąć rozwiązania na wypadek nagłych sytuacji kryzysowych, które w warunkach ograniczonych możliwości pozwolą na konstruktywne i wartościowe wspieranie seniorów na różnych płaszczyznach.

**Postulat 7:** Zwiększenie liczby placówek wsparcia dziennego, deinstytucjonalizacja placówek opieki całodobowej.

Zaprezentowane postulaty stanowią wskazówki zarówno dla placówek wspierających, jak i instytucji bezpośrednio odpowiedzialnych za kreowanie aktywnej polityki senioralnej na szczeblu lokalnym, regionalnym, ale i centralnym. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i zwiększająca się paletę problemów osób starszych, należy stworzyć spójny system, który pozwoli na współdziałanie i uzupełnianie się rodziny oraz instytucjonalnych form wsparcia. Bez wypracowanych dobrych rozwiązań system opieki nieformalnej nie będzie w stanie podejmować opieki i zaspokajać potrzeb seniorów, natomiast system opieki formalnej bez pomocy i wsparcia rodziny będzie zbyt obciążony, co w konsekwencji może prowadzić do sytuacji, gdy nie wszyscy potrzebujący otrzymają specjalistyczne wsparcie.

Niniejsza dysertacja stawowi podstawę do dalszych rozważań i podjęcia dyskursu naukowego w obrębie funkcjonowania nieformalnego i formalnego systemu wsparcia w aspekcie starzenia się społeczeństw. Jak pokazały uzyskane wyniki badań własnych, istnieje wiele obszarów, które wymagają naukowej penetracji w celu lepszego i pełniejszego zobrazowania omawianej problematyki.

## BIBLIOGRAFIA

- Active Ageing: Voluntary Work by Older People in Europe*, eds. A. Principi, P.H. Jensen, G. Lamura, Bristol 2014.
- Adamska-Chudzińska M., *Rodzina jako swoista grupa społeczna*, „Zeszyty Naukowe” / Akademia Ekonomiczna w Krakowie 1991, nr 354, s. 129–142.
- Adamski F., *Rodzina: wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002.
- Adult learning and community development*, eds. A. Fragoso, E. Kurantowicz, E. Lucio-Villegas, Wrocław 2008.
- Akimjak A., Pikuła N., *Kontakty społeczne i komunikacja w życiu osób starszych jako komponent pracy socjalnej*, „Disputationes Scientifcae” 2011, nr 2, s. 85–101.
- Aktywne starzenie, aktywna starość*, red. J. Perek-Białas, Kraków 2005.
- Aleksander T., *Uniwersytet Trzeciego Wieku w Polsce*, „Rocznik Pedagogiczny” 2001, t. 24, s. 101–123.
- Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2005.
- Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, Warszawa 2013.
- Balicka-Kozłowska H., *Potrzeba bezpieczeństwa u ludzi starszych*, „Studia i materiały IPISS” 1980, z. 16.
- Baltes P.B., Baltes M.M., *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation on successful aging*, w: *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, eds. Baltes P.B., Baltes M.M., Cambridge 1990, s. 1–34.
- Banach M., Matejek J., *Seniorzy gwarantem rodzinnych tradycji i zwyczajów świątecznych*, w: *Senior w rodzinie i instytucji społecznej*, red. J. Matejek, E. Zdebska, Kraków 2013, s. 75–86.
- Bańka A., *Psychologia jakości życia*, Poznań 2005.
- Barcikowska M., *Otępienie u osób w wieku podeszłym*, w: *Geriatrics. Wybrane zagadnienia*, red. K. Galus, Wrocław 2007, s. 235–249.
- Barwińska D., *Wolontariat seniorów źródłem aktywnego życia społecznego – na tle doświadczeń niemieckich*, w: *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, red. A. Fabiś, Bielsko-Biała 2007, s. 83–92.
- Bauman Z., *Płynne życie*, Kraków 2007.
- Baumann K., *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, „Gerontologia Polska” 2006, t. 14, nr 4, s. 165–171.
- Becker-Pestka D., Kubiński G., Łojko M., *Różne obszary wykluczenia społecznego w Polsce. Wybrane zagadnienia*, Wrocław 2017.
- Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań 2004.
- Bereźnicka M., *Wychowanie dziecka we współczesnej rodzinie*, Kraków 2014.



- Białyżyk K., *Aktywność edukacyjna i społeczna kobiet w okresie późnej starości*, Kraków 2020.
- Białyżyk K., *Aktywność edukacyjna kobiet w wieku 90+*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2020, nr 2, s. 97–110.
- Białyżyk K., *Aktywność społeczna osób starszych a poczucie ich osamotnienia*, w: *Oblicza starości we współczesnym świecie*, t. 2, *Perspektywa społeczno-kulturowa*, red. M. Guzewicz, S. Steuden, P. Brudek, Lublin 2015, s. 121–142.
- Białyżyk K., *Działalność ośrodków wsparcia dla osób starszych na przykładzie Ośrodka Wsparcia dla Osób Starszych Caritas Archidiecezji Krakowskiej*, w: *Wsparcie społeczne w działalności wybranych instytucji i pracowników służb społecznych*, red. J. Matejek, R. Spyрка-Chlipała, B. Stańkowski, Kraków 2015, s. 89–105.
- Białyżyk K., *Holistyczne oddziaływanie na seniorów – doświadczenia Ośrodka Wsparcia dla Osób Starszych Caritas Archidiecezji Krakowskiej*, w: *Starzenie się: problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*, red. M. Nóżka, M. Smagacz-Podziemka, Kraków 2014, s. 153–160.
- Białyżyk K., *Instytucjonalne formy wsparcia osób starszych*, w: *Pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności*, red. T.W. Gierat, E. Kucharska, A. Grudziński, Kraków 2012, s. 315–324.
- Białyżyk K., *Wielowymiarowy proces starzenia się i starości*, w: *Człowiek wobec bólu, cierpienia i śmierci*, red. J. Stala, N. Bravená, Kraków 2013, s. 35–48.
- Białyżyk K., *Wolontariat w Ośrodku Wsparcia dla Osób Starszych*, w: *Implikacje teoretyczne i praktyczne wolontariatu*, red. A.K. Sadowska, Radom 2013.
- Białyżyk K., *Wyzwania gerontologicznej pracy socjalnej w Polsce. Przegląd zagadnień*, w: *Współczesne wyzwania opieki nad seniorem*, red. M. Wysokiński, Z. Sienkiewicz, W. Fidecki, B. Dziedzic, Warszawa 2020, s. 7–21.
- Białyżyk K., *Znaczenie aktywności edukacyjnej osób starszych w adaptacji do emerytury*, w: *Etyczne i społeczne wymiary pracy*, red. I.M. Świłała, N.G. Pikuła, K. Białyżyk, Kraków 2017, s. 101–117.
- Białyżyk K., Pikuła N., *Niektóre zaburzenia psychiczne w podeszłym wieku – zespół depresyjny i otępienie*, w: *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, red. A.A. Zych, Łask 2012.
- Bień B., *Pomyślne starzenie się*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017.
- Bień B., *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, w: *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2006, s. 42–45.
- Błażnio A., *Okres późnej dorosłości – prawda i mity*, w: *Uniwersytety Trzeciego Wieku – dla siebie i innych*, red. R. Ossowski, A. Ossowska-Zwierzchowska, Kraków 2007.
- Błażnio A., *Potencjał osób w starości. Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*, Bydgoszcz 2019.

- Błachnio A., *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*, Bydgoszcz 2012.
- Błasiak A., *Funkcje rodziny w zmieniającej się rzeczywistości*, w: *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*, red. A. Błasiak, E. Dybowska, Kraków 2010, s. 73–105.
- Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa 2002.
- Błędowski P., *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012, s. 449–466.
- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012.
- Boguszewski R., *Współczesne znaczenie i rozumienie rodziny w Polsce*, „Zeszyty Naukowe KUL” 2015, nr 4, s. 127–148.
- Borczyk W., Nalepa W., Knapik B., Knapik W., *Standardy działania uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce*, Nowy Sącz 2014.
- Bowling A., *Aspiration for Older Age in the 21<sup>st</sup> Century: What is Successful Ageing?*, „International Journal of Ageing and Human Development” 64 (2007), no. 3, s. 263–297.
- Brain Plan dla Polski. Strategiczny Raport dla Zdrowia Mózgu*, Warszawa 2019.
- Braun-Galkowska M., *Nowe role społeczne ludzi starszych*, w: *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Lublin 2006, s. 183–195.
- Brill N.I., *Working with people. The helping process*, Philadelphia 1978.
- Brzezińska A., *Niezbędność dziadków*, „Charaktery”, 2001, nr 5 (52), s. 27–29.
- Brzezińska A.I., *Psychologiczne portrety człowieka: praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańsk 2008.
- Bugaj A.M., Jermakow N., *Mechanizmy leżące u podłoża choroby Alzheimera*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2016, t. 11, nr 3, s. 85–92.
- Bugajska B., *Uniwersytet Trzeciego Wieku jako możliwość samorealizacji*, w: *Doświadczenie wartości samego siebie w procesach edukacyjnych*, red. A.M. Tchorzewski, Bydgoszcz 1997.
- Bukalski B., Żurek A., *Psychospołeczne korelaty satysfakcji z życia osób w podeszłym wieku*, w: *Pięknie jest być starszym. O starości interdyscyplinarnie*, red. M. Cholewa, M. Duda, P. Kroczek, Kraków 2018.
- Chabior A., *Aktywizacja i aktywność ludzi w okresie późnej dorosłości*, Kielce 2011.
- Chabior A., *Kluby Seniora miejscem uczestnictwa kulturalnego i animacji społeczno-kulturalnej*, w: *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, red. Z. Szarota, Kraków 2011, s. 73–84.
- Chabior A., *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, tom 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017.
- Chabior A., *Wspomaganie procesu pomysłnego starzenia się u ludzi starych. Między powinnością a profesją*, Kraków 2017.

- Chabior A., Fabiś A., Wawrzyniak J.K., *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*, Warszawa 2014, s. 44–45.
- Chmielewska M., *Rola dziadków w procesie socjalizacji*, „Wychowanie na co Dzień” nr 2002, 7–8, 17–19.
- Chruściński K., *Narodziny światowego uniwersytetu dla ludzi starszych. Głos w dyskusji*, w: *Uniwersytety Trzeciego Wieku – dla siebie i innych*, red. R. Ossowski, A. Ossowska-Zwierzchowa, Kraków 2007.
- Cieślak R., Elias A., *Wsparcie społeczne a osobowość*, w: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa 2005.
- Cozolino L.J., *The healthy aging brain. Sustaining attachment, attaining wisdom*, New York 2008.
- Cudak H., *Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze*, „Pedagogika Rodziny” 2011, nr 1 (2), s. 7–14.
- Cudak S., *Zaspokajanie potrzeb psychospołecznych osób starszych w domu pomocy społecznej*, „Pedagogika Rodziny” 2016, nr 6 (1), s. 87–97.
- Cudak S., *Znaczenie więzi emocjonalnych w rodzinie dla prawidłowego funkcjonowania dzieci*, „Pedagogika Rodziny” 2012, nr 2 (4), s. 31–39.
- Cummins R.A., *Comprehensive Quality of Life Scale – Intellectual/Cognitive Disability: ComQol – I5, 5th end*, Melbourne 1997.
- Cummins R.A., *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability, 2nd end.*, Melbourne 2004.
- Cybulski M., *Proces starzenia się społeczeństwa istotnym problemem zdrowia publicznego*, w: *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*, red. M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, Warszawa 2016, s. 11–15.
- Czernecka M., Stawiarska M., *Domy opieki. Domy seniora. ZOL. ZPO – zasady funkcjonowania*, Warszawa 2013.
- Czerwonka D., *Rola współczesnych dziadków – z perspektywy wnucząt i seniorów*, „Zeszyty Naukowe KSW” 2017, t. 44, s. 104–117.
- Dahlberg L., Agahi N., Lennartsson C., *Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades*, „Archives of Gerontology and Geriatrics” 2018, nr 75, s. 96–103.
- Dahlberg L., McKee K.J., *Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study*, „Aging & Mental Health” 2014, t. 18, nr 4, s. 504–514, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607863.2013.856863?needAccess=true> [dostęp: 19.05.2020].
- Demograficzna przyszłość Europy*. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 21 lutego 2008 r. w sprawie demograficznej przyszłości Europy (2007/2156(INI)) (Dz. Urz. UE CE 184/75). Dubas E., *Samotność – uniwersalny „temat” życia ludzkiego i wychowania*, w: *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*, red. P. Domeracki, W. Tyburski, Toruń 2006, s. 329–349.

- Dubas E., *Starość – darem, zadaniem i wyzwaniem. Rola aktywności i edukacji (wybrane wątki)*, w: *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, „Refleksje nad starością”, t. 1, red. E. Dubas, M. Muszyński, Łódź 2016, s. 233–243.
- Dubas E., *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny”, 2013, t. 20, s. 135–152.
- DuBois B., Miley K.K., *Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił*, Katowice 1999.
- Duda K., *Proces starzenia się*, w: *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, red. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź, Warszawa 2012, s. 1–31.
- Dybowska E., *Socjalizacja w rodzinie a kultura konsumpcyjna*, „Studia Paedagogica Ignatiana” 2019, t. 22, nr 2, s. 67–82.
- Dybowska E., *Teoria systemowej pracy z rodziną*, Kraków 2012.
- Dzięgielewska M., *Edukacja jako sposób przygotowania do starości*, „Chowanna” 52 (65), 2009, nr 2 (33): *Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność*, s. 49–62.
- Dzięgielewska M., *Edukacja osób starszych w codzienności*, w: *Edukacja do i w starości*, red. M. Kuchcińska, Bydgoszcz 2008, s. 143–156.
- Dzięgielewska M., *Wolontariat ludzi starszych (na przykładzie wolontariuszy w regionie łódzkim)*, w: *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Lublin 2006, s. 261–271.
- Eliminacja wykluczenia społecznego*, red. M. Duda, K. Kutek-Sładek, Kraków 2016.
- Encyklopedia socjologii O–R*, tom 3, Warszawa 2000.
- European Commission, United Nations, *Active Ageing Index 2014 for 28 European Union Countries*, Brussels 2014.
- European Commission, United Nations, *Active Ageing Index 2014*, Brussels 2015.
- European Commission, United Nations, *Active Ageing Index 2014. Analytical Report*, Brussels 2015.
- Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A. *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Kraków 2015.
- Fajfer-Kruczek I., *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*, Katowice 2015.
- Fernández-Ballesteros R., *Active Aging: The Contribution of Psychology*, Göttingen 2008.
- Filipska K. i in., *Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury*. „Gerontologia Polska” 2015, nr 4, s. 165–169.
- Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, red. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź, Warszawa 2012.
- Fopka-Kowalczyk M., *Samotność osób starszych i czynniki ją warunkujące*, „Kultura i Edukacja” 2018, nr 1(119), s. 70–80.
- Forma P., *Socjalizacja dziecka z rodziny wielodzietnej: studium teoretyczno-empiryczne*, Kielce 2012.
- Frąckiewicz L., *Karta praw człowieka starego*, Warszawa 1985.

- Frąckiewicz L., *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*, w: *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, red. L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska, Wrocław 2003, s. 284–303.
- Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Poznań 2001.
- Friedman A., *Choroba Parkinsona*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych” 1999, t. 48, nr 2, s. 193–199.
- Furmanek W., *Deficyt miłości*, Rzeszów 2012.
- Gajda J., *Samotność i kultura*, Warszawa 1987.
- Gajda J., *Trzy aspekty samotności jako determinanta stylu życia i uczestnictwa w kulturze*, w: *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*, red. P. Domeracki, W. Tyburski, Toruń 2006, s. 179–187.
- Gawęł M., Potulska-Chromik A., *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona*, „Postępy Nauk Medycznych” 2015, t. 28, nr 7, s. 468–476.
- Geriatrya Wybrane zagadnienia*, red. K. Galus, Wrocław 2007.
- Głowacka M., Jarecka I., Girzelska J., *Formy aktywności osób starszych*, w: *Pozytywne aspekty starzenia się*, red. W. Kowalski, A. Włoszczak-Szubzda, M. Głowacka, Lublin 2016, s. 99–116.
- Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia osób starszych w Polsce*, Warszawa 2020.
- Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Warszawa 2014.
- Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny 2018*, Warszawa 2018.
- Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnoscipolski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html> [dostęp 25.01.2021].
- Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.*, Warszawa–Białystok 2021.
- Gnitecki J., *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*, Zielona Góra 1993.
- Gore Ch., Figueiredo J.B., *Wykluczenie społeczne i polityka przeciwdziałania ubóstwu*, [rszarf.ips.uw.edu.pl/problemyps/iils.pdf](http://rszarf.ips.uw.edu.pl/problemyps/iils.pdf) [dostęp: 21.03.2020].
- Grabusińska Z., *Domy pomocy społecznej w Polsce*, Warszawa 2013.
- Grün A., *Pokochaj swój wiek. Sztuka starzenia się*, Częstochowa 2008.
- Gudkova S., *Wywiad w badaniach jakościowych*, w: *Badania jakościowe, t. 2: Metody i narzędzia*, red. D. Jemielniak, Warszawa 2012, s. 111–129.
- Gutowska A., *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015, nr 8, s. 9–33.
- Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Białystok 2004.



- Halicki J., *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze*, Białystok 2000.
- Halicki J., *Edukacja w starości jako działanie poprawiające jakość życia seniorów*, „Chochanna” 52 (65) 2009, nr 2 (33): *Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność*, s. 203–212.
- Halicki J., *Obrazy starości. Rysowane przeżyciami seniorów*, Białystok 2010.
- Halicki J., *Pomysłne starzenie się jako jedna z kluczowych kategorii późnej dorosłości*, w: *Człowiek dorosły – istota (nie)znana?*, red. E. Dubas, Łódź–Płock 2005, s. 165–173.
- Halicki J., *Potoczne definicje pomysłnego starzenia się*, w: *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, red. J.T. Kowaleski, P. Szukalski, Łódź 2008, s. 13–27.
- Hecker U. von, Sędek G., Piber-Dąbrowska K., Bedyńska S., *Wpływ depresji, starzenia się, zagrożenia stereotypem i uprzedzeń na rozumowanie generatywne*, w: *Ograniczenia poznawcze starzenie się i psychopatologia*, red. R.W. Engle, G. Sędek, U. von Hecker, D.N. McIntosh, Warszawa 2006, s. 396–420.
- Herudzińska M., *Nieformalni opiekunowie osób starszych – doświadczenia i uczucia oraz ich potrzeby związane z pełnioną rolą*, „Rocznik Lubuski” 2020, t. 46, cz. 2, s. 281–293.
- Hill R.D., *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Warszawa 2010.
- Historia Zakładu*, <https://mco.krakow.pl/historia-zakladu> [dostęp: 19.04.2021].
- Jacek A., Sarnacka E., Miaskowska-Daszkiwicz K., *Domy pomocy społecznej: organizacja i funkcjonowanie*, Warszawa 2014.
- Jankowski D., Przyszczypkowski K., Skrzypczak J., *Podstawy edukacji dorosłych. Zarys problematyki*, Poznań 2007.
- Janowicz A., *Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu European Palliative Care Academy (EUPCA)*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2016, t. 4, nr 2, s. 161–167.
- Januszewska E., Januszewski A., *Samotność i osamotnienie doświadczane przez osoby starsze*, w: *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna*, red. P. Brudek, S. Steuden, I. Januszewska, A. Gamrowska, Lublin 2015, s. 49–71.
- Jurek Ł., *„Aktywne starzenie się” jako paradygmat w polityce społecznej*, „Polityka Społeczna” 2012, nr 3, s. 8–12.
- Kaldon B.M., *Rodzina jako instytucja społeczna w ujęciu interdyscyplinarnym*, „Forum Pedagogiczne” 2011, nr 1, s. 228–241.
- Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej*, Warszawa 1980.
- Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, *Wykluczenie cyfrowe w Polsce*, Warszawa 2015.

- Kanios A., *W stronę integracji czy wykluczenia społecznego – poglądy pracowników socjalnych na temat osób starszych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia” 2016, nr 1, s. 115–126.
- Kempińska U., *Rola seniorów w rodzinie*, „Pedagogika Społeczna” 2015, 4 (58), s. 81–96.
- Kijak R.J., Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2013.
- Klatkiewicz A., *Dobrostan i satysfakcja życiowa w fazie starzenia się i przemijania*, w: *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, red. J.T. Kowaleski i P. Szukalski, Łódź 2008.
- Klimczak W., Kubiński G., Sikora-Wiśniewska E., *Wykluczenie społeczne w Polsce. Wybrane zagadnienia*, Wrocław 2017.
- Kliszcz J., *Psychologia potrzeb osób starszych. Potrzeby psychospołeczne po 65. roku życia*, Warszawa 2019.
- Klucznik M., *Choroba Alzheimera jako przykład niepełnosprawności osób starzejących się i starych*, w: *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, red. A.A. Zych, Łask 2012, s. 199–213.
- Kocimska P., *Starość wyzwaniem dla współczesności*, „Niebieska Linia” 2003, nr 5 (28), s. 6–7.
- Kolman R., *Zespoły badawcze jakości życia*, „Problemy Jakości” 2000, nr 2, s. 2–5.
- Kołodziej W., *Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości*, w: *Wybrane problemy osób starszych*, red. A. Nowicka, Kraków 2010, s. 55–72.
- Komisja Europejska, *Zielona Księga. Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami*, Bruksela 2005.
- Kozaczuk L., *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny*, Katowice 1999.
- Kozerska A., *Edukacja seniorów w kontekście paradygmatu pomyślnego starzenia się – kontrowersje i wątpliwości*, „Edukacja Dorosłych” 2015, nr 2 (73), s. 23–35.
- Krakowiak P., Fopka-Kowalczyk M., *Potrzeby duchowe osób u kresu życia*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, tom 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017.
- Krzyżowski J., *Psychogeriatrya*, Warszawa 2004.
- Kubis M., *Zaangażowanie obywatelskie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Aktywny udział w życiu politycznym a inne postawy społeczne słuchaczy. Studium socjologiczne*, Kraków 2016.
- Kuchta J., *Seniorzy online czy offline? O wykluczeniu cyfrowym starszego pokolenia*, „Studia Kulturoznawcze” 2013, nr 2, s. 165–178.
- Kucia K.A., Wójcik M., *Otępienie – przyczyny, rozpoznanie, postępowanie*, w: *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, red. A.A. Zych, Łask 2012, s. 215–224.
- Kvale S., *Prowadzenie wywiadów*, Warszawa 2010.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn 2010.

- Leszczyńska-Rejchert A., *Wspomaganie osób starszych w domach pomocy społecznej*, Toruń 2008.
- Lubiewska K., *Socjalizacja rodzicielska w kontekście opieki, rodzicielstwa i wychowania*, „Psychologia Wychowawcza” 2019, t. 58 (16), s. 85–97.
- Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, red. B. Synak, Gdańsk 2000.
- Lynch J., *Age in the Welfare State. The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers and Children*, New York 2006.
- Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2003.
- Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2006.
- Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2007.
- Łój G., *Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska” 2016, nr 4, s. 153–157.
- Łuszczynska M., *Posługa duszpasterska w domu pomocy społecznej na tle procesów społecznego starzenia się*, w: *Pięknie jest być starszym. O starości interdyscyplinarnie*, red. M. Cholewa, M. Duda, P. Kroczyk, Kraków 2018, s. 49–66.
- Małecka B.Z., *Elementy gerontologii dla pedagogów*, Gdańsk 1985.
- Małyńska A., *Seniorzy nauczycielami patriotyzmu*, „Studia Socialia Cracoviensia” 9 (2017), nr 2 (17), s. 163–180.
- Mandrzejewska-Smól I., *Aktywność edukacyjna i zawodowa osób w wieku emerytalnym w perspektywie pomysłnego starzenia się. Diagnoza wybranych problemów*, Bydgoszcz 2018.
- Mandrzejewska-Smól I., *Aktywność edukacyjna seniorów jako forma uczestnictwa społecznego*, w: *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości*, red. D. Seredyńska, Bydgoszcz 2012, s. 152–168.
- Mandrzejewska-Smól I., *Znaczenie aktywności społeczno-kulturowej w funkcjonowaniu społecznym osób starszych*, w: *Społeczny wymiar życia i aktywności osób starszych*, red. A. Baranowska, E. Kościńska, K.M. Wasilewska-Ostrowska, Toruń 2013, s. 155–165.
- Maszke A.W., *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Rzeszów 2004.
- Maszke A.W., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Rzeszów 2008.
- Matejczuk J., *Zaangażowanie w działalność społeczności lokalnej jako szansa rozwoju dla seniorów*, w: *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, red. A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007.
- Matejek J., *Rola seniorów w rodzinie w procesie organizacji czasu wolnego dzieci*, w: *Sociální pedagogika v kontextu životních etap člověka*, red. M. Bargel, jr., E. Janigová, E. Jarosz, M. Jüzl, Brno 2013, s. 1127–1136.
- Mazur J., Kuć M., *Marginalizacja ujęcie wielowymiarowe przejawy, skutki, przeciwdziałanie*, Warszawa 2019.

- McClusky H.Y., *Education for aging: the scope of the field and perspectives for the future*, w: *Learning for aging*, eds. S.N. Grabowski, W.D. Mason, Washington 1973, s. 324–355.
- Michalak A., *Polipragmazja*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017.
- Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec internetu*, Raport Otwarcia Koalicji „Dojrzałość w sieci”, red. D. Batorski, J.M. Zając, Warszawa 2010.
- Miejsca przyjazne seniorom*, [https://www.krakow.pl/aktualnosci/233756,29,komunikat,miejsca\\_przyjazne\\_seniorom.html](https://www.krakow.pl/aktualnosci/233756,29,komunikat,miejsca_przyjazne_seniorom.html) [dostęp: 23.03.2021].
- Mielczarek A., *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*, Toruń 2010.
- Mielczarek A., *Rehabilitacja geriatryczna warunkiem poprawy jakości życia ludzi starszych*, „MEDI. Forum Opieki Długoterminowej” 2007, nr 3, [www.DPS.pl/home\\_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=879](http://www.DPS.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=879) [dostęp: 12.03.2021].
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014–2020 w zarysie*, Warszawa 2014.
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, Warszawa 2020.
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Program „Opieka 75+”*, <https://archiwum.mriips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie> [dostęp: 13.03.2021].
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Program wieloletni „Senior+” na lata 2021–2025*, <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-wieloletni-senior-na-lata-2021-2025> [dostęp: 13.03.2021].
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.*, Warszawa 2019.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, Warszawa 2018.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019*, pobrano z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/nabor-wnioskow-w-ramach-programu-opieka-wytchnieniowa-edycja-2019> [dostęp: 11.05.2021].
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Rządowy program ASOS*, <https://archiwum.mriips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos> [dostęp: 13.03.2021].
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Seniorzy/aktywne starzenie*, <https://archiwum.mriips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie> [dostęp: 13.03.2021].
- Ministerstwo Zdrowia, [www.oipip-poznan.pl/strategia.doc](http://www.oipip-poznan.pl/strategia.doc) [dostęp: 28.06.2018].
- Miszczak E., *Czy w Polsce występuje gerontofobia?*, w: *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, red. T.J. Kowaleski, P. Szukalski, Łódź 2008, s. 156–167.

- Młyński J., *Społeczno-wychowawcza rola seniorów (dziadków) w rodzinie*, „Teologia i Moralność” 2019, t. 14, nr 2 (26), s. 103–118.
- Molesztak A., *Jakość życia ludzi starych w aspekcie ich zdrowia*, w: *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, red. J.T. Kowaleski, P. Szukalski, Łódź 2008, s. 50–65.
- Mroczek B., *Potrzeby psychoseksualne osób starszych*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017.
- Muchnicka-Djakow I., *Kluby Seniora*, w: *Encyklopedia Seniora*, red. F.W. Sawicka, B. Maryńska, E. Stańczuk, Warszawa 1986.
- Narodowy Fundusz Zdrowia, *NFZ o zdrowiu. Depresja*, Warszawa 2020.
- Nawrocka J., *Społeczne doświadczenie starości. Stereotypy, postawy, wybory*, Kraków 2013.
- Niewiedział D., *Starzejąca się kobieta wdowa. Wybrane problemy*, w: *Porozmawiajmy o starości*, red. B. Antoszevska, U. Bartnikowska, K. Ćwirynkało, Olsztyn 2015, s. 61–87.
- Nitecki S., *Komentarz do ustawy o pomocy społecznej*, Wrocław 2013.
- Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa 1970.
- Okła W., Steuden S., *Wprowadzenie w problematykę jakości życia*, w: *Jakość życia w chorobie*, red. S. Steuden, W. Okła, Lublin 2007.
- Olejniczak P., *Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2013, t. 3, nr 2, s. 183–188.
- Opieka wytchnieniowa w Miejskim Centrum Opieki*, <https://mco.krakow.pl/opieka-wytchnieniowa-w-miejskim-centrum-opieki> [dostęp: 12.04.2021].
- Organisation for Economic Co-operation and Development, *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, Paris 1998, <https://doi.org/10.1787/9789264163133-en>
- Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 1999.
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Wymiary jakości życia w podeszłym wieku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, nr 4, s. 465–469.
- Oszwa U., Czelej M., *Spostrzeżenie stylów pełnienia ról babci i dziadka przez wnuczęta*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica” 2018, t. 11, s. 70–87.
- Pacian A. i in., *Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych*, „Hygeia Public Health” 2014, t. 49, nr 4, s. 820–824.
- Palka S., *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańsk 2006.
- Pasik M., *Wyznaczniki jakości życia u osób w wieku emerytalnym*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica” 2005, nr 9, s. 65–79.
- Pawłowska R., *Samotność człowieka – rozważania teoretyczne*, w: *Pedagogika człowieka samotnego*, red. R. Pawłowska, E. Jundziłł, Gdańsk 2006.
- Pecyna M.B., *Pragnienia i oczekiwania ludzi w wieku poprodukcyjnym*, w: *By człowiek nie musiał cierpieć... Księga jubileuszowa dedykowana Pani Profesor Aleksandrze Maciarz*, red. A.A. Zych, A. Nowicka, Wrocław 2007, s. 265–270.



- Pedagogika człowieka samotnego*, red. E. Jundziłł, R. Pawłowska, Gdańsk 2006.
- Pędich W., *Ludzie starzy*, Warszawa 1996.
- Piątek K., *Problem potrzeb w polityce społecznej*, „Zeszyty Naukowe WSHE” 2000, t. 7, Nauki Pedagogiczne.
- Pikuła N., *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Kraków 2011.
- Pikuła N., *Senior w przestrzeni społecznej*, Warszawa 2013.
- Pikuła N.G., *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*, Kraków 2016.
- Pikuła N.G., *Rola seniorów w budowaniu tożsamości narodowej osób mieszkających na obczyźnie*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2019, t. 32, nr 4, s. 341–352.
- Pikuła N.G., *Sytuacja społeczna osób starszych w kontekście rynku pracy*, w: *Etyczne i społeczne wymiary pracy*, red. I.M. Świłała, N.G. Pikuła, K. Białożył, Kraków 2017, s. 61–75.
- Pikuła N.G., *Zdrowie i aktywność społeczna jako determinanty jakości życia osób starszych*, w: *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, red. A.A. Zych, Łask 2012, s. 255–264.
- Pikuła N., Białożył K., *Pracownik socjalny jako animator działań społecznych w Klubach Seniora*, w: *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, red. M. Banach, J. Matejek, Levoča 2012.
- Piłat A., *Rodzinni opiekunowie osób starszych*, „Zeszyty Pracy Socjalnej” 2016, t. 21, z. 1, s. 23–33.
- Pilch T., *Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany*, w: *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995, s. 155–173.
- Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995.
- Płaszewska-Żywko L., P. Brzuzan, I. Malinowska-Lipień, T. Gabryś, *Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89 (1), s. 62–66.
- Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*, [https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid\\_plan.pdf](https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf), Madrid 2002 [dostęp: 17.04.2020].
- Posłuszna M., *Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych*, „Nowiny Lekarskie” 81 (2012), nr 1, s. 75–79.
- Program Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych na lata 2021–2025*. Załącznik do uchwały nr LII/1454/21 Rady Miasta Krakowa z dnia 27 stycznia 2021 r.
- Pryba A., *Rodzina podstawową instytucją i wspólnotą życia społecznego*, „Teologia i Moralność” 2012., nr 11, s. 7–18.
- Przemoc wobec osób starszych*, red. B. Tobiasz-Adamczyk, Kraków 2009, s. 69–77.

- Przygoda A., *Dziadkowie w procesie socjalizacji wnuków*, „Pedagogika Rodziny” 2012, nr 4, s. 41–48.
- Przygoda A., *Mechanizmy socjalizacji w rodzinie*, „Pedagogika Rodziny” 2011, nr 1, s. 109–118.
- Rada Krakowskich Seniorów*, [https://dlaseniora.krakow.pl/203568,artykul,rada\\_seniorow.html](https://dlaseniora.krakow.pl/203568,artykul,rada_seniorow.html) [dostęp: 24.01.2021].
- Ray M., Phillips J., *Praca socjalna ze starszymi ludźmi*, tłum. i red. J. Szmagałski, Warszawa 2014.
- Regulamin akcji „Miejsce przyjazne seniorom”, pobrano z: [https://dlaseniora.krakow.pl/start/194634,artykul,dokumenty\\_akcji.html](https://dlaseniora.krakow.pl/start/194634,artykul,dokumenty_akcji.html) [dostęp: 23.03.2021].
- Richert-Kaźmierska A., *Polityka państwa wobec starzenia się ludności w Polsce*, Warszawa 2019.
- Rodzina współczesna*, red. M. Ziemska, Warszawa 2001.
- Rodzina współczesna: portret interdyscyplinarny*, red. G. Szabelska, G. Tarasenko, Bydgoszcz 2014.
- Rojewska E., *Terapia systemowa jako forma pomocy rodzinie*, „Roczniki Pedagogiczne” 2019, t. 11 (47), nr 4, s. 75–91.
- Rosłonowska M., *Dylematy mieszkańców, ich rodzin oraz pracowników domów pomocy społecznej*, Łódź 2020.
- Różański T., *Samotność i osamotnienie osób starszych jako problem społeczny i edukacyjny*, „Roczniki Pedagogiczne”, 2020, nr 4, s. 75–90.
- Różański T., *Współczesna rodzina jako środowisko życia i aktywności osób starszych. Wybrane kwestie*, „Teologia i Człowiek” 2017, t. 40, nr 4, s. 225–240.
- Rudzińska M., Szczudlik A., *Choroba Parkinsona*, w: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2007, s. 310–317.
- Rybczyńska I., *Jak być (kochaną) babcią*, Warszawa 1976.
- Ryś M., *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*, Warszawa 2001.
- Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2018–2019*, Warszawa 2019.
- Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2019–2020*, Warszawa 2020.
- Rzecznik Praw Obywatelskich, *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa 2012.
- Rzecznik Praw Obywatelskich, *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO*, Warszawa 2016.
- Sałustowicz P., Goryńska-Bittner B., Kokociński M., Prysłowska-Kamińska A., *Potrzeby edukacyjne seniorów a Uniwersytet Trzeciego Wieku*, Warszawa 2020.

- Schiefele J., Staudt J., Dach M., *Pielęgniarstwo geriatryczne*, red. wyd. pol. K. Galus, Wrocław 1996.
- Schimanek T., *Koncepcja Centrum Aktywności Seniorów*, [https://wrzos.org.pl/download/Koncepcja%20CAS\\_ekspertyza%202.pdf](https://wrzos.org.pl/download/Koncepcja%20CAS_ekspertyza%202.pdf) [dostęp: 21.08.2020].
- Schimanek T., Wejcman Z., *Aktywni seniorzy. Inspirator dla organizacji*, pobrano z: <https://www.isp.org.pl/pl/publikacje/aktywni-seniorzy-inspirator-dla-organizacji> [dostęp: 15.11.2020].
- Semków J., *Niektóre problemy aktywności społeczno-kulturalnej w okresie późnej dorosłości*, w: *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, red. A. Fabiś, Bielsko-Biała 2008, s. 17–22.
- Seredyńska D., *Rodzina jako kontekst rozwoju seniora*, „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji” 2009, nr 4, s. 131–146.
- Seredyńska D., *Wybrane aspekty aktywności społecznej seniorów*, w: *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości*, red. D. Seredyńska, Bydgoszcz 2012.
- Sierakiewicz E., *Pomyśle starzenie się*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, red. A.A. Zych, Katowice 2017.
- Skalska A., *Majaczenia*, w: *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2006.
- Sławek J., *Choroba Parkinsona – jak właściwie rozpoznawać, skutecznie i bezpiecznie leczyć?*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, t. 8, nr 6, s. 281–291.
- Sorys S., *Rola i znaczenie organizacji pozarządowych wobec osób starszych. Studium analityczno-empiryczne na przykładzie małopolski*, Kraków 2018.
- Staręga-Piasek J., *Niematerialne potrzeby osób starszych*, w: *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce. Pamiętnik I Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Warszawa 2-3 grudnia 1974 r.*, red. J. Piotrowski, Warszawa 1975.
- Staręga-Piasek J., *Polityka społeczna wobec ludzi starych*, „Polityka Społeczna” 1982, nr 7, s. 8–12.
- Studen S., *Psychologia starzenie się i starości*, Warszawa 2011.
- Straś-Romanowska M., *Sytuacja psychologiczna osoby starszej we współczesnej rodzinie*, „Studia Salvatoriana Polonica” 2014, t. 8, s. 143–156.
- Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*, Poznań 2006.
- Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 1989.
- Susułowska M., *Psychologiczne problemy człowieka starego*, w: *Encyklopedia seniora*, red. F.W. Sawicka, B. Maryanska, E. Stańczuk, Warszawa 1986.
- Sylwestrzak D., *Aktywizacja osób starszych na poziomie gminy*, w: *Ekonomia Społeczna. Wykluczenie społeczne*, red. I. Lipowicz, M. Małecka-Łyszczek, Kraków 2020, s. 58–67.

- Synak B., *Pozycja społeczna ludzi starych w warunkach zmian ustrojowych i cywilizacyjno-kulturowych*, w: *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, red. B. Synak, Gdańsk 2000, s. 9.
- Syrek E., *Zdrowie i wychowanie a jakość życia: perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Katowice 2008.
- System rodzinny w ujęciu temporalnym: przeszłość, terażniejszość, przyszłość*, red. M.Z. Stepulak, J. Łukasiewicz, Lublin 2016.
- System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu*, red. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Warszawa 2016.
- System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu. Synteza*, red. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Warszawa 2017.
- Szarfenberg R., *Marginalizacja i wykluczenie społeczne*, Warszawa 2006.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Kraków 2004.
- Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Kraków 2010.
- Szatur-Jaworska B., *Aktywne starzenie się i solidarność międzypokoleniowa w debacie międzynarodowej*, „Problemy Polityki Społecznej” 2012, nr 17, s. 15–28.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starszy i starość w polityce społecznej*, Warszawa 2000.
- Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości*, w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012, s. 419–448.
- Szatur-Jaworska B., *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna” 1999, nr 26.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006.
- Szczepański J., *Sprawy ludzkie*, Warszawa 1988.
- Szlendak T., *Socjologia rodziny: ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Warszawa 2010.
- Szmigielska B., A. Bąk, M. Hołda, *Seniorzy jako użytkownicy Internetu*, „Nauka” 2015, nr 2, s. 141–155.
- Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 2005.
- Szukalski P., *Ludzie w wieku 75+ – nowa kategoria demograficzno-społeczna?*, w: *Kwestionariusz Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) jako narzędzie do oceny zapotrzebowania na opiekę przez osoby w wieku podeszłym*, red. K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, Warszawa 2013, s. 7–19.
- Szukalski P., *Przygotowanie do starości jako zadanie dla zbiorowości i jednostek*, w: *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym*, red. P. Szukalski, Warszawa 2008.
- Szulz B., *Dom pomocy społecznej jako forma wsparcia i opieki nad osobami starszymi*, repositoryum.ur.edu.pl/bitstream/handle/item/2282/39.pdf [dostęp 21.04. 2021].

- Szulz B., *Opieka nad osobą z chorobą Parkinsona w percepcji opiekuna rodzinnego*, „Roczniki Teologiczne” 2019, t. 66, nr 1, s. 63–74.
- Szweda-Lewandowska Z., *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179, s. 215–224.
- Szweda-Lewandowska Z., *Polityka wobec starości i osób starszych*, w: *Elementy gerontologii społecznej. Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej*, red. P. Szukalski, Z. Szweda-Lewandowska, Łódź 2011, s. 111–134.
- Świdarska M., *Ageizm jako problem społeczny*, „Pedagogika Rodziny”, 5 (2015), nr 4, s. 41–50.
- Tarkowski A. i in., *Taksonomia funkcjonalnych kompetencji cyfrowych oraz metodologia pomiaru poziomu funkcjonalnych kompetencji cyfrowych osób z pokolenia 50+*, Warszawa 2015.
- Terapia zajęciowa w geriatryi*, red. E. Janus, A. Bac, A. Kulis, A. Smrokowska-Reichmann, Warszawa 2017.
- Tibbitts C., *Handbook of social gerontology. Societal aspects of aging*, Chicago 1960.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego*, w: *Socjologia Medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Warszawa 2009, s. 113–144.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Społeczne aspekty starzenia się i starości*, w: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2007, s. 37–41.
- Tokaj A., *Starość – czas spotkań, czas wspomnień (refleksje teoretyczne i przykłady empiryczne)*, w: *Starość w perspektywie studiów pedagogicznych*, red. A. Tokaj, Leszno 2008.
- Tomaszewski T. i in., *Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych*, „Psychiatria Polska” 2011, t. 45, nr 2, s. 223–233.
- Tomczyk Ł., *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*, Warszawa 2015.
- Tomczyk Ł., *O wykluczeniu cyfrowym seniorów w z informatyzowanym świecie*, [https://www.academia.edu/download/32762741/914\\_016\\_Tomczyk\\_-\\_o\\_wykluczeniu.pdf](https://www.academia.edu/download/32762741/914_016_Tomczyk_-_o_wykluczeniu.pdf) [dostęp: 22.03. 2021].
- Trafiałek E., *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku. Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*, Toruń 2016.
- Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2003.
- Trafiałek E., *Rodzina jako obszar aktywności i źródło wsparcia w aktywnym starzeniu się*, w: *Aktywne starzenie się. Przeciwdziałanie barierom*, red. P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska, Łódź 2014, s. 152–163.
- Trempała J., *Ageizm a funkcjonowanie i rozwój ludzi starszych*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne”, 2014, nr 1, s. 9–22.



- Tyszką Z., *Socjologia rodziny*, Warszawa 1974.
- Tyszką Z., *Stan rodziny współczesnej a wewnątrzrodzinna socjalizacja dzieci*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2000, t. 12, s. 7–14.
- Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r., poz. 118).
- Uniwersytety Trzeciego Wieku*, senior.gov.pl/katalog\_dobrych\_praktyk/strona/14 [dostęp: 21.01. 2021].
- Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o osobach starszych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1705).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1876, z późn. zm.).
- Uzar-Szcześniak K., Białożył K., *Wychowanie do starości*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 4, red. A.A. Zych, Katowice 2017.
- W trosce o współczesną rodzinę: teoria, badania, wsparcie, ujęcie interdyscyplinarne*, red. J. Izdebska, A. Popławska, Białystok 2013.
- Wasilewska-Ostrowska K., *Samotność osób starszych w kontekście zmian demograficznych*, „Kultura i Edukacja” 2013, nr 4, s. 234–244.
- Wawrzyniak J.K., *Aktywność seniorów koniecznością w starzejącym się społeczeństwie*, „Acta Universitatis Lodzianae. Folia Oeconomica” 231 (2009), s. 339–351.
- Wawrzyniak J.K., *Opiekunczo-wychowawcza rola dziadków w rodzinie*, „Pedagogika Rodziny. Family Pedagogy” 2011, nr 1 (2), s. 95–103.
- Welling K., *Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood – ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz*, „Unterricht Pflege”, 5(2004), nr 9, s. 1–12.
- Wilk J., *Pedagogika rodziny*, Lublin 2016.
- Wnuk W., *Poradnictwo dla osób starszych wyzwaniem dla andragogiki*, w: *Nauczyciel andragog u progu XXI wieku*, red. W. Horyń, J. Maciejowski, Wrocław 2002.
- Wojtczak D., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, „Praca Socjalna” 2005, nr 2, s. 15–37.
- World Health Assembly, *The Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live long and healthy life*, World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252783> [dostęp: 14.05.2020].
- World Health Organization, *WHOQOL. Measuring Quality of Life*, [www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) [dostęp: 18.08.2020].
- Wrótniak J., *Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności*, Lublin 2015.
- Współczesna rodzina w ujęciu interdyscyplinarnym: przemiany, wsparcie, rozwój*, red. B. Szluz, A. Szluz, M. Urbańska, Rzeszów 2017.
- Wykluczeni. Wymiar społecznym materialny i etniczny*, red. M. Jarosz, Warszawa 2008.

- Zaborowski Z., *Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza*, Warszawa 1980.
- Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1968.
- Zaidi A. i in., *Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results*, Vienna 2013.
- Zajac-Lamparska L., Leszko M., *Choroba Alzheimera*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 1, red. A.A. Zych, Katowice 2017.
- Zawada A., *W trosce o dobrą jakość życia w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych*, „Praca Socjalna” 2018, nr 33 (2), s. 76–95.
- Zbyrad T., *Dom pomocy społecznej: funkcje założone i realizowane na podstawie DPS w Tarnobrzegu*, Tarnobrzeg 2010.
- Zbyrad T., *Domy Pomocy Społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych umysłowo*, Sandomierz 2004.
- Zbyrad T., *Od instytucji totalnej ku demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*, Kraków 2014.
- Zdebska E., *Praca socjalna w domach pomocy społecznej dla osób starszych i przewlekle somatycznie chorych*, w: *Senior w rodzinie i instytucji społecznej*, red. J. Matejek, E. Zdebska, Kraków 2013, s. 137–146.
- Zdebska E., *Zespół terapeutyczno-opiekuńczy w domu pomocy społecznej*, Kraków 2016.
- Zespół Zadaniowy do Spraw Reintegracji Społecznej, *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*.
- Ziębińska B., *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych*, Katowice 2008.
- Ziemska M., *Postawy rodzicielskie*, Warszawa 1973.
- Ziemska M., *Rodzina a osobowość*, Warszawa 1979.
- Ziemska M., *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1979.
- Ziółkowski P., *Pedagogizacja rodziców – potrzeby i uwarunkowania*, Bydgoszcz 2016.
- Ziomek-Michalak K., *Znaczenie rodziny w starzeniu się i starości człowieka*, „Roczniki Teologiczne” 2015, t. 62, s. 175–194.
- Zych A.A., *Leksykon gerontologii*, Kraków 2017.
- Zych A.A., *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Katowice 2009.
- Żyromski M., *Instytucja rodziny jako kanał ruchliwości społecznej*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2001, t. 13, s. 45–55.
- Żyta A., Bartnikowska U., *Inkluzja, marginalizacja, wykluczenie a niepełnosprawność – refleksje i dylematy*, w: *Inkluzja – marginalizacja – wykluczenie a jakość życia osób z niepełnosprawnościami*, red. U. Bartnikowska, A. Żyta, S. Przybyliński, Olsztyn 2016, s. 15–22.

## SPIS TABEL

Tabela 1. Definicje pomyślnego starzenia się formułowane przez osoby starzejące się – wybór badań.....	24
Tabela 2. Predyktory jakości życia.....	48
Tabela 3. Osoby wskazane jako pierwsze do pomocy w domu w razie choroby według wieku w 2018 roku (w proc.) .....	77
Tabela 4. Osoby wskazane jako pierwsze do wsparcia (rozmowy wspierającej) w razie smutku, przygnębienia według wieku w 2018 roku (w proc.).....	77
Tabela 5. Oczekiwana pomoc w razie trudności finansowych według wieku w 2018 roku (w proc.) .....	78
Tabela 6. Osoby w wieku 60 lat i więcej według grup wieku, płci oraz miejsca zamieszkania w 2019 roku .....	82
Tabela 7. Współczynnik feminizacji w 2019 roku.....	82
Tabela 8. Współczynnik feminizacji (prognoza).....	83
Tabela 9. Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem według grup wieku (prognoza).....	85
Tabela 10. Potrzeby zaspokajane przez domy pomocy społecznej w percepcji ich pracowników .....	123
Tabela 11. Bariery i czynniki wpływające na wsparcie seniorów przez rodziny w percepcji badanych .....	143

## SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Role instytucji działających na rzecz seniorów w percepcji pracowników...108	
Rysunek 2. Obszary, które powinny ulec modyfikacjom w aspekcie instytucjonalnych form wsparcia osób starszych.....	149

## **ZAŁĄCZNIK 1**

### **DYSPOZYCJE DO WYWIADU**

Jakiego rodzaju programy adresowane do osób starszych są realizowane w środowisku lokalnym i dlaczego?

Jakie potrzeby seniorów są zaspokajane dzięki realizowanym programom?

Kto i w jakim zakresie decyduje o wdrożeniu i realizacji zadania/programu/nowych inicjatyw na rzecz osób starszych na poziomie lokalnym?

Jakie instytucje i organizacje w środowisku lokalnym świadczą działania na rzecz osób starszych i w jakim zakresie ?

Jakie zadania realizują poszczególne instytucje na rzecz osób starszych? Kto je ustala? Według jakich zasad i kryteriów? Kto je realizuje? Jakim zainteresowaniem się cieszą ze strony odbiorców?

Jak docierają programy i ich możliwości realizacyjne (poprzez realizację zadań) do odbiorców? Jakie działania promocyjne, propagujące realizację zadań podejmują wykonawcy? Jaka jest skuteczność tych działań i w jaki sposób potwierdzana jest realizacja zadań oraz ilość odbiorców?

Jak ocenia Pan/Pani efektywność realizowanych zadań na rzecz osób starszych w perspektywie ich potrzeb?

Kto i w jakim zakresie udziela wsparcia osobom starszym w środowisku lokalnym?

Jak ocenia Pan/Pani pomoc osobom starszym z perspektywy ich najbliższej rodziny? W jaki sposób i w jakim zakresie rodziny z seniorami, żyjące w środowisku lokalnym, udzielają najczęściej wsparcia seniorom z nimi zamieszkującym?

Jakie bariery w zakresie wsparcia seniorów przez rodziny są typowe dla środowiska lokalnego? Jakie czynniki sprzyjają wsparciu seniorów przez członków rodziny?

Które z podejmowanych zadań przez Instytucję, którą Pani/Pani reprezentuje, wymagają zmiany i/lub modyfikacji?

Jakie zmiany lokalne/centralne powinny być wdrożone dla podniesienia efektywności w zakresie realizacji zadań na rzecz osób starszych?

## OŚWIADCZENIE PROMOTORA

Rozprawa doktorska została przygotowana pod moim kierunkiem i może być podstawą postępowania o nadanie autorowi rozprawy stopnia doktora.

.....  
(czytelny podpis promotora)

## OŚWIADCZENIE AUTORA

Świadom odpowiedzialności prawnej oświadczam, że rozprawa doktorska została napisana przeze mnie samodzielnie i nie zawiera treści uzyskanych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam, że rozprawa doktorska nie była wcześniej przedmiotem procedur związanych z uzyskaniem stopnia doktora w wyższej uczelni.

Wersja rozprawy doktorskiej jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.

.....  
(czytelny podpis autora)



## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Archiwum Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie rozprawy doktorskiej, zgodnie z obowiązującymi na Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie zasadami udostępniania.

.....  
(czytelny podpis autora)