

Redakcja naukowa:
Adam Raczkowski
Marcin Stencel
Jacek Łukasiewicz
Wiesław Kowalski
Teresa Aczynowicz

BLASKI I CIENIE JESIENI ŻYCIA

**Wybrane aspekty
funkcjonowania osób starszych**

BLASKI I CIENIE JESIENI ŻYCIA
WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA
OSÓB STARSZYCH

THE ADVANTAGES AND
DISADVANTAGES OF THE AUTUMN
OF LIFE

Selected aspects of functionality in the elderly

Tom 1

BLASKI I CIENIE JESIENI ŻYCIA
WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA
OSÓB STARSZYCH

THE ADVANTAGES AND
DISADVANTAGES OF THE AUTUMN
OF LIFE

Selected aspects of functionality in the elderly

Tom 1

Redakcja naukowa:

Adam Raczkowski
Marcin Stencel
Jacek Łukasiewicz
Wiesław Kowalski
Teresa Aczynowicz

Lublin 2021

Seria wydawnicza:

Wiosna Jesieni - o jakości życia osób starszych

Tom 1

BLASKI I CIENIE JESIENI ŻYCIA

Wybrane aspekty funkcjonowania osób starszych

Redakcja naukowa:

Adam Raczkowski ORCID: 0000-0001-7363-0458

Marcin Stencel ORCID: 0000-0001-5807-9717

Jacek Łukasiewicz ORCID: 0000-0002-9181-9403

Wiesław Kowalski ORCID: 0000-0001-8402-2837

Teresa Aczynowicz ORCID: 0000-0002-0841-0421

Recenzenci:

dr hab. Waldemar Klinkosz

prof. dr hab. Konstantyn Karpiński

Korekta:

Maria Padło

Skład, łamanie:

Marta Krysińska-Kudlak

Projekt okładki:

Patrycja Kaczmarek

Grafika na okładce:

freepik/Freepik.com

@Copyright by

Innovatio Press, Lublin 2021

Wszelkie prawa zastrzeżone. W sprawie kopiowania lub rozpowszechniania fragmentów albo całości niniejszej pracy należy kontaktować się z wydawcą.

Publikacja powstała w ramach Projektu: „Wiosna Jesieni – o jakości życia osób starszych” – sfinansowana ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie umowy nr SONP/SN/465574/2020 z dnia 23.06.2020 r.

Printed in Poland

Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe

Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji

20-209 Lublin, ul. Projektowa 4

tel.: +48 81 749 17 77, fax: + 48 81 749 32 13

www.wsei.lublin.pl

ISBN – wersja elektroniczna: 978-83-66159-61-7

ISBN – wersja drukowana: 978-83-66159-62-4

SPIS TREŚCI

Wstęp	11
--------------------	----

Anita Gałuszka, Eryka Probierz

Samotność seniora. O związkach samotności z harmonią życia w wieku senioralnym	13
1. Wprowadzenie.....	14
2. Samotność i osamotnienie.....	14
3. Harmonia życia.....	16
4. Cel i metoda badawcza.....	18
5. Wyniki.....	18
6. Dyskusja.....	22
7. Podsumowanie.....	22
Bibliografia.....	23

Martyna Czarnecka

Pomoc psychologiczna dla seniorów – szanse i zagrożenia	27
1. Wprowadzenie.....	28
2. Zmiany rozwojowe okresu późnej dorosłości i ich konsekwencje dla psychospołecznego funkcjonowania seniora	29
3. Pomoc psychologiczna dla seniora w polsce – korzyści i bariery.....	31
4. Podsumowanie.....	33
Bibliografia.....	34

Grażyna Kozak

Jakość życia osób starszych mieszkających w wybranych domach pomocy społecznej	35
1. Wprowadzenie.....	36
2. Cel badań	37
3. Materiał i metody.....	37
4. Wyniki i wnioski.....	37
5. Wnioski	41
6. Podsumowanie.....	42
Bibliografia	43

Katarzyna Szostakowska

Czas wolny seniorów z perspektywy opiekunów rodzinnych	45
1. Wprowadzenie	46
2. Człowiek w okresie starości.....	46
3. Czas wolny osób starszych.....	47
4. Aspekt pedagogiczny starości – koncepcja wychowania do starości Aleksandra Kamińskiego.....	49
5. Procedura badań własnych.....	52
6. Analiza wypowiedzi opiekunów rodzinnych dotycząca czasu wolnego seniorów.....	52
7. Podsumowanie	57
Bibliografia.....	58

Tomasz Głowik

Nieznany wymiar starości. Problemy alkoholowe seniorów na przykładzie mieszkańców DPS i ich terapia	61
1. Wprowadzenie	62
2. Cel pracy	63
3. Problemy alkoholowe seniorów. Analiza literatury	63
4. Skala problemów alkoholowych mieszkańców DPS	66
5. Terapia problemów alkoholowych w grupie seniorów	70
6. Program terapii osób uzależnionych w DPS w Pleszewie	71
7. Podsumowanie	74
Bibliografia	75

Agnieszka Renn-Żurek, Grażyna Kozak

Zjawisko samotności egzystencjalnej wśród osób starszych w opinii pracowników opieki zdrowotnej i społecznej Polski, Litwy, Rumunii, Włoch i Szwecji – badanie fokusowe.....	77
1. Wprowadzenie.....	79
2. Zjawisko samotności i osamotnienia	79
3. Samotność wśród polskich seniorów	80
4. Zjawisko samotności egzystencjalnej.....	81
5. Projekt alone.....	82
6. Materiał i metody.....	82
7. Wyniki	84
8. Wnioski	85
9. Podsumowanie.....	85
Bibliografia	86

Mieczysław Sędzicki

Wiosna jesieni życia – o znaczeniu aktywności kulturalnej w życiu osób starszych	89
1. Aktywność kulturalna	90
2. Osoba starsza w kulturze	92
3. Podsumowanie	95
Bibliografia.....	96

Agnieszka Mazek

Percepcja przemijania i motyw starości w sztuce na przykładzie wybranych dzieł	99
1. Wprowadzenie.....	100
2. Portrety osób bliskich jako sposób przedstawienia starości	101
3. Starość w graficznych przedstawieniach portretowych	103
4. Starość nie zawsze mile widziana	108
5. Motyw przemijania w twórczości studentów kierunku edukacja artystyczna w zakresie sztuk plastycznych uniwersytetu przyrodniczo-humanistycznego w siedlcach.....	109
6. Podsumowanie	116
Bibliografia.....	117

Krzysztof Napora

Obraz ludzkiej starości w wybranych tekstach biblijnych	119
1. Wprowadzenie	120
2. Starość – „dni złe” (KOH 12,1)	120
3. Terminologia biblijna	123
4. „Czcigodna starość” (MDR 4,8). Starość znakiem błogosławieństwa ...	124
5. Podsumowanie	126
Bibliografia	126

Karolina Raczyńska

Stary człowiek i woda. Dziad i jego kłątwa. Niekonwencjonalne przeżywanie jesieni życia w filmie Jańcio Wodnik Jana Jakuba Kolskiego	129
1. Wprowadzenie.....	130
2. Wielka przemiana w życiu prostego gospodarza – Jańcia z Brzustowa. Medytacja niemłodego mężczyzny nad sensem własnego istnienia i powołania	131
3. Woda jako symbol daru i przekleństwa od Boga w życiu Jańcia. Aspekt znachorstwa w filmach Kolskiego	134
4. Ukazanie przez Kolskiego cech wody utrwalaonych w folklorze.....	136
4.1. Wszechobecność i siła żywiołu wody	136
4.2. Woda jako żywioł zbliżający do Boga.....	137

4.3. Woda jako dominanta występująca w cyklu płodności	138
4.4. Magiczne właściwości wody, pokazane na zasadzie dychotomii. Dwoista natura wody	138
4.5. Motywy biblijne w filmowym obrazie wody	139
5. Dziad w Jańciu Wodniku jako główny sprawca wydarzeń magicznych.....	140
6. Dziad jako bohater wpisujący się w funkcjonalno-semantyczną charakterystykę żebraka i śpiewającego dziada wędrownego u Słowian	142
7. Podsumowanie	144
Bibliografia:.....	145
 <i>Klaudia Maksim-Dąbrowska</i>	
Propozycje aktywizacji seniorów na przykładzie miasta Bielsko-Biała.....	147
1. Wprowadzenie.....	148
2. Rola aktywności w życiu jednostki.....	149
3. Programy ministerstwa rodziny, pracy i polityki społecznej	150
4. Propozycje aktywizacji seniorów w Bielsku-Białej.....	150
5. Podsumowanie	152
Bibliografia.....	153
 <i>Dorota Trybusińska, Małgorzata Chmielewska, Aneta Joanna Musiał</i>	
Jakość życia osób starszych mieszkających w domach pomocy społecznej.....	155
1. Wprowadzenie.....	156
2. Cel pracy	158
3. Materiał i metody.....	158
4. Wyniki	160
5. Dyskusja	163
6. Podsumowanie	165
Bibliografia.....	165
 <i>Grażyna Kozak, Agnieszka Renn-Żurek</i>	
Upadki w geriatrici. Czynniki ryzyka i profilaktyka	169
1. Wprowadzenie.....	170
2. Cel badań	171
3. Materiał i metody.....	171
4. Wyniki i wnioski	171
5. Wnioski	181
6. Podsumowanie.....	181
Bibliografia.....	183

Table of Contents

Introduction	11
<i>Anita Gałuszka, Eryka Probierz</i>	
Senior's loneliness. The relationship of loneliness with the harmony of life in the senior age	13
<i>Martyna Czarnecka</i>	
Psychological help for seniors - opportunities and threats.....	27
<i>Grażyna Kozak</i>	
Quality of life of elderly people living in selected social welfare homes.....	35
<i>Katarzyna Szostakowska*</i>	
Seniors leisure time from the perspective of family caregivers	45
<i>Tomasz Głowik</i>	
Unwanted true colours of Old Age. Alcoholic problems of Nursing Home Care inhabitants and their treatment	61
<i>Agnieszka Renn-Żurek, Grażyna Kozak</i>	
The phenomenon of existential loneliness among older people in the opinion of health and social care workers from Poland, Lithuania, Romania, Italy and Sweden – focus group study.....	77
<i>Mieczysław Sędzicki</i>	
Spring in the autumn years – about the importance of cultural activity in the life of the elderly.....	89
<i>Agnieszka Mazek</i>	
The perception of transience of life and the motif of old age in art as illustrated by selected works	99
<i>Krzysztof Napora</i>	
The picture of human old age in selected biblical texts.....	119

<i>Karolina Raczyńska</i> The old man and the water. The beggar and his curse. Unconventional experiencing of the „autumn of life” in the film Jańcio Wodnik by Jan Jakub Kolski	129
<i>Klaudia Maksim-Dąbrowska</i> Proposals for activating seniors on the example of the city of Bielsko-Biała	147
<i>Dorota Trybusińska, Małgorzata Chmielewska, Aneta Joanna Musiał</i> Quality of life of the elderly nursing homes residents.....	155
<i>Grażyna Kozak, Agnieszka Renn-Żurek</i> Falls in geriatrics - risk factors and prevention	169

Wstęp

Problem starości i funkcjonowania ludzi starszych jest w dzisiejszych czasach przedmiotem licznych dyskusji społecznych, bowiem dane demograficzne wskazują, że w wielu krajach wzrasta procent ludzi w wieku senioralnym. Dlatego przygotowanie i edukacja społeczeństwa do starości stanowić powinny nowe wyzwania społeczne. Tym bardziej, że codzienna praktyka wskazuje, iż stosunek społeczeństwa do ludzi starszych jest bardzo różny, a ponadto uwarunkowany jest wieloma czynnikami. Zaliczyć do nich można najbliższe otoczenie, w którym senior funkcjonuje, sytuacje społeczne, w których się znajduje, sytuacje ekonomiczne, rodzinne i zdrowotne oraz sposób, w jaki nawiązuje kontakty społeczne, a także witalność życiową, jaką przejawiają starsi ludzie.

Kluczowym celem publikacji jest próba oceny postaw w stosunku do ludzi starszych oraz analiza jakości ich życia. Poznanie postaw wobec seniorów jest bardzo ważne, gdyż stereotypowe poglądy są często istotną przyczyną niewłaściwego traktowania ludzi starszych. W konsekwencji mogą negatywnie przekładać się na jakość ich funkcjonowania, powodując spadek samooceny i poczucia kontroli nad własnym życiem, co w rezultacie może prowadzić do obniżenia się poczucia jakości życia seniorów. Zamieszczone w monografii rozważania teoretyczne i badania naukowe dotyczą także percepcji i funkcjonowania osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem czynników wpływających na kształtowanie się postaw społecznych wobec seniorów.

Warto podkreślić, iż autorami artykułów są przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych. Przekłada się to na interdyscyplinarny charakter publikacji, przez co może ona stanowić ciekawą i wartościową pozycję dla wszystkich osób zajmujących się różnorodnymi aspektami starości.

Anita Gałuszka*
Eryka Probiez** , ***

SAMOTNOŚĆ SENIORA. O ZWIĄZKACH SAMOTNOŚCI Z HARMONIĄ ŻYCIĄ W WIEKU SENIORALNYM

Senior's loneliness. The relationship of loneliness with the harmony of life in the senior age

* Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. W. Korfańtego w Katowicach ORCID: 0000-0002-0030-5360

** Uniwersytet Śląski w Katowicach ORCID:0000-0002-6588-1975

*** Politechnika Śląska w Gliwicach ORCID:0000-0002-6588-1975

ABSTRACT

Introduction: The quality of life is an interdisciplinary research area. The multidimensional and multifaceted approach to quality of life indicates numerous variables (both objective and subjective) that are closely related to it. One of such factors is loneliness, which is related to the subjective quality of life, understood as the harmony of life.

Aim of the research: The research focused on searching for relationships between loneliness and the quality of life, understood as the harmony of life, of the elderly.

Material and research methods: The work is empirical. 210 seniors aged 60+ participated in the study. The SBS-AD Loneliness Scale by Z. Dołęga and the De Jong Gierveld Scale for the Sense of Loneliness as well as the original Harmony of Life Questionnaire were used to collect the data.

Results: The statistical analysis showed a negative correlation between the harmony of life and various types of loneliness (emotional loneliness $\rho = -0.413$, $p < 0.001$, social loneliness $\rho = -0.465$, $p < 0.001$ and existential loneliness $\rho = -0.461$, $p < 0.001$) and the global loneliness index $\rho = -0.468$, $p < 0.001$ (SBS-AD) and $\rho = -0.469$, $p < 0.001$ (De Jong Gierveld). Moreover, a higher sense of harmony in life was demonstrated by women ($t = 2.27$; $p = 0.025$), people living with others ($t = 2.97$; $p = 0.003$) and positively assessing their health condition ($t = 2.34$; $p < 0.05$, $F = 5.46$, $\beta = 0.17$, $R^2_{skor.} = 0.02$).

Conclusions: Loneliness shows negative relations with the harmony of life of people in senior age.

Key words: loneliness, harmony of life, senior

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Jakość życia stanowi interdyscyplinarny obszar badawczy, a jej wielowymiarowe i wieloaspektowe ujmowanie wskazuje na liczne zmienne (zarówno obiektywne, jak i subiektywne) pozostające z nią w ścisłych relacjach. Jednym z takich czynników jest samotność, która wiąże się z subiektywną jakością życia rozumianą jako harmonia życia.

Cel badań: W badaniach skoncentrowano się na poszukiwaniu związków samotności z jakością życia osób starszych rozumianą jako harmonia życia.

Materiał i metody badawcze: Praca ma charakter empiryczny. W badaniu wzięło udział 210 seniorów w wieku 60+. Do zbierania danych wykorzystano *Skalę do badania samotności SBS-AD* Z. Dołęgi i *Skalę do badania poczucia samotności* De Jong Gierveld oraz *Kwestionariusz do badania harmonii życia* A. Gałuszki.

Wyniki: Analiza statystyczna wykazała ujemną zależność pomiędzy harmonią życia a różnymi rodzajami samotności (samotnością emocjonalną $\rho = -0,413$, $p < 0,001$, społeczną $\rho = -0,465$, $p < 0,001$ i egzystencjalną $\rho = -0,461$, $p < 0,001$) oraz globalnym wskaźnikiem samotności $\rho = -0,468$, $p < 0,001$ (SBS-AD) i $\rho = -0,469$, $p < 0,001$ (De Jong Gierveld). Ponadto wyższe poczucie harmonii życiowej wykazały kobiety ($t = 2,27$; $p = 0,025$), osoby zamieszkujące z innymi ($t = 2,97$; $p = 0,003$) oraz pozytywnie oceniające swój stan zdrowia ($t = 2,34$; $p < 0,05$, $F = 5,46$, $\beta = 0,17$, $R^2_{\text{skor.}} = 0,02$).

Wnioski: Samotność wykazuje negatywne związki z harmonią życia osób w wieku senioralnym.

Słowa kluczowe: samotność, harmonia życia, senior

1. WPROWADZENIE

W świecie pełnym ludzi (liczba ludności według US Census Bureau na 2020 rok wynosi w przybliżeniu 7,8 mld) samotność wydaje się być nierzeczywista, fikcyjna, wymyślona. Jednak liczne doniesienia z badań oraz doświadczenie bycia z innymi i jego braku (dotkliwie odczuwane zwłaszcza w sytuacji pandemii COVID-19), wskazują, że problem samotności jest jak najbardziej realny, a co więcej – uniwersalny. Przeszkodą dla samotności nie są bowiem ani zmienne socjodemograficzne, ani kulturowe czy środowiskowe. Samotność potencjalnie może dotknąć każdego, sięjąc spustoszenie w jego życiu, gdyż – jak twierdzą niektórzy – towarzyskość, pozostawanie z kimś w bliskiej relacji, poczucie wsparcia społecznego, poczucie więzi i bliskości z drugim człowiekiem definiują jednostkę jako istotę społeczną.

2. SAMOTNOŚĆ I OSAMOTNIENIE

Silna potrzeba przynależności i przywiązania (Włodarczyk, 2016; Adamczyk, 2016) może wskazywać na biologiczne uwarunkowania ucieczki od samotności.

Genetyczno-ewolucyjny aspekt samotności został podniesiony przez Cacioppo i Cacioppo (2018) w ewolucyjnej teorii samotności (Evolutionary Theory of Loneliness – ETL). Głównym założeniem ETL jest dziedziczny, adaptacyjny charakter doświadczania samotności jako sygnału ostrzegającego o zagrożeniu. Odczuwanie samotności wskazuje, że buforujące lub chroniące interakcje społeczne (w szerokim tego słowa znaczeniu) stały się zagrożone lub uległy zniszczeniu, co motywuje jednostkę do podjęcia poszukiwań innych podmiotów i nawiązania nowej bądź odnowienia utraconej z nimi relacji. Teoria ewolucyjna wykracza poza domenę relacji międzyludzkich (co jest wpisane w jej ontologiczne podstawy) (Cacioppo, Cacioppo, Boomsma, 2014).

Założenie to stało się impulsem do zbadania genetycznych podstaw samotności. Wyniki przeprowadzonych badań sugerują, że wiele genów, które w niewielkim stopniu wiążą się z różnicami w samotności, częściowo pokrywają się z genami przyczyniającymi się do neurotyzmu. Badacze wskazują na istnienie niewielkiego prawdopodobieństwa bezpośredniego wpływu genów na samotność, podkreślając jednocześnie rolę czynników środowiskowych aktywujących geny wiążące się z samotnością. Obecnie prowadzone są badania mające wyjaśnić opisywany mechanizm (Spithoven, Cacioppo, Goossens, Cacioppo, 2019).

Samotność jest pojęciem wielowymiarowym i wieloaspektowym. W socjologii samotność i osamotnienie traktowane są synonimicznie i oznaczają brak kontaktu z innymi i z sobą samym (Szczepański, 1988), co uwypuklone jest w opisach związków samotności z izolacją społeczną (Fakoya, McCorry, Donnelly, 2020, Malcolm, Frost, Cowie, 2019, Beller, Wagner, 2018) i stygmatyzacją (Yilmaz, Dedeli, 2016, Tzouvara, 2015). Brak lub znaczne ograniczenie kontaktu fizycznego stanowi jeden z wymiarów samotności. Ma on charakter obiektywny, zauważalny zarówno dla samej osoby samotnej, jak i dla środowiska zewnętrznego (Czekanowski, 2012, Gajda, 2006). Innym, subiektywnym wymiarem samotności jest wymiar psychospołeczny. Odnosi się on przede wszystkim do własnej oceny stanu relacji interpersonalnych i emocjonalnego stosunku do nich. To stan charakteryzujący człowieka samotnego w tłumie ludzi, mającego często poczucie niezrozumienia, alienacji, braku możliwości uzyskania realnego wsparcia ze strony innych, w tym bliskich sobie osób, np. członków rodziny (Czekanowski, 2012). Wymiar ten bywa dzielony na dwie dymensje – samotność emocjonalną, charakteryzującą się obniżonym nastrojem i negatywnymi emocjami związanymi z niekorzystną oceną samego siebie w aspekcie relacji interpersonalnych – oraz samotność społeczną, odnoszącą się do poczucia izolacji czy marginalizacji własnej roli w odniesieniu do relacji społecznych (Dołęga, 2009). Wymiar dychotomiczny łączy aspekt obiektywny oraz subiektywny i odnosi się do pierwotnego powiązania rozumienia samotności i poczucia osamotnienia jako zjawiska tożsamego (Czekanowski, 2012). Samotność ma też wymiar moralny, odnoszący się do wycofania z kontaktów międzyludzkich z powodu zaburzonej hierarchii wartości, egoizmu, egocentryzmu, postawy nihilistycznej prowadzącej do zgorzknienia (Szafrńska, 2017). W literaturze można również znaleźć opis wymiaru egzystencjalnego samotności, łączący się z samotnością życiową, przekonaniem o niemożności identyfikowania się

z określonymi wartościami, niemożności realizowania celów życiowych, utratą sensu życia, brakiem zakotwiczenia się społecznego i integracji z otoczeniem (Dołęga, 2009) czy po prostu życiem w pojedynkę (Barszcz, 2019).

W psychologii zazwyczaj dokonuje się rozróżnienia na samotność i osamotnienie lub poczucie osamotnienia. Samotność jest tu rozumiana jako obiektywny brak kontaktów fizycznych, społecznych z innymi ludźmi, będący konsekwencją utraty więzi interpersonalnych, dezintegracji z grupą, niewłaściwego pełnienia ról społecznych (Szukalski, 2005). Poczucie osamotnienia natomiast wiąże się z psychicznym aspektem samotności, dotyczącym poczucia bycia niezrozumianym przez otoczenie, poczucia wyobcowania, (Szukalski, 2005), a czasem odczucia utraty sensu życia (Trafiałek, 2003). Zatem człowiek może czuć się osamotniony pomimo pozostawania w relacjach z innymi. Samotność zazwyczaj traktuje się jako zjawisko negatywne, niekorzystne dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania człowieka. Wydaje się jednak, że podejście to nie jest w pełni uzasadnione. O ile poczucie osamotnienia, alienacji, odrzucenia, marginalizacji, niedopasowania do otoczenia społecznego, braku spostrzeganego wsparcia społecznego pozostaje w niekorzystnych związkach ze zdrowiem psychicznym i somatycznym (Smith, Victor, 2018, Heinrich, Gullone, 2006), a także śmiertelnością (Steptoe, Shankar, Demakakos, Wardle, 2013), co wskazuje na negatywne jego aspekty, o tyle samotność w sensie fizycznym czy społecznym nie jest jednoznacznie zła, a bywa wręcz pożądana. Dotyczy to sytuacji, kiedy człowiek potrzebuje wyciszenia, spokoju, pobycia z samym sobą, czasu na autorefleksję, zrelaksowania się, ale również w sytuacji samorozwoju, kreatywności i pracy twórczej (Vosse, 2019). Samotność z wyboru jest zatem pozytywna, natomiast samotność narzucona, niechciana i nieakceptowana ma – podobnie jak osamotnienie – wartość negatywną.

Problem samotności nabiera szczególnej wagi w wieku senioralnym, ponieważ zazwyczaj nie podlega ona dobrowolnemu wyborowi, lecz wiąże się z utratą kontaktów z najbliższymi (śmiercią współmałżonka, rodzeństwa, przyjaciół) lub ich osłabieniem (dzieci mają własne życie, są zajęte pracą i sprawami własnej rodziny). Dodatkowo osoby starsze wymagają wsparcia, ze względu na słabnące siły organizmu, prowadzące często do polichorobowości, dlatego istotnymi zadaniami rozwojowymi okresu późnej dorosłości są: przystosowanie się do słabnącej wydolności fizycznej i pogarszającego się stanu somatycznego (zdrowia) oraz akceptacja życia w sytuacji postępujących ograniczeń i doświadczanych utrat, co może wiązać się z koniecznością jakościowej zmiany subiektywnej oceny jakości życia (Havighurst, 1997).

3. HARMONIA ŻYCIA

Na próżno szukać jednoznacznej definicji jakości życia. Autorzy podejmujący ten problem dokonują różnych jej ujęć i typologii. Najczęściej wskazuje się na obiektywne i subiektywne definiowanie jakości życia, przy czym próba unifikacji obu podejść jest widoczna m.in. w cebulowej teorii szczęścia (Czapiński, 2004) czy modelu dobrego życia (Lawton, 1991). Czapiński (2004) wyodrębnił trzy warstwy szczęścia 1) wolę życia, jako

warstwę zdeterminowaną genetycznie i mogącą pozostawać poza świadomością, 2) dobrostan subiektywny, związany z bilansem emocjonalnym, satysfakcją życiową i poczuciem sensu życia oraz 3) bieżące doświadczenia afektywne i tzw. satysfakcje cząstkowe, dotyczące poszczególnych sfer życia (np. pracy, rodziny, zasobów materialnych). Lawton (1991) natomiast zaproponował cztery podstawowe obszary: 1) kompetencje behawioralne (np. zdrowie, sprawność ruchową, funkcjonowanie poznawcze, gospodarowanie czasem oraz zachowania społeczne), 2) obiektywne środowisko, 3) psychologiczny dobrostan i 4) postrzeganą jakość życia. Dwa pierwsze aspekty podlegają miarom obiektywnym, zaś psychologiczny dobrostan i postrzegana jakość życia – miarom subiektywnym.

W wielu pracach poświęconych jakości życia proponuje się definicje operacyjne podkreślające konkretne jej atrybuty. Dla przykładu Diener i jego współpracownicy wiążą jakość życia z satysfakcją z życia, Peterson i Seligman – z cnotami i mocnymi stronami charakteru, Fredrickson – z odczuwaniem pozytywnych emocji, Csíkszentmihályi – z doświadczeniem *flow* (przepływu), wyrażającego twórcze zatracenie się w danej czynności, Schipper czy Dziurawicz-Kozłowska – ze zdrowiem, Tomaszewski i Brudnowska – ze sportem i aktywnością fizyczną, Antonovsky z poczuciem koherencji czy Bowling – ze wskaźnikami ekonomicznymi i socjodemograficznymi (por. Gałuszka, 2017).

Jakość życia jest pojęciem bardzo szerokim, a wielość czynników z nią związanych powoduje, że stworzenie jednoznacznej i uniwersalnej definicji jest wyzwaniem, któremu być może trudno będzie sprostać. Nie oznacza to jednak, że powinno się zaprzestać badań w tym obszarze. Wręcz przeciwnie, zmiany kulturowe, a także epidemiczne (jak pokazał rok 2020) wskazują, że zmieniające się okoliczności zewnętrzne zmieniają spostrzeganie podmiotowe zarówno sytuacji indywidualnej, jak i społecznej, a to znajduje odzwierciedlenie w kulturze. Transformacje te nierozzerwalnie wiążą się z jakością życia, satysfakcją życiową, poczuciem sensu czy zadowoleniem z życia.

Biorąc pod uwagę mnogość i różnorodność zmiennych łączących się z jakością życia można uznać, że dobra jakość życia wyraża się w pewnej ich równowadze. M. Gotowska (2014), wymieniając obiektywne (związane z posiadaniem) i subiektywne (dotyczące bycia/istnienia i uczuciowości) aspekty jakości życia, zaproponowała ujęcie jej w kategorii równowagi życia (bytu), rozumianej jako „pewna zależność, ale niekoniecznie zbieżność między obiektywnymi i subiektywnymi ocenami życia ludzi” (Gotowska, 2014, s. 39). Równowaga sugeruje jednak pewien ściśle określony stan, w którym działające siły wzajemnie się znoszą, pozwalając na utrzymanie względnie stałych parametrów systemu. Nadmiar lub niedobór jednego z nich powoduje reakcję ze strony innych.

W przypadku zjawisk psychospołecznych określenie natężenia danego czynnika i innych, równoważących go, jest niezwykle trudne. Dlatego też proponuje się ujmowanie jakości życia w kategorii jego harmonii. Harmonia życia jest subiektywną oceną własnej sytuacji życiowej, odzwierciedlającej poczucie spełnienia i uwzględniającej wymiar psychologiczny, społeczny, somatyczny i duchowy, których wzajemne związki wykraczają poza konwencjonalne rozumienie równowagi. Oznacza ona współistnienie, współgranie, współbycie różnych elementów (pozytywnych i negatywnych), które pozostają ze sobą w określonych relacjach, których wypadkowa wyraża się w urzeczywistnieniu pragnień i realizacji celów, w tym zadań rozwojowych.

4. CEL I METODA BADAWCZA

Celem pracy była próba określenia związku pomiędzy harmonią życia a poczuciem osamotnienia osób w wieku senioralnym (powyżej 60 roku życia).

Postawiono następujące pytania i hipotezy badawcze:

1. Czy istnieje związek samotności z harmonią życia osób w wieku senioralnym?
H₁ Istnieje związek pomiędzy samotnością a harmonią życia osób w wieku senioralnym. Im wyższy poziom poczucia samotności, tym niższe poczucie harmonii życia.
2. Czy istnieje związek pomiędzy harmonią życia a społeczną, emocjonalną i egzystencjalną samotnością osób starszych?
H₂ Istnieje związek pomiędzy samotnością społeczną, emocjonalną i egzystencjalną a harmonią życia osób w wieku senioralnym. Im wyższy poziom harmonii życia, tym niższe poczucie samotności społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej.
3. Czy istnieją różnice międzypłciowe w zakresie deklarowanej harmonii życia badanych osób?
H₃ Istnieją różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w deklarowanej harmonii życia. Kobiety wykazują niższy poziom harmonii życia niż mężczyźni.
4. Czy istnieją różnice deklarowanej harmonii życia między osobami mieszkającymi samotnie a osobami mieszkającymi z innymi członkami rodziny?
H₄ Osoby zamieszkujące z innymi członkami rodziny mają wyższy poziom harmonii życia niż osoby mieszkające samotnie.
5. Czy obiektywny i subiektywny stan zdrowia stanowią predyktory harmonii życia?
H₅ Obiektywny i subiektywny stan zdrowia są predyktorami harmonii życia w badanej grupie osób.

Do zbierania danych wykorzystano:

1. *Kwestionariusz SBS-AD Z.* Dołączy do badania samotności globalnej oraz społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej.
2. *Skalę do pomiaru poczucia samotności* De Jong Gierveld badającą samotność emocjonalną i społeczną.
3. *Kwestionariusz harmonii życia* A. Gałuszki do badania harmonii globalnej, samorealizacji/samoakceptacji, samotności/rezygnacji, optymizmu/empatii, duchowości/religijności i równowagi (w ramach niniejszego artykułu wykorzystano jedynie dane dotyczące wskaźnika globalnego harmonii życia).
4. Ankietę socjodemograficzną¹

5. WYNIKI

Analizy statystyczne (statystyki opisowe, korelacje, test *t* Studenta, model regresji liniowej) przeprowadzono wykorzystując program PS IMAGO PRO (SPSS).

¹ Dane zostały zebrane przez Macieja Zarembę w ramach seminarium magisterskiego prowadzonego przez promotora A. Gałuszkę.

Badana grupa liczyła 210 osób, z czego 67,1% stanowiły kobiety, N = 141 a 32,9% stanowili mężczyźni, N = 69. Wiek badanych mieścił się w przedziale 60–88 lat, (M=67,6 lat). W doborze osób badanych wykorzystano metodę kuli śnieżnej (*snowball*).

Tabela1. Statystyki podstawowe

Wskaźnik	N	M	SD	Min	Maks	Me	W	p
KHZ1	210	37,00	6,27	15,00	50,00	38,00	0,96	< 0,001***
KHZ 2	210	26,53	5,24	12,00	36,00	27,00	0,98	0,005**
KHZ 3	210	19,98	3,18	7,00	25,00	20,00	0,94	< 0,001***
KHZ 4	210	24,81	6,61	7,00	35,00	26,00	0,95	< 0,001***
KHZ 5	210	15,51	3,22	4,00	20,00	16,00	0,92	< 0,001***
KHZ	210	123,82	15,23	71,00	162,00	125,00	0,99	0,389
SBS-AD/sp	210	18,26	6,58	10,00	40,00	17,50	0,92	< 0,001***
SBS-AD/se	210	21,40	7,35	11,00	42,00	21,00	0,95	< 0,001***
SBS-AD/seg	202	21,35	5,68	10,00	37,00	21,00	0,98	0,013*
SBS-AD/global	210	60,19	18,19	28,00	118,00	58,50	0,96	< 0,001***
DJGE	209	12,98	5,05	6,00	30,00	12,00	0,93	< 0,001***
DJGS	209	11,47	4,79	5,00	25,00	10,00	0,94	< 0,001***
DJG	209	24,46	8,68	11,00	51,00	24,00	0,96	< 0,001***

Adnotacja. N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana; W – statystyka testu Shapiro-Wilk; p – istotność testu Shapiro-Wilk; KHZ1 – *Kwestionariusz harmonii życia, samorealizacja/ samoakceptacja*; KHZ2 – *Kwestionariusz harmonii życia, samotność/ rezygnacja*; KHZ 3 – *Kwestionariusz harmonii życia, optymizm/ empatia*; KHZ 4 – *Kwestionariusz harmonii życia, duchowość/ religijność*; KHZ 5 – *Kwestionariusz harmonii życia, równowaga*; KHZ – *Kwestionariusz harmonii życia, harmonia*; SBS-AD/sp – Skala SBS-AD, samotność społeczna; SBS-AD/se – Skala SBS-AD, samotność emocjonalna; SBS-AD/seg – Skala SBS-AD, samotność egzystencjalna; SBS-AD/global – Skala SBS-AD, samotność globalna; DJGE – De Jong Gierveld, poczucie samotności emocjonalnej; DJGS – De Jong Gierveld, poczucie samotności społecznej; DJG – De Jong Gierveld, globalne poczucie samotności;

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Źródło: (badanie własne)

Dane w tabeli 1 wskazują, że poza wskaźnikiem globalnym harmonii życia, który przyjmuje postać rozkładu normalnego, wszystkie pozostałe wskaźniki wykazują rozkład nie spełniający założeń rozkładu normalnego.

Tabela 2. Związki korelacyjne rho Spearmana pomiędzy poczuciem samotności a harmonią życia

Zmienna	KHZ
	rho
SBS-AD Global	-0,468***
SBS-AD/sem	-0,413***
SBS-AD/sp	-0,465***
SBS-AD/seg	-0,461***
DJG global	-0,469***
DJG sem	-0,439***
DJG sp	-0,397***

***p < 0,001

Źródło: (badanie własne)

Na podstawie wyników obliczeń statystycznych zaprezentowanych w tabeli 2 można stwierdzić, że wszystkie korelacje pomiędzy poczuciem osamotnienia a harmonią życia okazały się – w badanej grupie osób w wieku senioralnym – istotne statystycznie. Wszystkie też mają znak przeciwny, co oznacza, że wraz ze wzrostem poczucia osamotnienia maleje poczucie harmonii życia.

Tabela 3. Różnice międzypłciowe a deklarowana harmonia życia

Zmienna	Statystyki opisowe		Wnioskowanie statystyczne		
	M	SD	t	df	p
Kobieta	125,47	14,48	2,27	208	0,025
Mężczyzna	120,45	16,26			

Adnotacja. t – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; SJZ – Kwestionariusz Harmonii Życia, harmonia

Źródło: (badanie własne)

Zbadano, czy istnieją różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie harmonii życia. Z danych zawartych w tabeli 3 wynika, że istotnie, pomiędzy badanymi kobietami a mężczyznami istnieją istotne statystycznie różnice w deklarowanym poczuciu harmonii życia, przy czym kobiety deklarują wyższy jej poziom niż mężczyźni.

Tabela 4. Różnice w zamieszkananiu a deklarowana harmonia życia

Zmienna	Statystyki opisowe		Wnioskowanie statystyczne		
	M	SD	t	df	p
Z innymi	125,55	15,03	2,97	208	0,003
Samotnie	118,41	14,72			

Adnotacja. t – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; SJZ – Kwestionariusz Harmonii Życia, harmonia

Źródło: (badanie własne)

Zbadano również, czy występują różnice w deklarowanej harmonii życia pomiędzy osobami zamieszkującymi samotnie lub z innymi członkami rodziny. W tabeli 4 ujęto wyniki przeprowadzonych obliczeń. Wskazują one na występowanie istotnej statystycznie różnicy pomiędzy osobami zamieszkującymi samotnie lub z członkami rodziny. Osoby, które mieszkają same, wykazały niższy poziom harmonii życia.

Tabela 5. Zależność harmonii życia od obiektywnego zdrowia i subiektywnej oceny zdrowia

Nazwa	SS	df	F	p	$\eta^2 p$
Model	1517,84	2	3,34	0,038	0,03
Stan zdrowia	731,33	1	3,21	0,075	0,02
Ocena stanu zdrowia	1241,95	1	5,46	0,020	0,03

Adnotacja. SS – suma kwadratów; df – stopnie swobody; F – statystyka testu; $\eta^2 p$ – cząstkowa eta kwadrat; p – istotność statystyczna

Źródło: (badanie własne)

Istotną kwestią w wieku senioralnym jest stan zdrowia. Sprawdzone, czy jest on predyktorem harmonii życia. Dane ujęte w tabeli 5 ujawniają, że istotnym predyktorem harmonii życia w badanej grupie seniorów jest subiektywna ocena stanu zdrowia. Wynik testu $F(2, 206) = 3,34$; $p < 0,05$ potwierdza, że model jest istotny statystycznie. Wartość współczynnika beta wynosi 0,17; $t(206) = 2,34$; $p < 0,05$, co oznacza, że wraz ze wzrostem subiektywnej oceny stanu zdrowia o jeden punkt następuje wzrost wartości poziomu harmonii życia o 0,17 punktu. Skorygowany współczynnik dopasowania modelu wynosił $R^2 = 0,022$

6. DYSKUSJA

Przeprowadzone badania i analizy w znacznej mierze potwierdziły postawione hipotezy, umocowane w doniesieniach innych autorów. Nie znaleziono badań bezpośrednio odwołujących się do harmonii życia jako jednolitego konstrukt. Autorzy nie pomijają kwestii harmonii życiowej, ale powołując się na nią, przyjmują ciche założenie, że jest ona zrozumiała *per se* (Świtoń, Wnuk, 2015, Falcman, Koperski, 2010) lub stanowi jeden z czynników składowych innego konceptu, np. duchowości (Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004). W opisywanym badaniu harmonia traktowana jest jako osobny konstrukt, odnoszący się do jakości życia, zatem w dyskusji zostaną przywołane wyniki badań związane z jakością życia. W niniejszym badaniu uzyskano negatywny, istotny związek harmonii życia i samotności. Podobne wyniki uzyskali Nowicki i wsp. (2018), którzy badali związki jakości życia i samotności seniorów-mieszkańców Lublina. Negatywną istotną zależność uzyskali też Herman i wsp. (2018), badający związki pomiędzy zadowoleniem z życia a poczuciem osamotnienia osób starszych mieszkających w DPS. Natomiast Ekwall, Sivberg, i Hallberg (2005), badający starsze osoby (powyżej 75 roku życia), wskazali, że poczucie osamotnienia może stanowić predyktor jakości życia, przy czym im bardziej osoba czuje się samotna, tym bardziej maleje jej ocena jakości życia.

Biorąc pod uwagę wspólne zamieszkiwanie z członkami najbliższej rodziny uzyskano wyniki świadczące o tym, że osoby mieszkające samotnie mają niższy poziom harmonii życia niż te, które zamieszkują z rodziną. Wyniki badań dotyczących singli i bliskich związków czy izolacji społecznej także wskazują na podobną zależność (Dorosiewicz, 2008; Fakoya, McCorry, Donnelly, 2020; Malcolm, Frost, Cowie, 2019; Beller, Wagner, 2018).

Jakość życia silnie wiąże się ze zdrowiem. Badania wskazują na pozytywne związki zdrowia, zwłaszcza jego dobrej, subiektywnej oceny z jakością życia (Roczeń, Kozybska, Kotwas, Knyszyńska, Karakiewicz, 2019; Gajewski i wsp., 2013). Podobne związki zostały ujawnione również w opisywanych badaniach.

7. PODSUMOWANIE

W badanej grupie osób (N=210) występuje ujemny związek między:

1. Samotnością a harmonią życia;
2. Samotnością emocjonalną a harmonią życia;
3. Samotnością społeczną a harmonią życia;
4. Samotnością egzystencjalną a harmonią życia.

Związki korelacyjne są istotne statystycznie i mają charakter ujemny (wg kryterium J.Guilford'a przyjmując poziom przeciętny tzn. $0,3 < |r| \leq 0,5$).

Ponadto:

5. Kobiety wykazują wyższy poziom harmonii życia niż mężczyźni;
6. Osoby mieszkające z innymi wykazują wyższy poziom harmonii życia niż mieszkający samotnie;
7. Subiektywna ocena stanu zdrowia jest istotnie związana z harmonią życia;
8. Wiek nie różnicuje badanej grupy pod względem harmonii życia;
9. Zdrowie obiektywne (choroba przewlekła/niepełnosprawność) nie jest predyktorem harmonii życia.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamczyk M. (2016). Style przywiązania a psychospołeczne funkcjonowanie młodzieży w oparciu o studia przypadków. *Psychoterapia*; 3(178): 89–102.
2. Barszcz P. (2019). Samotność – „cichy” problem cywilizacyjny XXI wieku. W: M. Maciąg, K. Maciąg (red). *Choroby XXI wieku – najnowsze doniesienia*, t.1, s. 206–217, Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.
3. Beller J., Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychology*; 37(9): 808–813. DOI: <https://doi.org/10.1037/hea0000605> [dostęp: 15.12.2020.].
4. Cacioppo J. T., Cacioppo, S. (2018). Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). *Advances in experimental social psychology*; Vol. 58: 127–197. Elsevier Academic Press.
5. Cacioppo J. T., Cacioppo, S., Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition, Emotion*; 28(1): 3–21.
6. Czapiński J. (2004) (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
7. Czekanowski P. (2012). *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*. Gdańsk: GWP.
8. Dołęga Z. (2009). Poczucie samotności a sposoby radzenia sobie w sytuacjach szkolnych w kontekście autodestruktywności. W: Z. Dołęga, M. John-Borys (red.), *Zdrowie psychiczne uczniów – różne konteksty i odniesienia*, s. 154–181, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
9. Dorosiewicz K. (2008). Bliskie związki a jakość życia. *Psychologia Jakości Życia*, 7(1): 5–18.
10. Ekwall A.K., Sivberg, B., Hallberg I.R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers *Journal of Advanced Nursing* 49(1): 23–32.
11. Fakoya O.A., McCorry, N., K., Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Port of Springer Nature, *Public Health*, 20:129. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6> [dostęp: 15.01.2021.].
12. Falcman D., Koperski, Ł. (2010). Bycie singlem jako nowa koncepcja życia i alternatywa wobec małżeństwa. *Roczniki Socjologii Rodziny*; XX, 73–92.

13. Gajda J. (2006). Trzy aspekty samotności jako determinanta stylu życia i uczestnictwa w kulturze. W: P. Domeracki, W. Tryburski (red.), *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*, s. 184–190, Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
14. Gajewski T., Woźnica, I., Młynarska, M. i in. (2013). Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*; 19(3): 362–369.
15. Gałuszka A. (2017). Aktywność fizyczna a jakość życia kobiet – analiza porównawcza wybranych aspektów psychologicznych *Humanum Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*; 25(2): 87–100.
16. Gutowska M. (2014). Jakość życia, poziom jakości życia, równowaga bytu – dyskusja trwa. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*; 2 (37): s. 33–43.
17. Havighurst R.J. (1997). Zadania rozwojowe kolejnych okresów życia i warunki wypełniania. W: W. Pomykało (red). *Encyklopedia Pedagogiczna*, s. 952–953, Warszawa: Fundacja Innowacja.
18. Heinrich L.M., Gullone E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*; 26(6): 695–718.
19. Herman A., Cizek, P., Gortat, M. (2018). Samoocena i poczucie samotności a zadowolenie z życia u pensjonariuszy domów pomocy społecznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia*, vol. XXXI, 1: 219–227.
20. Heszen I., Gruszczyńska E. (2004). Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny*, t. 47, nr 1, 15–31.
21. Lawton M.P. (1991). Background. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: JE. Birren, J. Lubben, J. Rowe, D. Deutchman (eds.) *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, s. 3–27, San Diego: Academic Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-101275-5.50005-3>
22. Malcolm M., Frost H., Cowie J. (2019). Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. BMC Port of Springer Nature, *Systematic Reviews*; 48. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-0968-x> [dostęp: 24.01.2021].
23. Nowicki G.J., Młynarska M., Ślusarska B., Jabłuszewska K., Bartoszek A., Kocka K., Przybylska-Kuć S. (2018). Poczucie samotności jako czynnik warunkujący jakość życia osób powyżej 65. roku życia. *Medycyna Rodzinna*; 21(3): 208–215. DOI: <https://doi.org/10.25121/MR.2018.21.3.208>
24. Roczeń J., Kożybska M., Kotwas A., Knyszyńska A., Karakiewicz B. (2019). Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem wpływu stanu zdrowia pacjentów rehabilitowanych z powodu schorzeń układu ruchu na ich jakość życia. *Gerontologia Polska*; 27: 100–105.
25. Smith K., Victor Ch. (2018). Typologies of Loneliness, Living Alone and Social Isolation, and Their Associations with Physical and Mental Health. *Ageing and Society*; 39(8): 1–22. DOI: 10.1017/S0144686X18000132

26. Spithoven A.W. M, Cacioppo S., Goossens L., Cacioppo J.T. (2019). Genetic Contributions to Loneliness and Their Relevance to the Evolutionary Theory of Loneliness. *Perspectives on Psychological Science* 14(3):376-396. DOI: 10.1177/1745691618812684 [dostęp: 2.12.2020].
27. Szafrąńska K. (2017). Problematyka samotności i poczucie osamotnienia młodzieży, wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych. *Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation)*; 13; 193–210.
28. Steptoe A., Shankar, A., Demakakos, P. and Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*; 110(15): 5797–5801.
29. Academy of Sciences of the United States of America
30. Szczepański J. (1988). *Sprawy ludzkie*. Warszawa: Czytelnik.
31. Szukański P. (2005). Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna. *Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne*; 2(34): 217–238.
32. Świtoń A., Wnuk A. (2015). Samotność w obliczu niesprawności osób starszych. *Geriatrics*; 9: 243–249.
33. Świerżewska D. (2010). Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60 roku życia. *Psychologia Rozwojowa*; 15(2): 89–99.
34. Trafiałek E. (2003). *Polska starość w dobie przemian*. Katowice: „Śląsk”.
35. Tzouvara V. (2015). *Self-Stigma, Loneliness and Culture Among Older Adults with Mental Illness Residing in Nursing Homes*. A thesis submitted to the University of Bedfordshire in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. repository version.pdf;jsessionid [dostęp: 15.01.2021].
36. US Census Bureau, *2020 Census Research, Operational Plans, and Oversight*, The United States Census Bureau [dostęp: 05.12.2020].
37. Vosse S. (2019). *Seeking Solitude: the positive effects of being alone*. https://www.researchgate.net/publication/331529400_Seeking_Solitude_the_positive_effects_of_being_alone [dostęp: 05.01.2021].
38. Włodarczyk E. (2016). Znaczenie wczesnodziecięcego przywiązania w diadzie matka/opiekun–dziecko. *Studia Edukacyjne*; 39: 377–394.
39. Yilmaz A., Dedeli O. (2016). Assessment of Anxiety, Depression, Loneliness and Stigmatization in Patients with Tuberculosis. *Acta Paulista de Enfermagem*; 29(5): 549–557. DOI: 10.1590/1982-0194201600076.

POMOC PSYCHOLOGICZNA DLA SENIORÓW – SZANSE I ZAGROŻENIA

Psychological help for seniors - opportunities and threats

* Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, ORCID: 0000-0003-4804-1728

ABSTRACT

Psychological help for seniors in Poland is not a common phenomenon. Seniors struggle with many problems, towards which they often adopt an attitude of resignation. They often suffer from anxiety or depressive disorders. They withdraw from various areas of activity and suffer from a sense of loneliness. The support that contact with an empathic psychologist or psychotherapist can provide may be an opportunity for such a person to experience various losses - losses that are a natural consequence of this period of life. The aim of this publication is to discuss the issues of psychological help for seniors, and more precisely the opportunities it gives to people in late adulthood. The author will also want to raise the aspect of barriers, concerning seniors' reservations about seeking psychological help and their motivation to start therapy.

Keywords: *psychological help, seniors, support areas, barriers, upbringing to old age*

STRESZCZENIE

Pomoc psychologiczna dla seniorów w Polsce nie jest zjawiskiem powszechnym. Seniorzy zmagają się z wieloma problemami, wobec których często przyjmują postawę rezygnacji. Nierzadko cierpią na zaburzenia lękowe czy depresyjne. Wycofują się z różnych obszarów aktywności, cierpią z powodu poczucia osamotnienia. Wsparcie, jakie może zapewnić kontakt z empatycznym psychologiem lub psychoterapeutą, może być dla takiej osoby okazją do przeżycia różnych strat – strat, które są naturalną konsekwencją tego okresu życia. Celem niniejszej publikacji jest poruszenie problematyki dotyczącej pomocy psychologicznej dla seniorów, a dokładnie szans, jakie ona daje osobom w wieku późnej dorosłości. Autorka będzie chciała również poruszyć aspekt barier, dotyczący zastrzeżeń seniorów odnośnie poszukiwania pomocy psychologicznej i ich motywacji do podjęcia terapii.

Słowa kluczowe: pomoc psychologiczna, seniorzy, obszary wsparcia, bariery, wychowanie do starości

1. WPROWADZENIE

Problematyka starości i starzenia się w ostatnich latach stała się przedmiotem dyskusji przedstawicieli różnych nauk: medycznych, społecznych, ekonomicznych, humanistycznych, a także politycznych, co można zaobserwować szczególnie w ostatnich miesiącach, kiedy świat mierzy się z pandemią i jej konsekwencjami.

Starzenie się społeczeństwa jest jednym z charakterystycznych zjawisk współczesnego świata. Powoduje przeobrażenia niemal w każdym obszarze funkcjonowania człowieka. Dynamicznie oddziałuje na takie dziedziny życia jak: gospodarka, polityka, kultura, opieka medyczna, edukacja. W związku z powyższym istotne jest podjęcie działań, których kluczowym celem będzie poprawa jakości życia seniora w różnych fazach jego procesu starzenia się i skuteczne reagowanie na specyficzne potrzeby osób w okresie późnej dorosłości (Rynkowska, 2015).

Wiek senioralny – jak każdy inny – pociąga za sobą szereg zmian w funkcjonowaniu psychofizycznym i społecznym, które istotnie wpływają na samopoczucie jednostki, motywację do działania i podejmowanie się określonych ról społecznych. Obecnie w społeczeństwie nadal wyraźny jest stereotypowy sposób postrzegania okresu późnej dorosłości, zwłaszcza przez osoby z młodszego pokolenia, które opisują seniora jako osobę „bierną, zamkniętą na otaczającą rzeczywistość, zbyt słabo adaptującą się do nowych warunków społeczno-kulturowych, pozostającą w cieniu współczesnej rzeczywistości, zdominowanej przez postęp technologiczny” (Rynkowska, 2015, s. 208). Jest to jednak z całą pewnością zafałszowany obraz osób w tym przedziale wiekowym. Dla współczesnego seniora przejście na emeryturę to czas, w którym może poświęcić się swoim pasjom, rodzinie. To okres stwarzający możliwości podróżowania, rekreacji, uprawiania hobby, zawierania nowych znajomości, podejmowania wielu aktywności, również takich, które zorientowane są na kształcenie, czy też pomoc innym, jak np. działania w wolontariacie. Mimo wielu szans, jakie daje okres późnej dorosłości, to jednak proces starzenia się jest dla każdego człowieka poważnym wyzwaniem i wymaga przystosowania się do zachodzących zmian, dotyczących roli społecznej, funkcjonowania w układzie rodzinnym, towarzyskim i zawodowym (Rynkowska, 2015).

Seniorzy doświadczają wielu problemów w różnych obszarach swojego życia, pozostając często bez wsparcia i pomocy ze strony rodziny i bliskich osób. Trudności, z którymi mierzą się na co dzień osoby w tym przedziale wiekowym, wywołują cały szereg nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, nierzadko powodujących problemy w funkcjonowaniu psychicznym. Zaburzenia depresyjne w grupie seniorów, choć przeważnie pozostają nierozpoznane i nieleczone, należą do najczęstszych zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym (Filipska, Pietrzykowski, Ciesielka, Dembowski, Kędziora-Kornatowska, 2015). Należy również podkreślić, że objawy, których doświadczają seniorzy – obniżenie jakości życia i zadowolenia z niego, lęk, wycofanie społeczne – często tłumaczone są przez pryzmat naturalnego procesu starzenia się, co skutkuje tym, że nie poszukują oni pomocy, czują się coraz bardziej osamotnieni i pozostawieni na marginesie życia społecznego.

Jedną z form pomocy, oferowaną osobom przeżywającym różnorodne kryzysy życiowe, jest poradnictwo psychologiczne. Jest ono najczęściej stosowaną formą pomocy psychologicznej (Czabała, 2016) i coraz częściej proponowaną w Polsce osobom w wieku senioralnym.

Celem niniejszej publikacji jest wskazanie na ważny z punktu widzenia poprawy jakości życia seniorów obszar – pomoc psychologiczna. Autorka przedstawia motywy, dla których osoby w wieku podeszłym zgłaszają się na konsultacje psychologiczne, jakie widzą oni w nich korzyści, a także – jakie bariery, które powodują, że senior nie chce skorzystać z pomocy psychologa.

2. ZMIANY ROZWOJOWE OKRESU PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI I ICH KONSEKWENCJE DLA PSYCHOSPOŁECZNEGO FUNKCJONOWANIA SENIORA

Wiek późnej dorosłości, biorąc pod uwagę jego charakter i zachodzące zmiany, jest dość specyficzny. „Każda jednostka po jego osiągnięciu coraz większymi krokami przybliża się do kresu swego istnienia” (Łukasiewicz, Łukasik, 2015, s. 87). Zanim jednak się to stanie, musi ona stawić czoło licznym zmianom niemal w każdym obszarze swojego życia, przystosować się do nich, zaakceptować je i nauczyć się żyć w nowej, innej rzeczywistości.

Jednym z trudniejszych doświadczeń tego okresu życia, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym, jest zmaganie się z somatycznymi konsekwencjami naturalnego procesu starzenia się organizmu, jak również z różnymi chorobami. „Wśród najczęściej występujących chorób somatycznych w starości wymienia się choroby infekcyjne związane z obniżeniem odporności organizmu, choroby układu krążenia, oddechowego i pokarmowego, choroby narządu ruchu oraz układu hormonalnego (głównie cukrzyce). Po 65. r.ż. wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia chorób psychicznych” (Straś-Romanowska, 2009, s. 266).

Zmniejszająca się kondycja fizyczna wpływa na spadek sprawności do wysiłku z jednej strony, z drugiej zaś – powoduje wzrost stopnia podatności na zmęczenie. W konsekwencji przekłada się to na konieczność ograniczania aktywności w codziennym funkcjonowaniu, co z całą pewnością skutkuje pogorszeniem nastroju, spadkiem wigoru i ogólnym zniechęceniem.

Narządy zmysłu, bardzo ważne w codziennych, nawet najprostszych aktywnościach w okresie późnej dorosłości również ulegają osłabieniu. Upośledzenie ich funkcji przekłada się na jakość wykonywania różnorodnych czynności, nawet tych wykonywanych dla relaksu – jak np. oglądanie telewizji, czytanie prasy, robotki ręczne czy majsterkowanie – a czasami wręcz zupełnie uniemożliwia ich wykonywanie, co powoduje, że dzień powszedni dla wielu starszych osób w takiej sytuacji po prostu traci sens (Bączek, Bosacka, Ulatowska, 2016).

„Stan zdrowia warunkuje autonomię życiową” (Lada, 2018, s. 338). Należy zaznaczyć, że niektóre choroby całkowicie uzależniają seniora od otoczenia. Utrata samodzielności, autonomii, brak prywatności obniżają jakość życia, zadowolenie z niego

i satysfakcję. Niekorzystnie oddziałują też na zmiany w obrazie własnej osoby. Brak autonomii obniża poczucie sprawstwa i kontroli nad własnym życiem, zmniejsza poczucie własnej wartości, obniża samoocenę powodując, że osoba w wieku podeszłym przestaje cieszyć się życiem i powoli zaczyna przyjmować postawę pasywną.

Niewątpliwie w sytuacji choroby seniorzy bardziej potrzebują konsultacji lekarza specjalisty niż rozmowy z psychologiem. Jednak nie należy lekceważyć psychologicznych efektów tych problemów. Stres, napięcie emocjonalne, strach, a nierzadko zmęczenie wpływają na obniżenie ogólnego nastroju, zmniejszają motywację do działania i powodują coraz większą izolację społeczną.

Kolejnym trudnym doświadczeniem w życiu osoby starszej jest utrata współmałżonka. Wydarzenie to ma silne traumatyczne następstwa. Na skali wydarzeń stresogennych w życiu znajduje się ona na pierwszej pozycji. Strata współmałżonka przekłada się nierzadko na trudności w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak: dokonywanie opłat, zadania administracyjne, prowadzenie gospodarstwa domowego – sprzątanie, gotowanie, prasowanie. „Osobie starszej brakuje nagle współmałżonka, z którym konsultowała podejmowanie ważnych decyzji życiowych, spędzała razem czas wolny, dzieliła obowiązki domowe” (Bączek, Bosacka, Ulatowska, 2016, s. 442). Utrata bliskiej osoby to strata, której nic nie może zrekompensować. Wiąże się ona z zerwaniem szczególnej więzi emocjonalnej, łączącej dwoje ludzi. Brak ten prowadzi do głębokiego smutku, apatii, często do zubożenia i poczucia braku sensu w życiu (Bączek, Bosacka, Ulatowska, 2016).

Bezpośrednim następstwem utraty bliskiej osoby jest także gorsza sytuacja materialna, która nierzadko zmusza do zmiany stylu życia, niekiedy ograniczenia kontaktów rodzinnych i towarzyskich, prowadząc w konsekwencji do izolacji osoby starszej. Obniżenie statusu ekonomicznego skutkuje ograniczeniami w życiu codziennym, które stają się źródłem poważnego dyskomfortu psychicznego seniora.

W tym trudnym okresie życia osoby w wieku podeszłym często nie mają bądź nie mogą liczyć na odpowiednie wsparcie społeczne. Dodatkowo śmierć znajomych, przyjaciół, rówieśników nasila ogólne poczucie osamotnienia.

Kolejnym wydarzeniem, które z pewnością wpłynie na funkcjonowanie psychiczne seniora i może zwiększyć jego poczucie osamotnienia, jest przejście na emeryturę. Sytuacja ta wiąże się z całkowitą zmianą dotychczasowego stylu życia. Przekłada się nie tylko na pogorszenie sytuacji materialnej, ale przede wszystkim przejście w stan spoczynku zawodowego, co wiąże się ze zmianą dotychczasowych układów i relacji międzyludzkich. Na skutek utraty lub ograniczenia kontaktu ze współpracownikami zmienia się krąg osób, z którymi senior utrzymuje relacje towarzyskie. „Najistotniejszą jednak konsekwencją przejścia na emeryturę jest utrata znaczenia społecznego, prestiżu oraz wzrost poczucia bezużyteczności. Uwolnienie od codziennych obowiązków zawodowych, przyjęte początkowo z entuzjazmem, z czasem przekształca się w tęsknotę za uregulowanym trybem życia. Senior odczuwa brak kontaktów międzyludzkich oraz rozczarowanie bezużyteczną egzystencją” (Bączek, Bosacka, Ulatowska, 2016, s. 442). Czuje się niepotrzebny, ma wrażenia bycia ciężarem dla swojej rodziny. Wzrasta poczucie osamotnienia

i niezrozumienia, powodując silny dyskomfort psychiczny – nerwowość, napięcie emocjonalne, poczucie beznadziei.

Długotrwałe przeżywanie strat może przekształcić się w poważne kryzysy życiowe, mogące w konsekwencji powodować zaburzenia zdrowia psychicznego, np. zaburzenia depresyjne, których rozpowszechnienie w grupie osób po 65 roku życia szacuje się na 15% (Fidecki, Wysokiński, Wrońska, Misiarz, Kulina, Kuszplak, 2019).

3. POMOC PSYCHOLOGICZNA DLA SENIORA W POLSCE – KORZYŚCI I BARIERY

Jak wspomniano w powyższym rozdziale, w okresie późnej dorosłości mają miejsce ważne przeobrażenia zachodzące w sferze: fizycznej, społecznej, poznawczej, osobowości. Zmiany te zachodzą u poszczególnych osób w różnym tempie i zakresie oraz zawsze łączą się z przeżywaniem trudnych, nieprzyjemnych emocji, takich jak np. lęk, strach, złość, frustracja, poczucie bezradności i osamotnienia (Steuden, 2009). Mimo tego, iż przedstawione zmiany są naturalną konsekwencją procesu starzenia się organizmu i zmian zachodzących w życiu jednostki, np. przejścia na emeryturę, nie znaczy, że nie są wystarczającym powodem do szukania pomocy u psychologa bądź psychoterapeuty.

Najczęściej stosowaną formą pomocy psychologicznej jest poradnictwo psychologiczne. Jest ono profesjonalną formą pomocy osobom zdrowym doświadczającym dyskomfortu psychicznego spowodowanego trudnościami w realizacji zadań rozwojowych. Kluczowym zadaniem poradnictwa psychologicznego jest „uaktywnianie (mobilizowanie) zasobów (mocnych stron) osoby doświadczającej dystresu psychicznego w okresach przełomów rozwojowych, osobistych wyzwań czy życiowych kryzysów” (Czabała 2016, s. 523). Jednostka odzyskuje równowagę emocjonalną, przekonanie o swoich możliwościach i wpływie na swoje życie i aktywnie zaczyna poszukiwać niezbędnych do zaspokojenia swoich potrzeb zasobów, a także dostrzega znaczenie wsparcia społecznego w pokonywaniu powstałych problemów (Czabała, 2016).

Inną formą pomocy psychologicznej jest psychoterapia. W potocznym ujęciu traktowana jest „jako rodzaj rozmowy przeprowadzonej przez życzliwie ustosunkowaną osobę, jako dawanie rad, wspieranie, pocieszanie, uspokajanie, podtrzymywanie na duchu tego, kto nie potrafi uporać się ze swoimi kłopotami, po to, by złagodzić jego trudności” (Grzesiuk 2005, s. 13). W węższym znaczeniu rozumiana jest jako „forma oddziaływań psychospołecznych, która ma na celu korektę zaburzeń przeżywania i zachowania, ma usunąć objawy i przyczyny choroby, w tym cechy osobowości powodujące zaburzenia przeżywania” (Aleksandrowicz 2000, s. 11–12). Psychoterapia uznawana jest za metodę leczenia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego stosowana u osób cierpiących między innymi, na zaburzenia afektywne, zaburzenia psychotyczne, uzależnienia czy zaburzenia rozwojowe.

W Polsce pomoc psychologiczna dla seniorów nie jest zjawiskiem powszechnym w przeciwieństwie do krajów, np. Europy Zachodniej, gdzie terapia seniorów jest czymś naturalnym i wiele osób korzysta z tego typu pomocy i wsparcia.

Co powoduje więc, że część osób w wieku podeszłym decyduje się na pomoc psychologiczną, co motywuje ich do podjęcia terapii, a jakie mają zastrzeżenia wobec tego typu pomocy?

Stosunek do procesu starzenia się zależy od wielu czynników, w tym: sytuacji życiowej, materialnej, poziomu aktywności fizycznej i intelektualnej, a także charakteru, stylu życia, zainteresowań i dotychczas pełnionych ról społecznych. Zauważa się, że osoby starsze, które mają trudność z akceptacją procesu starzenia się, mają również mniejszą motywację do poszukiwania pomocy u psychologa. Ich uwaga skoncentrowana jest na przemijającym czasie, utraconych szansach i braku wiary w to, że może być lepiej. Ten typ seniorów rzadko uważa pomoc psychologiczną za coś potrzebnego. Przyjmują postawę rezygnacji, tłumacząc swoją słabą kondycję psychiczną naturalną reakcją na zachodzące w organizmie procesy starzenia się. Często niestety również rodzina wspiera ten styl myślenia seniora – traktują oni taki rodzaj zachowań jako coś naturalnego dla starszego wieku, co utrudnia rozpoznanie depresji czy objawów lękowych. Stąd nawet jeśli za namową rodziny senior zdecyduje się na rozmowę z psychologiem, ale nie wynika ona z jego wewnętrznej potrzeby i motywacji i nie zaangażuje się on w spotkanie, to szansa na poczucie ulgi jest niewielka.

Wielu seniorów uważa pomoc psychologiczną jako coś nie dla starszych osób, wpadając tym samym w pułapkę stereotypowego myślenia. Psychoterapia kojarzy im się z „rozgrzebywaniem” przeszłości, do której wielu ludzi po prostu nie chce wracać, zwłaszcza gdy stare doświadczenia są trudne i bolesne.

Utrata zdrowia fizycznego i skupienie się na radzeniu sobie z chorobą nierzadko uruchamiają u seniorów typ myślenia, w którym unieważniają oni aspekt zdrowia psychicznego. Uważają oni terapię za stratę czasu, jednocześnie silnie koncentrując się na objawach choroby somatycznej, traktując ją jako centralny punkt swojego życia.

Zastrzeżeniem seniorów odnośnie korzystania z pomocy psychologicznej jest również obawa lub wątpliwość dotycząca tego, czy zostaną oni zrozumiani. Wiek psychologa lub psychoterapeuty odgrywa w tym względzie ogromną rolę. Osoba w wieku podeszłym obawia się, czy psycholog – osoba zazwyczaj osoba młodsza, wychowana w zupełnie innych czasach, realiach, przeżywająca obecnie zupełnie inne problemy – zrozumie trudności seniora, czy będzie ona potrafiła mu właściwie pomóc.

Mimo wielu zastrzeżeń, należy podkreślić, że jest jednak grupa osób w wieku podeszłym, która decyduje się na rozmowę z psychologiem lub rozpoczyna terapię. Dostrzegają jej skuteczność w szybszym powrocie do równowagi emocjonalnej i odzyskanie kontroli nad własnym życiem. Kontakt ze specjalistą zapewnia wsparcie w przeżywaniu różnych strat, które związane są z etapem późnej dorosłości, ale także bywa pomocny w układaniu relacji z dorosłymi dziećmi i wnukami, co obniża poczucie osamotnienia, izolacji czy też wykluczenia społecznego. Odkrywając podczas spotkań swoje osobiste zasoby, senior chętnie podejmuje się różnych aktywności, co wzmacnia jego poczucie sprawstwa, a w konsekwencji – przekłada się na poprawę samopoczucia, motywację do dalszych działań, a w efekcie korzystnie wpływa na zadowolenie z życia.

Obecnie w literaturze przedmiotu można spotkać jedynie nieliczne publikacje poruszające problematykę pomocy psychologicznej w grupie seniorów mających trudności z adaptacją do tego etapu w życiu. Najwięcej badań dotyczy skuteczności psychoterapii, jednak głównie w grupie pacjentów w wieku po 65. roku życia, u których zdiagnozowano zaburzenia depresyjne. Niewiele jest natomiast opracowań odnoszących się do znacznie starszych grup wiekowych potrzebujących pomocy psychologicznej, u których mamy do czynienia ze złożonym obrazem klinicznym, gdzie oprócz problemów psychicznych współwystępują choroby somatyczne.

Biorąc pod uwagę charakter pomocy psychologicznej, przynoszącej najlepsze rezultaty, to badania empiryczne potwierdzają skuteczność „indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive-behavioural therapy* — CBT) i terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach problemu (z ang. *problem solving therapy* — PST) w leczeniu zaburzeń afektywnych i lękowych w grupie pacjentów ambulatoryjnych, w stosunkowo dobrym ogólnym stanie zdrowia, w podeszłym wieku” (Rachel, Turkot, 2014, s. 78). Również pozytywne efekty w zakresie poprawy nastroju i ogólnego lepszego samopoczucia obserwuje się u pacjentów starszych, którzy korzystają z grupowej terapii, wykorzystującej elementy psychoterapii poznawczo-behawioralnej, muzykoterapii, arteterapii (Szczepańska, Kowalska, Rychlik, Dorabiała, Greń, 2007; Dobrzyńska, Więcko, Cesarz, Rymaszewska, Kiejna, 2006).

4. PODSUMOWANIE

Okres starości, mimo licznych strat, pociąga za sobą również szereg pozytywów. Może być czasem radości, szczęścia, realizacji marzeń. W chwili obecnej, dzięki różnym formom wsparcia, duża grupa seniorów wychodzi z domu, podejmuje działania na rzecz rozwoju środowiska lokalnego. Dzięki tym aktywnościom czują się oni nadal ważną częścią społeczeństwa. Dbają o swoją kondycję psychofizyczną, rozwijają nowe umiejętności, dbają o stare i zawierają nowe znajomości. Wszystkie te czynniki z całą pewnością przekładają się na zadowolenie z życia i jego jakość.

Należy jednak pamiętać, że jest również liczna grupa seniorów, która nie potrafi zaadaptować się do nowego okresu w swoim życiu. Przewaga strat, których doznają, nie pozwala im pozytywnie spojrzeć w przyszłość. Wycofują się wówczas z życia społecznego, izolują się, ukrywają przed bliskimi swoje problemy, cierpią.

Adaptacja do okresu starości i godne przeżycie tego etapu życia możliwe jest przy pomocy szeregu działań profilaktycznych. Opracowanie programów pomocowych, zarówno w wymiarze rodzinnym, społecznym, jak i ekonomiczno-prawnym, powinno być zatem działaniem priorytetowym dla podmiotów działających na rzecz seniorów w sferze polityki, opieki zdrowotnej i społecznej, gospodarki i kultury, w celu podtrzymania jakości ich życia, zabezpieczenia przed poczuciem osamotnienia, a także eliminowania czynników ryzyka odpowiedzialnych za powstawanie zaburzeń zdrowia psychicznego w tej grupie wiekowej.

BIBLIOGRAFIA

1. Aleksandrowicz J. W. (2000). *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*. Warszawa: PZWL.
2. Bączek G., Bosacka M., Ulatowska A. (2016). Aspekty psychospołeczne życia osób w wieku podeszłym a możliwość opieki. *Pielęgniarstwo polskie* 2(60): 439–447. DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.43>.
3. Czabała J.Cz. (2016). Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia. *Roczniki Psychologiczne*, XIX, 3: 519–533. DOI: <http://dx.doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.3-4pl>.
4. Dobrzyńska E., Więcko R., Cesarz H., Rymaszewska J., Kiejna A. (2006). Muzykoterapia i terapia poznawczo-behawioralna u osób starszych z rozpoznaniem depresji. *Psychogeriatrya Polska*; 3(2): 105–112.
5. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Misiarz J., Kulina D., Kuszplak K. (2019). Ocena ryzyka depresji wśród osób starszych ze środowiska wiejskiego. *Geriatrya*; 13: 147–151.
6. Ciesielska N., Dembowski Ł., Filipiska K., Kędziora-Kornatowska K., Pietrzykowski Ł. (2015). Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury. *Gerontologia Polska*; 4: 165–169.
7. Grzesiuk L. (2005). *Psychoterapia – teoria. Podręcznik akademicki*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
8. Lada A. (2018). Jakość życia seniorów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia XXXI* (2): 331–345.
9. Łukasiewicz J., Łukasik R. (2015). Poczucie sensu życia u osób w wieku późnej dorosłości. *Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej*; 12(1): 75–132.
10. Rachel W. Turkot A. (2014). Psychoterapia pacjentów depresyjnych w starszym wieku stosowana na psychogeriatrycznym oddziale stacjonarnym i dziennym. *Psychoterapia*; 4(171): 77–87.
11. Rynkowska D. (2015). Problemy wieku senioralnego w kontekście psychospołecznym. *Nová sociálna edukácia človeka*, IV, 205–217.
12. Steuden S. (2012). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
13. Straś-Romanowska M. (2009). Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia*, s. 263–292. Warszawa: PWN.
14. Szczepańska J., Kowalska A., Rychlik M., Dorabiała A., Greń G. (2007). Elementy psychoterapii w procesie usprawniania pacjentów geriatrycznego oddziału rehabilitacyjnego. *Psychogeriatrya Polska*; 4(3): 149–158.

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH MIESZKAJĄCYCH W WYBRANYCH DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ

Quality of life of elderly people living in selected social welfare homes

* Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, ORCID: 0000-0001-7406-1744

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the impact of selected factors on the quality of life of people living in nursing homes.

The research used the method of a diagnostic survey, the questionnaire technique, and as a tool the author's questionnaire consisting of 24 questions. The opinion of the inhabitants of the selected Nursing Home on the issue of quality of life was examined. The questionnaire was completed by 100 surveyed residents of DPS in Częstochowa. The statistical analysis was carried out using the statistical package Statistica v.13.1 PL by StatSoft, Inc.

The study showed that the active participation of residents in the daily life of the SCC community significantly affects health, well-being, relationships with others, sleep, acceptance of the current situation, increasing the quality of life of the surveyed residents. However, age, sex and previous place of residence are factors that do not determine the above-mentioned aspects of life.

Keywords: *old age, aging, quality of life, adaptation to old age, social welfare home*

STRESZCZENIE

Celem pracy było określenie wpływu wybranych czynników na jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie – autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 24 pytań. Badano opinię mieszkańców wybranego domu pomocy społecznej na temat problematyki jakości życia. Kwestionariusz wypełniło 100 ankietowanych mieszkańców DPS w Częstochowie. Opracowanie statystyczne zrealizowano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft, Inc.

W badaniu wykazano, że aktywny udział mieszkańców w codziennym życiu społeczności DPS istotnie wpływa na zdrowie, samopoczucie, relacje z innymi, sen,

akceptację obecnej sytuacji, podnosząc poziom jakości życia badanych pensjonariuszy. Natomiast wiek, płeć, poprzednie miejsce zamieszkania to czynniki niedeterminujące wymienionych aspektów życia.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, jakość życia, przystosowanie do starości, dom pomocy społecznej

1. WPROWADZENIE

Panujący w dzisiejszym świecie kult młodości, siły i sprawności, dezaprobata wobec starzenia się, a także słabości i niedołęstwa, separuje i marginalizuje ludzi starszych (Pikuła, 2015). Dostrzegamy tu, że rozwój człowieka polega na wzroście, ale i na zmianach proporcji – jedne sprawności wzrastają, ukazując bogactwo doświadczeń życiowych, inne maleją i obniżają tempo dynamiki życiowej i starzenia się organizmu (Steuden, 2017). Barbara Szczepanowicz (2015) nazywa starość czasem triumfu „być” nad „mieć”, jest to czas spokoju. Minęła gonitwa w wychowaniu dzieci, za pieniędzmi, stanowiskami, pozycją w społeczeństwie. Przestało istnieć wiele przymusów, skończyła się presja zegarka i nastąpiła chwila swobody. Z człowieka zdjęto obowiązek utrzymania rodziny i wychowania dzieci, w zamian ofiarowano radość zbierania owoców swojego życia – widok rosnących wnucząt, obserwowanie rozwoju i kariery własnych dzieci.

Procesowi starzenia się towarzyszy częstsza zachorowalność na różnorodne choroby, które w większym lub mniejszym stopniu utrudniają funkcjonowanie. Stabilizacja rozwojowa w okresie starości jest bardzo trudna do osiągnięcia. Starzenie się to proces nieodwracalny, charakteryzuje się stopniową przewagą procesów inwolucyjnych nad procesami odnowy. Fizjologiczny proces starzenia się to stopniowe pogarszanie się sprawności funkcjonowania narządów, ale nie wyklucza to samodzielności w życiu codziennym – w zakresie odpowiednim dla danej grupy wiekowej. Wyodrębnia się również starzenie się patologiczne, które jest najczęściej wynikiem działania dodatkowych czynników ryzyka prowadzących do występowania określonych chorób. Te dwa procesy różnią się między sobą szybkością obniżania się sprawności psychofizycznej powodującej potrzebę pomocy osób trzecich przy codziennym funkcjonowaniu (Laskowska-Szcześniak, Kozak-Szkopek, 2013). Starość to etap życia, który stawia przed człowiekiem kolejne zadania, ale także niesie ze sobą liczne ograniczenia i trudności. Jedną z wielu pozytywnych cech starego człowieka obecnej w mentalności społecznej jest jego mądrość. Osoba w podeszłym wieku to skarbiec nagromadzonych przez całe życie doświadczeń, którymi może dzielić się z młodszym pokoleniem i uczyć w ten sposób mądrości życia (Zych, 2014). Potwierdza to psychologia *life-span* (bieg życia), która mówi, że okres starości jest szansą rozwojową dla człowieka, a tym samym wnosi istotne wartości dla społeczeństwa (Szybiński, 2017).

2. CEL BADAŃ

W pracy analizowano wpływ wybranych czynników na jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej. Zbadano zależności pomiędzy czynnikami determinującymi jakość życia mieszkańców, takimi jak: w tym: płeć, wiek, poprzednie miejsce zamieszkania, czas mieszkania w DPS, udział w życiu społeczności DPS oraz: zadowolenie ze zdrowia, odczuwanie bólu fizycznego w codziennych czynnościach, poczucia bezpieczeństwa, uczucia osamotnienia, zadowolenia z relacji z ludźmi, sen, zadowolenia z siebie, warunków mieszkaniowych i akceptacja obecnej sytuacji życiowej.

3. MATERIAŁ I METODY

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie – autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 24 pytań dotyczących subiektywnej oceny jakości życia pensjonariuszy domu pomocy społecznej. Analizy statystyczne wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft, Inc. Za istotne statystycznie przyjęto analizy gdzie $p < 0,05$. Wartość analizowanych parametrów niemierzalnych przedstawiono przy pomocy rozkładu procentowego.

4. WYNIKI I WNIOSKI

W badaniu uczestniczyło 100 pensjonariuszy domu pomocy społecznej w Częstochowie. Grupa była zróżnicowana wiekowo w tym: 36% osób w wieku 70–80 lat, 30% w wieku 60–70 lat, 28% w wieku 80–90 lat, a 6% stanowiły osoby powyżej 90 lat. Spośród badanych wcześniej 71% osób mieszkało w mieście, a 29% – na wsi, z czego 59% badanych mieszkało z rodziną, 40% – samodzielnie, a 1% nie potrafiło określić. Czas zamieszkania w DPS wynosił: od 1–5 lat – 42% badanych, powyżej 5 lat – 40%, a 18% – poniżej 1 roku. Zadowolenie ze swego stanu zdrowia wyraziło 17% badanych, 34% było niezadowolonych, raczej zadowolonych – 29%, a niezdecydowanych było 20%. Uczucie osamotnienia u osób starszych mieszkających w DPS przedstawia się następująco: najczęściej, bo 50% badanych – czasami czuje się osamotnionymi, 39% – raczej nie, a 11% – czuje się bardzo osamotnionymi. Relacje z innymi osobami mieszkańcy DPS określają następująco: 65% jest z nich zadowolonych, 22% pensjonariuszy nie potrafi określić, 9% jest niezadowolonych i 4% jest bardzo zadowolonych. Udział mieszkańców w życiu placówki przedstawia się następująco: 52% jest zawsze biernych, a 48% – zawsze czynnych. Ocena zadowolenia z siebie wśród pensjonariuszy: po 43% jest zadowolonych z siebie, taki sam odsetek badanych nie potrafi tego określić, 11% jest niezadowolonych, a 3% – bardzo niezadowolonych. Poziom akceptacji obecnej sytuacji życiowej: 60% raczej ją akceptuje, 32% – akceptuje w pełni, a 8% – nie akceptuje.

Następnie analizie poddano zależności pomiędzy zmiennymi: płeć, poprzednie miejsce zamieszkania, zadowolenie z aktualnego życia, czas zamieszkania w DPS, potrzeba kontaktu z drugą osobą, odczuwanie bólu fizycznego, poczucie bezpieczeństwa i poczucie osamotnienia, relacje z innymi pensjonariuszami, jakość snu, ogólne zadowolenie z życia, oraz akceptacja własnej sytuacji.

W większości analiz nie potwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi z wyjątkiem prezentowanych poniżej w tabelach.

Tab. 1. Wpływ wieku badanych na stopień odczuwania bólu fizycznego w codziennych czynnościach

		Wiek								Wyniki korelacji porządku rang Spearmana
		60–70 lat		70–80 lat		80–90 lat		Powyżej 90 lat		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Stopień odczuwania bólu fizycznego w codziennych czynnościach	Wcale	8	26,67%	5	13,89%	1	3,57%	1	16,67%	R=0,219; t(N-2)= 2,225; p=0,028
	Nieco	15	50,00%	22	61,11%	15	53,57%	3	50,00%	
	Bardzo	7	23,33%	9	25,00%	12	42,86%	2	33,33%	

Źródło: opracowanie własne

Wiek badanych determinuje stopień odczuwania bólu fizycznego w codziennych czynnościach (tab. 1).

Tab. 2. Wpływ udziału w życiu ośrodka na zadowolenia ze swojego stanu zdrowia

		Udział w życiu ośrodka domu opieki społecznej								Wyniki korelacji porządku rang Spearmana
		Zawsze czynny		Raczej czynny		Raczej bierny		Zawsze bierny		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Zadowolenie ze swego zdrowia	Jestem zadowolona/y	5	33,33%	3	14,29%	7	13,46%	2	16,67%	R=0,147; t(N-2)=1,47; p=0,145
	Jestem raczej zadowolona/y	6	40,00%	8	38,10%	13	25,00%	2	16,67%	
	Jestem ani zadowolona/y, ani niezadowolona/y	3	20,00%	3	14,29%	12	23,08%	2	16,67%	
	Jestem niezadowolona/y	1	6,67%	7	33,33%	20	38,46%	6	50,00%	

Źródło: opracowanie własne

Udział badanych w życiu ośrodka zwiększa zadowolenie z własnego stanu zdrowia pensjonariuszy (tab. 2).

Tab. 3. Wpływ udziału w życiu ośrodka na potrzebę korzystania z pomocy drugiej osoby w codziennych czynnościach

		Udział w życiu ośrodka domu opieki społecznej								Wyniki korelacji porządku rang Spearmana
		Zawsze czynny		Raczej czynny		Raczej bierny		Zawsze bierny		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Potrzeba korzystania z pomocy drugiej osoby w codziennych czynnościach	Często	3	20,00%	7	33,33%	23	44,23%	10	83,33%	R=-0,332; t(N-2)=-3,48; p=0,001
	Czasami	4	26,67%	13	61,90%	21	40,38%	1	8,33%	
	Nie potrzebuję	8	53,33%	1	4,76%	8	15,38%	1	8,33%	

Źródło: opracowanie własne

Udział w życiu ośrodka istotnie różnicował, potrzebę pomocy drugiej osoby w codziennych czynnościach osób zamieszkujących w DPS (tab. 3).

Tab.4. Wpływ udziału w życiu ośrodka na zadowolenie z relacji z innymi osobami

		Udział w życiu ośrodka domu opieki społecznej								Wyniki korelacji porządku rang Spearmana
		Zawsze czynny		Raczej czynny		Raczej bierny		Zawsze bierny		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Zadowolenie z relacji z innymi osobami	Bardzo niezadowolony	0	0,00%	1	4,76%	1	1,92%	2	16,67%	R=-0,253; t(N-2)=-2,593; p=0,011
	Niezadowolony	0	0,00%	1	4,76%	7	13,46%	1	8,33%	
	Ani zadowolony, ani niezadowolony	1	6,67%	5	23,81%	13	25,00%	3	25,00%	
	Zadowolony	14	93,33%	14	66,67%	31	59,62%	6	50,00%	

Źródło: opracowanie własne

Udział w życiu ośrodka istotnie różnicował zadowolenie z relacji z innymi osobami (tab. 4).

Tab. 5. Wpływ udziału w życiu ośrodka na zadowolenie z jakości snu

		Udział w życiu ośrodka Domu Opieki Społecznej								Wyniki korelacji porządku rang Spearmana
		Zawsze czynny		Raczej czynny		Raczej bierny		Zawsze bierny		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Zadowolenie ze snu	Niezadowolony	2	13,33%	3	14,29%	19	36,54%	6	50,00%	R=-0,225; t(N-2)=-2,282; p=0,025
	Ani zadowolony, ani niezadowolony	3	20,00%	8	38,10%	9	17,31%	2	16,67%	
	Zadowolony	10	66,67%	10	47,62%	24	46,15%	4	33,33%	

Źródło: opracowanie własne

Udział w życiu ośrodka wpływał istotnie na zadowolenie z jakości snu osób mieszkających (tab. 5).

Tab. 6. Wpływ udziału w życiu ośrodka na akceptację obecnej sytuacji życiowej

		Udział w życiu ośrodka Domu Opieki Społecznej								Wyniki korelacji porządku rang Spearmana
		Zawsze czynny		Raczej czynny		Raczej bierny		Zawsze bierny		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Akceptacja obecnej sytuacji życiowej	Tak	11	73,33%	6	28,57%	12	23,08%	3	25,00%	R=0,281; t(N-2)= 2,904; p=0,005
	Raczej tak	4	26,67%	14	66,67%	34	65,38%	8	66,67%	
	Raczej nie	0	0,00%	1	4,76%	6	11,54%	1	8,33%	

Źródło: opracowanie własne

Udział w życiu ośrodka wpływa istotnie statystycznie na akceptację obecnej sytuacji życiowej (tab. 6).

5. WNIOSKI

1. Wraz z wiekiem badanych nasila się stopień odczuwania bólu fizycznego w codziennych czynnościach.
2. Aktywność i udział w życiu ośrodka zwiększa u pensjonariuszy zadowolenie z własnego stanu zdrowia.
3. Większa aktywność w życiu ośrodka determinowała potrzebę korzystania z pomocy drugiej osoby w codziennych czynnościach pensjonariuszy.
4. Wraz z większą aktywnością w życiu ośrodka wzrastało zadowolenie z relacji z innymi osobami.
5. Aktywny udział w życiu ośrodka zwiększał u pensjonariuszy zadowolenie ze snu.
6. Wraz ze wzrostem aktywności i udziału w życiu ośrodka wzrastała akceptacja obecnej sytuacji życiowej pensjonariuszy.

6. PODSUMOWANIE

Jakość życia jest to funkcja postrzegana przez człowieka jako jego życiowa pozycja w kontekście środowiska kulturowego i systemu wartości. Jest ona zależna między innymi od jego oczekiwań i celów, a także stopnia zaspokajania potrzeb materialnych i niematerialnych (Nowak-Kapusta, Franek, Leszczyńska, 2017). Już w latach czterdziestych XX wieku podjęto się badań nad jakością życia. Różne jego wymiary zależą od dziedziny, w której są prowadzone (Górna, Jaracz, 2013). Badania jakości życia umożliwiają określenie ważnych i mało znaczących czynników, które o niej decydują (Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, Kornatowski, 2008; Posłuszna, 2012).

W badaniu własnym uczestniczyło 100 mieszkańców DPS przy ul. Wieluńskiej w Częstochowie. Na podstawie wyników badań własnych wykazano, że płeć nie wpływa na takie aspekty jakości życia, jak: zadowolenie ze swego zdrowia, potrzeba pomocy drugiej osoby w codziennych czynnościach, stopień odczuwania bólu fizycznego w codziennym funkcjonowaniu, poczucie bezpieczeństwa, uczucie osamotnienia, zadowolenie z relacji z innymi osobami, ze snu, z warunków mieszkaniowych oraz akceptacji obecnej sytuacji życiowej czy zadowolenie ze swego zdrowia. Śmigiel (2017) podkreśla, że starość warunkuje odczuwaną jakość życia.

Starość to etap życia, który, według Steuden (2017), niesie ze sobą liczne ograniczenia i trudności. Obniża się tempo wykonywanych czynności. W badaniach własnych potwierdzono jedynie, że wiek badanych determinuje stopień odczuwania bólu fizycznego w codziennych czynnościach. Zaobserwowano, że wiek ma istotny wpływ na zadowolenie ze swego stanu zdrowia. Spośród badanych 50% osób w wieku 70–80 lat podkreślało swoje niezadowolenie z powodu stanu zdrowia, u 42% ból fizyczny utrudniał codzienne funkcjonowanie.

Według Bosackiej, Bączyk, i Ulatowskiej (2016), podstawowe cechy starości można zaobserwować przy znacznym spadku zdolności adaptacyjnych człowieka. Takie stwierdzenie nie koresponduje z uzyskanymi w badaniach własnych opiniami respondentów, gdzie nie uzyskano potwierdzenia, czy poprzednie miejsce zamieszkania ograniczało zdolności adaptacyjne.

W badaniach własnych osoby aktywne fizycznie cechował zdecydowanie większy poziom energii w życiu codziennym. Rzadziej odczuwały one ból fizyczny oraz znacznie lepiej funkcjonowały w relacjach społecznych z innymi osobami. Wyjazdy do teatru, filharmonii, kina czy też udział w wycieczkach bardzo korzystnie wpływał na samopoczucie, zdecydowanie podnosząc subiektywną jakość życia badanych. Mazur, Umiastowska, (2017) podkreślają, że okres późnej dorosłości wpływa na rozwój i naukę aktywności własnej. Spotkania z rodziną, ze znajomymi podwyższają ich aktywność życiową, a uczestnictwo w życiu religijnym wzmacnia ich duchowo (Kurowska 2002). Organizacja życia mieszkańców DPS, wyręczanie ich w codziennych czynnościach, takich jak np. zakupy, pranie, przygotowanie posiłków wpływa niekorzystnie na ich ogólną sprawność psychofizyczną. Dlatego tak istotne jest organizowanie warsztatów terapii

zajęciowej zróżnicowanej dla poszczególnych pensjonariuszy ośrodka (Kulis, 2017); Tobiasz–Adamczyk, 2017).

W badaniach własnych odnotowano istotne różnice pod względem zadowolenia ze swego stanu zdrowia wśród osób aktywnie uczestniczących w życiu DPS-u. Im większa aktywność pensjonariuszy, tym zdecydowanie wyższe zadowolenie z życia i własnego stanu zdrowia. Natomiast postawy bierne i brak aktywności skutkowały wyższym poziomem niezadowolenia z życia i stanu zdrowia. Udowodniono także istotny wpływ wyższej aktywności pensjonariuszy w codziennym życiu na ich zdrowie, samopoczucie, relacje z innymi, sen, akceptację obecnej sytuacji, a co za tym idzie – zdecydowanie wyższy poziom jakości życia. Regularna aktywność fizyczna zapobiega starzeniu się, a także wpływa pozytywnie na sprawność umysłową i dobre samopoczucie osób starszych (Grzanka-Tykwińska, Kędziora-Kornatowska, 2010).

Brak znaczącego zaangażowania w życie społeczności DPS w badaniach własnych wykazano dla takich aspektów jak: uczucie osamotnienia, poczucie bezpieczeństwa, stopień odczuwania bólu fizycznego przy wykonywaniu codziennych czynności, zadowolenie z warunków mieszkaniowych oraz zadowolenie z siebie.

BIBLIOGRAFIA

1. Bosacka M., Bączyk G., Ulatowska A. (2016). Aspekty psychospołeczne życia osób w wieku podeszłym a możliwości opieki. *Pielęgniarstwo Polskie*; 3(61): 439–447.
2. Górna K., Jaracz K., (2013). Jakość życia osób starszych. W: K.Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, s. 343–345. Warszawa: PZWL.
3. Grzanka-Tykwińska A., Kędziora-Kornatowska K. (2010). Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*; 18(1): 29–32.
4. Laskowska-Szcześniak M., Kozak-Szkopek E. (2013). Uwarunkowania pomyślnego starzenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*; 7(6): 287–294.
5. Mazur Z., Umiastowska D. (2017). *Przeciwdziałanie wykluczeniu osób starszych*. Warszawa: Texter.
6. Nowak-Kapusta Z., Franek G., Leszczyńska K. (2017). Charakterystyka wybranych elementów sytuacji społeczno-zdrowotnej mieszkańców domów pomocy społecznej z uwzględnieniem występowania u nich objawów depresji. *Gerontologia Polska*, 25(1): 5–11.
7. Pikuła N.G. (2015). *Poczucie sensu życia. Inspiracje do edukacji w starości*. Kraków: Impuls.
8. Połusznia M. (2012). Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych. *Nowiny Lekarskie*; 81(1): 75–79.
9. Steuden S. (2017). *Wybrane psychologiczne aspekty procesu starzenia się i starości*. *Psychogeriatrya*. Warszawa: PZWL.
10. Szczepanowicz B. (2015). *Starość niejedno ma imię*. Kraków: Wydawnictwo Księży Sercanów.
11. Szybiński Z. (2017). *Biologia wyższych grup wieku i starości*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

12. Śmigiel J. (2017). Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*; 25(1): 21–29.
13. Tobiasz-Adamczyk B. (2017). Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia. *Gerontologia Polska*; 25(4): 254–260.
14. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. (2008). Starość jako wyzwanie. *Gerontologia Polska*; 16(3): 131–136.
15. Zych A. (2014). *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*. Sosnowiec-Dąbrowa: Progres.

CZAS WOLNY SENIORÓW Z PERSPEKTYWY OPIEKUNÓW RODZINNYCH

Seniors leisure time from the perspective of family caregivers

* Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, ORCID: 0000-0003-4113-434X

ABSTRACT

Care of disabled senior suffering from dementia or who is disabled as a result of a stroke or brain haemorrhage is a challenge for family caregivers, especially in the context of their leisure time management. The article will discuss the topic of seniors' free time from the perspective of family caregivers who since the beginning saw a problem in the ability of an elderly person to organize their free time. It will be also discussed the concept of Aleksander Kamiński upbringing to old age, indicating the legitimacy of its implementation in youth and early adulthood. The aim of the presented fragment from the research conducted with family carers was to try to answer the following questions: How did seniors spend their free time in relation to whom the caring function was performed? How did the caregivers evaluate the forms of spending this time? The research was carried out using an in-depth, unstructured interview. The entire analysis of the research material was performed using the MAXQDA program.

Keywords: senior, old man, family carers, leisure time, upbringing to old age

STRESZCZENIE

Opieka nad niesprawnym seniorem, cierpiącym na demencję lub będącym osobą niepełnosprawną w wyniku udaru lub wylewu, jest wyzwaniem dla opiekunów rodzinnych szczególnie w kontekście zagospodarowania mu czasu wolnego. W artykule zostanie poruszony temat czasu wolnego seniorów z perspektywy opiekunów rodzinnych, którzy w momencie podjęcia opieki nad seniorem dostrzegli problem w umiejętności zorganizowania czasu wolnego człowiekowi starszemu. Zostanie również omówiona koncepcja wychowania do starości Aleksandra Kamińskiego wskazująca na zasadność jej wdrażania w okresie młodości i wczesnej dorosłości. Celem zaprezentowanego fragmentu z badań przeprowadzonych wśród opiekunów rodzinnych była próba odpowiedzi na pytania: W jaki sposób czas wolny spędzali seniorzy, w stosunku do których była sprawowana funkcja opiekuńcza? Jak opiekunowie oceniali formy spędzania tego czasu? Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem

wywiadu pogłębionego, nieustrukturyzowanego. Całość analizy materiału badawczego została wykonana przy użyciu programu MAXQDA.

Słowa kluczowe: senior, człowiek stary, opiekunowie rodzinni, czas wolny, wychowanie do starości

1. WPROWADZENIE

Rozwój techniki, cywilizacji, a przede wszystkim medycyny przyczyniły się do tego, że wydłużyła się długość życia człowieka. Jednym z wyzwań związanych z tym jest umiejętność zagospodarowania czasu wolnego przez ludzi starych będących na emeryturze. W Polsce kobiety przechodzą na emeryturę w wieku 60 lat, a mężczyźni – w wieku 65 lat i dożywają oni średnio 85 lat, a czasem 90 i więcej. Wynika z tego, że emerytami są przez około 25 lat, co stanowi 30% ich całego życia. Przejście na emeryturę jest dla wielu seniorów nie lada problemem. Dotyczy on z jednej strony reorganizowania życia, a z drugiej – odpowiedniego zagospodarowania czasu wolnego. Każdy człowiek różni się od siebie, różne są również formy spędzania czasu wolnego. Seniorzy organizują go w sposób indywidualny i typowy tylko dla siebie (Szczeszek, 2008, s. 117–124).

A zatem przejście na emeryturę jest dla człowieka starego przełomem w życiu. Zmieniają się jego dotychczasowe role z pracownika i głównego żywiciela rodziny na rolę emeryta, a w późniejszym czasie może stać się on zależny od swoich dzieci, od ich pomocy i opieki. Satysfakcjonujące życie na emeryturze zależy od wielu czynników, m.in. sytuacji finansowej, kondycji fizycznej i psychicznej oraz wieku. Istotna jest również postawa względem wcześniej wykonywanej pracy oraz względem życia i siebie. Na organizację czasu wolnego przez osoby starsze ma wpływ zarówno ich osobowość, jak i nastawienie do siebie i innych osób (Szczeszek, 2008, s. 125).

Tematyka niniejszego artykułu dotyczy czasu wolnego seniorów i racjonalnego jego wykorzystania. Zostanie on przedstawiony z punktu widzenia opiekunów rodzinnych sprawujących opiekę nad osobą starszą. W pierwszej części zostaną zaprezentowane definicje czasu wolnego i jego formy odnoszące się do ludzi starych. Druga część dotyczy omówienia koncepcji wychowania do starości Aleksandra Kamińskiego, która stanowi próbę nakreślenia poruszanej problematyki w ujęciu pedagogicznym. Ostatnią część artykułu stanowi analiza wyników badań nad czasem wolnym osób starszych z perspektywy opiekunów rodzinnych.

2. CZŁOWIEK W OKRESIE STAROŚCI

Starość to ostatni etap życia, jednak do dziś nie jest możliwe określenie, kiedy dokładnie ona się zaczyna. Jednym z najpopularniejszych podziałów okresu starości jest klasyfikacja stworzona przez Światową Organizację Zdrowia, zgodnie z którą

podzielono ją na trzy etapy: 1. Wczesna starość (60–74 rok życia); 2. Późna starość (75–89 rok życia) oraz długowieczność (powyżej 90 roku życia) (Róžański, 2006, s. 391). Z kolei Stefan Klonowicz podzielił życie człowieka na trzy okresy, uwzględniając jego aktywność zawodową: „1. Wiek przedprodukcyjny (0–17 lat), 2. Wiek produkcyjny (mężczyźni – 18–64 lata, kobiety – 18–59 lat), 3. Wiek poprodukcyjny (mężczyźni – powyżej 65 lat, kobiety – powyżej 60 lat). Okres trzeci autor podzielił dodatkowo na dwa okresy tzn.: a) starość (mężczyźni – 65–79 lat, kobiety – 60–79 lat), b) sędziwa starość (powyżej 80 roku życia)” (Klonowicz, 1986, s. 35). Podział ten wciąż jest uzasadniony, gdyż w Polsce zgodnie z ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 listopada 2019 r., art. 27 wiek emerytalny kobiety osiągają po ukończeniu 60 roku życia, natomiast mężczyźni – po ukończeniu 65 roku życia (*Ustawa o emeryturach i rentach...*, 2019, rozdz. 2, art. 27, pkt. 1 i 2).

Osoby starsze, czyli te, które osiągnęły wiek emerytalny, zaliczane są do kategorii ludzi czasu wolnego (Zych, 2010, s. 33). Ich liczba gwałtownie rośnie w związku ze zjawiskiem demograficznego starzenia się społeczeństwa. Zagospodarowanie czasu wolnego seniorom staje się wyzwaniem szczególnie dla rodziny człowieka starego. Obecnie uważa się, że czas wolny powinien służyć poprawie stanu zdrowia w aspekcie fizycznym i psychicznym. Na stan psychofizyczny człowieka wpływa wiele czynników, takich jak: aktywność fizyczna lub jej brak, tryb życia oraz jego tempo, a także hałas. Aby zachować równowagę między pracą (niekoniecznie pojmowaną w wymiarze zarobkowym) a wypoczynkiem człowiek, a szczególnie senior, powinien dążyć do wygospodarowania przestrzeni na rekreację w czasie wolnym (Matyjas, 2003, s. 560).

3. CZAS WOLNY OSÓB STARSZYCH

Problematyką czasu wolnego zajmują się badacze wielu dyscyplin. W artykule tym zostanie poruszona ta kwestia w odniesieniu do nauk społecznych. Czas wolny jest zagadnieniem, które dotyka człowieka na każdym etapie życia – od dzieciństwa aż do okresu starości. Stanowi on problem współczesnego człowieka, gdyż odpowiednie jego zagospodarowanie, a tym samym wykorzystanie, wpływa na jakość życia. Pojęcie to zostało zdefiniowane po raz pierwszy w 1957 roku przez Międzynarodową Konferencję UNESCO. Wcześniej używano takich określeń jak: rekreacja lub wczasy (Matyjas, 2003, s. 559).

Pedagodzy zajmujący się tym zagadnieniem definiują w różny sposób czas wolny. Wincenty Okoń twierdzi, że jest to „czas do dyspozycji jednostki po wykonaniu przez nią zadań obowiązkowych tj. praca zawodowa, nauka obowiązkowa w szkole i w domu oraz niezbędnych zadań domowych” (Okoń, 2007, s. 67). Z kolei Adam Zych definiuje pojęcie czasu wolnego jako: „Czas do własnej dyspozycji, który może być przeznaczony na swobodny wypoczynek bądź na aktywność innego rodzaju niż praca zawodowa i kształcenie” (Zych, 2010, s. 33). Jednakże w pedagogice społecznej najbardziej wyczerpująco pojęcie czasu wolnego zdefiniował Aleksander Kamiński. Uważał on, że „jest to ta część budżetu czasu, która nie jest zajęta przez pracę

zarobkową normalną i dodatkową, ani przez systematyczne kształcenie się uczelniane, ani przez zaspokajanie elementarnych potrzeb fizjologicznych (sen, posiłki, higiena), ani przez stałe obowiązki domowe (gotowanie, pranie, sprząatanie, opieka nad członkami rodziny niezdolnymi do samoobsługi – i może być spożytkowana bądź przez swobodne wczasowanie, bądź na życie rodzinne, obowiązki społeczne i aktywność przynoszącą doraźne korzyści (Kamiński 1974, s. 352).

Przedstawione definicje są wielowymiarowe, odnoszą się do kilku aspektów życia człowieka. Kładą one nacisk zarówno na społeczny aspekt spędzania czasu wolnego, jak i na indywidualne predyspozycje i zainteresowania. Poza tym z definicji tych wynika, że czas wolny to czas, który pozostaje człowiekowi do dyspozycji po wykonaniu wszystkich obowiązkowych zajęć, do których zaliczamy w przypadku człowieka staro: sen, higienę, przygotowanie posiłków, prace porządkowe w domu i w ogrodzie (Matyjas, 2003, s. 560). A zatem czas wolny człowiek stary może przeznaczyć na rozwój indywidualnych zainteresowań i pasji, działalność społeczną o charakterze bezinteresownym i dobrowolnym, np. wolontariat, rozrywkę, spotkania towarzyskie oraz odpoczynek, którego celem jest zregenerowanie sił psychicznych i fizycznych (Okoń, 2007, s. 67–68; Zych, 2010, s. 33).

Bogactwo form spędzania czasu wolnego przez seniorów nie różni się w sposób znaczący od tych, które wybierają młodzi ludzie. Różnica pojawia się w częstotliwości i intensywności z ich korzystania (Szczeszek, 2008, s. 120). Sposób spędzania czasu wolnego może przybrać różne postacie. Główny Urząd Statystyczny w raporcie pt. *Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie badania spójności społecznej 2015* podaje następujące formy czasu wolnego odnoszące się do osób w wieku 65 i więcej lat. Osoby badane określały w trzech zakresach korzystanie z wymienionych form: raz na 2–3 miesiące lub częściej, rzadziej niż raz na 2–3 miesiące oraz nigdy lub prawie nigdy. Analizie zostanie poddana pierwsza kategoria tzn. raz na 2–3 miesiące lub częściej. Chodzenie do kina deklarowało 5% badanych osób, chodzenie do czytelnii, biblioteki – 11%, chodzenie na mecze, zawody sportowe – 3%, chodzenie do dyskoteki, na dancingi, zabawy taneczne – 2%, uprawianie sportu (np. bieganie, jazda na rowerze, gra w piłkę, siłownia, fitness – 9%, chodzenie na spacer, odpoczynek na świeżym powietrzu – 55%, słuchanie nagrań muzycznych – 31%, oglądanie filmów na DVD, Blu-ray, z magnetowidu lub przez Internet – 7%, wyjazdy poza miejsce zamieszkania – 29%. Z kolei takie formy aktywności, jak oglądanie telewizji codziennie, nie więcej niż przez 4 godziny – 57%, a słuchanie radia – 39% (Główny Urząd Statystyczny, 2017, s. 8–11). Natomiast komunikat z badań Centrum Opinii Społecznej dotyczący sposobów spędzania czasu przez seniorów wskazuje, że 98% badanych seniorów ogląda telewizję, a 88% – chodzi do kościoła, uczestniczy w nabożeństwach i mszach świętych, 88% spotyka się ze znajomymi, 78% odwiedza rodzinę. Wśród innych sposobów spędzania czasu wolnego seniorzy deklarowali, że czytają książki, gazety i czasopisma – 84%, słuchają radia i muzyki – 82%, chodzą na spacer lub piesze wycieczki – 75% czy też uprawiają działkę lub ogród – 70%. Najmniej seniorów zadeklarowało, że poświęca czas na naukę języków obcych – 9% czy też pracuje społecznie na rzecz innych ludzi, społeczności lokalnej, sąsiadów i parafii

– 19%. Niewielka liczba seniorów uczestniczy w kursach informatyki, ćwiczeniach pamięci, zajęciach w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku – 7%. Z przedstawionych danych statystycznych wynika, że seniorzy najczęściej wybierają bierne formy spędzania czasu wolnego – słuchają radia, muzyki, czytają książki, gazety, czasopiśma, odwiedzają znajomych i krewnych, chodzą do kościoła oraz oglądają telewizję (Centrum Badania Opinii Społecznej, 2016, s. 3–12).

Ogromne znaczenie w życiu człowieka starszego po przejściu na emeryturę ma aktywność intelektualna umożliwiająca zaspokojenie potrzeb poznawczych. Do tej kategorii zaliczamy uczestnictwo w zajęciach w domach dziennego pobytu, klubach seniora czy też Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Dzięki spotkaniom w tego typu miejscach senior ma możliwość podtrzymywania kontaktów z drugim człowiekiem, co zapobiega doświadczaniu uczucia samotności i izolacji społecznej. Poza tym osoby starsze są nieustannie aktywizowane intelektualnie, uczą się nowych rzeczy, co odsuwa w czasie proces starzenia się (Różański, 2006, s. 395). Ważnym zagadnieniem w kontekście czasu wolnego jest koncepcja Aleksandra Kamińskiego – wychowanie do starości.

4. ASPEKT PEDAGOGICZNY STAROŚCI – KONCEPCJA WYCHOWANIA DO STAROŚCI ALEKSANDRA KAMIŃSKIEGO

Aleksander Kamiński w dziele pt. *Funkcje pedagogiki społecznej – praca socjalna i kulturalna* (Kamiński, 1982) jako pierwszy w Polsce podjął problem ludzi starych w aspekcie ich przygotowania do starości. Jego koncepcja o nazwie wychowanie do starości pojawiła się na przełomie lat 60 i 70. ubiegłego wieku. Miała ona na celu oznaczenie nowej dziedziny z pogranicza gerontologii społecznej i andragogiki (Wilk, 2007; Zych, 2010). Jej założeniem było pomaganie ludziom w nabywaniu zainteresowań i aspiracji oraz umiejętności i przyzwyczajzeń, które – gdy nadejdzie czas emerytury – pomogą w realizowaniu takiego trybu życia, który będzie sprzyjać wydłużaniu młodości i da satysfakcję z aktywności. Brak odpowiedniego przygotowania do starości – dowodził Kamiński – powoduje, że „dar codziennego wielogodzinnego wczasowania niejako zaskakuje ludzi nieprzygotowanych do jego spożytkowania” (Kamiński, 1978, s. 359). Dzieje się tak dlatego, że człowiek w starości zachowuje się w ten sam sposób, w jaki zachowywał się w okresie młodości i dorosłości. Można to zobrazować następującym przykładem: jeśli w okresie młodości był aktywny i działał w stowarzyszeniach społecznych, czytał, miał określone zainteresowania, to jest większe prawdopodobieństwo, że będzie kontynuować je w starości, niż gdyby tego nie robił wcześniej (Kamiński, 1982, s. 375–376).

Kamiński sądził, że ludzie, którzy przechodzą na emeryturę, nie potrafią efektywnie spędzać czasu wolnego, co prowadzi do „jałowej pustki i nudy oraz przyspiesza dawny kompleks starości z charakterystycznymi obawami, niepewnością, zaniebdaniem oraz wyobcowaniem się” (Kamiński, 1978, s. 357). Głównym celem jego koncepcji było wydłużanie okresu aktywnej starości, a przez to opóźnianie procesu

starzenia się i pojawiających się chorób ludzi w wieku emerytalnym. Uważał, że można tego dokonać dzięki własnej aktywności i zaspokajaniu zainteresowań, o ile sytuacja materialna i zdrowotna po wejściu w wiek emerytalny jest zadowalająca. Od najmłodszych lat życia człowiek powinien skupić się na rozwijaniu własnych zainteresowań i pasji, aby ilość czasu wolnego, który pojawia się po przejściu na emeryturę, nie zaskoczyła go i nie spowodowała następstw związanych z popadnięciem w smutek, zniechęcenie czy depresję. Z drugiej strony bardzo istotne jest, aby uczyć społeczeństwo prawidłowych postaw wobec ludzi starych i starości, ponieważ negatywne stereotypy na temat tej grupy osób będą się przekładały na nieakceptowanie własnej starości w przyszłości.

Wychowanie do starości należy rozumieć jako proces, który powinien być rozpoczęty już w okresie dzieciństwa i młodości. Prawidłowo przeprowadzony objawiać się będzie w rozumieniu i akceptowaniu zmian, jakie zachodzą w organizmie i psychice człowieka starego (Szarota, 2004, s. 58). Autor koncepcji sądził, że efektywność wychowania do starości jest ściśle związana z tzw. wrogami starości, do których zaliczamy:

1. Osamotnienie, które pojawia się w momencie odejścia dzieci z domu rodzinnego;
2. Ustanie kontaktów z kolegami z pracy;
3. Zmniejszenie ilości kontaktów towarzyskich z rówieśnikami;
4. Śmierć członków rodziny, w tym współmałżonka;
5. Zmniejszenie zainteresowania tym, co dzieje się w kraju i na świecie, izolowanie się;
6. Śmierć w aspekcie psychicznym i społecznym.

Aby nie doprowadzić do ostatniego etapu, jakim jest śmierć psychiczna i społeczna, ludzie starsi po przejściu na emeryturę powinni być aktywni poprzez wykonywanie pracy, która w ich odczuciu będzie potrzebna i doceniana, powinni uprawiać hobby, rozwijać swoje zainteresowania i pasje, na które nie mieli czasu w okresie aktywności zawodowej. Poza tym aktywność o charakterze społecznym przejawia się przede wszystkim w partycypowaniu w działalności wspólnot oraz grup sąsiedzkich, uczęszczaniu na zajęcia do domów dziennego pobytu czy też Uniwersytetów Trzeciego Wieku (Szarota, 2004, s. 58).

Opisywane sposoby przeciwdziałania negatywnym skutkom okresu starości wystąpią tylko w sytuacji, gdy przygotowanie do starości będzie trwało przez całe życie, ponieważ styl życia, jaki zostanie ukształtowany w okresie młodości, będzie widoczny w późniejszych okresach życia człowieka. Aleksander Kamiński wielokrotnie o tym wspominał, pisząc: „człowiek starszy zachowuje się na ogół tak, jak zachowywał się przed starością – czyta książki beletrystyczne, jeśli czytywał, lubi kontakty klubowe, jeśli je lubił w dawniejszych latach” (Kamiński, 1978, s. 375). W innym miejscu autor wspominał o zachowaniach społecznych, które również są bardzo istotne w przeżywaniu satysfakcjonującej starości: „Starcy są takimi, jakimi byli w młodszych latach – czynną sąsiadką lub działkowiczem nie staje się człowiek nagle, przynależność do organizacji społecznych i aktywność w nich nie przyjdzie sama w wieku emerytalnym” (Kamiński, 1978, s. 369–370).

Rodzina w aspekcie przygotowania do starości i nauczania człowieka zagospodarowania czasu wolnego odgrywa największą i najważniejszą rolę. Rodzice od

najmłodszych lat swoimi działaniami naprowadzają i profilują zainteresowania swoich dzieci. Nawyki aktywnego spędzania czasu wolnego zaszczone w dzieciństwie będą miały swoje odzwierciedlenie w dorosłości oraz starości. Pasje i hobby rozwijane w tym okresie wpływają na jakość życia w pozostałych jego etapach, ponieważ człowiek nie odczuwa nadmiaru czasu wolnego, dąży wciąż do odkrywania nowego, do poszerzania swojej wiedzy, w związku z tym jest w ciągłym procesie kształcenia. Zazwyczaj jest tak, że jeśli rodzice chodzili z dziećmi do biblioteki, kina, teatru, bądź aktywnie spędzali czas na świeżym powietrzu, ich dzieci, gdy dorosną, będą robić podobnie, uważając to za naturalny sposób spędzania czasu wolnego (Szarota, 2004, s. 59).

Wychowanie do starości to właśnie wychowanie do czasu wolnego, które odbywa się w czterech sferach aktywności człowieka: społecznej, umysłowej, artystycznej oraz fizycznej. Kolejnym aspektem, który odzwierciedla się w sposobach spędzania czasu wolnego w okresie starości, jest zachęcanie przez środowisko rodzinne dzieci i młodzieży do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez domy kultury, świetlice, kluby sportowe i inne organizacje (Szarota, 2004, s. 59). Podobnego zdania był również Aleksander Kamiński, twierdząc, że „osoby starsze, które nie nabyły we wcześniejszych okresach życia przyzwyczajęń odwiedzania klubów i domów kultury, z trudem tylko wyzbywają się poczucia skrępowania i obcości, gdy znajdują się w tego typu miejscach. Natomiast osoby starsze z nabytym zwyczajem uczęszczania do klubów stają się często najwierniejszymi ich bywalcami” (Kamiński, 1978, s. 368–369). W związku z tym, aby skutecznie wychowywać do starości, należy zachęcać seniorów do aktywnego spędzania czasu wolnego w postaci uprawiania sportu, turystyki czy też rekreacji. Istotne jest, aby ludzie starzy chcieli i mieli możliwość pełnienia w tym okresie ról społecznych, dzięki którym będą czuli się użyteczni, np. przez bycie wolontariuszem czy też aktywnym działaczem w organizacjach pozarządowych, stowarzyszeniach oraz fundacjach. Działalność w tego typu instytucjach kształtuje zarówno nawyk, jak i potrzebę pomocy innym osobom, które jej potrzebują, np. sąsiadom lub członkom rodziny (Szarota, 2004, s. 59).

Starość w zależności od tego, w jakim jest ujmowana aspekcie, może być związana z pozytywnymi i negatywnymi doświadczeniami. To, w jaki sposób będą one odbierane, zależy od postawy człowieka starego. Mimo że napotyka on liczne trudności na swojej drodze z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, trudności materialnych i wreszcie z powodu poczucia osamotnienia, powinien zbliżać się do niej wraz z refleksją dotyczącą wychowania do starości. Każdy okres w życiu człowieka powinien być czasem przygotowania do starości, który będzie dotyczył akceptacji zbliżającego się okresu trzeciego wieku oraz refleksji dotyczących tego, jakim seniorem chce być. Niezaakceptowanie nadchodzącego etapu, a w związku z tym myśli o życiu i śmierci, które są nierozdzielną całością, może przyczynić się do pojawienia się trudności w przygotowaniu do starości (Szarota, 2004, s. 59).

Środowisko rodzinne jest tym, które odgrywa największą i najważniejszą rolę w procesie przygotowania do starości. Rodzice powinni wpajać dzieciom prawidłowe postawy wobec ludzi starych i starości związane z szacunkiem do starszego pokolenia z racji przeżytych lat oraz zrozumienia i akceptacji zachowań, których przyczyną

mogą być choroby o charakterze demencyjnym. Jeśli to nie nastąpi w okresie dorosłości, młody człowiek będzie odczuwał strach, lęk i niezrozumienie wobec ludzi starszych, a konsekwencją tego będzie nieprzygotowanie do własnej starości. Jednostka, w zależności od tego, w jakim jest wieku, inaczej będzie myślała o tym okresie. Gdy będzie do niego przygotowywana od wczesnych lat dzieciństwa, jest szansa, że przyniesie to efekty w postaci zadowolenia i dążenia do tego, aby korzystać z każdego nowego dnia bez strachu przed negatywnymi skutkami starości (Łosiakowska, 2008, s. 253–256). Jeżeli koncepcja Aleksandra Kamińskiego zostanie poważnie potraktowana i jej założenia zostaną skutecznie wdrożone w wychowanie dzieci i młodzieży, jest wielce prawdopodobne, że w przyszłości uda się wyeliminować jeden ze skutków złego przygotowania do starości, jakim jest śmierć psychiczna (Szarota, 2004, s. 59).

5. PROCEDURA BADAŃ WŁASNYCH

Prezentowane w tym artykule badania przeprowadzono z 20 opiekunami rodzinnymi sprawującymi opiekę nad osobą starszą. Wykorzystano do tego celu wywiady pogłębione nieustrukturyzowane. Przeprowadzono je na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Przedstawione wyniki badań stanowią wycinek szerszego badania, które dotyczyło funkcji opiekuńczej sprawowanej nad osobą starszą. Jednym z zagadnień poruszanych podczas rozmów był czas wolny seniora. Analizę materiału badawczego przeprowadzono z wykorzystaniem programu MAXQDA. Wywiadom nadano kolejne numery od W1 do W20. W badanych rodzinach osoby starsze chorowały na jedną z form demencji starczej, jaką była choroba Alzheimera bądź też wymagały opieki z powodu wylewu lub udaru. Badani opiekunowie sprawowali opiekę głównie nad swoją matką lub teściową (17), mężem (1), ojcem (1) lub bratem (1). Dziesięciu seniorów zamieszkiwało wspólnie z opiekunem, gdyż wymagali całodobowej opieki. Pozostali rozmówcy sprawowali opiekę doraźnie. W takich sytuacjach senior prowadził jednoosobowe gospodarstwo domowe, a opiekunowie regularnie go odwiedzali udzielając pomocy w codziennych sprawach. Wiek seniorów oscylował od 67 lat do 92 lat. Trzydzieści osób było w przedziale 80–87 lat. Były to przede wszystkim wdowy (15). Cztery osoby w dniu przeprowadzania wywiadu posiadały współmałżonka, a jeden z seniorów był kawalerem.

6. ANALIZA WYPOWIEDZI OPIEKUNÓW RODZINNYCH DOTYCZĄCA CZASU WOLNEGO SENIORÓW

Czas wolny spełnia wiele funkcji. Ich celem jest regeneracja sił psychicznych i fizycznych. Do podstawowych funkcji czasu wolnego należą: funkcja odpoczynku i rekreacji, funkcja zabawy i rozrywki, funkcja zbiorowego spędzania czasu wolnego. W odniesieniu do osób starszych każda z tych funkcji pełni istotną rolę w ich życiu. Jednak szczególnie ważna jest trzecia, gdyż przebywanie w grupie rówieśniczej

dostarcza są silnych bodźców wpływających na uspołecznienie człowieka. Z czasem wolnym nierozzerwalnie związane jest pojęcie wypoczynku. Może on przyjmować dwojaką formę – bierną lub czynną. Wypoczynek bierny polega na ograniczeniu aktywności fizycznej np. siedzenie, leżenie, sen. Wypoczynek czynny to np. zajęcia ruchowe (Matyjas, 2003, s. 560–561). W jaki sposób czas wolny spędzali seniorzy, w stosunku do których była sprawowana funkcja opiekuńcza? Jak ich opiekunowie oceniali formy spędzania tego czasu?

Przyjrzyjmy się na początku, w jaki sposób seniorzy w opinii opiekunów spędzali czas wolny przed wystąpieniem choroby. Analiza treści wykazała, że opiekunowie nie mieli kłopotu ze wskazaniem, w jaki sposób senior spędzał czas wolny przed chorobą, a jak robił to w momencie przeprowadzania wywiadu. Jedna z kobiet szczegółowo opowiadała o zajęciach, jakie miała jej matka przed wystąpieniem choroby. Przedstawiła je w następujący sposób: *Mama praktycznie miała cały dół u siebie, w swoim domku, więc rano zawsze sprzątała, przesadzała kwiatki, bo gdy nadchodziła wiosna, uwielbiała przesadzać kwiatki. Pracowała w ogródku, musiała mieć swój areal ogródkowy, ileś tam metrów i to było jej pole, nie wolno było tam w tych kwiatkach u niej nic robić. Bardzo uwielbiała rysować, malować, uwielbiała czytać książki. Także lubiła robić na szydełku, na drutach, robiła sobie sweterki, szaliki dzieciaczkom. Nawet potrafiła szyć, pościel szyła, troszeczkę [W1].* Wśród zajęć seniorki pojawiały się zarówno czynności związane z prowadzeniem jednoosobowego gospodarstwa domowego, zajmowaniem się przydomowym ogródkiem, jak również robotki ręczne, których efekty były przekazywane członkom rodziny. W przypadku drugiego seniora, u którego nastąpił udar, czas wolny przed chorobą syn kobiety opisał następującymi słowami: *Mama miała gospodarstwo małe, ale w pełnym biegu po prostu także kurki, świnki i inne rzeczy i w polu [W2].* Po wylewie mężczyzna zaopiekował się matką. Sądził, że jego matka nic już nie mogła robić, tylko patrzeć. Obrazuje to następująca wypowiedź: *Teraz to tylko tyle, co popatrzy sobie po prostu przez okno lub się podprowadzi na dwór, a tak to przecież nic nie może zrobić, bo jest w ogóle niepełnosprawną całkowicie [W2].*

W przeprowadzonych badaniach opiekunowie rodzinni skupiali się przede wszystkim na zapewnieniu aktywności fizycznej i intelektualnej seniorom. Osoby starsze, nad którymi była sprawowana opieka, miały czas wolny popołudniami, gdy wracały z zajęć w jednym z domów dziennego pobytu na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, oraz w soboty i niedziele. Odpowiednie zorganizowanie seniorowi czasu wolnego okazało się trudnym wyzwaniem. Opiekunowie mówili o tym w dwojaki sposób. Jedni wskazywali na zorganizowane formy spędzania czasu, inni natomiast nie ingerowali w to, co senior robi w czasie, gdy nie przebywa w ośrodku. Zatem w jaki sposób spędzają czas wolny seniorzy cierpiący na chorobę Alzheimera lub niepełnosprawni w wyniku wylewu lub udaru, w stosunku do których była sprawowana funkcja opiekuńcza?

Małgorzata Halicka i Jerzy Halicki wyróżnili pięć rodzajów aktywności, które mogą realizować osoby starsze w czasie wolnym.

1. Aktywność rekreacyjno-hobbystyczna: spacer, ćwiczenia fizyczne, praca w ogrodzie czy na działce, zajęcia związane z zainteresowaniami i hobby (malarstwo, muzyka, rękodzieło, wychodzenie do teatru, na koncert czy do kina);
2. Aktywność receptywna: oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie książek i czasopism. Zazwyczaj realizowana jest ona w domu;
3. Aktywność zorientowana publicznie: działalność polityczna, społeczna oraz parafialna;
4. Aktywność integracyjna: spotkania, działania o charakterze naukowo-szkoleniowym i towarzyskim, np. spotkania w klubie seniora, uczestnictwo w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku, uczestnictwo w zajęciach domów dziennego pobytu, spotkania ze znajomymi oraz działalność charytatywna;
5. Inne rodzaje aktywności (Halicka, Halicki, 2003, s. 207).

Wypowiedzi opiekunów na temat różnych zachowań seniorów w czasie wolnym przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Czas wolny seniorów

Aktywność receptywna – oglądanie telewizji
<i>Ogląda telewizję, tam sobie (...) książek nie czyta. Znaczy ona nigdy nie czytała książek, więc może nie ma takiego nawyku [W16].</i>
<i>Rano, jak przychodzę, to ma telewizor włączony i ogląda. Ja tam nie wiem, czy coś widzi w tym telewizorze, czy nie, ale jest włączony [W14].</i>
<i>Punktem takim stałym jest Teleexpress, teraz tam film „Dom nad rozlewiskiem” mama lubi oglądać (...). Włączamy w telewizji filmy o zwierzętach, w sobotę na Animalsach są a to „Maluchy w zoo”, a to jakieś pieski. Kiedyś nie lubiła takich filmów oglądać, w tej chwili naprawdę wręcz się śmieje na głos, przeżywa, liczy te pieski, no, bo te liczenie też nie sprawia jej problemów [W11].</i>
<i>No niestety ogląda telewizję. Ja mówię: mamciu, to już takie głupie te programy. Ja wchodzę, a tam po prostu, no nie wiem, to było z cztery razy z rzędu, ale są Kiepcy u niej w telewizji. A więc głównie ogląda telewizję [W13].</i>

Aktywność receptywna – czytanie książek, czasopism, rozwiązywanie krzyżówek

„Przyjaciółkę” jeszcze czyta. Wczoraj miała na stole okulary i te dwie gazetki, bo musiała coś tam je przeglądać [W14].

Czytał książki, masami na początku czytał książki, a ostatni czas zajął się tym komputerem i książki na bok poszły. Czyta gazetę od rana, Nowości muszą być, więc od rana czyta [W4].

Czyta gazety i rozwiązuje krzyżówki, to już tam jest hałdy, zwały tego. Ma ulubione gazety kolorowe, więc czyta te gazety kolorowe. Telewizję to tam ogląda, bo ogląda, ale bardziej w tych krzyżówkach siedzi i gazetach [W3].

Moja mama jest w tej chwili na etapie rozwiązywania krzyżówek i wykreślanek i nie da się w ogóle z tego wyrwać. Radia słucha. Namiętnie czyta książki. Natomiast do niedawna jeszcze oglądała taki kanał Romantica, ale w tej chwili to widzę, że non stop Telewizja Trwam leci [W8].

Inny rodzaj aktywności – drzemka

Na samym początku było tak, że ona sobie troszkę posypiała, prosiłam te panie, żeby nie spała, one to potem też tego nie egzekwowały, bo dla nich to było wygodne, jak ona spała, jak one siedziały [W17].

Od ostatniego czasu to on wstaje, zje coś i położy się. Zaczął się coraz częściej kłaść, znaczy jego aktywność zeszła do zera i właściwie w domu tylko kładzie się i drzemie [W19].

Jak jest sobota, niedziela to praktycznie przesypia. (...). No w tej chwili to będzie na pewno spanie za każdym razem, albo na fotelu, albo się położy [W5].

<p><i>Jeżeli mama troszeczkę jest zmęczona to kładziemy ją na jakąś małą drzemkę. Ta drzemka jest różna, nieraz to trwa kilka dosłownie minut, a nieraz to jest kilka nawet godzin, zanim mamusia wstanie [W1].</i></p>
<p>Brak aktywności</p>
<p><i>Ona tylko siedzi. Kiedyś tam lekarz powiedział, żebyśmy jej kupili kredki, jakieś różne rzeczy, żeby coś robiła. Nie interesowało ją to. Ona tylko siedzi na ławce i paliłaby papierosy [W20].</i></p>
<p><i>W ogóle nic nie robi. Nic mama nie robi fizycznie, nic. (...) Mama raczej ma ten schemat: pokręci się, pochodzi z pokoju do pokoju, nie poczyta, telewizja też ją nie za bardzo interesuje ani radio. Kładzie się, później znowu wstanie, znowu się pobłaka i znowu kładzie się spać i to tak wygląda tydzień [W7].</i></p>
<p><i>Mama chodzi z pokoju do pokoju i przez okna liczy gołębie na podwórku i to jest jej całe zajęcie. Po prostu, jak ja to określam, co mama robi: mama robi nic. No, bo nic nie robi, nie czyta, nie ogląda telewizji, a jak ogląda, to patrzy się bezmyślnie w telewizor. Nic ją nie interesuje praktycznie [W9].</i></p>

Źródło: opracowanie własne.

Zaprezentowane w tabeli 1. dane pozwalają na wysnucie wniosku, że seniorzy, wobec których sprawowano funkcję opiekuńczą, najczęściej realizowali w domu aktywność receptywną. Zazwyczaj w czasie wolnym oglądali telewizję, czytali książki i czasopisma bądź też spali. W kilku przypadkach czas wolny seniora był organizowany przez opiekuna w postaci wspólnego jego spędzania. Nierzadkie były wypowiedzi narratorów wskazujące na brak aktywności seniorów w czasie wolnym. Opiekunowie w tym przypadku mówili o braku jakichkolwiek zainteresowań u seniora. Mimo ich starań nie udało im się go zaktywizować. Specjalne zachowania prezentowały osoby cierpiące na chorobę Alzheimera. Seniorzy będący w lepszej kondycji zdrowotnej angażowali się w rozwiązywanie krzyżówek, wykreślanek, oglądanie telewizji, słuchanie radia oraz chodzenie na masaże bądź rehabilitację. Interlokutorzy bez problemu potrafili wskazać na podejmowane aktywności w czasie wolnym seniorów, w stosunku do których sprawują funkcję opiekuńczą.

Analiza wypowiedzi opiekunów rodzinnych odnosząca się do czasu wolnego ludzi starszych pokazała, że tak jak różnią się między sobą seniorzy, tak różne są

również formy spędzania przez nich czasu wolnego. Przystosowanie się do starości uwarunkowane jest wieloma czynnikami, do których możemy zaliczyć: postawy wobec starości, pełnione (przed emeryturą i obecnie) role społeczne, zainteresowania, doświadczenie życiowe, cechy charakteru, sytuację rodzinną i materialną oraz sprawność fizyczną i intelektualną, które w największym stopniu będą zależeć od podejmowanych w czasie wolnym aktywności (Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 53).

7. PODSUMOWANIE

Dłuższe życie człowieka jest związane z licznymi wyzwaniami stojącymi przed społeczeństwem oraz rodziną, a także przed naukami społecznymi, w tym pedagogiką społeczną. Celem takich działań powinna być poprawa życia osób starszych. Instytucje społeczne lokalnego oraz organizacje pozarządowe powinny dążyć do tego, aby realizować swoje założenia wobec najstarszego pokolenia. Obecnie można zauważyć, że zaczęto zajmować się zagadnieniami dotyczącymi warunków i jakości życia seniorów. Szczególną uwagę zwraca się na funkcjonowanie systemu emerytalnego i jego zagrożenia związane z coraz mniejszą liczbą osób będących w wieku produkcyjnym. Wiąże się z tym problemy z dostępnością do służby zdrowia, co wynika z tego, że seniorzy są najliczniejszą grupą potrzebującą opieki zdrowotnej. To z kolei wymaga, aby powstawało coraz więcej instytucjonalnych form pomocy osobom starszym. Kolejny aspekt dotyczy przeciwdziałania sytuacjom zagrażającym życiu i zdrowiu seniorów, np. przemocy i agresji w stosunku do podopiecznych domów pomocy społecznej oraz zmiana stereotypów dotyczących osób starszych, które są głęboko zakorzenione w polskim społeczeństwie (Zrałek, 2014, s. 43–44).

Jak wykazała analiza literatury oraz badań własnych, nadal aktualne jest przesłanie Aleksandra Kamińskiego odnoszące się do wychowania do starości. Autor ten uważał, że polega ono „(...) na pomaganiu ludziom w nabywaniu zainteresowań i aspiracji oraz umiejętności i przyzwyczajzeń, które – gdy nadejdzie czas emerytury – dopomogą w realizowaniu takiego trybu życia sprzyjającego wydłużaniu młodości i dającej satysfakcję aktywności”. Brak odpowiedniego przygotowania do starości powoduje, że „dar codziennego wielogodzinnego wczasowania niejako zaskakuje ludzi nieprzygotowanych do jego spożytkowania” (Kamiński, 1978, s. 359). Dlatego też tak istotne jest przygotowanie osób starszych do kreatywnego wykorzystywania czasu wolnego. Powinno to nastąpić jeszcze przed okresem emerytalnym, ponieważ kształtowanie się zainteresowań w okresie starości jest bardzo trudne, a dla wielu osób już niemożliwe, gdyż są one przekonane, że czas emerytury to okres braku aktywności i wycofania się z życia społecznego i rodzinnego (Różański, 2006, s. 398).

Seniorzy, wobec których była sprawowana funkcja opiekunicza, preferowali głównie bierne formy spędzania czasu wolnego. Zazwyczaj przyczyn takiego stanu rzeczy należy doszukiwać się w braku umiejętności organizowania swojego życia, złego stanu zdrowia i trudnej sytuacji materialnej. Poza tym z rozmów z opiekunami rodzinnymi wynika, że osoby starsze, nad którymi sprawowali oni opiekę we wcześniejszych

latach życia, nie uczestniczyły systematycznie w spotkaniach towarzyskich, skupiając się tylko na życiu rodzinnym i zawodowym, a tym samym również nie nabyły ugruntowanych nawyków aktywności, które mogłyby realizować będąc na emeryturze. Osoby starsze, które mają dobrze zaplanowany czas wolny, nie wycofują się z życia społecznego, nie popadają w marazm i zniechęcenie. Poza tym seniorzy, którzy deklarują aktywne spędzanie czasu wolnego, biorą udział w życiu społecznym, nieustannie rozwijają i kształtują swoje zainteresowania i pasje.

Dokonując próby oceny form spędzania czasu wolnego przez przedstawicieli najstarszego pokolenia, można stwierdzić, że wciąż jest za mało badań odnoszących się do tej sfery. Dane statystyczne zaprezentowane w tym artykule pochodzą z 2015 roku (GUS) oraz 2016 roku (CBOS) i chociaż wnioski z nich się pokrywają, to jednak w obecnej rzeczywistości mogą okazać się już nieaktualne. Mimo że jeszcze dla wielu osób starszych komputer czy też internet wciąż są zbyt trudne w obsłudze, coraz większa liczba osób starszych przełamuje swoje niepokoje i podejmuje się próby nauki obsługi komputera z dostępem do internetu. Przyczynia się do tego obecna rzeczywistość, w której część aktywności przeniosła się do internetu (e-faktury, rejestracja do lekarza, profil zaufany, portal e-pacjent). Poza tym wielu seniorów wykorzystuje internet jako sposób na przekazanie swojej historii życia, wartości lub zorganizowania swojego czasu wolnego (Szczeszek, 2008, s. 124). W związku z tym procentowe rozłożenie poszczególnych czynności dnia codziennego może być całkiem inne niż sprzed czasu, gdy większość spraw mogliśmy załatwić bezpośrednio w urzędzie lub przychodni.

Podsumowując rozważania nad czasem wolnym, należy podkreślić, że formy i sposoby jego spędzania zależą przede wszystkim od stosunku człowieka starego do pracy zawodowej. Zaprezentowane wyniki badań przedstawiają mało optymistycznie ostatni etap życia badanych seniorów. Z jednej strony wynika to z chorób, które im towarzyszą: niepełnosprawność ruchowa, demencja starcza, choroba Parkinsona czy też choroba Alzheimera. Z drugiej zaś strony dla wielu z tych osób przejście na emeryturę spowodowało pojawienie się pustki, czego konsekwencją była nieumiejętność zorganizowania sobie czasu wolnego w sposób wartościowy. Katarzyna Wiśniewska-Roszkowska w następujący sposób podsumowuje bierną postawę w stosunku do swojego czasu wolnego: „Bardzo szkodliwa jest postawa, przy której emeryt nie chce do niczego się zmuszać, uważa, że należy mu się stały „wypoczynek”, przesiaduje po całych dniach w fotelu, biernie patrząc w telewizor lub przez okno na ulicę, aż wreszcie narastające niedołęstwo przykuwa go do łóżka” (Wiśniewska-Roszkowska, 1989, s. 90).

BIBLIOGRAFIA

1. Centrum Badania Opinii Społecznej (2016). *Sposoby spędzania czasu przez seniorów*. Warszawa: Wydawnictwo Centrum Badań Opinii Społecznej.
2. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 listopada 2019 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

3. Główny Urząd Statystyczny (2017). *Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników badania spójności społecznej 2015*. Łódź: Wydawnictwo Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Urząd Statystyczny w Łodzi.
4. Halicka M., Halicki J. (2003). Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych. W: B. Synak (red.), *Polska starość*, s. 189–218. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
5. Kamiński A. (1974). *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa: PWN.
6. Kamiński A. (1978). *Studia i szkice pedagogiczne*. Warszawa: PWN.
7. Kamiński A. (1982). *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*. Warszawa: PWN.
8. Klonowicz S. (1986). Starzenie się ludności. W: I. Borsowa (red.), *Encyklopedia seniora*, s. 35–56. Warszawa: Wiedza Powszechna.
9. Leszczyńska-Rejchert (2005). *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
10. Łosiakowska A. (2008). Trudności w przygotowaniu seniora i jego rodziny do starości. W: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości. Wybrane konteksty – problemy – uwarunkowania*, s. 251–262. Bydgoszcz: Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej.
11. Matyjas B. (2003). Czas wolny. Hasło w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, t. 1*, s. 559–564. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
12. Okoń W. (2007). *Nowy słownik pedagogiczny*. Hasło: czas wolny. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
13. Różański T. (2006). Wybrane problemy czasu wolnego ludzi starszych w Polsce. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość – poznać, przeżyć, zrozumieć*, s. 389–400. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
14. Szarota Z. (2004). *Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
15. Szczeszek K. (2008). Spokojny wieczór życia? – rozważania nad czasem wolnym w okresie starości. W: A. Tokaj (red.), *Starość w perspektywie studiów pedagogicznych*, s. 116–131. Leszno: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Króla Stanisława Leszczyńskiego.
16. Wilk T. (2007). Czas wolny w starości a jakość życia. W: B. Juraś-Krawczyk (red.), *Wybrane obszary badawcze andragogiki*, s. 129–143. Łódź: WSHE.
17. Wiśniewska-Roszkowska K. (1989). *Starość jako zadanie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
18. Zrałek M. (2014). Społeczne konteksty starzenia się w Polsce. W: A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, M. Zrałek (red.), *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne*, s. 9–50. Oświęcim: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Rotmistrza Witolda Pileckiego.
19. Zych A. A. (2010), *Leksykon gerontologii*. Hasło: czas wolny. Kraków: Impuls.

NIEZNANY WYMIAR STAROŚCI. PROBLEMY ALKOHOLOWE SENIORÓW NA PRZYKŁADZIE MIESZKAŃCÓW DPS I ICH TERAPIA

Unwanted true colours of Old Age. Alcoholic problems of Nursing Home Care inhabitants and their treatment

* Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie, ORCID: 0000-0002-0712-0318

ABSTRACT

Alcoholic problems of old, ill and disabled people exists. According to the statistics drinking problem among elderly members of NHC inhabitants starts at the level of about 2% to 4% but can also reach up to 20% which at such a figure can strongly influence the working of these institutions. It is difficult to estimate explicitly why the problem is not given enough attention and is pushed on the margin of institutional, therapeutic and scientific interest. It is visible due to the lack of specialist literature on this topic in Polish what is more there is no research connected with practice.

The current situation being as it at the moment it has very negative consequences. There are no programs which are dedicated to elderly or handicapped patients.

The purpose of the presented analysis is to show the scale of widely understood problem of drinking in NHCs and to present the existing therapeutic program for the inhabitants of Nursing Home Care institutions in the context of its character and disparity as well as to present the evaluation of the program which is being carried out in NHC Pleszew.

Conclusions drawn from the data and the research:

The therapeutic program offer for elderly alcohol addicts is insufficient and the existing therapeutic programs provided by NHS are not relevant for this age group as far as methods and aims of the therapy are concerned.

Therapeutic programs for the elderly patients should provide and include in them elements of therapy, rehabilitation and art therapy as well as to support the cognitive processes e.g. through memorisation.

There are however patients for whom abstinence is not possible to achieve. In such cases the programs of harm reduction should be taken into consideration.

Key words: addiction, old age, social welfare home, therapy

STRESZCZENIE

Problem picia osób starszych, chorych i niepełnosprawnych istnieje. Według statystyk problem alkoholowy w grupie osób starszych ma ok. 2% do 4%, ale

w niektórych DPS-ach wynosi on nawet ok. 20% i bardzo mocno wpływa na funkcjonowanie całych placówek. Trudno jest jednak jednoznacznie ocenić, dlaczego nie poświęca się mu zbytnej uwagi i spycha na margines zainteresowania instytucjonalnego, terapeutycznego i naukowego. Wskazuje na to chociażby brak fachowej literatury w tym temacie w j. polskim, a przede wszystkim brak solidnych badań i ich powiązania z praktyką. Taki stan rzeczy ma swoje negatywne konsekwencje. Brakuje programów terapeutycznych adresowanych do starszych i często niepełnosprawnych osób uzależnionych.

Celem prezentowanej analizy jest przedstawienie skali szeroko rozumianych problemów alkoholowych w Domach Pomocy Społecznej, opisanie istniejącego programu terapeutycznego dla mieszkańców DPS w kontekście jego specyfiki i odmienności oraz zaprezentowanie wyników ewaluacji realizowanego programu w DPS Pleszew.

Wnioski z analizy danych i badań:

Oferta terapeutyczna dla starszych osób uzależnionych jest niewystarczająca, a istniejące w ramach NFZ programy terapeutyczne nie są adekwatne do tej populacji osób zarówno pod względem metod pracy jak i celów terapii.

Programy terapeutyczne dla starszych osób uzależnionych powinny łączyć w sobie elementy terapii, rehabilitacji, arteterapii i wspierania procesów poznawczych poprzez aktywizowanie np. pamięci.

W przypadku niektórych mieszkańców abstynencja nie jest celem możliwym do osiągnięcia. Należy rozważyć włączenie programów redukcji szkód do pracy z uzależnionymi osobami starszym.

Słowa kluczowe: uzależnienie, starość, dom pomocy społecznej, terapia

1. WPROWADZENIE

Zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu należą do grupy zaburzeń psychicznych, które są szeroko rozpowszechnione na świecie (Gowing i in., 2015). Choroby trzustki, wątroby, choroby układu krążenia, problemy z pamięcią, problemy ze snem, osłabienie funkcji poznawczych, nowotwory, liczne urazy to tylko niektóre z ponad 200 chorób i schorzeń, których źródłem jest spożywanie alkoholu. Jest ono także jedną z najważniejszych przyczyn zachorowalności i przedwczesnej śmiertelności Europejczyków (Anderson, Baumberg, 2007), a ryzyko pojawienia się wielu chorób zwiększa się wraz ze wzrostem spożycia alkoholu. Jest także zależne od płci i wieku. Wypijanie przez kobiety takich samych dawek alkoholu co przez mężczyzn jest dla tych pierwszych zawsze bardziej szkodliwe. Podobnie dzieje się w przypadku osób starszych. Zmiany w metabolizmie lub w procesach farmakokinetycznych związane z wiekiem powodują u nich więcej negatywnych konsekwencji picia niż w młodszych grupach wiekowych (Habrat, 2011). Wynika to z kilku powodów. Osoby starsze po wypiciu takiej samej dawki alkoholu co osoby młodsze osiągają większe stężenie alkoholu we krwi, co jest dla nich bardziej szkodliwe. Starzenie się wpływa na mniejszą zdolność

rozwijania tolerancji na alkohol, tj. mniejszą zdolność organizmu do przystosowywania się do obecności alkoholu. Badania mózgu sugerują również, że starzenie się może uczynić osobę bardziej podatną na działanie alkoholu (Schuckit, 2009).

2. CEL PRACY

Celem niniejszego artykułu jest opisanie skali zaburzeń wynikających ze spożycia alkoholu w grupie seniorów oraz ich terapii. Ze względu na bardzo ograniczoną ilość programów terapeutycznych w tej populacji¹ opisano program realizowany w DPS w Pleszewie wraz z jego ewaluacją.

3. PROBLEMY ALKOHOLOWE SENIORÓW. ANALIZA LITERATURY

Spożycie alkoholu obniża się na ogół wraz z wiekiem, ale wiele badań wskazuje na wzrost zaburzeń związanych z używaniem alkoholu wśród osób starszych w Stanach Zjednoczonych (Han, Moore, Sherman, Keyes, Palamar, 2017) i w Europie. Wraz z wiekiem pojawia się wiele stresorów życiowych, także o charakterze egzystencjalnym, takich jak: choroby, zanik aktywności zawodowej, ograniczenie kontaktów interpersonalnych, samotność, wykluczenie społeczne i wiele innych, na które reakcją może być właśnie sięganie po alkohol.

Szczególnym źródłem problemów zdrowotnych seniorów może być dodatkowo łączenie alkoholu z lekami przypisanymi im dla ratowania ich zdrowia i życia, ale zażywany niezgodnie z zaleceniami lekarskimi, przy lekceważeniu zagrożeń, jakie mogą z tego wynikać (Brennan, Moss, 2000).

To m.in. z tego powodu Włoski Instytut Zdrowia zaleca swoim starszym obywatelom wypijanie nie więcej niż jednej porcji alkoholu (10 g czystego alkoholu) dziennie, podczas gdy wiele innych krajów nie różnicuje tych ilości określając dla mężczyzn limit picia o niskim poziomie ryzyka w wysokości czterech porcji czystego alkoholu dziennie, a dla kobiet – dwóch porcji, niezależnie od wieku. W Stanach Zjednoczonych 14,5% seniorów pije alkohol na poziomie powyżej limitów zalecanych przez NIAAA (The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), które wynoszą tam 3 porcje alkoholu w danym dniu i nie więcej niż siedem porcji alkoholu w tygodniu. W ogólnonarodowym badaniu z 2013 r. intensywne picie (wypijanie jednorazowo 5 lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji przez 5 lub więcej dni w tygodniu w ostatnim miesiącu) dotyczyło 4,7% osób w wieku od 60 do 64 lat i 2,1% wśród osób w wieku 65+, natomiast upijanie się dotyczyło 14,1% osób w wieku od 60 do 64 lat oraz 9,1% w grupie 65+ (Lehmann, Fingerhood, 2018).

¹ Wg wiedzy autora w Polsce istnieją jedynie 3 miejsca, w których prowadzi się terapię dla seniorów DPS.

Autorzy realizowanego w Europie Projektu VINTAGE (Dobre Zdrowie w Podeszłym Wieku) (Anderson, Scafato, Galuzzo, 2012) stwierdzili, że starzenie się populacji europejskiej oznacza, że bezwzględna liczba starszych obywateli UE z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu prawdopodobnie wzrośnie i należy wziąć pod uwagę wpływ tych zmian. Już teraz wzrost liczby osób w wieku 65 lat oraz starszych jest dla podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej coraz większym wyzwaniem. Wiele chorób ma w tej grupie związek z niezdrowym stylem życia, do którego zalicza się m.in. nadmierne spożywanie alkoholu

Pomimo pojawiającej się w ostatnim dziesięcioleciu większej liczby badań na temat zażywania alkoholu w populacji osób starszych ich rezultaty nadal nie są jednoznaczne. Wynika to z bardzo wielu metodologicznych uwarunkowań badań, np. związanych z zastosowanymi narzędziami badawczymi, które dają bardzo rozbieżne wyniki, ze sposobem zbierania danych (pytanie o ilość spożywanego alkoholu tylko osób starszych lub też ich i ich rodzin) oraz koniecznością uwzględnienia uwarunkowań kulturowych spożywania alkoholu. Dostępne dane wskazują, że około 60% seniorów w wieku 65+ w krajach europejskich (Hu Y, Pikhart, Maljutina, Pajak, Kubinova, Nikitin i in., 2015), w tym w Europie Centralnej, spożywało alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale mniej niż 20% przyznaje się do nadmiernego picia (Kessler i in., 2005). W zależności od badań zaburzenia związane z zażywaniem alkoholu na przestrzeni życia rozpoznawano w grupie osób 65+ u 7,1%, 8,9%, a nawet 17,8% (Hasin, Stinson, Ogburn, Grant, 2007) respondentów. W badaniu MentDis_ICF65+, realizowanym w ramach grantu europejskiego, w ciągu ostatnich 12 miesięcy alkohol spożywało 67,8% badanych, a 81,4% – co najmniej raz w życiu. W ciągu ostatnich 12 miesięcy w typowym dniu picia wypijali oni średnio 3 standardowe porcje alkoholu. Zaburzenia związane z zażywaniem alkoholu (w tym picie szkodliwe i uzależnienie) rozpoznano na przestrzeni życia u 8,8% badanych, w ostatnim roku u 5,3% badanych. Zdecydowanie częstsze występowanie zaburzeń związanych z zażywaniem alkoholu występowało u osób starszych mieszkających samotnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy, o niższym statusie materialnym, mniej zaangażowanych w życie religijne, uzależnionych od nikotyny, cierpiących na depresję lub inne zaburzenia psychiczne (Muñoz i in., 2018).

Problem picia u osób starszych, chorych i niepełnosprawnych istnieje. Trudno jest jednak jednoznacznie ocenić, dlaczego nie poświęca się mu w naszym kraju zbytnej uwagi. Wskazuje na to chociażby brak fachowej literatury w tym temacie w j. polskim, a przede wszystkim brak solidnych badań i ich powiązania z praktyką. Może to wynikać z bardzo wielu powodów:

- z po części prawdziwego przekonania, że nadużywanie alkoholu spada wraz z wiekiem, co – biorąc pod uwagę poważniejsze konsekwencje zdrowotne picia niż w innych grupach – nie oznacza, że nie ma problemu w populacji osób starszych;
- z przyjętego stereotypu starości, że jest ona czymś jedynie dobrym i co najwyżej pojawia się w niej cierpienie wynikające z chorób, a nie np. z powodu nadużywania alkoholu;
- ze źle pojmowanego poczucia współczucia dla osób chorych i niepełnosprawnych;

- z braku wiary w to, że istnieją skuteczne metody pracy terapeutycznej i możliwości pomocy osobom starszym z problemem alkoholowym, a tym samym z niskich według „młodszych” rokowań na temat możliwej zmiany „starszych”;
- z powodu niskiego procentu osób po 65 r. życia, które biorą udział w programach terapeutycznych;
- z braku odpowiednich programów leczenia dla starszych osób uzależnionych;
- ze względu na współwystępowanie różnorodnych innych chorób, które częściowo mają swoje źródło w picciu, ale też picie może być reakcją na nie, co w jakimś sensie utrudnia podejmowane oddziaływania terapeutyczne;
- i w końcu z powodu marginalizowania problemów niepełnosprawności i starości, a tym samym marginalizowania osób, których problem dotyczy alkoholizmu.

Tymczasem zarówno Deklaracja Wiedeńska z 1982 r. jak również przyjęte przez ONZ Zasady działania na rzecz osób starszych dają im prawo m.in. do korzystania z opieki medycznej służącej utrzymaniu lub odzyskaniu optymalnego poziomu aktywności fizycznej i umysłowej, jak również zapobiegania chorobom, do programów rehabilitacyjnych i aktywizujących, programów edukacyjnych i szkoleniowych podnoszących jakość życia, do utrzymywania aktywnego kontaktu i więzi ze społeczeństwem oraz do szacunku i poszanowania ich godności. Zarówno Deklaracja, jak i Zasady to wyzwanie i zadanie dla młodszych pokoleń, aby podjąć kroki w kierunku poprawy jakości życia osób starszych, także w zakresie opieki nad tymi, u których spożywanie alkoholu powoduje szereg negatywnych konsekwencji i ma wpływ na jakość ich życia.

Jak wynika z badania SHARE z 2010/12 oraz diagnozy społecznej z 2013 r. (Czapiński, Błędowski, 2013) polscy seniorzy należą do grupy osób, która najgorzej z 16 krajów europejskich biorących udział w badaniu ocenia swoje zdrowie. Są oni w czołówce palaczy, a także osób, które nie wykazują aktywności fizycznej i cierpią na nadwagę, ale są jednocześnie grupą osób, która najrzadziej spożywa alkohol (1,85%), podczas gdy w takich krajach jak np. Szwajcaria, Dania osób starszych spożywających alkohol jest ponad 4%. Natomiast w diagnozie społecznej z 2015 r. odsetek osób nadużywających alkoholu w wieku 60–64 lata wynosił 4,91%, a w grupie 65+ – 2,23% (Czapiński, Panek, 2015).

Być może jednak najważniejszym czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za narastanie, a nie regresję problemu alkoholowego jest niedostrzeżenie tego problemu przez społeczeństwo. Brakuje prostych i rzetelnych metod przesiewowych do badania seniorów nadużywających alkoholu i dysponujemy bardzo niewielką, mocno ograniczoną liczbą ofert pomocy i leczenia dla tej grupy.

Istnieje ogromna przepaść pomiędzy liczbą seniorów, którzy wymagają leczenia uzależnienia i pomocy w tym obszarze, a liczbą osób, które się tym zajmują.

4. SKALA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH MIESZKAŃCÓW DPS

Populacja mieszkańców DPS-ów jest bardzo mocno zróżnicowana, a część ich problemów somatycznych i psychicznych ma związek z nadużywaniem przez nich alkoholu. W DPS-ach przebywają najczęściej osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie mogące samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

DPS-y są przeznaczone dla różnych grup w zależności od wieku, choroby i niepełnosprawności. Ustawa o pomocy społecznej (Ustawa, 2020, art. 56) wyróżnia domy dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

W praktyce jednak, pomimo tego podziału dosyć często w jednym domu przebywają osoby w podeszłym wieku, u których zdiagnozowano zarówno przewlekle choroby somatyczne lub psychiczne, jak i intelektualną niepełnosprawność. Osoby te, wcale nie rzadziej niż inne, mają problem alkoholowy.

Dla wielu osób istotnym jest pytanie o to, jak opóźnić proces starzenia się. Z perspektywy jednak wielu innych ludzi istotniejszym jest pytanie o to, jak uczynić go satysfakcjonującym. Pomaganie osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym wpisuje się w próbę uczynienia ludzkiego życia bardziej akceptowalnym i pełniejszym. Dzieje się to dzięki pracy personelu DPS-ów, który na rzecz mieszkańców świadczy:

- usługi opiekuńcze,
- usługi bytowe,
- usługi wspomagające,
- usługi edukacyjne (Ustawa, 2020, art. 55).

Z danych zebranych przez autora (Głowik, 2009) podczas szkoleń w placówkach DPS wynika, że populacja osób z problemem alkoholowym waha się tam pomiędzy 5 a 20%, co oznacza, że niektóre z DPS-ów borykają się z dużą liczbą mieszkańców, którzy z powodu nadużywania alkoholu swoim zachowaniem wpływają w istotny sposób na jakość pracy personelu oraz na atmosferę panującą w ośrodkach.

Tabela 1. Skala problemów alkoholowych mieszkańców DPS w miejscach, gdzie realizowano szkolenia dla personelu.

Symbol DPS	Liczba mieszkańców	Średni wiek mieszkańca	Ilość osób z problemem alkoholowym	Procent osób z problemem alkoholowym w DPS
1	106	70 lat	12	11,3%
2	48	68 lat	10	20,8%
3	92	75 lat	5	5,4%
4	176	66 lat	25	14,2%
5	57	80 lat	10	17,5%
6	25	?	2	8%

Na przełomie marca i kwietnia 2013 r. z inicjatywy Dyrektora DPS w Pleszewie Grzegorza Grygla Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego w Poznaniu przeprowadził w domach pomocy społecznej na swoim terenie badanie w zakresie skali problemów alkoholowych mieszkańców (Grygiel, 2016). Badaniem objęto wszystkie 64 placówki na terenie województwa wielkopolskiego, w których funkcjonują 72 oddziały. Uwzględniało ono m.in. profil placówki oraz już posiadaną przez mieszkańca w jego dokumentacji diagnozę uzależnienia.

Tabela 2. Skala problemów alkoholowych mieszkańców DPS na terenie województwa wielkopolskiego z podziałem na profil placówki.

Profil	Liczba oddziałów	Mieszkańcy	Osoby uzależnione	%
osoby w podeszłym wieku	13	912	40	4,3
osoby przewlekle somatycznie chore	20	2.121	306	14,4
osoby przewlekle psychicznie chore	13	1.176	158	13,4
dorośli niepełnosprawni intelektualnie	15	1.444	48	3,3
dzieci i młodzież niepełnosprawni intelektualnie	8	469	0	0,0
osoby niepełnosprawne fizycznie	3	187	5	2,6
Razem	72	6.309	557	8,8

W domach dla osób przewlekle somatycznie i psychicznie chorych problem alkoholowy mieszkańców jest znaczący, ponieważ dotyczy jednego na siedmiu mieszkańców.

Ze względu na różne „historyczne” (dawniej do tego typu placówek kierowano głównie osoby z problemem alkoholowym) i organizacyjne uwarunkowania istnieją zapewne w całej Polsce także takie DPS-y, w których osoby z problemem alkoholowym to prawie połowa całej populacji mieszkańców.

Tabela 3. Skala problemów alkoholowych w DPS Pleszew

Profil	Ilość miejsc	Osoby z problemem alkoholowym	%
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	148	38 (9 kobiet i 29 mężczyzn)	25,6
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	92	46 (tylko mężczyźni)	50

Z przeprowadzonych badań (por. tabela 4) wynika także, że terapią uzależnień zostało objętych zaledwie 8 do 15% uzależnionych mieszkańców DPS, a badani pracownicy uważają, że dla osób uzależnionych należy stworzyć specjalne oddziały.

Mała liczba mieszkańców kierowanych na leczenie odwykowe ma też zapewne związek z tym, że nie ma dla nich adekwatnej do ich sytuacji życiowej i zdrowotnej oferty poza DPS. Jest to zauważalne we wszystkich profilach domów, a w szczególności w przypadku ośrodków dla osób przewlekle psychicznie chorych.

Placówki leczenia uzależnień nie są w stanie zapewnić całodobowej opieki osobom przewlekle somatycznie i psychicznie chorym, nie dysponują odpowiednio przygotowanym dla nich programem, nie mają w swoich terapeutycznych zespołach osób, które miałyby doświadczenie w pracy z taką populacją.

Tabela 4. Liczba osób uzależnionych zakłócająca spokój w DPS oraz liczba osób po leczeniu

Profil	Osoby uzależnione	Liczba osób uzależnionych zakłócających spokój w DPS	Osoby leczone poza DPS
osoby w podeszłym wieku	40	26	4
osoby przewlekle somatycznie chore	306	112	44
osoby przewlekle psychicznie chore	158	52	5
dorośli niepełnosprawni intelektualnie	48	15	3
dzieci i młodzież niepełnosprawni intelektualnie	0	0	0
osoby niepełnosprawne fizycznie	5	5	1
Razem	557	210	57

Osoby mające problem z alkoholem w DPS można podzielić na dwie grupy (Głowik, 2014).

Pierwsza z nich to te osoby, które nadużywały alkoholu, zanim trafiły do DPS-u. Zostały już niejednokrotnie zdiagnozowane przed przyjęciem i mają za sobą dosyć długą historię picia, czasem próby leczenia. Niejednokrotnie są to osoby młodsze niż pozostali mieszkańcy, samotne bądź rozwiedzione. Mają mocno zaburzoną sferę poznawczą, popadały w konflikty z prawem, a spora część z nich miała swojego prawnego opiekuna. Według niektórych badań (Lehmann, Fingerhood) do tej grupy zalicza się aż 2/3 badanych.

Druga grupa to osoby, które zaczęły nadużywać alkoholu w podeszłym wieku, czasem nawet podczas swego pobytu w DPS-ie. Wydaje się, że powody takiego działania mogą być bardzo różne i mogą mieć związek z nieumiejętnością poradzenia sobie z krytycznymi życiowymi zdarzeniami, takimi jak np. pogorszenie się stanu zdrowia, utrata bliskich i in. Kobiety stanowią większy odsetek w grupie osób z późnym początkiem choroby niż w grupie o wczesnym początku.

Nadużywanie alkoholu nawet przez jednego mieszkańca DPS-u w wyraźny sposób zaburza funkcjonowanie ośrodka i pociąga za sobą dodatkowe obowiązki dla jego pracowników. Powodów jest kilka. Mieszkańcy rzadko mają pojedyncze pokoje. Najczęściej są one 2–3 osobowe. Picie chociażby jednego z nich zakłóca życie i funkcjonowanie pozostałych osób nie tylko z pokoju, ale i z całego domu. Pogarsza atmosferę i wzajemne relacje między pensjonariuszami, staje się przyczyną napięć, kłótni, a czasem nawet zachowań agresywnych. Dla pracowników problem ten jest mocno

stresujący. Wysłuchują skarg mieszkańców, muszą zapewnić czystość w domu, interweniować, czasem wzywać policję. Nawet, jeżeli taki mieszkaniec sprawia personełowi i innym kłopoty i jest bardzo uciążliwy, nie można odmówić mu podstawowej opieki, którą gwarantuje mu ustawa. W wielu sytuacjach z zażywaniem alkoholu związanych jest pośrednio wiele innych problemów jak: pożyczanie pieniędzy, nieoddawanie ich, popadanie w długi itp. Takie zachowania wpływają negatywnie na wzajemne relacje pomiędzy mieszkańcami. W niektórych sytuacjach nadużywający alkoholu mieszkaniec stanowi zagrożenie dla samego siebie i dla innych (np. wtedy, gdy, będąc pod wpływem alkoholu, porusza się po jezdni elektrycznym wózkiem, który otrzymał z PFRON-u).

5. TERAPIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W GRUPIE SENIORÓW

Według podręcznika TIP 26 opracowanego przez zespół SAMHSA (instytucja zajmująca się problematyką nadużywania substancji i zdrowia psychicznego w USA) terapia problemów alkoholowych seniorów powinna (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998):

- odbywać się we właściwych dla nich grupach i mieć charakter wspierający, a nie konfrontacyjny;
- uwzględniać negatywne emocje takie, jak: samotność, depresja, poczucie straty itp.;
- uczyć umiejętności służących budowie lub podtrzymaniu relacji społecznych;
- być połączona ze wsparciem medycznym, rehabilitacyjnym i instytucjonalnym;
- być prowadzona w wolniejszym tempie z uwzględnieniem treści właściwych dla grupy osób starszych i niepełnosprawnych;
- być prowadzona w atmosferze szacunku dla pacjentów;
- uwzględniać szerokie holistyczne podejście w leczeniu rozpoznanych dysfunkcji psychicznych, fizycznych i społecznych, czyli w zakresie szeroko rozumianego zdrowia;
- terapeuci powinni mieć doświadczenie w pracy z osobami starszymi i niepełnosprawnymi.

Mało jest badań na temat skutecznych modeli pracy terapeutycznej z osobami starszymi z problemem alkoholowym. Przegląd 25 badań dotyczących leczenia uzależnień wśród osób starszych, przeprowadzonych w ciągu ostatnich 30 lat, wykazał, że skuteczne są zarówno programy dla grup wiekowych, jak i mieszanych. Wyniki leczenia nie są jednoznaczne, ale niektóre z nich wskazują na to, że starsi pacjenci osiągają lepsze wyniki przy dłuższym okresie leczenia (Kuerbis, Sacco, 2013).

W jednym z badań przydzielono losowo starsze osoby uzależnione do 2 programów w leczeniu stacjonarnym (Kashner, Rodell, Ogden, Guggenheim, Karson, 1992). Jeden program terapii (The Older Alcoholic Rehabilitation – OAR) był prowadzony przez zespół specjalizujący się w leczeniu uzależnionych seniorów i był bliski terapii reminiscencyjnej, a jego celem było m.in. wspieranie poczucia własnej wartości i budowanie

relacji w grupie seniorów. Tradycyjny program miał bardziej konfrontacyjny charakter, skupiał się na przeszłych niepowodzeniach pacjentów i obecnych konfliktach.

Pacjenci z programu OAR po 12 miesiącach terapii utrzymywali abstynencję dwukrotnie częściej niż ci z grupy terapii tradycyjnej, a koszty opieki nad pacjentem były o 2,5% niższe w programie OAR niż w programie tradycyjnym.

6. PROGRAM TERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH W DPS W PLESZEWIE

Pomysł utworzenia pododdziału terapeutycznego dla uzależnionych mieszkańców DPS w Pleszewie pojawił się w roku 2008, a jego inicjatorem był ówczesny dyrektor Grzegorz Grygiel.

Teoretyczny model, który zastosowano przy budowie programu, bazuje na modelu terapii humanistyczno-egzystencjalnej, zgodnie z którym zachowania destrukcyjne (w tym nadużywanie alkoholu) wynikają z zablokowania rozwoju człowieka, a ich przyczyny należy rozpatrywać w kontekście egzystencjalnym. Wydaje się, że ten sposób myślenia o człowieku i jego problemach, jak najbardziej współgra i wpisuje się w znane obecnie koncepcje przystosowania się człowieka do starości, zgodnie z którymi starość jest, z egzystencjalnego punktu widzenia istotnym, z rozwojowego punktu widzenia, etapem życia człowieka. W tym teoretycznym modelu odchodzi się od podejścia ściśle klinicznego, a akcent kładzie się na budzenie motywacji do aktywnego mierzenia się z problemami i wyzwaniem, jakich mieszkańcy doświadczają w swoim życiu obecnie oraz nauce istotnych dla poprawy swojego funkcjonowania umiejętności. Składają się nań tak fundamentalne założenia jak to, że:

- Zmiana jest możliwa na każdym etapie życia i choroby;
- Rozwój psychiczny człowieka jest procesem, który trwa całe życie;
- Do osobistych zasobów każdego człowieka należą jego doświadczenia życiowe;
- Życie ludzkie jest zorientowane na cel i in.

Wśród istotnych dla tworzenia programu zaleceń uwzględniono wiele zmiennych opisanych powyżej. Przykładowo:

- W zakresie treści merytorycznych (np. psychoedukacyjnych) program musi być dostosowany do możliwości intelektualnych mieszkańców;
- W zakresie przekazu (realizacji programu) winien uwzględniać różnorodne ograniczenia mieszkańców, które wynikają z wieku i choroby;
- Program powinien uwzględnić sytuację życiową i tematy istotne dla osób starszych i chorych;
- Styl pracy terapeutycznej powinien być wspierający i motywujący, a mniej konfrontujący;
- Program winien być uzupełnieniem oferty DPS-u, tzn. rehabilitacja, w tym opieka medyczna, pozostają nadal ważnym zadaniem i obszarem działalności personelu;
- Istotnym obszarem pracy jest rozwój umiejętności ważnych dla utrzymania abstynencji;

- Wprowadzenie rytmu dnia, stałych punktów programu może być wspierające (np. poranna gimnastyka);
- Ważne jest uwzględnienie stadium kształtowania się motywacji do zmiany i dopasowanie do niego form oddziaływań.

Program składa się z 4 podstawowych elementów:

- **Terapii problemów alkoholowych** – obejmuje 6 modułów, które koncentrują się na budowaniu atmosfery pracy w grupie, zagadnieniach egzystencjalnych, elementach krótkiej interwencji służących budowaniu motywacji do zmiany i tematach związanych stricte z terapią uzależnień, np. rozpoznawaniem i radzeniem sobie z myślami o picciu.
- **Treningu pamięci i treningu relaksacyjnego** – zgodnie z koncepcją Cozolino (2004) mózg człowieka wymaga stałej aktywizacji, inaczej jego funkcje znacznie słabną, a ponieważ mózg osób starszych jest nadal plastyczny, można nań wywierać wpływ i stymulować go do rozwoju zarówno poprzez relacje interpersonalne, jak i poprzez trening pamięci. Na trening składają się 4 moduły: skupiania uwagi i koncentracji, usprawniania technik zapamiętywania, pamięci w kontekście życia i treningu relaksacyjnego.
- **Terapii zajęciowej** – jej celem jest wzbudzanie i wspieranie aktywności mieszkańców, rozwijanie zainteresowań i zasobów oraz poprawa i podtrzymanie sprawności psychofizycznej. Dzieje się to z pomocą różnego rodzaju ergoterapii (praca w stolarni, garncarstwo), arteterapii, choreoterapii i wielu innych.
- **Oddziaływań rehabilitacyjnych** – pobyt w oddziale dla osób uzależnionych nie zwalnia DPS-u ze stałej opieki medycznej i rehabilitacji. Jednak ważnym elementem rehabilitacji mieszkańców i pacjentów oddziału może być codzienna gimnastyka, czyli kinezyterapia, bądź też inne, zgodne z indywidualnymi potrzebami programy rehabilitacyjne podtrzymujące lub poprawiające sprawność fizyczną mieszkańców.

W programie przyjęto, że wszystkie ww. elementy mogą mieć i mają leczniczy charakter. Dlatego też nie rozróżnia się w nim bardziej i mniej terapeutycznych zajęć. Ogólnym celem programu jest podniesienie satysfakcji z życia osobistego, a jednym z etapów do tego celu jest praca nad problemem alkoholowym.

Ewaluacja programu (Głowik, 2015)

Za najważniejsze kryteria efektywności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych uznano m.in.:

- a) pełną abstynencję lub zmianę wzoru picia na mniej destrukcyjny (np. mniejsza liczba zapić, krótsze ciągi alkoholowe),
- b) poprawę funkcjonowania w różnych obszarach życia,
- c) wzrost konstruktywnej aktywności życiowej.

Badaniu poddano mieszkańców uczestniczących w terapii jak i personel oddziału. Jako narzędzie wykorzystano autorskie ankiety. Mieszkańcy uczestniczący

w terapii byli badani dwukrotnie (po 6 i po ok. 12 miesiącach pobytu w oddziale). Pierwsza ankieta składała się z 38 punktów. Druga ankieta zawierała te same pytania i została dodatkowo uzupełniona o cztery dodatkowe pytania, które dotyczyły nadziei na zmianę po terapii, wiedzy o tym, gdzie mogą zwrócić się o pomoc i konieczności przyjmowania leków.

Po ok. półrocznym pobycie w oddziale badani w 90% oceniali, że warto było przyjść do oddziału. Negatywnie w tym względzie wypowiedziało się jedynie 7% wszystkich respondentów. W większości jednak czuli się oni w oddziale zrozumiani i akceptowani zarówno przez personel, jak i przez współmieszkańców. Uważają, że podczas zajęć byli aktywni i regularnie brali w nich udział. Ponad 50% z nich deklaruje, że podczas terapii nie sięgnęli ani razu po alkohol i zachowywali abstynencję. 50% tych, którzy sięgnęli po alkohol, ocenia, że ich picie w oddziale wyglądało inaczej niż wcześniej, tzn. pili znacznie mniej i krócej. Pozostali mieszkańcy z tej grupy (25% wszystkich badanych) uważają, że ich picie wygląda/ło dokładnie tak, jak przed przybyciem do oddziału, przy czym spora ich część uważa, że nie miało ono szczególnie destrukcyjnego charakteru. Niestety wielu z nich nie podało, jak często sięgali po alkohol podczas terapii, dlatego nie jest możliwe odniesienie się do tych danych w sposób precyzyjny.

Mieszkańcy oceniają, że pobyt na terapii wpłynął na ich wiedzę dotyczącą problemu alkoholowego, świadomość konsekwencji oraz radzenie sobie z chęcią picia. Średnia tych odpowiedzi wskazuje na to, że mieszkańcy biorący udział w terapii dostrzegają w tych obszarach jakąś pozytywną zmianę. Podobnie dzieje się, jeśli chodzi o zmiany dotyczące motywacji. Pobyt w oddziale pozwolił im wzbudzić w sobie nadzieję na to, że mogą nie pić, wzrosła dla nich w tym czasie także ważność tej zmiany. Dostrzegli w sobie sporo innych zmian dotyczących codziennego funkcjonowania, takich jak: bycie bardziej samodzielnym, lepsze dbanie o siebie, swój pokój i otoczenie, bycie bardziej refleksyjnym oraz wzrost wiedzy w zakresie tego, co prowadzi do picia.

77% badanych mieszkańców pododdziału zadeklarowało, że chcieliby po przejściu na inny oddział żyć na trzeźwo lub też pić mniej. Podobna grupa badanych chce zmiany w swoim picciu, obawia się przejścia do innego oddziału, ale też żywi nadzieję, że poradzą sobie tam. Zdecydowana większość badanych wie, do kogo zwrócić się o pomoc, jeśli nie radziliby sobie z chęcią picia.

Drugie badanie, przeprowadzone ok. pół roku po pierwszym, ukazuje zmiany w ocenie pobytu mieszkańców w pododdziale.

Po pierwszych 6 miesiącach zmiany miały dla mieszkańców bardziej zauważalny wymiar. W miarę upływu czasu nastąpił nieznaczny spadek natężenia ich zadowolenia z pobytu w oddziale. Co ciekawe, wzrosła liczba osób, która bardzo pozytywnie oceniała swój pobyt, ale wzrosła też nieznacznie liczba osób, która oceniała go jednoznacznie negatywnie. Zwiększyła się liczba osób, które uważają, że lepiej radzą sobie z picciem, tzn. zachowują abstynencję, ale też pojawiło się więcej odpowiedzi, które wskazują na to, że niektórzy z mieszkańców sięgali znacznie częściej po alkohol i rzadziej zauważają u siebie zmianę wzoru zażywania na mniej szkodliwy. W wyraźny sposób mieszkańcy doświadczali zmian, które dotyczyły zdobytej przez nich wiedzy i świadomości

problemu alkoholowego, przy czym zmniejszyło się ich przekonanie na temat możliwości poradzenia sobie z nim i mniej optymistycznie oceniali swoje szanse na abstynencję. Jest możliwe, że część mieszkańców w bardziej racjonalny i realistyczny sposób ocenia swoje umiejętności, które mają związek z zaprzestaniem picia.

Pracownicy dostrzegają, że mieszkańcy byli na ogół zadowoleni z pobytu w pododdziale terapeutycznym. Od 2/3 mieszkańców słyszeli pozytywne wypowiedzi na temat pobytu w oddziale. Dotyczyły one m.in. poczucia bycia „zaopiekowanym” i rozumianym zarówno przez personel, jak i przez innych mieszkańców. W opinii pracowników 10 mieszkańców podczas swojego pobytu w oddziale nie sięgnęło wcale po alkohol i utrzymywało abstynencję. Natomiast 20 z nich miało kontakt z alkoholem, przy czym ponad 50% z nich piło znacznie mniej i krócej niż zwykle. Badani pracownicy uważają, że mieszkańcy zwiększyli swoją wiedzę na temat problemu alkoholowego, a ponad połowa z nich wyraźniej dostrzega konsekwencje swojego picia. W ich ocenie ok. 40% z nich potrafi rozpoznać sygnały głodu i poradzić sobie z nimi bez sięgnięcia po alkohol. Nieznacznie słabiej niż sami mieszkańcy oceniają ich wewnętrzną motywację do zmiany i ich szanse na dokonanie zmian, aczkolwiek dostrzegają wiele korzystnych zmian w ich funkcjonowaniu, które dotyczą m.in.: lepszego dbania o siebie, zwiększonej aktywności, np. uczestnictwa w dodatkowych zajęciach, lepszego samopoczucia itp. Znaczna dosyć rozbieżność w ocenie postępów w terapii dotyczy radzenia sobie po wyjściu z oddziału bez sięgania po alkohol. W tym względzie pracownicy mają przekonanie, że nad tą motywacją mieszkańcy powinni jeszcze pracować.

7. PODSUMOWANIE

Szeroko rozumiane problemy alkoholowe dotyczą także seniorów niezależnie od tego, czy przebywają w domach pomocy społecznej czy też nie. W niektórych DPS nasilenie tych problemów wydaje się być bardzo duże, do tego stopnia, że wpływa na funkcjonowanie pozostałych mieszkańców.

Wyzwaniem dla służby zdrowia oraz opieki społecznej jest udzielenie pomocy tym seniorom, którzy doświadczają zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

Analiza literatury, wyników badań, aktualnej oferty terapeutycznej dla uzależnionych seniorów oraz opisane badania ewaluacyjne przeprowadzone w DPS w Pleszewie wskazują na potrzebę tworzenia programów terapeutycznych dla seniorów, które uwzględniają specyfikę tej populacji. Nie muszą to być programy zorientowane tylko na abstynencję. Mogą zawierać w sobie elementy programów ograniczania picia oraz redukcji szkód. Szerokie spojrzenie na terapię osób z problemem alkoholowym, w tym uzależnionych seniorów, zmienia typowe myślenie o terapii. Właściwym bowiem wobec tej grupy jest łączenie w sobie oddziaływań psychologicznych, medycznych, rehabilitacyjnych i społecznych.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson P., Scafato E., Galluzzo L. (2012). Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanità*.48(3): 232–247. DOI: https://doi.org/10.4415/ANN_12_03_04
2. Schuckit M.A.(2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet*; 373(9662): 492–501. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60009](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60009)
3. Anderson P., Baumberg B. (2007). *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA MEDIA.
4. Anderson P., Scafato E., Galluzzo L. (2012). Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanità*; 48(3): 232–247. DOI: https://doi.org/10.4415/ANN_12_03_04
5. Brennan P. L., Moss R.H. (2000). Wzorce picia u schyłku życia.. W: *Alkohol a zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia*. Warszawa: PARPA.
6. Cozolino L. J. *Neuronauka w psychoterapii*. Poznań: Zysk i Spółka.
7. Czapiński J., Błędowski P. (red.). (2013). *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. <http://www.diagnoza.com> [dostęp: 10.01.2021].
8. Czapiński J., Panek T. (red.). (2015). *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf [dostęp: 10.01.2021].
9. Głowik T. (2009). *Problemy alkoholowe i ich rozwiązywanie w Domach Pomocy Społecznej*. Warszawa: PARPA. Materiał niepublikowany.
10. Głowik T. (2014). Inny pacjent, inna terapia. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*; 1–2: 23–28.
11. Głowik T., *Ewaluacja programu terapii dla osób uzależnionych od alkoholu w DPS w Pleszewie. Raport z badań 2015*. Materiał niepublikowany.
12. Gowing L.R., Ali R.L., Allsop S., Marsden J., Turf E.E., West R. i in. (2015). Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction*; 110: 904–919. pmid:25963869. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.12899>.
13. Grygiel G.(2016). Problematyka alkoholizmu w opiece długoterminowej na przykładzie domów pomocy społecznej. *MEDI Forum Opieki Długoterminowej*; 4(70): 22–31.
14. Habrat B. Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze (2011). *Postępy Nauk Medycznych*; 8: 701–704.
15. Han B. H., Moore A. A., Sherman S., Keyes K. M., Palamar J. J. (2017). Demographic trends of binge alcohol use and alcohol use disorders; among older adults in the United States, 2005–2014. *Drug Alcohol Depend*; 170: 198–207.
16. Hasin D., Stinson F.S., Ogburn E., Grant B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*; 64 (suppl. 7): 830–842.
17. Hu Y, Pikhart H, Malyutina S., Pajak A., Kubinova R., Nikitin Y i in. (2015). Alcohol consumption and physical functioning among middle-aged and older adults in Central and Eastern Europe: Results from the HAPIEE study. *Age and Ageing*; 44(1): 84–89. pmid:24982097. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu083>.

18. Kashner T. M., Rodell D.E., Ogden S. R., Guggenheim F. G., Karson C. N. (1992). Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients. *Hospital, Community Psychiatry*; 43(10): 985–989.
19. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*; 62(6): 593–602. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
20. Kuerbis A., Sacco P. (2013). A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Subst Abuse*; 7: 13–37.
21. Lehmann S. W., Fingerhood M. (2018). Substance-Use Disorders in Later Life. *The New English Journal of Medicine*. 379(24): 2351–2360. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1805981>
22. Muñoz M., Ausín B., Santos-Olmo A.B., Härter M., Volkert J., Schulz H. i in. (2018). Alcohol use, abuse and dependence in an older European population: Results from the MentDis_ICF65+ study. *PLoS ONE*. 13(4): e0196574. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196574>
23. Substance abuse among older adults: Treatment Improvement Protocol (TIP) series 26 (1998). Rockville, MD: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. s. 1–252. (DHHS publication no. SMA 98-3179.7.).
24. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 26 października 2020 r. (Dz. U. 2020, poz. 1876).

Agnieszka Renn-Żurek*
Grażyna Kozak**

ZJAWIŚKO SAMOTNOŚCI EGZYSTENCJALNEJ WŚRÓD OSÓB STARSZYCH W OPINII PRACOWNIKÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ I SPOŁECZNEJ POLSKI, LITWY, RUMUNII, WŁOCH I SZWECJI – BADANIE FOKUSOWE

The phenomenon of existential loneliness among older people in the opinion of health and social care workers from Poland, Lithuania, Romania, Italy and Sweden – focus group study

* Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, ORCID: 0000-0002-9743-6809

** Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, ORCID: 0000-0001-7406-1744

ABSTRACT

The study is part of the ALONE project which is carried out in partnership with five research centers from Poland, Lithuania, Romania, Italy and Sweden. The project concerns existential loneliness among older people and is addressed to the representatives of health and social care system staff who work with senior citizens. The expected result of the project is to devise a set of practices in the field of dealing with existential loneliness among senior members of society and to prepare a training package for nurses and other health and social care personnel. The research method applied in the ALONE project has been based on a focus group study and in-depth interview. The focus group method has been chosen as a way of collecting qualitative data, but also as a form of gaining a large amount of information concerning the opinions and behavior of participants in the shortest possible time. The study has involved 139 professionals who work with elderly people on a daily basis.

Conclusions

- 1. Professionals participating in the study have often been in touch during their service with older people experiencing loneliness.*
- 2. People looking after senior citizens have not always been able to recognize it properly, claiming that their knowledge and abilities were insufficient in order to support older people in preventing existential loneliness.*
- 3. Existential loneliness is recognized as frequently among older people who live in their households as it is among those remaining in social care institutions for the elderly.*
- 4. Existential loneliness is a profound experience which brings the sense of emptiness and irrevocable loss, leads to limiting interpersonal contacts and social isolation.*

5. *The phenomenon of existential loneliness is difficult to detect, requires people taking care of senior citizens to have additional professional knowledge as well as having instruments facilitating the reduction of this phenomenon.*
6. *Experiencing existential loneliness while working with senior citizens increases the risk of professional burnout because it is associated with a feeling of helplessness among the members of personnel who are not ready to provide professional help.*

Keywords: *existential loneliness, older people*

STRESZCZENIE

Badanie jest częścią projektu o nazwie ALONE, który realizowany jest w partnerstwie pięciu ośrodków badawczych z Polski, Litwy, Rumunii, Włoch i Szwecji. Projekt dotyczy samotności egzystencjalnej wśród osób starszych i kierowany jest do przedstawicieli systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej pracujących z seniorami. Oczekiwany rezultatem projektu jest opracowanie zbioru praktyk w zakresie radzenia sobie z samotnością egzystencjalną wśród seniorów oraz opracowanie pakietu szkoleń dla pielęgniarek i innych pracowników opieki zdrowotnej i społecznej. Metodą badawczą zastosowaną w projekcie ALONE było badanie fokusowe oraz klasyczny wywiad pogłębiony. Metoda grup fokusowych została wybrana jako sposób gromadzenia danych jakościowych, ale także jako technika pozyskiwania dużej ilości danych dotyczących opinii i postaw uczestników w jak najkrótszym czasie. W badaniu wzięło udział 139 profesjonalistów, pracujących na co dzień z osobami starszymi.

Wnioski

1. Profesjonaliści biorący udział w badaniu często spotykali w swojej praktyce zawodowej osoby starsze doświadczające samotności egzystencjalnej.
2. Osoby opiekujące się seniorami nie zawsze potrafiły ją rozpoznać, uznawały także, że nie posiadają dostatecznej wiedzy i umiejętności wspierania seniorów w zakresie profilaktyki samotności egzystencjalnej.
3. Samotność egzystencjalna jest rozpoznawana równie często wśród seniorów przebywających w środowisku domowym, jak i zamieszkujących w instytucjach opieki nad osobami starszymi.
4. Samotność egzystencjalna jest doświadczeniem, które sięga bardzo głęboko, niosąc za sobą uczucie pustki i nieodwracalnej straty, doprowadza do ograniczenia kontaktów międzyludzkich i izolacji społecznej.
5. Zjawisko samotności egzystencjalnej jest trudne do rozpoznania, wymaga od osób opiekujących się seniorami dodatkowego przygotowania zawodowego i wyposażenia w zasoby i narzędzia ułatwiające redukcję tego zjawiska.
6. Doświadczenie zjawiska samotności egzystencjalnej w pracy z seniorami zwiększa ryzyko wypalenia zawodowego, ponieważ wiąże się z poczuciem bezradności wśród pracowników, którzy nie są gotowi do udzielania profesjonalnej pomocy.

Słowa kluczowe: samotność egzystencjalna, ludzie starzy

1. WPROWADZENIE

Samotność egzystencjalna wśród osób starszych staje się problemem globalnym, chociaż badacze nie są w stanie oszacować, jaka liczba osób jest nią dotknięta – w przeciwieństwie do samotności społecznej, która mierzona jest liczbą kontaktów międzyludzkich, intensywnością życia społecznego czy zagęszczeniem siatki kontaktów.

Samotność jest zjawiskiem wielowymiarowym, które obejmuje wymiar fizyczny oraz duchowy. Wymiar fizyczny rozumie się jako potrzebę bliskości oraz dotyku, natomiast wymiar duchowy jest zjawiskiem, którego można doświadczyć pomimo posiadania wsparcia ze strony innych osób. Naukowcy twierdzą, że samotność duchowa jest nieuniknionym stanem ludzkiej egzystencji.

2. ZJAWISKO SAMOTNOŚCI I OSAMOTNIENIA

Starzenie się społeczeństwa niesie ze sobą wiele wyzwań i problemów w różnych sferach życia człowieka. Jednym z narastających zjawisk staje się poczucie samotności i osamotnienia, które jest coraz częściej rozpoznawane u seniorów. Samotność jest zjawiskiem trudnym do zdefiniowania, odczuwanym subiektywnie i uwarunkowanym indywidualnymi czynnikami.

W oparciu o literaturę przedmiotu można wskazać na różne rodzaje i typy samotności (Fopka- Kowalczyk, 2018). Samotność można podzielić na krótkotrwałą i chroniczną, w zależności od długości jej trwania. Jeśli nie trwa ona długo i mamy do czynienia z konkretną, odwracalną sytuacją wpływającą na człowieka, to dochodzi do samotności krótkotrwałej. Zdarzają się jednak sytuacje, gdy czynnik zmniejszający poczucie samotności nie mija po krótkim czasie, lecz utrzymuje się na stałym poziomie – w takiej sytuacji możemy mówić o samotności chronicznej (Charchut, 2013). Innym podziałem samotności jest rozróżnienie na samotność fizyczną, psychiczną i moralną. Zjawisko samotności fizycznej występuje w sytuacji izolacji społecznej, do której dochodzi poprzez osłabienie więzi z innymi ludźmi i dosłowny brak kontaktów społecznych. Z samotnością psychiczną mamy do czynienia w sytuacji odczuwanego braku więzi z innymi, natomiast z moralną – gdy człowiek traci sens życia (Charchut, 2013; Kusztełak, 2009). Taka sytuacja doprowadza do szeregu negatywnych przeżyć i odczuć u osoby jej doświadczającej. Wyróżniony podział wydaje się szczególnie odpowiedni, kiedy spróbujemy go odnieść do doświadczeń osób starszych, gdyż każda z wymienionych kategorii postrzegania samotności może mieć odniesienie do przeżyć towarzyszących osobom w podeszłym wieku. Zasadniczo samotność postrzegana jest jako zjawisko negatywne, jednak rozważając to zagadnienie, należy pamiętać, że czasem jest to stan świadomie wybierany przez osoby starsze i doświadczany przez nie z własnej woli. W takiej sytuacji samotność i czynniki ją warunkujące są postrzegane jako wartość. Ma to miejsce zwłaszcza w sytuacji, gdy doświadczany stan wynika z decyzji podjętej indywidualnie przez daną osobę. Zdaniem niektórych autorów, dobra samotność ma miejsce wtedy, gdy człowiek ma

nad nią poczucie kontroli i może ten stan w każdej chwili zmienić. Jeśli jednak jest to sytuacja długotrwała, nad którą trudno jest zapanować i która nie mija bądź też trwa mimo innej potrzeby człowieka, wtedy jest odczuwana jako balast, ciężar, utrudnienie, a nawet niechciane cierpienie (Charchut, 2013).

Literatura przedmiotu rozróżnia również zjawisko samotności i osamotnienia, przy czym samotność odnosi się do czysto fizycznego stanu, gdy człowiek z jakiegoś powodu pozbawiony jest relacji międzyludzkich, natomiast osamotnienie – zwane też samotnością psychiczną – ma miejsce w sytuacji, gdy osoba doświadcza jej subiektywnie, czując się samotnie nawet wówczas, gdy przebywa wśród ludzi (Szukalski, 2005; Victor, 2004).

W literaturze gerontologicznej te dwie definicje traktuje się jako dwa odmienne stany towarzyszące osobom starszym: samotność jako stan obiektywny, osamotnienie – jako doświadczenie subiektywne (Szukalski, 2006). Samotność definiowana jest jako stan obiektywny, sytuacja powstała na skutek długotrwałego pozostawania bez kontaktów międzyludzkich, wywołana brakiem możliwości kontaktu fizycznego na skutek braku więzi społecznych. Dodatkową przyczyną mogą być źle lub nieadekwatnie do oczekiwań pełnione role społeczne. Osamotnienie natomiast kojarzone jest raczej ze stanem poczucia izolacji wywołanym brakiem więzi emocjonalnej i mentalnej z innymi ludźmi (Szukalski, 2006). Bycie samemu oznacza na przykład zamieszkiwanie w jednoosobowym gospodarstwie domowym, pozostawanie samemu ze sobą, często bez jakichkolwiek więzi fizycznych i styczności z innymi ludźmi, na przykład w dużych anonimowych aglomeracjach miejskich albo w miejscach opustoszałych, oddalonych od zbiorowisk ludzkich.

Samotność może być przykrą koniecznością, ale może także wynikać z własnego i świadomego wyboru, będąc negatywnym bądź pozytywnym doświadczeniem.

3. SAMOTNOŚĆ WŚRÓD POLSKICH SENIORÓW

W przebiegu procesu starzenia polscy seniorzy doświadczają trudności w większości sfer swojego funkcjonowania. W oparciu o literaturę przedmiotu można wskazać, że charakterystyczne dla tego okresu życia są ograniczenia sprawności fizycznej i psychicznej oraz rozluźnienie kontaktów społecznych (Tokaj, 2014).

To z kolei przekłada się na rosnące zjawisko izolacji i negatywnych emocji, w tym niechcianej samotności. W oparciu o badania przeprowadzone na 1000-osobowej grupie polskich seniorów (65+) można stwierdzić, że prawie 20% z nich czuje się samotna.

Na ryzyko osamotnienia w sposób istotny statystycznie bardziej narażone są: kobiety, osoby z wykształceniem podstawowym i niższym, renciści, mieszkańcy wsi, mieszkańcy wschodniego regionu Polski, osoby ubogie i osoby mieszkające samotnie. Czynniki te nakładają się na siebie, a za modelowy przykład osoby osamotnionej można uznać kobietę z wykształceniem podstawowym, mieszkającą samotnie na wsi we wschodnim regionie Polski i utrzymującą się z renty. Na ryzyko osamotnienia mniej narażeni są: mężczyźni, osoby z wykształceniem zawodowym lub wyższym,

osoby aktywne zawodowo, mieszkańcy miast powyżej 500 tys. mieszkańców, osoby niemieszkające samotnie (Kubicki, Olcoń-Kubicka, 2010).

4. ZJAWISKO SAMOTNOŚCI EGZYSTENCJALNEJ

Samotność egzystencjalna związana jest z poczuciem sensu własnego istnienia i subiektywnym znaczeniem ludzkiego życia w ogóle.

Dla jednej osoby sensem własnego życia będzie praca, dla innej – rodzina, dla kogoś innego – prestiż społeczny. Natomiast sens ludzkiego istnienia w ogóle ma znaczenie dla każdego człowieka. Osoby starsze w sposób szczególny narażone są na doświadczanie samotności egzystencjalnej związanej z refleksją nad własnym życiem, oceną swoich dokonań i świadomością zbliżającej się śmierci.

Z badań nad tym zjawiskiem wynika, że samotność egzystencjalna charakteryzuje się występowaniem uczucia smutku, tęsknotą za wcześniejszym życiem, poczuciem niepewności, złością i lękiem przed śmiercią lub śmiercią w osamotnieniu. Osobom doświadczającym samotności egzystencjalnej towarzyszy również poczucie winy, żalu z powodu wyborów życiowych i poczucia bezużyteczności, braku znaczenia dla innych oraz poczucia wyobcowania ze społeczeństwa (Sundström, 2018).

Przyczyny samotności egzystencjalnej osób starszych mogą być związane z poczuciem niewidzialności i zapomnienia. Co więcej, trudność osób starszych w utrzymaniu samodzielności i niezależności w codziennym życiu jest istotną przyczyną występowania egzystencjalnej samotności.

Badania wykazały, że źródło doświadczeń samotności egzystencjalnej osób starszych było związane z utratą dotychczasowego życia, brakiem poczucia bycia potrzebnym, niemożnością samodzielnego i sensownego życia we własnych domach oraz poczuciem, że ich dzieci nie mają czasu na odwiedziny. Badania pokazały także, że doświadczenie pojawiło się również wtedy, gdy starsza osoba nie miała już w kręgu znajomych nikogo z własnego pokolenia, z którym mogłaby dzielić ważne wydarzenia życiowe. Głównym źródłem samotności egzystencjalnej osób starszych była bolesna utrata ważnych osób w ich życiu, a samotność egzystencjalna była związana z poczuciem wyobcowania. Z psychologicznego punktu widzenia samotność egzystencjalną można również przypisać elementom dotyczącym struktury pochodzenia rodziny, otrzymanego wykształcenia, uczucia i uwagi otrzymanej w dzieciństwie. Czasami samotność egzystencjalna może mieć swoje korzenie w „nieobecności” w rodzinie, gdzie ludzie dorastają w poczuciu samotności, postrzegając samotność jako przeznaczenie i stan istnienia. Głębokie poczucie zwykłej samotności może zatem doprowadzić starszą osobę do izolacji i powstrzymania się od pielęgnowania relacji lub odmawiania komunikacji z innymi (Sundström, 2019).

5. PROJEKT ALONE

Projekt o nazwie ALONE, powstał w odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne związane z narastającym problemem samotności wśród starzejących się mieszkańców Europy. Jest realizowany w ramach programu ERASMUS+ Akcja 2, a jego celami są: 1) edukowanie pracowników ochrony zdrowia w zakresie różnych wymiarów samotności, tak aby byli w stanie rozpoznać samotność osób starszych we wszystkich jej formach; 2) rozwijanie kompetencji pielęgniarek w zakresie rozpoznawania symptomów samotności we wszystkich jej wymiarach, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu egzystencjalnego. Partnerami projektu są:

- Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi (Polska)
- Ordinul Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania Filiala Iasi (Rumunia)
- Anziani e non solo Società Cooperativa Sociale (Włochy)
- Klaipedos Valstybine Kolegija (Litwa)
- Kristianstad University (Szwecja)

Oczekiwanyimi rezultatami projektu są: opracowanie zbioru dobrych praktyk w zakresie radzenia sobie z samotnością u osób starszych, opracowanie pakietu szkoleniowego dla pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia wraz z wytycznymi, które uwzględnią europejską różnorodność społeczną i kulturową.

Autorzy zakładają, że poprzez zwiększenie wiedzy i świadomości na temat samotności egzystencjalnej wśród partnerów i ich sieci kontaktów, projekt rozpocznie społeczną dyskusję na temat potrzeb grupy docelowej oraz przyczyni się do odpowiedniego przeszkolenia pracowników służby medycznej w zakresie radzenia sobie z pacjentem dotkniętym samotnością egzystencjalną, a co za tym idzie – zapewnienia tej wrażliwej grupie docelowej jak najlepszej opieki.

6. MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą zastosowaną w projekcie ALONE było badanie fokusowe oraz klasyczny wywiad pogłębiony. Metoda grup fokusowych została wybrana jako sposób gromadzenia danych jakościowych, ale także jako technika pozyskiwania dużej ilości danych dotyczących opinii i postaw uczestników w jak najkrótszym czasie. Zogniskowany wywiad grupowy zachęca do interakcji między członkami grupy, co skutkuje głębszą eksploracją badanego tematu. Grupa fokusowa, poprzez ukierunkowane dyskusje, umożliwia badaczom dogłębne zbadanie interesującego tematu z udziałem uczestników wybranych zgodnie z celem badania.

W ramach projektu ALONE w każdym kraju partnerskim wybrano do badania grupy osób reprezentujące różne profile opieki zdrowotnej i społecznej. Wszyscy uczestnicy zawodowo realizują zadania z zakresu opieki nad osobami starszymi, a ich opinie dają możliwość spojrzenia na problem samotności egzystencjalnej z różnych perspektyw.

W pierwszej części badania fokusowego uczestnicy wypełniali kwestionariusz demograficzny, dzięki któremu uzyskano dane na temat płci, wieku, poziomu wykształcenia, stażu pracy i ścieżki zawodowej. W drugiej części badania przeprowadzono zogniskowany wywiad grupowy w oparciu o częściowo ustrukturyzowany kwestionariusz wywiadu dotyczący zjawiska samotności egzystencjalnej. Dyskusję ułatwiała postać moderatora, który prowadził wywiad w sposób uporządkowany a jednocześnie zachęcał uczestników do swobodnego wyrażania swoich opinii, uczuć i pomysłów w niezagrażającym środowisku i przyjaznej atmosferze. Ponadto dyskusja pobudzała wspomnienia i ułatwiała wymianę doświadczeń, prowadząc do bardziej dogłębnego zbadania tematu i osiągnięcia założonego celu.

Warto wspomnieć, że koncepcja badań w projekcie ALONE została oparta o wcześniejsze badania przeprowadzone w Szwecji w 2018 i 2019 roku przez szwedzkiego partnera projektu, którego celem było zbadanie samotności egzystencjalnej osób starszych z perspektywy pracownika ochrony zdrowia (HCP). Badania przeprowadzone w Szwecji zainspirowały stworzenie częściowo ustrukturyzowanego przewodnika do wywiadów używanego przez moderatorów do prowadzenia badań w ramach projektu ALONE. Ten sam temat i kwestie zostały omówione i pogłębione zarówno w badaniach szwedzkich, jak i w badaniach ALONE.

W sumie w ramach projektu ALONE zorganizowano 18 grup fokusowych z 6–8 uczestnikami w każdej grupie (11 w Szwecji, 3 w Rumunii, po 2 w Polsce i Litwie), ze względu na sytuację epidemiologiczną na świecie i stan zagrożenia zdrowia związany z COVID-19 we Włoszech zrezygnowano z realizacji badania grupowego, przeprowadzając jedynie 9 pogłębionych wywiadów z uczestnikami badania w oparciu o ten sam kwestionariusz demograficzny i częściowo ustrukturyzowany przewodnik po wywiadach, które były używane w innych krajach partnerskich.

W grupach fokusowych i wywiadach przeprowadzonych w różnych krajach wzięło udział łącznie 139 pracowników służby zdrowia i opieki społecznej: 61 w Szwecji, 39 w Rumunii, 18 na Litwie, 12 w Polsce i 9 we Włoszech.

W badaniu uczestniczyli przedstawiciele różnych grup zawodowych, w tym: 71 pielęgniarek dyplomowanych, 22 asystentów pielęgniarskich), 25 pracowników socjalnych, 6 lekarzy, 4 terapeutów zajęciowych, 3 fizjoterapeutów, 3 doradców społecznych, 2 psychologów, 1 pedagog, 1 pracownik opieki społecznej i 1 logopeda. Doświadczenie zawodowe w badanej grupie wynosi od 1 roku i 8 miesięcy do 43 lat, średnio 19 lat. Większość zaangażowanych w badanie specjalistów to kobiety – 127 ze 139 osób (91,4%): Włochy: 3 mężczyzn i 6 kobiet, Polska: 1 mężczyzna i 11 kobiet, Litwa: 2 mężczyzn i 16 kobiet, Rumunia: 0 mężczyzn i 39 kobiet, Szwecja: 6 mężczyzn i 55 kobiet.

Średni wiek respondentów to 50 lat, najmłodszy uczestnik badania miał 26 lat, a najstarszy – 70 lat. Przekrój wieku uczestników badania w różnych krajach przedstawia się następująco: Włochy: 40–67 (średnia 53), Litwa: 34–70 (średnia 55), Polska: 31–58 (średnia 49), Rumunia: 26–60 (średnia 42), Szwecja: 26–68 (średnia 49).

Doświadczenie zawodowe badanych w ochronie zdrowia wynosi od 1 roku i 8 miesięcy do 43 lat, średnio 19 lat i przedstawia się następująco wśród

profesjonalistów w różnych krajach: Włochy: 10–40 lat (średnia 27), Litwa: 6–40 lat (średnia 24), Polska: 7–20 lat, Rumunia: 1 rok i 8 miesięcy – 36 lat, Szwecja: 4–43 lata (średnia 19).

Jeśli chodzi o poziom wykształcenia, z przeprowadzonej analizy wynika, że 74 osoby posiadają wykształcenie średnie (53%), 29 osób posiada tytuł licencjata (21%), 34 osoby legitymują się tytułem magistra (25%), a 2 osoby posiadają stopień doktora (1%).

Specjaliści, z którymi przeprowadzono wywiady, pracują w instytucjach opieki społecznej i zakładach opieki zdrowotnej, w tym: opieka domowa (n = 42; 30%), całodobowe domy opieki (n = 26; 19%), podstawowa opieka zdrowotna (n = 27; 19%), szpitale (n = 21; 15%), opieka paliatywna (n = 21; 15%), opieka społeczna (1%) i stowarzyszenie wolontariackie (1%).

7. WYNIKI

- Badania fokusowe przeprowadzone w różnych krajach partnerskich wykazały, że nie wszyscy zaangażowani specjaliści słyszeli o samotności egzystencjalnej lub znają jej znaczenie.
- Profesjonaliści, którzy już znają ten rodzaj samotności, opisują ją jako doznanie, które może być obecne w każdym wieku. Definiują to jako głębokie i wszechobecne uczucie, którego można doświadczyć, nawet będąc otoczonym innymi ludźmi. Powoduje ono depresję, poczucie niewidzialności, zapomnienia i poczucie porzucenia.
- Specjaliści z zakresu opieki domowej uważają, że źródłem doświadczeń egzystencjalnej samotności osób starszych była tęsknota za poprzednim, aktywnym życiem, brak poczucia bycia potrzebnym, niezdolność do samodzielnego życia we własnym domu oraz poczucie, że dzieci nie mają czasu na odwiedziny.
- Wyniki pokazały, że samotność egzystencjalna wydaje się pojawiać, gdy starsza osoba traci bliskich z własnego pokolenia, z którymi mogłaby dzielić ważne wydarzenia życiowe.
- Zaobserwowano, że osoby starsze doświadczające samotności egzystencjalnej ograniczają komunikację międzyludzką, czują się samotne w świecie, tracą apetyt i radość życia.
- Specjaliści, z którymi przeprowadzono wywiady, wskazywali, że wdrożyli różne działania i strategie radzenia sobie z samotnością egzystencjalną, takie jak przebywanie z osobą doświadczającą samotności, słuchanie jej emocji, rozmowa wspierająca, przywoływanie dobrych wspomnień, jednak pomimo podjętych działań czuli się bezradni i nie przygotowani do takich interwencji.

8. WNIOSKI

Po dokonaniu analizy przeprowadzonych badań fokusowych i pogłębionych wywiadów z pracownikami systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej sformułowano następujące wnioski:

1. Profesjonaliści biorący udział w badaniu często spotykali w swojej praktyce zawodowej osoby starsze doświadczające samotności egzystencjalnej.
2. Osoby opiekujące się seniorami nie zawsze potrafiły ją rozpoznać, uznają także, że nie posiadają dostatecznej wiedzy i umiejętności wspierania seniorów w zakresie profilaktyki samotności egzystencjalnej.
3. Samotność egzystencjalna jest rozpoznawana równie często wśród seniorów przebywających w środowisku domowym, jak i w instytucjach opieki nad osobami starszymi.
4. Samotność egzystencjalna jest doświadczeniem, które sięga bardzo głęboko, niosąc za sobą uczucie pustki i nieodwracalnej straty, doprowadza do ograniczenia kontaktów międzyludzkich i izolacji społecznej.
5. Zjawisko samotności egzystencjalnej jest trudne do rozpoznania, wymaga od osób opiekujących się seniorami dodatkowego przygotowania zawodowego i wyposażenia w zasoby i narzędzia ułatwiające redukcję tego zjawiska.
6. Doświadczenie w pracy z seniorami zjawiska samotności egzystencjalnej zwiększa ryzyko wypalenia zawodowego, ponieważ wiąże się z poczuciem bezradności wśród pracowników, którzy nie są gotowi do udzielania profesjonalnej pomocy.

9. PODSUMOWANIE

Badania empiryczne przeprowadzone przez partnerów ujawniły ogólny brak konkretnej wiedzy na temat samotności egzystencjalnej wśród profesjonalistów we wszystkich krajach partnerskich. Jednak po wyjaśnieniu tego zjawiska można było zauważyć, że często spotykali się z osobami starszymi doświadczającymi egzystencjalnej samotności podczas swojej aktywności zawodowej. Obserwacja tego typu samotności wśród osób starszych jest niejednorodna w zależności od kraju, z którego pochodzą specjaliści, a także otoczenia, w jakim żyją i pracują. Jednocześnie wskazywano, że odczuwanie samotności egzystencjalnej subiektywne i nawet obecność drugiego człowieka niekoniecznie jest sposobem na zapobieżenie lub wyeliminowanie jej, zwłaszcza gdy senior jest otoczony przez osoby, z którymi nie czuje bliskości. Kilkakrotnie uczestnicy badania podkreślali, że samotność egzystencjalna jest bardzo częsta także w instytucjach opieki nad osobami starszymi, pomimo okazji do aktywizacji i uczestniczenia w życiu społecznym. Według relacji profesjonalistów samotność egzystencjalna jest czymś, co sięga bardzo głęboko, niosąc ze sobą poczucie pustki nie do wypełnienia, ponieważ przypisuje się jej poczucie nieodwracalnej utraty czegoś lub kogoś, na przykład partnera, ukochanej osoby, tożsamości osobistej oraz dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego. To poczucie pustki wynika

jednak z czegoś, co wykracza poza obiektywny brak. W konsekwencji samotność egzystencjalna nie wydaje się być związana wyłącznie z tragicznymi wydarzeniami w życiu, ale także ze sposobem, w jaki ludzie im stawiali czoła, ze zdolnością do odbudowy siebie i utrzymania relacji interpersonalnych.

W trakcie swoich doświadczeń zawodowych profesjonaliści zauważyli, że osoby starsze dzielą się poczuciem samotności, gdy dostrzegają, że osoba, z którą rozmawiają, nie boi się tego tematu i jest gotowa stawić czoła okazywanym emocjom. Jest zatem oczywiste, że wśród różnych umiejętności, które musi posiadać profesjonalista pracujący z osobami starszymi, jest zdolność do empatycznego i nieoceniającego słuchania.

Specjaliści powinni być w stanie zaobserwować i wykryć wszystkie oznaki, które mogą być przejawem potrzeby wyrażenia swoich emocji, nawet jeśli osoba starsza odmawia rozmowy. Dlatego ważne jest, aby zaferować pracownikom ochrony zdrowia i pracownikom opieki społecznej narzędzia i wiedzę do rozwijania tych umiejętności, tak aby można było obserwować i interpretować wyzwania, potrzeby i pragnienia osób starszych. Zasadnicze znaczenie ma wypracowanie indywidualnych strategii radzenia sobie w różnych sytuacjach w bardziej efektywny i profesjonalny sposób, bez narażania sfery prywatnej i integralności osób starszych oraz konieczności wdrażania improwizowanych strategii samodzielnego przezwyciężenia problemu.

Informacje zawarte w tym raporcie będą podstawą do stworzenia treści dydaktycznych i materiałów szkoleniowych w kolejnych etapach projektu ALONE.

BIBLIOGRAFIA

1. Charchut D. (2013). Samotność – interdyscyplinarny przegląd definicji. W: J. Zimny (red.), *Samotność: rzeczywistość czy fikcja*. Stalowa Wola: Wydawnictwo KUL.
2. Fopka-Kowalczyk M. (2018). Samotność osób starszych i czynniki ją warunkujące. *Kultura i Edukacja*; 1(119): 70–80.
3. Kubicki P., Olcoń-Kubicka M. (2010). Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku. *Studia Humanistyczne AGH*; 8.
4. Kusztełak E. (2009). Twórcza samotność? Funkcjonowanie społeczne osób osamotnionych w okresie wczesnej dorosłości. W: K.J. Szmidt (red.), *Metody pedagogicznych badań nad twórczością*. Łódź: Wyd. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi.
5. Sundström M., Edberg A-K., Rängård M., Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*; 13(1): 1474673.
6. Sundström M., Blomqvist K., Edberg A-K., Rängård M. (2019). The context of care matters: Older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals – a multiple case study. *International Journal of Older People Nursing*; 14(3): e12234.

7. Szukalski P. (2005). Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna. *Aux Soc*; 2(34): 217–238.
8. Szukalski P. (2006). Zagrożenie czy wyzwanie — proces starzenia się ludności. *Polityka Społeczna*; 9: 6–10.
9. Tokaj A. (2014). O smutku – troskach schyłku życia. Refleksje pedagogiczne. W: A. Tokaj (red.), *Pedagogika społeczna wobec zagrożeń człowieka idei sprawiedliwości społecznej. V Zjazd Pedagogów Społecznych, t. 2*, 402–419. Warszawa: Wyd. Akademickie Żak.
10. Victor C., Scrambler S., Bond J., Bowling A. (2004). Loneliness in later life. W: A. Walker, C. Hennessy (red.), *Growing older: Quality of life in old age*, s. 107–126. Maidenhead: Open University Press.

WIOSNA JESIENI ŻYCIA – O ZNACZENIU AKTYWNOŚCI KULTURALNEJ W ŻYCIU OSÓB STARSZYCH

Spring in the autumn years – about the importance of cultural activity in the life of the elderly

* Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, ORCID: 0000-0003-0385-3642

ABSTRACT

This article is an overview. Its aim is to draw attention to the fact of aging societies, and at the same time to the importance of the problem of proper preparation for old age and simultaneously to provide adequate support to seniors in this period of life, which may become for them “a joyful spring of the autumn years.” Among others, the article refers to the concept of successful aging, which emphasises the need to provide seniors with access to key areas affecting their quality of life, i.e. health, independence and productivity, in which we can see the important role of human activity. Old age can be healthy and bring satisfaction to the senior, while maintaining appropriate activity in various directions of life. Activity can be considered an essential ingredient in a positive aging philosophy. In the study, the author, on the basis of a review of selected sources, focuses primarily on the cultural participation of seniors among other forms of activity available to them. It emphasises the fact that various forms of artistic activity (participation in culture, cultural activation, cultural and social animation) fulfil important functions, thus clearly influencing the quality of life of seniors. Various activities undertaken (or not) by an elderly person, carried out in various types of undertakings, initiatives, and cultural events fulfil important functions, thus obviously creating a “sad autumn” or “joyful spring” of seniors’ lives.

Keywords: *elderly people, active aging, participation in culture, autumn years*

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł ma charakter przeglądowny. Jego celem jest zwrócenie uwagi na fakt starzenia się społeczeństw, a zarazem na wagę problemu właściwego przygotowania do starości i zarazem zapewnienia odpowiedniego wsparcia seniorom w tym okresie życia, który może stać się dla nich „radosną wiosną jesieni życia”. W pracy znajdziemy m.in. nawiązanie do koncepcji pomyślnego starzenia się (*successful ageing*), która akcentuje konieczność zapewnienia seniorom na starość dostępu do

kluczowych sfer, wpływających na jakość ich życia, tj. zdrowie, samodzielność i produktywność, w ramach których z kolei dostrzec możemy istotną rolę aktywności człowieka. Starość może być zdrowa i dająca zadowolenie seniorowi przy zachowaniu odpowiedniej aktywności w różnych sferach życia. Aktywność można uznać za niezbędny składnik pozytywnej filozofii starzenia się.

W opracowaniu autor na podstawie przeglądu wybranych źródeł zwraca przede wszystkim uwagę na uczestnictwo seniorów w kulturze wśród innych dostępnych im form aktywności. Akcentuje fakt, iż różne formy aktywności o charakterze artystycznym (uczestnictwo w kulturze, aktywizacja kulturalna, animacja kulturalno-społeczna) spełniają istotne funkcje, tym samym w sposób oczywisty wpływają na jakość życia seniorów. Podejmowana (lub nie) przez człowieka starszego różnorodna aktywność realizowana w różnego rodzaju przedsięwzięciach, inicjatywach, wydarzeniach o charakterze kulturalnym spełnia istotne funkcje, tym samym w sposób oczywisty tworzy smutną jesień lub radosną wiosnę życia seniorów.

Słowa kluczowe: osoby starsze, aktywność w starości, uczestnictwo w kulturze, jesień życia

1. AKTYWNOŚĆ KULTURALNA

Według Józefa Kozielleckiego (2002) kultura stanowi swoisty dom człowieka, będąc względnie trwałym systemem wytworów materialnych i symbolicznych. Jest nośnikiem i zarazem przekazywaczem znaczeń i wartości. Jako pojęcie z gruntu nauk społecznych, jest jednym z bardziej złożonych w swych ujęciach i znaczeniach. Obejmuje tzw. potoczne rozumienie, utożsamiając ją z twórczością kulturalną, działalnością instytucji artystycznych oraz istnieniem tzw. wyższych wytworów działalności ludzkiej, tj. kultury duchowej. W kontekście naukowym kultura stanowi zaś wszelkie wytwory działalności ludzkiej, całościowo zobiektywizowanych elementów dorobku społecznego (Zrałek, Kaczmarczyk, 2013). W bogatym katalogu ról można wskazać na jej wagę w kształtowaniu i dla funkcjonowania umysłu człowieka. W tym zakresie kultura pozwala na jego ubogacanie. Wpływając na myślenie i uczenie się zestrzaja umysł i umożliwia rozwój, który jest zależny od obecności w środowisku kulturowym, ale przede wszystkim od stopnia wykorzystania jego zasobów (Bruner, 2006). Kultura, stanowiąc swoisty pośrednik pomiędzy jednostką a społeczeństwem oraz pomiędzy historią a dniem dzisiejszym i przyszłością, umożliwia zaspokajanie potrzeb ludzkich wykraczających poza sferę potrzeb podstawowych, niezbędnych do przeżycia. Aktywność człowieka w tym obszarze określana jest mianem uczestnictwa w kulturze, mogącego przyjmować formę bierną bądź czynną, objawiającą się indywidualnie poprzez kontakty bezpośrednie (człowiek z człowiekiem), kontakty z instytucjami kultury, czy też uczestniczenie (nadawanie, odbieranie) w wymianie treści poprzez środki komunikacji elektronicznej, masowego przekazu i in.

Aktywność człowieka związana z udziałem w życiu kulturalnym łączy się z działalnością twórczą, tworzeniem (i odbiorem) kultury w sensie artystycznym (duchowym), tj. wiąże się ze sztuką (twórczością), która bierze również udział w procesach kształtowania osobowości człowieka, tworzenia pozytywnego stosunku do otaczającego świata oraz właściwego przyswajania przez niego rzeczywistości. Dzięki kontaktowi ze sztuką (akt tworzenia, wytwór, dzieło) człowiek ma możliwość i szansę, by lepiej rozumieć siebie, swoje przeżycia, doświadczenia, emocje. Sztuka zaspokaja szeroką gamę potrzeb, w tym: rozrywki, zabawy, rekreacji. Może być środkiem rekompensującym niezrealizowane marzenia, fantazje czy pragnienia (Bonna, 2003). Sztuka (twórczość) zachęca do samodzielnego myślenia, interpretowania i wyciągania wniosków, może być też sposobem społecznego włączania, rozumianego jako proces „odzyskiwania dla społeczeństwa jednostek i całych grup środowiskowych” (Pawlik, 2015, s. 60). Kontakt człowieka z elementami kultury i sztuki rozwija osobowość. Poprzez możliwość czerpania przyjemności z wytworów swoich czy innych osób kształtują się pozytywne wartości w relacjach międzyludzkich. Odpowiednio wykorzystywane – „uprawiają umysł człowieka” (Grzebyk, 1999).

By jednak mogły zaistnieć w praktyce zasygnalizowane tu pozytywne aspekty, niezbędną jest aktywność kulturalna (uczestnictwo w kulturze), tj. „indywidualny udział w zjawiskach kultury – przyswajanie jej treści, używanie jej dóbr, podleganie obowiązującym w niej normom i wzorom, ale także tworzenie nowych jej wartości oraz odtwarzanie i przetwarzanie istniejących” (Tyszka, 1971, s. 54). Aktywność kulturalna w ogóle aktywność w swym szerokim znaczeniu jest w dzisiejszej rzeczywistości – jak pisze Andrzej Rokicki – „synonimem życia, jednym z warunków rozwoju, podstawą leczenia wielu chorób, czy szansą na ciągłe doskonalenie się i rozwój” (2016, s. 191). Samo pojęcie aktywność ma wiele konotacji znaczeniowych. Przyjmując za *Słownikiem języka polskiego* (1996, s. 25) jest to „skłonność do intensywnego działania, do podejmowania inicjatywy, czynny udział w czymś”. W znaczeniu osobowym (podmiotowym) aktywność jest pewną dyspozycją do określonych działań i czynności, dookreślaną przez jej treść, zakres i płaszczyznę realizacji. „Jest określoną formą działalności ludzkiej nakierowanej na osiągnięcie wytyczonego celu i zaspokojenie potrzeby” (Chabior, 2011, s. 76).

Aktywność ogółem, a w tym również aktywność kulturalna jest warunkowana przez osobę jak i czynniki środowiskowe, w których ona funkcjonuje. Wpływa na tzw. jakość życia człowieka, poczucie jego sensu, wartość i przydatność. Jak ujmuje to Zdzisław Wołk: „aktywność własna, szczególnie tworzenie pewnych wartości potrzebnych innym ludziom jest niezbędna człowiekowi, ponieważ potwierdza jego istnienie. Bez aktywności, bez sensownego działania człowiek obumiera, stacza się na pozycje bytu wegetatywnego, a nawet pasożytniczego” (Wołk, 1999, s. 73). Aktywność w każdym stadium życia ludzkiego może więc być uznana za jeden z podstawowych czynników rozwoju i regulacji związków człowieka z jego otoczeniem. Zarazem będąc zależną i współtworząc różne aspekty przypisane etapom życia (tj. edukacja przedszkolna i szkolna, zdobycie zawodu, praca i kariera, założenie rodziny i opieka oraz wychowywanie dzieci, działalność publiczna, społeczna, liczne relacje w kręgach

towarzyskich czy też przejście na emeryturę, utrata partnera, utrata sprawności bądź zdrowia) dookreślona przez treść, zakres czy płaszczyznę realizacji, buduje kondycję psychofizyczną i wpływa na samorealizację jednostki. Przyjmując zaś, że człowiek z natury chce dążyć do dobrostanu, do osiągnięcia i podtrzymywania odpowiedniej jakości życia, to pozostawanie aktywnym jak najdłużej można uznać za warunek konieczny do osiągnięcia zadowolenia, satysfakcji życiowej i wręcz poczucia szczęścia. Do pełni szczęścia zaś można przyjąć, że niezbędne jest człowiekowi tzw. kulturowe wzbogacanie (Konieczna, 2016), tj. umożliwianie rozwoju poprzez obecność w środowisku kulturowym i aktywne wykorzystywanie jego zasobów.

2. OSOBA STARSZA W KULTURZE

Człowiek starzeje się od chwili swego urodzenia, a starość jest końcowym etapem życia, wynikiem wcześniejszych przeżyć i doświadczeń (Rokicki, 2016) oraz właśnie w tych obszarach aktywności lub jej braku. Starość może być zdrowa i dająca zadowolenie seniorowi, ale wymaga niezbędnego składnika pozytywnej filozofii starzenia się (Chabior, 2011). Swoistej filozofii tworzonej przez cały okres życia i gotowej do wykorzystania w praktyce w okresie senioralnym. Jak pisze Zdzisław Wołk: „okres jesieni życia jest tą fazą, w której orientacja jednostki w stronę aktywności jest kierunkiem pożądanym, dającym szansę utrzymania sprawności i dalszego rozwoju” (1999, s. 79) Orientacja ta wymaga jednak swoistego przygotowywania, jak ujmuje to Andrzej Rokicki: „uczenia się starości przez całe życie – tak, by starość nie zaskoczyła” (2016, s. 197). Przede wszystkim oczywiście, by nie zaskoczyła negatywnie, tworząc z tego okresu smutną (nieaktywną) jesień życia seniora. Chyba najlepiej istotę aktywnego życia w wieku senioralnym ujął Aleksander Kamiński (1986, 1993), stwierdzając, iż „chodzi tu o nasywanie biologicznego trwania tym, co jest najistotniejsze dla ludzkiego rodzaju: żywotnością zainteresowań i emocji, aktywnością pracy i wczasowania z żyłką innowacyjnej pomysłowości, pragnieniem samorealizacji w nowych rolach społecznych i nowych kontaktach międzyludzkich”. Mówiąc o aktywności ludzi starszych Kamiński wyróżnił dwa jej zakresy: pierwszy dotyczący wykonywania pracy cenionej i użytecznej (kontynuacja zatrudnienia, inna praca zarobkowa, aktywność społeczna, wewnątrzrodzinna) oraz drugi obejmujący zajęcia pozwalające zaspokajać zainteresowania (uprawianie sportów, krajoznawstwo i turystyka, czytanie książek i czasopism, słuchanie radia i oglądanie telewizji, uczestnictwo w odczytach, prelekcjach, aktywność klubową, artystyczną). W życiu seniora oba zakresy aktywności powiązane są z tzw. kosztem procesu starzenia się – stratą, która może dotyczyć utraty zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej, utratą bliskich osób, statusu społecznego i ekonomicznego, poczucia przydatności i prestiżu czy też samej perspektywy zbliżającej się śmierci (Straś-Romanowska, 2005). Strata zaś może skutkować przyjmowaniem przez starszą osobę postawy wycofania (skupienie się na sobie i swoim wnętrzu, niechęć do wchodzenia w nowe role i związane z nimi obowiązki), lub też postawy aktywnej z podejmowaniem nowych zadań, wyzwań, aktywności i czerpania z nich

radości (Szydłowska, 2017). Choć opisane postawy dotyczą zasadniczo aktywności w ogóle, tym niemniej mogą być związane również z aktywnością kulturalną (uczestnictwem w kulturze) stanowiącą (jak już tu wcześniej zaznaczono) istotny czynnik wpływający na jakość życia osób starszych, ułatwiający ich adaptację do okresu starości. Jak pisze Ewelina Konieczna (2016, s. 209): „kultura jest rodzajem wehikułu, którym ludzie podróżują i dzięki temu są zdolni pojąć, czym jest świat i kim oni w nim są”. Kontakt z jej wytworami może stanowić (stanowi) działanie edukacyjne, pozwalające z jednej strony na przygotowywanie do starości, a z drugiej – działanie adaptacyjne do wymogów i okoliczności, jakie seniorzy w tym okresie zastają. Stąd też starszy wiek powinien być swoistą okazją do ożywionych kontaktów z kulturą. Przy czym w literaturze przedmiotu nie ma jednolitości co do samego zdefiniowania pojęcia uczestnictwo w kulturze. Na przykład Sylwia Słowińska (2014) pisząc o aktywności osób starszych za uczestnictwo w kulturze uznaje indywidualny udział w zjawiskach kultury – przyswajanie jej treści, używanie jej dóbr, tworzenie nowych wartości, odtwarzanie i przetwarzanie istniejących. Jak zaznacza autorka, uczestnictwo w kulturze (aktywność kulturalna) nie ogranicza się tylko do udziału w zorganizowanych instytucjonalnie aktywnościach, ale ma ono także charakter nieformalny, pozainstytucjonalny. Z kolei Maria Zrałek i Michał Kaczmarczyk (2013) za uczestnictwo w kulturze przyjęli aktywność człowieka związaną z udziałem w życiu kulturalnym, uzupełnioną o działalność twórczą niezinstytucjonalizowaną, ale łączącą się z tworzeniem kultury w sensie artystycznym (duchowym) obejmującą np. amatorską twórczość literacką, plastyczną czy muzyczną. Autorzy Raportu z szeroko zakrojonych badań na temat uczestnictwa w kulturze osób starszych, prowadzonych m.in. pod auspicjami Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego w 2012 roku zatytułowanego „Po co seniorom kultura?”, zdefiniowali pojęcie uczestnictwo w kulturze jako „zespół społecznych praktyk kulturowych, zespół różnorodnych działań związanych z wymianą, przetwarzaniem, wykorzystaniem treści kulturowych (produktów kultury i sztuki), mający charakter procesu komunikacji nadawców i odbiorców”. Zespół badawczy wyróżnił trzy główne formy aktywności kulturalnej seniorów:

- uczestnictwo – odbiór kultury,
- twórczość – tworzenie kultury,
- transmisję międzypokoleniową – przekazywanie kultury (Landsberg i in, 2012, s. 12).

Aktywne uczestnictwo w kulturze pomaga inaczej patrzeć na starość tak samym seniorom, jak i ich otoczeniu i całemu społeczeństwu. Pomaga nie ukazywać okresu starości jako etapu niemożności, braku szans na samorealizację, pasywności intelektualnej i fizycznej, ale interpretować ten okres życia jako pozytywny. Podejmowana przez seniorów aktywność realizowana poprzez uczestnictwo w różnego rodzaju przedsięwzięciach, inicjatywach, zdarzeniach o charakterze animacji społeczno-kulturalnej czy działaniach o charakterze stricte artystycznym spełnia istotne funkcje, w tym: integracyjną (pozwala nawiązywać nowe znajomości, lepiej przystosowywać się do pracy grupowej), kształcącą (np. poprzez uczestniczenie w zajęciach o charakterze edukacyjnym), kompensacyjną, prestiżową (budowanie poczucia własnej wartości i użyteczności poprzez angażowanie się w różnorodne inicjatywy przynoszące

społeczne uznanie), rekreacyjno-rozrywkową, psychohigieniczną czy też adaptacyjną. Uczestnictwo w poczynaniach z obszaru szeroko pojętego arcyzmu może stać się dla seniora przyczynkiem, jak pisał John Dewey (1975) „najwyższej radości, jaką dać może człowiek sobie samemu”. Jak jest jednak w praktyce? Czy seniorzy tworzą przesłanki najwyższej radości? Jak pisze Sylwia Słowińska (2019, s. 383): „z przeprowadzanych w ostatnich latach rozpoznawczych empirycznych uczestnictwa w kulturze polskich seniorów wynika, że wciąż są oni mało aktywni w przestrzeni pozadomowej i pozarodzinnej. Większość nie korzysta z instytucjonalnej oferty kulturalnej, spędza czas w domu, koncentruje się na obowiązkach codziennych. Jeśli zaś seniorzy poświęcają czas wolny na aktywność kulturalną, to jest to najczęściej czytanie, oglądanie telewizji, słuchanie radia. Badania na reprezentatywnej próbie Polaków pokazują ponadto, że tylko dla 0,7% osób powyżej 65. roku życia kontakt z kulturą i sztuką jest jedną z pięciu najważniejszych wartości. Jedynie 1% badanych seniorów wskazuje jako cenniejszą wartość hobby, pasje i zainteresowania”. W badaniu przeprowadzonym w 2007 roku wśród seniorów, na pytanie o pójście do kina, teatru lub na koncert 67% badanych odpowiedziało „nie zajmuję się tym, bo mnie to nie interesuje” (MękarSKI, 2013, s. 40). Jeżeli zaś spojrzeć na ogólną liczbę osób starszych podejmujących działalność artystyczno-kulturalną w ramach różnorodnych instytucji i stowarzyszeń, łącznie z aktywnością artystyczną realizowaną indywidualnie, to okazuje się, że podejmuje ją tylko około 2–4% ogółu osób w wieku senioralnym (Jabłońska, 2011, s. 68). Innym niepokojącym zjawiskiem w tym obszarze – na które zwraca uwagę m.in. Barbara Fatyga (2009) jest tzw. gettoizacja aktywności kulturalnej seniorów, tj. tworzenie ofert przez instytucje kultury kierowanych tylko do określonych grup wiekowych, w tym np. osób starszych, przez co ich uczestnicy podlegają separacji wiekowej. Ogółem oczywiście starość w swej odsłonie posiada dwa obrazy w kontekście podejmowanych (lub nie) aktywności przez seniorów. Pierwszy z nich ukazuje niestety większą część populacji osób starszych nie uczestniczących i nie korzystających w stopniu dostatecznym z ofert szeroko pojętej kultury i sztuki. Drugi przedstawia mniejszą część populacji, tj. tych seniorów, którzy aktywnie uczestniczą w kulturze, korzystają z różnorodnych ofert i je własnym twórczym wkładem ubogacają. W życiu zaś powinno być zasadniczo w proporcjach odwrotnie... Starość powinna być uznawana „nie za jakąś schyłkową formę życia, w której ztraca się osobowość, nie za formę degeneracji człowieka, powstałą w następstwie wyczerpywania się sił życiowych, ale za czas, który jest dany i zadany na konstruktywne i pozytywne kształtowanie własnej przestrzeni życiowej” (Pastuszka, 1999). Starszy wiek może i powinien być okazją do ożywionych kontaktów z kulturą i sztuką, do rozwijania pasji i zainteresowań (na których realizację w młodszym wieku mogło braknąć czasu). Odnajdywanie się w różnorodnych poczynaniach z obszaru szeroko pojętego arcyzmu – akt twórczy – może stać się najwyższą radością, jaką dać może człowiek sobie samemu i innym ludziom. Uczestnictwo w kulturze (w charakterze zarówno nadawcy, jak i odbiorcy) ma niebagatelne znaczenie w formowaniu życia widzianego przez pryzmat kreatywności. Osobie będącej aktywną w polu szeroko rozumianej kultury łatwiej jest oswajać się ze starością (realizacja funkcji psychohigienicznej i adaptacyjnej), kultura

nie tylko uatrakcyjnia czas, ale stanowi ważne źródło motywacji do życia. Jak piszą autorzy raportu pt.: *Po co seniorom kultura? Badania kulturalnych aktywności osób starszych* (2012) przedstawiając szeroką gamę zaleceń i rekomendacji odnośnie myślenia w perspektywie wieloletnich strategii i zaangażowania podmiotów w wieloletnie procesy, które z czasem powinny przynieść zmiany warunków i praktyki w zakresie aktywności kulturalnej osób starszych: „udogodnienia dla seniorów nie powinny sprowadzać się tylko do powszechnego montowania uchwytów w łazience, mat antypoślizgowych w wannach czy produkowania niskopodłogowych autobusów miejskich. W obszarze kultury również powinno się ukierunkowywać myślenie na potrzeby osób starszych, których będzie przybywać” (s. 169).

Wiek XXI już można nazywać stuleciem starości, w odróżnieniu od poprzedniego określanego mianem stulecia dziecka (Pikuła, 2015). „Co miesiąc na świecie przybywa milion osób, które kończą 60 lat” (Bartosz, Bartosz, Zubik, 2011), zaś „szacuje się, że w Polsce w 2030 roku osoby w wieku 65+ stanowią 23,8% społeczeństwa, zaś w 2060 – już 36,2%” (tamże). Starzejący się i starzy ludzie wymagają więc szczególnego zainteresowania, stad m.in. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) już w pod koniec lat 90. XX wieku wprowadziła w sferę polityki społecznej koncepcję *active ageing*, która – jak zwracają uwagę autorzy wyżej przywołanego *Raportu* – „odwołuje się do konieczności zapewnienia seniorom na starość dostępu do trzech kluczowych sfer, wpływających na jakość ich życia: zdrowia, samodzielności oraz produktywności, gdzie dostrzec możemy istotną rolę kultury. Główne założenia tej idei opierają się na powiązaniu pomyślnego starzenia się z aktywnością. Szansą na lepszą, aktywniejszą i barwniejszą przyszłość może być kultura i aktywne uczestnictwo w niej”.

3. PODSUMOWANIE

Obszar, na który zwróciłem szczególną uwagę w tym opracowaniu, to aktywność (aktywizacja) osób starszych ze szczególnym uwzględnieniem ich uczestnictwa w kulturze (w tym poprzez podejmowane przez seniorów działania na polu artystycznym, realizowane w charakterze twórców i odbiorców, w ramach szeroko pojętej kultury i sztuki). Zakres szeroko rozumianego wsparcia społecznego opartego na koncepcji *active ageing* może uczynić ze smutnej jesieni życia – radosną (aktywną) wiosną jesieni życia.

Jak pisze Maria Poprzęcka (wyborcza.pl, 19.06.2018.) „od zarania dziejów starość jest jedyną naprawdę nieuleczalną chorobą. Lekarstwo na nią jest jedno: sztuka” (i kultura). Optymistycznym jest to, że „bywają ludzie, którzy odnajdują młodość swoją u schyłku życia” (es.O.es, 2003), którzy mimo tego, że może czekają całe swoje życie, że nadejdzie wiosna... w końcu ją odnajdują – w jesieni życia...

BIBLIOGRAFIA

1. Bartosz B., Bartosz N., Zubik A. (2011). O doświadczeniach życiowych warunkujących jakość życia osób 55+. Próba ujęcia narracyjnego. W: M. Malec (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*, s. 55–74. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT — Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
2. Bonna B. (2003). Rola sztuki w życiu człowieka. *Kultura i Edukacja*; 3–4: 59–70.
3. Bruner J. (2006). *Kultura edukacji*. Kraków: Wyd. Universitas.
4. Chabior A. (2011). Kluby seniora miejscem uczestnictwa kulturalnego i animacji społeczno-kulturalnej. W: Z. Szarota (red. nauk.), *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, s. 73–84. Kraków: BGP.
5. Dewey J. (1975). *Sztuka jako doświadczenie*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
6. Fatyga B. (2009). Czas wolny. W: W. J. Burszta i in. *Raport o stanie zróżnicowania kultury miejskiej w Polsce*, s. 26–35. Warszawa: MKiDN.
7. Grzebyk E. (1999). *Kurs z zakresu terapii przez sztukę*. Wrocław: Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego.
8. Jabłońska M. (2011). Fenomen aktywności artystycznej ludzi w okresie starości. W: M. Malec (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*, s. 57–76. Wrocław: OW ATUT.
9. Jarnot I. (2003). Bywają ludzie, którzy odnajdują młodość swoją dopiero u schyłku życia. *es.O.es*; 4: 21–23.
10. Kamiński A. (1986). Pedagogika w służbie starości. W: F. W. Sawicka, B. Maryańska, E. Stańczuk (red.), *Encyklopedia seniora*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
11. Kamiński A. (1993). Wychowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starszych do nowoczesnego społeczeństwa. *Zeszyty Problemowe PTG*; 3: 81–101.
12. Konieczna E. (2016). Senior w kulturze – kultura dla seniora. O kulturowym wzbogacaniu człowieka starszego. *Dyskursy Młodych Andragogów*; 7: 199–212.
13. Kozielecki J. (2002). *Transgresja i kultura*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
14. Landsberg P. i in. (2012). *Po co seniorom kultura? Badania kulturalnych aktywności osób starszych*. Poznań: Związek Miast Polskich. Pobrane z: http://www.wpek.pl/pi/91036_1.pdf [dostęp: 20.12.2020.].
15. MękarSKI M. (2013). Stan badań nad uczestnictwem osób starszych w kulturze. *Studia Kulturoznawcze*; 2(4): 35–51.
16. Pastuszka J. (1999). Starość człowieka. Rozważania psychologiczne. *Ethos*, 3(47): 29–55.
17. Pawlik S. (2015). Sztuka jako proces włączania osób z niepełnosprawnością intelektualną do społeczeństwa. *Interdyscyplinarne konteksty pedagogiki specjalnej*; 8: 59–74.
18. Pikula G. N. (2015). *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*. Kraków: Impuls.

19. Poprzęcka M. (2018). *Starzy ludzie dają nam piękno. Sztuka lekarstwem*. Pobrane z: <https://wyborcza.pl/ksiazki/7,154165,23530559,starzy-ludzie-daja-nam-piekno-sztuka-lekarstwem.htm> [dostęp: 21.12.2020].
20. Rokicki A. (2016). Starość nie znaczy bierność – współczesne metody aktywizowania seniorów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*; Vol. XXIX, 1: 186–198.
21. Słowińska S. (2014). O „gettoizacji” aktywności kulturalnej seniorów. *Rocznik Andragogiczny*, 21: 271–281.
22. Słowińska S. (2019). Aktywność kulturalna osób starszych. Pomędzy autotelicznością a instrumentalnością. *Dyskursy Młodych Andragogów*; 20: 383–395. DOI: <https://doi.org/10.34768/dma.vi20.33>
23. *Słownik języka polskiego* (1996). Praca zbiorowa. Katowice: PWN.
24. Straś-Romanowska M. (2005). Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, s. 263–288. Warszawa: PWN.
25. Tyszka A. (1971). *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*. Warszawa: PWN.
26. Wołk Z. (1999). Społeczno-kulturowe uwarunkowania aktywności osób w starszym wieku. *Ruch Prawniczy. Ekonomiczny i Socjologiczny. Rok LXI – z. 1*: 68–80.
27. Zrałek M., Kaczmarczyk M. (2013). *Warunki i jakość życia seniorów w Sosnowcu. Problemy społeczne. Uczestnictwo w kulturze. Konsumpcja mediów*. Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza „Humanitas”.

PERCEPCJA PRZEMIJANIA I MOTYW STAROŚCI W SZTUCE NA PRZYKŁADZIE WYBRANYCH DZIEŁ.

The perception of transience of life and the motif of old age in art as illustrated by selected works

* Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, ORCID: 0000-0003-2321-8101

ABSTRACT

The aim of the research was to collect visual material in the form of reproductions of works of art touching the topic of old age in order to be able to assess the way art has been reflecting and reacting to the theme of transience in life. Was it a common theme in art, or was it avoided? The research unearthed a number of works from several time periods. This proves that art has never run from this difficult topic.

Analyzing art one can see that artists approached this topic prompted by their own personal experience – transience affecting either them personally or their loved ones.

The results of the research can prompt one to concluding that old age was frequently presented in drawings and graphics.

Although the mass culture of today tries to suppress this time in the collective unconscious by portraying the human being as invincible – immortal, even – art is not shying away from the truth that is ageing. This topic is not being taken up only by elderly artists who experience it personally; young artists take it up as well. The “Transience” exhibition is a proof; it was hosted this November by the “Ściana” Gallery of the Siedlce University of Natural Sciences and Humanities. The exhibition was comprised of artworks made by Art Education in Fine Arts student (the project made under Tomasz Nowak, PhD, DSc). Each artwork presents a different take on the topic of transience and old age and was thoroughly thought through.

Considering the works of these young artists, as well as other artworks from different periods of time, one can conclude that art has been sincere and has not been avoiding the topic of transience and old age; quite the contrary – it takes it on to visualize personal experiences and thoughts.

Keywords: *old age, transience, art, drawing, graphic, painting, mass culture, beauty, truth*

STRESZCZENIE

Celem badań było zebranie materiału wizualnego w postaci reprodukcji dzieł sztuki podejmujących temat starości, by móc ocenić, jak sztuka reagowała i reaguje na kwestie związane z przemijaniem. Czy artyści chętnie podejmowali ten temat, czy raczej go unikali? Podczas poszukiwań udało się znaleźć szereg prac z różnych okresów. To dowodzi, że sztuka nie ucieka od tego niełatwego tematu.

Analizując dzieła sztuki można zauważyć, że powodem podejmowania tego rodzaju tematyki w artystycznych wypowiedziach było osobiste doświadczanie przemijalności przez twórców lub ich bliskich.

Na bazie poszukiwań można też wysnuć wnioski, że artyści do ukazania starości często wykorzystywali rysunek lub grafikę.

Mimo, iż dzisiaj kultura masowa wypiera ten temat ze świadomości człowieka poprzez przedstawianie go niezwykłym, niemal nieśmiertelnym, to jednak sztuka nadal nie ucieka od prawdy, jaką jest to, że człowiek w swej naturze starzeje się. Temat ten podejmują nie tylko sędziwi artyści, których on osobiście dotyczy, ale także ludzie młodzi. Dowodem na to jest wystawa „Przemijanie”, jaka w listopadzie była prezentowana w Galerii „Ściana” Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, a złożona z prac studentów kierunku edukacja artystyczna w zakresie sztuk plastycznych (projekt pod kierunkiem dr. hab. Tomasza Nowaka). Każda z prac zawiera inne spojrzenie na problem przemijania i starości i była poprzedzona mnogością przemyśleń i szkiców na ten temat.

Biorąc pod uwagę prace artystyczne tych młodych twórców, jak również dzieła sztuki na przestrzeni wieków, można wysnuć wnioski, że sztuka w szczeroci wypowiedzi nie omija tematu przemijania i starości, a wręcz przeciwnie – często go podejmuje, by zwizualizować głębię przemyśleń i przeżyć z tym związanych.

Słowa kluczowe: starość, przemijanie, sztuka, rysunek, grafika, malarstwo, kultura masowa, piękno, prawda

1. WPROWADZENIE

Z pojęciem sztuki zwykło się łączyć pojęcie piękna. To drugie zaś częściej spotkamy w odniesieniu do młodości niż starości. Wystarczy przypomnieć sobie szereg obrazów ukazujących piękno młodego i najczęściej kobiecego ciała.

A jednak na przestrzeni wieków znalazło się wielu artystów, którzy w swej twórczości podjęli temat przemijania i starości. Co nimi kierowało, że zainteresowali się tym jednak niełatwym tematem? Być może to, że ze sztuką łączyli nie tylko pojęcie piękna, ale też pojęcie prawdy?

Do takich artystów należał m.in. Hans Baldung Grien. Jednym z jego najpopularniejszych dzieł jest obraz pt.: „Trzy etapy życia ludzkiego i śmierć” (1540). Mniej znanym zaś obrazem jest „Siedem etapów życia kobiety” (1544). Artysta zarówno w jednym, jak i drugim obrazie skupia się na temacie przemijalności. Z tą jednak

różnicą, że obraz namalowany później nie przedstawia gaśnięcia ludzkiego splendoru. Kluczową postacią tutaj wydaje się być starsza kobieta z drugiego planu, spoglądająca proroczo wstecz, z utkwionym nieruchomym wzrokiem w przepływający przed nią korowód życia¹.



Ryc. 1. Hans Baldung Grien, „Siedem etapów życia kobiety”, 1544

2. PORTRETY OSÓB BLISKICH JAKO SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA STAROŚCI

Analizując dzieła sztuki można zauważyć, że powodem podejmowania tego rodzaju tematyki w artystycznych wypowiedziach było osobiste doświadczanie przemijalności przez samych twórców lub ich bliskich. Obrazują to przykłady wybranych dzieł.

Portret sześćdziesięcioletniej, schorowanej matki Albrechta Dürera wykonany węglem szokuje dosłownością, skupia naszą uwagę na twarzy i pomarszczonej szyi kobiety zapatrzonej w dal².

¹ Stuhr (1987)

² Ullmann (1976)



Ryc. 2. Albrecht Dürer, „Matka”, 1514

Dürer ukazuje prawdę o swojej matce, nie upiększa jej, a jednocześnie my – obiorcy, patrząc na ten wizerunek, jesteśmy pełni szacunku i podziwu dla piękna tej postaci.

Liryczny ton możemy dostrzec w litografii Wandy Komorowskiej przedstawiającej matkę artystki.

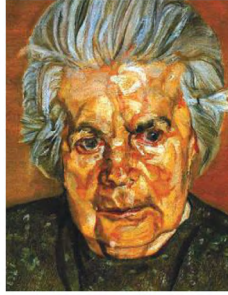


Ryc. 3. Wanda Komorowska, „Portret matki”, 1912

Ostrość postrzegania rysów twarzy starej kobiety roztapia się w atmosferze zadumy i to ona skupia uwagę widza, a jednocześnie skłania nas do uszanowania swego rodzaju ciszy, jaka panuje na tej rycinie³.

Dwudziestowieczny artysta – Lucian Freud – znany przede wszystkim z malarstwa figuratywnego, również namalował portrety swojej matki.

³ Kossowska (2000)



Ryc. 4. Lucian Freud, „Portret matki”



Ryc. 5. Lucian Freud, „Matka malarza”

„Portret matki” i „Matka malarza” ukazują starszą kobietę. Artysta malował swoje obrazy w stylu, jaki wykluczał wszelkie uczucia. O swoim malarstwie powiedział: „Chcę, by moje malarstwo funkcjonowało tak, jak funkcjonuje ciało...”⁴ Jednak te portrety nie są wolne od wywoływania w widzu uczuć: niepewności, ale też i spokoju. Na pierwszym wizerunku mamy wrażenie, że matka artysty zaprasza nas do swego rodzaju dialogu, zaś na drugim znów mamy wrażenie, że zaproszeni jesteśmy do „nieprzeszkadzania” odpoczywającej kobiecie.

3. STAROŚĆ W GRAFICZNYCH PRZEDSTAWIENIACH PORTRETOWYCH

Twórcą, który niewątpliwie w swych artystycznych poszukiwaniach dążył do prawdy, był Rembrandt van Rijn. W jego twórczości portrety zajmowały szczególną rolę, gdyż studiował i ćwiczył przedstawienia różnych typów mimicznej ekspresji. Zarówno w jego malarstwie, jak i grafice możemy znaleźć także przedstawienia ludzi starszych. Wśród ciekawych realizacji warto uwagi są trzy grafiki: „Popiersie matki Rembrandta”, „Śpiąca stara kobieta”, „Popiersie starego mężczyzny z długą brodą”. Co ciekawe, rycina pt: „Popiersie matki Rembrandta” nie ukazuje jego matki, ale modelkę, która pozowała do wielu jego prac. Jednak ponieważ już wcześniej w inwentarzu

⁴ Bury S. (1998)

sprzedawcy rycin Clementa de Jonghe z 1679 r. wizerunek ten był określany jako portret matki artysty, tak już zostało⁵. W każdym z tych trzech przedstawień ludzi starszych możemy zobaczyć, jak kreska posłużyła artyście, by oddać stany emocjonalne postaci: dumę, smutek, zmęczenie.



Ryc. 6. Rembrandt van Rijn, „Popiersie matki Rembrandta”, 1628



Ryc. 7. Rembrandt van Rijn, „Popiersie starego mężczyzny z długą brodą”, 1630



Ryc. 8. Rembrandt van Rijn, „Śpiąca stara kobieta”, 1635-1637

⁵ Ornstein_Van Slooten E, Holtrop M., Schatborn P., van der Coelen P., Hinterdich E. (2004)

Grafiki Rembrandta prowadzą nas w kierunku dalszych poszukiwań dzieł ukazujących starość, które budowane są kreską i utrzymane w czarno-białej kolorystyce. Wśród monochromatycznych przedstawień znalazło się wiele wykorzystujących klasyczne techniki graficzne⁶. Kolor bardziej się kojarzy z radością, witalnością, a szarość odzwierciedla ulotność chwili i starzenie się. Być może tym kierowało się wielu artystów mierzących się z tematem starości i przemijania. Ponadto linearyzm rysunku doskonale odzwierciedla linearyzm pomarszczonej twarzy, bruzd na rękach.

Można to zaobserwować na przykład w akwafortowych portretach Marii Lutele autorstwa Ludwika Markusa, gdzie linearyzm przedstawienia fizjonomicznych szczegółów nadaje dziełu realistycznego charakteru.



Ryc. 9. Ludwik Markus, „Głowa staruszki (Maria Lutele)”, 1901



Ryc. 10. Ludwik Markus, „Głowa staruszki (Maria Lutele)”, 1901

Leon Wyczółkowski oddaje zamyślenie Szymona Tatara z Zakopanego poprzez miękko zarysowane rysy twarzy starego człowieka i wyraźny światłocień. Artysta

⁶ Kossowska (2000)

zwraca uwagę oglądającego na oczy starca, które patrzą w dal, jakby wypatrywały niewiadomego...



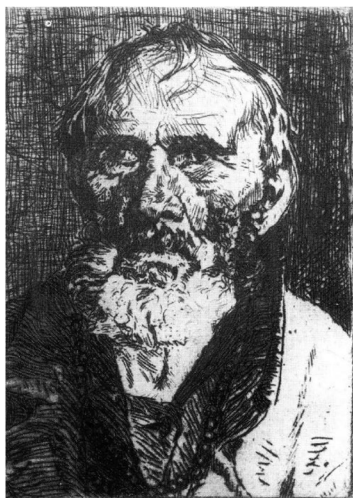
Ryc. 11. Leon Wyczółkowski, „Szymon Tatar z Zakopanego”, 1908

Jan Skotnicki wydobywa zmarszczki w portretowanej twarzy starca poprzez siatkę zagęszczonych linii tworząc pełny ekspresji obraz.



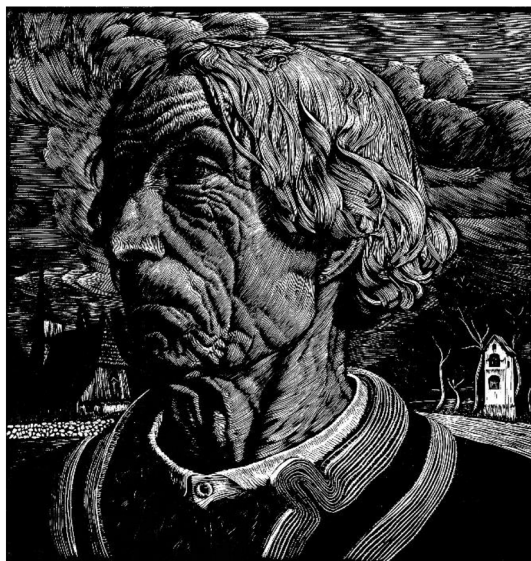
Ryc. 12. Jan Skotnicki, „Głowa starca”, ok. 1909

W wielu przedstawieniach ludzi starszych możemy zaobserwować zadumę i spokój, ale w akwafortowym portrecie starca autorstwa Włodzimierza Koniecznego dostrzeżemy dramatyczną ekspresję, budowaną poprzez nerwowo urywaną linię.



Ryc. 13. Włodzimierz Konieczny, „Portret starca”, 1909

Sposób przedstawienia tematu starości w grafice i związana z tym ekspresja zależą też od wykorzystanej techniki. Raz będzie to cienka, delikatna akwafortowa kreśka, innym razem gruba czarna linia skontrastowana z bielą, jak w drzeworytach Władysława Skoczylasa czy Tadeusza Kulisiewicza.



Ryc. 14. Władysław Skoczylas, „Głowa starego górala”, 1913



Ryc. 15. Tadeusz Kulisiewicz, „Kobieta z różańcem”, 1931

4. STAROŚĆ NIE ZAWSZE MILE WIDZIANA

W historii sztuki było i tak, że pokazanie starości nie przysłużyło się dobrze artyście.

Caravaggio w obrazie „Madonna z wężem” śmiało pokazać świętą Annę jako ubogą wieśniaczkę, patrzącą tępych wzrokiem na swojego wnuka. Artysta odszedł od dotychczas powszechnego w sztuce wzoru przedstawiania świętych, jak to można zobaczyć chociażby na obrazie Leonarda da Vinci „Święta Anna Samotrzecia”.



Ryc. 16. Michelangelo Merisi da Caravaggio, „Madonna z wężem”, 1605-1606



Ryc. 17. Michelangelo Merisi da Caravaggio, „Madonna z węzem”, 1605-1606

Komisja kardynalska odrzuciła obraz z komentarzem: „nie znajdujemy w tym obrazie nic poza wulgarnością, bluźnierstwem, bezbożnością i brakiem smaku”⁷.

5. MOTYW PRZEMIJANIA W TWÓRCZOŚCI STUDENTÓW KIERUNKU EDUKACJA ARTYSTYCZNA W ZAKRESIE SZTUK PLASTYCZNYCH UNIWERSYTETU PRZYRODNICZO-HUMANISTYCZNEGO W SIEDLCACH

Dziś kultura masowa wydaje się uciekać od tematu starzenia się. Obecnie motyw człowieka w popkulturze to człowiek silny, młody, niezwyciężony, wręcz niejednokrotnie nieśmiertelny. Z tego typu przedstawieniami (w reklamach, na billboardach) spotykamy się na każdym niemal kroku. Być może współczesny człowiek nie ma odwagi zmierzyć się z tematem starości i przemijania, i próbuje od niego uciec? Chciałby zachować swoją młodość, zdrowie, witalność. Jednak sztuka, prawdziwa sztuka, przypomina mu o przemijalności.

Proces przemijania zaczyna się wraz z narodzinami i towarzyszy nam na każdym etapie naszego życia. W myśl tego w 2020 roku na Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach, pod kierunkiem dr hab. Tomasza Nowaka powstał projekt artystyczny pt.: „Przemijanie”. Zachęceni do refleksji na ten temat studenci kierunku edukacja artystyczna w zakresie sztuk plastycznych UPH stworzyli prace artystyczne, które skłaniają widza do zatrzymania i przemyśleń. W listopadzie prace te były prezentowane na Wydziale Nauk Humanistycznych UPH w Galerii Ściana. Każda z prac zawiera inne spojrzenie na problem przemijania i starości, i była

⁷ Schüler U., Täuber R. E. (2010)

poprzedzona mnogością przemyśleń i szkiców na ten temat.

Szkice koncepcyjne na temat przemijania Anastazji Laskovich to luźno zarysowane postaci z dodatkami komentarzy autorki. Finalnie doprowadziło to młodą artystkę do ukazania siedzącej kobiety z długimi siwymi włosami w bliżej nieokreślonej, ciemnej i pustej przestrzeni.



Ryc. 18. Anastazja Laskovich, temat: „Przemijanie”, szkic koncepcyjny



Ryc. 19. Anastazja Laskovich, temat: „Przemijanie”, szkice koncepcyjne



Ryc. 20. Anastazja Laskovich, temat: „Przemijanie”, szkic koncepcyjny



Ryc. 21. Anastazja Laskovich, temat: „Przemijanie”, gotowy obraz

Annie Zawalich starość i przemijanie kojarzy się z dążeniem do światła. Utrzymany w zimnej kolorystyce obraz dodaje tajemniczości całości przedstawienia.



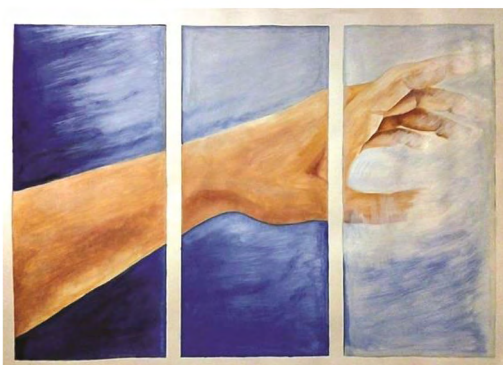
Ryc. 22. Anna Zawalich, temat: „Przemijanie”

Wiktoria Świętuchowska zobrazowała temat przemijania poprzez znany symbol – zegar - umieszczając go wewnątrz szkieletu człowieka, w miejscu, w którym anatomicznie znajduje się serce.



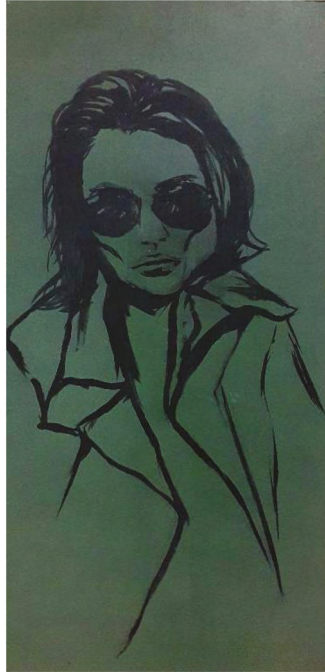
Ryc. 23. Wiktoria Świętuchowska, temat: „Przemijanie”

Natalia Pluta poprzedziła pracę szkicami i w efekcie ukazała temat przemijania, posługując się obrazem ludzkiej ręki. Gdy przyjrzymy się dokładnie tej pracy, zauważymy, że intensywność i natężenie barw w każdym kolejnym fragmencie obrazu zmniejsza się, aż w ostatnim wizerunek prawie znika.



Ryc. 24. Natalia Pluta, temat: „Przemijanie”

Praca Martyny Wilk ukazuje kobietę w ciemnych okularach. Autorka posługuje się portretem, by zobrazować temat przemijalności życia. Jak sama powiedziała, zauważyła w swoich twórczych dokonaniach, że kiedy przychodzi jej mierzyć się z trudnym tematem, wówczas osobom portretowanym zakłada ciemne okulary. Zatem również i ten temat nie był dla młodej artystki łatwym... Jednak mocna kreśka i zielone tło sprawia, że realizm przemijania nie wyklucza nadziei.



Ryc. 25. Martyna Wilk, temat: „Przemijanie”

Wśród prac studenckich znalazły się takie, które do przedstawienia tematu przemijania wykorzystywały powielone, częściowo zdeformowane lub rozmazane twarze. Jedną z tego typu prac jest rysunek Maryi Vasiliuk⁸. Są tu trzy obrazy głowy kobiety – jakby trzy etapy jej życia. Pierwszy ukazany z profilu - przywołuje na myśl młodość – głowa podniesiona wysoko, pełna aspiracji, dążąca do wyznaczonego celu; drugi rysunek to twarz ukazana przodem – osoba w wieku dojrzałym – wiele już wie, ma pewne doświadczenie, a ostatni – to fragment głowy i szyi ukazany tyłem, a więc osoba odchodząca od nas. Każdy rysunek łączy jedno – jest częściowo rozmazany, co podkreśla fakt, że przemijanie jest procesem, który towarzyszy nam w każdym etapie naszego życia.

W pracy Emilji Jakubovskiej możemy dopatrzeć się surrealistycznego podejścia do tematu starości. Być może dla młodej studentki temat ten zdaje się być tak odległy, że aż surrealistyczny? A może chodzi o coś jeszcze innego... Zawiera się tu zapewne jakaś tajemnica, czego wyrazem jest chłodna kolorystyka z dominacją błękitu i fioleto.

⁸ Brak kontaktu z autorką pracy uniemożliwił publikację dzieła



Ryc. 26. Emilija Jakubovskaja, temat: „Przemijanie”

Sylwia Wakuła odnalazłszy zdjęcie swego przodka, wykorzystała je do stworzenia rysunkowego portretu otoczonego bielą kartonu, która kojarzy się z nicością, tajemniczością, pustką...



Ryc. 27. Sylwia Wakuła, temat: „Przemijanie”

Beata Końca widzi przemijanie jako znikanie. Postać kobiety, którą na niedokończonym dziele widzimy jeszcze wyraźnie, na dokończonym obrazie zaczyna zlewać się z tłem, prawie znika.



Ryc. 28. Beata Końca, temat: „Przemijanie” (obraz w fazie tworzenia)



Ryc. 29. Beata Końca, temat: „Przemijanie” (obraz ukończony)

Rzeźba Marka Fiuka pokazuje, że przemijanie to proces, który jest powtarzającą się sekwencją zbliżonych do siebie elementów. Elementów postępujących jeden po drugim, rytmicznie jak w maszynie czasu. Jak film klatka po klatce. Użycie wypolerowanej blachy miedzianej daje każdej osobie, która tam zajrzy, możliwość zobaczenia własnego mglistego odbicia i w ten sposób wzięcia udziału w procesie przemijania, zaproponowanym przez autora.



Ryc. 30. Marek Fiuk, temat: „Przemijanie”

6. PODSUMOWANIE

Biorąc pod uwagę prace artystyczne młodych twórców, jak również dzieła sztuki z przestrzeni wieków, można wysnuć wniosek, że sztuka w szczeroci wypowiedzi nie omija tematu przemijania i starości, a wręcz często go podejmuje, by zwizualizować głębię przemyśleń i przeżyć z tym związanych. Boddźcem do twórczych realizacji jest nie tylko osobiste doświadczanie przemijalności czy starość bliskich osób, ale także własne przeżycia, wewnętrzne przekonania i myśli dotyczące tego tematu. Starość dość często była ukazywana w sztuce graficznej, czego dowodem są liczne przedstawienia portretowe. Czern kajarzy się z tajemnicą ulotności, a linearyzm rysunku uwydatnia fizjonomiczne szczegóły portretowanych osób dodając ekspresji graficznej kompozycji. Dziś forma i kolor artystycznego wyrazu częściej opiera się na symbolice i swego rodzaju niedopowiedzeniach, co daje odbiorcy możliwość własnej interpretacji tematu, z którym każdy jest związany od początku swego istnienia.

BIBLIOGRAFIA

1. Bury S. (S. B.) (1998), [W:] G. Durozoi (red.), *Słownik sztuki XX wieku* (s.230). Warszawa: Arkady
2. Kossowska I., *Narodziny polskiej grafiki artystycznej 1897-1917*, Kraków: Universitas
3. Ornstein_Van Slooten E, Holtrop M., Schatborn P., van der Coelen P., Hinterdich E. (2004), [W:] D. Galas (red.) *Ryciny Rembrandta. Wystawa ze zbiorów Museum Het Rembrandthuis w Amsterdamie*, Warszawa: Ośrodek Wydawniczy Zamku Królewskiego w Warszawie
4. Schüler U., Täuber R. E. (2010), *Skandal? Sztuka!*, Warszawa: Świat Książki
5. Stuhr M. (1987), *Hans Baldung Grien*, VEB E.A. Seemann Verlag Leipzig
6. Ullmann E. (1976), *Albrecht Dürer*, VEB E.A. Seemann Verlag Leipzig

OBRAZ LUDZKIEJ STAROŚCI W WYBRANYCH TEKSTACH BIBLIJNYCH

The picture of human old age in selected biblical texts

* Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, ORCID: 0000-0002-7923-4517

ABSTRACT

The picture of human old age that emerges from the Bible is remarkably accurate. Biblical editors manage to avoid the extremes of excessive pessimism and exaggerated optimism. Their realistic view of human old age is able to show both the light and dark side of this phenomenon. The key to understand the attitude of cheerful realism can be found where the foundations of biblical anthropology are laid – in the biblical creation narratives. Their editors seem to be inspired by the idea that there is space for every stage of human life in God's plan of creation, including old age and passing.

Keywords: *aging, old age, Hebrew Bible, priestly creation narrative, Gen. 1, Eccl. 12.*

STRESZCZENIE

Obraz starości człowieka, jaki wyłania się z kart biblijnych, cechuje się niezwykłą przenikliwością. Redaktorom biblijnym udaje się przy tym uniknąć skrajności nadmiernego pesymizmu i przesadnego optymizmu – ich realistyczne spojrzenie na fenomen starości jest w stanie ukazać zarówno blaski, jak i cienie podeszłego wieku. Klucz do zrozumienia tej postawy pogodnego realizmu, wydaje się spoczywać w tam, gdzie położony został fundament biblijnej antropologii – w biblijnych opowiadaniach o stworzeniu. Ich redaktorom przyświecała, jak się wydaje, myśl, że w Bożym planie stworzenia jest miejsce na każdy etap ludzkiego życia, również na starość i przemijanie.

Słowa kluczowe: Starzenie, Starość, Biblia hebrajska, Kapłańskie opowiadanie o stworzeniu, Rdz 1, Koh 12

1. WPROWADZENIE

„Zanim nadejdą dni niedoli i lata, o których powiesz:
«Nie mam w nich upodobania»”
(Koh 12,1)

Jednym z najbardziej przejmujących pytań, jakie rozbrzmiewają na kartach Biblii, jest to zawarte w Rdz 3,9 „[Człowieku,] gdzie jesteś?”. Czytając kolejne księgi Pisma Świętego, można odnieść wrażenie, że wiele tekstów biblijnych kryje w sobie próbę odpowiedzi na to właśnie podstawowe pytanie, które wypowiedział Stwórca przechadzający się po ogrodzie Eden w porze wieczornego powiewu, zaskoczony nieobecnością pierwszego człowieka. Zarówno pytanie, jak i podejmowane próby odpowiedzi jednoznacznie wskazują, iż obok perspektywy teologicznej, w Biblii niezwykle mocno zaznaczona jest perspektywa antropologiczna; że obok niezwyklej prawdy o Bogu – Biblia przekazuje również zupełnie niezwykłą prawdę o człowieku, o jego kondycji, doświadczeniach, poszukiwaniach, pragnieniach i tęsknotach. Częścią tej prawdy jest również zagadnienie ludzkiej starości. Poniższe studium stanowić będzie próbę uchwycenia zaledwie kilku elementów z niezwykle bogatego obrazu ludzkiej starości, jaki na kartach biblijnych odmalowali pisarze biblijni. Próbę tę podejmujemy, mając świadomość ograniczeń, jakie nakłada zarówno program konferencji „Wiosna jesieni”, w którym refleksja biblijna stanowi zaledwie jeden z wielu głosów naukowej symfonii, jak i ramy tej publikacji. Tym, co inspiruje do podjęcia wyzwania i wpływa nieco na formę tej refleksji, jest perspektywa uczestniczenia w naukowym dialogu o charakterze interdyscyplinarnym – dialogu, którego przedmiotem jest tak istotny aspekt prawdy o człowieku.

W kolejnych etapach naszego studium zwrócimy najpierw uwagę na negatywne odcienie biblijnego obrazu starości (1). Następnie przedstawimy pokrótce terminologię, którą posługują się autorzy biblijni (2). Wreszcie w ostatniej części spróbujemy wskazać na pewne pozytywne aspekty starości w myśli biblijnej (3).

2. STAROŚĆ – „DNI ZŁE” (KOH 12,1)

Żyjący w epoce V dynastii (w połowie III tysiąclecia przed Chrystusem) egipski mędrzec Ptah-hotep pisał:

O królu, mój panie!
Nastała starość, przyszedł wiek podeszły,
nadeszła słabość, wzrasta niemoc,
Jak dziecko śpi się przez dzień cały.
Przyćmiły się oczy, uszy ogłuchły,
Ubywa sił w ciągłym znużeniu,
Oniemiały usta nie mówią,

Serce – puste – nie pamięta przeszłości,
We wszystkich kościach ból czuję.
Złem stało się to, co było dobre, wszelki smak zniknął,
To, co czyni z ludźmi wiek podeszły, jest ze wszech miar złe.
Nos nie może złapać oddechu,
Ból odczuwam stojąc i siedząc.
(Lichtheim 1975, s. 62–63)

Jak zauważa Knight: „This poignant, almost pathetic depiction of the deterioration of one’s senses and bodily parts is among the most striking of its type” (2014, s. 142). Skrajnie pesymistyczna konkluzja wypowiedzi Ptah-hotepa („To, co czyni z ludźmi wiek podeszły, jest ze wszech miar złe.”) wydaje się obca antropologii biblijnej. Antropologia ta znajduje solidny fundament powtarzany jak refren w kapłańskim opowiadaniu o stworzeniu (Rdz 1,1–2,4a) stwierdzeniu: wayyar, ʾēlohîm kî-tôb, „I widział Bóg, że było dobre” (zob. Rdz 1,4.10.12.18.21.25), a w momencie stworzenia człowieka, nawet tôb mʾôd, „bardzo dobre” (Rdz 1,31). Powyższe stwierdzenie nie oznacza bynajmniej, że czytając teksty biblijne, skazani jesteśmy na nużący niekiedy monotonią, oderwany od aktualnej rzeczywistości opis kondycji człowieka w momencie stworzenia, zanim pierwotną harmonię zniszczył akt nieposłuszeństwa pierwszych rodziców. W Biblii spotkać możemy teksty, które siłą wyrazu i dosłownością opisu z powodzeniem mogłyby konkurować z wizją egipskiego mędrca. Opis starości Izaaka, niezdolnego rozróżnić swych potomków (zob. Rdz 27), kapłana Helego bezradnego wobec synów marnotrawiących jego kapłański autorytet (1 Sm 2,22–25), Barzillaja z Gileadu, który nie jest w stanie cieszyć się zaproszeniem, by zamieszkać na królewskim dworze (2 Sm 19,32–35), Dawida który, „tak się posunął w latach, że nie mógł się rozgrzać, choć okrywano go kocami” (1 Krl 1,1) czy Salomona, którego serce na starość „żony zwróciły ku cudzym bogom”, narażając na szwank jego reputację mędrca (1 Krl 11,1–8) – wszystkie te fragmenty zdradzają niezwykle realizm, szczerść, niekiedy zadziwiającą trafność autorów biblijnych w opisie tego, co dotyczy stanu człowieka w jego późnych latach (zob. Tronina 2011, s. 232). W naszym osobistym rankingu pozycję biblijnego mistrza w przekazie „ciemniejszej strony” prawdy o ludzkiej starości niepodzielnie dzierży mędrzec Kohelet, który kończy swoją Księgę poruszającym opisem ludzkiego przemijania:

Pomnij jednak na Stwórcę swego w dniach swej młodości, zanim jeszcze nadejdą dni niedoli i przyjdą lata, o których powiesz: «Nie mam w nich upodobania»; ² zanim zaćmi się słońce i światło, i księżyc, i gwiazdy, i chmury powrócą po deszczu; ³ w czasie, gdy trząść się będą stróże domu i uginać się będą silni mężowie, i będą ustawały kobiety mielące, bo ich ubędzie, i zaćmią się patrzące w oknach; ⁴ i zamkną się drzwi na ulicę, podczas gdy łoskot młyńna przycichnie i podniesie się do głosu ptaka, i wszystkie śpiewy przymilkną; ⁵ odczuwać się nawet będzie lęk przed wyżyną i strach na drodze; i drzewo migdałowe zakwitnie, i ociążała stanie się szarańcza, i pękać będą kapary;

bo człowiek zdążyć będzie do swego wiecznego domu i kręcić się już będą po ulicy płaczki; ⁶ zanim się przerwie srebrny sznur i stłucze się czara złota, i dzban się rozbije u źródła, i w studnię kołowrót złamany wpadnie; ⁷ i wróci się proch do ziemi, tak jak nią był, a duch powróci do Boga, który go dał. ⁸ Marność nad marnościami – powiada Kohelet – wszystko jest marnością. (Koh 12,1–8).

Wyrażona językiem wyszukanej poezji Koheletowa wizja starości i przemijania zbudowana jest z szeregu metafor, których znaczenie w wielu przypadkach wciąż pozostaje dla egzegetów wyzwaniem i tajemnicą. Mrok, będący rezultatem zaćmienia słońca, księżyca i gwiazd, połączony z przejmującą ciszą przerywaną tylko żalobnym lamentem płaczek snujących się po ulicach nadaje obrazowi apokaliptyczny rys końca czasów. Jeśli jednak pamiętamy, że Kohelet uwypukla tu przede wszystkim wymiar antropologiczny i personalny, odkrywamy, że apokalipsa ta rozgrywa się nie w makroskali kosmosu, ale w rzeczywistości mikrokosmosu, którym jest każdy człowiek. Poszczególne elementy tej apokalipsy dają się łatwo odnieść do konkretnych symptomów procesu starzenia (zob. Mazinghi 2001, s. 281–303; Smolarz 2015, s. 105). Wspomniane w wersecie 3. zaćmienie ciał niebieskich może sugerować słabnącą witalność i uchodzącą energię życiową. Metafora trzęsących się stróżów domu i uginających silnych mężów odnosić się może do słabnących kończyn człowieka. Wzmianka o ustaniu kobiet mielących, „bo ich ubędzie” może odnosić się do użębienia i trudności z przeżuwanym pokarmem, zaćmienie patrzących w oknach – do słabnącego wzroku. Drzwi zamknięte na ulicę mogą być metaforą zmysłów coraz słabiej odbierających bodźce z zewnątrz lub osłabienia relacji społecznych. W kolejnych obrazach czyni być może Kohelet aluzję do siwizny pokrywającej głowę osoby starszej (drzewo migdałowe, które kwitnie), zmian dotyczących głosu i sposobu mówienia osoby starszej (głos podniesiony do głosu ptaka), problemów z trawieniem, a może również problemów związanych ze sferą seksualną. Całości dopełnia obraz śmierci wyrażonej przez poczworną metaforę: przerwanego sznura, stłuczonej czary, rozbitego dzbana i złamanego kołowrotu. W wizji Koheleta proces ten wydaje się być rozumiany jako niemal odwrócenie dzieła stworzenia – jego kresem jest powrót prochu do ziemi – tak jak nią był, oraz powrót ducha do Boga, który go dał. Ostatnim zdaniem autora jest powtarzana w Księdze jak refren formuła *hābēl hābālīm* – „marność nad marnościami” (Koh 1,2; 12,8), przy czym marność rozumiana jest tu jako efemeryczność, przemijalność, nietrwałość (zob. Mazinghi 2001, s. 124–126).

Świadczący o głębokim realizmie Koheletowy obraz ludzkiej starości nie może być jednak uznany za jednoznacznie pesymistyczny i negatywny. W samej Księdze Koheleta jest on regularnie równoważony przez wezwania do radości. Są one na tyle częste, że zdaniem niektórych egzegetów pozwalają Koheleta określić mianem „preacher of joy” – kaznodzieją/głosicielem radości (Whybray, 1982). Wydaje się, że to cechujące Koheleta harmonijne połączenie z jednej strony tak przenikliwego realizmu oraz nienachalnego być może, lecz wyraźnego optymizmu, można transponować również na inne księgi biblijne. Ponieważ w pierwszej części mojego wystąpienia

skupiliśmy się przede wszystkim na pewnych negatywnych aspektach obrazu ludzkiej starości, w kolejnych częściach postaramy się uwypuklić elementy pozytywne, które tak widoczne są w materiale biblijnym.

3. TERMINOLOGIA BIBLIJNA

Jak się wydaje, warto rozpocząć od terminologii (zob. Ostański 2007, s. 134–158; Krawczyk 2001, s. 192–194). Hebrajski rzeczownik *zāqēn*, „starzec”, mający taką samą formę przymiotnik „stary”, a także terminy *zīqānāh* oraz *zēqūnīm*, oznaczające „starość” wywodzi się zazwyczaj od rzeczownika *zāqān* oznaczającego „brodę” – jako atrybut dojrzałego mężczyzny. Obok tych podstawowych terminów obrazowy język Biblii Hebrajskiej posługuje się całym szeregiem wyrażen synonimicznych, takich jak np.:

- „Siwe włosy” czy też „osiwieć”. Jakub, lękając się o życie Beniamina, mówi do swoich pozostałych synów: „Jeśli go spotka jakie nieszczęście, gdy pójdzie z wami, sprawicie, że moja siwizna zstąpi do Szeolu i to w wielkim żalu!” (Rdz 42,38). Księga Kapłańska zachęca do szacunku wobec starszych nakazując: „Przed siwizną wstaniesz, będziesz szanował oblicze starca, w ten sposób okażesz bojaźń Bożą. Ja jestem Pan!” (Kpł 19,32). Księga Daniela używa atrybutu siwych włosów w opisie samego Boga: „Patrzyłem, aż postawiono trony, a Przedwieczny zajął miejsce. Szata Jego była biała jak śnieg, a włosy na Jego głowie jakby z czystej wełny” (Dn 7,9).
- „Sytość przeżytych dni” – element „sytości dni” pojawia się w opisie niezwykłych postaci biblijnych: Abrahama, króla Dawida, kapłana Jojady, Hioba. „A gdy Abraham dożył lat stu siedemdziesięciu pięciu, zbliżył się kres jego życia i zmarł w późnej, lecz szczęśliwej starości, syt życia, i połączył się ze swoimi przodkami” (Rdz 25,7–8).
- „Stary, sędziwy, podeszły wiekiem” (hbr. *yāšīš*). Cierpiący Hiob w rozmowie ze swymi przyjaciółmi wydaje się podważać tradycyjną myśl wyrażoną w przekonaniu, że „U starców tylko mądrość, a rozum u wiekiem podeszłych” (zob. Hi 12,12)
- „Posuwać się w latach, starzeć się, osłabnąć” (hbr. *‘ātēq*). W Ps 6,8 czytamy: „Od smutku oko moje mgłą zachodzi, starzeje się z powodu wszystkich mych wrogów”.
- W Ps 90,10 – jednym z klasycznych tekstów biblijnych na temat podeszłego wieku – czytamy: „Czas naszych dni – to lat siedemdziesiąt lub, gdy jesteśmy mocni, osiemdziesiąt; a większość z nich – to trud i marność, bo szybko mijają, my zaś odlatujemy”. Użyty tu rzeczownik *gəbūrāh*, oddany w tłumaczeniu jako „strength” oznaczać może „długowieczność”, „dzieła których dokonał mężczyzna, który dożył określonego wieku i może cieszyć się synami i wnukami”.
- „Znoszony płaszcz, zniszczona szata”. Hebrajski czasownik *blh* może odnosić się do zniszczonej, znoszonej odzieży, do zniszczonej ziemi, ale czterokrotnie pojawia się w odniesieniu do człowieka. W Rdz 18,12 90-letnia Sara, nie dowierzając obietnicy potomstwa, mówi: „Teraz, gdy przekwitłam, mam doznawać rozkoszy, i mój stary mąż?”

- Warto również wspomnieć charakterystyczny termin „starsi” na określenie elity danej społeczności, grupy sprawującej władzę, względnie służącej jako ciało doradcze władcy. Przywilej ten niekoniecznie wiązał się z podeszłym wiekiem. Termin ten tłumaczony zazwyczaj na język grecki jako πρεσβύτεροι, w NT używany jest na określenie ludzi odpowiedzialnych za gminy chrześcijańskie, mających autorytet w danej wspólnocie.

Jak podkreślają egzegeci (Ostański 2007, s. 146; Krawczyk 2011, s. 194), terminologia hebrajska jest przede wszystkim bardzo obrazowa. Na szczególną jednak uwagę zasługuje fakt, że używane w języku hebrajskim określenia podeszłego wieku mają zazwyczaj wydźwięk pozytywny. Tylko w nielicznych przypadkach ich zabarwienie jest negatywne.

4. „CZCIGODNA STAROŚĆ” (MDR 4,8). STAROŚĆ ZNAKIEM BŁOGOSŁAWIENSTWA

Podeszły wiek jawi się w Biblii jako namacalny znak Bożego błogosławieństwa. Nie tylko liczba przeżytych lat, lecz również to wszystko, co związane może z długim życiem i podeszłym wiekiem, jak choćby dzieci, wnuki, zdobyte bogactwo – każdy z tych elementów jest w Biblii postrzegany jako owoc Bożego błogosławieństwa. Jak czytamy w zakończeniu Księgi Hioba:

Pan błogosławił Hiobowi, tak że miał czternaście tysięcy owiec, sześć tysięcy wielbłądów, tysiąc jarzm wołów i tysiąc oślic. ¹³ Miał jeszcze siedmiu synów i trzy córki. ¹⁴ Pierwszą nazwał Gołębicą, drugą – Kasją, a trzecią – Rogiem-z-kremem-do-powiek. ¹⁵ Nie było w całym kraju kobiet tak pięknych jak córki Hioba. Dał im też ojciec dziedzictwo między braćmi. ¹⁶ I żył jeszcze Hiob sto czterdzieści lat, i widział swych synów i wnuków – cztery pokolenia. ¹⁷ Umarł Hiob stary i w pełni dni. (Hi 42,12-17).

Szczególnym bogactwem, które w myśli biblijnej kojarzone bywa z ludźmi w podeszłym wieku, jest doświadczenie i mądrość (zob. Bogacz 2015; s. 23–30). W sapiencjalnej tradycji Izraela mądrość ta ma przede wszystkim wymiar praktyczny. Owocem długiego życia może być wiedza o tym, jak żyć! I znów – wiedza ta ma wymiar praktyczny i bardzo praktyczne konsekwencje. Długowieczność bywa przedstawiana w Biblii jako umiejętność dokonywania słuszych wyborów, jako owoc wierności przykazaniom: „Czcij twego ojca i twoją matkę, abyś długo żył na ziemi, którą Pan, Bóg twój, ci daje” (Wj 20,12). I choć autorzy biblijni mają świadomość, że podeszły wiek sam w sobie nie jest gwarantem ani mądrości, ani prawości – to jednak w Biblii bardzo często spotkać można wezwanie do szacunku wobec starszych, zwłaszcza starszych rodziców: „Słuchaj ojca, który cię zrodził, i nie gardź swą matką, bo jest staruszką” (Prz 23,22).

A w Księdze Syracha czytamy: „Synu, wspomagaj swego ojca w starości, nie zamuczaj go w jego życiu. A jeśli by nawet rozum stracił, miej wyrozumiałość, nie pogardzaj nim, choć jesteś w pełni sił” (Syr 3,12–13).

Obecność osób starszych w społeczeństwie (a więc osób, które wraz z dziećmi tworzą grupę obywateli najbardziej bezbronnych i narażonych na krzywdę i niesprawiedliwość) jest znakiem pokoju i harmonii, by przywołać tylko wzruszający obraz z Księgi Zachariasza.

Tak mówi Pan: «Powrócę znowu na Syjon i zamieszkać znowu w Jeruzalem. I znowu Jeruzalem nazwę Miastem Wiernym, a górę Pana Zastępów – górą świętą». ⁴ Tak mówi Pan Zastępów: «I znowu staruszkowie i staruszki zasiądą na placach Jeruzalem, wszyscy z laskami w ręku z powodu podeszłego wieku. ⁵ I zaroją się place miasta od bawiących się tam chłopców i dziewcząt» (Za 8,3–5).

W tym samym kluczu długowieczność, według zapowiedzi proroka Izajasza, ma być znakiem charakterystycznym czasów ostatecznych: „Nie będzie już w niej niemowlęcia, co miałyby żyć tylko kilka dni, ani starca, który by nie dopełnił swych lat; bo najmłodszy umrze jako stuletni, a nie osiągnąć stu lat, będzie znakiem klątwy” (Iz 65,20) (zob. Smolarz 2015, s. 106–107).

Niezwykle interesującym elementem wskazującym na potencjał starszego wieku jest fakt, że na kartach biblijnych spotykamy szereg opisów szczególnych powołań, które dotyczą nie tyle osób młodych, ale właśnie starszych – by przywołać tylko Abrama powołanego w wieku 75 lat, Sarę obdarowaną macierzyństwem w późnej starości, Mojżesza odnalezionego przez Boga na pustyni, gdy dożywał swych 80 lat. W tych samych kategoriach możemy patrzeć na szczególną rolę, którą odgrywają osoby starsze w opowiadaniach biblijnych, by przywołać tylko Zachariasza i Elżbietę, Symeona i Annę (zob. Rosik 2014).

Przykłady pozytywnego spojrzenia na problem starości na kartach biblijnych można by mnożyć. Wydaje się jednak, że to nie statystyka decyduje ostatecznie o wartości biblijnego spojrzenia na ludzką starość. Jak wspomnieliśmy w pierwszej części naszego studium, antropologia biblijna zakorzeniona jest w pierwszych rozdziałach Księgi Rodzaju. Analizując biblijną naukę o stworzeniu, odkrywamy, że czasowość, zmienność i przemijalność „od początku” (zob. Rdz 1,1) wpisane są w strukturę stworzonego świata, mają swoje miejsce i swoją rolę w kosmosie stworzonym przez Boga (zob. Chrostowski 2007). A ponieważ widział On „że wszystko, co uczynił, było bardzo dobre” (Rdz 1,31), ciągłym wyzwaniem pozostaje dla nas patrzeć na tyle przenikliwie, by nieustannie – „na Jego obraz i podobieństwo” (zob. Rdz 1,26) – dostrzegać wartość i sens oraz troszczyć się o życie – również to dotknięte przemijaniem.

5. PODSUMOWANIE

Na zakończenie chciałbym jeszcze raz powrócić do wspomnianego wcześniej biblijnego fundamentu antropologicznego. Zanim to uczynię, proszę mi wybaczyć małą prowokację, jaką na sympozjum organizowanym przede wszystkim pod kątem nauk społecznych mogą stanowić słowa zaczerpnięte z pewnej monografii na temat biblijnych aspektów starości. Autor, którego nazwisko w tym specyficznym kontekście być może należałoby pominąć – choć ze względu na walor egzegetyczny jego pracy jest ono ze wszech miar godne przytoczenia – pisze:

Biblijna perspektywa podeszłego wieku ma walor wyjątkowy i nie może być traktowana jako uzupełnienie stwierdzeń o starości człowieka, które komunikuje mu psycholog, socjolog czy geriatra. Jest raczej odwrotnie: wiedza tamtych badaczy powinna stanowić jedynie skromne dopowiedzenie do tych pouczeń, których ludziom udziela Stwórca (Ostański 127).

Choć nie sądzę, by słowa te mogły zyskać tu powszechny aplauz i akceptację – to przyznam, że żywię nieśmiałą nadzieję, że naszkicowany tu bardzo ogólnie biblijny wymiar tematu podeszłego wieku może obudzić jednak pewne zainteresowanie. Podejście autorów biblijnych, którzy skutecznie unikają dwóch skrajności: zarówno gerontokracji, jak i gerontofobii... Wizja świata i człowieka, który dobry wyszedł spod Bożych palców – uczyniony według planu, w którym jest miejsce na każdy z etapów ludzkiego życia, w którym jest miejsce również na przemijanie: człowieka i świata, mikro- i makrokosmosu; na przemijanie, które nie jest znikaniem w nicości i pustce; na przemijanie, które „ma sens, ma sens, ma sens...” (cf. Jan Paweł II 2003). Taka wizja wydaje mi się dziś tak bardzo aktualna i tak bardzo potrzebna.

BIBLIOGRAFIA

1. Bogacz R. (2015). Starość w Biblii. W: J. Dziedzic (red.), *Starość. Problem czy szansa? Refleksja pastoralnoteologiczna*, s. 13–44. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UPJPII.
2. Chrostowski W. (2007). Czy Adam i Ewa mieli nie starzeć się i nie umierać? Egzegetyczny przyczynek do nauczania o nieśmiertelności pierwszych ludzi. W: R. Bogacz, W. Chrostowski (red.), *Verbum caro factum est. Księga pamiątkowa dla Księdza Profesora Tomasza Jelonka w 70. rocznicę urodzin*, s. 151–179. Warszawa: Stowarzyszenie Biblistów Polskich.
3. Jan Paweł II (2003). *Tryptyk rzymski: medytacje*. Marek Skwarnicki (posłowie). Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM.
4. Knight D. A. (2014). Perspectives on Aging and the Elderly in the Hebrew Bible. *Interpretation*; 68(2): 136–149.
DOI: <https://doi.org/10.1177/0020964313518179>.
5. Krawczyk R. (2011). Biblijne podstawy gerontologii. *Studia Elbląskie*; 12: 187–199.

6. Lichtheim Miriam (ed.) (1975). *The Instruction of Ptahhotep*. W: Lichtheim Miriam (ed.), *The Old and Middle Kingdoms Ancient Egyptian Literature: A Book of Readings, Vol. I: The Old and Middle Kingdoms*, s. 61–80. Berkley – Los Angeles– London: University of California Press.
7. Mazzinghi L. (2001). *Ho cercato e ho esplorato. Studi sul Quohelet*. Bologna: EDB.
8. Ostański P. (2007). *Historiozbawcza wizja starości w Piśmie Świętym. Studium egzegetyczno-teologiczne*. Poznań: Wydział Teologiczny UAM.
8. Rosik M. (2014). *Starość pobłogosławiona przez Boga. Studium postaci w Łk 1–2*. *Verbum Vitae*; 24: 117–134. DOI: <https://doi.org/10.31743/vv.1561>.
9. Smolarz S. (2015). *Pozytywne i negatywne odcienie starości w Biblii Hebrajskiej*. *Theologica Wratislaviensia*; 10: 99–108.
10. Tronina A. (2011). *Biblia o ludziach starszych*. *Vox Patrum*; 31(56): 231–239.
11. Whybray R.N. (1982). *Qohelet, Preacher of Joy*. *Journal for the Study of the Old Testament*; 32: 87–98.

**STARY CZŁOWIEK I WODA.
DZIAD I JEGO KLĄTWA. NIEKONWENCJONALNE
PRZEŻYWANIE JESIENI ŻYCIA W FILMIE
JAŃCIO WODNIK JANA JAKUBA KOLSKIEGO¹**

***The old man and the water. The beggar and his curse.
Unconventional experiencing of the „autumn of life” in
the film Jańcio Wodnik by Jan Jakub Kolski***

* ORCID: 0000-0001-6253-5578

ABSTRACT

This article deals with the issue of old age and the complicated and unconventional process of spiritual maturation in Jan Jakub Kolski's film Jańcio Wodnik. The structure of the text is based on comparison of the main character's story with the water theme as a component of magicity existing in folk culture. The film character of the beggar was developed on the same principle. Water in the film Jańcio Wodnik exerts a huge influence on the life of the main character, causes his defeat and loss of dignity. Jańcia's journey ended in failure and a moral defeat. As an „old man”, he lost what is extremely important and precious at this stage of his life: dignity, respect from others, inner peace and God's blessing. The second analyzed character who evoked associations with old age was a beggar-grandfather. The way of experiencing old age by the film grandfather is not universal or common. On the contrary, it associates with the magical, the transcendent, and especially with the demonic. He turns out to be the main creator of magical events, because his curse on the inhabitants of Brzustów has the driving force.

Keywords: film, Kolski, old age, water, grandfather

STRESZCZENIE

Artykuł dotyczy zagadnienia starości oraz skomplikowanego, niekonwencjonalnego procesu duchowego dojrzewania przedstawionego w filmie *Jańcio Wodnik* Jana Jakuba Kolskiego.

Struktura tekstu opiera się na porównaniu historii głównego bohatera z motywem wody jako komponentem magiczności istniejącym w kulturze ludowej. Na tej

¹ Referat ten bazuje na pracy magisterskiej autorki, napisanej w Zakładzie Kultury Polskiej UMCS, pod kierunkiem prof. dr hab. Jana Adamowskiego i obronionej w 2017 roku (temat: Realizm magiczny w wybranych filmach Jana Jakuba Kolskiego)

samej zasadzie opracowana została filmowa postać żebraka.

Woda w filmie *Jańcio Wodnik* wywiera ogromny wpływ na życie głównego bohatera, powoduje jego klęskę i utratę godności. Wędrownka Jańcia zakończyła się przegraną i moralną klęską. Jako stary człowiek Jańcio utracił to, co w tym etapie życia jest niezmiernie ważne i cenne: godność, szacunek innych, wewnętrzny pokój i Boże błogosławieństwo.

Drugim analizowanym bohaterem filmu, który wywoływał skojarzenia z starością, był dziad żebrak. Sposób doświadczania przez niego starości nie jest powszechny czy pospolity. Przeciwnie, asocjuje z magicznością, nadzmysłowością, a szczególnie z demonicznością. Dziad okazuje się być głównym motorem wydarzeń magicznych, ponieważ jego klątwa na mieszkańców Brzustowa ma moc sprawczą.

Słowa kluczowe: film, Kolski, starość, woda, dziad

1. WPROWADZENIE

W swojej pracy chciałabym przyrzeć się kreacjom pojawiającym się w filmie *Jańcio Wodnik* Jana Jakuba Kolskiego: tytułowemu bohaterowi dzieła oraz postaci dziada, wpisującego się w funkcjonalno-semantyczną charakterystykę żebraka i śpiewającego dziada wędrownego u Słowian.

Analiza tej filmowej opowieści, stworzonej w konwencji realizmu magicznego posłuży dokonaniu egzemplifikacji oryginalnego ujęcia zagadnienia starości oraz skomplikowanego procesu duchowego dojrzewania (a także dramatycznego odkrywania swojego życiowego powołania).

Aspekt starości ma charakter złożony, wieloaspektowy, dychotomiczny w perspektywie aksjologicznej. W dziełach Kolskiego problematyka ta jest silnie eksplloatowana, ujmowana w różnych poetykach, często w sposób niekonwencjonalny w stosunku do obrazu tego zagadnienia funkcjonującego w kulturze popularnej.

Struktura niniejszych rozważań opiera się na zestawieniu historii głównego bohatera z motywem wody jako komponentem magiczności istniejącym w kulturze ludowej. Na tej samej zasadzie opracowana została filmowa postać dziada.

Praca ma pokazać, w jaki sposób reżyser wizualizuje to, co wspólne dla ich obrazu utrwalonego we wspomnianej kulturze ludowej oraz to, co dzięki jego inwencji twórczej jest w stosunku do niej niekonwencjonalne. Dzięki tym analizom uzyskamy finalnie wyłaniające się z dzieła Kolskiego ciekawe, nieszablonowe ujęcie tematu starości.

2. WIELKA PRZEMIANA W ŻYCIU PROSTEGO GOSPODARZA – JAŃCIA Z BRZUSTOWA. MEDITACJA NIEMŁODEGO MĘŻCZYZNY NAD SENSEM WŁASNEGO ISTNIENIA I POWOŁANIA

Jańcio to gospodarz z Brzustowa, a także mąż dużo młodszej od niego Weronki. Różnica wieku w ich małżeństwie jest znacząca i niezwykle charakterystyczna. Weronka jest młodą, żywotną, pełną wigoru kobietą (w tej roli Grażyna Błęcka-Kolska). Z kolei fizjonomia Jańcia w kreacji Franciszka Pieczki automatycznie wywołuje w nas, widzach, skojarzenia ze starością i sprawia, że w naszych głowach pojawiają się takie sformułowania jak: zmierzch życia, sędziwy wiek, stare lata. Siwy włos na jego głowie i refleksyjne, medytacyjne usposobienie zmuszają nas do odczuwania szacunku do tego wiejskiego, nieco zdziwaczałego filozofa, lecz jednocześnie dobrego i poważanego gospodarza. Małżonkowie różnią się nie tylko wiekiem czy naznaczonym przezeń wyglądem zewnętrznym. Ich doświadczenie życiowe, mądrość, zrozumienie zjawisk otaczającego świata zdają się również być na innym poziomie. Weronka jest prostą, łagodną, pokorną kobietą, podporządkowaną mężowi. Jańcio jawi się jako mąż patriarcha, mędrzec posiadający dużą życiową wiedzę i poniekąd też dar poznania.

W filmie tym duże znaczenie przypisywane wodzie objawia się już w samym tytule. Motyw tego żywiołu odegrał dużą rolę w życiu Jańcia z Brzustowa.

Wszystko zaczyna się od sytuacji, gdy Jańcio wychodzi na dwór wylać brudną wodę po umyciu nóg. Na placu przed obejściem widzi kaczkę z małymi kaczkami i cicho mówi: „*Ładny świat zobaczyłem w jednej chwili*”. Następnie chlusta wodę z miski i śmieje się do siebie. Jak czytamy w noweli, która stała się podstawą do realizacji filmu:

Wtedy stało się coś, co miało zaciążyć nad całym dalszym Jańciowym życiem. Woda z miski zamiast wsiąknąć w ziemię, jak to ma w zwyczaju, złożyła się w czysty strumień i zawinęła w koło. Za chwilę spadła na ziemię tuż przy rogu chałupy. Jańcio patrzył jak urzeczony. Woda przecząc Jańciowemu prawu ziemskiego obciążenia – zaczęła się wspinać po węgle chałupy. Zawinęła się na tyczkach drabiny, przykleiła do cegieł i popłynęła do góry. Stary zadarł głowę. Nie mógł widzieć, jak woda z jego nóg znalazła dla siebie miejsce w bocianim gnieździe. Wypełniła je do połowy, nie przeciekając ani kroplą przez dziurawe boki (Kolski, 1993).

Mężczyzna z wielkim zdziwieniem stwierdza: „Woda żyje, żywa woda!” (Kolski, 1993). Kiedy Weronka doi krowę, mężczyzna wyraża chęć umycia jej nóg:

- I co z tego będzie?
- Z czego?
- No z tego mycia nóg.
- Brudna woda będzie.

- Nic więcej?
 - Czyste nogi jeszcze będą.
 - I nic więcej?
 - A to mało, Weronka?
- Kobieta nie odpowiedziała. Zamilkła na chwilę mierzając się w środku z Jańciowymi słowami.
- I tak co dzień od teraz będziesz mi nogi umywał?
 - Czasem ci umyję. Pan Jezus czasem umywał stopy prostego ludu.
 - Ty chcesz powiedzieć przez to, że ja, Weronka, jestem prosty lud, a ty, Jańcio – Pan Jezus oczywiście?
 - Tak mi się tylko powiedziało, Weronka...
 - Tak mi się tylko powiedziało! To nie mogło ci się powiedzieć inaczej? Do gęby nie ma co włożyć. Ziemia ugorem leży, ludzie się z nas śmieją, a on nogi myje! Pan Jezus z Brzustowa...To może po wsi pójdz i wszystkim umyć kulasy (Kolski, 1993).

Jańcio jednak już jej nie słucha. Wybiega z domu i wylewa z miski wodę. Ta natomiast leci do bocianiego gniazda, w którym w tajemniczy sposób pojawiły się kacuszki. „A czy to od razu wiadomo, do czego człowiek jest przeznaczony” - tak Jańcio komentuje to, czego stał się świadkiem. Ziarno niepokoju w jego umyśle zostało zasiane, dlatego też postanawia wykonać pewne doświadczenie. Idzie do spiżarki. Odlewa z butelki wino, stawia ją na stół i napełnia wodą. Następnie odrywa od chleba spory kawałek i także zostawia go na stole.

Mężczyzna jest zaniepokojony sytuacją, w jakiej się znalazł. Targają nim sprzeczne uczucia i namiętności. Boi się tego, co go czeka. Czuje lęk i niepokój.

I tutaj już tak naprawdę zaczyna się wędrówka Jańcia, nie tylko w kierunku rzeczywistego pójścia w świat. Bohater rozpocznie bowiem długą drogę w głąb samego siebie. Zaobserwowany cud z wodą sprawia, że zaczyna on myśleć, medytować, zgłębiać własne wnętrze i snuć rozważania na temat tego, kim jest. Można uznać, że są to poniekąd pierwsze formy autoanalizy, próby samopoznania, wykorzystania nieświadomie praktyki wglądu w siebie, ale czy aby na pewno we właściwy sposób? Przeczuwanie własnej wyjątkowości to także pierwszy krok ku zagrożeniu „pompowania narcystycznej strony ego” (Wahl, 2015), to wkraczanie na drogę pychy, próżności oraz tragicznych konsekwencji uznania siebie za proroka, kogoś nadzwyczajnego. To również początek urojeń wielkościowych.

Jednakże na razie Jańcio nie jest pewny swoich możliwości i zasypia, utulony i ukołyszany przez Weronkę jak nieporadne i słabe, bezbronne dziecko.

Rano Jańcio sprawdza, czy na stole w spiżarni nie wydarzyło się coś niezwykłego. Okazuje się, że woda nie przemieniła się w wino i chleb nie rozmnożył się. Wszystko było tak, jak to zostawił:

„Nie jestem Pan Jezus na szczęście. Nie jestem nawet święty Bylekto, ale jestem Jańcio Wodnik od Posłusznej Wody i muszę iść w świat. Takie widać moje zadanie...” (Kolski, 1993) Zaczyna szykować się do drogi i żegna się ze swoją żoną.



Źródło: http://www.alekinoplus.pl/program/film/jancio-wodnik_2855

Wziąwszy drewniany cebrzyk z wodą, wyrusza w drogę. Na początku swojej wędrówki chce sprawdzić swoje umiejętności, uczynić jakiś mały znak. Postanawia zamówić deszcz. Zwraca się do Boga z takimi słowami: „Panie Boże, to ja, Jańcio z Brzustowa, ten od posłusznej wody. Poproszę Cię Panie Boże o deszcz, deszczyk, taki wiosenny kapuśniaczek, parę tam kropli tylko...” (Kolski, 1993).

Okazuje się, że Bóg wysłuchuje jego prośby. Tytułowy bohater utwierdza się w przekonaniu, że został wybrany przez Stwórcę do pełnienia niezwykle ważnej misji.

W sąsiedniej wsi zadziwia go duże skupisko ludzi, otaczających zakopanego w ziemi po szyję mężczyznę, którego trafił piorun:

– *Ludzie! Wykopcie go! Dajcie spróbować ratunku!*

– A ty kto?

– A czy to ważne, kto ja taki? Dajcie spróbować ratunku. Jak nie pomogę, to mnie psem poszczujecie, a jego zakopiecie jeszcze raz... razem z głową. A jak pomogę? Zdejmijcie mi z pleców ten cebrzyk (Kolski, 1993).

Jańcio myje nogi mężczyzny i po chwili czuje, że się one ocieplają. Człowiek trafiony przez piorun wraca do świata żywych, zaś Jańcio zostaje uznany za świętego. I tak rozpoczyna się nowa era w jego życia, czas leczenia i uzdrawiania ludzi.

3. WODA JAKO SYMBOL DARU I PRZEKLEŃSTWA OD BOGA W ŻYCIU JAŃCIA. ASPEKT ZNACHORSTWA W FILMACH KOLSKIEGO

Mylne jest stwierdzenie, że we współczesnych czasach na fali powszechnego rozwoju nauk aspekt znachorstwa zostanie restrykcyjnie wyeliminowany ze społeczeństwa. Pomimo postępu medycyny wciąż zaobserwować można, że nie tylko ludzie prości, ale także przedstawiciele inteligencji deklarują swą często bezgraniczną wiarę w moc uzdrawiania znachorów (Radzicki, 1960).

Jak pisze Józef Radzicki (1960): „wiara w znachorów i ich moc uzdrawiania sięga początków ludzkości, a jej podstawą jest zabobon“ (s. 13).

Szczególne zaufanie do nadnaturalnych zdolności znachorów mieli zawsze mieszkańcy dawnych społeczności wiejskich:

Jak stwierdza Mazurkiewicz (1950), „w życiu człowieka pierwotnego – olbrzymią rolę odgrywają dynamizmy myślenia magicznego (prelogicznego). One są np. źródłem powstawania pojęć o demonach, centaurach, czarach itp.” (s. 95).

Jańcio jako znachor opuszcza rodzinny dom i udaje się z misję uzdrawiania i leczenia ludzi. Pomaga między innymi chorej dziewczynie, która tak rozpacziała, gdy zostawił ją kawaler, że oczy jej zaszyły ropą i zaczęły z nich wychodzić dwucentymetrowe robaki.

„Pan Jezus z Brzustowa” zaczyna się cieszyć powszechnym uznaniem i szacunkiem. Otrzymuje dużo podarunków stanowiących dowód wdzięczności za uratowanie życia bądź zdrowia. Wzbogaca się znacznie. Ma też wiele kochanek, ponieważ stale zwiększa się grono jego adoraterek i wielbicielek.

Z pokornego, cichego mędrca o filozoficznym usposobieniu i refleksyjnym spojrzeniu, przemienia się w wiejskiego lwa salonowego, przekonanego o własnej wyjątkowości i posiadaniu nadnaturalnych zdolności, które uprawniają go do przyjmowania hołdów i uwagi. Przyjrzyjmy się relacji następującego fragmentu literackiego pierwowzoru Jańcia Wodnika:

Pod wieczór od Sługocic nadjechał Jańcio. Mało powiedzieć – Jańcio. Nadjechała cała kompania, cały orszak królewski – bogaty, rozgadany i rozpustny. A było tak mniej więcej: Najpierw jechała resorka w dwa kare konie. Siedziało na niej czterech Cyganów i grało muzykę. Za nią jechała bryczka w dwa gniade konie, a w bryczce panny i kawalery – jak z obrazka – pijący gorzałkę, jedzący i całujący się. Potem szło dwudziestu chłopów – mocarnych jeden w drugiego. Dźwigali na ramionach nowiutkie auto warszawę. Za nimi dopiero nadjechał Jańcio w bryczce, jakiej Weronce nie dane było dotąd widzieć. Ciągnęły ją dwa siwki.

Jańcio ubrany był w kozuch z długą wełną. Na szyi miał złote łańcuchy, na palcach pierścienie. Obok siedziała Oczyszczona ubrana równie pięknie, ale smutna, zamyślona. Naprzeciw Jańcia i Oczyszczonej siedziały dwie piękne kobiety z miasta. Poznać to można było od razu po umalowaniu i zachowaniu.

Pozakładały nogi na nogi, popozowały się i patrzyły z góry.

Za bryczką jechał wóz cygański, za wozem cygańskim Stygma na motorze, ze śliczną miejską panią w koszu.

W pewnym oddaleniu postępowała za orszakiem schorowana biedota, czekająca na swoją kolejkę do Jańcia. Były tam wózki inwalidzkie, byli chromi wspierający się na kulach, byli sparaliżowani niesieni na noszach przez rodziny i bliskich.

Taki to pochód zobaczyła Weronka (Kolski, 1993).

Jańcio spotkawszy się z Weronką traktuje ją okrutnie. Upokarza i ośmiesza przed rzeszą swoich utrzymanek i drwi sobie z niej w sposób jak najbardziej ordynarny i wulgarny.

Dobra passa jednak szybko się kończy. Jańcio ostatecznie ponosi całkowitą klęskę życiową. Weronka rodzi jego syna z ogonkiem diabelskim. On sam okazuje się być fałszywym prorokiem. Cuda, których rzekomo dokonywał, zostają bowiem „odwrócone”. Ludzie wyleczeni przez niego z różnych chorób na nowo stają się chromi, cierpiący i pokraczni:

Pewnego dnia Jańcio budzi się i krzyczy do swojego towarzysza:

„Stygma! Pić! Stygma, pić!”

Nikt jednak mu nie odpowiada. Z przerażeniem stwierdza, że zniknęli ludzie, konie, wozy, tron. Została tylko jego żona Weronka trzymająca na rękach syna z ogonkiem oraz wierna i szczerze mu oddana jasnowłosa dziewczyna, którą niegdyś ocalił od wyżerających jej źrenice robaków.

Mężczyzna nie może uwierzyć w to, co się stało. Wydaje z siebie spazmatyczny krzyk:

– Nie! Nie może być! Mów.

Weronka jednak milczy.

– No mów. Nie będę bił.

– Przecież nigdy nie biłeś, Jańcio.

– Ale teraz mogę przywalić. Powiesz wreszcie?

– Przyszli rano ze wsi. Nagadali, że powracały choroby u ludzi. Te, co to je wyleczyłeś niedawno. Ktoś umarł, kto inny ośleplł na nowo, a komuś tam wrócił paraliż, a wszystko to podobno przez to, że to ty jesteś ojciec diabełka. Pieniądze chcieli odebrać. Ten twój pomagier uciekł, to wzięli, co było pod ręką, a ciebie wynieśli na pole. Nawet ubić chcieli na początku, ale postraszyłam ogonkiem (Kolski, 1993).

Jańcio pokornie wraca do domu z żoną i napiętowanym przez swój defekt synem. Następných kilka lat spędzi na symbolicznym cofaniu czasu. Nie uda mu się jednak tego dokonać. Jego wysiłki spełzną na niczym, ponieważ nie da się cofnąć czasu nawet w mitycznej, magicznej czasoprzestrzeni wykreowanej przez Kolskiego. Możliwe tylko, że Jańcio zaczyna rozumieć, że to, co mu się przytrafiło, to była próba, na jaką wystawił go Pan Bóg, on sam zaś stał się ofiarą złego uczynku złego człowieka i rzuconej klątwy wędrownego dziada.

Jańcio jako znachor okazał się całkowicie przegrany człowiekiem, fałszywym prorokiem. Jego rzekome cuda boże ostatecznie zaczęły funkcjonować jako dzieło diabelskie, sam Jańcio zaś – jako oszust i obłudnik.

4. UKAZANIE PRZEZ KOLSKIEGO CECH WODY UTRWALONYCH W FOLKLORZE

4.1. Wszechobecność i siła żywiołu wody

Woda to podstawowy element rzeczywistości, niezbędny do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka w jego codziennej egzystencji: „Uznawana jest za genezę wszelkiego bytu, podstawę świata, substancję ożywczą dla roślin, eliksir zapewniający moc i nieśmiertelność” (Wójtowicz).

W najstarszych kulturach zaś wodę uznawano za „odwieczną materię, prapoczątek wszelkiego istnienia” (Majer-Baranowska, 1999, s.153).

W wielu kulturach woda była otaczana czcią. Dowodem tego był fakt istnienia wielu związanych z nią zakazów i nakazów. Jak podaje Piotr Kowalski (2007) w polskiej kulturze ludowej funkcjonowało przekonanie o karze za lekceważące potraktowanie wody.

W filmie *Jańcio Wodnik* żywioł wody jest wszechobecny i ma ogromną siłę. Woda jest pewnego rodzaju konstruktem otaczającego świata. To ona wyznacza losy bohaterów, staje się motorem ich decyzji, a później działań. Jest w tym filmie dominantą kompozycyjną. Posługując się kolokwializmem, możemy stwierdzić, że wszystko w tym filmie „kręci się” wokół wody. Zarówno pozytywne, jak i negatywne zachowania głównego bohatera spowodowane są wpływem, jaki wywiera na niego woda.

Jej symbolika, wieloznaczność, magiczna moc w większości scennabierają znaczenia filozoficznego. Najpierw widzimy Jańcia myjącego nogi wodą z miski, następnie chluśnięcie przez niego wodą na domowe podwórze i jej przeniesienie czy też spłynięcie do góry (do ptasiego gniazda). Kolejnym dowodem na wszechogarniającą rolę wody jest scena, w której Jańcio wykonuje pewien eksperyment po to, by sprawdzić, czy woda przemieni się w wino, a co za tym idzie – czy on sam jest kimś na kształt „Jezusa z Brzustowa”. Woda jest zatem jakby ostatnią myślą Jańcia przed zaśnięciem, czymś w rodzaju zbliżającego się fatum. Opanowuje ona jego umysł, serce, wolę. Kiedy rano mąż Weronki wyrusza w swą rzekomo pobłogosławioną przez Boga podróż, dźwiga cebrzyk właśnie z wodą. A niesie ją niczym jakiś boleśnie przytłaczający ciężar. Woda pojawia się w jego prośbach i modlitwach do Boga. Pokazuje to chociażby scena, gdy na początku swej wędrówki prosi on Boga o deszcz. Po raz wtóry chce on zobaczyć jakiś znak, namacalnie porozumieć się z Bogiem i czyni to za pomocą wezwania – prośby o „wodę deszczową”.

Życie Jańcia okazuje się być całkowicie naznaczone wodą, ponieważ staje się ona dla niego siłą wszechogarniającą. W czasie Jańciowej pielgrzymki ona stale mu towarzyszy, wtedy kiedy leczy on ludzi z chorób, zniewoleń, kalectwa, a także i śmierci.

Nawet kiedy jej magiczne, pozytywne właściwości zostają odwrócone, woda nie opuszcza Jańcia. Warto tu przypomnieć scenę, gdy po przebudzeniu po nocnych szaleństwach Jańcio woła: „Stygma, pić!”. Nie ma już rzeszy wielbicielek, ani wspaniałych darów i bogactwa od ludzi, ani przyjaciela- hochsztaplera Stygmy, ale wciąż to pragnienie wody jest obecne w życiu Jańcia. Jest ona nie tylko ostatnią myślą przed snem, ale i pierwszą po przebudzeniu.

4.2. Woda jako żywioł zbliżający do Boga

W innym moich teoretycznych refleksjach udało się m.in. ustalić, że woda, a w szczególności żywa woda, może zbliżać do Boga i sfery sacrum:

„Ugaszenie pragnienia jest obrazem wejścia w bliski kontakt z Bogiem – dawcą życia. Poświęcenie wody w Wielką Sobotę oznacza, że woda otrzymuje dzięki Chrystusowi moc uświęcającą” (Majer-Baranowska, 1999, s. 154).

Woda, za sprawą Chrystusa, nabiera mocy nadnaturalnej, nadmysłowej i niepojętej. Podlega sakralizacji i gloryfikacji. Uświęca, gasi pragnienie i niedosyt oraz zbliża do Boga.

W przypadku Jańcia Wodnika tę prawdę można zbadać na dwóch przeciwstawnych biegunach. Na początku wydawać by się mogło, że dar ożywiania przez Jańcia wody, a co za tym idzie – uzdrawiania ludzi – pochodzi od samego Boga. Mężczyzna swoje nadnaturalne zdolności odczytał jako wezwanie od Najwyższego do pielgrzymowania i pochylania się nad chromymi, ubogimi, cierpiącymi. Mimo, że porywał się na eksperymenty mające na celu sprawdzenie, czy jest kimś jak Syn Boży, to czuł pokorę, ból, niepewność. Wahał się, był wewnętrznie rozdarty, pełen wątpliwości, czy rzeczywiście jest kimś wyjątkowym, czy dobrze zrozumiał swoje posłannictwo. Nie chciał zostawiać swojej spodziewającej się dziecka żony samej. Był zauroczony jej urodą. A gdy w odpowiedzi na jego pytanie, jak oddali pokusę, ona prosiła go, by uciał jej język, Jańcio z żalem zwrócił się do Boga słowami: *Jezu czemu wyrzucasz mi duszę...* Zatem w jego sercu był strach, ból, lęk. Jednakże na równi z tym wykrystalizowała się w nim także przewrotna w skutkach myśl, że oto uda mu się zbliżyć do Boga, do sfery świętości, ponadmysłowości. Nagle zaczął uważać się za wysłannika samego Boga. Wspominana kilkakrotnie scena zamawiania deszczu pokazuje powolne przełamywanie dystansu między Jańciem-człowiekiem i Istotą Boską. Odkrywszy swój dar, zaczyna być coraz śmielszy w swoich „eksperymentach” i nie obawia się już traktować Boga jako równego sobie partnera. Dochodzi nawet do konkluzji, że „zawsze będzie otrzymywał więcej niż prosi”. To wszystko, co za pośrednictwem wody miało go zbliżać do Boga, powoli go od Niego oddalało. Próżność, zadufanie w sobie, grzeszne życie, przecięły dobrą passę Jańcia, wpłynęły na jego upadek i klęskę, a przez to całkowicie odsunęły go z tej początkowo szczerze upragnionej i wyczekiwanej sfery sacrum. Istniejące w kulturze ludowej przekonanie, że woda może zbliżyć człowieka do Boga, zostaje tu symbolicznie zakwestionowane, a główną tego przyczyną był brak ingerencji Jezusa w sakralizację Jańciowej „nieposłusznej” wody i jego życiowej pielgrzymki.

4.3. Woda jako dominanta występująca w cyklu płodności

Przypomnijmy, że – jak wynika z badań kulturoznawczych – woda bogata w „zarodki życia” zapładnia kobiety, zwierzęta, ziemię. W najstarszych kulturach istnieją wierzenia o tym, że jest ona dominantą występującą w całym cyklu płodności.

Te asocjacje odzwierciedlone zostają także w filmie Kolskiego. Woda zdecydowanie koreluje tu z cyklem płodności. W scenie, w której poznajemy głównych bohaterów – Jańcia i Weronkę, widzimy wiszącą na belce młodą kobietę i starszego mężczyznę myjącego nogi. Istotny jest tu przede wszystkim aspekt niekonwencjonalnych praktyk mających na celu ułatwienie poczęcia po małżeńskim akcie:

Widzisz, Weronka, ty jesteś moja żona, ja jestem twój chłop, zrobiłem z tobą w łóżku, co potrzeba i powiesiłem cię na belce, reszta zrobi się sama, za pomocą właśnie tej tam mocy obciążenia ziemskiego, co potrzeba sphywa dokąd potrzeba, żeby się tam zagnieździć jak potrzeba (Kolski, 1993).

Zatem płodność jest tu kojarzona z wodą, płynami, których „naturalny przebieg” trzeba wesprzeć, po to by „spłynęły, dokąd potrzeba”.

Pomimo komplikacji związanych z poczęciem Weronka jest kobietą piękną, bujną, żywotną. Jej zewnętrzność emanuje erotyką, zmysłowością, zdrowiem. Jest niczym kobieta-ziemia przyjmująca w siebie zapładniającą wodę jako źródło życiodajnego nasienia. W kulturze ludowej istniało przekonanie, że zdobycie żywej wody kojarzone jest z aktem małżeńskim i poczęciem nowego życia. Wizualizacja tej prawdy odzwierciedlona została w filmie w momencie, gdy Jańcio po akcie małżeńskim zdobywa czy też odkrywa właśnie wodę żywą.

Z kolei samo poczęcie i powicie dziecka również się z nią wiąże. Jańcio, którego atrybutem stała się owładnięta siłami zła woda, jest dawcą tegoż życiodajnego nasienia, i staje się ojcem „diabełka”. W kontekście klątwy dziada, ten skażony, nieczysty, niebezpieczny żywioł powoduje przekroczenie naturalnego przebiegu cyklu płodności, powodując jej wynaturzenie, anomalię, degenerację, czego zewnętrznym dowodem jest diabelski ogonek synka Jańcia i Weronki.

4.4. Magiczne właściwości wody, pokazane na zasadzie dychotomii. Dwoista natura wody

Motyw wody w filmie *Jańcio Wodnik* zostaje poruszony na zasadzie zestawienia jej dychotomicznych, magicznych właściwości. W obrazach wody dominuje wieloznaczność. Jest ona postrzegana zarazem jako źródło życia i źródło śmierci (Kalnicka, 2002, s. 84).

Na początku nowej wędrówki Jańcia wydawać się mogło, że woda jest pięknym błogosławieństwem, jeśli nie dla niego i jego żony, to na pewno dla innych ludzi, szczególnie tych skrzywdzonych i poniżonych przez swoją chorobę czy kalectwo. Jańcio zdaje się być wysłannikiem samego Boga, ponieważ woda, którą on myje nogi

swoje lub innych ludzi, ożywa, zostaje wprawiona w ruch, ma moc oczyszczającą i uzdrawiającą. Jednakże po metamorfozie, jaką on przechodzi i po tym, jak traci status człowieka poczciwego, woda żywa staje się wodą martwą, woda młoda zaś – wodą starą (wraz z dojrzewaniem głównego bohatera) i okazuje się przekleństwem dla Jańcia i jego żony.

Weronka rodzi syna naznaczonego widocznie szatańskim znamieniem. Sam połóg odbywa się w nieludzkich warunkach, bo w stajni, w towarzystwie zwierząt. Jańcio przez pychę i próżność traci swoją godność. Moralnie jest człowiekiem przegrany. Jego nadnaturalne zdolności zostają mu przez Boga odebrane. On sam traci szacunek i poważanie ludzi. Sprawdziło się w dziwnym przypadku Jańcia Wodnika ludowe przekonanie i wierzenie, że woda brudna, kalna (taka, jaka jest np. po umyciu nóg) przynosi nieszczęście, zapowiada smutek, cierpienie i niebezpieczeństwo. Żywa woda okazuje się tylko złudzeniem Jańcia, jego fantasmagorią. Jej magiczne właściwości przemieniły się diametralnie, tak jak diametralnie zmienił się Jańcio. Woda na początku tej historii kojarzona z siłą dobroczynną, bo „podtrzymującą życie, oczyszczającą, uświęcającą, leczącą i pracującą dla człowieka finalnie staje się żywiołem niszczącym, przenoszącym złą moc na ludzi”. Woda filmowa okazała się w pełni realizować takie zależności jak: „konieczność do życia i zdolność niszczenia, (...) podstawowe opozycje aksjologiczne rządzące ludowym modelem świata, ponieważ cechom czysty – brudny, odpowiada opozycja szczęście (zdrowie) – nieszczęście (choroba)” (Wójtowicz za Niebrzegowską Bartmińską).

Jak mówił sam reżyser: „*żeby dokonać wyboru między dobrem a złem, trzeba nawzajem celnie jedno i drugie. Wybór nie stanowi problemu dla człowieka. Gorzej z rozpoznaniem. Zło chętnie przebiera się w szaty dobra*” (Sobolewski, 1994, s. 16). Słowa te zdają się wymownie odzwierciedlać w historii Jańcia Wodnika.

4.5. Motywy biblijne w filmowym obrazie wody

W filmie znaleźć można w związku z wodą wiele nawiązań do motywów biblijnych. Po pierwsze będzie to wykorzystanie aspektu żywej wody, która funkcjonuje w Piśmie Świętym jako symbol daru, którym Jezus obdarza ludzi. Jańcio uwierzył, że za sprawą jego nadzwyczajnych zdolności woda ożywa i ma moc leczenia chorób, uzdrawiania z różnych zniewoleń. Kolejno pojawia się motyw obmycia nóg. W wierze chrześcijańskiej oznacza on akt pokory i skruchy wobec Boga oraz wobec innych ludzi. Asocjuje pozytywne wartości, zawierzenie się Stwórcy oraz wypełnienie Jego woli, która przede wszystkim żąda od nas byśmy byli „cisi i pokornego serca” oraz umieli służyć ludziom. Obmycie nóg to zatem taki symboliczny gest tego przesłania.

Wszystkie te zagadnienia w filmie zostają niejako odwrócone, przewartościowane. Ich podłoże symboliczne staje się wyparte przez praktyczny poziom sensów. Woda, która Jańcio obmywa nogi ludziom, ostatecznie staje się źródłem nieszczęścia, grzechu, zła. Żywa woda to tylko złudzenie, coś nierealnego, utopijnego. Jeśli w filozofii chrześcijańskiej obmycie czyichś nóg konotuje dobre, cenne wartości, takie jak pokora czy prostota serca, to tutaj oznacza pychę, zadufanie w sobie, próżność,

obłudę. Jańciowi nie udaje się przemienić wody w wino, nie jest więc „Panem Jezusem z Brzustowa” nie jest także „nawet świętym Bylekto”. Wbrew przekonaniu głównego bohatera ostatecznie nie jest on nawet Jańciem od Posłusznej Wody, ponieważ pod wpływem jego złych uczynków woda całkowicie odmówiła mu swego posłuszeństwa.

5. DZIAD W JAŃCIU WODNIKU JAKO GŁÓWNY SPRAWCA WYDARZEŃ MAGICZNYCH

Dziad w *Jańciu Wodniku* także jest ciekawym przykładem jednostki wkraczającej w sędziwy wiek. Jego wieczne wędrowanie po świecie, nędza materialna i ułomności automatycznie wywołują bowiem oczywiste skojarzenia z leciwym wiekiem, tak, że nie mamy wątpliwości, iż widzimy osobę starą, poniekąd trochę już „nie z tego świata”.

Dziad wywiera duży wpływ na życie głównych bohaterów. Tak naprawdę to jego postać otwiera właściwą akcję i przybliża wymowę filmu.

W wiosenny poranek, ciągnąc za sobą wózek, kieruje się on w stronę do Brzustowa. Śpiewa przy tym radośnie, by umilić sobie drogę:

Jestem dziad,
Mam sto lat,
Ziemi szmat,
Cały świat,
Wszystko moje...
Wszystko moje...
Każde drzewo, każde pole,
Biorę sobie i pierdołę.
Nic się nie boję...
Nic się nie boję...
Idę sobie, jem i żyję,
Mam dwa złote i trzy kije
I myśli głupie
I wszystko w dupie...
(Kolski, 1993).

Nagle jednak przerywa śpiewanie, bo widzi coś, co bardzo go zadziwiło.

Pośrodku drogi stoi kobyłka. Wygląda na niczyją. Jawi mu się od razu jako dar zesłany przez Boga:

„O kurcze, kurcze...Czyj ty jesteś? Kurcza...Chyba mam konika, bożego konika. No chyba mam! Cieś, cieś malutki... Malutki... Cieś, cieś, cieś, malutki...Malutki. No, i mam konika. Mam kobyłkę” (Kolski, 1993).

Po tych słowach rusza szybko w kierunku wózka. Potem odwraca się, by podbiec

znów do kobyłki. Wtedy zdaje sobie sprawę, że jest ona na skraju wyczerpania. Nie mija nawet chwila, jak uchodzi z niej życie. Dziad jest oszołomiony, płacze. Po zakopaniu kobyłki wymawia klątwę:

„Wy, tam na wsi... Do was mówi dziad. Sram na was... Niech się diabeł pośród was urodzi. Za zmarnowanie cudnej kobyłki, niech się diabeł pośród was urodzi...” (Kolski, 1993).

Ze wstrętem omija wieś z daleka. Nie wjeżdża do Brzustowa.

Pewnego razu dziad odwiedza samotną Weronkę. Po chwili wzajemnego obserwowania się Weronka zaczyna rozmowę:

- Z dalekiej drogi?
- Ze świata...
- Co tam w świecie?
- W świecie, jak to w świecie... Jedni się rodzą, drudzy umierają. Wojny tylko... gdzieś daleko. A Jańcio Wodnik od Posłusznej Wody chodzi, leczy- Chrystus prawie. Wyście Jańciowa żona?
- Ja.
- Jego plemię w brzuchu?
- Jego.
- Bez ojca będzie rósł.
- Z ojcem, z ojcem. Wróci Jańcio. Nie zostawi samej.
- Wróci? Sama zobaczysz, kobieto, czy wróci. Może tylko zajrzy na chwilę.
- Wróci Jańcio, wróci. Gównno masz w gębie dziadu, ale psem nie poszczuję, jeszcze z gościńcem wyprawię. Tak mnie Jańcio uczył. Potrzeba ci czego?
- Wiadomości.
- To pytaj.
- Wyście kobyłkę wiosną na zmarnowanie wygnali?
- A tobie szkoda?
- Wy.
- Socha wygnał. Jeszcze na drogę orczykiem obił. U nas kobyłki nie było.
- Szkoda kobyłki. A ciebie jeszcze bardziej szkoda, kobieto.
- Ty tak nie żałuj. Lepiej brzucha dotknij. Mówią, że szczęście od dziada.
- Kopie... (*Do siebie*) jak diabełek jakiś...

Dziad, otrzymawszy od Weronki pieniądze jałmużnę, odchodzi, jeszcze tylko na pożegnanie krzyczy: „A Jańcio w sąsiedniej wsi, w Sługocicach, może zajrzy do was...” (Kolski, 1993).

W tym obrazie jest jeszcze jedna bardzo ważna scena z udziałem dziada.

Po tym, jak Jańcio dowiaduje się od żony, co stało się z jego dobytkiem i darem uzdrawiania, zaczyna biec w kierunku lasu, tak jakby podświadomie i intuicyjnie oczekiwał, że znajdzie tam dziada. Ta bardzo dramatyczna i pełna napięcia scena

przejawia się w rozmowie tych dwóch mężczyzn. Gdy Jańcio podbiega do dziada, ten nawet nie musi się odwracać, ponieważ dobrze wie, kto to jest. Uśmiecha się demonicznym uśmiechem i zwraca się do niego ze słowami:

„Takie życie, dziadu”

Na co Jańcio odpowiada mu, łudząc się jeszcze nadzieją:

– Ja pan, ty dziad.

– Teraz ja pan, a ty dziad – replikuje szyderczo żebrak i nie pozostawia już Jańciowi żadnych złudzeń.

6. DZIAD JAKO BOHATER WPISUJĄCY SIĘ W FUNKCJONALNO-SEMANTYCZNĄ CHARAKTERYSTYKĘ ŻEBRAKA I ŚPIEWAJĄCEGO DZIADA WĘDRownego U SŁOWIAŃ

Sakralność dziada ujawnia się w momencie, gdy ten rzuca klątwę na mieszkańców Brzustowa, ponieważ chce, by dotknęła ich kara „za zmarnowanie cudnej kobyłki”. Jest on zatem jakby „inkarnacją bóstwa” (Michajłowa, 2010). Można powiedzieć, że pojawia się wśród ludzi, po to by ich wypróbować. Okrucieństwo i brak litości wobec zwierzęcia – „bożego konika”, uważa za grzech ciężki, dlatego niczym Bóg chce karać i wymierzać sprawiedliwość. Kolejną cechą dziada jest ubóstwo. Dowodem na to jest sama pieśń dziadowska:

„Idę sobie, jem i żyję,

Mam dwa złote i trzy kije..”

Jego domem jest cały świat. Szczególnie bliska mu jest natura, ponieważ on jakby „wraść” w przestrzeń przyrody:

„...Cały świat,

Wszystko moje...

Wszystko moje...

Każde drzewo, każde pole,

Biorę sobie i pierdołę.

Nic się nie boję...

Nic się nie boję...”

Filmowy dziad nie jest też pozbawiony ułomności fizycznej. Jego okulary i błędne, niezdrowe spojrzenie sugerują, że możemy przypisywać mu ślepotę, która wyróżnia dziada wędrownego z grupy zwykłych żebraków i świadczy o jego zwiększonej sakralizacji:

W odróżnieniu od innych ułomności, ślepotą jest także oznaką nieznanego świata, zaświatów, śmierci (...) znakiem proroctwa, wiedzy i mądrości (Michajłowa, 2010, s. 113).

W chrześcijaństwie ślepy postrzegany bywa jako człowiek Boży. W ludowym chrześcijaństwie istnieje przekonanie, że „kto w niedzielę pracuje dla ślepych, Bóg nie ukarze, ponieważ nie jest to grzechem” (Michajłowa 2010, s. 114).

Motyw wędrowanie od wsi do wsi czy od miasta do miasta również jest realizowany w filmie Kolskiego przez dziada. Topos *homo viator* zostaje tu dodatkowo sakralizowany i gloryfikowany. Dziad podczas swojej tułaczki wymierza wspomnianą wcześniej sprawiedliwość, niczym Pan Bóg na Sądzie Ostatecznym. Nie okazuje jednak miłosierdzia, które stało się atrybutem i darem Boga przeznaczonym dla ludzi.

Wykorzystanie motywu dziada w filmie *Jańcio Wodnik* oparte zostaje o jego pełną sprzeczności symbolikę.

Dziad, rozsierzony na okrucieństwo ludzi, którzy wygnali chorą kobyłkę na zmarnowanie, rzuca ślepą klątwę na mieszkańców wsi. Życzy im tego, by pośród nich urodził się diabeł. Klątwa okazuje się mieć wielką siłę, spełnia się. Warto pamiętać, że niektórzy badacze twierdzą, że magia jest wszechobecna w życiu człowieka. Jak pisał Henryk Swienko:

„Nie znamy ani jednego okresu w dziejach ludzkości, ani takiej kultury i cywilizacji, ani też społeczności, które by były wolne od magii. Magia była – i do pewnego stopnia jest – powszechnym, kulturowym i społecznym zjawiskiem” (Swienko, 1982, s. 5).

Kazimierz Moszyński, badając kulturę ludową Słowian, a szczególnie duchowość tego ludu dowodził, że magia to jeden z podstawowych i kluczowych elementów ich egzystowania w świecie (Moszyński, 1967, s. 266).

Ciekawe jest jednak ujęcie przez Kolskiego drugiej znanej w folklorze właściwości czy mocy ślepego śpiewającego dziada wędrownego – jego błogosławieństwa. Kiedy Weronka prosi dziada o dotknięcie jej brzucha, „bo mówią, że szczęście od dziada”, ten w duchu wypowiada złe słowa, przepowiadając niejako narodzenie dziecka naznaczonego szatańskim znamieniem. Jego rzekome błogosławieństwo okazuje się być tylko dopełnieniem i podkreśleniem rzuconej kilka miesięcy wcześniej klątwy. Zatem nie spełnia ono swojej funkcji: pomagania, wspierania, wstawiania się u Boga, zapewnienia pomyślności, lecz jest tylko kolejnym przekleństwem, zwiastunem demonicznych sił (Engelking, 2000, s.14), które wpływają na fatalizm losów Jańcia Wodnika, oraz jego żony i syna.

Potęga klątwy opiera się na mocy sprawczej słowa. Słowo zaś już od najdawniejszych czasów podlegało sakralizacji, miało wielką wartość. Zarówno językoznawcy, jak i psychologowie często zastanawiali się, jaka jest korelacja pomiędzy językiem a naszymi procesami myślowymi. Zygmunta Freud, austriacki psychiatra, autor książek z dziedziny psychopatologii, podkreślał duże znaczenie słowa: „Słowa były niegdyś czarami i do dziś słowo to zachowało coś ze swej siły czarodziejskiej. Słowami może człowiek człowieka uszczęśliwić lub doprowadzić do rozpacz” (Freud, 1981, s. 49).

7. PODSUMOWANIE

W swojej pracy chciałam podjąć zagadnienie starości poprzez przyjrzenie się dziejom życia najważniejszych bohaterów filmu Jana Jakuba Kolskiego.

Jańcio Wodnik to mężczyzna, którego bez wahania kwalifikujemy jako jednostkę w podeszłym wieku. Podkreśla to jeszcze jego fizjonomia, temperament, filozoficzne usposobienie. Przeżywanie przez Jańcia swojej jesieni życia jest bardzo nietypowe, niekonwencjonalne, oryginalne. Szanowany gospodarz, dobry mąż, człowiek poczciwy i stateczny, nagle odkrywa swoje rzekomo prawdziwe powołanie. Zostawia więc swój dobytek, ukochaną żonę i udaje się w świat jako Jańcio Wodnik.

Woda w filmie *Jańcio Wodnik* jest wszechbytem świata przedstawionego. Definitywnie wywiera ona wpływ na życie głównego bohatera oraz stanowi kompozycyjną klamrę opowiadanej historii. W tej opowieści moc tego żywiołu nie sprawiła, że Jańcio zbliżył się do Boga i sfery sacrum. Przeciwnie – ta „moc” spowodowała jego klęskę i utratę godności. Wędrówka męża Weronki, zarówno w sensie dosłownym, jak i przenośnym zakończyła się przegraną i moralną klęską. Bohater wpadł nie tylko w sidła następstw klątwy rzuconej przez dziada, ale również w pułapkę grzechu pychy i próżności. Podejmując autorefleksję, rozważając na temat sensu swojego życia i powołania, uznał on w sobie samym, że posiada ma nadnaturalne moce uzdrawiania, a nawet wskrzeszania zmarłych. Jednakże te cudowne zdolności okazały się determinantą późniejszego upadku utraty człowieczeństwa. Zatem uznać możemy, że jako stary człowiek Jańcio utracił to, co na tym etapie życia jest niezmiernie ważne i cenne: godność, szacunek innych, wewnętrzny pokój i Boże błogosławieństwo.

Drugim analizowanym przeze mnie bohaterem, który wywoływał skojarzenia ze starością, i upływem czasu jest wspomniany wcześniej dziad. Trudno byłoby nie uznać go za człowieka starego, ponieważ w scenie otwierającej film on sam śpiewa o sobie: „Jestem dziad. Mam sto lat”. Jasne jest też dla nas to, że sposób doświadczania starości przez filmowego dziada, nie jest powszechny, typowy czy pospolity. Przeciwnie, przeżywanie sędziwego wieku w tym przypadku asocjuje z magicznością, nadmysłowością, a szczególnie zaś – z demonicznością.

Z moich analiz wynika, że dziad z filmu Kolskiego idealnie wpisuje się w funkcjonalno-semantyczną charakterystykę żebraka. Najistotniejszą jego cechą jest posiadanie mocy obdarzania ludzi dobrych błogosławieństwem i naznaczanie złych przekleństwem. Demoniczna kreacja dziada w *Jańciu Wodniku* przedstawia jednostkę posiadającą zdolności „nie z tego świata”. „Stuletni dziadokazuje się być głównym motorem wydarzeń magicznych, ponieważ jego klątwa na mieszkańców Brzustowa, rzucona „za zmarnowanie cudnej kobyłki” ma moc sprawczą.

BIBLIOGRAFIA:

1. Engelking, A. (2000). *Klątwa. Rzecz o ludowej magii słowa*. Wrocław: Oficyna Naukowa.
2. Freud Z. (1981). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
3. *Jańcio Wodnik*, reż. J.J. Kolski (1993). Polska.
4. Kalnicka Z. (2002). Woda. W: K. Wilkoszewska (red.), *Estetyka czterech żywiołów*. Kraków: Wydawnictwo UNIWERSITATIS.
5. Kowalski P. (2007). *Kultura magiczna. Omen, przesąd, znaczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Majer-Baranowska U. Woda. Hasło w: J. Bartmiński (red.), *Słownik stereotypów i symboli ludowych, t. 1. Kosmos*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
7. Mazurkiewicz J. (1950). *Wstęp do psychofizjologii normalnej*. Warszawa: PZWL.
8. Michajłowa K. (2010). *Dziad wędrowny w kulturze ludowej Słowian*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
9. Moszyński K. (1967). *Kultura ludowa Słowian, t. 2. Kultura duchowa, cz. 1*. Warszawa: Książka i Wiedza.
10. Radzicki J. (1960). *Znachorstwo w aspekcie medyczno-sądowym, prawnym i społecznym*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
11. Sobolewski T. (1994). Jan Jakub Kolski. Ekologia duszy. *Kino*; 3: 16–19.
12. Swienko H. (1982). *Magia w życiu człowieka*. Warszawa: Młodzieżowa Agencja Wydawnicza.
13. Wahl J. *Cienie medytacji i ruchu uważności*. <https://natemat.pl/blogi/juliawahl/135969,cienie-medytacji-i-ruchu-uważności>. [dostęp: 09.03. 2015].
14. Wójtowicz M., *Etnografia Lubelszczyzny – ludowe wierzenia o wodzie*. http://teatrnn.pl/leksykon/node/3135/etnografia_lubelszczyzny_%E2%80%93_ludowe_wierzenia_o_wodzie

PROPOZYCJE AKTYWIZACJI SENIORÓW NA PRZYKŁADZIE MIASTA BIELSKO-BIAŁA

Proposals for activating seniors on the example of the city of Bielsko-Biała

* Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Nauk Społecznych ORCID: 0000-0003-3542-0681

ABSTRACT

The activation of the oldest generation is an extremely important aspect of the functioning of the general public. Taking up activity by seniors satisfies many needs of this social group, determines the perceived quality of life as well as contributes to maintaining health. By active participation in social life, older people have the opportunity to use their potential, transfer knowledge and life wisdom to younger generations, which thanks to this can, among others, get help in making key decisions for your own existence. The task of state institutions in the face of the aging of society is to provide the oldest citizens with conditions to participate in broadly understood culture and social life. The city of Bielsko-Biała, located in the southern part of the Silesian Voivodeship, has a wide range of leisure time management proposals addressed to the elderly.

Keywords: senior, activation, Bielsko-Biała

STRESZCZENIE

Aktywizacja najstarszego pokolenia stanowi niezwykle istotny aspekt funkcjonowania ogółu społeczeństwa. Podejmowanie aktywności przez seniorów zaspokaja wiele potrzeb tej grupy społecznej, warunkuje odczuwaną jakość życia oraz sprzyja zachowaniu zdrowia. Osoby starsze poprzez aktywny udział w życiu społecznym mają możliwość wykorzystania swojego potencjału, przekazania wiedzy oraz mądrości życiowej młodszemu pokoleniom, które dzięki temu mogą m.in. uzyskać pomoc w podjęciu kluczowych dla własnej egzystencji decyzji. Zadaniem instytucji państwowych w obliczu zjawiska starzenia się społeczeństwa jest zapewnienie najstarszym obywatelom warunków do uczestnictwa w szeroko rozumianej kulturze oraz życiu społecznym. Miasto Bielsko-Biała, położone w południowej części województwa śląskiego, posiada szeroki zakres propozycji zagospodarowania czasu wolnego adresowany do osób starszych.

Słowa kluczowe: senior, aktywizacja, Bielsko-Biała

1. WPROWADZENIE

Jednym z zadań instytucji państwowych jest troska o wysoką jakość życia swoich obywateli, dostęp do szeroko rozumianych usług medycznych, a także zaspokojenie holistycznie rozumianych potrzeb jednostek. Z uwagi na postępujący proces starzenia się społeczeństwa potrzeby obywateli ulegają zmianie. Dla najstarszego pokolenia, które w przeważającym stopniu zakończyło już pracę zawodową, bardzo istotne jest podejmowanie aktywności w innych obszarach. Uczestnictwo w życiu społecznym umożliwia seniorom zachowanie kontaktów interpersonalnych i zaspokojenie wielu potrzeb, jak również zapobiega marginalizacji tej grupy społecznej.

Struktura wieku obywateli naszego kraju uległa zmianie w ostatnich dwudziestu pięciu latach. W okresie tym odnotowywany jest również spowolniony rozwój demograficzny. Wydłużanie się życia poszczególnych jednostek, niski poziom dzietności, a także większa emigracja młodych Polaków implikują zjawisko starzenia się polskiego społeczeństwa (GUS, 2014). Zatem władze na poziomie samorządowym i państwowym powinny dostosować infrastrukturę, zadania przypisane poszczególnym instytucjom do przemian obserwowanych m.in. w obszarze struktury wieku obywateli tak, aby w jak największym stopniu sprzyjać zaspokojeniu potrzeb Polaków, tym samym dbać o wysoką jakość ich życia.

Sprawowanie opieki nad osobą starszą wymaga podejmowania wspólnych działań przez instytucje opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej. Wsparcie dla seniorów powinno im zapewnić możliwie jak najdłuższą obecność w życiu społecznym. Pomoc społeczną obecnie cechuje humanizacja, wspieranie jednostek zamiast ich wyłączenia (Szarota, 2007).

Mniejszy udział dzieci oraz dorosłych w ogólnej populacji wskazuje, iż wzrośnie liczba osób po 65 roku życia. Prognozy demograficzne na rok 2050 r. przewidują, że odsetek obywateli powyżej 65 roku życia zwiększy się o 19 punktów procentowych w ośrodkach miejskich, natomiast na wsi – o 16,8 punktu procentowego. Udział najstarszego pokolenia wyniesie ponad 30% na terenach wiejskich, zaś w miastach – prawie 35% (GUS, 2014). Choć do roku 2050 pozostało zaledwie 30 lat, to przewidywane zmiany są znaczące. Obrazują one, jak dynamicznym przemianom ulega struktura społeczna. Sytuacja ta determinowana jest przez wiele czynników, m.in. niski poziom dzietności obywateli oraz wydłużanie się życia jednostek.

W obliczu postępującego zjawiska starzenia się społeczeństwa bardzo istotna staje się aktywizacja seniorów. Według słownika PWN aktywizacja jest to: „pobudzenie do jakiejś aktywności; a także wzmożenie się aktywności” (*Słownik języka polskiego* PWN, 2020). Zatem zadaniem wielu instytucji jest przygotowanie oferty motywującej osoby starsze do podejmowania szeroko rozumianej aktywności, aby wykorzystać tkwiący w każdej jednostce potencjał oraz zadbać o zaspokojenie jej potrzeb.

2. ROLA AKTYWNOŚCI W ŻYCIU JEDNOSTKI

Zdaniem Joanny K. Wawrzyniak „Aktywność jest formą działalności ludzkiej nakierowanej na osiągnięcie celu i zaspokojenie potrzeby, sprzyja zachowaniu sprawności ciała i duszy, pozytywnej samoocenie, zapobiega poczuciu pustki oraz osamotnienia. Aktywność pozwala seniorom przystosować się do wymogów rzeczywistości, uczy ich sposobów radzenia sobie w nowych dla nich sytuacjach, wykorzystywania osiągnięć techniki i cywilizacji, wreszcie korzystania z życia” (Wawrzyniak, 2017, s. 12). Dlatego tak ważne jest, aby osobom starszym zapewnić warunki do uczestnictwa w życiu społecznym. Oprócz znaczącej roli aktywizacji dla egzystencji najstarszego pokolenia, jest ona również istotna dla funkcjonowania całego społeczeństwa, gdyż seniorzy, którzy dłużej pozostają sprawni oraz samodzielni, wymagają mniejszej pomocy i opieki ze strony otoczenia.

Proces starzenia się, podobnie jak rozwój człowieka, uwarunkowany jest przez czynniki biologiczne, społeczne, kulturowe oraz psychologiczne (Rembowski, 1984). Istotne zatem jest, żeby środowisko osoby starszej pozytywnie oddziaływało na jednostkę, motywowało do podejmowania szeroko rozumianych działań, aby ta mogła dłużej cieszyć się pełną sprawnością oraz niezależnością. Według Beaty Bugajskiej „Regres fizyczny i umysłowy człowieka nie musi być wyłącznie wynikiem procesu starzenia się, lecz może się wiązać z brakiem aktywności fizycznej i umysłowej” (Bugajska, 2012, s. 21). Jako społeczeństwo powinniśmy zadbać o bogatą ofertę zajęć i aktywności dla seniorów, aby jak najlepiej zaspokoić potrzeby każdego człowieka, a także umożliwić mu rozwój intelektualny, fizyczny oraz społeczny. Wszystko to w trosce o jakość jego egzystencji, spowolnienie procesu starzenia się, a także możliwie jak najdłuższe zachowanie sprawności somatycznej, umysłowej oraz samodzielności. Grażyna Orzechowska akcentuje, iż „Niemal w każdej publikacji psycho- socjo- gerontologicznej, podejmującej problemy osób starszych, podkreśla się ogromną rolę aktywności w profilaktyce gerontologicznej, której celem jest utrzymanie starszego człowieka jak najdłużej w niezależności i sprawności życiowej” (Orzechowska, 2002, s. 41). Należy wnikliwie obserwować sytuację osób starszych, aby proponowana oferta zajęć w jak najbardziej odpowiedni sposób odpowiadała na potrzeby tej grupy społecznej. Podejmowanie aktywności społecznej dla seniorów powinno być źródłem satysfakcji oraz czynnikiem motywującym do dalszego działania, rozwiązywania problemów oraz pokonywania trudności.

Współczesna starość nie jest już kojarzona tylko z biernością, stagnacją oraz oczekiwaniem na zakończenie egzystencji. Coraz częściej rozpatrywana jest w kategoriach etapu życia wypełnionego licznymi zadaniami, które ułatwiają jednostce adaptację do nowej sytuacji, przyczyniają się do rozwoju jej osobowości oraz nadają sens życiu (Nowicka, 2010). Zmiana sposobu myślenia o starości przyczyniła się także do większej otwartości najstarszego pokolenia na podejmowanie aktywności, troski o jakość własnej egzystencji, rozwijanie zainteresowań czy też zaspokojenie potrzeb.

3. PROGRAMY MINISTERSTWA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Ministerstwo Rodziny, Pracy oraz Polityki Społecznej realizuje różne programy w trosce o jakość życia seniorów. Jednym z nich jest program "Senior +" realizowany w latach 2015–2020. Jego celem jest wzrost uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym wskutek rozbudowy lokalnych ośrodków wsparcia, zwiększenie limitu miejsc w instytucjach (Serwis RP, 2020).

Inne przedsięwzięcie to program ASOS (Aktywności Społecznej Osób Starszych), realizowany w latach 2014–2020. Jego celem jest poprawa jakości, a także poziomu życia seniorów poprzez podejmowanie aktywności społecznej. Projekt przypisuje znaczącą rolę zaangażowaniu organizacji pozarządowych w aranżowaniu działań adresowanych do przedstawicieli najstarszego pokolenia (Serwis RP, 2020). Instytucje państwowe inicjują działania skierowane do osób starszych, jak również przygotowują środki, które władze samorządowe oraz tak zwany trzeci sektor mogą wykorzystać do realizacji projektów zachęcających seniorów do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym.

4. PROPOZYCJE AKTYWIZACJI SENIORÓW W BIELSKU-BIAŁEJ

Miasto Bielsko-Biała położone jest w bezpośrednim sąsiedztwie Beskidów w południowej części Polski. Zamieszkuje je 175 tysięcy osób, jest stolicą obszaru zwanego Podbeskidziem. Znane z rozwijającego się w jego granicach przemysłu motoryzacyjnego oraz elektrotechnicznego (Oficjalna strona Urzędu Miejskiego w Bielsku-Białej, 2020).

Władze miasta Bielsko-Biała wprowadziły liczne udogodnienia adresowane bezpośrednio do seniorów, a także programy finansujące projekty instytucji aktywizujących tę grupę społeczną. Miejski Program na rzecz Osób Starszych realizowany w latach 2014–2020 powstał w celu zapobiegania marginalizacji najstarszego pokolenia jak również poprawy jakości jego egzystencji. Zadaniem placówek biorących udział w tym programie jest stworzenie warunków seniorom do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności oraz kreowanie pozytywnego obrazu osób starszych (Uchwała nr XLI, 2014).

W mieście swoją działalność prowadzi Rada Seniorów. Organ ten składa się z 15 osób, które ukończyły 60 rok życia, są mieszkańcami miasta Bielsko-Biała lub przedstawicielami placówek prowadzących działalność na rzecz seniorów, m.in. z trzeciego sektora oraz uniwersytetów trzeciego wieku (seniorzybielsko.pl, 2020).

„Do zadań Rady należy w szczególności:

1. konsultowanie priorytetów w zakresie zadań realizowanych przez Miasto Bielsko-Biała na rzecz osób starszych,
2. opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących osób starszych,
3. inicjowanie działań na rzecz osób starszych,

4. współpraca z organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz osób starszych,
5. wymiana doświadczeń z radami seniorów działającymi na terenie innych gmin” (seniorzybielsko.pl, 2020).

Rada Seniorów stanowi bardzo ważny element polityki senioralnej miasta Bielsko-Biała. Jako podmiot skupiający osoby starsze może w większym stopniu dostrzegać problemy oraz potrzeby tej grupy społecznej, pomagając jednocześnie różnym placówkom w konstruowaniu swoich ofert kulturalnych oraz innych działań skierowanych do najstarszego pokolenia. Priorytetem jest aktywizacja seniorów oraz troska o wysoką jakość ich egzystencji.

Do seniorów, którzy ukończyli 65 rok życia oraz mieszkają na terenie miasta Bielsko-Biała, adresowany jest także program „Miejsce przyjazne dla seniorów”. Osoby starsze po zgłoszeniu chęci uczestnictwa w tym projekcie otrzymują imienną Kartę Seniora. Mogą w ten sposób korzystać ze specjalnych udogodnień, ulg czy zwolnień, które proponują miejskie instytucje oraz inne placówki będące partnerami programu (seniorzybielsko.pl, 2020).

Na terenie miasta Bielsko-Biała funkcjonuje wiele instytucji, których oferta adresowana jest do seniorów. Można je podzielić na następujące grupy:

- **Bielski Uniwersytet Trzeciego Wieku** (organizacja zajęć, wykładów, ćwiczeń, warsztatów, wycieczek, których tematyka może okazać się pomocna dla osób starszych);
- **Instytucje kultury**, np. Miejski Dom Kultury, Książnica Beskidzka (organizacja zajęć aktywizujących oraz integrujących środowisko osób starszych, zapewnienie dostępu do komputerów oraz internetu, kinoterapia, zachęcanie osób starszych do czytania książek);
- **Środowiskowe Centrum Pomocy** np. Dom Dziennego Pobytu dla Osób Starszych (ośrodki wspierające różne grupy społeczne);
- **Domy Pomocy Społecznej**, np. „Dom Nauczyciela”, dla Osób Starszych (placówki całodobowe zapewniające usługi opiekuńcze, bytowe oraz wspomagające);
- **Domy Opieki**, np. „Samarytanin”, „DAISY” (placówki całodobowe zapewniające usługi opiekuńcze, bytowe oraz wspomagające);
- **Dom Seniora „Pałacyk Jankowskiego”** (placówka całodobowa zapewniająca usługi opiekuńcze, bytowe oraz wspomagające);
- **Bielsko-Bialski Ośrodek Sportu i Rekreacji** (organizacja wydarzeń sportowych promujących aktywność fizyczną wśród seniorów);
- **Klub Aktywnego Seniora** (organizacja warsztatów tematycznych, wykładów oraz imprez integracyjnych);
- **Stowarzyszenie Akademii Seniora** (organizacja wykładów, wycieczek, imprez integracyjnych) (Śląskie. Dla Seniora, 2020).

Oferta zajęć jest bardzo różnorodna, tak, aby w jak największym stopniu spełnić oczekiwania seniorów oraz zachęcić tę grupę społeczną do aktywnego stylu życia. Ponadto instytucje kultury, np. Teatr Polski oferują dla seniorów specjalne zniżki na zakup biletów na spektakle, próbując tym samym uczynić uczestnictwo w kulturze bardziej dostępnym także dla osób, których dochody nie należą do wysokich. Bielskie

Centrum Kultury raz w miesiącu organizuje bezpłatny koncert muzyki poważnej. Galeria Bielska BWA proponuje bezpłatne uczestnictwo w wernisazach, wystawach czy też warsztatach artystycznych (Śląskie. Dla Seniora.pl, 2020).

Urząd Miasta w roku 2020 po raz drugi przeprowadził plebiscyt pt. „Aktywny Senior Roku”. Celem tej inicjatywy jest wyróżnienie seniorów biorących aktywny udział w życiu społecznym, będących jednocześnie przykładem dla innych oraz zaprzeczających stereotypom dotyczącym osób starszych (Oficjalna strona Urzędu Miejskiego w Bielsku-Białej, 2020).

Władze miasta Bielsko-Biala proponują programy wspierające przedstawicieli najstarszego pokolenia, zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni, oferując pomoc merytoryczną i finansową dla wielu instytucji aktywizujących seniorów. W obliczu zjawiska starzenia się społeczeństwa dostrzec można troskę o wysoką jakość życia osób starszych, zaspokojenie ich potrzeb oraz zachęcanie do uczestnictwa w życiu społecznym. Oferta zajęć dla seniorów jest urozmaicona, aby każda jednostka mogła znaleźć formę aktywności dostosowaną do osobistych możliwości i potrzeb, spełniającą oczekiwania oraz zapewniającą satysfakcję.

5. PODSUMOWANIE

Starość stanowi wyzwanie dla jednostki, jak również dla wielu instytucji. Celem poszczególnych podmiotów powinna być atencja wobec odczuwanej przez osoby starsze jakości życia. Okres starości jest kontynuacją życiowych zmagania każdej osoby oraz źródłem kolejnych trudności. Istotne zatem staje się akcentowanie roli gerontologii oraz andragogiki, które pomagają sprostać nowym zadaniom pojawiającym się na tym etapie egzystencji determinowanym przez holistycznie rozumianą współczesność, ukazując optymalne sposoby radzenia sobie z problemami przy zachowaniu własnej tożsamości (Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, Kornatowski, 2008).

Zadaniem władz państwowych, samorządowych oraz wielu instytucji jest troska o wysoką jakość życia każdego obywatela. Wskutek zmian w strukturze demograficznej wzrasta liczba osób starszych. Należy zatem zapewnić tej grupie społecznej możliwości uczestnictwa w życiu społecznym, uwzględniając jednocześnie specyfikę potrzeb i problemów pojawiających się na tym etapie egzystencji tak, aby w jak najbardziej odpowiedni sposób sprostać oczekiwaniom jednostek, jak również wykorzystać potencjał osób starszych, umożliwiając im odczuwanie satysfakcji z podejmowanych działań.

Nie bez znaczenia dla jakości życia najstarszego pokolenia jest także obraz osoby starszej funkcjonujący w przestrzeni społecznej. „Pozytywny obraz starzenia się w społeczeństwie ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia pełnej integracji seniorów ze wspólnotą. Zaangażowanie społeczne i publiczne pozytywnie wpływa na proces włączenia społecznego. Jednocześnie dochodzi do pełniejszej aktywizacji osób starszych, co ma wymierne korzyści dla ich zdrowia” (Kalita, Rawska, Staniszevska,

2012, s. 19). Istotne dla dobra ogółu społeczeństwa jest kształtowanie pozytywnego obrazu jesieni życia, przygotowanie młodszych pokoleń do tego etapu egzystencji m.in. poprzez zapewnienie osobom starszym warunków do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym.

BIBLIOGRAFIA

1. Główny Urząd Statystyczny (2014). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Warszawa.
2. Miejski Program na rzecz Osób Starszych na lata 2014–2020, Załącznik do Uchwały Nr XLI/969/2014 Rady Miejskiej w Bielsku-Białej z dnia 29 kwietnia 2014 r., Bielsko-Biała 2014.
3. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. (2008). Starość jako wyzwanie. *Gerontologia Polska*; 16(3): 131–136.
4. Kalita D., Rawska K., Staniszevska G., *Uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym* (red.) Członkowie Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych Działającej przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie Tezy i rekomendacje*. Warszawa 2012.
5. Nowicka A. (2010). *Wstęp*. W: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Kraków: Impuls.
6. Wawrzyniak J.K. (2017). *Starość człowieka – szanse i zagrożenia. Implikacje pedagogiczne*, Warszawa: CeDeWu.
7. Szarota Z. (2007). *Priorytety i kierunki polityki społecznej wobec starości – wymiar globalny, regionalny i lokalny*. W: A. Fabiś (red.), *Instytucjonalne wsparcie seniorów – rozwiązania polskie i zagraniczne*. Bielsko-Biała: Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej.
8. Orzechowska G. (2002). *Samoocena aktywności osób starszych zamieszkujących różne środowiska* W: E. Woźnicka. *Gerontologia ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne*. Łódź: WSHE.
9. Rembowski J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Warszawa-Poznań: PWN.
10. Bugajska B. (2012). *Tożsamość człowieka w starości: studium socjopedagogiczne*, Szczecin: WNUS.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

1. *Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. Program Senior plus*. <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-wieloletni-senior-plus-na-lata-2015-2020> [dostęp: 10.12.2020].
2. *Serwis Rzeczypospolitej Polskiej*. <https://www.gov.pl/web/rodzina/rzadowy-program-na-rzecz-aktywnosci-spoecznej-osob-starszych-na-lata-20142020> [dostęp: 10.12.2020].

3. *Oficjalna strona Urzędu Miejskiego w Bielsku-Białej. Historia miasta.* <https://bielsko-biala.pl/historia-miasta> [dostęp: 28.12.2020].
4. *Seniorzybielsko.pl. Polityka Bielska-Białej.* <https://www.seniorzybielsko.pl/polityka-bielska-bialej> [dostęp: 10.12.2020].
5. *Seniorzybielsko.pl. Program „Miejsce przyjazne dla seniorów”.* <https://www.seniorzybielsko.pl/index.php/partnerzy> [dostęp: 10.12.2020].
6. *Seniorzybielsko.pl. Status Rady Seniorów.* <https://www.seniorzybielsko.pl/index.php/rada-seniorow-statut> [dostęp: 10.12.2020].
7. *Seniorzybielsko.pl. Rada Seniorów.* <https://www.seniorzybielsko.pl/index.php/rada-seniorow> [dostęp: 10.12.2020].
8. *Słownik języka polskiego PWN.* <https://sjp.pwn.pl/slowniki/aktywizacja.html> [dostęp: 26.12.2020].
9. *Śląskie. Dla Seniora.* https://seniorzy.slaskie.pl/files/cms/baza/baza_senioralna.pdf [dostęp: 05.12.2020].
10. *Oficjalna strona Urzędu Miejskiego w Bielsku-Białej. Aktywny Senior Roku 2020.* <https://ms.bielsko-biala.pl/aktualnosci/1/aktywny-senior-roku-2020-0> [dostęp: 10.12.2020].

Dorota Trybusińska*
Małgorzata Chmielewska**
Aneta Joanna Musiał***

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH MIESZKAJĄCYCH W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ

Quality of life of the elderly nursing homes residents

* Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, ORCID: 0000-0003-4523-4508;

** Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, 0000-0001-6505-3072;

*** Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, 0000-0003-0517-0036

ABSTRACT

Introduction: *Research into the quality of life of senior citizens is now becoming increasingly important, as it provides a basis for members of the therapeutic team to diagnose the needs and problems of patients and to provide them with the best possible care and achieve a high quality of life. This research is an important link in creating professional patient care.*

Objective of research: *The aim of the research was to assess the subjective quality of life of elderly nursing home residents in Mazovia.*

Material and methods: *The research was conducted among the 250 elderly nursing home residents. The research material was collected using several research tools: Questionnaire WHOQOL-BREF, De Jong Gierveld Solitude Scale, Katz's Basic Activities of Daily Life Evaluation Scale, Hodgkinson's Abbreviated Mental Performance Test.*

Results: *Both men and women most often indicated an average quality of life (50,5% and 47,8% respectively). Men most often declare satisfaction and dissatisfaction with their health. Women generally indicate an answer not specifying the level of satisfaction. Among the surveyed persons, the best evaluated domain was the environmental domain. It was observed that the quality of life in the physical domain decreases with age. The fitness of older people and their sense of loneliness have an impact on the level of perceived quality of life.*

Conclusions: *The elderly living in nursing homes from Mazovia most often indicate an average quality of life. Residents who indicated a reduced quality of life are lonely, disabled and the oldest. The activities of the staff of nursing homes, who are with residents on a daily basis, should be aimed at improving the quality of life they feel.*

Keywords: quality of life, the elderly, nursing home

STRESZCZENIE

Aktualnie coraz większy nacisk kładzie się na badania nad jakością życia pacjentów, które ukierunkowują członków zespołu terapeutycznego w diagnozowaniu potrzeb i problemów chorych oraz w zapewnieniu im jak najlepszej opieki. Badania te są ważnym elementem profesjonalnej opieki nad pacjentem. Celem przeprowadzonych badań była próba określenia subiektywnej oceny jakości życia pacjentów w starszym wieku, mieszkających w domach pomocy społecznej na Mazowszu. Docelowe badania zostały przeprowadzone wśród 250 starszych mieszkańców domów pomocy społecznej. Materiał badawczy zebrano za pomocą kilku narzędzi badawczych: *Kwestionariusz WHOQOL-BREF*, *Skala do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld*, *Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego wg Katza*, *Skrócony test sprawności umysłowej wg Hodgkinsona*.

Wyniki

Zarówno mężczyźni, jak i kobiety najczęściej określili jakość życia jako przeciętną (odpowiednio 50,5% i 47,8%). Mężczyźni najczęściej deklarują zadowolenie bądź niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia. Kobiety na ogół wskazują odpowiedź nie określającą poziomu zadowolenia. Wśród badanych osób najlepiej ocenioną była domena środowiskowa. Zaobserwowano, że jakość życia w domenie fizycznej spada wraz z wiekiem. Stan sprawności osób starszych oraz ich poczucie samotności mają wpływ na poziom odczuwanej jakości życia.

Wnioski

Osoby starsze zamieszkujące domy pomocy społecznej na Mazowszu najczęściej wskazują na przeciętną jakość życia. Mieszkańcy, którzy wskazywali na obniżony poziom jakości życia, to osoby samotne, niesprawne oraz najstarsze spośród pensjonariuszy. Działania personelu domów pomocy społecznej, który na co dzień z nimi przebywa, powinny być ukierunkowane na poprawę odczuwanej przez nich jakości życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, osoby starsze, dom pomocy społecznej

1. WPROWADZENIE

Starzenie się społeczeństw jest procesem zauważalnym w niemal wszystkich krajach świata, z równie widocznymi konsekwencjami społecznymi (socjalnymi), medycznymi i ekonomicznymi. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) w 2001 roku opublikowała raport na temat starzenia się ludności na świecie, który pokazuje, że starzenie się ludności jest bezprecedensowe, a XXI wiek będzie świadkiem jeszcze szybszego starzenia się niż minione stulecie (United Nations, 2001). Organizacja Narodów Zjednoczonych prognozuje, że w latach 2015–2100 odsetek ludności powyżej 64 roku życia w stosunku do osób w wieku od 15 do 64 lat ulegnie podwojeniu

i osiągnie zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie około 50% (United Nations, 2015).

Z powodu istniejących chorób przewlekłych, postępującej niepełnosprawności oraz wielu chorób człowiek starszy wymaga pomocy i wsparcia od otoczenia. Dodatkowo narastające ograniczenia w samodzielnym rozwiązywaniu codziennych trudności skutkują koniecznością zwrócenia się o pomoc do odpowiednich instytucji pomocowych (Stolińska-Pobrala, 2014). Zdecydowana większość seniorów przebywa w domu, jednak coraz większa liczba osób w podeszłym wieku będzie musiała zamieszkiwać w domach opieki (Willemse, Depla, Smit, Pot, 2014). Według badań Eurofamecare poświęconym opiekunom rodzinnym, w Polsce również najważniejsza jest opieka domowa. Blisko 87% opiekunów nie było skłonnych do umieszczenia osoby starszej w domu opieki, 12% z nich rozważałoby umieszczenie w nim osoby starszej, ale jedynie w wypadku, gdyby sytuacja tej osoby uległa pogorszeniu. Sami seniorzy mają podobne odczucia – blisko 70% z nich nigdy nie chciałoby być mieszkańcem domu pomocy społecznej, zaś 22% seniorów zamieszkałoby w nim tylko w ostateczności (Czekanowski, 2013).

Domy opieki zamieszkują osoby o zróżnicowanych potrzebach (od stymulacji społecznej po opiekę paliatywną) – to pokazuje, jak złożona jest praca pielęgniarek zatrudnionych w tych placówkach. Organy założycielskie muszą uwzględnić te kwestie, aby placówki przeznaczone dla osób w podeszłym wieku były do tego odpowiednio przygotowane – tak, aby jakość opieki w nich była jak największa (Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, Seim, 2013).

W ostatnich latach zagadnienia dotyczące jakości życia pozostają w kręgu zainteresowania badaczy z różnych dyscyplin naukowych, w tym także z pielęgniarstwa. Prowadzone badania naukowe i pogłębione analizy tematu nie określają jednoznacznej definicji jakości życia. Wynika to z wielu koncepcji i ujęć tego zagadnienia, a także z faktu, że należy uwzględnić współistnienie rozmaitych sfer w życiu człowieka (Rolka, Kowalewska i Jankowiak, 2017). Dodatkowo na percepcję jakości życia będą wpływały własne przekonania jednostki, jej kultura, moralność, a także status ekonomiczny (Yousefi, Rasekhi, Heshmati, 2016).

Aktualnie coraz większy nacisk kładzie się na badania nad jakością życia pacjentów, które ukierunkowują członków zespołu terapeutycznego w diagnozowaniu potrzeb i problemów chorych oraz w zapewnieniu im jak najlepszej opieki (Yousefi i in., 2016), badania te są ważnym ogniwem tworzenia profesjonalnej opieki nad pacjentem (Wiśniewska, Zagroba, Ostrowska i Marcysiak, 2017).

Personel sprawujący opiekę w domu pomocy społecznej powinien rozumieć, że na jakość życia pensjonariuszy składa się: poczucie autonomii, prywatność, indywidualność, poczucie bezpieczeństwa, poczucie komfortu, umożliwienie kontaktów międzyludzkich, aktywność dnia codziennego (zależna od możliwości funkcjonalnych, tj. bycia niezależnym w czynnościach fizycznych i prezentowania dobrej kondycji psychicznej) oraz duchowy dobrostan. Ocena jakości życia w domach opieki jest zależna od możliwości wyboru sposobu spędzania wolnego czasu, możliwości wyboru sposobu leczenia, respektowania przez personel indywidualnych potrzeb i oczekiwań mieszkańców (Tobiasz-Adamczyk, 2017).

2. CEL PRACY

Celem przeprowadzonych badań była próba określenia subiektywnej oceny jakości życia pacjentów w starszym wieku, mieszkających w domach pomocy społecznej, w placówkach na Mazowszu.

3. MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 250 osób starszych po 65 roku życia, którzy przebywali w 7 domach pomocy społecznej.

Wszyscy badani wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania. Materiał badawczy zebrano za pomocą kilku narzędzi badawczych:

- Skrócony *Test sprawności umysłowej wg Hodgkinsona* (AMTS – Abbreviated Mental Test Score) – jest to przesiewowy test do oceny sprawności umysłowej składający się z 10 pytań. Za każdą prawidłową odpowiedź na pytanie badany otrzymuje 1 pkt. (Romanik, Łazarewicz., 2017). W projekcie test został wykorzystany do wstępnej kwalifikacji do badań.
- *Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego wg Katza*. Skala służy do opisu 6 podstawowych czynności życiowych, takich jak: zdolność utrzymywania higieny, samodzielne ubieranie się i rozbieranie, podstawowa mobilność, kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych (Kachaniuk, 2013).
- *Skala do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld* to wystandaryzowane narzędzie autorstwa De Jong Gierveld i Kamphuis w polskiej adaptacji P. Grygiela, G. Humennyego, S. Rębisza, P. Świtaja, J. Sikorskiej. Narzędzie to jest zbudowane z 11 twierdzeń i jest częściowo zbalansowane, 6 pozycji skupia zdania sformułowane negatywnie, które opisują brak zadowolenia z kontaktów społecznych, a pozostałe 5 zawiera zdania sformułowane pozytywnie, które mierzą zadowolenie związane z relacjami interpersonalnymi (Grygiel, Humenny, Rębisz, Świtaj i Sikorska-Grygiel, 2013), (Zalewska-Puchała, Kostrz, Majda i Kamińska, 2015).
- *Kwestionariusz WHOQOL-BREF* to wystandaryzowane narzędzie w polskiej adaptacji L. Wołowickiej i K. Jaracz. *Kwestionariusz WHOQOL-BREF* jest to narzędzie stworzone do oceny ogólnej jakości życia osób zdrowych, jak i chorych, powstał na podstawie skali WHOQOL -100. Kwestionariusz jest zbudowany z 26 pytań i umożliwia ocenę jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Dodatkowo narzędzie to zawiera 2 pytania, które są analizowane oddzielnie, dotyczą ogólnej percepcji jakości życia i ogólnej percepcji własnego zdrowia (Jaracz, Wołowicka i Kalfos, 2001), (Skevington, Lotfy, O'Connell, 2004), (Jaracz, Kalfoss, Górna i Bączyk, 2006). Pacjenci zostali poproszeni o wskazanie, jak długo przebywają w DPS.

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS wersja 25. W pracy zastosowano następujące oznaczenia: n – liczebność, sd – odchylenie standardowe, % – rozkład procentowy, dol.-kw. – dolny kwartył, gór.-kw. – górny kwartył, p- poziom istotności, śred. – średnia, med. – mediana.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej, udział w badaniu był dobrowolny i poprzedzony uzyskaniem zgody od pacjentów.

Kryteriami włączenia do badania były: płeć – kobiety i mężczyźni, wiek – 65 lat i więcej, czas przebywania w DPS – powyżej 1 roku, świadoma zgoda na udział w badaniach, uzyskanie 7 lub więcej punktów wg *Skróconego testu sprawności umysłowej wg Hodgkinsona*. Kryteriami wyłączenia z badania były: czas przebywania w DPS krótszy niż 1 rok, brak świadomej zgody na udział w badaniach, uzyskanie 6 lub mniej punktów wg *Skróconego testu sprawności umysłowej wg Hodgkinsona*.

Charakterystyka ogólna próby

Przebadano 250 starszych mieszkańców domów pomocy społecznej. Wśród badanych było 157 kobiet (62,8% ogółu badanych) i 93 mężczyzn (37,2%). Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 71 lat dla mężczyzn i 75 lat dla kobiet (kobiety były istotnie statystycznie starsze). Najstarszą respondentką była kobieta w wieku 98 lat. Najliczniejszą grupą wśród badanych osób były osoby sprawne (69,6%). Biorący udział w badaniu mężczyźni byli przeciętnie sprawniejsi (78,5%) od kobiet, ale różnica była na granicy istotności statystycznej. Badani przebywali w DPS średnio około 7 lat. Kobiety mieszkały w DPS znamienne statystycznie dłużej niż mężczyźni (ponad 2 lata dłużej). Osób pozostających rezydentami 10 lat lub dłużej było 74, co stanowiło 33,8% respondentów. Najdłużej (28 lat) rezydowała 74-letnia kobieta. Wśród badanych mieszkańców największą grupę (41,6%) stanowili respondenci, którzy uzyskali maksymalną ilość punktów w Skróconym teście sprawności umysłowej wg Hodgkinsona (mężczyzn było o 12,6% więcej niż kobiet). Wraz ze zmniejszającą się punktacją spadała liczebność grup. Różnica w liczbie uzyskanych punktów między kobietami i mężczyznami nie była statystycznie istotna. Kobiety o 4,8% częściej odczuwały samotność niż mężczyźni. Co 4 kobieta i prawie co 5 mężczyzna odczuwali samotność w stopniu wysokim (Tab. 1).

Tabela 1. Poczucie samotności wśród badanych wg skali DJG w zależności od płci

Poziom poczucia samotności	Mężczyzna		Kobieta		Razem		
	n	%	n	%	n	%	
Niskie poczucie samotności	59	63,4	92	58,6	151	60,4	
Umiarkowane poczucie samotności	17	18,3	26	16,6	43	17,2	
Wysokie poczucie samotności	17	18,3	39	24,8	56	22,4	
Razem	93	37,2	157	62,8	250	100,0	
<i>p</i> * testowe (test chi-kwadrat)						0,4844	

**p* < 0,05

4. WYNIKI

Badana grupa dokonała oceny ogólnej jakości swojego życia. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety najczęściej wskazali na przeciętną jakość życia (odpowiednio 50,5% i 47,8%). Drugą najczęściej zaznaczaną odpowiedzią była dobra ocena jakości życia (mężczyźni – 38,7%, kobiety – 35%). Kobiety częściej od mężczyzn wskazywały na bardzo dobrą jakość życia (o 3,5%) oraz na złą jakość życia (o 2,7%). Nie wykazano, aby wspomniane różnice między płciami były istotne statystycznie (Tab. 2).

Tabela 2. Odpowiedzi na pytanie ogólne WHOQOL (jak ocenia jakość życia) w podziale na płeć

Ocena jakości życia	Mężczyzna		Kobieta		Razem		
	n	%	n	%	n	%	
Bardzo zła	1	1,1	2	1,3	3	1,2	
Zła	7	7,5	16	10,2	23	9,2	
Ani dobra ani zła	47	50,5	75	47,8	122	48,8	
Dobra	36	38,7	55	35,0	91	36,4	
Bardzo dobra	2	2,2	9	5,7	11	4,4	
Razem	93	35,9	157	62,8	250	100,0	
p* testowe (test chi-kwadrat)						0,64795	

* $p < 0,05$

Mężczyźni najczęściej deklarowali zadowolenie i niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia (odpowiednio 33,3% i 30,1%). Kobiety na ogół wskazywały odpowiedź nie określającą poziomu zadowolenia (31,8%), następnie taka sama liczba osób wskazała na zadowolenie i niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia (po 28,7%). W grupie bardzo zadowolonych było po 3 osoby (Tab. 3).

Tabela 3. Odpowiedzi na pytania ogólne WHOQOL (jak zadowolony ze zdrowia) w podziale na płeć

Zadowolenie ze zdrowia	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niezadowolony	12	12,9	14	8,9	26	10,4
Niezadowolony	28	30,1	45	28,7	73	29,2
Ani zadowolony, ani niezadowolony	19	20,4	50	31,8	69	27,6
Zadowolony	31	33,3	45	28,7	76	30,4

Bardzo zadowolony	3	3,2	3	1,9	6	2,4
Razem	93	35,9	157	62,8	250	100,0
p* testowe (test chi-kwadrat)	0,33874					

* $p < 0,05$

Najlepiej przez obie grupy ocenioną domeną była domena środowiskowa (mężczyźni – 14,2 pkt., kobiety – 13 pkt.). Kobiety uzyskały najmniej punktów w domenie psychicznej (11,9 pkt.), mężczyźni zaś w domenie społecznej (12,1 pkt.) Jedyne różnica w ocenie domeny społecznej między kobietami i mężczyznami nie wykazywała istotności statystycznej (Tab. 4).

Tabela 4. Jakość życia badanych wg WHOQOL-BREF z podziałem na domeny a płeć

WHOQOL	Płeć	n	średn.	sd	dol -kw.	med.	górn. -kw.	p* testowe (test Man-Whitney'a)
Fizyczna	Mężczyzna	93	13,2	2,8	10,9	13,1	14,9	0,0161*
	Kobieta	157	12,1	3,0	10,9	12,0	13,7	
	Razem	250	12,5	3,0	10,9	12,6	14,3	
Psychiczna	Mężczyzna	93	12,8	2,4	11,3	12,7	14,7	0,0276*
	Kobieta	156	11,9	3,1	10,0	12,0	14,7	
	Razem	249	12,2	2,9	10,0	12,7	14,7	
Społeczna	Mężczyzna	93	12,1	2,1	10,7	12,0	13,3	0,1357
	Kobieta	157	12,5	2,3	10,7	13,3	13,3	
	Razem	250	12,3	2,3	10,7	12,0	13,3	
Środowiskowa	Mężczyzna	93	14,2	2,3	12,5	14,5	16,0	0,0003*
	Kobieta	156	13,0	2,7	11,0	13,0	15,0	
	Razem	249	13,5	2,6	12,0	14,0	15,5	
Suma domen	Mężczyzna	93	52,2	7,5	47,8	52,9	57,0	0,0173*
	Kobieta	156	49,5	9,1	43,5	50,0	55,8	
	Razem	249	50,5	8,6	45,0	51,3	56,2	

* $p < 0,05$

Analizy statystyczne wykazały słaby odwrotnie proporcjonalny związek pomiędzy domeną fizyczną i wiekiem w całej badanej populacji, w pozostałych przypadkach korelacje nie są istotne statystycznie (Tab. 5).

Tabela 5. Analiza związków pomiędzy poczuciem jakości życia i wiekiem w całej badanej populacji

Poczucie jakości życia	Wiek
Skala WHOQOL-BREF domena fizyczna	-0,196*
Skala WHOQOL-BREF domena psychiczna	-0,012
Skala WHOQOL-BREF domena społeczna	0,104
Skala WHOQOL-BREF domena środowiskowa	0,013

* $p < 0,05$

Przeprowadzone analizy statystyczne wskazują na brak istotnych statystycznie związków pomiędzy poczuciem jakości życia i czasem pobytu w DPS (Tab. 6)

Tabela 6. Analiza związków pomiędzy poczuciem jakości życia i czasem pobytu w DPS w przypadku całej badanej populacji

Poczucie jakości życia	Czas pobytu w DPS
Skala WHOQOL-BREF domena fizyczna	-0,043
Skala WHOQOL-BREF domena psychiczna	-0,100
Skala WHOQOL-BREF domena społeczna	0,060
Skala WHOQOL-BREF domena środowiskowa	-0,003

* $p < 0,05$

Analiza statystyczna wykazała, że w całej przebadanej populacji występuje wprost proporcjonalny słaby związek pomiędzy sprawnością i domeną psychologiczną, sprawnością i relacjami społecznymi oraz pomiędzy sprawnością i domeną środowiskową. Ponadto wykazano wprost proporcjonalny, przeciętny związek pomiędzy sprawnością wg Katza i domeną fizyczną (Tab. 7).

Tabela 7. Analiza związków pomiędzy poczuciem jakości życia i poczuciem sprawności według Katza w przypadku całej badanej populacji

Poczucie jakości życia	Sprawność wg. Katza
Skala WHOQOL-BREF domena fizyczna	0,471*
Skala WHOQOL-BREF domena psychiczna	0,264*
Skala WHOQOL-BREF domena społeczna	0,217*
Skala WHOQOL-BREF domena środowiskowa	0,288*

* $p < 0,05$

Zależność między *Skalą samotności De Jong Gierveld* a *Kwestionariuszem WHOQOL-BREF* wykazała wysoce istotne, odwrotnie proporcjonalne zależności, chociaż współczynniki korelacji wskazywały na słabą i umiarkowaną zależność (Tab. 8).

Tabela 8. Zależność między skalą samotności DJG a poczuciem jakości życia

Poczucie jakości życia	Skala samotności DJG
Skala WHOQOL-BREF sumaryczna	-0,449*
Skala WHOQOL-BREF domena środowiskowa	-0,441*
Skala WHOQOL-BREF domena społeczna	-0,363*
Skala WHOQOL-BREF domena psychiczna	-0,388*
Skala WHOQOL-BREF domena fizyczna	-0,249*

* $p < 0,05$

5. DYSKUSJA

W Polsce, jak i w innych krajach świata, liczba osób starszych systematycznie wzrasta. Według danych GUS za rok 2014 u prawie 3,4 mln osób powyżej 65 roku życia występowały ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych, z czego u 1,3 mln osób poziom ograniczeń określono jako duży. Powyżej 25% badanych nie miało pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego, a blisko 1,3 mln osób w wieku starszym uznało, że taka pomoc jest im potrzebna (GUS, 2016). Te doniesienia, wraz z połączeniem danych na temat zmiany struktury rodziny wielopokoleniowej na rodzinę nuklearną bądź jednopokoleniową powodują, że dostrzegalne jest zwiększone zapotrzebowanie na opiekę instytucjonalną. To powoduje, że przed opieką długoterminową, w tym domami pomocy społecznej oraz osobami tam zatrudnionymi, pojawiają się nowe wyzwania. Opieka holistyczna nad starszym mieszkańcem DPS wymaga wszechstronnego podejścia i uwzględnienia jego odczuć (Nyqvist, Victor, Forsman, Cattan, 2016).

Górna i Jaracz wskazują, że mieszkańcy domów pomocy społecznej posiadają niższą jakość życia w związku z koniecznością zaadaptowania się do nowych warunków z osobami, na których obecność nie mają wpływu (Górna i Jaracz, 2017).

W badaniach Farzianpour i wsp., jakość życia mieszkańców domów opieki była istotnie skorelowana z płcią. Mężczyźni osiągnęli wyższe wyniki niż kobiety. Autorzy sformułowali wniosek, że wyniki tych badań były powiązane z bardziej negatywnym nastawieniem kobiet do ich zdrowia fizycznego (Farzianpour, Foroushani, Badakhshan, Gholipour, Roknabadi, 2016).

W badaniach własnych ukazano obniżoną jakość życia mieszkańców badanych placówek. Najlepiej oceniona zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn była domena środowiskowa. Kobiety uzyskały najmniej punktów w domenie psychicznej,

mężczyźni zaś – w domenie społecznej. Wyniki te korespondują z wynikami Kurowskiej i Kajut (2011), gdzie na domenę środowiskową przypadała najwyższa średnia ocen, zaś na domenę społeczną i psychiczną – najniższa. Na jakość życia wpływało codzienne funkcjonowanie pensjonariusza, samodzielna decyzja o zamieszkaniu w placówce oraz utrzymywanie kontaktów z rodziną. Badania Fideckiego i wsp. (2015), dotyczące jakości życia osób w podeszłym wieku objętych zakładową opieką długoterminową, potwierdzają badania własne. Dodatkowo autorzy wskazali na wykształcenie pacjentów, które istotnie wpływało na ich jakość życia. Osoby w wieku 65–74 lata najlepiej oceniały ogólną jakość życia oraz domenę fizyczną i środowiskową, zaś najstarsi pacjenci (po 90 roku życia) – domenę społeczną i psychologiczną, a także zadowolenie ze zdrowia. Kobiety wskazywały na wyższą jakość życia niż mężczyźni.

W innych badaniach Kurowskiej i wsp. badani mieszkańcy określili swoją jakość życia jako przeciętną. Tu również najwyższej oceniono dziedzinę środowiskową, najniżej – fizyczną. Autorzy sformułowali wniosek, że istnieje zapotrzebowanie na wsparcie społeczne, głównie emocjonalne, wśród mieszkańców DPS (Kurowska i Błaszczuk, 2013).

W badaniach z Turcji to mężczyźni posiadali wyższą jakość życia, a wsparcie społeczne miało na nią znaczący wpływ. Inne czynniki mające wpływ na jakość życia to wykształcenie i posiadany dochód (Unalan, Gocer, Basturk, Baydur, Ozturk, 2015).

Badania z domów opieki w Serbii wskazują na obecność choroby jako istotny czynnik obniżający jakość życia, podczas gdy wiek, wykształcenie i stan cywilny nie miały na nią wpływu. Podobnie jak w badaniach własnych w domenie społecznej, niższe wyniki uzyskali mężczyźni (Canković i in., 2016).

W badaniach z Kuala Lumpur wśród czterech dziedzin jakości życia, domena fizyczna uzyskała najwyższy wynik, podczas gdy domena społeczna – najniższy. Wśród czynników związanych z jakością życia wśród osób starszych autorzy wymienili: wsparcie społeczne, przewlekłe choroby współistniejące, płeć, aktywność na świeżym powietrzu oraz rozrywkę (Onunkwor i in., 2016).

Ciekawe badania przeprowadzono w Brazylii w grupie starszych mieszkańców domu opieki. Skupiono się na zbadaniu związku między strategiami radzenia sobie ze stresem duchowym i religijnym oraz jakością życia. Umiejętność radzenia sobie ze stresem miała dodatnią korelację z większością domen z WHOQOL-OLD i WHOQOL-BREF. Z drugiej strony brak umiejętności radzenia sobie ze stresem duchowym i religijnym korelowały negatywnie z aspektami śmierci i umierania z WHOQOL-OLD (Vitorino i in., 2016).

W opracowaniach z Hong Kong odnotowano, że leczenie przeciwbólowe, powiązania rodzinne i szczególna uwaga poświęcona osobom z zaburzeniami kognytywnymi były ważnymi czynnikami w zapewnieniu lepszej jakości życia dla osób starszych, przebywających w domach opieki (Lai, Leung, Kwong, Lee, 2014).

Fleming i wsp. (2016) podjęli próbę oceny związku jakości życia mieszkańców domów opieki z budynkiem i jego otoczeniem. Przebadano pensjonariuszy z 35 domów z Australii i wykazano, że wyższa jakość życia wiąże się z budynkami, które ułatwiają

angażowanie się w różnorodne działania zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz ośrodka, są znane mieszkańcom, zapewniają przestrzeń prywatną i wspólnotową oraz posiadają udogodnienia i możliwości uczestnictwa w urozmaiconych zajęciach.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej w województwie łódzkim najczęściej oceniali swoją jakość życia jako ani dobrą, ani złą. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn (Burzyńska, Pikala, Kondak i Maniecka-Bryła, 2017). Tendencję tę potwierdzają badania własne.

W badaniach własnych dostrzeżono istotną zależność pomiędzy samotnością i jakością życia, co potwierdzają badania z Turcji. Wykazano w nich, że osoby samotne miały znacznie niższe wyniki we wszystkich aspektach jakości życia (za wyjątkiem śmierci i umierania) w porównaniu do osób, które nie są samotne (Unalan i in., 2015).

6. PODSUMOWANIE

1. Osoby starsze zamieszkujące domy pomocy społecznej najczęściej wskazywały na przeciętną jakość życia.
2. Zaobserwowano, iż mężczyźni najczęściej deklarowali zadowolenie bądź niezadowolony ze swojego stanu zdrowia. Kobiety na ogół wskazywały odpowiedź nie określającą poziomu zadowolenia
3. Wśród badanych osób najlepiej ocenioną domeną była domena środowiskowa.
4. Zaobserwowano, że jakość życia w domenie fizycznej spada wraz z wiekiem. Stan sprawności osób starszych oraz ich poczucie samotności mają wpływ na poziom odczuwanej jakości życia.

BIBLIOGRAFIA

1. Burzyńska M., Pikala M., Kondak K., Maniecka-Bryła I. (2017). Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej. *Folia Oeconomica Acta Universitas Lodzensis*; 3(329): 131–145.
2. Canković S., Nikolić E. A., Jovanović V. M., Kvirgić S., Harhaji S., Radić I. (2016). Quality of Life of Elderly People Living in a Retirement Home. *Vojnosanit Pregl*; 73(1): 42–46. DOI: <https://doi.org/10.2298/vsp131205126c>.
3. Czekanowski P. (2013). Proces starzenia się społeczeństw a sytuacja rodzinna ludzi starych. *Przegląd Socjologiczny*; 62: 2, 55–78.
4. Farzianpour F., Foroushani A. R., Badakhshan A., Gholipour M., Roknabadi E. H. (2016). Quality of Life for Elderly Residents in Nursing Homes. *Glob J Health Sci*; 8(4): 127–135.
5. Fidecki W., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K., Wysokiński M., Kulina D., Wadas T., Augustowska-Kruszyńska K. (2015). Health – Related Quality of Life in Eldery People Provided with Long-term Care. *Gerontologia Polska*; 1: 24–28.

6. Fleming R., Goodenough B., Low L. F., Chenoweth L., Brodaty H. (2016). The Relationship Between the Quality of the Built Environment and the Quality of life of People with Dementia in Residential Care. *Dementia*; 15(4): 663–680.
7. Główny Urząd Statystyczny (2016). *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r.*, 58–79. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/> [dostęp 20.06.2020].
8. Górna K., Jaracz K. (2017). Jakość życia osób starszych. W: K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, s. 343–345. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
9. Grygiel P., Humenny G., Rębisz S., Świtaj P., Sikorska-Grygiel J. (2013). Validating the Polish Adaptation of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale. *European Journal of Psychological Assessment*; 29(2): 129–139. DOI: <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000130>.
10. Jaracz K., Kalfoss M., Górna K., Bączyk G. (2006). Quality of Life Polish Respondents: Psychometric Properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci*, 20: 251–260. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00401.x>.
11. Jaracz K., Wołowicka L., Kalfos M. (2001). Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. W: L. Wołowicka (red.) *Jakość życia w naukach medycznych*, s. 291–302. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane AM.
12. Kachaniuk H. (2013). Całościowa ocena geriatryczna. W: Materiały dydaktyczne dla uczestników kursu specjalistycznego „Kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”, opracowane w ramach projektu systemowego: Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarstwa w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa, s. 72. Warszawa: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
13. Kurowska K., Błaszczuk W. (2013). Wpływ wsparcia na jakość życia mieszkańców Domu Pomocy Społecznej. *Psychogeriatrya Polska*; 10(1): 33–40.
14. Kurowska K., Kajut A. (2011). Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychogeriatrya Polska*; 8(2): 55–62.
15. Lai C. K., Leung D. D., Kwong E. W., Lee R. L. (2014). Factors Associated with the Quality of Life of Nursing Home Residents in Hong Kong. *Int Nurs Rev*; 62(1): 120–129.
16. Nakrem S., Vinsnes A. G., Harkless G. E., Paulsen B., Seim A. (2013). Ambiguities: Residents’ Experience of ‘Nursing Home as my Home’. *Int J Older People Nurs*; 8(3): 216–225. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00320.x>.
17. Nyqvist F., Victor C. R., Forsman A. K., Cattan M. (2016). The Association Between Social Capital and Loneliness in Different Age Groups: a Population-Based Study in Western Finland. *BMC Public Health*; 16: 542.
18. Onunkwor O. F., Al-Dubai S. A., George P. P., Arokiasamy J., Yadav H., Barua A., Shuaibu H. O. (2016). A Cross-sectional Study on Quality of Life Among the Elderly in Non-governmental Organizations’ Elderly Homes in Kuala Lumpur. *Health Qual Life Outcomes*; 12: 14, 6. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0408-8>.
19. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B. (2017). Jakość a jakość życia w ujęciu historycznym. W: B. Kowalewska., B. Jankowiak, H. Rolka, E. Krajewska-Kułak

- (red.). *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. t. 1*, s. 31–42. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
20. Romanik W., Łazarewicz M. (2017). Wersja polska Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) – problemy metodologiczne. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*; 17(3): 203–207. DOI: <https://doi.org/10.15557/PiPK.2017.0024>
 21. Skevington S. M., Lotfy M., O’Connell K. A. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report From WHOQOL GROUP. *Qual Life Res*, 13: 299–310. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:QU-RE.0000018486.91360.00>.
 22. Stolińska-Pobralaska N. (2014). Dom pomocy społecznej jako instytucja polskiego systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych. *Pedagogika Rodziny*; 4(3): 101–118.
 23. Tobiasz-Adamczyk B. (2017), Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia. *Gerontologia Polska*; 25: 254–260.
 24. Unalan D., Gocer S., Basturk M., Baydur H., Ozturk A. (2015). Coincidence of Low Social Support and High Depressive score on Quality of Life in Eldery. *European Geriatric Medicine*; 6: 319–324.
 25. United Nations (2001). Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing: 1950–2050, New York. Pobrane z: <http://www.un.org> [dostęp 8.06.2020].
 26. United Nations (2015). *World Population Prospects The 2015 Revision, Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York*. Pobrane z: <https://esa.un.org/> [dostęp 10.06.2020].
 27. Vitorino L. M., Lucchetti G., Santos A. E., Lucchetti A. L., Ferreira E. B., Adami N. P., Vianna L. A. (2016). Spiritual Religious Coping is Associated with Quality of Life in Institutionalized Older Adults. *J Relig Health*; 55(2): 549–559.
 28. Willemse B. M., Depla M. F., Smit D., Pot A. M. (2014). The Relationship between Small-scale Nursing Home Care for People with Dementia and Staff’s Perceived Job Characteristics. *International Psychogeriatrics*; 26: 805–816. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610214000015>.
 29. Wiśniewska E., Zagroba M., Ostrowska B., Marcysiak M. (2017). Jakość życia w zdrowiu i chorobie – charakterystyka pojęcia. W: B. Kowalewska, B. Jankowiak, H. Rolka, E. Krajewska-Kułał (red.), *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. t. 1*, s. 43–52. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
 30. Yousefi P., Rasekhi S., Heshmati H. (2016). Quality of Life in Medical Sciences. *International Journal of Medical Research, Health Sciences*: 5(5): 43–46.
 31. Zalewska-Puchała J., Kostrz M., Majda A., Kamińska A. (2015). Poczucie samotności starszych osób. *Problemy Pielęgniarstwa*; 23(2): 233–238.

Grażyna Kozak*
Agnieszka Renn-Żurek**

UPADKI W GERIATRII. CZYNNIKI RYZYKA I PROFILAKTYKA

Falls in geriatrics - risk factors and prevention

* Akademia Humanistyczno Ekonomiczna w Łodzi, ORCID: 0000-0001-7406-1744

** Akademia Humanistyczno Ekonomiczna w Łodzi, ORCID: 0000-0002-9743-6809

ABSTRACT

Research objectives: The aim of the study is to determine the risk factors for falls and the impact of comorbidities on them, to show the lifestyle of seniors, to determine the level of knowledge of seniors about physical activity and to check the need for facilities.

Material and methods: The research was carried out on a group of 101 patients of the Department of Internal Medicine and Cardiology in the Łódź Province.

The work uses the method of a diagnostic survey, the survey technique, and the author's questionnaire as a tool. The statistical analysis was performed using the Microsoft Office Excel spreadsheet and the Pearson chi-square (χ^2) test.

Conclusions: The use of rehabilitation facilities by seniors does not differentiate the type of injury during the fall of an elderly person. The number of falls within the last 12 months does not increase the frequency of osteoarticular complaints. The higher level of self-esteem of physical activity in seniors does not determine the number of falls suffered over the last year. Loneliness increases the doses of medications taken by seniors without a doctor's prescription. The number of falls experienced in the last 12 months does not affect the early diagnosis of osteoporosis. As the anxiety of falling in the elderly increases, so does the restriction of their physical activity. The greater number of trips does not increase the number of falls among the elderly. With age, the amount of medications prescribed by a doctor increases by seniors.

Keywords: senior, falls, risk, prevention, physical activity, loneliness

STRESZCZENIE

Cele badania

Celem pracy jest określenie czynników ryzyka upadków i wpływ na nie chorób współistniejących, ukazanie stylu życia seniorów, określenie poziomu wiedzy seniorów na temat aktywności fizycznej oraz sprawdzenie potrzeby korzystania z udogodnień.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na grupie 101 pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii województwa łódzkiego.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie – autorski kwestionariusz ankiety.

Analizę statystyczną wykonano przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office Excel oraz testu chi-kwadrat (χ^2) Pearsona.

Wnioski

Stosowanie przez seniorów udogodnień rehabilitacyjnych nie różnicuje rodzaju urazu podczas upadku. Liczba upadków w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie zwiększa częstotliwości dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego. Wyższy poziom samooceny aktywności fizycznej seniorów nie determinuje liczby doznanych upadków w przeciągu ostatniego roku. Samotność wpływa na zwiększenie dawek zażywania leków przyjmowanych przez seniorów bez zalecenia lekarskiego. Liczba doznanych upadków w czasie ostatnich 12 miesięcy nie wpływa na wcześniejsze rozpoznanie osteoporozy. Wraz z większym natężeniem lęku przed upadkiem u osób starszych zwiększa się ograniczenie ich aktywności fizycznej. Większa liczba potknięć nie wpływa na zwiększenie liczby upadków wśród osób starszych. Wraz z wiekiem zwiększa się ilość przyjmowanych leków zaleconych przez lekarza.

Słowa kluczowe: senior, upadki, ryzyko, profilaktyka, aktywność fizyczna, samotność

1. WPROWADZENIE

Częstotliwość występowania upadków wzrasta wraz z wiekiem. Upadki tak bardzo charakterystyczne dla osób starszych należą do tak zwanych wielkich problemów geriatrycznych. Są to zdarzenia wieloprzyczynowe, przewlekłe i trudne do leczenia. Powodują obciążenia dla osób, które ich doświadczyły, ale również dla osób z najbliższego otoczenia. Wszystko to składa się na fakt, że osoby starsze stopniowo tracą swoją niezależność (Wieczorowska - Tobiasz K., Talarska D., Zasadzka E., 2013).

Upadki zwykle wpływają na losy seniora, nie tylko ze względu na odniesione urazy, ale także na stany lękowe, czyli strach przed kolejnymi upadkami, depresję, ograniczenie aktywności ruchowej oraz ogólne wycofanie się z życia publicznego. Społeczne następstwa tych sytuacji znacznie utrudniają ludziom starszym powrót do samodzielności. Pojęcie upadków i urazów u osób w wieku podeszłym staje się coraz poważniejszym problemem społecznym w Polsce i na całym świecie, pociągając za sobą konsekwencje medyczne i ekonomiczne. W Polsce upadki i ich następstwa są bagatelizowane. Traktowane są jak sprawy drugorzędowe lub w ogóle nie są zauważalne. Koszty związane z upadkami i ich następstwami nie są szacowane (Krajewska-Kula E., Cybulski M., 2016). Kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają obrażenia związane z upadkiem. Upadki osób starszych obok urazów stanowią szóstą przyczynę śmierci. Śmiertelność będąca wynikiem niektórych urazów na skutek upadków,

między innymi złamanie bliższego końca kości udowej, jest szczególnie wysoka w ciągu pierwszych 6 miesięcy, szczególnie u mężczyzn (Cytowicz-Karpiłowska W., Kazimierska B., Cytowicz A., 2011). Średnia długość życia ludzi na całym świecie jest coraz dłuższa. Ludzie żyją coraz dłużej dożywając późnej starości. Osoby starsze, chcąc zostać jak najdłużej w pełni samodzielnymi i samowystarczalnymi, nie proszą swoich najbliższych o pomoc, nie chcąc ich przy tym fatygować (Guccione A., Wong R., Avers D., 2014; (Wieczorkowska-Tobias K., Talarska D., 2015). U osób w wieku podeszłym wszystkie mechanizmy w organizmie zużywają się i pojawia się zjawisko wielochorobowości (Fabiś A., 2013).

2. CEL BADAŃ

W pracy analizowano wpływ wybranych czynników ryzyka upadków i wpływ na nie chorób współistniejących.

Jako cel wyznaczono ukazanie stylu życia seniorów, określenie ich poziomu wiedzy na temat aktywności fizycznej oraz sprawdzenie potrzeby korzystania z udogodnień.

3. MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie – autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała łącznie 29 pytań. Wypełnienie ankiety było czynnością anonimową i dobrowolną. Pierwsze cztery pytania dotyczyły zmiennych socjodemograficznych: wieku, płci, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania badanych. Pozostałe 25 pytań to pytania szczegółowe dotyczące życia seniorów. Analizę statystyczną wykonano przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office Excel oraz testu chi-kwadrat (χ^2) Pearsona.

Badania przeprowadzono na grupie 101 pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii województwa łódzkiego. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

4. WYNIKI I WNIOSKI

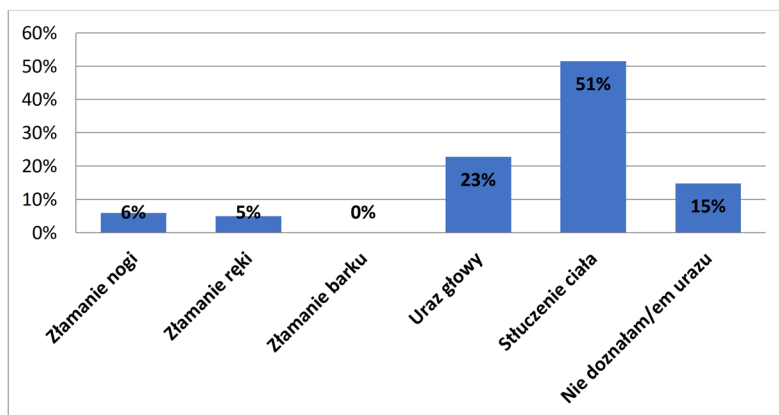
W badaniu uczestniczyło 101 pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii województwa łódzkiego. W tabeli 1 scharakteryzowano badaną populację.

W grupie badanych seniorów 25% osób leczy się na choroby związane z układem krążenia, 15% zgłasza dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, 4% cierpi na choroby układu pokarmowego, 19% wskazuje na choroby układu oddechowego, 5% choroby układu moczowego, 13% ma schorzenia metaboliczne, 18% leczy się

dodatkowo na choroby związane z układem nerwowym, a 2% cierpi na depresję. Żadna spośród ankietowanych osób nie wskazała na brak dodatkowego leczenia. Na pogorszenie swojego wzroku i słuchu wskazuje ponad 90% badanych, a 10% – nie. Spośród badanych 84,2% przyjmuje regularnie leki zapisane przez lekarza, a 15,8% zażywa je nieregularnie lub wcale. Leki z grupy obniżających ciśnienie tętnicze krwi przyjmuje 58,4% badanych, a 41,6% – nie. Rozkład częstotliwości występowania dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego badanych przedstawia się następująco: 71% badanych zgłasza je codziennie, 18% – 1 raz w tygodniu, 9% – 1 raz w miesiącu, 2% – 1 raz w miesiącu lub rzadziej. Czas występowania osteoporozy prezentuje się następująco: poniżej roku 15%, od 2 do 5 lat – 38% badanych, powyżej 5 lat – 30%, u 18% nie zdiagnozowano dotychczas osteoporozy. Rozkład subiektywnej oceny własnej aktywności fizycznej jest następująco: 73,3% uznaje ją za dobrą, 23,8% – za złą, a 3% – za bardzo dobrą. Rozkład wpływu aktywności fizycznej na jakość życia badanych prezentuje się następująco: ponad połowa badanych – 60% uznaje ten wpływ jako niewielki, 27% – jako duży, 13% – jako bardzo duży. Żadna z badanych osób nie wskazała na brak wpływu aktywności na ich jakość życia. Spośród badanych 86,1% uważa, że strach przed upadkiem zmniejsza stopień ich aktywności fizycznej, a 13,9% nie widzi związku.

Rozkład różnych form aktywności fizycznej uprawianej przez badanych przedstawia się następująco: spacer – 40% badanych, 21% – nordic walking, 19% – jazda na rowerze, 15% – regularna gimnastyka, a 6% nie wykonuje żadnej formy ćwiczeń fizycznych. Rozkład częstotliwości upadków w ciągu ostatnich 12 miesięcy prezentuje się następująco: osoby, które doznały więcej niż 1 upadku, stanowią 78% ogółu badanych, 1 raz w ciągu ostatniego roku upadło 7% badanych, a 15% nie doznało żadnego upadku. Na potykanie się więcej niż 1 raz w tygodniu wskazało 84% badanych, 1 raz w tygodniu – 10%, a u 6% potknięcia nie miały miejsca w ostatnim roku.

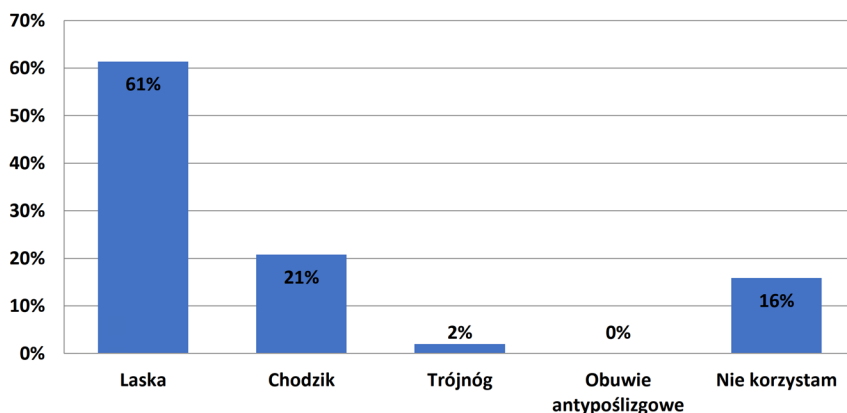
Zdaniem 84% badanych wpływ upadków na ich życie codzienne uznało za niewielki, 10% wskazało jako bardzo duży i 6% zaznaczyło, że nie mają one żadnego wpływu. Spośród badanych u 80% respondentów upadki wzbudzają niepokój, a 20% nie odczuwa pogorszenia ich dobrostanu psychicznego. Rodzaje najczęstszych urazów są następujące: 23% – urazy głowy, kolejno 6% i 5% – złamania kończyny dolnej i górnej, a 15% respondentów podczas upadku nie doznało żadnego urazu (ryc. 1).



Ryc. 1. Rodzaje urazów doznanych podczas upadku (%).

Źródło: opracowanie własne

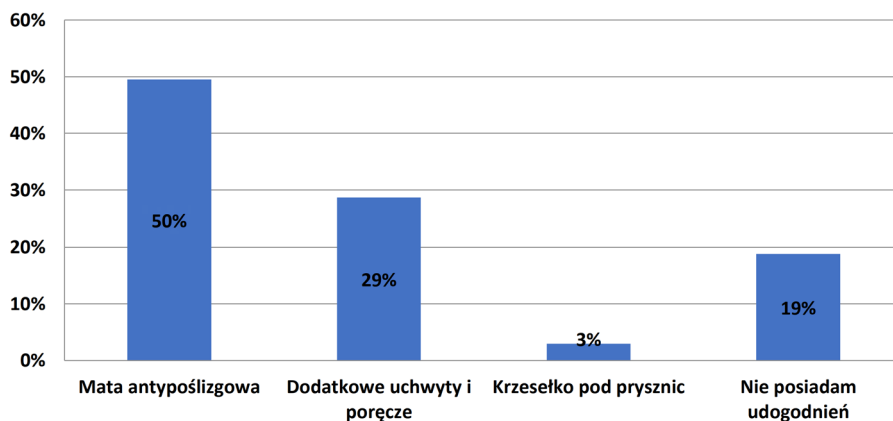
Wśród najczęściej stosowanych udogodnień rehabilitacyjnych badani wskazują: 61% korzysta z laski, 21% – z chodzika, 2% – z trójnogu, nikt nie korzysta z obuwia antypoślizgowego, a 16% respondentów nie korzysta z żadnych udogodnień (ryc.2).



Ryc. 2. Stosowane udogodnienia rehabilitacyjne (%).

Źródło: opracowanie własne

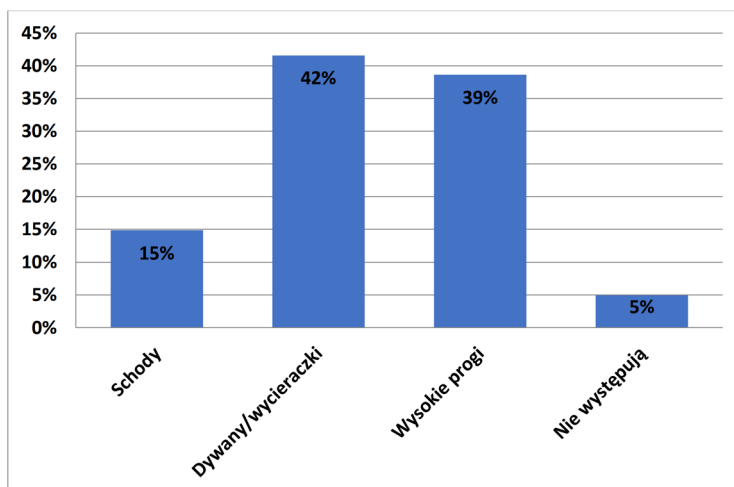
Rodzaje udogodnień w łazienkach są następujące: połowa badanych ma maty antypoślizgowe, 29% – dodatkowe uchwyty i poręcze, 3% posiada krzeselko pod prysznic, a 19% seniorów nie posiada żadnych udogodnień w łazience (ryc. 3).



Ryc. 3. Udogodnienia w łazience (%)

Źródło: opracowanie własne

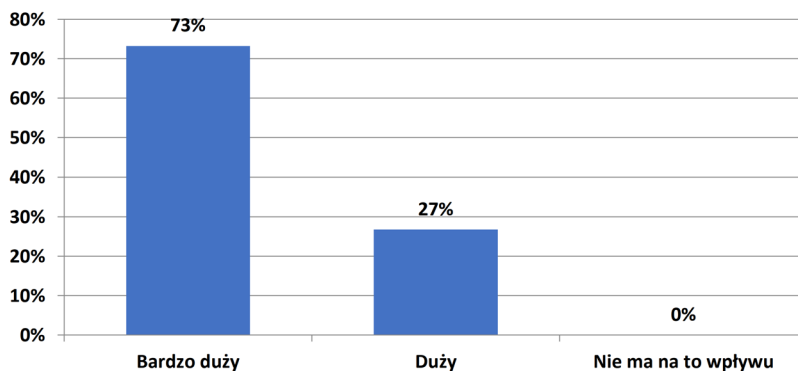
Obecność barier architektonicznych wśród badanych: 15% badanych ma schody, 42% – rozłożone dywany lub wycieraczki, u 39% znajdują się wysokie progi, a u 5% nie ma żadnych przeszkód.



Ryc. 4. Bariery w mieszkaniach badanych (%).

Źródło: opracowanie własne

Wpływ upadków na przemieszczenie się po ulicach oraz na korzystanie przez badanych z transportu publicznego prezentuje się następująco: 73% wskazuje na bardzo duży wpływ, a 27% – na duży.



Ryc. 5. Wpływ upadków na przemieszczanie się badanych (%).

Źródło: opracowanie własne

Rozkład odpowiedzi dotyczących miejsca upadków wskazuje, że 54,5% osób doznało upadku na ulicy, a 45,5% – w domu.

Następnie wykonano analizy statystyczne pomiędzy analizowanymi zmiennymi, wyniki prezentują poniższe tabele.

Tab. 2. Zależność pomiędzy liczbą osób w gospodarstwie domowym a barierami występującymi w domu badanych osób

		26. Jakie bariery i przeszkody występują u Pani/Pana w domu utrudniające swobodne poruszanie się?				Ogółem
		Schody	Dywany/ wycieraczki	Wysokie progi	Nie występują	
5. Zamieszkuje Pani/Pan	Samotnie	10	26	21	4	61
	Z rodziną	5	16	18	1	40
Ogółem		15	42	39	5	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 1,79; Df:3; $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy liczbą zamieszkujących z seniorem osób a rodzajem barier utrudniających swobodne i bezpieczne poruszanie się po mieszkaniu. $\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 1,79 > 11,3449$ (Tab. 2).

Tab. 3. Zależność pomiędzy rodzajem doznanego urazu a typem stosowanych udogodnień

		24. Z jakich udogodnień rehabilitacyjnych korzysta Pani/Pan podczas poruszania się?					Ogółem
		Laska	Chodzik	Trójnóg	Obuwie antypoślizgowe	Nie korzystam	
22. Na skutek upadku (jeżeli doszło do niego) doznał/a Pani/Pan urazu?	Złamanie nogi	1	0	0	0	5	6
	Złamanie ręki	0	0	0	0	5	5
	Złamanie barku	0	0	0	0	0	0
	Uraz głowy	16	4	1	0	2	23
	Słuczenie ciała	35	8	1	0	4	48
	Nie doznałam/em urazu	10	9	0	0	0	19
Ogółem		62	21	2	0	16	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 58,98; Df:20; $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy stosowanymi przez seniorów udogodnieniami rehabilitacyjnymi a doznany podczas upadku rodzajem urazu. $\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 58,98 > 37,5663$ (Tab. 3).

Tab. 4. Zależność pomiędzy występującymi dolegliwościami ze strony układu kostno-stawowego a liczbą upadków w ostatnich 12 miesiącach

		18. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ/a Pani/Pan upadkowi? Jeżeli tak, to ile razy?					Ogółem
		codziennie	1x w tygodniu	1x w miesiącu	1x w miesiącu lub rzadziej	Nie występują	
12. Jak często występują u Pani/Pana dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego?	1 raz	3	4	0	0	0	7
	Więcej niż 1 raz	68	11	0	0	0	79
	Nie uległam/em wypadkowi	1	3	2	9	0	15
Ogółem		72	18	2	9	0	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 81,96; Df:8; $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy liczbą upadków, do których doszło w ciągu ostatnich 12 miesięcy a częstotliwością pojawiających się dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego.

$\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 81,96 > 20,0902$ (Tab.4).

Tab. 5. Zależność pomiędzy ilością upadków w ostatnich 12 miesiącach a poziomem aktywności fizycznej badanych

		14. Jak ocenia Pani/Pan swoją aktywność fizyczną?			Ogółem
		Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	
18. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ/a Pani/Pan upadkowi? Jeżeli tak, to ile razy?	1 raz	0	1	6	7
	Więcej niż 1 raz	0	72	7	79
	Nie uległam/em wypadkowi	3	1	11	15
Ogółem		3	74	24	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 67,25; Df:4; $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy tym, jak swój poziom aktywności fizycznej oceniali sami ankietowani a ilością doznanych upadków w ciągu ostatniego roku.

$\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 67,25 > 13,2767$ (Tab. 5).

Tab. 6. Zależność pomiędzy ilością osób w gospodarstwie domowym a przyjmowaniem leków bez zalecenia lekarskiego

		9. Przyjmuje Pani/Pan leki bez zalecenia lekarskiego?		Ogółem
		Tak	Nie	
5. Zamieszkuje Pani/Pan	Samotnie	49	14	63
	Z rodziną	36	2	38
Ogółem		85	16	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 5,11; Df:1; $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy faktem przyjmowania przez seniorów leków bez zalecenia lekarskiego, a tym, czy badana osoba zamieszkuje sama, czy z kimś.

$\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 5,11 < 6,6340$ (Tab. 6).

Tab. 7. Zależność pomiędzy ilością upadków w ostatnich 12 miesiącach a czasem od zdiagnozowania osteoporozy

		18. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ/a Pani/Pan upadkowi? Jeżeli tak, to ile razy?			Ogółem
		1 raz	Więcej niż 1 raz	Nie uległam/em wypadkowi	
13. Kiedy rozpoznano u Pani/Pana osteoporozę?	Mniej niż rok temu	4	10	1	15
	2- 5 lat temu	0	36	2	38
	Powyżej 5 lat	1	25	4	30
	Nie rozpoznano	2	8	8	18
Ogółem		7	79	15	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 30,07; Df:6; $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy ilością doznanych upadków w czasie ostatnich 12 miesięcy a czasem, w jakim rozpoznano osteoporozę. $\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 30,07 > 16,8119$ (Tab. 7).

Tab. 8. Zależność pomiędzy stosowaną formą aktywności fizycznej, a wpływem obawy przed upadkami na ograniczenie tej aktywności

		17. Z której formy ruchu korzysta Pani/Pan najczęściej?						Ogółem
		Spacery	Pływanie	Jazda na rowerze	Regularna gimnastyka	Chodzenie z kijkami	Nie uprawiam żadnej formy ruchu	
16. Czy lęk przed upadkami wpływa na ograniczenie aktywności fizycznej?	Tak	32	0	19	15	19	6	91
	Nie	8	0	0	0	2	0	10
Ogółem		40	0	19	15	21	6	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 8,972; Df: $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wybieraną przez seniora formą ruchu a stwierdzeniem, czy lęk wpływa na ograniczenie przez niego aktywności fizycznej.

$\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 8,972 < 15,0863$ (Tab. 8).

Tab. 9. Zależność pomiędzy określeniem przez seniora częstotliwości potknięć a ilością doznanych upadków w ciągu ostatnich 12 miesięcy

		19. Jak często Pani/Pan się potyka?			Ogółem
		1 raz w tygodniu	Więcej niż 1 raz w tygodniu	Nie potykam się	
18. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ/a Pani/Pan upadkowi? Jeżeli tak, to ile razy?	1 raz	5	2	0	7
	Więcej niż 1 raz	5	74	0	79
	Nie uległam/em wypadkowi	0	9	6	15
Ogółem		10	85	6	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 68,13; Df:4; $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności między częstością potknięć doznawanych przez badanych a liczbą upadków w ciągu ostatniego roku.

$\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 68,13 > 13,2767$ (Tab. 9).

Tab. 10. Zależność pomiędzy ilością leków przyjmowanych według zlecenia lekarza a wiekiem badanych

		10. Proszę wskazać ilość leków przyjmowanych na zlecenie lekarza		Ogółem
		0 - 4 leków	5 lub więcej leków	
2. Wiek	65 - 75 lat	13	8	21
	75 lat i więcej	44	36	80
Ogółem		57	44	101

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna: χ^2 : 0,32; Df:1; $p=0,01$.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy ilością przyjmowanych przez seniorów leków, które zostały zalecone przez lekarza, a wiekiem badanych.

$\chi^2 < \text{Wartości krytycznej } 0,32 < 6,6349$ (Tab. 10).

5. WNIOSKI

1. Liczba osób zamieszkujących z seniorem nie determinuje rodzaju barier utrudniających swobodne i bezpieczne poruszanie się po mieszkaniu.
2. Stosowanie przez seniorów udogodnień rehabilitacyjnych nie różnicuje rodzaju urazu podczas upadku osoby starszej.
3. Liczba upadków w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie zwiększa częstotliwości dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego.
4. Wyższy poziom samooceny aktywności fizycznej seniorów nie determinuje liczby doznanych w ciągu ostatniego roku upadków.
5. Samotność wpływa na zwiększenie dawek zażywania leków przyjmowanych przez seniorów bez zalecenia lekarskiego.
6. Liczba doznanych upadków w czasie ostatnich 12 miesięcy nie wpływa na wcześniejsze rozpoznanie osteoporozy.
7. Wraz z większym natężeniem lęku przed upadkiem u osób starszych zwiększa się ograniczenie ich aktywności fizycznej.
8. Większa liczba potknięć nie wpływa na zwiększenie ilości upadków wśród osób starszych.
9. Wraz z wiekiem zwiększa się ilość przyjmowanych leków zaleconych przez lekarza.

6. PODSUMOWANIE

Osoby w wieku powyżej 65 roku stanowią coraz większą grupę społeczeństwa. Ich ilość sukcesywnie się powiększa. Powstają liczne dysfunkcje poszczególnych narządów, a proces starzenia organizmu sprawia, że potrzebują oni pomocy innych osób do funkcjonowania w życiu codziennym. Niestety często seniorzy stają się całkowicie uzależnieni od osób trzecich. Wskazują na to także przepelnienia instytucji opiekuńczych w naszym kraju. Literatura geriatryczna jako wielki problem wskazuje głównie na upadki, które są niewątpliwie ogromnym problemem seniorów (Borowicz A., Wieczorowska-Tobias K., 2013).

Przedmiotem pracy było ukazanie czynników ryzyka predysponujących do powstawania upadków, na które narażeni są seniorzy. Upadki dla nich samych są bardzo groźne i często kończą się trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Do badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta zawierała łącznie 29 pytań. W badaniu wzięło udział łącznie 101 pacjentów, którzy osiągnęli wiek 65 lat lub więcej oraz w czasie prowadzonych badań przebywali na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Kardiologii w jednym ze szpitali w województwie łódzkim.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 85% osób w życiu codziennym potyka się częściej niż 1 raz w tygodniu, a 79% ankietowanych seniorów uległo upadkowi w ostatnim czasie. Dowodzi to, że upadki oraz zaburzenia lokomocji stanowią

duży problem dla osób starszych. Wyniki badania własnego są spójne z wynikami publikowanymi przez Wieczorowską-Tobis oraz Talarską (2013). Autorki opisują zaburzenia chodu, zmianę jego wzorca oraz zmianę ułożenia kończyn podczas chodu, co wskazuje na rozwój procesów chorobowych, a to w konsekwencji predysponuje do powstawania upadków. Także Worach-Kardas, (2015) potwierdza, że upadki seniorów są coraz to częstszym zjawiskiem społecznym. W badaniach własnych poziom aktywności fizycznej jest na średnim poziomie, a pomimo tego taka jej subiektywna ocena badanych nie wpływa na częstotliwość upadków. U dużej grupy respondentów lęk przed możliwością doznania urazów podczas upadku zdecydowanie obniża stopień ich aktywności fizycznej, a 6 osób spośród wszystkich badanych nie uprawia żadnej formy aktywności fizycznej. Seniorzy z obawy przed upadkiem ograniczają poruszanie się oraz aktywność fizyczną. Niestety skutki takiej postawy są odwrotne i jeszcze bardziej predysponują do upadków na skutek pogłębiających się w ogóle zaburzeń koordynacji ruchów (Fabiś A., Wawrzyniak J., Chabior A., 2015).

Wieczorowska-Tobias, Kostka i Borowicz (2011) opisują również przypadki zmniejszonej aktywności fizycznej u seniorów spowodowane brakiem motywacji, lękiem zastosowaniem leczenia farmakologicznego.

Według Muszalik i Kędziory-Kornatowskiej (2018), do głównych czynników predysponujących upadki należą warunki mieszkaniowe seniorów.

Bezpieczne funkcjonowanie seniorom na co dzień utrudniają również liczne bariery mieszkaniowe: schody, dywany lub wysokie progi oraz brak udogodnień w życiu codziennym. Odpowiednio dostosowane do potrzeb seniora mieszkanie lub zaopatrzenie go w niezbędny sprzęt pomocny w codziennym przemieszczaniu się pozwoliłoby na zmniejszenie liczby upadków oraz doznanych przez to urazów Parnowski, (2016). Niestety w badaniach własnych nie wykazano, aby rodzaj doznanego w przeszłości urazu, wpływał na zastosowanie udogodnień w mieszkaniach seniorów oraz ograniczenie ilości barier architektonicznych.

Inną przyczyną predysponującą do powstawania upadków jest zażywanie przez badanych dużych ilości leków bez konsultacji z lekarzem. Najwięcej leków wydawanych bez recepty przyjmują osoby mieszkające samotnie. Połączenie substancji chemicznych zawartych w lekach często powodują niekorzystne dla organizmu interakcje. Podczas niekontrolowanego przyjmowania leków dochodzi do zjawiska polipragmazji, co w połączeniu z innymi czynnikami ma bardzo niekorzystny wpływ na ogólny dobrostan psychiczny i fizyczny seniora. Podobne wnioski opisują Borowicz i Wieczorowska-Tobias (2013).

Problemy związane z funkcjonowaniem osób starszych są niezwykle ważne i wymagają stałego zgłębiania. Według badań własnych moment rozpoznania osteoporozy oraz zgłaszanych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, częstotliwość potknięć nie wpływają na ilość doznanych przez nich upadków w ciągu ostatniego roku. Nowicka A. (2018) wskazuje, że wymienione czynniki wykazują bezpośredni wpływ na funkcjonowanie seniorów.

BIBLIOGRAFIA

1. Cytowicz-Karpiłowska W., Kazimierska B., Cytowicz A. (2011). *Postępowanie usprawniające w geriatryi. Podstawy, wskazania, przeciwwskazania*. Warszawa: Almamer.
2. Fabiś A. (2013). *Współczesne oblicza starzenia się*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
3. Fabiś A., Wawrzyniak J., Chabior A. (2015). *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Impuls.
4. Guccione A., Wong R., Avers D. (2014). *Fizjoterapia kliniczna w geriatryi*. Wrocław: Elsevier Urban, Partner.
5. Krajewska-Kułak E., Cybulski M. (2016). *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
6. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (2018). *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
7. Nowicka A. (2018). *Wybrane problemy osób starszych*. Kraków: Impuls.
8. Parnowski T. (2016). *Depresje w wieku podeszłym: przyczyny, diagnoza, leczenie*. Warszawa: Medical Education.
9. Wieczorkowska-Tobias K., Talarska D. (2015). *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne: podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
10. Wieczorowska-Tobias K., Kostka T., Borowicz A. (2011). *Fizjoterapia w geriatryi*. Warszawa: PZWL.
11. Wieczorowska-Tobias K., Skrzek A. (2019). *Fizjoterapia w geriatryi: podstawy i nowe trendy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
12. Wieczorowska-Tobias K., Talarska D., Zasadzka E. (2013). *Upadki jako wielki zespół geriatryczny*. Warszawa: Verlag Dashofer.
13. Worach-Kardas H. (2015). *Starość w cyklu życia*. Katowice: „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe.

Z recenzji:

Późna dorosłość, tradycyjnie nazywana wiekiem senioralnym, podeszłym lub wprost – starością, jest bardzo dramatycznym okresem rozwoju i funkcjonowania człowieka. Z powodu przeważania strat nad osiągnięciami okres ten obfituje w różnorakie przeciwieństwa i sprzeczności rozwojowe, które stają się poważnym wyzwaniem, a niekiedy zagrożeniem dla psychospołecznej adaptacji, subiektywnego dobrostanu i mentalnego zdrowia seniorów. Monografia prezentuje najnowsze teoretyczne podejścia, empiryczne odkrycia i praktyczne rozwiązania poświęcone problemom, mechanizmom i prawidłowościom starzenia się człowieka w kontekście społeczno-kulturowym współczesnej Polski. Autorzy ukazują wielowymiarowe zadania i trudności rozwojowe, z jakimi musi zmierzyć się osoba starsza i uwypuklają rozmaite zasoby i potencjały dla efektywnego radzenia sobie z ciężarem starości. Niezależnie od konkretnego tematu wszystkie rozdziały książki przeniknięte są silną wiarą w możliwość odniesienia przez człowieka w wieku podeszłym znaczących sukcesów rozwojowych i produktywnego egzystowania w czasie jesieni życia. Gorąco polecam tę monografię zarówno wszystkim specjalistom zawodowo zajmującym się problematyką gerontologiczną naukowo i praktycznie, jak i szerokiemu kręgowi czytelników interesujących się zagadnieniami wsparcia i optymalizacji rozwoju człowieka w późnej dorosłości.

prof. dr hab. Konstantyn Karpiński

Książka *Blaski i cienie jesieni życia. Wybrane aspekty funkcjonowania osób starszych* wpisuje się w szeroki nurt badań dotyczących seniorów. Jest nie tylko udaną próbą wyeksponowania różnych wymiarów procesu starzenia się homo sapiens, ale podaje również wskazówki, w jaki sposób każdy człowiek może (a nawet powinien) przygotowywać się od młodych lat do nadchodzących w przyszłości zmian intelektualnych, psychofizycznych i psychospołecznych. Książka oprócz waloru edukacyjnego posiada również wymiar praktyczny, ponieważ przybliża sposoby nieinstytucjonalnego udzielania wsparcia (rodzina) i instytucjonalnych form pomocy ludziom starszym (np. domy pomocy społecznej). Jej ukazanie się winno zainteresować osoby w różnym wieku i w różnej sytuacji życiowej, ponieważ prezentuje ona ważne tematy w sposób zrozumiały dla każdego czytelnika oraz udziela praktycznych wskazówek do wspomagania osób w wieku senioralnym.

dr hab. Waldemar Klinkosz

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

20-209 Lublin, ul. Projektowa 4

tel.: +48 81 749 17 77

www.wsei.lublin.pl

ISBN wersja elektroniczna: 978-83-66159-61-7

ISBN wersja drukowana: 978-83-66159-62-4

**WSEI** LUBLIN
WYDAWNICTWO NAUKOWE
INNOVATIO PRESS