

Zofia Szarota

STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ

w wymiarze
instytucjonalnego
wsparcia

Wydawnictwo
Uniwersytetu
Pedagogicznego
Kraków



STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ

w wymiarze
instytucjonalnego
wsparcia
na przykładzie
Krakowa

Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie
Prace Monograficzne nr 549

Zofia Szarota

STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ

w wymiarze
instytucjonalnego
wsparcia
na przykładzie
Krakowa

Wydawnictwo
Uniwersytetu
Pedagogicznego
Kraków 2010

Recenzenci

dr hab. Małgorzata Halicka, prof. Uniwersytetu w Białymstoku
prof. zw. dr hab. Krystyna Slany

© Copyright by Zofia Szarota & Wydawnictwo Naukowe UP,
Kraków 2010

redaktor Marta Łukaszczyk
projekt okładki Jadwiga Burek

ISSN 0239-6025

ISBN 978-83-7271-575-3

Redakcja/Dział Promocji
Wydawnictwo Naukowe UP
30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2
tel./fax (12) 662-63-83, tel. (12) 662-67-56
e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl

Zapraszamy na stronę internetową:
<http://www.wydawnictwoup.pl>

druk i oprawa
Zespół Poligraficzny UP, zam. 1/10

*Błogosławieni, którzy chcą ze mną rozmawiać, nie żałując czasu i serca.
Błogosławieni, którzy nie mówią nigdy: „tę historię słyszę po raz trzeci”.
Błogosławieni, którzy wiedzą, że moje uszy z trudem chwytają już dźwięki.
Błogosławieni, którzy przebaczą mi drżącym dłoniom i wlokącym się nogom.
Błogosławieni, którzy pamiętają, że moje oczy coraz mniej widzą.
Błogosławieni, dzięki którym czuję się jeszcze potrzebny światu i ludziom.
Błogosławieni, którzy swą codzienną dobrocią ułatwiają mi drogę do wiecznej Ojczyzny.*

Pomyśl, na które błogosławieństwo możesz dziś zasłużyć...

(tekst znaleziony w klasztorze oo. Kamilianów w Białej Prudnickiej)

Wprowadzenie

W wieku XVII Francja wprowadziła obowiązek sprawowania opieki nad starszymi rodzicami przez ich dzieci. Zaczęły powstawać domy opieki (tzw. szpitale) dla starszych osób. Schyłek wieku XIX przyniósł pierwsze regulacje prawne dotyczące świadczeń emerytalnych. W 1889 roku, edyktem Ottona von Bismarcka, w Niemczech obowiązywać zaczęła Ustawa o inwalidztwie i starości, przyznająca świadczenia emerytalne robotnikom powyżej 70. roku życia. Średnie trwanie życia na początku XX wieku wynosiło ok. 45 lat. Nikt wówczas nie przewidywał, że tak szybko starość będzie musiała się stać przedmiotem zainteresowania polityki społecznej i nauk współpracujących. Starość demograficzna zaczęła pukać do drzwi Europy.

Wiek XX miał być *stuleciem dziecka* (Ellen Key, 1900¹), był stuleciem starzejącej się Europy. Był także stuleciem intensywnego rozwoju nowej nauki: gerontologii. Jej nazwa utworzona została ze słów pochodzenia greckiego: *gêras* – starość, *gêrôn* – starzec lub mędrzec, *logos* – słowo, nauka.

Piśmiennictwo rozmaicie sytuje jej początek. Np. Ewa Skibińska podaje za Ireną Gumowską rok 1903, łącząc go z nazwiskiem laureata Nagrody Nobla Ilji Miecznikowa, który jako pierwszy zaproponował tę nazwę². Pozostali autorzy, m.in. Józef Rembowski³, twierdzą, że początek naukowych badań nad starością przypada na lata 1944–1945. W roku 1945 powstało Amerykańskie Towarzystwo Gerontologiczne⁴. Przełom lat czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku przyniósł szczególny rozkwit badań nad starością. Powstało Międzynarodowe Towarzystwo Gerontologiczne (Associaton Internationale de Gérontologie, Liège, Belgia, 1950), a w Kijowie – Instytut Gerontologii Akademii Nauk Medycznych ZSRR, zaczęły się ukazywać periodyki poświęco-

¹ Szwedzka pedagog, pisarka, działaczka społeczna, zaangażowana w walkę o prawa kobiet. Jej praca *Stulecie dziecka* stała się symbolem nurtu tzw. nowego wychowania. Zob. J. Rutkowiak, *Rodzice jako dzieci stulecia. Spojrzenie na wizję Ellen Key z perspektywy końca XX wieku*, „Edukacja i Dialog” 1997, nr 7 (90); M. Szczepska-Pustkowska, *Kategoria dzieciństwa – od Ellen Key do współczesności*, „Edukacja i Dialog” 1997, nr 7 (90).

² E. Skibińska, *Mikroświaty kobiet. Relacje autobiograficzne*, Uniwersytet Warszawski, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa–Radom 2006, s. 223.

³ J. Rembowski, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa–Poznań 1984, s. 126.

⁴ A.A. Zych, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999, s. 17.

ne problematyce starzenia się i starości: „The Journal of Gerontology” (USA, 1945), „Gerontologia” (Europa, 1956), „Vita Humana” (1958)⁵.

W najnowszych publikacjach można odnaleźć dowody na to, że starość demograficzna obejmuje cały świat:

W okresie między 1950 a 2000 rokiem liczba mieszkańców świata wzrosła z 2,5 miliarda osób do 6,21 miliarda. Między 2000 a 2050 rokiem będzie miał miejsce dodatkowy 50% wzrost (do 9,1 miliarda). Liczba osób powyżej 60. roku życia wzrosła w tym samym okresie trzykrotnie, z 205 milionów w 1950 roku do 609 milionów w roku 2000. Przyrost ten w roku 2050 zamknie się liczbą 2 miliardów⁶.

Starzenie się jest głównym problemem XXI wieku [...] przewiduje się, że w rozwijających się krajach odsetek ludzi starszych wzrośnie z 8% do 19% w roku 2050, przy jednoczesnym spadku odsetka dzieci z obecnych 33% do 22%. Najszybciej liczba ludzi starych będzie rosła w Azji i Ameryce Łacińskiej. [...] Ludzie starzy, zwłaszcza stare kobiety, które żyją dłużej, są także najbardziej zagrożoną społecznością krajów rozwijających się⁷.

Obecnie jedna dziesiąta ludzkości ma – by użyć metafory – siwe włosy (niemal 11% – w 2007 r.). Starzejąca się populacja będzie najważniejszym czynnikiem demograficznych przekształceń XXI wieku⁸.

Na proces starzenia się ma wpływ kilka zjawisk. Przede wszystkim wydłużenie przeciętnego trwania życia jednostek, na który wpływa wzrost gospodarczy, poprawa warunków zdrowotnych, postęp w medycynie i technologii medycznej⁹. Następnie – wkraczanie w wiek emerytalny pokolenia powojennego wyżu demograficznego (tzw. efekt *baby boom*). Niezaprzeczną przyczyną jest także spadek dzietności. Wskaźnik poniżej 2,1 dziecka na kobietę (aktualnie ok. 1,5 w krajach UE) nie pozwala na prostą zastępowalność pokoleń i doprowadza do zerowego, bądź ujemnego przyrostu naturalnego, implikuje transformację struktury demograficznej narodów, zmniejsza się bowiem liczba dzieci i młodzieży, a przyrasta odsetek osób starszych, doprowadzając do stanu tzw. depresji demograficznej. Zmiany te można określić

⁵ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998.

⁶ R.C. Schoenmaeckers, *Population ageing: A Global Phenomenon with Multiple Faces*, [in:] *Population ageing. Towards an Improvement of the Quality of Life?* ed. R.C. Schoenmaeckers, L. Vanderleyden, 2009, s. 3; <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/publicaties/Publicaties/svr-studies/2009-02-17-svrstudie1-2009.pdf> [data dostępu 16.05.2009].

⁷ *State of the World's Older People 2002*, HelpAge International, London 2002, s. 6; www.helpage.org, tłum. własne [data dostępu 27.10.2006].

⁸ J. Perek-Białas, *Population Ageing in Europe: Lessons Drawn from EU-projects*, [in:] *Population ageing...*, s. 183.

⁹ Por.: T. Schimanek, Z. Woźniak, *Coraz starsza Europa – demograficzne oblicze Europy: jego społeczne i gospodarcze konsekwencje*, [w:] M. Mazurczak (red.), *Unia Europejska dla seniorów*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004, s. 2.

hasłem „dużo dziadków, mało wnuków”¹⁰. Do starzenia się populacji przyczynia się także zmiana obyczajów – związana z XX wiekiem emancypacja, scholaryzacja, praca zawodowa kobiet, które realizują coraz częściej własne, ambitne plany życiowe, ich aspiracje wykraczają poza wzorzec dobrej żony i matki. Podejmują wysiłek edukacyjny, a następnie zawodowy, także w celu realizacji własnych ambicji. To z kolei wpływa na zmianę modelu rodziny, zanikanie rodziny tradycyjnej, wielopokoleniowej i wielodzietnej na rzecz rodziny nuklearnej (małej dwupokoleniowej), małżeństw z odroczonym rodzicielstwem, z małą liczbą dzieci lub związku dwojga bezdzietnych partnerów. Kobiety (małżeństwa) prolongują na późniejsze lata życia projekty związane z macierzyństwem, decydują się na posiadanie jednego bądź najwyżej dwojga dzieci. Można tu wspomnieć o coraz częstszej we współczesnych rodzinach współobecności czterech pokoleń kobiet: „starych matek”, „młodych babć” i prababć, które sprawują opiekę nad prawnukami pod nieobecność zapracowanych mam i babć. Zmiany obyczajów oraz wzorów życia rodzinnego przynoszą inne jeszcze zjawiska: wzrost liczby osób samotnych, rozwodów, niepełnych rodzin, mobilność zawodową członków rodziny, wyrażającą się w migracjach zarobkowych, co w konsekwencji wpływa na spadek poczucia bezpieczeństwa wśród seniorów.

Spółeczeństwa najbardziej rozwiniętych krajów świata podlegają nasilonym procesom zmiany demograficznej. Idzie ona w kierunku zaawansowanej starości społecznej¹¹. Proces ten jest szczególnie widoczny w Japonii, która odnotowuje najwyższy na świecie 21,5% wskaźnik osób w wieku 65 lat i więcej w społeczeństwie. Jeżeli uwzględnić sytuację demograficzną Europy, to – wg stanu na 2008 rok – najstarszym demograficznie krajem są Włochy z 19,9% udziałem osób po 65. roku życia. Polska ma 13,4% wskaźnik starości demograficznej. Średnia dla państw zrzeszonych w Unii Europejskiej (EU=27) wynosi 17,0%. Zaledwie cztery państwa europejskie mają jednocyfrowy wskaźnik określający proporcję osób po 65. roku życia w generalnej populacji, są to: Turcja (6,0%), Kosowo (6,2%), Azerbejdżan (7,1%) oraz Albania (8,8%)¹².

Wobec natężenia procesu starzenia się społeczeństw, a zwłaszcza tendencji do wydłużania się ludzkiego życia, w nieodległej przyszłości – z powodu towarzyszącemu dotkniętej senilizmem późnej starości korzystaniu z opieki płynącej z zewnątrz – wiele osób stanie się beneficjentami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

¹⁰ H. Worach-Kardas, *Starość jako wyzwanie – aspekt demograficzny i ubezpieczeniowy*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002, s. 19.

¹¹ Aktualizowane systematycznie dane demograficzne dostępne są na wortalach: www.populationeurope.org lub www.demographic-research.org.

¹² Za: *The forces driving unprecedented population ageing*, European Demographic Data Sheet 2008, Vienna Institute of Demography, International Institute for Applied System Analysis, Population Reference Bureau; http://www.oeaw.ac.at/vid/datasheet/download/European_Demographic_Data_Sheet_2008.pdf [data dostępu 1.08.2009].

Jak pisze Adam A. Zych: „podstawą polityki narodowej w stosunku do ludzi w podeszłym wieku i ludzi sędziwych powinna stać się ustawa o prawie osób starzejących się i starych do uczestnictwa w życiu społecznym, kulturalnym i ekonomicznym swojego narodu, która usuwałaby dyskryminujący, w porównaniu z pokoleniami młodszymi, czynnik wieku”¹³.

Tymczasem seniorzy cierpią z powodu zmniejszonej swobody adaptacji do funkcjonowania w warunkach społeczeństwa ciągłej zmiany, utraconej zdolności do swobodnego pokonywania przeszkód kulturowych i socjoekonomicznych. Wiele osób starszych nie ma dostępu do podstawowych dóbr z powodu dyskryminacji związanej nie tylko z wiekiem, ale także z pochodzeniem etnicznym, rasą, wyznaniem, płcią, ekonomicznymi i prawnymi przyczynami nierówności.

Wzrasta dysproporcja w postępie cywilizacyjnym i ekonomicznym między krajami rozwijającymi się a rozwiniętymi, między środowiskami zurbanizowanymi a wiejskimi. Zmiany zachodzące w obyczajowości, strukturze i funkcjach rodziny, w stylu życia całych społeczeństw, mogą przynieść znaczące i przykre konsekwencje dla osób starszych.

Współczesną kulturę, za Adamem Regiewiczem, można zdefiniować poprzez metaforę: kultura jest

osobą niedojrzałą, wiecznie młodą czy wręcz dzieckiem [...]. Nie ulega wątpliwości, że kult młodości jest dzisiaj nadzwyczaj rozpowszechniony. Można zaryzykować twierdzenie, że pozostałe okresy egzystencji człowieka zostały zdominowane przez młodość, która rozpostarła się między krótkotrwałym dzieciństwem a starością, której nie chcemy zauważać¹⁴.

Juwenalizacja społeczeństw, którą kolokwialnie nazywa się kultem młodości, swoista karnawalizacja kultury, zdają się spychać na margines tradycyjne miejsce starszego człowieka w rodzinie i społeczności. I rzeczywiście, w tęsknocie za uludą wiecznej młodości, niektóre starsze osoby czasem przywdziewają obyczajowe szaty właściwe młodszemu pokoleniu – bez wątpienia ze stratą dla siebie samych, z utratą możliwości ocalenia uniwersalnego systemu wartości, własnej godności. Starości nie wolno się wstydzić, długie lata życia powinny być powodem do radości, dumy i odczuwania satysfakcji z własnych dokonań.

Nie można także idealizować starości i nie można się jej bać, ponieważ nie ma jednej, wzorcowej starości. Wśród seniorów są ludzie zwyczajni i niezwykli, przeciętni i wybitni, sympatyczni i irytujący. Są twórcy i konsumenci, osoby aktywne i bierne, mądre i jałowe intelektualnie, skupione na sobie i socjocentryczne, zdrowe i chore, osamotnione i cieszące się miłością i opieką rodziny. Są osoby silne i samowystarczalne, są też zależne od pomocy płynącej z zewnątrz. Jak w każdej grupie wiekowej i w każdej społeczności.

¹³ A.A. Zych, *Człowiek wobec starości...*, s. 131.

¹⁴ A. Regiewicz, *Popkultura bez dowodu czyli młodość we współczesnej kulturze popularnej*, [w:] R. Borkowski (red.), *Starość i młodość. Szkice o polityce społecznej i kulturze*, Uczelniana Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne AGH, Kraków 2007, s. 59.

Podjęty temat badawczy wymagał namysłu metodologicznego. Poniżej przedstawię koncepcję badań własnych.

Marzeniem każdego człowieka jest długie życie. Czas trwania ludzkiego życia może wynosić 120 lat¹⁵: „Gdyby wyeliminować wszystkie przyczyny przedwczesnej śmierci, człowiek mógłby żyć 100–120 lat, ponieważ taki wiek ma zapisany w kodzie genetycznym (MLS – *maximum life span*) jako jedną z cech gatunku”¹⁶. Ale długie życie ma także ciemne strony, zwłaszcza dla ludzi chorych, osamotnionych, ubogich, zależnych od zewnętrznego wsparcia i opieki. Idee humanizmu nakazują wypracowanie optymalnego systemu wsparcia społecznego udzielanego najstarszym obywatelom. Piękne hasło gerontologiczne: *Dodać życia do lat* zastępuje wiele słów potrzebnych, by wytłumaczyć sens społecznego wspierania osób starszych.

Uzasadnieniem podjęcia tematu badawczego są zmiany, jakie zaszły w strukturze demograficznej kraju, polegające na intensywnym przyroście populacji w wieku 60+, oraz jakie dokonały się w sektorze pomocy społecznej, zwłaszcza po roku 1999¹⁷, a także, co szczególnie istotne z perspektywy legislacyjnej, akcesja Polski do Unii Europejskiej. Polityka społeczna kraju skierowana została na obszar przeciwdziałania zjawisku wykluczenia społecznego. Ustawa o pomocy społecznej, obowiązująca od chwili wstąpienia Polski do Wspólnoty Europejskiej (2004), przyniosła szereg ustaleń, które aktualnie – na mocy głównych wektorów polityki społecznej nakierowanej na normalizację (inkluzyjną) społeczną – są systematycznie wdrażane w obszar praktyki społecznej i codzienności obywateli.

Zakres tematyczny i założenia badawcze. Polska starość społeczna jest zjawiskiem relatywnie nowym. Z tego powodu budzi wzrastające zainteresowanie licznych badaczy, przyczyniając się do wzbogacenia dorobku teoretycznego gerontologii, czyli nauki badającej procesy starzenia się i starości w wymiarze biologicznym i medycznym, społecznym, demograficznym, ekonomicznym, edukacyjnym i kulturowym. Bez wątplenia gerontologia, jako nauka posiadająca multidyscyplinarny charakter, interesując się człowiekiem w ostatniej fazie jego życia¹⁸, korzysta z teorii wielu różnych dyscyplin. Na gruncie pedagogiki najczęściej analizowane są zagadnienia dedykowane przede wszystkim gerontologii społecznej i edukacyjnej. Nieliczne prace dotyczą gerontologii opiekuńczej, zaledwie kilku autorów podjęło wysiłek rozpoznania wiążących zagadnień temu poświęconych. W piśmiennictwie niemal

¹⁵ Por.: J.M. Robine, J.W. Vaupel, *Supercentenarians: flower ageing individuals or senile elderly?* „Experimental Gerontology” 2001, no 36, s. 915–930; <http://user.demogr.mpg.de/jwv/pdf/science.pdf> [data dostępu 13.12.2007]; J.M. Robine, J.W. Vaupel, *Emergence of supercentenarians in low mortality countries*, „North American Actuarial Journal” 2002, no 6/3, s. 54–63; <http://www.supercentenarians.org/flyer2.pdf> [data dostępu 13.12.2007].

¹⁶ B. Żakowska-Wachełko, *Zarys medycyny geriatrycznej*, PZWL, Warszawa 2000, s. 15.

¹⁷ Przeprowadzona wówczas reforma administracyjna kraju wywołała szereg zmian w systemie i rozdziale zadań polityki i pomocy społecznej.

¹⁸ E. Skibińska, *Mikroświaty kobiet...*, s. 223.

nieobecny jest aspekt pomocowy, połączony z teoretycznymi podstawami pracy i opieki socjalnej, wsparcia społecznego, ich gerontologicznej perspektywy.

Główne tezy postawione w badaniach przyjęły postać następujących założeń:

- polska, a co za tym idzie, krakowska polityka społeczna, w nurcie optymalizacyjnym, skierowana jest na grupę osób starszych, znajdujących się w fazie tzw. trzeciego wieku. Aktywna starość jest udziałem przede wszystkim osób sprawnych i o postawach socjocentrycznych, natomiast brakuje propozycji tzw. dobrego starzenia się kierowanych ku ludziom dotkniętym ułomnościami lub zniedołężnieniem starczym,

- osoby schorowane, samotne, dotknięte ubóstwem bądź niesamodzielnością funkcjonalną są odbiorcami nurtu interwencyjnego polityki społecznej, czego implikacją jest fakt, że aktualnie główny wektor pomocy społecznej skierowany jest na działania opiekuńcze i kompensacyjne,

- generalny ciężar pomocy społecznej spoczywa wciąż na instrumentach publicznych, w szczególności gminnych (miejskich) ośrodkach pomocy społecznej,

- państwowy/publiczny sektor usług stopniowo i w coraz większym zakresie dopełniany jest wsparciem płynącym z sektora pozarządowego (sieć wsparcia to stowarzyszenia, organizacje pożytku publicznego) oraz środowiskowego, co oznacza początek powstawania koalicji lokalnych na rzecz tzw. dobrej starości.

Cel i problematyka badań. Przedmiotem przedstawionych w bieżącej publikacji badań są aktualne świadczenia krakowskiego instytucjonalnego systemu pomocy społecznej kierowane ku najstarszym obywatelom miasta, na tle regionalnej polityki społecznej. Zasadniczy cel badań sprowadza się do rozpoznania jakości zmian, które zaszły w krakowskim systemie pomocy społecznej oferowanej najstarszym beneficjentom w perspektywie lat 1998–2008, na tle szerszych zjawisk społecznych wyznaczonych faktem starzenia się populacji krakowian oraz zmianą obszaru i jakości potrzeb jednostkowych i społecznych.

Celem teoretycznym jest próba sklasyfikowania na podstawie literatury najistotniejszych teorii gerontologicznych i z zakresu pomocy społecznej oraz nadania im nowej, aktualnej jakości w kontekście gerontologii społecznej i opiekuńczej.

Celem poznawczym podjętych badań jest zdiagnozowanie funkcji rzeczywistych pomocy społecznej świadczonej najstarszym mieszkańcom wielkiego miasta (na przykładzie Krakowa) poprzez eksplorację i opis wielowymiarowych działań służb społecznych funkcjonujących w zarządzanych instytucjonalnie obszarach i formach wsparcia.

Cele praktyczne sprowadzają się do próby wyznaczenia kierunku modernizacji i optymalizacji działań oraz propozycji nowych rozwiązań mogących znaleźć zastosowanie w polskim systemie pomocy społecznej, zarówno w wymiarze środowiskowym, jak i opieki stacjonarnej.

Problem opracowania zawarto w pytaniach:

– Jakie są funkcje założone aktualnego systemu pomocy społecznej dla osób starszych?

– Jakie są funkcje rzeczywiste tego systemu w perspektywie gerontologicznej?

– W jakim stopniu pokrywają się ze sobą?

Główne pytania badawcze skoncentrowały się wokół następujących kwestii:

1. Jakie są założenia i cechy aktualnej polityki społecznej wobec starości i ludzi starych?

2. Który kierunek polityki społecznej jest dominujący w kontekście realizacji potrzeb osób starszych?

3. Co cechuje i jaki jest obszar instytucjonalnie świadczonej pomocy społecznej skierowanej ku osobom w podeszłym wieku?

4. Jak przebiega ewolucja świadczeń w systemie pomocy społecznej na rzecz najstarszych członków społeczeństwa?

5. Co znamionuje świadczenia pomocowe, pracę socjalną (zakres, metody, środki, formy, świadczenia, narzędzia, teren etc.) na rzecz osób starszych w instytucjach środowiskowej pomocy społecznej?

6. Jakie ilościowe i jakościowe zmiany zaszły w stacjonarnym systemie pomocy społecznej – w porównaniu do własnych badań nad domami pomocy społecznej opublikowanych w 1998 r.¹⁹ Jak zmienił się poziom usług i zakres świadczeń wybranych domów pomocy społecznej dla osób starszych?

7. Jaka jest efektywność świadczeń z uwagi na potrzeby najstarszych beneficjentów pomocy społecznej w instytucjach pomocy społecznej?

Metody badań. Zastanawiając się nad wyborem odpowiedniej strategii badawczej, poddano analizie liczne opracowania metodologiczne i studia teoretyczno-empiryczne. W jej wyniku zdecydowano się na podejście łączące strategie ilościowe z jakościowymi, zgodne z postulatem Bruno Synaka²⁰, by w gerontologii wykorzystywać model triangulacji²¹ przyczyniający się do otrzymania spójnej perspektywy prowadzonych analiz. Oba podejścia: pozytywistyczne i humanistyczne znajdują dla siebie miejsce w metodologii badań naukowych. Badania jakościowe „nigdy nie zastępują, ani nie wyprą badań ilościowych, gdyż nie są od nich ani lepsze, ani gorsze. Są inne i nadają się do innych aspektów organizowania się i zarządzania, do formułowania innych problemów i pytań badawczych. [...] ilościowe mogą pomóc zrozumieć to, czego badania jakościowe nie są w stanie ukazać – i na odwrót”²².

¹⁹ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność...*

²⁰ Za: M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Akademia Medyczna, Białystok 2004, s. 62.

²¹ „Porównywanie różnego rodzaju danych (np. ilościowych i jakościowych) oraz odmiennych metod (np. obserwacji i wywiadów) dla sprawdzenia, czy potwierdzają się one wzajemnie”; D. Silverman, *Prowadzenie badań jakościowych*, tłum. J. Ostrowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 438.

²² M. Kostera, *Antropologia organizacji. Metodologia badań terenowych*, PWN, Warszawa 2003, s. 24.

Badania, których wyniki omawia przedstawiana praca, miały charakter diagnostyczno-opisowy z akcentem na analizy jakościowe. W części badawczej pracy, służącej uporządkowaniu danych faktograficznych, posłużono się przede wszystkim metodą monograficzną, polegającą na systematycznym badaniu instytucji i placówek – w tym konkretnym przypadku pomocy społecznej.

Józef Pólturzycki słusznie zauważa, iż

wokół pojęcia metody monograficznej badań naukowych panuje w literaturze metodologicznej zamęt. Jedni traktują monografię instytucji społecznej, wsi, miasta jako studium przypadku (*case study*), inni widzą w niej metodę badań terenowych (*field study*), jeszcze inni rozszerzają pojęcie monografii na badanie każdego wyodrębnionego rodzaju zjawisk, faktów, zachowań, instytucji, zbioru osób określonej kategorii demograficznej i społecznej. Pragnąc wyrwać się z mało użytecznych abstrakcji metodologicznych, sugerowanych przez zbytne rozszerzanie pojęcia metody monograficznej, ograniczamy jej zakres tylko do badań instytucji społecznych rozumianych jako organizacje społeczne²³.

Zgodnie ze stanowiskiem Tadeusza Pilcha, monografia pedagogiczna to metoda badań, której przedmiotem są instytucje wychowawcze w rozumieniu placówki lub instytucjonalne formy działalności wychowawczej lub jednorodne zjawiska społeczne, prowadząca do gruntownego rozpoznania struktury instytucji, zasad i efektywności działań wychowawczych oraz opracowania koncepcji ulepszeń prognoz rozwojowych²⁴.

Monografia umożliwia zajrzenie w „głąb” instytucji czy zjawiska, wszechstronne ukazanie prawidłowości nimi sterujących. „Jeśli badana instytucja będzie postrzegana w szerokim kontekście społeczno-kulturalnym, odzwierciedlić może wiele zjawisk ogólnospołecznych”²⁵. Jest też okazją do nadania jej wymiaru osobowego²⁶.

Strategia podjętych badań spełnia warunki poprawności metodologicznej monografii, czyli „opisu jednego”. Kryterium jednorodności instytucjonalnej badanego systemu pomocy społecznej zostało zachowane.

Ze względu na przedmiot badań – instytucję – konieczne było nadanie badaniom charakteru diagnozy społecznej – środowiskowej, z zamierzeniem diagnozy warunków (stanu) i diagnozy efektów (działań interwencyjno-modyfikujących)²⁷. Jednym z wymiarów analizy instytucjonalnej jest „zespół

²³ J. Pólturzycki, *Aleksander Kamiński*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa–Radom 2006, s. 278.

²⁴ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 78.

²⁵ J. Pólturzycki, *Aleksander Kamiński...*, s. 278.

²⁶ E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 63.

²⁷ E. Wysocka, *Człowiek a środowisko życia, podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007, s. 111–113.

odniesień teoretycznych, spożytkowanych do interpretacji procesów psychospołecznych zachodzących w placówce i możliwych zmian²⁸. Analiza instytucjonalna, czyli obserwacja funkcjonowania instytucji (bądź placówek wchodzących w skład instytucjonalnego systemu) powinna być ukierunkowana na zamysł przekształcania zastanego środowiska²⁹. Pożądanym efektem badań jest nadanie im aplikacyjnego charakteru.

Inni metodolodzy określają wybrany typ badań terenowymi³⁰. Ważny przy tym jest ich społeczno-kulturowy kontekst. „Jedną z kluczowych zalet badań terenowych jest całościowa perspektywa, jaką mogą dać badaczowi”³¹. Zazwyczaj prowadzi się je w obserwowanych naturalnych środowiskach, zmieniających się w czasie³².

Wykorzystano szereg technik badawczych:

– analizę tekstów źródłowych, dokumentów kronikarskich: opracowań statystycznych, urzędowych, instytucjonalnych (uchwały, rozporządzenia, statuty, regulaminy, sprawozdania statystyczne i opisowe, programy działania, kroniki, plany zajęć, teczki osobowe niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej, indywidualne plany pomocy etc.),

– analizę dokumentów opiniodawczych celowo stworzonych na prośbę badacza (opisy przypadków, wspomnienia, wypowiedzi pisemne, listy),

– wdrożono wywiady narracyjne-eksperyckie,

– zastosowano wywiady swobodne (pogłębione, otwarte),

– zastosowano obserwację pośrednią i systematyczną (standaryzowaną) bezpośrednią.

Materiał badawczy zgromadzono także poprzez wykorzystanie grupy fokusowej³³ z drabiną informacyjną³⁴. Scenariusz wywiadu fokusowego zawie-

²⁸ E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna...*, t. 1, s. 286.

²⁹ Ibidem, s. 278.

³⁰ Zob.: B. Turlejska, *Monografia pedagogiczna i studium przypadku*, [w:] S. Palka (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, Wydaw. UJ, Kraków 1998, s. 79; E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 309–322, 325–337.

³¹ E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce...*, s. 309.

³² Ibidem, s. 336.

³³ „Zogniskowany wywiad grupowy ‘ZWG, fokus lub FGI od ang. *Focus Group Interview*’ można, w dużym uproszczeniu, określić jako metodę uzyskiwania informacji jakościowych, polegającą na kontakcie badacza z grupą specjalnie do tego dobranych osób. Kontakt ten polega na wymianie komunikatów między badanymi i badaczem (moderatorem). Charakter tej wymiany można sprowadzić do dwóch typów: pierwszy da się określić, podobnie jak wywiad, mianem ‘rozmowy’, która tworzy schemat pytanie – odpowiedź; drugi to dyskusja, a więc sterowana bądź spontaniczna wymiana komunikatów między moderatorem a respondentami. Ilościowa proporcja tych dwóch typów wymiany komunikatów w trakcie trwania fokusa jest różna i zależy od wielu czynników, takich jak choćby skład grupy, temat badania, czy też umiejętności prowadzącego”. Za: H. Malinowski, *Komunikacja w zogniskowanym wywiadzie grupowym*, [w:] J. Lisek-Michalska, P. Daniłowicz (red.), *Zogniskowany wywiad grupowy, studia nad metodą*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007, s. 67; por. D. Silverman, *Prowadzenie badań jakościowych...*, s. 434.

³⁴ Ta technika polega na stopniowym drążeniu jakiegoś tematu. Pierwsze pytanie ma charakter ogólny, ale już każde następne cechuje coraz większa szczegółowość. Dopełnianie zdań

rał listę 6 problemów, które w wywiadzie musiały być poruszone: 1) interpretacja znaczenia pojęcia praca socjalna; 2) zakres pomocy społecznej wobec osób starszych; 3) stosowane w praktyce zawodowej metody pracy socjalnej; 4) problemy związane z realizacją zadań pomocy społecznej wobec osób starszych; 5) ocena dotychczasowych efektów pracy; 6) projektowane innowacje. Ponieważ wywiad prowadzony był przy użyciu drabiny informacyjnej, każdy z problemów zawierał rozwinięcie w postaci szczegółowych pytań.

Do badań wykorzystano autorskie narzędzia badawcze, m.in. arkusze obserwacji i kwestionariusz służący rozpoznaniu przyczyn zamieszkania w domu pomocy społecznej. W przypadku wywiadów swobodnych nie tworzone ich kwestionariuszy, ograniczając się do określonych dyspozycji kierujących rozmową.

Teren badań i grupa badawcza. Krakowska pomoc społeczna jest wszechstronna i zawiera wszystkie istotne w systemie elementy. Zadania z zakresu polityki rządowej realizuje Małopolski Urząd Wojewódzki. Cele wyznaczone przez samorządy terytorialne wykonują Urząd Miasta Krakowa, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Powiatowe Centrum Pomocy, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, który jest organizatorem, wykonawcą i zlecniodawcą największej liczby zadań z zakresu pomocy społecznej. Jest także podmiotem prowadzącym Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej, domy pomocy społecznej, współpracuje z licznymi organizacjami pozarządowymi.

Terenem prezentowanych w bieżącej publikacji badań było dziesięć krakowskich instytucji kreujących bądź realizujących zadania polityki i pomocy społecznej istotne z perspektywy wsparcia osób starszych. Wybrano je, mając na względzie odzwierciedlenie ustawowo wyznaczonej struktury organizacyjnej pomocy społecznej:

– w Wydziale Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, w Urzędzie Miasta Krakowa oraz w Regionalnym Ośrodku Pomocy Społecznej (ROPS) poddano analizie strategię kształtowania i realizacji polityki społecznej wobec starości i ludzi starszych – zastosowano kryterium stanowienia polityki społecznej.

– Diagnoza działań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) skupiła się na rozpoznaniu zadań w zakresie działalności prosenioralnej oraz opisie funkcjonowania jednego z dwóch domów pomocy społecznej powiatu ziemskiego, spełniającego wszystkie kryteria standaryzacji.

– W Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej (MOPS) i jego filiach analizowano pracę socjalną w ujęciu środowiskowym (wywiad fokusowy), usługi opiekuńcze zlecone PCK oraz poprzez odwołanie się do działalności Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej (MDDPS), prowadzącego pracę w sześciu dziennych domach pobytu.

stosuje się wówczas, gdy między innymi przewiduje się, iż badani mogą mieć trudności z udzielaniem odpowiedzi na pytania. Por.: J. Lisek-Michalska, P. Daniłowicz (red.), *Zogniskowany wywiad grupowy...* s. 22–23.

– Materiał badawczy gromadzono także w czterech spośród dziewięciu funkcjonujących pod zarządem gminy miejskiej Kraków domów pomocy społecznej (DPS) dla osób starszych. Dążono do przedstawienia różnorodności działań wyznaczonych profilem usług placówek. Jeden z DPS jest domem niepublicznym, spełniającym wyznaczony ustawą standard usług³⁵ (DPS 1), trzy prowadzone są przez samorząd gminny i wciąż nie spełniają standardu usług. Dwa z DPS-ów posiadają profil dla osób w podeszłym wieku (DPS 1, DPS 2), dwa – dla osób przewlekle chorych (DPS 3, DPS 4).

Dane z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie oraz samorządowego domu pomocy społecznej z powiatu ziemskiego o łączonym profilu zdobyto dzięki analizie dokumentów. Dopełniające, pozostające jednak poza głównym nurtem dociekań, analizy prowadzono w samorządowym domu pomocy społecznej o łączonym profilu z powiatu ziemskiego oraz w wybranych placówkach i instytucjach społeczno-edukacyjnych: kluby seniora w Krakowie i Uniwersytet Trzeciego Wieku w Chrzanowie. Pośrednio, poprzez uzyskany materiał badawczy, scharakteryzowano wybrane dziedziny działalności organizacji pozarządowych służących osobom starszym.

Dobór respondentów miał charakter warstwowo-celowy (lub kwotowy, jak interpretuje to Mieczysław Łobocki³⁶). Ponieważ badania prowadzono głównie za pomocą wywiadu eksperckiego oraz swobodnego pogłębionego, starannie wybrano 6 narratorów – ekspertów w dziedzinie pracy z najstarszymi beneficjentami pomocy społecznej. Badaniami objęto także personel kierowniczy oraz pracowników instytucji i placówek, będących terenem poszukiwań odpowiedzi na pytania badawcze, z wieloletnim stażem pracy, specjalistycznym kierunkowym przygotowaniem zawodowym i zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych lub merytorycznie właściwych z uwagi na przedmiot analiz: pracowników socjalnych środowiskowych (grupa fokusowa), 4 opiekunki PCK realizujące zlecone przez MOPS usługi opiekuńcze, instruktorów ds. kulturalno-rekreacyjnych pracujących w dziennych domach pobytu (wywiady swobodne), pielęgniarki, pracowników socjalnych oraz pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych w domach pomocy społecznej (wywiady pogłębione) – razem 31 osób (tab. 1).

Tabela 1. Teren badań, respondenci, wdrożone techniki badawcze

Instytucja	Respondenci	Kod respondenta	Techniki badawcze
Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego	urzędnik, słuchacz studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w pomocy społecznej	U 1	wywiad swobodny analiza dokumentów

³⁵ Po zakończeniu badań kolejna placówka osiągnęła poziom usług wyznaczony standardem (2009 r.).

³⁶ M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 1999, s. 170.

Urząd Miasta Krakowa	specjalista, wysoki urzędnik samorządowy	U 2	wywiad swobodny analiza dokumentów
Wydział Sportu i Inicjatyw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa	urzędnik, absolwent pracy socjalnej kierunku nauki o rodzinie, merytorycznie odpowiedzialny za przygotowywanie lokalnych programów prosenioralnych	U 3	wywiad swobodny
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej	specjalista-ekspert, wysoki urzędnik samorządowy, pracuje w ROPS od 2000 r.	Exp 2	wywiad ekspercki analiza dokumentów
	specjalista-ekspert, pracuje w ROPS od 2000 r.	Exp 3	
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	specjalista-ekspert, wysoki urzędnik samorządowy	Exp 4	wywiad ekspercki analiza dokumentów wywiad fokusowy
	kierownicy filii Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej	PS ex 10*, PS ex 8	
	kierownicy Zespołów Problemowych ds. Osób Starszych i Niepełnosprawnych	PS ex 26, PS ex 31 PS ex 12, PS ex 13, PS ex 20	
	pracownicy socjalni MOPS z kilkuletnim stażem pracy, uzupełniający kwalifikacje zawodowe poprzez studia magisterskie w trybie niestacjonarnym	Ps1–Ps6	
	opiekunki PCK	J32, W55, M50, D42**	
Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej	wieloletni kierownik filii instruktor ds. kulturalno-rekreacyjnych, absolwent AWF	DDP1 DDP2	wywiad swobodny, pogłębiony analiza dokumentów analiza dzienników praktyk studenckich
dwa domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku – niepubliczny DPS 1 i publiczny DPS 2	pedagog pracownik socjalny pracownik socjalny, studia podyplomowe z organizacji pomocy społecznej	Exp 5 Exp 6 PSD1	wywiad ekspercki wywiad pogłębiony analiza dokumentów analiza wypowiedzi pisemnych obserwacja
dwa samorządowe domy pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych DPS 3 i DPS 4	pielęgniarka, kierownik zespołu opiekuńczo-terapeutycznego, II stopień specjalizacji zawodowej pielęgniarka, studia podyplomowe z organizacji pomocy społecznej pracownik socjalny, studia podyplomowe z organizacji pomocy społecznej	PSD2 PSD3 PSD4	wywiad pogłębiony analiza dokumentów obserwacja

* Liczby umieszczone przy skrócie PS ex oznaczają staż pracy.

** Inicjał imienia, wiek.

Dane socjodemograficzne dotyczące charakterystyki użytkowników usług krakowskich dziennych domów pobytu uzyskano podczas realizacji tematu badawczego badań własnych. Wśród mieszkańców domów pomocy społecznej przeprowadzono sondaż (ankieta) na temat przyczyn zamieszkania w placówce. Dzięki wywiadam nieskategoryzowanym uzyskano informacje od 5 podopiecznych (w wieku od 79 do 86 lat) korzystających z usług opiekuńczych i 17 mieszkańców domów pomocy społecznej, tj. 13 kobiet w wieku od 63–86 lat oraz 4 mężczyzn w wieku od 65–79 lat. W opisie tych rozmówców zastosowano symbole: wielką literą inicjał imienia, litrami k lub m oznaczającymi płeć oraz wyrażony liczbą wiek rozmówcy³⁷. Dobór rozmówców był arbitralny – ze względu na „otwartość” respondentów – podopiecznych usług opiekuńczych oraz rezydentów poszczególnych placówek.

Poza nurtem głównych badań wywiadem swobodnym objęto także członków Zarządu Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Chrzanowie oraz jedną z jego słuchaczek, kadrę wybranych klubów seniora w Krakowie.

Należy pamiętać, że eksplorowane instytucje i placówki zobowiązane są prawem do upubliczniania sprawozdań ze swojej działalności, także w formie elektronicznej ogólnie dostępnej w sieci www³⁸. W żadnej części raportu z badań nie została naruszona tajemnica lub ustawa o ochronie danych osobowych. Szczegółowe informacje podawano w formie uniemożliwiającej identyfikację respondentów.

Organizacja i przebieg badań. Pionierskie, kompleksowe badania w obszarze stacjonarnej pomocy społecznej prowadzono w latach 1995–1997³⁹. Ich wyniki przedstawiono w pracy *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, charakteryzując 17 domów pomocy społecznej z terenu Krakowa i dawnego województwa krakowskiego, uwzględniając stopień zaspokajania potrzeb mieszkańców, poziom kompetencji kadr zatrudnionych w placówkach pomocowych, zaprojektowano system oceny jakości usług domów pomocy społecznej. W ciągu kolejnych 10 lat realizowano następne własne projekty badawcze, skoncentrowane wokół zagadnień gerontologii społecznej i opiekuńczej. Częstkowe raporty z tych eksploracji prezentowano podczas licznych konferencji naukowych oraz w postaci artykułów do czasopism i publikacji zbiorowych (np. obszar wsparcia społecznego: prawa osób starszych, kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku, inne formy edukacyjne; obszar pomocy społecznej – opiekunowie osoby starszej, dzienne domy pomocy społecznej, domy pomocy społecznej)⁴⁰. W roku 2004 opublikowana została autorska monografia *Gerontologia społeczna i opiekuńcza. Zarys problematyki*⁴¹. W tym samym roku wydano pracę zbiorową będącą pochodną

³⁷ Przykładowo: Mm 70, Lk 86.

³⁸ Ustawa z dnia 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz.U. nr 112, poz. 1198.

³⁹ Wyniki opublikowano w monografii: Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność...*

⁴⁰ Wykaz części publikacji autorskich zamieszczono w bibliografii.

⁴¹ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i opiekuńcza. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2004.

konferencji naukowej pod tytułem „Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku”, skupiającą liczne, interdyscyplinarne i wartościowe teksty z zakresu gerontologii⁴².

Autorka była także członkiem zespołu zadaniowego ds. określenia kierunków działań dotyczących domów pomocy społecznej w Krakowie, powołanego Zarządzeniem nr 1911/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 4 listopada 2004 r.

Materiał badawczy gromadzono również, realizując w ówczesnej Akademii Pedagogicznej w Krakowie projekt badawczy, „Instytucjonalny system pomocy społecznej. Najstarsi beneficjenci (badania własne)”. Projekt zainicjowano, by poddać analizie zmiany, które nastąpiły w systemie pomocy społecznej w latach 1999–2006. Datą graniczną miał stać się zakończony proces standaryzacji usług w domach pomocy społecznej. Teren badań okazał się jednak na tyle obszerny, a zmiany istotne⁴³, że podjęto decyzję o przedłużeniu analizy literatury przedmiotu i harmonogramu prac badawczych do końca roku 2008.

Badania miały wieloetapowy przebieg. Po wstępnej analizie literatury przedmiotu sformułowano tezy badawcze, cele i pytania badawcze, wybrano metodę badań i techniki badawcze, opracowano narzędzia, ustalono wytyczne do wywiadów eksperckich i swobodnych. Po opracowaniu części opisowej, analizie danych statystycznych, przystąpiono do badań empirycznych. Nie można wyznaczyć ścisłych przedziałów czasowych realizowanych badań, były one bowiem prowadzone równoległe – przegląd literatury przedmiotu uzupełniano analizą danych statystycznych i gromadzeniem materiału z wykorzystaniem głównie wywiadów eksperckich i swobodnych.

Eksploracja terenów świadczonej pomocy na podstawie analizy dokumentów i danych statystycznych przyniosła przede wszystkim informacje ilościowe, umożliwiające wszelkie porównania, wyliczenia. Oś dociekań wyznaczyła w tym przypadku analiza instytucjonalna (w znaczeniu analizy i oceny warunków i możliwości realizowania pomocy w rozwoju⁴⁴) oparta na następujących kryteriach: typ i nazwa instytucji/placówki, opis działań podejmowanych przez instytucję/placówkę, docelowi adresaci usług, oferta i formy świadczeń, metody realizacji zadań. Nie analizowano kwestii bezpośrednio implikowanych obowiązującym prawem, takich jak np. wykształcenie kadr pomocy społecznej, wysokość ich pensji, zakres obowiązków.

Efektom tych badań było opracowanie dogłębnej analizy stanu środowiskowej i stacjonarnej pomocy społecznej w Krakowie, zaktualizowanie stanu faktycznego krakowskiego systemu pomocy społecznej dla osób starszych, ustalenie czynników dyskryminacji osób starszych oraz czynników sprzyjających normalizacji, ze szczególnym uwzględnieniem narzędzi edukacyjnych.

⁴² M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.

⁴³ Przede wszystkim po roku 2006 wydłużono czas realizacji programów naprawczych w systemie pomocy społecznej.

⁴⁴ Zob. E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna...*, t. 1, s. 147, 285–286.

Jakościową interpretację uzyskano na podstawie zgromadzonego materiału będącego pochodną analizy wytworzonych tekstów (opisy przypadków, opisy słowne i pisemne, narracje), podejmowanych obserwacji, wypowiedzi uczestników grupy fokusowej, licznych i długotrwałych spotkań oraz rozmów z pracownikami poszczególnych placówek i instytucji oraz ich użytkownikami.

Istotą jakościowych badań terenowych jest analiza zjawisk nie poddających się pomiarowi ilościowemu⁴⁵. Tę perspektywę starano się ukazać z pozycji kadr pomocy społecznej, osób, które w swych narracjach dały dowód silnej identyfikacji zawodowej i wrażliwości społecznej. Jakościowa analiza okazała się szczególnie przydatna w interpretacji czynności zawodowych pracowników socjalnych kształtujących codzienność podopiecznych systemu pomocy społecznej. Przestrzeń ich życia jest aranżowana przez oddziaływanie prawnych przepisów wykonawczych oraz przez zaangażowanie wykwalifikowanych służb społecznych. Starość „zagospodarowana” instytucjonalnie ma odmienny od „środowiskowej” starości kształt.

Uzyskane wyniki skonfrontowano z wcześniejszymi ustaleniami opisanymi przeze mnie w innych publikacjach. Uzyskano w ten sposób perspektywę badań diachronicznych, rozłożonych w czasie. Najnowsze, dostępne analizom, prezentowane dane statystyczne pochodzą z grudnia roku 2008 – włączono je do opracowania, by przedstawić możliwe najbardziej aktualny stan opisywanego zjawiska.

Układ pracy. Prezentowana dysertacja zawiera kilka części tematycznych. W pierwszej z nich przedstawiono typy i skale wewnętrznego podziału starości jako fazy życia. Zaprezentowano klasyczne teorie starzenia się w ujęciu psychologicznym, za literaturą przedmiotu wskazano społeczne role podejmowane przez człowieka starszego i zaproponowano nową ich klasyfikację. Przedstawiono społeczno-demograficzne analizy, ukazujące postęp starzenia się populacji w ujęciu globalnym, krajowym i lokalnym oraz jego skutki dla jednostek i społeczeństwa. Zinterpretowano wskaźniki jakości życia starszej generacji: stan zdrowia, sprawność funkcjonalną, zakres interakcji społecznych. Jeden z rozdziałów poświęcono profilaktyce „dobrego starzenia się” jako zadaniu geragogiki. Podjęto w nim próbę syntetyzacji znanych teorii starzenia się. Zaprezentowano wielość propozycji kulturalno-oświatowych i rekreacyjnych dedykowanych ludziom starszym.

W części drugiej omówiono funkcje założone systemu pomocy społecznej w gerontologicznej perspektywie. Zaprezentowano historyczny rys ewolucji form opieki i pomocy na terenie Krakowa, aktualne kierunki polityki społecznej wobec starości oraz wobec osób starszych, poddano analizie podstawy prawne systemu pomocy społecznej, jej funkcje i zadania, formy i metody działań, a także praktyczne aspekty pracy socjalnej kierowanej ku starości zależnej.

Trzecia część poświęcona jest funkcjom rzeczywistym pomocy kierowanej ku najstarszym beneficjentom w wymiarze środowiskowym i stacjonarnym. Omówiono w niej działalność poszczególnych instytucji oraz wybranych placówek pomocy społecznej.

⁴⁵ E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce...*, s. 310.

Wnioski syntetyzują rozważania, wyznaczają kierunki postulowanych zmian. Pracę ilustrują tabele, wykresy i ryciny. Każdorazowo, gdy ilustracja dotyczy danych uzyskanych na podstawie analizy literatury lub tekstów źródłowych – jest to zaznaczone poprzez wskazanie źródła. Gdy jest efektem własnych przemyśleń lub badań – nie posiada takiego odesłania.

Czytelnik powinien pamiętać, że przepisy prawa stale się zmieniają. Przywołane i zacytowane w tej pracy były aktualne w trakcie jej pisania. Może zdarzyć się, że w chwili korzystania z lektury zostaną znowelizowane lub zastąpione nową wykładnią.

Dziękuję wszystkim osobom, które przyczyniły się do zgromadzenia materiału badawczego, szczególnie paniom: Dorocie Szkolak, Joannie Wnęk-Gozdek, Halinie Walczak, państwu Elżbiecie i Dominikowi Chechelskim, paniom Agacie Kupczyk, Dorocie Bielec, Iwonie Pająk, Aleksandrze Litawie, a także wszystkim respondentom za ich czas i okazaną mi życzliwość.

Bardzo gorąco dziękuję Paniom Profesor Krystynie Slany i Profesor Małgorzacie Halickiej, recenzentkom tej książki, za cenne wskazówki i podpowiedzi, krytyczne i słuszne uwagi merytoryczne i metodologiczne, które pozwoliły mi na dokonanie konieczny poprawek.

Najserdeczniej dziękuję moim Przyjaciołom i Rodzinie, a szczególnie Mężowi – Oni wiedzą, za co...

CZĘŚĆ I

STARZENIE SIĘ, STAROŚĆ – WYBRANE ASPEKTY

Rozdział 1. Kryteria wewnętrznej periodyzacji starości

Aby kompetentnie odnieść się do kwestii zaspokajania specyficznych potrzeb człowieka w podeszłym wieku, należy zastanowić się nad pojęciami starzenie się i starość. Ich zakresy analizuje gerontologia. Efektem rozbudowanych i wielowątkowych badań gerontologicznych jest merytoryczny, interdyscyplinarny i nierozstrzygnięty spór o wykładnię pojęć „starzenie się” i „starość” oraz o ich przyczyny. Kogo należy uznać za człowieka starego?

Zgodnie z definicją słownikową, starość to:

nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu, czyli jest to końcowy okres procesu starzenia się. Starość, jako okres życia następujący po wieku dojrzałym, jest pojęciem statycznym, natomiast starzenie się, jako proces, zjawiskiem dynamicznym¹.

Proces starzenia się jest, z punktu widzenia nauki, tak samo trudny do wytłumaczenia, jak proces życia. Jest to swego rodzaju fenomen pierwotny, którego przebieg i prawidłowości można badać, ale którego definicji nikt dotychczas nie sformułował². Naukowe zdefiniowanie starości wydaje się niemożliwe. Opinię tę potwierdza stanowisko Jerzego Piotrowskiego, wybitnego polskiego gerontologa:

starość jest zjawiskiem kulturowym, wywołanym na podłożu biologicznym, związanym z osłabieniem sił (inwolucją). Nie ma żadnego obiektywnego czy przyrodniczego progu starości. Wiązanie początku starości z wiekiem chronologicznym 70, 65, 55 lat jest czysto umowne, konwencjonalne i upowszechniło się wraz z systemem zabezpieczeń społecznych³.

Cykl życia określany jest jako „trwający od urodzenia do śmierci proces zaspokajania przez jednostkę potrzeb, warunkujących osiągnięcie przez nią

¹ A.A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 202.

² Por.: S. Klonowicz, *Starzenie się ludności*, [w:] F.W. Rawicka, B. Mariańska, E. Stańczuk (red.), *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 6.

³ J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa 1973, s. 38.

optimum możliwości w każdej kolejnej indywidualnej fazie rozwoju⁴. Dla ułatwienia analiz usystematyzowano cykl życia człowieka, wprowadzając podział na fazy (etapy, interwały, przedziały) w celu lepszego i właściwego rozpoznania potrzeb, prawidłowości, problemów, cech osób w określonym wieku. Kryteriami periodyzacji mogą być czynniki biologiczne, chronologiczne, psychologiczne, ekonomiczne, prawne, socjalne etc.

Józef Kocemba, uznany gerontolog i geriatra, w biegu życia wyróżnia:

I – Okres poznawania świata i przygotowań do pełnienia ról biologicznych, społecznych i zawodowych – pierwsze 30 lat życia jednostki.

II – Okres twórczy, dzielony na dwa 15-letnie podokresy – wieku średniego (30–45 lat) i wieku dojrzałego (45–60 lat).

III – Okres **starości**, także dzielony na piętnastoletnie odcinki – tzw. **III wieku** – *young old* (60–75 lat) oraz podokres **starości dojrzałej** (*old old*: 75–90 lat).

IV – Okres **długowieczności** – powyżej 90 lat aż do końca życia, które, jak się okazuje, u człowieka może sięgnąć granicy 110–120 lat (*oldest old, long life*)⁵.

Starość, jako stan, należy rozpatrywać w powiązaniu ze starzeniem się jako procesem, z jego demograficznymi, ekonomicznymi i społecznymi konsekwencjami, dostrzegając zarazem biologiczne i psychologiczne aspekty osobniczego starzenia się, dlatego też podczas badania procesu starzenia się i starości wskazywane są wydarzenia je rozpoczynające, nazywane progami starości. Zalicza się do nich te charakteryzujące wiek biologiczny, kalendarzowy, psychologiczny, społeczny, ekonomiczny, socjalny⁶ (prawny).

1. Wiek biologiczny, wiek kalendarzowy

Wiek biologiczny wyznacza ogólna sprawność i funkcjonowanie organizmu. Poszczególne jednostki cechuje inne tempo starzenia się – ze względu na różnorodność i złożoność ludzkiego organizmu i warunków towarzyszących. Biologia i medycyna określają starość jako okres życia ustroju po wieku dojrzałym, charakteryzujący się obniżeniem funkcji życiowych i szeregiem zmian w poszczególnych układach i narządach. W ujęciu tym podkreśla się konieczność odróżnienia postępującego procesu starzenia się od fazy starości długotrwałej.

⁴ B. Rysz-Kowalczyk, *Pokolenie w fazie późnej dojrzałości. Deformacje cyklu życia a zagrożenia społeczne we współczesnej Polsce*, IPS UW, Warszawa 1995, s. 35.

⁵ J. Kocemba, *Biologiczne wyznaczniki starości*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000, s. 108.

⁶ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy, starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2000, s. 34–37.

Przez lata najwybitniejsi znawcy biologii, lekarze, filozofowie, współpracujący w zakresie nauki nazywanej dziś gerontologią, starali się zgłębić naturę procesu starzenia się. Jakkolwiek udało się rozwikłać wiele zagadek starości i poznać jej mechanizmy (jak się starzejemy?), wciąż stosunkowo mało o niej wiadomo, zwłaszcza nie ma zgody w kwestii: dlaczego się starzejemy?⁷ Znane hipotezy i teorie dotyczące starzenia się, których liczba przekracza trzysta⁸, można zakwalifikować – jak przed laty uczynił to już Denis Bromley – do dwóch grup, czyli: tzw. stochastycznych teorii starzenia się, zakładających, że starzenie się jest pochodną czynników losowych, oraz teorii przypuszczających, że starzenie się jest zaprogramowane genetycznie⁹.

Komórkowe teorie starzenia się zakładają, zgodnie z wykładem Leonarda Hayflicka, że liczba podziału komórek jest ściśle określona. Przyczyną starzenia się i w konsekwencji śmierci komórki jest utrata zdolności dalszego dzielenia się wywołana skróceniem się końcówek chromosomów zwanych telomerami¹⁰. Denham Harman za przyczynę starzenia się uznaje tzw. wolne rodniki, czyli reaktywne formy tlenu i ich destrukcyjne oddziaływanie na komórkę¹¹. Starzenie się w perspektywie biologicznej można określić jako stopniowo rozwijający się i zaprogramowany, kontrolowany przez geny proces zmian ilościowych. „Zaprogramowane” komórki funkcjonują prawidłowo do końca normalnej zdolności rozrodczej organizmu. Później „siłą rozpędu” nadal wypełniają właściwe zadania, lecz nie radząc sobie ze skutkami wcześniejszych urazów czy chorób, w końcu ustają w swych działaniach.

Genetyczne teorie starzenia się przyjmują, że długość życia, tempo starzenia się oraz jego jakość regulowane są zadatkami genetycznymi (np. rodzi-ny długowieczne)¹². W trakcie życia dochodzi do licznych uszkodzeń materiału genetycznego, chromosomów¹³. O trwaniu życia danego osobnika decyduje współdziałanie wielu genów zaangażowanych w różnorodne procesy życiowe zachodzące w organizmie od momentu poczęcia. Jednocześnie produkty genów związanych ze starzeniem się są bardzo wrażliwe na czynniki środowiskowe, co dodatkowo komplikuje wzajemne zależności efektów działania środowiska i genów. Hipoteza ta wiąże się z przekonaniem o narastaniu błędów

⁷ K. Książek, *Zagadka starzenia się. Współczesne poglądy na temat możliwości opóźnienia procesu starzenia się*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007, s. 17.

⁸ J. Leśniak, *Gerontologia*, [w:] K. Wojciechowski (red.), *Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych*, Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków 1986, s. 85–87.

⁹ J. Rzepka, *Wprowadzenie*, [w:] J. Rzepka (red.), *Problematyka osób w wieku starszym*, GWSP im. kard. Augusta Hłonda, Mysłowice 2006, s. 5.

¹⁰ Por.: K. Książek, *Zagadka starzenia się...*, s. 21; A. Kowalewska, *Proces biologicznego starzenia się*, [w:] J. Rzepka (red.), *Problematyka osób w wieku starszym...*, s. 18–19.

¹¹ A. Kowalewska, *Proces biologicznego starzenia się...*, s. 22.

¹² J. Kocemba, *Biologiczne wyznaczniki starości...*, s. 109.

¹³ A. Kowalewska, *Proces biologicznego starzenia się...*, s. 18.

w DNA i niewydolności starych komórek układu, który nie jest już naprawiany. Należy podkreślić, że również inne czynniki pośrednio biorą udział w procesie starzenia się: rozkład obumarłych komórek, niedobór tlenu, nadmiar wolnych rodników tlenu, zmiany naczyniowe, schorzenia i zanik różnych fizjologicznych i psychicznych funkcji. Naukowcy badający proces starzenia się biologicznego przyjmują, że cykl życia określony jest przez informacje zawarte w DNA. Stwierdzono, że:

- 1) istnieje program genetyczny, który określa górną granicę życia gatunku,
- 2) istnieją jakieś cechy charakterystyczne, które mają wpływ na różnice jakie powstają w cyklu życiowym między jednostkami tego samego gatunku,
- 3) ujawnienie się podstawowego programu genetycznego może ulec zmianie pod wpływem czynników środowiskowych¹⁴.

Wiele koncepcji medyczno-biologicznych głosi, że początek starości jest nieuchwytny, ale można przyjąć, że starzenie rozpoczyna się od momentu zachwiania równowagi metabolicznej organizmu, kiedy więcej komórek ginie niż powstaje. Procesy destrukcji w organizmie (katabolizm) przeważają nad procesami budowy (anabolizm), w związku z czym siły witalne ulegają osłabieniu, następuje regres. Mechanizmy regeneracyjne, naprawcze ustroju wraz z upływem czasu stają się niewydolne, procesy życiowe nabierają cech patologicznych¹⁵, tym samym zdolności adaptacyjne organizmu słabną i wreszcie zanikają.

Według W. Frolkisa, starzenie się jest jednym z prawidłowych etapów rozwoju osobniczego, polegającym na zachodzących wraz z wiekiem zmianach morfologicznych i czynnościowych, prowadzącym do stopniowego ograniczenia możliwości adaptacyjnych ustroju¹⁶. Zdaniem D.B. Bromleya¹⁷ starzenie się ludzi jest zespołem zmian zachodzących w strukturze i funkcjonowaniu organizmu oraz w procesach przystosowawczych jednostki.

Starość natomiast to okres w życiu ustroju nieuchronnie występujący po okresie dojrzałości i cechujący się istotnymi zmianami w narządach i tkankach, które zawężają obszar, w jakim możliwe jest dostosowanie ustroju do zmieniających się warunków środowiska zewnętrznego i wewnętrznego¹⁸. Starość może być wynikiem kumulacji przebytych chorób i urazów ciała bądź następować wskutek naturalnych procesów starzenia się komórek i tkanek¹⁹. Można wyróżnić 8 etapów starzenia się:

¹⁴ M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 1989, s. 31.

¹⁵ A. Kowalewska, *Proces biologicznego starzenia się...*, s. 17.

¹⁶ Za: S. Klonowicz, *Oblicza starości*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979, s. 11.

¹⁷ D.B. Bromley, *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1969, s. 36–37.

¹⁸ S. Klonowicz, *Oblicza starości...*, s. 11.

¹⁹ D.B. Bromley, *Psychologia starzenia się...*, s. 36–37.

1) zniszczenia w obrębie komórek i jej cząsteczek, 2) zdolność komórki do obrony przed jej zniszczeniami, 3) utrata w miarę starzenia się zdolności naprawczych, 4) powstawanie strukturalnych i enzymatycznych nieprawidłowości, 5) niewydolność komórek, 6) postępujące problemy w obrębie tkanek, narządów i układów, 7) niezdolność organizmu do radzenia sobie ze środowiskiem życia, 8) śmierć²⁰.

Wprowadzenie obiektywnej i jednoznacznej cezurę pozwalającej precyzyjnie uchwycić biologiczny początek starości nie jest możliwe. Na pewno starość nie staje się faktem z dnia na dzień – jest efektem długofalowego procesu zmian obejmujących całość organizmu i wszystkie jego funkcje. Jest to naturalny i uniwersalny proces biologiczny, psychologiczny i społeczny, który zachodzi w życiu człowieka, od momentu poczęcia aż do śmierci. Proces starzenia się to „stopniowe pogarszanie się struktury i funkcji narządów, którego efektem jest rosnące prawdopodobieństwo śmierci organizmu [...] uwarunkowany jest działaniem określonych genów”²¹. Natomiast starość jest ostatnim etapem ontogenezy²².

Złożoność procesów biologicznego starzenia się sprawia, że ten sam wiek kalendarzowy może dla różnych ludzi oznaczać zupełnie inny poziom sprawności, inny wiek biologiczny. Zmiany, jakie następują w procesie starzenia się, obejmują cały organizm: układ nerwowy, układ ruchu, układ pokarmowy, oddechowy, odpornościowy, hormonalny, układ krążenia, zmysły, metabolizm ustroju jednostki. Szybkość starzenia się zależy także od czynników zewnętrznych przyspieszających (brak aktywności ruchowej, niewłaściwe odżywianie się – nadmiar kalorii, tłuszczów odzwierzęcych, otyłość, zanieczyszczenie środowiska, obciążenia psychoruchowe, choroby, urazy, stres, hałas, nadmiar informacji, monotonia życia, używki stosowane bez umiarkowania, toksykomania itp.) lub hamujących jej tempo (np. poprzez aktywny styl życia, niskokaloryczną dietę, wysiłek fizyczny, umiarkowaną, niewyczerpującą aktywność ruchową i „gimnastykę intelektualną”, optymizm)²³.

Reasumując, starzenie się jest powszechne, dotyczy bowiem każdego. Istotą biologicznego procesu starzenia się jest zmniejszenie zdolności samoodnawiania się tkanek i spadek zdolności adaptacyjnych organizmu, zmiany w funkcjonowaniu układów ustroju. Ważną rolę w procesie starzenia się odgrywa czynnik genetyczny, który m.in. warunkuje długość życia. Tempo starzenia się i związane z nim zmiany zależą od indywidualnych cech psychicznych i biograficznych jednostki. Jest naturalnym zjawiskiem, procesem rozwojowym, jednym ze stadiów życiowych człowieka. Procesu starzenia się

²⁰ Za: A. Kowalewska, *Proces biologicznego starzenia się...*, s. 17–18.

²¹ K. Książek, *Zagadka starzenia się...*, s. 18–19.

²² J. Rzepka, *Wprowadzenie...*, s. 5.

²³ Por.: J. Twardowska-Rajewska, *Polipatologia jako przyczyna niepełnosprawności osób w podeszłym wieku*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu...*, s. 37–52; J. Derejczyk, *Nauka o starzeniu się a polityka zdrowotna wobec ludzi starych widziane z pozycji geriatry*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość...*, s. 111–113.

nie można zatrzymać ani cofnąć, ale da się go opóźnić. Można ograniczyć albo wyeliminować niektóre czynniki ryzyka, propagując pożądany styl życia, np. aktywność fizyczną czy nawyki dietetyczne (przede wszystkim niskokaloryczne pożywienie), co niewątpliwie poprawi jego jakość w podeszłym wieku. Biologiczne zmiany w organizmie pociągają za sobą zmiany psychologiczne, te natomiast implikują jakość postaw społecznych.

Równie dyskusyjne, co wyznaczenie początku starzenia, jest zagadnienie jego miary. Józef Kocemba wymienia trzy sposoby pomiaru wieku człowieka:

- wiek biologiczny, którego określenie polega na porównywaniu cech międzyosobniczych,

- wiek sprawnościowy, który drogą systematycznych ćwiczeń można odwrócić, cofnąć o 5–10 lat,

- skalę kalendarzową – budzącą największe kontrowersje ze względu na osobnicze różnice zmian ustroju; uzasadniona jest jednak uniwersalizmem chronometrii astronomicznej i powszechnie przyjęta²⁴.

Wiek kalendarzowy – jest to liczba przeżytych lat, które chronologicznie kwalifikują jednostkę do danej fazy starości. Istnieje wiele klasyfikacji określających progi starości, które różnią się od siebie usytuowaniem jej dolnej granicy (tab. 2).

Rozpiętość najniżej i najwyżej przeprowadzanych granic między wiekiem dojrzałym a starością jest znaczna. Patolog niemiecki Ludwig Aschoff uważał, że starość zaczyna się w 45. roku życia, natomiast gerontologia radziecka podnosiła tę umowną cezurę o 35 lat (80. r.ż.). Między tymi krańcowymi opiniami mieszczą się wszystkie pozostałe.

Ze względu na zróżnicowany przebieg procesu starzenia się osobniczego niezbędne staje się wprowadzenie umownego progu starości. Najliczniej reprezentowane są grupy autorów, według których granica oddzielająca wiek dojrzały od starszego przebiega na poziomie 60.–65. roku życia²⁵.

Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) uznaje za próg starości 65. rok życia, a według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) umowna starość rozpoczyna się po osiągnięciu 60. roku życia, czas ten jest określany oksymorem *młodzi starzy* lub nazywany jest „III wiekiem”, w odróżnieniu od następującej po nim fazy dojrzałej *starej* starości, „IV wieku” (po 75. r.ż.).

I.M. Burnside, P. Ebersole i H.E. Monea zaproponowali wewnętrzną periodyzację starości, w której wyróżnili: młodych starych (60–69 lat), starych w średnim wieku (70–79), starych starych (80–89) i sędziwych starych (90 i więcej lat)²⁶.

²⁴ J. Kocemba, *Biologiczne wyznaczniki starości...*, s. 108.

²⁵ Za: S. Klonowicz, *Starzenie się ludności...*, s. 9.

²⁶ Za: I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 20.

Tabela 2. Periodyzacja życia ludzkiego, ujęcie historyczne i współczesne – wybrane stanowiska

Starożytne Chiny	Grecja – pitagorejczy	Izydor z Sewilli (VII w. n.e.)	Lata 80. XX wieku
<ul style="list-style-type: none"> • do 20: młodość • do 30: wiek zawierania małżeństwa • do 40: wiek poznawania własnych błędów • do 50: wiek pełnienia urzędów społecznych • do 60: końcowy okres życia twórczego • do 70: wiek upragniony • od 70: starość 	<ul style="list-style-type: none"> • do 20: wiosna, dzieciństwo, czas stawiania się człowiekiem • do 40: lato, młodość • do 60: jesień, dojrzałość • do 80: zima, starość, cofanie się 	<ul style="list-style-type: none"> • do 7: dzieciństwo • 7–14: <i>pueritia</i> • 14–28: wiek młodości • 28–50: młodość • 50–70: dojrzałość • ponad 70: starość, w tym • <i>senes</i> – zniechęcenie 	<ul style="list-style-type: none"> • 20–30: wiek brązowy • 30–40: wiek złoty • 40–50: wiek srebrny • 50–60: wiek żelazny • 60–70: wiek cynowy • 70–80: wiek drewniany
<p>Erik H. Erikson: kryzysy tożsamości i zadania rozwojowe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faza ufności vs nieufności (1/2: niemowlęstwo) 2. Faza autonomii vs wstydu, wątpliwości (2–3/4: wczesne dzieciństwo) 3. Faza inicjatywy vs poczucia winy (4–6: dzieciństwo, wiek zabaw) 4. Faza adekwatności – pracowitości vs poczucia niższości (7–12: okres szkolny) 5. Tożsamość vs alienacja, niepewność ról <ul style="list-style-type: none"> – tożsamość grupowa (13–17: wczesna adolescencja) – tożsamość indywidualna – (18–22: późna adolescencja) 6. Intymność vs izolacja (od 23–34: wczesna dojrzałość) 7. Faza generatywności: kreatywność a stagnacja (35–60: średnia dorosłość) 8. Faza integracji: integralność ego vs rozpacz (61+: wiek starczy, cnota mądrości, szczytowy moment rozwoju ego) 	<p>Daniel J. Levinson: struktura życia jednostki</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Dzieciństwo i dorastanie (0–22) II. Wczesna dorosłość (17–45) <ol style="list-style-type: none"> 1. Faza nowicjatu w świecie dorosłych: <ul style="list-style-type: none"> – wkraczanie we wczesną dorosłość (17–22) – debiut w świecie dorosłych (22–28) – wkraczanie w lata 30. (28–33) 2. Stabilizacja (33–40) III. Średnia dorosłość 40–65 <ul style="list-style-type: none"> – wkraczanie w wiek średni (40–45) – początek wieku średniego (45–50) – wkraczanie w lata 50. (50–55) – kulminacja wieku średniego (55–60) IV. Późna dorosłość – ponad 60 <ul style="list-style-type: none"> – wkraczanie w późną dorosłość (60–65) – późna dojrzałość (65–80) – bardzo późny wiek dojrzały (ponad 80) 	<p>Patrycja Cross: fazy życiowego cyklu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opuszczenie domu rodzinnego: 18–22 2. Wejście w świat dorosłych: 23–28 3. Dążenie do samorealizacji: 29–34 4. Tożsamość osobowościowa: 37–43 5. Okres przełomu: 45–55 6. Okres tolerancji: 57–64 7. Okres refleksji nad życiem: 67 i więcej 	

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy literatury: Demetrio 2006; Erikson 2002; Minois 1995; Pietrasiński 1996; Rembowski 1984; Malewski 1991

Starość, jako faza rozwojowa w życiu człowieka, analizowana jest także przez pedagogikę. Aleksander Kamiński²⁷ dokonał podziału tego okresu, biorąc pod uwagę wiek biologiczny oraz wiek społeczny. Wyodrębnił trzy fazy i uszczegółowił ich cechy charakterystyczne. Okres pierwszy rozpoczynającej się starości cechuje zachowanie sprawności fizycznej i umysłowej jednostki. Drugi, wczesnej starości (70./75.–80. r.ż.), charakteryzują już różnice indywidualne. Obok ludzi sprawnych, aktywnych, żyją osoby całkowicie uzależnione od innych. Osoby w tym wieku najczęściej we własnym domu funkcjonują prawidłowo, poza domem są zależne. W trzeciej fazie, dotyczącej grupy osób najstarszych, sędziwych starców, tylko niewielki odsetek populacji zachowuje zdolność samodzielnego funkcjonowania. Pozostali wymagają całkowitej opieki i pomocy z zewnątrz.

Zgodnie z innym podziałem osoby powyżej 65. roku życia tworzą grupy ludzi trzeciego i czwartego wieku, gdzie trzeci wiek opisuje aktywny i niezależny styl życia w późnej dorosłości, natomiast wiek czwarty odnosi się do okresu zależności od innych²⁸.

Jak słusznie twierdzi Jerzy Halicki: „Starość można podzielić na dwa okresy oparte na kryteriach wieku czynnościowego: *wiek trzeci*, który zaczyna się uwolnieniem od obowiązków zawodowych i rodzinnych, a kończy utratą autonomii osobistej; *wiek czwarty*, który charakteryzuje się uzależnieniem od innych osób”²⁹. Proces ten następuje u niektórych jednostek w wyniku senilizmu, czyli postępujących procesów fizycznego i psychicznego zniedołężnienia starczego. Pozostałe propozycje wewnętrznej periodyzacji starości przedstawiono w tabeli 3.

Gerontologia, a także WHO, maksymalny czas trwania życia człowieka (*The Maximum Human Life Span*) wyznacza na 120 lat, jednak istnieją udokumentowane dane dowodzące przekroczenia tej granicy³⁰. Jak przewidują demografowie ONZ w 2050 roku na świecie żyć będzie ponad 2 miliony stulatków³¹. Badania podejmowane m.in. przez National Institute on Aging

²⁷ A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, PWN, Warszawa 1982, s. 366–369.

²⁸ I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się...*, s. 20.

²⁹ J. Halicki, *Relacje międzygeneracyjne jako jeden z elementów poszerzających przestrzeń życiową ludzi starszych*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź 2000, s. 275.

³⁰ Np. 122 lat i 164 dni dożyła Francuzka Jeanne Luise Calment (ur. 21.02.1875 – zm. 4.08.1997). W marcu 2007 r. Agencja Reutera podała informację, że w wieku 128 lat zmarła Cruz Hernandez z Salvadoru, prawdopodobnie najstarsza osoba na świecie (ur. 3.05.1878 w El Salvador). Hernandez urodziła 13 dzieci i doczekała się 60 wnucząt, 80 prawnucząt i 25 praprawnucząt. Była położną do 100. roku życia. Przez ostatnie kilka miesięcy życia nie mogła mówić i przez większość czasu drzemała.

³¹ Za: *World Population Prospects. The 1999 Revisions*, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat [<http://esa.un.org/unpp>]. Wg Narodowego Spisu Danych PESEL w Polsce żyje ponad 2,5 tys. osób w wieku ponad 100

Tabela 3. Fazy starości w ujęciu wybranych autorów

G. Daignan (1786)	D.B. Bromley	A. Bochenek
<ul style="list-style-type: none"> • 57–63: wiek żalów, początek starości (troski, niepokoję, zły nastrój) • 64–70: wiek ufomości, starość (niewyrozumiałość, upodobanie do władzy i wymaganie od innych uległości) • 71–77: wiek skąpstwa, niedoświadczenie (zazdrość i zawiść) • 78–84: wiek nieufności, zgrzybiałość (gadulstwo, surowość, podejrzliwość) • 85–91: wiek obojętności, łaska natury (upodobanie do pochlebstw, troskliwości i czułych słówek) • 92–98: wiek beztroski, cuda natury (upodobanie do pochwał) • 99–105: wiek nieczułości, wybryk natury (nadzieja, ostatnie tchnienie) 	<ul style="list-style-type: none"> • do 65 – wycofywanie się z pracy • powyżej 65 – emerytura • ponad 70 – wiek starczy • max. do 110 – późna starość 	<ul style="list-style-type: none"> • I stopień starzenia się: 60–70 • II stopień starzenia się: 70–80 • III stopień starzenia się: 80–90
D.J. Levinson	A. Kamiński	S. Klonowicz
<ul style="list-style-type: none"> • 60–65 – przejęcie w późną dorosłość: bilans życia, w którym дума z osiągnięć przeplata się z okresami rozczarowania ich jakością • 65–80 – późna dorosłość: wyciszenie, mniej marzeń i złudzeń, szersze spojrzenie na życie, integracja wewnętrzna • ponad 80 – bardzo późny wiek dojrzały: ostatni bilans, przygotowanie się na śmierć 	<ul style="list-style-type: none"> • Przedpole starości: po 60 • Wczesna starość: po 70 • Starość sędziwa: powyżej 80 	<ul style="list-style-type: none"> • Starość: – 60–79 dla kobiet – 65–79 dla mężczyzn • Sędziwa starość: powyżej 80 dla obu płci
WHO		
<ul style="list-style-type: none"> • Starość wczesna, <i>III wiek, young old</i>: 60–75 • Starość dojrzała, <i>old old</i>: 75–90 • Długowieczność (<i>wiek sędziwy, oldest old, long life</i>): 90–110/120 		

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy literatury: Bois 1995; Kamiński 1974; Pietrański 1996; Rembowski 1984

w USA dotyczą wydłużającej się wraz z postępem cywilizacyjnym przewidywanej długości życia. Spotkać można nawet hipotezy wyznaczające kres życia człowieka na 150 lat!³²

Jakkolwiek nie analizować tych danych, pewne jest, że od czasów starożytnej Grecji (ok. roku 400 p.n.e.), gdzie średnie trwanie życia, według szacunków współczesnych nam badaczy, wynosiło 30 lat, wartość ta wzrosła niemal trzykrotnie. „Discover Magazine” ze stycznia 2003 roku podaje, że średnia długość życia człowieka może osiągnąć 100 lat już w roku 2060!³³ Badacze, prowadząc badania na Sardynii we Włoszech, na wyspie Okinawa i w Lama Linda w Kanadzie, gdzie szczególnie często występują długowieczni, dowodzą, że fenotyp³⁴ jest nie mniej istotnym czynnikiem długowieczności niż genotyp³⁵.

lat. Inne informacje przyniósł Powszechny Spis Ludności z 2002 roku – ponadstuletnich seniorów jest 1500. Porządkujące dane przynoszą raporty z programu badawczego „Genetyczne i środowiskowe czynniki długowieczności polskich stulatków PolStu2001”, który objął populację 344 osób. Wyniki badań nad stanem funkcjonalnym polskich stulatków są dostępne m.in. w czasopiśmie „Gerontologia Polska” 2000, nr 8, s. 3–8, 35–39 – projekt badawczy PBZ-KBN-022/P05/1999: „Genetyczne i środowiskowe czynniki długowieczności” oraz: P. Szukalski, *Stulatkowie – szkic demograficzny*, „Gerontologia Polska” 2002, nr 10; J.J. Pruszyński i in., *Ocena stanu funkcjonalnego polskich stulatków – doniesienie wstępne*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 11. Zob. także: M. Mossakowska, B. Jaczewska, *Ile lat ma polski stulatek?* [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 351–354.

³² 120 lat dożył Japończyk Shigechiyo Izumi (1865–1986), 119 lat – Sarah DeRemer Knauss (1880–1999), 117 lat – Lucy Hannah (1875–1993), po 116 lat przeżyli Tane Ikai (1879–1995), Maria Esther Capovilla (1889–2006), Elizabeth Bolden (1890–2006), 116 lat dożyli: Bettie Antry Wilson (1890–2006), Susie Elizabeth Gibson (1890–2006), Julie Winnefred Bertrand (1891–2007), Hendrikje van Andel (1890–2005), Emiliano Mercado del Toro (1891–2007) z Puerto Rico. Gromadzeniem uwierzytelnionych danych zajmuje się International Committee on Supercentenarians, czyli Międzynarodowy Komitet ds. Superstulatków (osób mających ponad 110 lat). Na stronach internetowych Gerontology Research Group z Los Angeles [<http://www.grg.org/Adams/E.HTM>] znajduje się systematycznie aktualizowana lista najstarszych Ziemiaków, obejmująca niemal 900 nazwisk superstulatków, osób pochodzących głównie z państw anglojęzycznych. Rejestrowaniem rekordów długowieczności para się także Księga Rekordów Guinnessa.

³³ Por.: Wortal Gerontology Research Group, Los Angeles, USA; <http://www.grg.org/calment.html>.

³⁴ Fenotyp to zespół dostrzegalnych cech organizmu (wygląd i właściwości), powstałych jako wynik oddziaływania warunków środowiska na właściwości dziedziczne (genotyp) organizmu. Za: W. Kopaliniński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, [CD-ROM] PWN, PRO-media CD 1998.

³⁵ Wortal Gerontology Research Group, Los Angeles, USA; <http://www.grg.org/calment.html>.

2. Wiek psychiczny. Zadania rozwojowe starości – klasyczne teorie starzenia się w perspektywie psychologicznej

Wiek psychiczny – okreśłany jest stanem funkcji intelektualnych, sprawnością zmysłów, zdolnościami adaptacyjnymi jednostki. Ocenia się go poprzez odwoływanie się do samooceny – „człowiek ma tyle lat, na ile się czuje” (kryterium intrasubiektywne) oraz na podstawie badań opinii społecznej na temat granic starości (kryterium intersubiektywne)³⁶.

Psychiczne starzenie się to osobnicze doświadczanie procesów starzenia się, na które składają się: poznanie, samoocena, motywacja, odczucia³⁷. Jednostka identyfikuje się z określoną kategorią wiekową – jest to wiek poznawczy, czyli odczucia, wygląd, zachowanie i zainteresowania danej osoby³⁸. Poczucie bycia starszym może powstać, gdy osobnik dostrzega u siebie typowe objawy starzenia się (siwizna, zmarszczki) lub kulturowe (pozostawanie w obszarze pokoleniowego kodu kulturowego, brak zrozumienia języka, stylu bycia, kultury młodszych pokoleń), albo skutek odbioru komunikatu płynącego od innych informującego o postrzeganiu jednostki jako starej³⁹. Podobnie jak w przypadku wieku biologicznego, wśród ludzi występuje zróżnicowane tempo osobniczych zmian psychicznych, dlatego ich wymiar jest zawsze subiektywny.

Niektórzy reprezentanci psychologii rozwoju człowieka w biegu życia interpretują rozwój psychiczny jako proces wypełniania zadań rozwojowych, czyli zadań pojawiających się w ciągu życia. Gdy zadanie zostanie zrealizowane, człowiek zyskuje poczucie szczęścia, zadowolenia, samoakceptacji, własnego rozwoju, aprobatę otoczenia i w dalszej kolejności – powodzenie w rozwiązywaniu kolejnych zadań. Maria Tyszkowa podkreśla, że zadania rozwojowe polegają na uczeniu się⁴⁰. Barbara Szatur-Jaworska za zadania rozwojowe uznaje przeprowadzenie i uzyskanie przez jednostkę tych zmian, które są konieczne na danym etapie życia, aby mógł zaistnieć dalszy jej rozwój. Ich wyznacznikami są potrzeby organizmu, wymagania społeczno-kulturowe, własna refleksja odnosząca się do aspiracji i/lub wartości⁴¹.

Erik H. Erikson jako cezurę starości podaje 65. r.ż. W badaniach swych, nawiązując do zasad psychoanalizy i koncepcji *ego*, zajmował się psychospołecznym rozwojem człowieka, badał kształtowanie się *ego* i wyjaśniał procesy

³⁶ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, s. 36.

³⁷ A.A. Zych, *Słownik gerontologii...*, s. 172.

³⁸ T.D. Nelson, *Psychologia uprzedzeń*, GWP, Gdańsk 2003, s. 258.

³⁹ O. Czerniawska, *Edukacja osób „trzeciego wieku”*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Warszawa–Radom 1996, s. 215.

⁴⁰ M. Tyszkowa, *Zadania rozwojowe*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003, s. 951–953.

⁴¹ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, s. 46.

formowania się tożsamości. Podzielił cykl życia człowieka na 8 okresów rozwojowych – od narodzin do śmierci⁴² (zob. tab. 2). W koncepcji rozwoju człowieka (somatycznego, psychofizycznego, psychospołecznego) wykorzystał zasadę epigenezy, wedle której wszystko co wzrasta, rozwija się, ma swój plan. Zakładał, „że każdy wiek, łącznie ze starością, ma specyficzne dla siebie zadania rozwojowe”⁴³. Według tego planu rozwój człowieka dokonuje się w poszczególnych fazach życia, „ale każda faza jest jedynie kolejną wersją poziomu wcześniejszego. Każda część podlegająca rozwojowi jest obecna w każdej fazie, ale ma też swój czas dominacji. Człowiek nie jest zorganizowany warstwowo, przeszłość nie odkłada się w nim bezwładnie, lecz czyni on z niej część swojej przyszłości”. Przechodzenie z jednej fazy rozwojowej do kolejnej wiąże się z *kryzysem normatywnym*, który stanowi „konfrontację z ważnym problemem życiowym, którego nie można rozwiązać w krótkim czasie”⁴⁴. Zadanie rozwojowe w każdej fazie zamienia się w konflikt, który wymaga integracji potrzeb osobistych z oczekiwaniami społecznymi. Pomyślne rozwiązanie prowadzi do rozwoju, niepomyślne hamuje go⁴⁵.

Ostatnia faza życia to okres starości, który – jak już wiemy – nie ma stałej granicy wiekowej. W fazie tej następuje osłabienie dynamiki życiowej. Jednak dla Eriksona okres starości jest szczytowym momentem rozwoju *ego*, wówczas wyłania się najwyższa jego forma. W wieku starczym głównym zadaniem jednostki jest osiągnięcie integracji wewnętrznej. Termin ten oznacza pełny rozwój osobowości, jej spójność, harmonię, które są niezbędne do utrzymania pogodnego nastroju, dobrych stosunków z innymi oraz pozytywnej oceny przeżytych doświadczeń. Integracja oznacza również pogodzenie się ze zbliżającym się końcem egzystencji poprzez uzmysłowienie sobie jej niepowtarzalności, jednostkowości, wyjątkowego sensu. Niepomyślną alternatywą uzyskania integracji wewnętrznej jest odczucie braku sensu i wartości istnienia, które nieuchronnie dobiega końca. Odczuciu temu towarzyszy strach przed śmiercią, a w konsekwencji rozpacz⁴⁶. Stąd konflikt „integracja *versus* rozpacz”. Jest to swoista pułapka, ponieważ człowiek z jednej strony nie może się pogodzić z sytuacją, w której się znajduje, a z drugiej ma świadomość, że

⁴² E. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2000, s. 279–281; E. Erikson, *Dopełniony cykl życia*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2002, s. 75–77.

⁴³ D. Demetrio, *Edukacja dorosłych*, [w:] B. Śliwerski (red.), *Pedagogika*, t. 3: *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, GWP, Gdańsk 2006, s. 134.

⁴⁴ P. Szczurkiewicz, *Rozwój psychospołeczny a tożsamość*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998, s. 22–23.

⁴⁵ Za: J. Halicki, *Spoleczne teorie starzenia się*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 266–277.

⁴⁶ Za: M. Tyszkowa, M. Przetacznik-Gierowska, *Wybrane koncepcje i teorie rozwoju psychicznego człowieka*, [w:] M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 1996, s. 200.

już za późno na zmiany. Dlatego na tym etapie rozwoju człowiek potrzebuje wsparcia płynącego z wiary, sztuki i mądrości⁴⁷. W ostatniej fazie życia człowieka siła *ego* osiąga postać cnoty mądrości⁴⁸. Dla Eriksona przybiera ona postać filozofii, wiąże ją z religią. Koncepcja ta dąży do połączenia ostatniego i pierwszego etapu życia człowieka. Nadzieja pochodząca z pierwszej fazy może uchronić człowieka przed rozpaczą, a ostateczną formą nadziei jest wiara (ufność). W ten sposób cykl życia, witalności powraca do początku⁴⁹. „Jest to spełnienie integralności człowieczeństwa jednostki i integralności jej życia z życiem kolejnych pokoleń i całej kultury”⁵⁰.

Badacz Daniel J. Levinson przedstawia ciekawą koncepcję kompleksowego ujęcia rozwoju człowieka, skupiając się głównie na dorosłości. Autor rozpatruje łącznie zmiany biologiczne, społeczne i psychiczne zachodzące w cyklu rozwojowym człowieka. Levinson wyodrębnił cztery ery oraz trzy okresy przejściowe. Ery zachodzą na siebie, co oznacza, że kolejna zaczyna się wówczas, gdy poprzednia zbliża się do końca. Kryteriami ich wyodrębnienia są zadania, problemy do rozwiązania, trudności i dylematy, fazy i środki wykonywania zadań. Analizując zadania rozwojowe mężczyzn, wskazuje na charakterystyczne wzory zachowania w starości: *60–65 lat – przejście w późną dorosłość*: bilans życia, w którym duma z osiągnięć przeplata się z okresami rozczarowania dotychczasową jakością osiągnięć; *65–80 lat – późna dorosłość*: wyciszenie, mniej marzeń i złudzeń, szersze spojrzenie na życie, integracja wewnętrzna; *ponad 80 lat – bardzo późny wiek dojrzały*: ostatni bilans, przygotowanie się na śmierć⁵¹. Późna dorosłość w ujęciu Levinsona – to okres spadku sił witalnych, zmian fizycznych i wycofania się z pracy zawodowej. Człowiek odgrywający nowe role społeczne musi na nowych zasadach oprzeć relacje ze światem i wypracować wewnętrzną równowagę. Jeżeli żyje wystarczająco długo, to około 80. roku życia przeżywa kolejny przełom, który z jednej strony polega na poczuciu wyzwolenia z zależności zewnętrznych, ale z drugiej strony brak rówieśników powoduje narastanie osamotnienia. Zaawansowana starość może być okresem dalszej aktywności i twórczości, jeśli nie stoi im na przeszkodzie zły stan zdrowia⁵².

⁴⁷ Za: P. Szczurkiewicz, *Rozwój psychospołeczny...*, s. 71.

⁴⁸ Por. D. Demetrio, *Edukacja dorosłych...*, s. 135–136.

⁴⁹ W pośmiertnej edycji dzieła Eriksona, jego żona, Joan, dodała dziewiąte stadium: rozwój w późnym wieku, któremu towarzyszy satysfakcja. Rozwiązania poprzednich kryzysów konfrontowane są z procesem starzenia się. W późnym wieku, wskutek wzrastającej świadomości ograniczeń, zmian psychicznych i fizycznych osoby starsze mogą doznać uczucia niewiary w zdolność utrzymania swojej niezależności. Następuje niejako powrót do zadań rozwojowych pierwszej fazy życia. Za: J. Halicki, *Starzenie się społeczeństw jako wyzwanie dla andragogiki*, „Gerontologia Społeczna” 2007, nr 1 (2), s. 21.

⁵⁰ P. Szczurkiewicz, *Rozwój psychospołeczny...*, s. 71.

⁵¹ Za: Z. Pietrasiniński, *Rozwój dorosłych*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki...*, s. 22.

⁵² Za: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2006, s. 44.

Patrycja Cross, charakteryzując fazy biegu ludzkiego życia, wyodrębnia znaczące wydarzenia, przyporządkowuje im zadania psychiczne i opisuje charakterystyczne postawy. Lata między 57. a 64. r.ż. nazywa *okresem tolerancji*. Wskazuje na zwiększone ryzyko możliwości utraty małżonka, na pojawiające się problemy zdrowotne i twierdzi, że powinno nastąpić przygotowanie się do okresu spoczynku. Towarzyszące tym zdarzeniom zadania psychiczne koncentrują się na osiąganiu celów w czasie, jaki jeszcze pozostał i akceptacji procesu starzenia się, przystosowania się do wieku. Natomiast za charakterystyczne postawy uznaje świadomość i tolerancję różnorodności uczuć i relacji z ludźmi, wskazuje na wzrastającą wagę roli małżonka, większą akceptację „ja”. Czas powyżej 65. r.ż. to *okres refleksji nad życiem*. Następuje wówczas zmiana sytuacji finansowej, nowe warunki życia. Wzrasta prawdopodobieństwo śmierci współmałżonka. Następują znaczące zmiany w rytmie i porządku dnia. W sferze psychiki jednostka dąży do wewnętrznej integracji lub popada w stan rozpacz. W opinii autorki – powinna wtedy wzrosnąć samoakceptacja i wycofanie się z dotychczasowych form aktywności. Ważnym zadaniem jest przygotowanie się na śmierć współmałżonka. Wśród dominujących postaw wyróżnić należy przegląd życiowych dokonań, dążenie do dzielenia się z innymi codziennymi radościami i troskami. Rodzina staje się najważniejsza. Śmierć natomiast – nową formą istnienia⁵³.

Inspirującą typologię dotyczącą przebiegu późnej dorosłości proponuje Duccio Demetrio⁵⁴. Ten włoski uczyony dekadzie od 61. do 70 r.ż. wyznacza następujące cele życiowe: rozpoczynanie od nowa, wychowywanie i kształcenie młodego pokolenia, uczenie się prostej radości i akceptacji innych osób, redefinicję priorytetów w pracy i życiu. Wśród wartości odniesienia wskazuje zabawę i kreatywność, poszukiwanie znaczeń, poczucie własnego „ja”, współczucie i współpracę, intymność, realizację. Pamiętając, że wszystkie fazy biegu życia mają charakter rozwojowy, wyznacza ambitne zadania rozwojowe i kreuje sytuacje edukacyjne: dzielenie się wiedzą i umiejętnościami z młodszymi, bycie dziadkami, odnowienie więzi intymnych, szukanie nowych funkcji przywódczych, zaczynanie od początku. Kolejnym dwudziestu latom (71.–90. r.ż.) Demetrio wyznacza za cel przygotowanie się na śmierć, rozmyślanie, poczucie spokoju. Wartości odniesienia to: poszukiwanie znaczeń, współczucie i współpraca, intymność, kreatywność i zabawa. Natomiast zadaniami rozwojowymi są: ocena biegu własnego życia, traktowanie go jako spełnione, pełne, radosne lub – przeciwnie – jako niepełne, niesatysfakcjonujące, akceptacja umierania i śmierci, zmierzenie się z zanikiem sił fizycznych, doświadczanie dotkliwych strat, zachowanie nadziei i wiary, docenianie innych ludzi.

⁵³ Za: M. Malewski, *Andragogika w perspektywie metodologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1991, s. 40–41.

⁵⁴ D. Demetrio, *Edukacja dorosłych...*, s. 145.

Robert J. Havighurst, Daniel J. Levinson oraz Barbara Szatur-Jaworska⁵⁵ wśród zadań rozwojowych starości jednomyślnie wskazują na pogodzenie się z utratą vitalności (rosnącymi ograniczeniami fizycznymi i zdrowotnymi) oraz przystosowanie się do nich, urządzenie po przejściu na emeryturę i zmniejszeniu dochodów w sposób dogodny materialnych warunków własnego bytu, zapewnienie satysfakcjonujących warunków mieszkaniowych, odejście od problemów własnego ciała w kierunku twórczości i szukania przyjemności w kontaktach z innymi ludźmi. Postulują ustalenie własnej przynależności do konkretnej grupy wiekowej, adaptację do zmienionej formy aktywności społecznej poprzez plastyczne podejmowanie nowych ról i zajęć związanych z przejściem na emeryturę. Ważnym zadaniem jest przystosowanie się do straty osób bliskich, wypracowanie dojrzałej postawy wobec śmierci⁵⁶, ponadto B. Szatur-Jaworska postuluje akceptację postępującej własnej zależności od innych, ale i utrzymanie zainteresowań światem. Według tej autorki, starość to czas kumulacji życiowej aktywności oraz okres bilansu, żniw, zbierania owoców całego życia. Nakazuje starszym panowanie nad umysłem i utrzymywanie go w sprawności, by nadzorować i hamować postępy starzenia się. Jedno z zadań przez nią wytyczonych nawiązuje do koncepcji Eriksonowskiej: pozytywne rozwiązanie dylematu integralności i rozpaczki, by osiągnąć mądrość, podchodzić z dystansem do życia, zaakceptować śmierć, mieć pewność znaczenia i godności własnego życia⁵⁷.

Człowiek rozwija się przez całe swoje życie, modyfikując swoje zachowanie pod wpływem środowiska społecznego, w którym może przejawiać postawy twórcze, aktywność społeczną, edukacyjną i kulturalno-oświatową.

3. Wiek społeczny, role społeczne

Wiek społeczny – określany jest poprzez miejsce jednostki w strukturze społecznej i pełnione przez nią role społeczne. Rola społeczna pojmowana jest jako

stały schemat działania; pewien sektor orientacji jednostki zorganizowany wokół antycypacji odnoszących się do pewnego szczególnego zespołu interakcji, albo na-

⁵⁵ R.J. Havighurst, *Zadania rozwojowe kolejnych okresów życia i warunki wypełniania*, [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1997, s. 952–953; Z. Pietrasiniński, *Dorośli. Problemy rozwoju*, [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna...*, s. 130; B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, s. 46–47.

⁵⁶ Por.: M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Akademia Medyczna, Białystok 2004, s. 27; A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006, s. 57–64.

⁵⁷ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, s. 46–47; A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy...*, s. 50–51.

wet zespolony w szczególną grupę kryteriów oceny, kierujących interakcją jednego lub wielu podmiotów; pewien mniej lub bardziej określony schemat, za pomocą którego mogą się ustalić wzajemne ‘antycypacje’ (czyli uprzednie postawy wobec siebie) między podmiotami działania⁵⁸.

Innymi słowy, jest to zespół społecznych oczekiwań wobec jednostki związany z posiadaniem przez nią określonego statusu społecznego. To prawa i obowiązki, wynikające z zajmowania pozycji społecznej (np. rola nastolatki, kobiety dojrzałej, starszej kobiety, rola syna, ojca, dziadka, rola pracownika, emeryta). Każda rola jest wyznaczona normatywnie przez system społecznej kontroli, czyli posiada swoje nakazy, zakazy, przywileje, powinności i wyznacza zakres wolności jednostki oraz ograniczenia podyktowane tzw. dobrem ogółu. Współcześnie role społeczne często są trudne do pogodzenia ze sobą (np. role zawodowe, rodzinne i wolnoczasowe, rola pracownika i studenta trybu niestacjonarnego) i często nachodzą na siebie, wywołując napięcia. Wyróżnia się role przypisane jednostce i przez nią osiągnięte.

W wymiarze społecznym starość powoduje zmianę dotychczas pełnionych ról społecznych, dotychczasowej pozycji społecznej oraz postaw społeczeństwa wobec osób starszych. Ta reorganizacja jest jednym z zadań rozwojowych stawianych starości. Redukcja zakresu ról społecznych pełnionych w przeszłości, ich reorganizacja może przynieść jednostce oczekiwane wytchnienie, ale i rozgoryczenie.

W efekcie zmiany ról starszy człowiek z pozycji centralnej, dominującej przenosi się w kierunku peryferyjnym, bo tak właśnie określa się role społeczne pełnione w tym okresie życia. Zmiana roli zawodowej częstokroć wiąże się ze zmianą stylu życia, często z obniżeniem statusu ekonomicznego. Zmiana w układzie ról rodzinnych to właściwie specyficzne ich odwrócenie. Starsi ludzie funkcjonujący do niedawna jako opiekunowie, żywicieli, mentorzy i wychowawcy teraz sami zaczynają potrzebować wsparcia i opieki dotychczasowych podopiecznych. Częstokroć wiąże się to niestety z utratą szacunku i zainteresowania ze strony rodziny i postępującą marginalizacją życia seniora.

Wśród ról społecznych osób starszych wymienić można:

1. Rolę rodzinną.
2. Rolę zawodową.
3. Rolę uczestnika grupy towarzyskiej (najczęściej rówieśniczej).
4. Rolę obywatela (także świata).
5. Rolę członka wspólnoty religijnej.
6. Rolę użytkownika czasu wolnego⁵⁹.

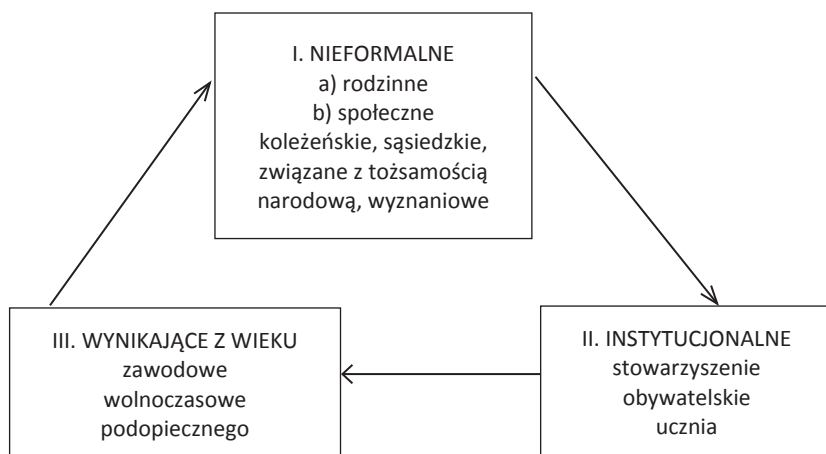
⁵⁸ Za: E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 103–104.

⁵⁹ Propozycja typologii na podstawie: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, s. 56.

Można także analizowane role ułożyć od nowa, podążając za koncepcją Stanisława Kowalskiego⁶⁰, dotyczącą funkcjonowania systemu wychowawczego w środowisku społecznym, w środowisku życia. Wówczas repertuar ról przedstawiać się będzie następująco:

- role wypełniane w środowisku lokalnym (w tym role rodzinne, towarzyskie, sąsiedzkie),
- role związane z oddziaływaniem najbliższej okolicy (rola członka wspólnoty lokalnej),
- role związane z przynależnością do regionu (np. zawodowe),
- role wynikające z przynależności do społeczeństwa narodo-państwowego (rola obywatela, role organizacyjne, stowarzyszeniowe),
- role wynikające z przynależności do kręgu kulturowego (np. role wyznaniowe),
- role wynikające z przynależności do społeczeństwa globalnego (role kulturalne, związane z aktywnością w czasie wolnym).

Role społeczne odgrywane są w grupach pierwotnych i wtórnych, w grupach nieformalnych i zinstytucjonalizowanych. Pamiętając o tym założeniu, otrzymamy nowy układ ról społecznych pełnionych przez osoby starsze, wyznaczających ich wiek społeczny (ryc. 1):



Ryc. 1. Role społeczne człowieka starszego

I. Grupy pierwotne, **role nieformalne**

1. Role rodzinne – wyznaczone pokrewieństwem i spowinowaceniem: małżonek, rodzic (ojczym/macocho), teść/teściowa, dziadek/babcia, czasem opiekun sędziwych rodziców. Dorosłość dzieci, ich usamodzielnienie się, wy-prowadzka do własnego gospodarstwa determinuje konieczność modyfikacji

⁶⁰ S. Kowalski, *Socjologia wychowania*, PWN, Warszawa 1986.

tych ról. Niekiedy następuje wzmocnienie, zaniedbanych we wcześniejszych fazach życia, ról rodzinnych pełnionych wobec dalszych krewnych – ciotki, wuja, stryja, stryjenki, kuzyna itd. Osoby, które nie założyły własnej rodziny bądź doznały utraty współmałżonka silniej zwracają się ku rodzinie pochodzenia, mogą też odczuwać udrękę osamotnienia. Osoby stanu wolnego mogą zawiązywać nowe związki małżeńskie, partnerskie, lecz w Polsce czynią to rzadko⁶¹.

2. Role związane z przynależnością do nieformalnych grup społecznych i szerszych społeczności:

a) role koleżeńskie, towarzyskie, przyjacielskie. W dorosłości dominujące są znajomości z osobami spośród własnego kręgu zawodowego, ale intensywność kontaktów towarzyskich z kolegami z pracy słabnie lub zanika po przejściu jednostki na emeryturę. Życie uczy, że najsilniejsze są przyjaźnie z ławy szkolnej. Osoby starsze są wierne w przyjaźni, szanują tę wartość,

b) role sąsiedzkie, członków społeczności lokalnych, wspólnot mieszkaniowych itd. Starsi zazwyczaj pełnią role doradców, mentorów, mediatorów. Społeczności lokalne oczekują od nich mądrości wypływającej z doświadczenia życiowego,

c) role związane z przynależnością i poczuciem tożsamości narodowej, wyznaczone kulturą, tradycją, obrzędem i obyczajem. Starsi są często wspaniałym „strażnikami obyczaju”,

d) role członka wspólnoty wyznaniowej, wyznaczone normą religijną i obyczajową. Religia w życiu starszej osoby często zajmuje bardzo ważne miejsce, myśli zwracają się ku Absolutowi. Zmiany psychologiczne związane ze starzeniem się pozostają w wyraźnym związku ze zmianami biologicznymi, zdrowotnymi i społecznymi. Ujemne zjawiska zachodzące w sferze *soma* i *psyche* mają wpływ na duchowość człowieka starszego. Można zauważyć duże zaangażowanie osób w podeszłym wieku w praktyki religijne⁶².

II. Grupy sformalizowane, wtórne – **role instytucjonalne**

Za Jerzym Modrzewskim można je nazwać rolami retrogresywnymi, występującym w aspekcie „charakteryzującym sytuację osób starszych, wyłączonych z aktywności zawodowej, lecz zaangażowanych i czynnych społecznie”⁶³.

1. Rola społecznika, wolontariusza, członka stowarzyszenia, partii, organizacji społecznej⁶⁴.

⁶¹ Szerzej na ten temat w rozdziale 2, podrozdział 2: *Demograficzny i społeczny obraz polskiej starości*.

⁶² Por. K. Wiśniewska-Roszkowska, *Nowe życie po sześćdziesiątce*, IWZZ, Warszawa 1986, s. 94–105.

⁶³ Za: S. Kawula, *Pedagogika społeczna i jej wyzwania na początku XXI wieku*, [w:] E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 2: *Debata*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 57.

⁶⁴ Szerzej na ten temat w rozdziale 3, podrozdział 4: *Nowe obszary aktywności*.

2. Rola obywatela, członka społeczeństwa obywatelskiego, w perspektywie globalności (globalizacji⁶⁵), związana z aktywnością obywatelską, polityczną.

3. Rola ucznia – uczestnika instytucji kulturalnych i edukacyjnych (coraz liczniejsi słuchacze UTW, członkowie klubów seniora, wszechnicowych form edukacyjnych w rodzaju uniwersytety otwarte, uczestnicy sekcji zainteresowań w domach kultury, członkowie klubów dyskusyjnych etc.).

III. Role determinowane wiekiem podeszłym

1. Rola zawodowa – praca kontynuowana w pełnym wymiarze pomimo osiągnięcia wieku emerytalnego lub w zmienionej jakości, czy w zmniejszonym wymiarze⁶⁶.

2. Rola użytkownika czasu wolnego (w wymiarze pasywnym i aktywnym, bierny wypoczynek lub rekreacja, turystyka, kluby sportowe, wędkarskie, Polski Związek Działkowców itd.).

3. Rola podopiecznego – wraz z utratą sił, niezależności ekonomicznej, autonomii decyzyjnej człowiek starszy może stać się podopiecznym dla członków własnej rodziny lub instytucji opieki i pomocy społecznej, służby zdrowia. Jak zauważa Kinga Wiśniewska-Roszkowska⁶⁷, nawet przy sprostaniu kolejnym wyzwaniom rozwojowym, zaawansowanej starości nieuchronnie towarzyszy zwiększająca się zależność od otoczenia i wynikająca stąd zmiana postaw i zachowań. Ze względu na osłabienie własnych rezerw zwiększa się również nasilenie potrzeby bezpieczeństwa. Zmiany zachodzące w ciele oraz stopniowe wycofywanie się z wcześniejszych form aktywności mogą wywołać skłonności hipochondryczne i nasilenie egocentryzmu. Zwiększa się też potrzeba akceptacji i aktywizacji.

Wiek społeczny jest wyrazem społecznych oczekiwań dotyczących zachowania się danej generacji, jest wiekiem zwyczajowym. W kulturze Zachodu np. oczekuje się od osób starszych stateczności⁶⁸. Jeszcze trzy pokolenia wstecz starszym paniom nie wypadało nosić spodni, a farbowanie siwych włosów było przejawem braku godności osobistej. Jednak współcześni „starcy”, reprezentowani np. przez gwiazdy rocka, czyli Micka Jaggera (ur. 1943, lider zespołu The Rolling Stones) czy Tinę Turner (ur. 1939, w 2008 r. podjęła kolejną trasę koncertową), kreują absolutnie odmienny od poprzednich pokoleń styl życia w „późnej dorosłości”.

⁶⁵ Termin oznaczający nierozłączność i wzajemność oddziaływań wyznaczonych trendami globalnymi w lokalnej perspektywie („myśl globalnie, działaj lokalnie”). Por.: Z. Bauman, *Globalizacja, czyli komu potrzebna globalizacja a komu lokalizacja*, „Studia Socjologiczne” 1997, nr 3, s. 60.

⁶⁶ Szerzej na ten temat w rozdziale 2, podrozdział 2: *Demograficzny i społeczny obraz polskiej starości*.

⁶⁷ K. Wiśniewska-Roszkowska, *Nowe życie po sześćdziesiątce...*, s. 94–105.

⁶⁸ I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się...*, s. 19, 213.

Kryteria starości oraz społeczne postrzeganie ról właściwych dla człowieka starszego będą się zmieniać wraz z przekształceniami wynikającymi z postępu cywilizacji – powszechne tuszowanie lub usuwanie zewnętrznych oznak starzenia się, zmiany postaw osób starszych, zmiany w strukturze czasu wolnego, spowalnianie postępów starzenia się przyczynią się do przemiany społecznego odbioru starości, do inkluzji, normalizacji społecznej starości.

4. Wiek ekonomiczny i socjalny

Wiek ekonomiczny – jest związany z aktywnością jednostki na rynku pracy. Początek okresu starości wyznaczany jest zakończeniem działalności zawodowej i przejściem na emeryturę. Następuje zmiana głównego źródła utrzymania. Wśród typologii, ujmujących chronologiczny i ekonomiczny aspekt rozwoju życia osobniczego, przywołać można propozycję Stefana Klonowicza⁶⁹. Nawiązując do aktywności zawodowej człowieka, wyróżnił on trzy okresy jego życia: I faza – wiek przedprodukcyjny (0–17 lat); II faza – wiek produkcyjny (18–59 kobiety i 18–64 lat mężczyźni); III faza – wiek poprodukcyjny (powyżej 60 lat kobiety i powyżej 65 lat mężczyźni). W ostatniej fazie wyodrębnia dwa okresy: 1) starość, wiek 60–79 lat dla kobiet, 65–79 lat dla mężczyzn i 2) sędziwą starość – powyżej 80. roku życia dla obu płci.

W Polsce podział wprowadzony przez S. Klonowicza wiele lat temu nadal jest uzasadniony, choć pojawiają się głosy o społeczno-gospodarczej konieczności zrównania wieku emerytalnego obu płci lub przedłużeniu czasu aktywności zawodowej o kilka lat. Wydłużanie się czasu ludzkiej egzystencji prowadzi do redefinicji starości – wiek przejścia na emeryturę absolutnie nie pokrywa się z wiekiem sprawnościowym. Minęło ponad 100 lat od chwili, gdy 65. rok życia uznano za wiek emerytalny. Jednak od tamtego czasu długość przeciętnego życia wzrosła o 25 lat. W społeczeństwach o dużym odsetku starości demograficznej (np. Niemcy) dolną granicę wieku poprodukcyjnego już teraz stopniowo wprowadza się od ukończenia 67 lat.

W przytoczonych periodyzacjach coraz częściej wymienia się długowieczność jako kolejną fazę życia ludzi starszych⁷⁰. Wzrost liczebności grupy *oldest old* niesie za sobą nowe wyzwania dla społeczeństw krajów starzejących się w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu życia najstarszych obywateli i zaspokojenia ich potrzeb. Dla długości życia jednostki ważne są bowiem jej otoczenie, status społeczny i finansowy.

⁶⁹ S. Klonowicz, *Starzenie się ludności...*, s. 35.

⁷⁰ Polska prognoza rozwoju ludności przewiduje, że subpopulacja stulatków i starszych w roku 2030 wyniesie 9000 osób.

Wiek socjalny (prawny) – wyznaczony przez akty prawne i określający starość jako okres, w którym jednostka korzysta z systemu zabezpieczenia społecznego z uwagi na ograniczenie bądź utratę możliwości samodzielnego zdobywania środków utrzymania⁷¹. Starość socjalna oznacza nabycie prawa do świadczeń emerytalnych i gwarantowanych przez państwo (w Polsce 60 lat dla kobiet, 65 lat dla mężczyzn; próg starości sędziwej to 75 lat – odtąd przysługuje zasiłek pielęgnacyjny lub dodatek pielęgnacyjny⁷²). Seniorzy mogą liczyć na zniżki, np. abonamentowe bądź bezpłatne bilety komunikacji zbiorowej. Najubożsi emeryci mogą ubiegać się o zasiłek stały, usługi opiekuńcze lub miejsce w domu pomocy społecznej, wdowy mogą korzystać z rent rodzinnych, czyli świadczeń po zmarłym mężu.

Kombatanci, weterani II wojny światowej wraz z emeryturą lub rentą otrzymują co miesiąc: dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny, dodatek kompensacyjny. Mogą korzystać z 50-procentowej zniżki przy przejazdach miejskimi środkami komunikacji miejskiej, 37-procentowej ulgi w komunikacji krajowej przy przejazdach 1 i 2 klasą pociągów osobowych i pospiesznych oraz w 2 klasie pociągów innych niż osobowe i pospieszne, autobusami w komunikacji zwykłej i przyspieszonej – na podstawie biletów jednorazowych. Korzystają z pierwszeństwa do środowiskowej opieki socjalnej w miejscu zamieszkania, uzyskania miejsc w domach pomocy społecznej⁷³.

W kwestii progu starości obowiązuje umowa społeczna, nie sposób bowiem obiektywnie wyznaczyć jej początku.

⁷¹ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, s. 37.

⁷² Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 18.07.2006 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny oraz wysokości świadczeń rodzinnych, Dz.U. nr 130, poz. 903; Ustawa z dn. 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. z 2006 r., nr 139, poz. 992, ze zm.; Ustawa z dn. 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. z 2004 r., nr 39, poz. 353, ze zm.

⁷³ Za: *Portal Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie*; PCPR.info http://www.pcp.info/kombatanci_repatrianci [data dostępu 3.01.2009].

Rozdział 2. Rewolucja demograficzna – ku społecznej starości

Zjawisko starzenia się społeczeństw należy do istotnych problemów współczesnych czasów. Polega na stałym wzroście ludzi w podeszłym wieku w ogólnej liczbie ludności żyjącej w poszczególnych krajach. Najczęściej stosowaną w badaniach demograficznych miarą starzenia się ludności jest procentowy udział osób po 60. roku życia w ogólnej strukturze społeczeństwa (periodyzacja Światowej Organizacji Zdrowia – WHO – *World Health Organization*). W związku z tym można wyróżnić pięć faz w procesie starzenia się ludności:

1. Brak oznak starości demograficznej – poniżej 8% ogółu ludności stanowią osoby po 60. roku życia.
2. Wczesna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej, 8–10% ogółu ludności ukończyło 60. rok życia.
3. Późna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej, czyli 10–12% ogółu społeczeństwa ma ponad 60 lat.
4. Stan starości demograficznej – 12% lub więcej ogółu ludności to osoby po 60. roku życia¹.
5. Stan zaawansowanej starości demograficznej, gdy udział osób w wieku 60 lat i więcej przekracza 15% ogółu społeczeństwa².

Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) za próg starości uznaje 65. rok życia i również wyróżnia fazy rozwojowe struktury społeczeństwa:

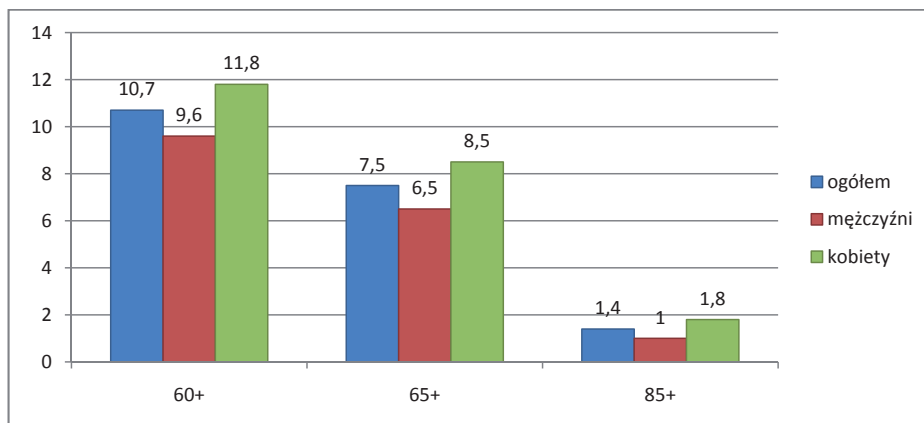
- I faza, „młoda” – to mniej niż 4% osób w wieku 65 i więcej lat w społeczeństwie,
- II faza, „dojrzała” – od 4% do 7% osób w tym wieku,
- III faza, „stara” – powyżej 7% osób po 65. roku życia,
- IV faza, zaawansowanej starości – osoby w wieku ponad 65 lat stanowią powyżej 10% populacji.

¹ E. Rosset, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa 1967, s. 193.

² S. Klonowicz, *Starzenie się ludności*, [w:] F.W. Rawicka, B. Mariańska, E. Stańczuk (red.), *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 36.

1. Siwiejąca ludzkość

Zgodnie z szacunkami Biura Demograficznego ONZ co 10. mieszkańców Ziemi w pierwszej dekadzie XXI wieku ma 60 i więcej lat (wykres 1). Za 40 lat ich liczba najprawdopodobniej przekroczy 2 miliardy³.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Table A. III. 4. *Country ranking by percentage of population aged 60 or over, 2007*, [in:] *World Population Ageing 2007...*, s. 64.

Wykres 1. Ludność świata w wieku 60+, 65+, 80+, z uwzględnieniem płci, w 2007 (w %)

Analizy dotyczące odsetka osób w podeszłym wieku i w starości zaawansowanej w roku 2007 w populacji generalnej 192 państw zrzeszonych w ONZ sytuują połowę z nich w fazie przejścia od stanu młodości do starości demograficznej, przy czym najbogatsze państwa świata są również najstarszymi narodami (tab. 4).

Tabela 4. Struktura demograficzna świata w 2007

Faza demograficzna	Udział w społeczeństwie osób w wieku 60+ (w %)	Liczba państw ONZ: 192=100%	
		N	%
1) młodość	poniżej 8	100	52,08
2) wczesna faza przejściowa	8–10	20	10,42
3) późna faza przejściowa	10–12	11	5,73
4) starość	12–15	11	5,73
5) zaawansowana starość	15 i więcej	50	26,04

Źródło: opracowanie własne na podstawie Table A. III. 4. *Country ranking by percentage of population aged 60 or over, 2007*, [in:] *World Population Ageing 2007...*, s. 64.

³ Por.: Table A.III.2. *Percentage of population aged 60 or over, 65 or over and 80 or over by sex: major areas and regions 2007*, [in:] *World Population Ageing 2007*, United Nation Publications, New York 2007, s. 60; <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/SummaryTables.pdf> [data dostępu 2.03.2008].

Od początku dwudziestego stulecia trwa proces wydłużania się ludzkiego życia przy równoczesnym spadku liczby urodzeń. Paradoksalnie, do lat pięćdziesiątych XX wieku przestrzegano świat przed groźbą przeludnienia. Obecnie alert o grożącej bombie demograficznej ustępuje alarmującym komunikatom o konsekwencjach starzenia się zwłaszcza krajów rozwijających się, które w roku 2030 będą skupiać 2/3 światowej populacji osób w podeszłym wieku⁴. Zjawisko to określić można terminem mutacji demograficznej, metastazy ludności. W roku 2050 liczba 60-latków i starszych przewyższy liczbę dzieci w wieku do lat 14 i będzie stanowić 22% ogółu mieszkańców Ziemi⁵.

Mediana wieku (wiek środkowy ludności), będąca jednym ze wskaźników starzenia się ludności, wzrośnie w skali globalnej z 28 lat w 2005 roku do 38 lat w 2050, a w Europie osiągnie wówczas 47 lat.

Wszystkie kraje Unii Europejskiej znajdują się wśród 50 najstarszych demograficznie państw świata. Polska zajmuje w tym swoistym rankingu 31. pozycję z wartością 17,4% osób starszych w generalnej populacji narodu (tab. 5)⁶.

Tabela 5. Najstarsze demograficznie państwa świata (w 2007) – procentowy udział ludności po 60. r.ż.

Państwo	Osoby starsze (w %)	Ranking	Państwo	Osoby starsze (w %)	Ranking
Japonia	27,9	1.	Dania	21,9	12.
Włochy	26,4	2.	Estonia	21,8	13.
Niemcy	25,3	3.	Wielka Brytania	21,8	
Szwecja	24,1	4.	Hiszpania	21,7	14.
Grecja	23,4	5.	Węgry	21,3	15.
Austria	23,3	6.	Słowenia	21,2	16.
Bułgaria	22,9	7.	Czechy	21,1	17.
Belgia	22,9		Ukraina	21,0	18.
Łotwa	22,8	8.	Litwa	20,9	19.
Portugalia	22,8		Norwegia	20,7	20.
Szwajcaria	22,7	9.	Channel Islands*	20,1	21.
Finlandia	22,6	10.	Malta	20,1	
Chorwacja	22,5	11.	Holandia	20,1	
Francja	21,9	12.	Bośnia i Hercegowina	19,9	22.

⁴ Por.: *State of the World's Older People 2002*, HelpAge International, London 2002, s. 21; www.helpage.org [data dostępu 27.10.2006].

⁵ *Executive Summary*, [in:] *World Population Ageing 2007...*, s. xxvi; www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/ES-English.pdf [data dostępu 2.03.2008].

⁶ Table A. III. 4. *Country ranking by percentage of population aged 60 or over, 2007*, [in:] *World Population Ageing 2007...*, s. 64.

Rumunia	19,5	23.	Polska	17,4	31.
Serbia i Czarnogóra**	18,8	24.	Nowa Zelandia	17,4	32.
Kanada	18,7	25.	Cypr	17,4	
Luksemburg	18,4	26.	USA	17,2	33.
Białoruś	18,3	27.	Rosja	17,1	34.
Wyspy Dziewicze	18,2	28.	Słowacja	16,8	35.
Australia	18,1	29.	Islandia	16,4	36.
Gruzja	18,1		Chiny, Hong Kong SAR	16,1	
Puerto Rico	17,5	30.	Kuba	16,1	37.
Urugwaj	17,5		Macedonia	15,9	38.
Martynika	17,5		Irlandia	15,5	39.

*Małe wyspy położone ok. 130 km na południe od Anglii, należą do Wielkiej Brytanii.

** Obecnie są to dwa odrębne państwa.

Źródło: opracowanie na podstawie Table A. III. 4. *Country ranking by percentage of population aged 60 or over, 2007*, [in:] *World Population Ageing 2007...*, s. 64

Wśród 192 ujętych w statystykach ONZ państw świata najmłodsze demograficznie są Emiraty Arabskie (1,7-procentowy udział osób po 60. r.ż.), Katar (2,7%), Niger (3,2%), Kuwejt (3,4%), Liberia (3,6%), Jemen (3,7%), Uganda (3,8%), Angola (3,9-procentowy udział osób po 60. r.ż.).

W opinii ekspertów Ministerstwa Spraw Społecznych i Ekonomii ONZ od niedawna ludzkość kontynuuje niezwykle przejście od stanu wysokiego współczynnika urodzeń i zgonów do stanu niskiego współczynnika urodzeń i zgonów. Istotą tego przejścia jest duża liczba i wysoki odsetek ludzi starych. Tak dynamicznego, szerokiego i wszechobecnego wzrostu „starszyny” nie zanotowano dotąd w historii cywilizacji.

Tabela 6. Globalny postęp starzenia się

Rok	Liczba ludzi w wieku 60 lat i więcej	Proporcja do ogółu ludności świata (w %)
1950	200 milionów	8
2000	600 milionów	11
2050	2 miliardy	22

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Global ageing. State of the World's older people 2002*, HelpAge International, London 2002, s. 20, tłum. własne; *World Population Ageing 2007...*, s. xxvi; www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/ES-English.pdf [data dostępu 2.03.2008]

Przewiduje się, że obecna rewolucja demograficzna będzie się utrzymywać w przyszłych stuleciach. Charakteryzują ją następujące fakty:

– W pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku jedna na dziesięć osób ma 60 lat lub więcej, do 2050 roku jedna na pięć osób będzie w tym wieku, do 2150 roku jedna na trzy osoby będzie w wieku 60 lat i więcej.

– Grupa „najstarszych starych” (80 lat i więcej) jest najszybciej starzejącym się segmentem populacji osób starszych. W pierwszej dekadzie XXI wieku

grupa ta stanowi prawie 13% ogólnoswiatowej populacji osób po 60. roku życia i wzrośnie do 20% w roku 2050. Przewiduje się, że liczba stulatków i starszych wzrośnie 14-krotnie – z 265 tysięcy w 2005 r. do 3,7 mln w 2050 r.

– Większość w populacji starszych osób stanowią kobiety (55%). W kategorii *oldest old* kobiety są 64-procentową grupą.

– Uderzające różnice istnieją pomiędzy różnymi regionami: jeden na pięciu Europejczyków, ale tylko jeden na dwudziestu Afrykańczyków jest w wieku 60 lat i więcej.

– W niektórych krajach rozwiniętych proporcja osób starszych wynosi już 1:4. W pierwszej połowie XXI wieku ta proporcja ulegnie zmianie, będzie wynosiła niemal 1:2.

– Tempo starzenia się w krajach rozwijających się jest szybsze niż w krajach rozwiniętych. Rozwijające się kraje mają mniej czasu, by się przygotować i przystosować do konsekwencji starzenia się społeczeństwa.

– Jak wynika z dostępnych informacji, około połowa starszych osób na świecie żyje w miastach. W latach osiemdziesiątych XX wieku odsetek tych osób wynosił około 40%. Duże różnice istnieją pomiędzy bardziej i mniej rozwiniętymi krajami: średnio około 70% starszych w bardziej rozwiniętych krajach i tylko 38% w krajach mniej rozwiniętych jest mieszkańcami miast.

– W drugiej połowie XX wieku do średniej długości życia dodawano 20 lat, wyznaczając w ten sposób dzisiejszą średnią długość życia, wynoszącą 66 lat. Pomiedzy państwami jednak występują duże różnice. W krajach najmniej rozwiniętych mężczyźni w wieku 60 lat mogą liczyć tylko na 15 lat dalszego życia, kobiety – na 17. W rejonach bardziej rozwiniętych 60-letni panowie mogą liczyć jeszcze na 19 lat życia, a ich rówieśnice na 23.

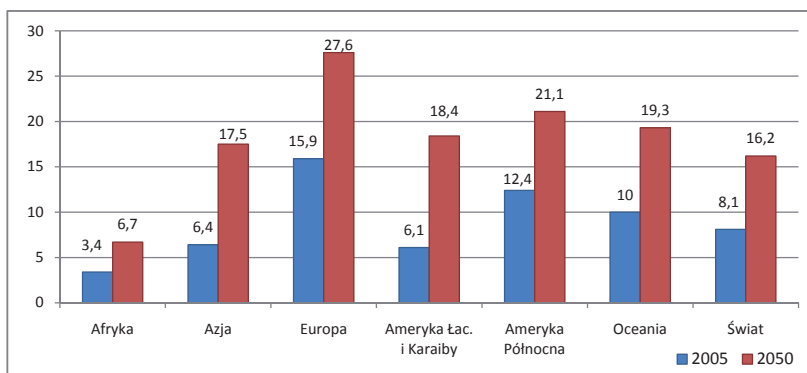
– Zjawisko starzenia się populacji uderza, jeśli weźmiemy pod uwagę liczbę osób pracujących (15–64 lata) przypadających na osobę starszą (w wieku 65+). W okresie między 2005 a 2050 rokiem wskaźnik obciążenia podwoi się w krajach rozwiniętych i prawie potroi w regionach mniej rozwiniętych. Wpływ tego obciążenia na społeczeństwo jest przedmiotem licznych badań oraz debat społeczno-ekonomicznych⁷.

W nadchodzących dziesięcioleciach nastąpi pogłębienie procesu starzenia się populacji Ziemi, przy czym największy przyrost starości demograficznej prognozowany jest na kraje Ameryki Łacińskiej, Europy i Azji (wykres 2). Liczba osób w wieku 65 lat i więcej wzrasta na świecie każdego roku przeciętnie o 2,5%⁸: z wartości 5,2% w 1950 roku, poprzez 8,1% w 2005 roku do 16,2% w 2050 roku⁹.

⁷ *United Nations Programme on Ageing. A Demographic Revolution 2007*; <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing.html>.

⁸ M. Mazurczak, *Informacje o sprawach seniorów*, [w:] M. Mazurczak (red.), *Unia Europejska dla seniorów*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004, s. 16.

⁹ *Kapitał intelektualny Polski*, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 10.07.2008, s. 14; <http://www.innowacyjnosc.gpw.pl/kip/index.php?r=49&pr=75> [data dostępu 15.10.2008].

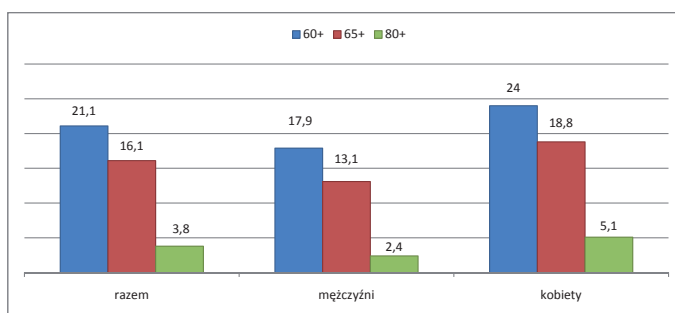


Źródło: United Nations Programme on Ageing. *A Demographic Revolution...*

Wykres 2. Prognozy demograficzne ONZ dotyczące przyrostu populacji w wieku 65+ (w %)

Unia Europejska jest trzecim pod względem zaludnienia podmiotem politycznym na świecie, za Chinami i Indiami. Jest o 55% ludniejsza od Stanów Zjednoczonych i 3,5 razy ludniejsza od Japonii. W 2005 r. osoby starsze stanowiły 16% całej populacji UE¹⁰.

Na kontynencie europejskim (za wyjątkiem Turcji i Macedonii) już od 1995 roku żyje więcej osób starszych niż dzieci, a do 2050 r. wskaźnik ten podwoi się¹¹. Jak wszędzie, więcej jest starszych kobiet (wykres 3).



Źródło: na podstawie danych ONZ 2007; <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/SummaryTables.pdf>

Wykres 3. Udział procentowy poszczególnych grup wiekowych z wyszczególnieniem płci w Europie (w 2006)

Zmiany w strukturze ludności Europy, w tym także Polski, spowodowane są przekształceniami w obszarze wielu sfer życia. Transformację tę charakte-

¹⁰ *Sytuacja społeczna w Unii Europejskiej 2004 – Przegląd*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Komisja Europejska – Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans, Eurostat 2005, s. 8 i 26; http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/ssr2004_brief_pl.pdf [data dostępu 2.12.2008].

¹¹ *World Population Prospects: The 2006 Revision*, New York 2007; <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/English.pdf> [data dostępu 2.03.2008].

ryzują zmiany w przebiegu podstawowych procesów demograficznych, takich jak: płodność, umieralność, migracje, a także zmiany w procesach powstawania, funkcjonowania i rozpadu rodziny.

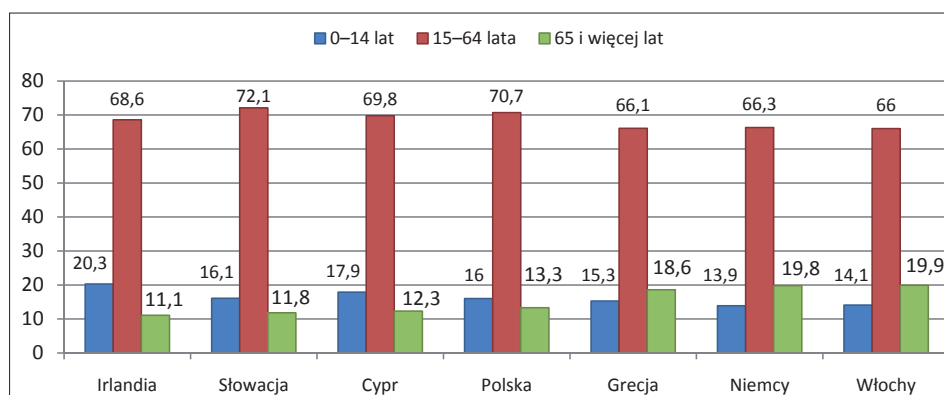
W tabeli 7 przedstawiono dane odnoszące się do udziału osób starszych w populacji generalnej wybranych państw Unii Europejskiej na tle innych grup wiekowych (przedprodukcyjnej i produkcyjnej): 3 najmłodsze i 3 najstarsze demograficznie kraje oraz Polska.

Tabela 7. Grupy wiekowe w wybranych krajach Unii Europejskiej w 1996 i 2007 (w %)

Kraje	Przedziały wiekowe w poszczególnych latach					
	0–14 lat		15–64 lata		65 lat i starsi	
	1996	2007	1996	2007	1996	2007
Irlandia	23,9	20,3	64,7	68,6	11,4	11,1
Słowacja	22,3	16,1	66,8	72,1	10,9	11,8
Cypr	24,6	17,9	64,4	69,8	11,0	12,3
Polska	22,5	16,0	65,7	70,7	11,8	13,3
Grecja	17,2	14,3	67,5	66,1	15,3	18,6
Niemcy	16,2	13,9	68,3	66,3	15,5	19,8
Włochy	14,6	14,1	68,5	66,0	16,9	19,9

Źródło: opracowanie na podstawie Eurostat 2009

Najbardziej widoczne jest zmniejszanie się grupy wiekowej 0–14 lat. Europie ubywa dzieci. Mediana wieku przesuwa się w kierunku dojrzałości społecznej. Średni wiek populacji świata w roku 1950 wyniósł 23,9 lat, w 2005 roku – 28 lat, a w 2050 będzie wynosił 38,1 lat. W Polsce odpowiednio: 25,8, 36,8 oraz 52,4¹².



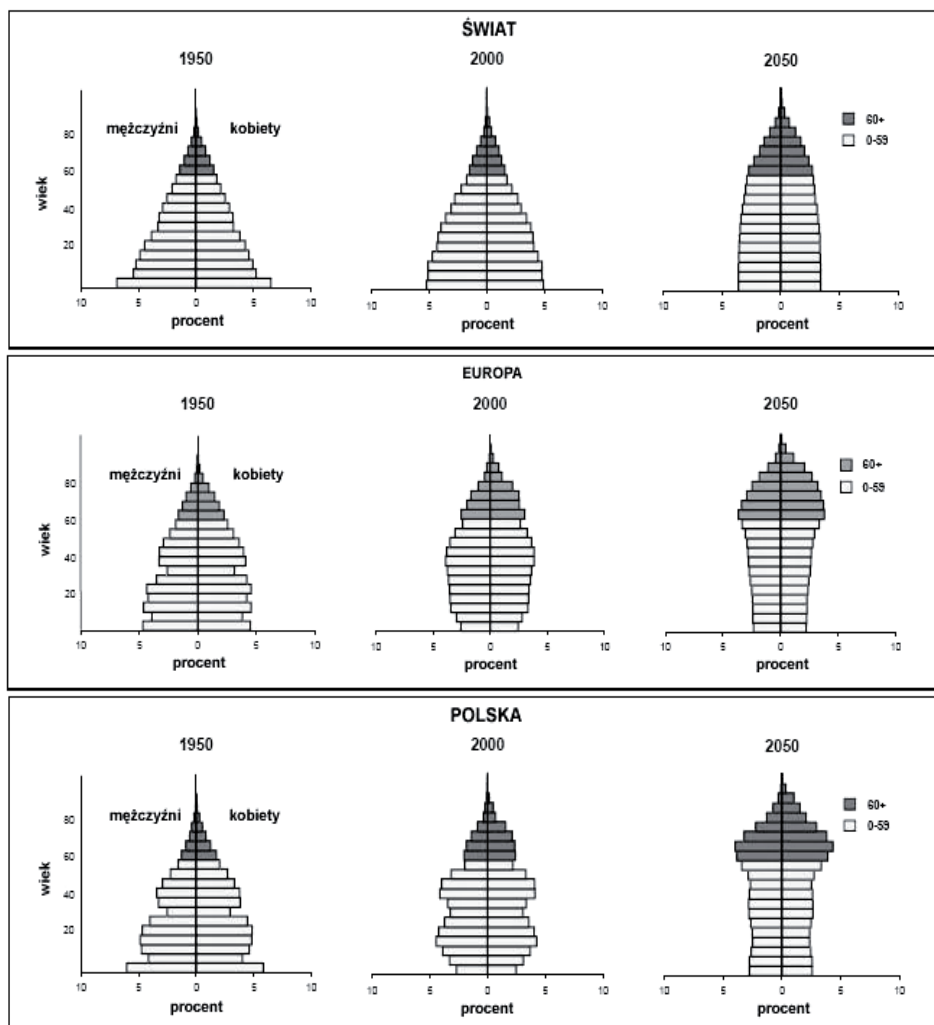
Źródło: dane z tabeli 7

Wykres 4. Rozkład grup wiekowych w najmłodszych i najstarszych demograficznie państwach Unii Europejskiej na podstawie wartości udziału 65-latków i starszych w populacji generalnej, z uwzględnieniem Polski (w %)

¹² *Kapitał intelektualny Polski...*, s. 14.

Obserwowany od kilkadziesiąt lat proces starzenia się Europy polega na systematycznym wzroście udziału osób starych w całej populacji. Wynika to z dwóch zjawisk: dożywania późnego wieku przez coraz większy odsetek ludzi w danej populacji oraz spadku dzietności, co jest procesem demograficznym negatywnym, procesy demograficzne bowiem regulowane są tzw. zastępowalnością pokoleń związaną z reprodukcją ludności, czyli odtwarzaniem się populacji w procesie zastępowania pokolenia rodziców pokoleniem dzieci.

Poziom starości demograficznej zdecydowanej większości krajów europejskich jest bardziej zaawansowany niż w Polsce. Nasz kraj, w sensie demograficznym i przy uwzględnieniu odsetka osób w wieku produkcyjnym, jest już właściwie dojrzały (wykres 5).



Źródło: *World Population Ageing 1950–2050*, Population Division, DESA, United Nations, New York 2001, s. 49, 79, 379; <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>

Wykres 5. Populacja wg wieku i płci w 1950, 2000 i 2050 na świecie, w Europie i w Polsce

Należy przy tym pamiętać, że odsetek seniorów w ogólnej strukturze ludności zwiększa się z każdym rokiem. Prowadzi to do tzw. uprostokątnienia piramidy wieku, która jeszcze w połowie XX wieku miała wyraźny układ trójkąta, o podstawie z najliczniejszą grupą osób w przedziale wiekowym od 0–15 lat.

W społeczeństwie wyróżnia się trzy typy struktury ludności, uwzględniając pokolenia dzieci, rodziców i dziadków:

– Typ I – **progresywny**: 40% dzieci, 50% rodziców, 10% dziadków – jest to społeczeństwo młode, o silnej dynamice, występuje, gdy liczebność dzieci znacząco przekracza liczbę rodziców – tzw. reprodukcja rozszerzona.

– Typ II – **stacjonarny**: 30% dzieci, 50% rodziców, 20% dziadków – jest to stan równowagi, odznaczający się brakiem dynamiki rozwojowej, z zachowaną reprodukcją prostą, tzn. pokolenie dzieci jest równe pokoleniu rodziców.

– Typ III – **regresywny**: 20% ogółu społeczeństwa stanowią dzieci, 50% rodzice, 30% dziadkowie – społeczeństwo o cechach reprodukcji zwężonej, kiedy to liczba dzieci jest niższa od liczby rodziców, starzeje się, nie odtwarza się, kurczy i w perspektywie wymiera¹³.

Dodatkowe informacje dotyczące zjawiska starzenia się Europy przynosi analiza danych demograficznych wszystkich 27 państw Unii w perspektywie 10-lecia. Dowodzi ona, że współcześnie postęp starzenia się jest wyraźnie widoczny w fazach zarówno początkowej jak i zaawansowanej starości¹⁴ (tab. 8 i wykres 6).

Tabela 8. Procentowy udział ludności po 65. r.ż. w Unii Europejskiej, z podziałem na grupy wiekowe 65–79 oraz 80+ (w 2007)

Lp.	Kraj	Symbol	Grupa wiekowa		
			ogółem 65+	65–79 lat	80+
UE 27			16,9	12,6	4,3
1.	Irlandia	IRL	11,1	8,4	2,7
2.	Słowacja	SK	11,8	9,3	2,5
3.	Cypr	CY	12,3	9,5	2,8
4.	Luksemburg	L	13,7	10,7	3,3
5.	Malta	M	13,8	10,8	3,0
6.	Czechy	CZ	14,4	11,1	3,3
7.	Holandia	NL	14,5	10,8	3,7
8.	Rumunia	RO	14,9	12,2	2,7
9.	Polska	PL	15,1	10,6	2,9
10.	Dania	DK	15,3	11,2	4,1

¹³ Por.: K. Wiśniewska-Roszkowska, *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1989, s. 11.

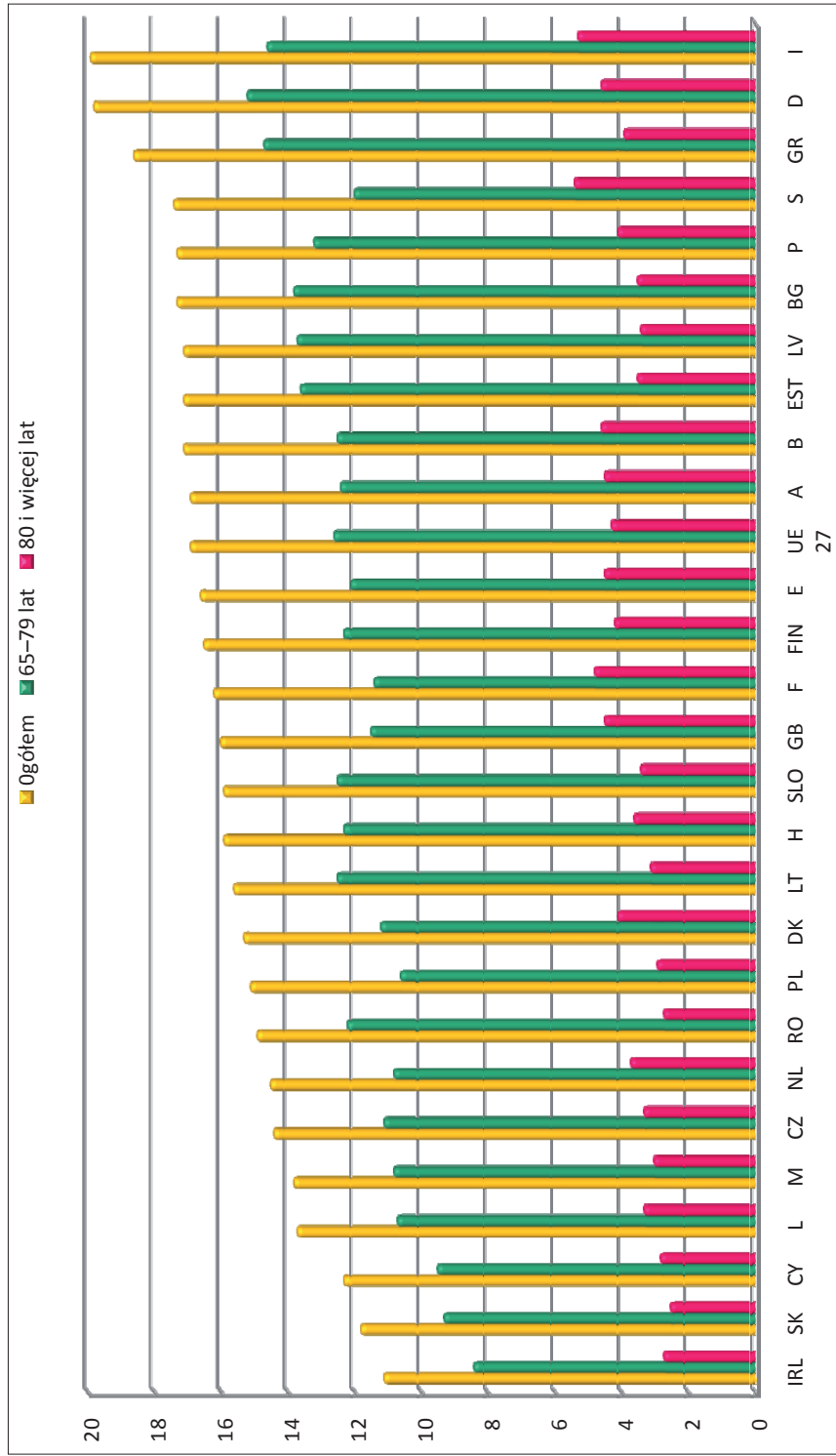
¹⁴ *People by age classes – Share of total population (%)*, Eurostat 2009; http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/t_popula/t_pop/t_demo_pop&language=en&product=REF_TB_population&root=REF_TB_population&scrollto=0 [data dostępu 24.02.2009].

11.	Litwa	LT	15,6	12,5	3,1
12.	Węgry	H	15,9	12,3	3,6
13.	Słowenia	SLO	15,9	12,5	3,4
14.	Wielka Brytania	GB	16,0	11,5	4,5
15.	Francja	F	16,2	11,4	4,8
16.	Finlandia	FIN	16,5	12,3	4,2
17.	Hiszpania	E	16,6	12,1	4,5
18.	Austria	A	16,9	12,4	4,5
19.	Belgia	B	17,1	12,5	4,6
20.	Estonia	EST	17,1	13,6	3,5
21.	Łotwa	LV	17,1	13,7	3,4
22.	Bułgaria	BG	17,3	13,8	3,5
23.	Portugalia	P	17,3	13,2	4,1
24.	Szwecja	S	17,4	12,0	5,4
25.	Grecja	GR	18,6	14,7	3,9
26.	Niemcy	D	19,8	15,2	4,6
27.	Włochy	I	19,9	14,6	5,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie *People by age classes – Share of total population (%)*, Eurostat 2009

Akcesja Polski do Wspólnoty Europejskiej, która nastąpiła w 2004 r., przyniosła polskim emerytom szereg zmian. Wśród najistotniejszych wymieniane jest podniesienie poziomu życia seniorów w sferze ekonomicznej, kulturowej, społecznej, a także liczne możliwości korzystania ze wsparcia UE, wdrażania przedsięwzięć aktywizujących tę grupę. Kolejną konsekwencją jest możliwość korzystania z unijnej swobody przyływu osób (pozostałymi są przepływ usług, towarów, kapitału), poprzez respektowanie praw w zakresie zabezpieczenia społecznego. Oznacza to, że obywatele polscy mogą otrzymywać świadczenia należne za przepracowane okresy w państwach członkowskich, a polskie świadczenia będą transferowane za granicę. Ponadto państwo polskie zobowiązane jest do restrukturyzacji i budowy kompleksowego, a jednocześnie powszechnego, dostępnego fizycznie, przestrzennie oraz finansowo systemu opieki zdrowotnej, gwarantującego wysoką jakość świadczeń i usług. Konieczność tych zmian wiąże się z integracją opieki geriatrycznej w systemie instytucji medycznych, a także z rozwojem usług profilaktycznych dla osób starszych. Z uwagi na możliwości finansowe budżetu państwa wdrażanie zmian będzie rozłożone na wiele lat, a skutki będą odczuwalne dopiero przez następne pokolenia seniorów¹⁵.

¹⁵ Por.: T. Schimanek, Z. Woźniak, *Polscy seniorzy w Unii Europejskiej – najważniejsze konsekwencje jakie przyniesie seniorom członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, [w:] M. Mazurczak (red.), *Unia Europejska dla seniorów...*, s. 10–11.



27

Źródło: dane z tabeli 8

Wykres 6. Procentowy udział ludności po 65. r.ż. w Unii Europejskiej, z podziałem na grupy wiekowe 65–79 oraz 80+ (w 2007)

Wskazane konsekwencje przystąpienia Polski do UE dla seniorów – rozumiane jako poprawa sytuacji życiowej tej grupy osób – będą się urzeczywistniały tylko wtedy, gdy zostanie stworzona

społeczna aprobata dla zmian i rozwiązań długookresowych i wspieranie koniecznych reform w systemie zabezpieczenia społecznego. Wymaga to zmiany stereotypów patrzenia na osoby starsze, przede wszystkim przekonania, iż populacja ludzi w wieku emerytalnym generuje wyłącznie koszty, co wyklucza inne niż zaciskanie pasa strategie rozwiązywania problemów najstarszego pokolenia. Doświadczenia i przykład krajów Unii Europejskiej ułatwią przełamanie dotychczasowych stereotypów myślenia o osobach starszych. Istotne znaczenie będą miały tu także możliwości rozwoju różnych form społecznej samoorganizacji i aktywności ludzi starszych¹⁶.

Z zarysowanych tendencji socjodemograficznych wynika, iż „dalszy rozwój społeczno-ekonomiczny świata uwarunkowany będzie tworzeniem strategii wobec starości i ludzi starszych poprzez programy oparte na takich wartościach, jak: równość, sprawiedliwość i solidarność społeczna oraz podmiotowość i poszanowanie godności seniorów”¹⁷.

2. Demograficzny i społeczny obraz polskiej starości

W połowie XX w. wśród 25 milionów 35 tys. ogółu Polaków było 2 miliony 47 tys. sześćdziesięciolatek i starszych. Polska przekroczyła próg demograficznej starości w 1968 roku, w latach 1970–1980 tempo przyrostu odsetka osób starych zwiększyło się pięciokrotnie w stosunku do okresu przed II wojną światową. W kolejnych latach nastąpił zdecydowany i intensywny przyrost ludności w wieku proprodukcyjnym.

2.1. Wybrane wskaźniki demograficzne

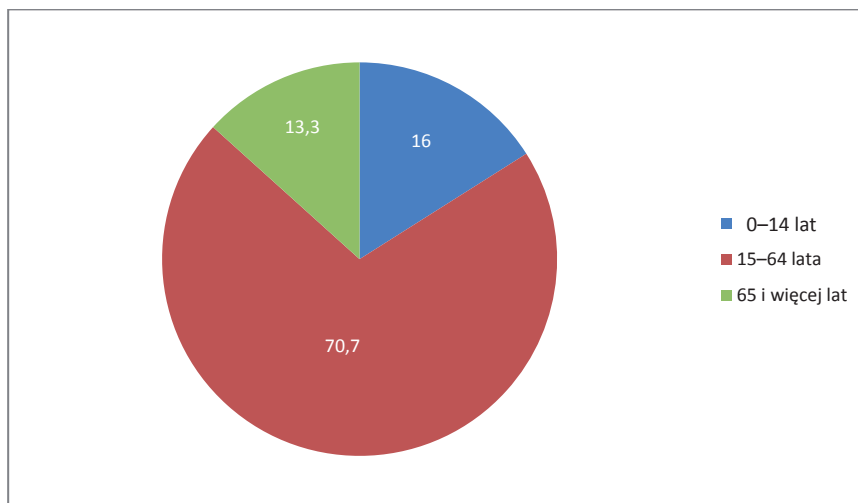
Obecna sytuacja demograficzna Polski nie odbiega znacząco od kondycji ludnościowej krajów Unii Europejskiej. Udział osób w wieku 65 lat i więcej z końcem 2004 roku (już po przystąpieniu Polski do Wspólnoty) miał nastę-

¹⁶ T. Schimanek, Z. Woźniak, *Polscy seniorzy w Unii Europejskiej...*, [w:] M. Mazurczak (red.), *Unia Europejska dla seniorów...*, s. 11.

¹⁷ T. Schimanek, Z. Woźniak, *Coraz starsza Europa – demograficzne oblicze Europy: jego społeczne i gospodarcze konsekwencje*, [w:] ibidem, s. 3.

pujący rozkład: 16,5% dla Unii 25 państw (w tym 17% dla 15 krajów „starej” Unii)¹⁸, 13,2% dla Polski, 15,4% dla Małopolski¹⁹, 17,2% dla Krakowa²⁰.

Istotna jest proporcja pokoleń. Zauważalna jest wyraźna tendencja do wyrównywania się populacji wieku przedprodukcyjnego (do 14. r.ż.) z populacją w wieku poprodukcyjnym (65 i więcej lat). Rozkład populacji wg grup wiekowych w Polsce zilustrowano na wykresie 7.



Źródło: Eurostat 2009

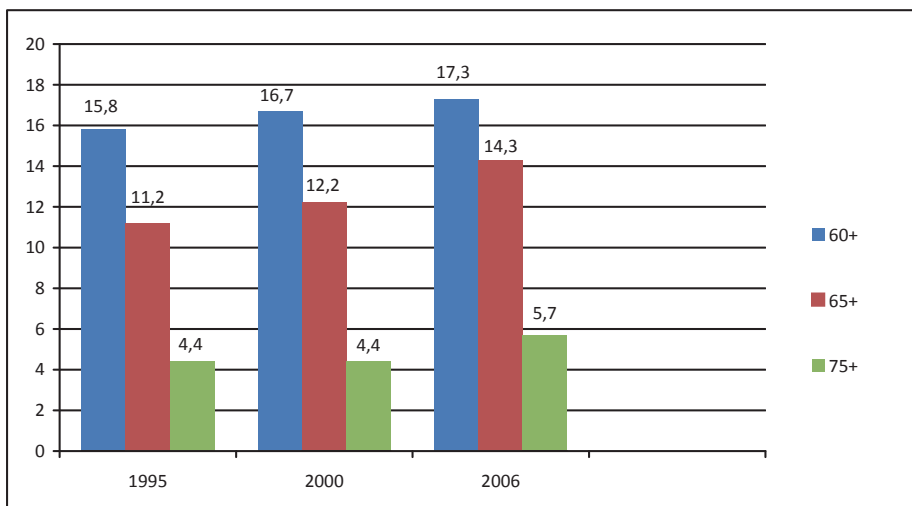
Wykres 7. Udział poszczególnych grup wiekowych w populacji generalnej Polski (w 2007; w %)

Postęp starzenia się jest widoczny nawet w bardzo krótkich odcinkach czasu. Analiza danych statystycznych jednoznacznie wskazuje na dynamikę starzenia się Polaków (wykres 8). W 2000 r. było ponad 6 400 tys. osób liczących więcej niż 60 lat, co oznaczało niemal 16,7% udział osób w wieku poprodukcyjnym w generalnej populacji narodu, natomiast w 2006 r. wskaźnik ten osiągnął poziom 17,3%. Jeżeli chodzi o populację 65+, to analogicznie nastąpił wzrost z 11,2% do 12,2%, a w grupie wiekowej 75+ z 4,4% w 2000 r. do 5,7% w 2006 r. Także w najstarszej grupie wiekowej (85 lat i więcej) odnotowany jest przyrost z 0,9% do 1,0%.

¹⁸ Eurostat 2005; http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=fr&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C11/caa15632 [data dostępu 10.12.2005].

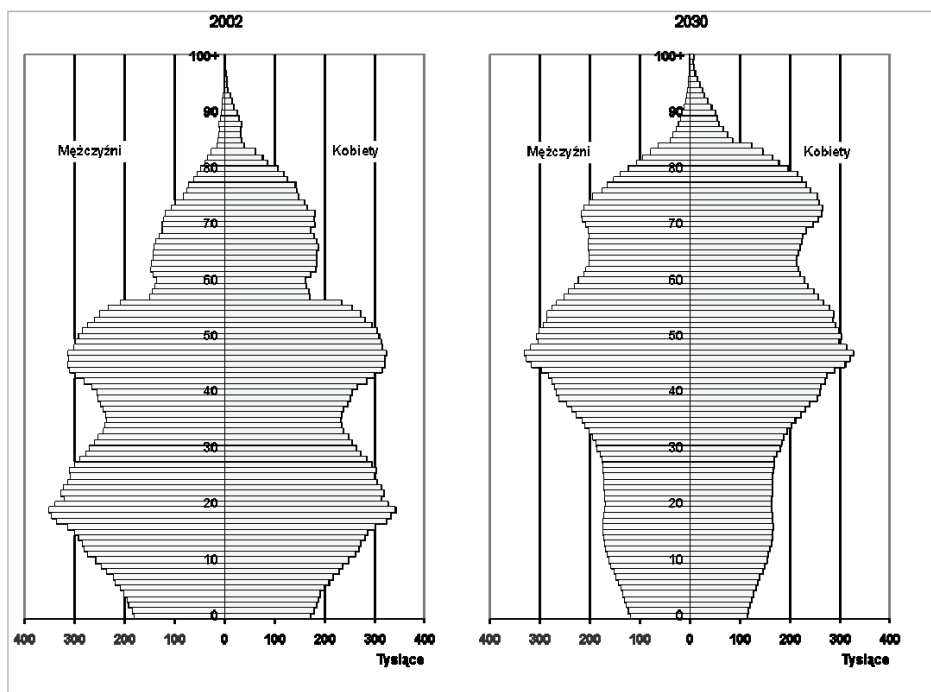
¹⁹ GUS 2004; http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/lud_wedlug_plci/30_VI_04/t5.xls [data dostępu 7.05.2005].

²⁰ GUS 2005; http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/stan_struk_teryt/2005/30_06/Tabela5.xlsn [data dostępu 30.06.2005].



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Mały rocznik statystyczny Polski*, GUS, lipiec 2007, tabl. 4 (64)

Wykres 8. Postęp starzenia się w poszczególnych latach i kohortach wiekowych (w %)



Źródło: *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2030 roku*. Opracowanie Departamentu Statystyki Społecznej, Warszawa, dnia 30.01.2003 r.; www.stat.gov.pl

Wykres 9. Ludność Polski wg płci i wieku w 2002 i 2030

W porównaniu z czołówką krajów europejskich długość życia Polaków jest krótsza o 4–5 lat dla kobiet i o 6–7 lat dla mężczyzn. Nadal utrzymuje się duża różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet – prawie 9 lat, podczas gdy średnia europejska sytuuje tę różnicę na poziomie 5–6 lat²¹. Prognozy demograficzne wskazują na dalszy proces starzenia się polskiego społeczeństwa w nadchodzących dziesięcioleciach (wykres 9).

Średnia trwania życia w Polsce w roku 2002 wynosiła 74,6 lat (70,4 dla mężczyzn, 78,8 dla kobiet), natomiast w 2006 r. wzrosła do 75,25 lat (70,9 dla mężczyzn, 79,6 lat dla kobiet)²². W przypadku Małopolski w 2006 r. trwanie życia wynosiło 72,5 lat dla mężczyzn i 80,5 lat dla kobiet, przy czym w miastach odpowiednio 72,8 lat i 80,4, a na wsi – 72,2 i 80,6 lat. Dla Krakowa dane te przedstawiały się w 2008 roku następująco: 73,5 lat dla mężczyzn i 80,6 lat dla kobiet. Pod względem trwania życia miasto zajmowało drugą pozycję w Polsce, po Warszawie²³.

Najwyższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej od wielu lat występuje w województwach łódzkim i świętokrzyskim, natomiast najniższy w woj. warmińsko-mazurskim. Przewiduje się, że tak będzie również w 2030 r., natomiast największy wzrost udziału osób starszych ma nastąpić w Lubuskim, Warmińsko-mazurskim i Zachodniopomorskim²⁴.

Mediana wieku Polaków wynosiła w końcu 2000 r. 35,4 lat dla populacji generalnej (w tym 33,4 lat dla mężczyzn i 37,4 lat dla kobiet), natomiast w 2006 r. 37 lat dla populacji generalnej (w tym 35 lat dla mężczyzn oraz 39,1 lat dla kobiet)²⁵, średnia wieku mieszkańców miast wynosiła 38,2 lat, zaś wsi 35,2 lat. W przypadku Małopolski mediana wieku dla mężczyzn wynosiła 35,3 lat, dla kobiet 40,1 lat.

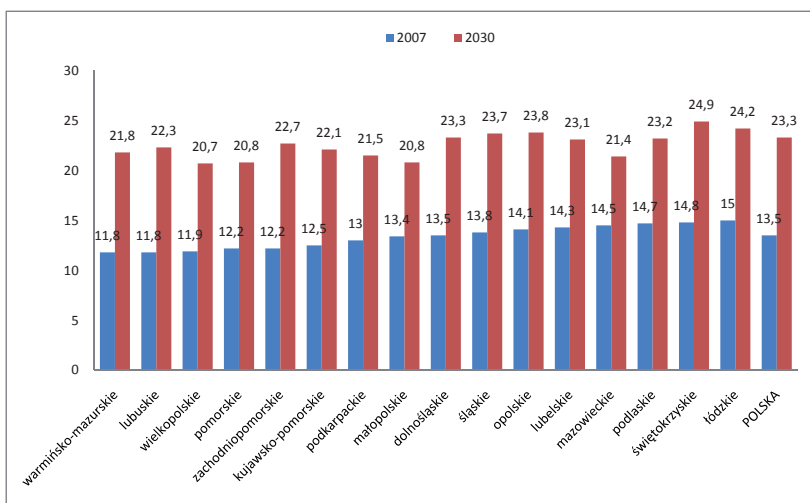
²¹ GUS 2004, s. 7; http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/demografia/2004/demografia_04.doc.

²² Czas trwania przeciętnego życia jest uzależniony od płci i fakt ten znajduje odzwierciedlenie także w demograficznej charakterystyce innych narodów. Przykładowo: w r. 2005 kobiety w wieku 50 lat mieszkające we Francji mogły oczekiwać jeszcze 35,57 lat, a mężczyźni – 29,57 lat, w Niemczech (odpowiednio) – 33,41 oraz 28,96, w Wielkiej Brytanii – 32,69 i 29,46, w Danii: 31,94 i 28,30, w Finlandii: 34,15 oraz 28,48, w Estonii: 30,52 i 22,42, natomiast w Polsce: 24,62 oraz 21,23 lat dalszego życia. Za: C. Jagger, C. Gillies, F. Moscone et al., *Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis*, „Lancet” 2008, no 372, p. 2124–2131.

²³ GUS 2008, za: A. Zadroga, *W Krakowie to jest (długie) życie!* „Gazeta Wyborcza”, dodatek krakowski, 19.12.2008.

²⁴ B. Wojtyński, J. Stokwiszewski, W. Seroka, *Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej*, [w:] B. Wojtyński, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008, s. 20.

²⁵ Dla krajów Unii Europejskiej 39 lat, za: *Programme on Ageing, A Demographic Revolution*, United Nations 2007; http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing_demo9.html.



Źródło: opracowanie własne na podstawie B. Wojtyniak, J. Stokwizewski, W. Seroka, *Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski...*, s. 20

Wykres 10. Odsetek osób w wieku 65+ wg województw w 2007 oraz prognoza na 2030

Kolejnym wskaźnikiem demograficznym jest tzw. przeciętne dalsze trwanie życia. Wyznacza się je dla osób, które w konkretnym dniu ukończyły określoną liczbę lat i jest to prognoza dożycia przewidywanego dla tej grupy wieku. Osoby kończące 60 lat w przedziale czasowym 2000–2009 r., mają najprawdopodobniej przed sobą jeszcze 16,7 lat życia dla mężczyzn i 20,9 lat dla kobiet, 75-latkowie z tego samego okresu: odpowiednio 8,5 i 10,1 lat dalszego przeciętnego trwania życia. Informacje o przeciętnym dalszym trwaniu życia w Polsce przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Przeciętne dalsze trwanie życia (*life expectancy*)

Wyszczególnienie	Mężczyźni					Kobiety				
	przeciętna liczba lat dalszego trwania życia osób w wieku									
	0	15	30	45	60	0	15	30	45	60
1995	67,7	53,9	39,8	26,7	15,8	76,4	62,6	47,9	33,6	20,5
2000	69,7	55,6	41,4	27,9	16,7	78,0	63,8	49,0	4,7	21,5
2005	70,8	56,5	42,2	28,7	17,5	79,4	65,0	50,3	35,8	22,7
2006 w tym:	70,9	56,6	42,3	28,8	17,7	79,6	65,2	50,5	36,0	22,8
miasta	71,2	56,9	42,5	28,9	17,8	79,5	65,1	50,3	35,9	22,8
wieś	70,6	56,2	42,1	28,6	17,4	79,9	65,5	50,8	35,3	22,9

Źródło: *Mały rocznik statystyczny Polski*, GUS, lipiec 2007, tabl. 18 (78), s. 130; www.stat.gov.pl [data dostępu 12.01.2008]

Postęp starzenia się populacji jest bezdyskusyjny. We wszystkich przedziałach wiekowych wyraźnie zauważalna jest liczebna przewaga kobiet. Wynika to z faktu determinowanego biologicznie dłuższego życia tej płci. Na 100 mężczyzn w wieku 60–64 lata przypadają 122 kobiety w tym samym wieku, natomiast na 100 stulatków – aż 372 seniorki.

Jeśli chodzi o wartości bezwzględne, w miastach w 2006 roku mieszkało ponad 3 mln 380 tys. ludności w wieku poprodukcyjnym, natomiast liczba mieszkańców wsi w wieku emerytalnym wynosiła niemal 2 mln 300 tys. Procentowo od roku 2006 inaczej niż we wcześniejszych latach w kohorcie generalnej 60 i 65+ „dojrzałe” jest miasto. Natomiast w starszych grupach wiekowych wieś nadal wykazuje liczebną przewagę nad mieszkańcami miast. Tendencja ta wydaje się jednak stopniowo zmieniać (tab. 10).

Tabela 10. Osoby starsze wg płci, zamieszkania i wieku (w %)

Lata	Grupy wieku – w latach życia	Ogółem			Miasta			Wieś		
		Ra- zem	Męż- czyźni	Ko- biety	Ra- zem	Męż- czyźni	Ko- biety	Ra- zem	Męż- czyźni	Ko- biety
1950	60+	8,3	7,0	9,5	8,0	6,4	9,4	8,5	7,3	9,5
	65+	5,2	4,3	6,1	5,0	3,9	6,0	5,4	4,6	6,2
	75+	1,6	1,3	2,0	1,5	1,1	1,9	1,8	1,4	2,1
	80+	0,7	0,5	0,9	0,6	0,4	0,8	0,8	0,6	1,0
1980	60+	13,2	10,8	15,5	11,7	9,1	14,2	15,3	13,0	17,5
	65+	10,1	8,0	12,1	8,8	6,6	11,0	11,7	9,8	13,6
	75+	3,5	2,4	4,5	3,0	1,9	4,1	4,1	3,0	5,0
	80+	1,5	0,9	2,0	1,3	0,7	1,9	1,7	1,1	2,2
1997	60+	16,2	13,3	18,9	15,4	12,7	17,8	17,6	14,3	20,8
	65+	11,7	9,1	14,1	10,8	8,5	13,0	13,1	10,2	16,0
	75+	4,0	2,7	5,2	3,5	2,3	4,6	4,7	3,3	6,2
	80+	2,0	1,2	2,7	1,7	1,0	2,4	2,3	1,5	3,1
2007	60+	17,8	15,6	20,8	18,1	15,2	21,0	17,2	13,8	20,6
	65+	13,4	11,5	16,2	13,4	10,8	16,0	13,5	10,4	16,6
	75+	5,9	4,1	7,7	5,7	4,1	7,3	5,7	3,0	8,4
	80+	1,0	0,6	1,5	1,0	0,6	1,4	1,0	0,4	1,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS 1999, s. 17 i n.; *Rocznik demograficzny GUS 2001*; *Mały rocznik statystyczny Polski*, GUS 2008, tabl. 4 (63). Ludność wg płci i wieku (stan na 30.06.2007)

Wśród wielu przyczyn starzenia się społeczeństw, takich jak polepszenie jakości życia, postęp medycyny w walce z chorobami, rozwój cywilizacyjny

i technologiczny, migracje, najdotkliwszą jest znikomy przyrost naturalny. Z punktu widzenia demograficznego, ale i ekonomicznego jest to proces zdecydowanie negatywny. W Polsce w szybkim tempie spada liczba urodzeń. W XXI wiek wkroczyliśmy z ujemnym przyrostem naturalnym i mało optymistycznymi prognozami na przyszłe lata. Z reprodukcją zwężoną mamy do czynienia w kraju nieprzerwanie od 1989 roku. Początek pierwszej dekady bieżącego stulecia przyniósł zjawisko echa demograficznego, w fazie prokreacji znalazły się bowiem roczniki wyżu demograficznego lat osiemdziesiątych XX wieku, co skutkuje zwiększoną liczbą narodzeń. Jednak zjawisko depresji demograficznej będzie się w Polsce utrzymywało²⁶.

Oceny procesu reprodukcji dokonuje się przy pomocy współczynników płodności, dzietności, reprodukcji brutto i netto oraz dynamiki demograficznej. Najlepszym do porównań jest współczynnik dzietności, czyli liczba dzieci urodzonych przez statystyczną kobietę. Prosta zastępowalność pokoleń ma miejsce przy współczynniku dzietności na poziomie 2,1–2,15, kiedy w danym roku na jedną kobietę w wieku 15–49 lat przypada średnio dwoje dzieci. Ostatni raz w Polsce wartość ta została przekroczona w 1988 roku i wyniosła 2,126, by w roku 2003 spaść do wyniku 1,222. Oznacza to, że pokolenie urodzonych w tym czasie dzieci jest prawie o połowę mniej liczne niż pokolenie ich rodziców. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w tym, że przesuwają się wiek par zawierających małżeństwa (26,8 lat mężczyźni, 24,8 lat kobiety)²⁷, wiele kobiet opóźnia decyzję o urodzeniu pierwszego dziecka – w roku 2006 przeciętny wiek rodzących kobiet wynosił 27,6 lat, natomiast statystyczna Polka rodząca pierwsze dziecko miała 25,6 lat (wcześniej w wieku 20–24 lat). Wzrasta liczba małżeństw i par, które świadomie decydują się na posiadanie mniejszej liczby dzieci oraz zdecydowanie częstsze jest zjawisko singularyzacji (życie w pojedynkę, samodzielne gospodarowanie) oraz monoparentalności²⁸. Zmiany w strukturze ludności obrazują dane zamieszczone w tabeli 11.

Tabela 11. Zmiany w strukturze ludności Polski w latach 1950–2006

Lata	Przyrost rzeczywisty* (w %)	Ludność w wieku 65+ (w %)	Dzietność ogólna (średnio na kobietę w wieku 15–49 lat)	Przeciętny wiek rodzących kobiet	Przeciętny wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko
1950	1,7	5,3	3,705	b.d.	b.d.
1960	1,1	5,9	2,980	27,5	25,0
1970	0,8	8,4	2,200	26,3	22,8
1980	0,9	10,0	2,276	26,3	22,8
1990	0,4	10,2	2,039	26,7	23,5

²⁶ *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 XII 2006 r. Informacje i opracowania statystyczne*, Departament Statystyki Społecznej GUS, Warszawa 2007, s. 110–114; www.stat.gov.pl [data dostępu 17.04.2008].

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Termin ten oznacza samotne rodzicielstwo, najczęściej z wyboru.

2000	0,0	12,4	1,367	26,9	24,2
2003	-0,1	13,0	1,222	27,3	24,9
2004	-0,04	13,1	1,250	27,6	25,2
2005	0,0	13,3	1,243	27,7	25,5
2006	-0,08	13,3	1,267	27,6	25,6

[†] Pojęcie to oznacza sumę wielkości przyrostu naturalnego i salda migracji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Zmiany i rozwój w strukturze ludności w latach 1950–2003*, GUS, Warszawa 2003; *Struktura ludności*, GUS 2006. Tablice 01, 03, 07; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus;Ludność.Stan_i_struktura_w_przekroju_terytorialnym... <http://www.stat.gov.pl>

Przyrost naturalny do roku 2000 był dodatni, w latach 2002–2005 ujemny i ponownie od roku 2006 dodatni. Rekordowo niski był w 2003 roku – na poziomie minus 14,1 tysięcy. W roku 2006 osiągnął poziom 4,5 tysięcy²⁹, w 2007 – ponad 11 tys.³⁰ O przyroście opisywanych wskaźników decyduje zjawisko echa demograficznego. Jednakże, utrzymujący się na obecnym poziomie spadek dzietności w latach 2005–2010 może doprowadzić do alarmującego wyniku 1,1 dziecka na statystyczną Polkę. Taki poziom dzietności nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń. W nadchodzących latach będzie następował spadek umieralności i systematyczny wzrost przeciętnej długości trwania życia. Dane dotyczące owych prognoz przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Dzietność i trwanie życia w Polsce. Prognoza do 2030

Wyszczególnienie		2002	2010	2020	2030
Dzietność (w % na jedną kobietę)		1,25	1,10	1,20	1,20
Trwanie życia (w latach)	Ogółem	74,5	76,9	78,7	80,0
	mężczyźni	70,4	73,3	75,8	77,6
	kobiety	78,8	80,6	81,8	83,3

Źródło: *Stan ludności i dynamika przyrostu*, GUS, Warszawa 2004; http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/demografia/2004/demografia_04.doc

Coraz częściej drastycznemu spadkowi dzietności towarzyszy równoczesny proces wydłużania przeciętnego czasu trwania życia. Skutkuje to tym, że prognozy liczby ludności Polski przewidują do roku 2030 tylko niewielki jej spadek, w tym samym okresie długość życia mężczyzn wzrośnie do poziomu 77,6 lat, kobiet zaś przekroczy 83 lata. Pozwala to przypuszczać, że co najmniej do roku 2030 nasilać się będzie proces starzenia się społeczeństwa.

²⁹ *Rocznik demograficzny 2007*, GUS, Warszawa 2007, s. 35 i 78; www.stat.gov.pl/gus/45_3697_PLK_HTML.htm.

³⁰ *Mały rocznik statystyczny Polski*, GUS, Warszawa 2008, s. 112; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_maly_rocznik_statystyczny_2008.pdf.

W wyniku opisanych tendencji liczba ludności będzie stopniowo zmniejszać się, co będzie skutkowało wzrostem współczynnika zależności, rozumianej jako stosunek liczby osób w wieku 65 lat i więcej do liczby osób w wieku 15–64. Według Eurostat³¹ współczynnik zależności wynosił w Polsce w 2004 roku 18,6%, a w roku 2050 sięgać będzie 51%.

2.2. Wskaźniki społeczno-ekonomiczne

Analiza cech socjodemograficznych najstarszych Polaków wymaga rozpoznania stanu cywilnego seniorów. Dane dotyczące tej kwestii zawarto w tabeli 13.

Tabela 13. Stan cywilny osób w wieku 60+ w 1995 i 2004 (w %)

Lata	Grupy wieku – w latach życia	Kawalerowie	Panny	Żonaci	Zamężne	Wdowcy	Wdowy	Rozwiedzeni	
								mężczyźni	kobiety
1995	60+	3,3	5,3	80,9	41,2	13,2	50,5	2,6	3,0
	75+	2,5	6,5	65,8	14,9	30,4	77,4	1,3	1,2
2004	60+	3,9	4,9	79,3	40,6	13,3	50,4	3,0	3,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych GUS

W zbiorowości seniorów przeważają kobiety, a ich udział wzrasta w miarę upływu lat. Powodem tego jest znacznie wyższa umieralność mężczyzn³². Uwagę zwraca nieproporcjonalny rozkład reprezentantów obu płci w poszczególnych kategoriach stanu cywilnego. W roku 2004 było prawie dwukrotnie więcej żonatych mężczyzn, bo 79,3% w stosunku do 40,6% zamężnych kobiet. Jednak wdów jest niemal czterokrotnie więcej, bo 50,4% w stosunku do 13,3% wdowców. Ma to uzasadnienie w krótszym trwaniu życia mężczyzn niż kobiet. Obserwuje się duży przyrost samotnych owdowiałych kobiet wśród polskich seniorów. Wśród rozwiedzionych przeważają kobiety.

Singularyzacja życia ma wpływ na tempo starzenia się. Proces ten jest wolniejszy u seniorów żyjących w małżeństwie, w którym odnajdują poczucie bezpieczeństwa oraz wzajemnej troski i pomocy³³. Czy starsze pokolenie żyje w samotności po utracie partnera lub rozstaniu z nim? Nie wszyscy. Dane statystyczne z 1996 r.³⁴ ilustrują powyższe zaprzeczenie: mężczyźni po 60. r.ż. ze wszystkich 5-letnich przedziałów wiekowych wstępują w związki małżeńskie

³¹ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> [data dostępu 17.05.2009].

³² J. Halik, *Zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa polskiego*, [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce*, Wydaw. Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 103–104.

³³ Ibidem, s. 11.

³⁴ *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa 1999.

chętniej niż kobiety³⁵, mieszkańcy miast częściej niż ma to miejsce na wsi, co w tym wypadku dotyczy obu płci. Osoby starsze wierne są tradycyjnemu modelowi doboru małżonka i funkcjonowania małżeństwa³⁶. Przykładowo w 1997 r. co 43. senior ożenił się, natomiast „panną młodą” została co 83. seniorka³⁷. W 2004 roku związek małżeński (cywilny) zawarło 69 mężczyzn w wieku 85 lat i więcej, z czego 60 nowożeńców było mieszkańcami miast, a 9 mieszkańcami wsi. Jeśli chodzi o panie, to w tym samym roku wyszły za mąż trzy kobiety w wieku ponad 85 lat (dwie mieszkanki miast, jedna – wsi). Sądzę, że remariaże w miarę upływu lat będą coraz powszechniejsze.

Także kohabitacja (konkubinat) nie jest obca pokoleniu 60+. Jak piszą Slany i Baszarkiewicz, osoby starsze stanowiły 9,4% wszystkich osób żyjących w związkach partnerskich (w związku małżeńskim i poza związkiem małżeńskim), ale odsetek kohabitujących wśród ogólnej liczby mieszkających wspólnie (związki małżeńskie i nieformalne) stanowił tylko 1%³⁸.

Kolejną cechą demograficzną jest wykształcenie. Wskaźniki charakteryzujące poziom wykształcenia Polaków w wieku ponad 13 lat³⁹ w 2006 roku wynosiły: bez wykształcenia – 2%, pełne podstawowe – 20,2%, gimnazjalne – 5,5%, zasadnicze zawodowe – 22,4%, policealne i średnie – 33,4%, wyższe – 16,5% ogółu⁴⁰. Współcześnie Polki są lepiej wykształcone od Polaków – dyplom uczelni posiada niemal 19% ogółu kobiet, 14% spośród mężczyzn. W miastach zniknął problem analfabetyzmu. Wieś nadal się z nim boryka (tab. 14).

³⁵ Ogółem mężczyźni 2,42%, w miastach 3,28%, na wsi 1,16%; ogółem kobiety 1,29%, w miastach 1,72%, na wsi 0,66%; wśród 80-latków i starszych odpowiednio w mieście: 0,16%, 0,22% i 0,07% oraz 0,02% i 0,03% na wsi, najstarsze wiejskie kobiety nie wступują w ponowne związki małżeńskie.

³⁶ Cenne informacje na temat remariażu osób starszych przynoszą opracowania: K. Kluzowa, K. Slany, *Powtórne małżeństwa osób w starszym wieku w aspekcie demograficznym*, „Problemy Rodziny” 1993, nr 3; K. Kluzowa, K. Slany, *Powtórne małżeństwa osób w starszym wieku w aspekcie socjologicznym*, „Problemy Rodziny” 1993, nr 4.

³⁷ K. Kluzowa, *Ludzie starzy w badaniach demograficznych i socjologicznych*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000, s. 88.

³⁸ K. Slany, K. Baszarkiewicz, *Związki partnerskie w Polsce w świetle wyników Narodowego Spisu Powszechnego 2002*, [w:] M. Leśniak (red.), *Państwo i społeczeństwo w XXI wieku. Rodzina wobec zagrożeń XXI wieku*, KTE, Kraków 2004, s. 275 i 277. Analizy własne przynoszą inny rozkład wartości dla 2002 r.: osoby w wieku 60+ żyjące razem, ale bez ślubu stanowią 0,16% kohabitantów ogółem (49 700 wobec 314 047 osób), udział kohabitacji seniorów we wszystkich związkach (małżeńskich i nieformalnych) w tej grupie wiekowej stanowi 1,36% wszystkich związków, natomiast seniorzy kohabitanci na tle wszystkich związków (małżeńskich i pozamałżeńskich) stanowią 0,28%. Zob. *Rocznik demograficzny GUS*, Warszawa 2009; www.gus.gov.pl [data publikacji 9.11.2009].

³⁹ Wiek ten wyznacza granica obowiązku edukacyjnego – ukończenie co najmniej gimnazjum.

⁴⁰ *Mały rocznik statystyczny*, GUS 2007, tabl. 6 (66), s. 118.

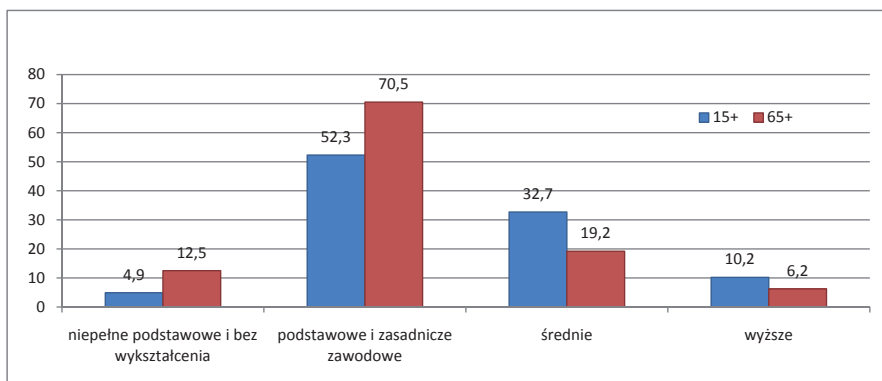
Tabela 14. Wykształcenie w wieku 13+ (stan na 31 XII 2007)

Ogółem ludność Polski (w wieku 13+) w tysiącach	Wykształcenie					
	wyższe	policealne i średnie	zasadnicze zawodowe	gimna- zjalne	podsta- wowe	niepełne pod- stawowe i bez wykształcenia
33 161 =100%	5467 =100%	11 091 =100%	7442 =100%	1812 =100%	6693 =100%	656 =100%
Ogółem (w %)	16,5	33,4	22,4	5,5	20,2	2,0
mężczyźni	14,0	30,3	31,3	5,9	19,9	1,4
kobiety	18,7	35,5	16,6	4,9	21,8	2,5
Miasta	22,1	38,3	20,4	4,6	14,6	–
mężczyźni	20,1	36,5	25,6	5,2	12,6	–
kobiety	23,7	39,9	15,8	4,2	16,4	–
Wieś	7,0	25,1	28,5	6,3	28,2	4,9
mężczyźni	5,7	22,8	35,7	6,6	25,5	3,7
kobiety	8,1	27,0	22,0	6,0	31,0	5,9

Źródło: Rocznik demograficzny GUS, Warszawa 2008, s. 163

Zaledwie rok później, czyli wg stanu na 31 grudnia 2008 r., wskaźniki te dla populacji w wieku 13 i więcej lat kształtowały się następująco: wykształcenie wyższe – 17,4%, policealne i średnie – 33,6%, zasadnicze zawodowe – 22,3%, gimnazjalne – 5,5%, podstawowe – 19,4%, niepełne podstawowe i bez wykształcenia – 1,8%⁴¹.

Osoby starsze zmieniają rozkład przedstawionych wartości, choć i w tym przypadku mieszkańcy miast są zdecydowanie lepiej wykształceni niż ich wiejscy rówieśnicy. Na wykresie 11. uwypuklono różnicę w rozkładzie poziomu wykształcenia populacji w wieku 15 lat⁴² i więcej oraz w wieku 65 lat i więcej w 2002 roku.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego 2002 oraz Rocznika demograficznego GUS, Warszawa 2008, s. 451

Wykres 11. Poziom wykształcenia w grupach wiekowych 15+ i 65+ w 2002 (w%)

⁴¹ Rocznik demograficzny GUS..., s. 157.

⁴² W r. 2002 obowiązek edukacyjny obejmował wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej.

W starszej grupie wiekowej, odmiennie niż u młodszych generacji, mężczyźni częściej niż kobiety posiadają dyplomy wyższych uczelni, co jest efektem rozpowszechnionej kilkadziesiąt lat temu opinii, że dla dziewczynek i kobiet wystarczający jest elementarny poziom edukacji (tab. 15).

Tabela 15. Ludność Polski w wieku 60+ wg płci i poziomu wykształcenia w 2002 (w%)

Jakość wykształcenia	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
wyższe	7,6	10,2	5,0
policealne i średnie	20,8	20,8	20,8
zasadnicze zawodowe	12,15	17,7	6,6
podstawowe	48,35	42,9	53,8
niepełne podstawowe i bez wykształcenia	9,25	6,7	11,8
nieustalone	1,85	1,7	2,0
Razem	100,00	100,00	100,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Kluzowa, K. Slany, *Obraz polskiej starości...*, s. 113

Wskaźnik wykształcenia na poziomie wyższym dla osób starszych wynosił w 2002 roku: 11,5% dla miast (w tym mężczyźni 15,5%, kobiety 7,4%) wobec 1,9% dla wsi (w tym 2,4% dla mężczyzn, a 1,3% dla kobiet). Analogicznie i łącznie dla kategorii wykształcenie podstawowe, niepełne podstawowe i bez wykształcenia: 35,8% w miastach (w tym 23,6% mężczyzn i 48% kobiet), dla wsi – 81,4% (w tym mężczyźni 74,8%, kobiety – 87,8%)⁴³. Starsi mieszkańcy miast są zdecydowanie lepiej wykształceni niż ich wiejscy rówieśnicy.

Polska wieś reprezentuje bardzo niski współczynnik rozwoju społecznego, jeśli chodzi o wykształcenie, w tym szczególnie osób starszych. Ta dysproporcja w warunkach nowoczesnego społeczeństwa stwarza bardzo poważną barierę w przystosowaniu się do życia w realiach, jakie niesie rozwój cywilizacji. Są to bardzo złe i – co gorsza – nieodwracalne dane, tłumaczące bezradność i zagubienie wielu osób starszych w realiach współczesności.

W roku 2002, zgodnie z danymi Narodowego Spisu Powszechnego, w grupie wiekowej 65 i więcej lat wyższe wykształcenie miało tylko 6,2% populacji, 19,2% policealne i średnie, 9,3% zasadnicze zawodowe, niższe niż zasadnicze 63,7% (w tym 51,2% podstawowe ukończone, oraz podstawowe nieukończone i bez wykształcenia – 12,5%)⁴⁴. Natomiast osób z wyższym wykształceniem w grupie wiekowej 60–64 lata było już 9,9%, z wykształceniem średnim i policealnym – 25,7%⁴⁵.

⁴³ K. Kluzowa, K. Slany, *Obraz polskiej starości...*, s. 113.

⁴⁴ P. Szukalski, *Polscy seniorzy w przyszłości*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008, s. 47.

⁴⁵ Za: E. Skibińska, *Proces kształcenia seniorów*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2008, s. 96.

Jednak, i należy o tym pamiętać, kształtując przyszłościowe kierunki polityki społecznej państwa, w nadchodzących dziesięcioleciach wzrośnie populacja osób starszych z wyższym poziomem wykształcenia: „Jeśli spojrzymy [...] na osoby mające w roku 2002 40–44 lata – a zatem jednostki, które w roku 2030 będą w wieku 68–72 lata – odpowiednie wielkości przedstawiały się [będą – Z.S.] następująco: 11,8%, 38,3%, 35,3%, 11,8% i 0,5%”⁴⁶. Wzrastający od kilku lat poziom skolaryzacji polskiego społeczeństwa będzie miał swoje konsekwencje w nowe jakości potrzeb wyższych osób w podeszłym wieku⁴⁷. Specjaliści prognozują wzrost świadomości praw tej grupy wiekowej, konieczność autentycznego zainteresowania się sektora publicznego jej problemami, wydłużenie czasu aktywności zawodowej, społecznej, obywatelskiej, zwielokrotnienie organizacji seniorskich, lepszą orientację w nowych technologiach, co skutkować może polepszeniem jakości życia tych osób, uwzględnianiem przez polityków ich praw⁴⁸.

Zaprzestanie pracy zawodowej związane z przejściem na emeryturę jest znaczącym etapem w życiu człowieka. Przyczyną zaprzestania pracy zawodowej najczęściej jest osiągnięcie wieku emerytalnego i pogorszony stan zdrowia. Dla większości osób przejście na emeryturę jest wydarzeniem trudnym, ale bywa i radosnym. Nie zmienia to faktu, że nowa organizacja dnia wiąże się ze zniknięciem całego szeregu obowiązków i rytuałów wypełniających codzienność. Często rodzi poczucie pustki, którą trudno jest wypełnić. Stąd ogromne znaczenie edukacji osób dorosłych w zakresie możliwości podjęcia zastępczych czynności zawodowych (jak choćby kontynuacja pracy w niepełnym wymiarze godzin) lub zajęć o charakterze hobby⁴⁹.

Praca wyznacza pozycję jednostki w społeczeństwie, dostarcza środków do życia, a więc decyduje o stopie życiowej i warunkach życiowych, umożliwia zaspokojenie istotnych potrzeb psychicznych (np. poczucia użyteczności czy uznania ze strony innych). Jednocześnie znaczenie i rola pracy zależą od sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek⁵⁰.

Jakie zawody sprzyjają wydłużaniu aktywności zawodowej? Do późnej starości pracują rolnicy⁵¹ (oraz ogrodnicy, leśnicy, rybacy i wykwalifikowani robotnicy rolni), stanowiąc 24,2% ogółu zatrudnionych w czasie chronologicz-

⁴⁶ P. Szukalski, *Polscy seniorzy w przyszłości...*, s. 47.

⁴⁷ Por. A. Rajkiewicz, *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, [w:] *Polska w obliczu...*, s. 19.

⁴⁸ Zob.: P. Szukalski, *Polscy seniorzy w przyszłości...*, s. 47–48, 59.

⁴⁹ Por. M. Halicka, J. Halicki, *Praca zawodowa i jej znaczenie w życiu człowieka starego*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 173–188.

⁵⁰ J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa 1973, s. 116.

⁵¹ Por.: B. Tryfan, *Szczególne problemy ludzi starych na wsi*, [w:] F.W. Rawicka, B. Mariańska, E. Stańczuk (red.), *Encyklopedia seniora...*, s. 223–232; B. Tryfan, *Ludzie starsi w systemie pomocy społecznej na wsi w Polsce i UE*, „Gerontologia Społeczna” 2006, nr 1 (1), s. 27–35.

nie przeznaczonym na wypoczynek emerytalny, w drugiej kolejności robotnicy niewykwalifikowani (17,3%) oraz wykwalifikowani (16,1%). Następnie operatorzy maszyn i urządzeń (10,3%), technicy i inny średni personel (9,7%), pracownicy biurowi, usług i sprzedawcy (ponad 7%), wyżsi urzędnicy, kierownicy przedsiębiorstw (4,4%) i specjaliści, wolne zawody, artyści, twórcy, naukowcy (3,9%)⁵². Rozkład tych wartości odpowiada poziomowi kompetencji starszych osób, jest skorelowany z jakością ich wykształcenia. Np. gdyby policzyć, ilu spośród profesorów wyższych uczelni podtrzymuje aktywność zawodową po osiągnięciu wieku emerytalnego, okazałoby się, że jest to bardzo wysoki odsetek spośród ogółu.

Wśród motywów kontynuacji pracy zawodowej na emeryturze wyróżnić można motywy ekonomiczne i niematerialne. Motywacje ekonomiczne związane są z niskim poziomem świadczeń emerytalnych, obawą o poziom dochodów w przyszłości, niechęcią do przyjmowania pomocy materialnej od osób trzecich, chęcią pomocy finansowej rodzinie, gromadzeniem oszczędności na określony cel. W grupie przyczyn pozamaterialnych wskazać należy na potrzebę kontaktu z ludźmi, brak poczucia użyteczności i szacunku otoczenia, chęć czynnego udziału w życiu zawodowym, potrzebę samorealizacji, za dużo czasu wolnego⁵³.

Dane dotyczące aktywności zawodowej ludności w wieku poprodukcyjnym wskazują na jej znaczny spadek w perspektywie 10 lat (1992–2001). B. Szatur-Jaworska dowodzi, że współczynnik aktywności zawodowej wyniósł odpowiednio dla poszczególnych lat 15,4%–8,1%, przy czym w miastach było to odpowiednio 6,7%–5,3%, na wsi 26,3%–12,2%. Dane te wskazują, że zmiana ulega także tradycyjny układ produkcji na wsi – jej starsi mieszkańcy są ponad dwukrotnie mniej aktywni w roku 2001 niż w 1992. Mężczyźni są tradycyjnie dłużej aktywni zawodowo aniżeli kobiety: 19,5%–11,0% wobec 14,1%–6,7%⁵⁴.

Przy charakterystyce jesieni życia, z punktu widzenia źródeł utrzymania, warto przytoczyć artykuł XXV.1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ z 1948 r.:

Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny.

⁵² B. Szatur-Jaworska, *Aktywność ludzi starych na polskim rynku pracy*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 11 (3), s. 104.

⁵³ B. Dębicka, *Przesłanki powrotu do czynnego życia zawodowego na emeryturze*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002, s. 184.

⁵⁴ B. Szatur-Jaworska, *Aktywność ludzi starych...*, s. 102.

To, jakie są warunki życia oraz ich poziom, ze szczególnym uwzględnieniem okresu starości i jakości życia ludzi w podeszłym wieku, zależy w dużej mierze od sytuacji materialnej. Wskaźnikiem charakteryzującym jakość życia na emeryturze jest wysokość świadczeń emerytalnych⁵⁵. Liczba emerytów i rencistów w 2006 roku wynosiła niemal 9 mln 200 tys. osób. Emerytury i renty z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych (Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS) pobierało prawie 7 mln 660 tys. osób, a z rolniczego (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS) – 1 mln 532 tys. osób (tab. 16). W roku 2007 emerytury z ZUS pobierało 4 mln 559 tys. osób. Jeśli za 100% przyjąć średnie pracownicze wynagrodzenie, to średnia polska emerytura stanowi 48% tej kwoty, w tym rolnicza emerytura tylko 30% wcześniejszych dochodów, natomiast pracownicza – 52%.

Tabela 16. Dochody ludności w Polsce, z uwzględnieniem emerytów i rencistów (stan na 31 XII 2006)

Ludność ogółem	38 113 000	100%
Emeryci i renciści, w tym:	9 191 000	24,11%
spoza rolnictwa	7 659 000	83,33%
z rolnictwa	1 532 000	16,67%
przeciętny dochód brutto	2709,14 zł	100%
przeciętna emerytura	1298,45 zł	47,91%
pozarolnicza (ZUS)	1397,66 zł	51,59%
rolnicza (KRUS)	808,73 zł	29,85%

Źródło: opracowanie na podstawie *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym...*; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_ludnosc_stan_struktura_teryt_2pol2006.pdf

Polki pobierają mniejsze świadczenia emerytalne, pracują bowiem o 5 lat krócej niż mężczyźni (przejście na emeryturę – 60. r.ż. dla kobiet, 65. r.ż. dla mężczyzn), a dysponując prawem do urlopu wychowawczego, przykładowo przy wychowaniu dwojga dzieci, skracają swój tzw. okres składkowy o kolejne 3–5 lat. Wśród pobierających emerytury 39,6% stanowią mężczyźni, 60,4% kobiety, one też żyją dłużej⁵⁶.

⁵⁵ Polski system emerytalny dzieli się na tzw. trzy filary: obowiązkowe – I filar (ZUS, KRUS), II filar (OFE – otwarte fundusze emerytalne) oraz dobrowolny – III filar (PPE, IKE). Świadczenia z I filaru mają charakter umowy pokoleniowej, a wypłacane emerytury finansowane są ze składek osób aktualnie pracujących. Te uprawnienia emerytalne nie są dziedziczone. Wpłacane w II filarze, powierzone funduszom emerytalnym składki są zwolnione z podatku dochodowego i w ograniczonym stopniu podlegają dziedziczeniu. Tzw. III filar systemu ubezpieczeń społecznych, całkowicie dobrowolny, obejmuje pracownicze programy emerytalne (PPE) oraz indywidualne konta emerytalne (IKE). Zgromadzone zasoby są zwolnione z podatku wówczas, gdy oszczędzający przeznaczy zgromadzony kapitał w całości na własną emeryturę.

⁵⁶ *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r.*, Departament Statystyki ZUS, Warszawa 2008, s. 17; <http://www.zus.pl/files/dane2007.pdf> [data dostępu 6.02.2009].

Warto nadmienić, że wprowadzie wiek emerytalny to 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn, ale w Polsce 55% osób, które odchodzą na emeryturę nie przekracza wymaganego wieku emerytalnego⁵⁷. Na przykład w roku 2007 statystyczny Polak przechodził na emeryturę w wieku 57,1 lat, w tym kobiety – 55,8 lat, a mężczyźni – 59,7 lat. W roku 2008 Polki odchodziły na emeryturę w wieku 52,2 lat, Polacy mając 57 lat.

Natomiast średni staż pracy osób przechodzących na emeryturę, wg danych ZUS na 2007 rok, to 35 lat i miesiąc (mężczyźni: 38 lat i 7 miesięcy, kobiety: 33 lata i 3 miesiące). Przeciętny okres pobierania świadczeń emerytalnych wynosił ogółem 18 lat i miesiąc, w tym 19 lat i 7 miesięcy dla kobiet oraz 17 lat i 2 miesiące dla mężczyzn⁵⁸.

Relacje obrazujące współczynnik obciążenia ekonomicznego przedstawiają się następująco: w 2006 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 56 osób w wieku nieprodukcyjnym (w tym 24 osoby w wieku poprodukcyjnym oraz 31 osób w wieku do 17 lat), podczas gdy w 2000 r. wielkość współczynnika obciążenia wynosiła 64 osoby (24 – dla poprodukcyjnego i 40 – przedprodukcyjnego), a w 1990 r. odpowiednio – 74, 22 i 52⁵⁹. Stabilny jest poziom udziału osób w wieku poprodukcyjnym, maleje wskaźnik osób w wieku przedprodukcyjnym.

Tabela 17. Struktura wg wieku osób, którym przyznano emerytury (stan na XII 2007)

Wiek (w latach)	Ogółem (w %)	Mężczyźni	Kobiety
		(w %)	
54 i mniej	3,1	4,4	2,4
55–59	15,8	3,6	23,8
60–64	19,9	15,5	22,8
65–69	21,0	26,2	17,5
70–74	18,2	23,2	15,0
75–79	12,6	16,2	10,1
80 i więcej	9,4	10,9	8,4
Średni wiek	68,0	70,1	66,7

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS, 2008, s. 17; <http://www.zus.pl/files/dane2007.pdf>

Dane przedstawione w tabeli 17. obrazują strukturę świadczeń emerytalnych z uwzględnieniem wieku i płci. Jedną czwartą świadczeniobiorców sta-

⁵⁷ Por.: P. Szukalski, *Wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 52–54.

⁵⁸ *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r....*, s. 22, 34.

⁵⁹ *Mały rocznik statystyczny*, tabl. 5 (65) Ludność w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym stan w dniu 31.12.2006, GUS 2007, s. 116; www.stat.gov.pl.

nowią osoby, które nie osiągnęły wieku emerytalnego, w tym 23,5% to mężczyźni i 26,2% kobiety (suma danych oznaczonych pogrubioną czcionką).

Z perspektywy systemów zabezpieczenia społecznego istotne jest, jak będzie się kształtował wskaźnik obciążenia demograficznego osobami w wieku poprodukcyjnym, które są przede wszystkim beneficjentami różnego rodzaju świadczeń społecznych. W okresie do 2012 r., na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadać będzie około 20 osób w wieku poprodukcyjnym, następnie liczba ta będzie rosła do poziomu 40 osób w 2030 r. Związane jest to przede wszystkim ze znacznym przyrostem liczby osób w najstarszych grupach wiekowych⁶⁰.

Kwestię wpływu procesów demograficznych i sytuacji społeczno-ekonomicznej na ubezpieczenia społeczne rozważa Piotr Błędowski⁶¹, dostrzegając perspektywę braku środków w budżecie państwa na zaspokojenie roszczeń coraz liczniejszej grupy rencistów i emerytów. Postuluje zwiększenie odpowiedzialności ubezpieczonych za swój przyszły byt oraz wprowadzenie przez państwo udogodnień finansowych dla osób inwestujących we własne świadczenie emerytalne, wprowadzenie spójnej, trwałej i wolnej od politycznych zagrywek polityki emerytalnej państwa. Podobne stanowisko zajmują autorzy Raportu „Kapitał intelektualny Polski”, twierdząc, że aktywizacja zawodowa seniorów może i powinna stać się antidotum na wtórny regres demograficzny w „państwach socjalnych”⁶².

Na marginesie tych rozważań dodać należy, że najwcześniej spośród obywateli krajów europejskich na emeryturę przechodzili, zgodnie z wartością uśrednioną za rok 2003, Słoweńcy, Słowacy i Polacy (w wieku 56–58 lat), najpóźniej wycofywali się z rynku pracy Irlandczycy, Litwini, Grecy i Szwedzi (w wieku 63,1–64,4 lat)⁶³. Polska jest krajem najmłodszych emerytów, ze szkodą dla systemu świadczeń emerytalnych i gospodarki. W roku 2008 na emeryturę przeszło 2 miliony osób!

W Polsce dla 92,6% osób w podeszłym wieku świadczenie emerytalne jest podstawowym źródłem utrzymania. W tym, w 2002 roku, emerytury pracownicze pobierało 64,4% osób w wieku 60 i więcej lat, renty inwalidzkie stanowiły podstawę utrzymania dla 13,5%, natomiast renty rodzinne dla 8,2%⁶⁴. Badania Piotra Czekanowskiego nad źródłem dochodów starszego pokolenia

⁶⁰ *Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 13 września 2005 r. dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013*, Ministerstwo Polityki Społecznej, s. 7; <http://www.mps.gov.pl/userfiles/File/mps/strategiaps.pdf> [data dostępu 3.11.2008].

⁶¹ P. Błędowski, *Ubezpieczenia społeczne i pielęgnacyjne wobec procesu starzenia się społeczeństwa*, [w:] *Polska w obliczu...*, s. 89–104.

⁶² *Kapitał intelektualny Polski...*, s. 15.

⁶³ *Employment in Europe 2005, Recent Trends and Prospects*, European Commission, EURES, September 2005; http://ec.europa.eu/employment_social/employment_analysis/employ_2005_en.htm [data dostępu 17.02.2007].

⁶⁴ B. Balcerzak-Paradowska, *Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych*, [w:] *Polska w obliczu...*, s. 170.

Polaków przynoszą inne dane. Autor podaje, iż najczęstszym źródłem utrzymania są także emerytury pracownicze (57%), rzadziej rolnicze (14%) oraz renty (inwalidzka – 13%, rodzinna – 12%). Zaledwie 8% badanych wymieniło jako źródło aktualnego dochodu dochód współmałżonka, zaś jedynie 4% starszych osób uzyskiwało dochody z pracy zawodowej wykonywanej po osiągnięciu wieku emerytalnego⁶⁵.

Emeryci – w zgodzie z błędnym społecznym stereotypem – rzekomo prowadzą niezwykle ubogie gospodarstwa. Tymczasem, realiów i paradoksalności polskiej rzeczywistości ekonomicznej dowodzą wyniki badań przeprowadzonych przez Instytut Spraw Publicznych: 30% polskich emerytów wspiera finansowo swoich bliskich, a jedynie 15% z takiej pomocy korzysta. Uzupełniające dane podaje B. Balcerzak-Paradowska, również dostrzegając „dominujący kierunek pomocy od starszej do młodszej generacji” i informując za GUS, że pomocy finansowej potrzebuje 38% gospodarstw domowych emerytów i rencistów, jednak korzysta z niej zaledwie 11%⁶⁶.

Emeryci to najbardziej stabilna ekonomicznie, z gwarancją miesięcznego dochodu, choć w większości zdecydowanie niezamożna, kohorta ludności. Badania niezależnej polskiej agencji badawczej Inquire dowodzą, że w 2006 r. gospodarstwa domowe emerytów dysponowały kwotą 60 mld zł. Oznacza to, że ich dochód na osobę był wyższy niż w gospodarstwach pracowników, rolników czy rencistów. Dochody emerytów ustępują tylko grupie gospodarstw domowych osób pracujących na własny rachunek⁶⁷.

Zgodnie z danymi GUS⁶⁸ gospodarstwa domowe emerytów, osiągając przykładowo w 2007 r. przeciętny miesięczny rozporządzalny dochód w wysokości 999 zł (dla porównania miesięczny rozporządzalny dochód pracowniczego wyniósł wówczas 915,17 zł, a od 1 stycznia do 31 grudnia 2007 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wynosiło 936 zł brutto⁶⁹), są na tle innych grup w stosunkowo lepszej ekonomicznej sytuacji. Ubóstwo emerytów jest zjawiskiem mniej dotkliwym niż bieda rodzin wielodzietnych, zwłaszcza wśród bezrobotnych. Sytuacja ekonomiczna obecnego pokolenia osób starszych jest relatywnie korzystna, w porównaniu z innymi grupami ludności. Mają uprawnienia do stałego źródła utrzymania (emerytury, renty), są więc w stosunkowo lepszej sytuacji ekonomicznej niż inne grupy wiekowe bądź społeczne. Dowodzi tego choćby fakt, że ludzie starzy stanowią kilka procent ogółu osób znajdujących się w sytuacji trwałego ubóstwa: odsetek emeryckich gospodarstw domowych znajdujących się poniżej relatywnej granicy ubóstwa (50% średnich miesięcznych wydat-

⁶⁵ P. Czekanowski, *Sytuacja materialna*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość...*, s. 101–102.

⁶⁶ B. Balcerzak-Paradowska, *Warunki życia i mieszkaniowe...*, s. 177.

⁶⁷ Informacja prasowa PAP, 14.03.2008.

⁶⁸ *Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, Departament Pracy i Warunków Życia, GUS, 28.05.2008; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_syt_gosp_dom_2007.pdf [data dostępu 23.10.2008].

⁶⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów ws. wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2006 r., Dz.U. z 2005 r., nr 177, poz. 1469.

ków gospodarstw domowych) wyniósł w 2007 roku 11,7%, poniżej ustawowej granicy ubóstwa (czyli kwoty, która uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z pomocy społecznej) znalazło się 8,1%, a poniżej minimum egzystencji (wydatki na potrzeby, które nie mogą zostać odłożone) – 4% (dla porównania w gospodarstwach pracowniczych odpowiednio: 16,9%, 14,8%, 6,1%)⁷⁰. Gospodarstwa domowe rencistów i osób pobierających zasiłki z pomocy społecznej są w zdecydowanie gorszej sytuacji finansowej. Warto jednak dodać, że najniższa emerytura począwszy od 1 marca 2008 r. wynosiła 636,29 zł⁷¹, średnia emerytura osiągała wtedy 1471,29 zł⁷² (przy minimalnym wynagrodzeniu pracowniczym 1126 zł oraz przeciętnym wynagrodzeniu pracowniczym ok. 2950 zł), przy czym granica relatywna ubóstwa w 2008 r. ustalona została w gospodarstwie 1-osobowym na poziomie 573 zł, granica ustawowa – 477 zł, natomiast minimum egzystencji wynosiło 389 zł⁷³.

Tabela 18. Świadczenia emerytalne (stan na XII 2007)

Ogółem (w zł)	Ogół emerytów = 100%	Łącznie dla danego zakresu (w %)	
600 i mniej	2,4	63,5	10,6
600,01–800,00	2,9		
800,01–1000,00	5,3		
1000,01–1200,00	9,0		
1200,01–1400,00	11,6	45,5	
1400,01–1600,00	12,1		
1600,01–1800,00	10,9		
1800,01–2000,00	9,3		
2000,01–2500,00	15,8	36,5	23,8
2500,01–3000,00	8,0		
3000,01–3500,00	4,2		12,7
3500,01 i więcej	8,5		

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r. ...*, s. 36

Aby zobrazować informacje o dochodach ludności w wieku emerytalnym skorzystałam z danych opublikowanych w 2008 roku. Średnie świadczenie emerytalne wypłacane przez ZUS w 2007 r. wyniosło 1923,28 zł. Po ustanowieniu kwotowych szeregów rozdzielczych (mniej niż średnie i powyżej średniego świadczenia emerytalnego oraz poniżej minimalnej płacy krajowej i po-

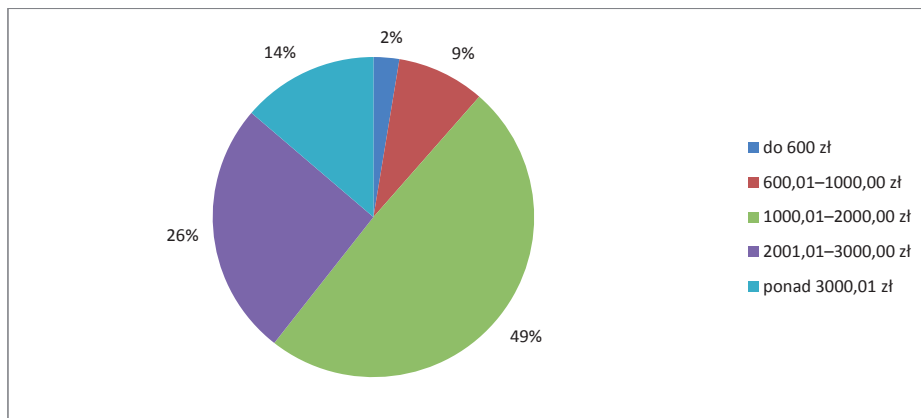
⁷⁰ *Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. ...*, s. 9.

⁷¹ *Serwis ZUS. Emerytury i renty*; <http://www.zus.pl/default.asp?p=1&id=52> [data aktualizacji 21.08.2008].

⁷² *Serwis ZUS. Baza wiedzy ZUS*; http://www.zus.pl/files/inf_zas.pdf [data aktualizacji 4.09.2008].

⁷³ *Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. ...*

wyżej 3 tys. zł) okazało się, że około 64% to grupa osoby mieszcących się poniżej średniej krajowej emerytury, w tym 10,6% to odsetek osób o dochodach niższych niż 1000 zł. Dla przeciwwagi – niemal 13% pobierało świadczenie powyżej 3 tys. zł miesięcznie. Największy (15,8%) odsetek emerytów pobierał świadczenie z przedziału 2000,01 zł – 2500 zł (tab. 18).



Źródło: na podstawie danych z tab. 18

Wykres 12. Świadczenia emerytalne ujęte w umowne przedziały płacowe

W tabeli 19. skupiono informacje dotyczące średnich miesięcznych dochodów badanych gospodarstw domowych w pierwszej połowie 2003 roku w złotych na jednostkę ekwiwalentną, z uwzględnieniem skali OECD. Z analizy danych wynika, że dochód gospodarstw domowych emerytów stanowił wówczas 112% dochodów gospodarstw ogółem.

Tabela 19. Wysokość przeciętnych miesięcznych dochodów gospodarstw domowych w pierwszej połowie 2003

Gospodarstwa domowe	Przeciętne miesięczne dochody	
	w zł	w gospodarstwach ogółem (%)
Ogółem	813	100
w miastach ogółem	938	115
na wsi ogółem	606	75
pracowników	860	106
pracowników użytkujących gospodarstwa rolne	620	76
rolników	590	73
pracujących na własny rachunek	1081	133
emerytów	911	112
rencistów	608	75
utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych	488	60

Źródło: *Sytuacja bytowa gospodarstw domowych w 2003 r. (w świetle wyników ankiety badania warunków życia ludności)*, GUS, Warszawa 2003

Kolejne lata przyniosły nieznaczną poprawę sytuacji gospodarstw domowych emerytów, by osiągnąć poziom niemal 117% dochodu statystycznego polskiego gospodarstwa domowego (tab. 20).

Tabela 20. Średni wskaźnik świadczeń emerytalnych wypłacanych wg podstawy wymiaru (XII 2007)

Wysokość podstawy wymiaru emerytury w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia (w %)	Emerytury (w odsetkach)	Łącznie dana grupa
50,00 i mniej	5,2	20,5
50,01–75,00	15,3	
75,01–100,0	24,0	58,1
100,01–150,00	34,1	
150,01–200,00	11,7	21,4
200,01–250,00	9,7	
Średni wskaźnik	116,9%	

Źródło: opracowanie na podstawie *Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. ...*, s. 35

Wskaźnikiem pozwalającym na obiektywizację danych ekonomicznych jest relacja świadczeń emerytalnych do przeciętnego wynagrodzenia pomniejszonego o składkę na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne opłacaną przez ubezpieczonego. Zauważalny jest spadek relacji pomiędzy przeciętnym wynagrodzeniem a średnim świadczeniem emerytalnym (tab. 21). Oznacza to pogorszenie sytuacji materialnej emerytów.

Tabela 21. Przeciętna miesięczna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS w latach 2002–2007

Rok	Kwota (w zł)	Relacja do przeciętnego wynagrodzenia (w %)
2002	1128,87	63,7
2003	1188,34	65,0
2004	1237,38	65,0
2005	1256,53	63,6
2006	1320,75	63,6
2007	1346,42	59,2

Źródło: *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r. ...*, s. 38

Wzrastająca dysproporcja między liczbą osób w wieku produkcyjnym a nieprodukcyjnym, jak również tendencja do wczesnego odchodzenia na renty, zasiłki przedemerytalne czy emerytury ma wpływ na wzrost liczby osób niezadowolonych ze swej sytuacji materialnej. Wczesne przyjmowanie statusu emeryta może okazać się problemem ekonomicznym zarówno dla samego zainteresowanego, jak i społeczeństwa. Należy promować dłuższą karierę za-

wodową, co automatycznie skutkuje dłuższym oszczędzaniem na starość. Nie stać nas na wcześniejsze emerytury współobywateli.

GUS prognozuje, że „Znaczny przyrost nastąpi w najstarszych grupach wieku. Liczba osób w wieku 85 lat i więcej wzrośnie do 2010 r. o 50% i osiągnie pół miliona, a w 2030 r. dojdzie do prawie 800 tysięcy”. Rosnący udział ludzi starych w ogólnej liczbie ludności Polski

będzie miał wpływ nie tylko na system świadczeń społecznych zabezpieczanych przez państwo, ale też na kształtowanie się rynku dóbr i usług zakupywanych w celu zaspokajania rozmaitych potrzeb tej grupy ludzi. Należy się spodziewać, że w przyszłości jeszcze większy będzie popyt na usługi medyczne i opiekę socjalną, ale też prawdopodobnie spowoduje zmiany w innych obszarach życia społecznego, np. związane ze spędzaniem czasu wolnego. W dalszej przyszłości potrzeba będzie jeszcze więcej ośrodków opieki, lekarzy i pielęgniarek, chociaż – być może – rozwiną się zautomatyzowane systemy monitorowania zdrowia i sprawowania opieki medycznej⁷⁴.

Kolejną kwestią jest samotność osób starszych. Odsetek gospodarstw tworzonych przez emerytów stanowił w 2002 roku 28% w ogólnej liczbie gospodarstw domowych w Polsce. Na skutek nuklearyzacji rodzin nasilił się proces singularyzacji starszego pokolenia⁷⁵. Z prognozy demograficznej wynika, że udział samotnie mieszkających seniorów będzie wzrastał. Czynnikiem o tym decydującym jest także wiek jednostki – w miarę postępu lat zwiększa się liczba samodzielnych gospodarstw domowych. Według Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku gospodarstw jednoosobowych w grupie wiekowej 60–69 lat było 29,7%, w grupie wiekowej 70–79 lat 42,8% oraz 57,9% w grupie osób mających więcej niż 80 lat. „Samodzielne gospodarowanie osób starszych dotyczy w większym stopniu mieszkańców miast”⁷⁶. Nasili się więc bez wątpienia konieczność stworzenia sieci wsparcia społecznego, zwielokrotnienia sektora usług socjalnych i opiekuńczych świadczonych tej grupie klientów.

Sytuacja mieszkaniowa, zwłaszcza standard wyposażenia mieszkań osób starszych, pozostawia wiele do życzenia. Co jedenasty senior nie ma dostępu do bieżącej wody, a 1/4 nie posiada łazienki. Gorszymi warunkami dysponują osoby w wieku powyżej 80 lat. Bieżąca woda nie jest dostępna dla co siódmego seniora, a łazienki nie ma co trzeci. Wyższy komfort mają mieszkania osób starszych w miastach⁷⁷. Znacznie gorsze warunki mają mieszkańcy wsi⁷⁸. Trudno żyć, zwłaszcza samotnie, w tak skromnych warunkach.

⁷⁴ Podstawowe informacje o rozwoju..., s. 18–19.

⁷⁵ K. Kluzowa, K. Slany, *Obraz polskiej starości...*, s. 114–119.

⁷⁶ B. Balcerzak-Paradowska, *Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych...*, s. 182.

⁷⁷ K. Kluzowa, K. Slany, *Obraz polskiej starości...*, s. 114–119.

⁷⁸ B. Balcerzak-Paradowska, *Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych...*, s. 184–185.

3. Jakość życia

Jednym z bardziej istotnych czynników rozwoju społecznego jest jakość życia. Wyodrębnione wcześniej demograficzne konsekwencje przedłużenia życia (*adding years to life*) implikują problem jakości życia w starości (*adding life to years*).

Wśród wskaźników jakości życia można wyróżnić: zasoby zdrowotne, sytuację rodzinną, otrzymywane wsparcie emocjonalne, potrzeby afiliacji, zdarzenia krytyczne, historię pracy zawodowej, aktywność autokreacyjną⁷⁹. Ich analiza dowodzi niezaspokojenia szeregu podstawowych potrzeb i braku respektowania praw przynależnych interesującej nas populacji.

Gerontologiczne ujęcie jakości życia odwołuje się nie tylko do kompleksowej oceny stanu zdrowia, ale także do określenia ogólnego standardu życia i pozycji w społeczeństwie. Ocena jakości życia osób starszych ma charakter wieloczynnikowy, opiera się na subiektywnych odczuciach i jest efektem zmian w zakresie statusu wyznaczonego stanem zdrowia i finansów, wycofaniem się z uprzednich form aktywności, utratą bliskich, ograniczeniem kontaktów międzyludzkich oraz utratą niezależności. Na jakość życia seniorów oddziałuje rodzina, krąg bliskich, systemowe rozwiązania dotyczące opieki medycznej oraz zabezpieczenia społecznego na poziomie lokalnym i ogólnokrajowym.

Wskaźnikami jakości życia osób starszych, w ujęciu Beaty Tobiasz-Adamczyk, są: 1) sprawność funkcjonalna odnosząca się do stopnia sprawności fizycznej; 2) stan psychologiczny, psychologiczny dobrostan, satysfakcja z życia, cieszenie się życiem, wiara w przyszłość, optymizm; 3) zakres interakcji społecznych w rodzinie, grupie przyjaciół, znajomych, sąsiadów oraz satysfakcja z kontaktów z otoczeniem i z życia społecznego⁸⁰.

Satysfakcja życiowa, w koncepcji Małgorzaty Halickiej⁸¹, oparta „na dwóch przesłankach: zadowolenia z przeżytych lat oraz zadowolenia z obecnego życia”⁸², jest pochodną obiektywnych i subiektywnych zmiennych: stanu zdrowia i fizycznej pełnosprawności/niepełnosprawności, osobowości, warunków życiowych (status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie, zakres i jakość partycypacji i interakcji społecznych), uwarunkowań biograficznych, wpływów środowiskowych (np. miasto – wieś) oraz indywidualnych, osobniczo specyficznych uwarunkowań.

⁷⁹ Por. B. Tobiasz-Adamczyk, P. Brzyski, *Czynniki warunkujące jakość życia u progu wieku podeszłego. Badania kohortowe*, [w:] K. Slany, A. Małek, I. Szczepaniak-Wiecha (red.), *Systemy wartości a procesy demograficzne*, NOMOS, Kraków 2003, s. 249–258.

⁸⁰ B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość...*, s. 69–77.

⁸¹ M. Halicka, *Satysfakcja życiowa i jej uwarunkowania*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość...*, s. 79–86.

⁸² *Ibidem*, s. 82.

3.1. Stan zdrowia i sprawność funkcjonalna osób starszych

Stan zdrowia osób starszych zależy jest od wielu wskaźników: poziomu wykształcenia, wysokości dochodów, preferencji w stylu życia, dostępności i możliwości korzystania z usług medyczno-rehabilitacyjnych i higienicznych oraz socjalnych.

Jak podaje raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski”, zgodnie z szacunkami Eurostatu „mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86% długości życia, a kobiety 84%. Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że ponad połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu, kobiety o prawie 2 lata więcej niż mężczyźni”⁸³.

Większość (60–70%) seniorów w wieku 65–74 lat stanowią osoby samodzielne i mobilne z dobrą sprawnością lokomocyjną, jednak wskaźnik ten spada do 50% wśród jeszcze starszych osób⁸⁴. Pozostała grupa obejmuje osoby, które niejednokrotnie ze względu na swój stan zdrowia oraz sytuację materialną i społeczną, wymagają głównie opieki środowiskowej i nie mogą w pełni korzystać z przysługujących im praw i świadczeń. Utrzymywanie tego stanu rzeczy może doprowadzić do wykluczenia społecznego seniorów, co nie jest korzystne zarówno z punktu widzenia ich samych, jak i rozwoju społeczności lokalnej, w której na co dzień funkcjonują. Brak aktywnego udziału seniorów w życiu społecznym, izolacja, automarginalizacja powodują w konsekwencji wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i świadczenia zdrowotne, co z kolei rodzi wyzwania w zakresie generowania odpowiednich środków finansowych, wysiłków organizacyjnych oraz podejmowania decyzji ustalających priorytety. Z punktu widzenia efektywności działań społecznych należałoby przyjąć rozwiązania pozwalające osobom w wieku podeszłym na pozostanie jak najdłużej osobami samodzielnymi i niezależnymi.

Przemiany demograficzne obejmujące Polskę determinują powiększanie się odsetka osób starych, cierpiących na wielochorobowość (tzw. zespół geriatryczny). U pacjentów z zespołem geriatrycznym równolegle występuje kilka schorzeń związanych najczęściej z niewydolnością krążenia, chorobami układu sercowo-naczyniowego (75% populacji), mózgu, układu odpornościowego, układu ruchu (68%), cukrzycą oraz z innymi zaburzeniami metabolizmu glukozy (ok. 40%)⁸⁵, układu oddechowego (46%), pokarmowo-trawiennego (34%),

⁸³ B. Wojtyniak, J. Stokwiszewski, P. Goryński, A. Poznańska, *Długość życia i umieralność ludności Polski*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008, s. 36.

⁸⁴ *Dochody i warunki życia ludności Polski*, GUS, Warszawa 2008; www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/GUS/PUBL_Dochody_warunki_zycia_ludnoscipolski.pdf [data dostępu 14.02.2009].

⁸⁵ A. Skalska, *Najczęstsze schorzenia internistyczne u pacjenta geriatrycznego*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku...*, s. 27.

nietrzymaniem moczu, zaburzeniami pamięci, parkinsonizmem i depresją⁸⁶, zaburzeniami równowagi z upadkami⁸⁷.

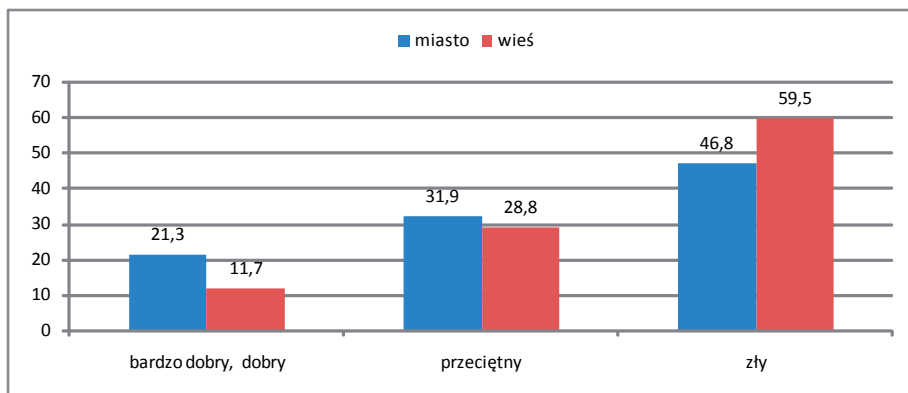
Jak wskazuje Barbara Bień, stan zdrowia ludzi starych w Polsce nie jest dobry. Subiektywna samoocena zdrowia starszych Polaków jest niska: ok. 52% wypowiedzi dotyczy kategorii „zły”, następnie 30% – „przeciętny”, dopełniające 17% – „dobry”⁸⁸.

Tabela 22. Samoocena stanu zdrowia 65-latków i starszych w perspektywie badań podłużnych (w %)

Rok badania	Stan zdrowia		
	b. dobry, dobry	przeciętny	zły
1967	23	34	42
2001	17,2	30,4	51,6

Źródło: na podstawie B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność oraz opieka zdrowotna nad ludźmi starymi w Polsce – zadania dla polityki społecznej wobec starości i ludzi starych*, ekspertyza dla „WRZOS”, Program ACCESS 2002; http://www.wrzos.org.pl/download/Ekspertyzy/B_Bien.pdf [data dostępu 13.09.2003]

Analiza danych zawartych w tabeli 22. dowodzi, że w perspektywie ponad 30 lat, jakie upłynęły od analogicznych badań Jerzego Piotrowskiego (1967), subiektywna samoocena zdrowia starszych Polaków obniżyła się znacząco (o 9,6 punktów procentowych w kategorii „zły”, o 5,8 punktów procentowych w kategorii bardzo dobry i dobry).



Źródło: na podstawie B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność oraz opieka zdrowotna nad ludźmi starymi...*

Wykres 13. Samoocena stanu zdrowia mieszkańców miast i wsi w 2001

Zdecydowanie gorsza samoocena występuje wśród mieszkańców wsi. Związane jest to z mniejszą dostępnością do infrastruktury i służb medycznych w małych miejscowościach. Uzupełniające i aktualizujące dane przyno-

⁸⁶ J. Kocemba, *Biologiczne wyznaczniki starości*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość...*, s. 107–110.

⁸⁷ M. Żak, *Problemy rehabilitacji geriatrycznej – unieruchomienie, upadki, poruszanie się*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość...*, s. 116–121.

⁸⁸ B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość...*, s. 36.

si opracowanie GUS, zgodnie z którym samoocena zdrowia ludności w roku 2005 r. przedstawiała się następująco (tab. 23.):

Tabela 23. Samoocena stanu zdrowia osób w wieku powyżej 60 lat w 2005

Wiek	Samoocena stanu zdrowia (w %)				
	bardzo dobra	dobra	taka sobie	zła	bardzo zła
60–74	1	12	44	34	9
	13			43	
75+	0	7	33	44	16
	7			60	

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Warunki życia ludności Polski w latach 2004–2005*, Departament Statystyki Społecznej GUS 2006, s. 51; http://www.stat.gov.pl/gus/45_3218_PLK_HTML.htm

Źle oceniali stan swojego zdrowia ponad 40% respondentów z młodszej grupy wiekowej i 60% ze starszej. Są to najgorsze wyniki spośród wszystkich grup wiekowych. Kolejne badania – CBOS z 2007 roku – na temat subiektywnej samooceny stanu zdrowia wykazują, że 46% Polaków w wieku 65 lat i więcej ocenia je niezadowolająco, a jedynie 10% pozytywnie⁸⁹. Z analizy zestawień wynika, że subiektywna ocena stanu zdrowia – wbrew postępowi medycyny – ulega wśród Polaków pogorszeniu.

Jak twierdzi B. Bień, wśród osób badanych

aż 63% [...] uskarża się na trzy lub więcej dolegliwości i ta grupa osób ilustruje kategorię osób o najgorszym stanie zdrowia [...] Stałe lub częste występowanie wielu uciążliwych dolegliwości uzasadnia niską samoocenę zdrowia i jakość życia ludzi starszych. Pośrednio wskazuje również na niewydolność systemu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w diagnozowaniu i eliminowaniu geriatrycznych problemów zdrowotnych⁹⁰.

Wraz z wiekiem następuje medykalizacja potrzeb, wzrasta zapotrzebowanie na usługi medyczne. W miarę starzenia się wzrasta odsetek osób chorujących przewlekłe oraz zwiększa się liczba nękających ich chorób. Długotrwałe problemy zdrowotne występują u 65% „młodych starych” i 76% „starych starych” (dane z 2008 r.)⁹¹.

W 2002 roku wśród blisko 5,5-milionowej populacji osób niepełnosprawnych w Polsce 47,9% stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej⁹². Spośród ogółu osób znajdujących się w okresie poprodukcyjnym wartość ta objęła 60%⁹³.

⁸⁹ *Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, CBOS, Warszawa 2007; http://www.cbos.pl/SPOSKOM.POL/2007/K_138_07.pdf [data dostępu 16.09.2008].

⁹⁰ B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność oraz opieka zdrowotna nad ludźmi starymi...*, s. 2 i n.

⁹¹ *Dochody i warunki życia ludności Polski...*

⁹² K. Kluzowa, K. Slany, *Obraz polskiej starości...*, s. 117.

⁹³ B. Szatur-Jaworska, *Aktywność ludzi starych na polskim rynku pracy...*, s. 105.

Częstość występowania niepełnosprawności w naturalny sposób wzrasta wraz z wiekiem: wśród ludzi w wieku 60–69 lat niepełnosprawnych było 39%, w grupie wiekowej 70–79 lat wskaźnik ten wynosił prawie 41%, a w grupie powyżej 80. roku życia urósł prawie do 47%⁹⁴.

W Narodowym Spisie Powszechnym z 2002 roku stan zdrowia osób starszych określany jest w kategoriach niepełnosprawności biologicznej oraz niepełnosprawności prawnej w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim. W pierwszym typie dominują osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym, tzn. niezdolne do pracy i wymagające ciągłej opieki (29,6% kobiet i 27,7% mężczyzn). Natomiast w drugim typie przeważają poważne ograniczenia sprawności (25,5% kobiet i 17% mężczyzn)⁹⁵. Opieką lekarską, zgodnie z doniesieniami ekspertów⁹⁶, objętych jest 86% osób starszych, stomatologiczną – 27%, pielęgniarzką – 32% i rehabilitacyjną – 13%. Dane te świadczą o poważnym deficycie w powszechnej dostępności do usług zdrowotnych.

Z powodu złego stanu zdrowia seniorzy wymagają często ciągłej i kompleksowej opieki oraz stałego nadzoru ze strony innych osób. Aby zapewnić odpowiednią opiekę, konieczna jest ocena stopnia sprawności ruchowej, psychicznej i samoobsługowej. Do pomiaru zdolności seniorów do samodzielnego funkcjonowania służy Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). Jej celem jest ustalenie stanu psychofizycznego i społecznego oraz planu pomocy przez zespół specjalistów, czyli geriatrę, pielęgniarkę, rehabilitanta, psychologa i pracownika socjalnego. Do współpracy powinna zostać zaproszona także rodzina chorego.

W skład COG wchodzi⁹⁷:

a) ocena czynnościowa – bada, w jakim stopniu seniorzy są samodzielnymi w prostych czynnościach higienicznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Stosuje się tutaj skalę Katza (ADL) i skalę Lawtona (IADL) lub skalę oceny sprawności samoobsługowej wg Barthel (wykorzystywaną między innymi w domach pomocy społecznej).

Skala ADL (*activities of daily living*) ocenia samodzielność w zakresie czynności życia codziennego, tj.: 1) kąpiel, 2) samodzielne ubieranie i rozbieranie się, 3) zdolność utrzymywania higieny osobistej, korzystania z toalety, 4) mobilność osoby w mieszkaniu (wstawanie z łóżka i przemieszczanie się), 5) samodzielność spożywania posiłków, 6) kontrola potrzeb fizjologicznych.

⁹⁴ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2006, s. 51.

⁹⁵ K. Kluzowa, K. Slany, *Obraz polskiej starości...*, s. 117.

⁹⁶ B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność oraz opieka zdrowotna nad ludźmi starymi...*, s. 8–10.

⁹⁷ Za: T. Radzik, B. Prażmowska, *Zastosowanie skal do oceny sprawności psychoruchowej w planowaniu opieki nad pacjentem w podeszłym wieku*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku...*, s. 47–60; J. Twardowska-Rajewska, *Polipatologia jako przyczyna niepełnosprawności osób w podeszłym wieku*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007, s. 35–37.

Natomiast skala IADL (*instrumental activities of daily living*) – Test Złożonych Czynności Dnia Codziennego – jest narzędziem oceny bardziej skomplikowanych czynności, funkcjonowania seniora we współczesnym otoczeniu, ocenia mobilność i sprawność poza domem, czyli zdolność do samodzielności w: 1) korzystaniu z telefonu, 2) dotarciu do miejsca znajdującego się poza dystansem spaceru, 3) zakupach artykułów spożywczych, 4) przygotowaniu posiłków, 5) pracach gospodarstwa domowego np. sprzątanie, 6) drobnych naprawach domowych, 7) praniu, 8) samodzielnym przyjmowaniu lekarstw, 8) zarządzaniu własnymi pieniędzmi⁹⁸.

Stosowana w placówkach opiekuńczych Skala Barthel obejmuje stopień samodzielności spożywania posiłków, przechodzenia z łóżka i z powrotem, w utrzymaniu higieny osobistej, korzystaniu z toalety (zapinanie i rozpinanie bielizny, ubrania), kąpieli, mycia całego ciała, poruszania się po płaskim terenie na dystansie powyżej 50 metrów (w przypadku, gdy pacjent korzysta z wózka), wchodzenia i schodzenia ze schodów, ubierania się łącznie ze sznurowaniem obuwia, kontroli oddawania stolca oraz moczu⁹⁹,

b) ocena zdrowia fizycznego – bada i ocenia stan fizyczny organizmu w sytuacji wystąpienia choroby przewlekłej. Dostępne są skale medyczne, w tym geriatryczne, tj. skala Tinetti (dotyczy ryzyka upadków), skala Norton, Waterlow (dotyczy ryzyka powstania odleżyn), skala MNA (*Mini Nutritional Assessment* – dotyczy stanu odżywienia),

c) ocena stanu umysłowego służy pomiarowi możliwości zapamiętywania nowych wiadomości, odtwarzania z pamięci itp., wykorzystuje się skrócony test sprawności umysłowej wg Hodgkinsona. Ukryte stany demencji bada się za pomocą GDS – Geriatrycznej Skali Oceny Depresji wg Yesavage. Skala Holsteinów MMSE (*Mini Mental State Examination*) testuje stan pamięci i wyższe funkcje intelektualne (zapamiętywanie, odtwarzanie, liczenie, język, orientacja pacjenta),

d) ocena socjalna pomaga w diagnozie sytuacji społecznej i bytowej. Na jej podstawie specjaliści wraz z rodziną ustalają plan pomocy zgodny z potrzebami seniorów, w razie konieczności kierują pacjenta do instytucji opiekuńczych lub kwalifikują do opieki domowej¹⁰⁰.

Badania porównawcze, przeprowadzone w odstępnie 12 lat na tej samej grupie starszych respondentów, dowiodły, że pomimo upływu czasu większość osób jest w stanie funkcjonować w podstawowych wymiarach swojej przestrzeni życiowej, pomimo zaawansowanego wieku i jego konsekwencji. Spadł stopień samodzielności w zakresie czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, takimi jak: gotowanie i sprzątanie oraz poruszanie się¹⁰¹. Brak samodzielności uzależnia osoby starsze od opiekuna.

⁹⁸ T. Radzik, B. Prazmowska, *Zastosowanie skal do oceny sprawności...*, s. 50.

⁹⁹ Ibidem, s. 51.

¹⁰⁰ Za: J. Twardowska-Rajewska, *Polipatologia jako przyczyna niepełnosprawności...*, s. 35–37.

¹⁰¹ P. Łysy, B. Tobiasz-Adamczyk, *Stan funkcjonalny osób starszych wiekiem poddanych 12-letniej obserwacji*, [w:] A. Panek, Z. Szarota, (red.) *Zrozumieć starość...*, s. 100–103.

Gerontologia twierdzi, że stulatkwie stają się grupą ludności o największej dynamice wzrostu. Niezwykle interesujące są dane dotyczące sprawności funkcjonalnej 92 (77 kobiet i 15 mężczyzn) spośród 2 tys. polskich stulatków¹⁰², pochodzące z badań prowadzonych w ramach programu „PolStu99”¹⁰³. Średnia wieku badanych wynosiła 102,2 lata, przy czym najmłodsza respondentka miała 100,5 lat, a najstarsza – 111,8 lat. Stosunek kobiet do mężczyzn wyniósł 5:1. Wyniki badań zawierają się w stwierdzeniu, że większość spośród badanych stulatków zachowuje zdolność do samodzielnego funkcjonowania w zakresie niezbędnych, podstawowych codziennych czynności: 80% badanych jadło samodzielnie, 73% myło ręce, 61% wstawało i kładło się do łóżka, dla 57% samodzielne korzystanie z toalety nie było problemem, ubierało się i rozbierało 52%. Najmniej osób, bo co czwarta, samodzielnie brało prysznic lub kąpiel. Badania dowiodły także, że osoby najstarsze mają znacznie osłabioną zdolność do samoobsługi (przyjmowanie leków, używanie telefonu, gotowanie, pranie, sprząatanie, zakupy), nie mogą więc samotnie mieszkać ani samodzielnie opuszczać domu. Największe ograniczenie towarzyszy sprawności lokomocyjnej (chodzenie po schodach, dystans dłuższy niż 400 m, korzystanie ze środków masowej komunikacji).

W badaniach nad oceną sprawności ruchowej polskich stulatków wykazano, że grupa ta (92 osoby) cieszy się stosunkowo dużą sprawnością ruchową: 44% badanych samodzielnie wykonywało co najmniej trzy czynności określone skalą Tinettiego (ocena ryzyka upadków), 43% przy pomocy innych osób lub urzędzeń, a 13% nie wykonywało tych czynności – średnio od około roku. Dowodzi to teorii niejakiej selekcji: skłonność do długowieczności zazwyczaj implikuje zachowanie sprawności do bardzo późnych lat życia¹⁰⁴.

Pogarszanie się zdrowia i sprawności starszej generacji wymaga geriatrycznej opieki zdrowotnej. Ludzie starzy są najczęstszymi odbiorcami świadczeń służby zdrowia z racji wielochorobowości, licznych powikłań, a także nietypowego przebiegu chorób i ich przewlekłego charakteru. Tymczasem w polskiej służbie zdrowia występują duże braki w zakresie specjalistycznej opieki geriatrycznej. Zespołowe działania lekarza, pielęgniarki i pracownika socjalnego w zakresie zaspokajania wielostronnych potrzeb najstarszych pacjentów pozostawiają wiele do życzenia. Jak pokazują wyniki badań z 2000 roku, współudział przedstawicieli tych trzech zawodów wyniósł zaledwie 6%. Najwięcej świadczeń było udzielanych przez samego lekarza (47%)¹⁰⁵. Jak alarmuje Jarosław Derejczyk: „W środowisku lekarskim geriatryka jest specjalizacją niepopularną. [...] Kadra ogólnomedyczna posiada najniższą edukację

¹⁰² Dane dotyczące liczebności za: H. Kowalik, *Jak dożyć 100 lat*, „Przegląd” 2003, nr 4.

¹⁰³ J.J. Pruszyński i in., *Ocena stanu funkcjonalnego polskich stulatków – doniesienie wstępne*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 11 (2), s. 80–83.

¹⁰⁴ M. Kupisz-Urbańska, K. Broczek i in., *Ocena sprawności ruchowej polskich stulatków*, „Gerontologia Polska” 2006, t. 14, nr 1, s. 36–40.

¹⁰⁵ B. Bień, *Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość...*, s. 78, 89–90.

w dziedzinie geriatry. Człowiek starszy jest najtrudniejszym i najdroższym pacjentem w systemie opieki zdrowotnej¹⁰⁶. Niewielka liczba lekarzy geriatrów – jedynie 150 z 255 posiadających tę specjalizację¹⁰⁷ – jest skutkiem przede wszystkim niewystarczającej liczby placówek przygotowujących do zawodu. Dużym błędem jest również brak w minimum programowym dla studentów uczelni medycznych obowiązkowych zajęć z geriatry i gerontologii¹⁰⁸.

Obecny system zabezpieczenia społecznego jest niespójny, o zróżnicowanym stopniu dostępności i miernej jakości świadczonych usług, które nie zaspokajają specyficznych potrzeb najstarszych pacjentów. Na podstawie tych specyficznych potrzeb zostały opracowane zasady opieki geriatrycznej:

1. Powszechność opieki (równy dostęp do służby zdrowia).
2. Dostępność opieki (łatwy dostęp do placówek ochrony zdrowia bez względu na miejsce zamieszkania, darmowe świadczenia zdrowotne).
3. Ciągłość opieki (pomoc długookresowa ze względu na postępujący proces starzenia i choroby przewlekłe).
4. Jakość opieki (profesjonalna pomoc świadczona przez wykwalifikowanych lekarzy z zasadami etycznymi).
5. Kompleksowość opieki (wspólna praca lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, pracownika socjalnego oraz innych specjalistów nad rozwiązywaniem problemów zdrowotno-społecznych seniorów)¹⁰⁹.

Tymczasem niezrozumiała jest polityka państwa, polegająca na zmniejszaniu liczby łóżek geriatrycznych przy trzykrotnym wzroście hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych (w latach 1998–2001): „Według danych Krajowego Konsultanta w dziedzinie Geriatryi liczba łóżek geriatrycznych w okresie od 1999 do 2004 r. zmniejszyła się o ponad 1/3 (redukcja z 465 do 300)”¹¹⁰.

¹⁰⁶ J. Derejczyk, *Służba zdrowia wobec potrzeb ludzi starszych*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2002, s. 126.

¹⁰⁷ J. Twardowska-Rajewska, *Nowoczesna geriatrya*, [w:] J. Rzepka (red.), *Problematyka osób w wieku starszym*, GWSP im. kardynała Augusta Hlonda, Mysłowice 2006, s. 46. Doniesienia prasowe informują, że w Polsce jest około 120 specjalistów geriatrów; http://wiadomosci.onet.pl/2682,1834803,naukowe_badanie_ludzi_starszych,wydarzenie_lokalne.html [data aktualizacji 30.09.2008]. W Krakowie liczba geriatrów świadczących usługi zdrowotne wynosiła w październiku 2008 r. 22 osoby. Za: *Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2007*, Urząd Miasta Krakowa 2008; www.bip.krakow.pl/zalaczniki/dokumenty/24358, s. 76 [data aktualizacji 5.11.2009].

¹⁰⁸ J. Derejczyk, *Potrzeby zdrowotne osób starszych a polska służba zdrowia*, [w:] B. Tokarz (red.), *My też. Seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004, s. 109.

¹⁰⁹ B. Bień, *Ochrona zdrowia ludzi starych w Polsce wyzwaniem dla polityki społecznej*, „Praca Socjalna – wydanie specjalne” 2003, nr 2, s. 102.

¹¹⁰ A. Rajska-Neuman, *Stanowisko kolegium lekarzy specjalistów geriatryi w Polsce w sprawie dyskryminacji osób starszych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] B. Tokarz (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005, s. 56.

3.2. Sytuacja psychologiczna, postawy wobec starości, style życia w starości

Na proces starzenia się ma wpływ postawa, jaką człowiek przyjmuje w stosunku do tego okresu swojego życia. Postawa to pozytywna lub negatywna, trwała ocena ludzi, obiektów i pojęć. Postawa jest trwała w tym sensie, że często utrzymuje się przez dłuższy czas. Elementami postawy są:

- komponent emocjonalny, czyli reakcja emocjonalna wobec przedmiotu postawy, np. osoby lub problemu społecznego,
- komponent poznawczy, czyli myśli i przekonania o przedmiocie postawy,
- komponent behawioralny, czyli działania, zachowania wobec przedmiotu postawy.

Postawy mogą ulegać zmianom¹¹¹.

Jakie postawy wobec własnej starości przyjmują seniorzy? Analiza rozległej literatury wskazuje, że temat ten interesuje wielu badaczy. Najbardziej rozpowszechniona jest klasyfikacja Denisa Bromleya na podstawie wyników badań Suzanne Raichard. Analizie poddano wyodrębnione w toku badań najczęściej występujące postawy ludzi starych. Są nimi:

– **Postawa konstruktywna** reprezentowana przez ludzi pełnych humoru, tolerancyjnych, lubiących towarzystwo i rozrywki, z aktywnością ukierunkowaną na rzecz najbliższych i potrzebujących; idealny wzór przystosowania do starości. Osobę cechuje zadowolenie z życia, chęć korzystania z niego. Jest zintegrowana wewnątrznie, cieszy się życiem, stosunki z innymi cechuje ciepło, humor, tolerancja, układność, świadomość siebie, swoich osiągnięć i błędów. Jest przyjazna i pomocna, odznacza się sprawnością umysłową i na ogół jest zdrowa, cieszy się tym, co ją jeszcze czeka w życiu. Historia jej życia wykazuje ciągłość i stały rozwój. Jej poziom moralny jest wysoki. Śmierć jej nie przeraża.

– **Postawa zależna** charakteryzuje osoby bierne, uległe, słabe duchowo i fizycznie, szukające wsparcia u innych, żądające pomocy i sympatii pomimo zachowanej sprawności fizycznej i psychicznej, nieszczęśliwe, że najbliżsi nie dostrzegają ich potrzeb. Osoba nie szuka zadowolenia w pracy, którą mogłaby jeszcze wykonać, męczy się łatwo i chętnie wypoczywa w zaciszu domowym. Stosunki z innymi ludźmi cechuje bierność i zależność, mieszanina biernej tolerancji, oportunistu, podejrzliwości wobec nowych znajomych oraz obaw, by nie zakłócali oni spokoju i poczucia bezpieczeństwa.

– **Postawa obronna** dotyczy osób, które są chłodne, sztywne, przesadnie opanowane, skrupowane zwyczajami i konwenansami, separujące się od innych. Postawa ta charakteryzuje osoby samowystarczalne i odrzucające pomoc innych, z silną potrzebą własnej niezależności, nie lubiące bezczynności, dążące do osiągnięć. Są bierne, starość oceniają negatywnie, jednak pragną jak najdłużej zachować aktywność i samodzielność. Typ „opancerzo-

¹¹¹ E. Aronson, T.D. Wilson, R.M. Akert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997, s. 314.

nych” nie dopuszcza nikogo do siebie. W emocjach są sztywni i chłodni, nie okazują uczuć. Są zaabsorbowani życiem zewnętrznym, na starość patrzą pesymistycznie.

– **Postawę wrogości do świata** przejawiają jednostki, które są agresywne, wybuchowe, podejrzliwe, skłonne do rywalizacji. Nie chcą być zależne od innych. Niezadowoleni z jakości kontaktów z ludźmi, izolują się od nich. Winę za własne błędy przypisują warunkom zewnętrznym lub otoczeniu. Ich poglądy na świat i na własne możliwości cechuje brak realizmu. Tej starości towarzyszą stany lękowe, pesymizm i depresja, strach przed popełnieniem błędów. Boją się niedołęstwa i śmierci, starają się zająć pracą. Starość i słabość budzą w nich odrazę.

– **Postawę wrogości w stosunku do samego siebie** preferują osoby pesymistycznie i negatywnie nastawione do własnego życia. Ludzie tacy nie posiadają „wyższych” zainteresowań, są bierni, często w stanie depresji, smutku, fatalizmu. Starość odbierana jest przez nich jako kara, a śmierć jawi się jako ucieczka od trudów i nieznośności dotychczasowego życia. To postawa ludzi pesymistycznie nastawionych do siebie i do życia. Są bierni, pasywni, bez inicjatywy, zniechęceni, skłonni do depresji i smutku. Krytycznie ustosunkowani do własnego życia twierdzą, że są niepotrzebni i mają nieudane życie. Czują się samotni i życie nie przynosi im radości. Godzą się z faktem starości, ale nie potrafią przyjąć optymistycznej, konstruktywnej postawy, są pesymistami. Śmierć ich nie przeraża, traktują ją jako wyzwolenie z nieszczęśliwej egzystencji¹¹².

Amerykańska badaczka, Berenice Neugarten¹¹³, analizując teorię osobowości w procesie starzenia się i starości, wyróżniła osiem wzorów zachowań osób starszych:

– **wzór A: reorganizator**, polega na przebudowie własnego życia po przejściu na emeryturę, staraniach o utrzymanie wysokiej i różnorodnej aktywności, różniącej się jednak od dotychczasowej. Ten nowy styl życia przynosi satysfakcję. Prężność i żywotność osób starszych wyraża się w umiejętnej reorganizacji zajęć i w znajdowaniu nowych pól aktywności. Przykładem takiej postawy może być wypowiedź 74-letniej pani J., matki, babci i prababci, słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Chrzanowie: – „W pokładach mojego ‘ja’ są doświadczenia, które nie zawsze są chętnie słuchane, ale mogę się nimi dzielić, moją radością, która mnie rozpiesza, która ‘zasłania’ moje zmarszczki na twarzy”,

– **wzór B: skupiony**, cechuje ukierunkowanie się na jeden rodzaj aktywności, czynności, dziedzinę, która do tej pory najbardziej interesowała. Osoby

¹¹² Por.: D.B. Bromley, *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1969, s.132–140; K. Wiśniewska-Roszkowska, *Nowe życie po sześćdziesiątce*, IWZZ, Warszawa 1986, s. 33.

¹¹³ Za: O. Czerniawska, *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2000, s. 128–129; por.: M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Akademia Medyczna, Białystok 2004, s. 339–340.

te osiągają satysfakcję ze swojego życia, mogą bowiem zajmować się tym, co najbardziej lubią,

– **wzór C: niezaangażowany**, reprezentuje postawę wycofania się z życia. Osoba przyjmująca taką postawę przygląda się toczącemu się życiu ze spokojem i zadowoleniem, że już w nim nie uczestniczy i nie jest za nic odpowiedzialna. Przynosi jej to swoistą satysfakcję. Postawa ta wskazuje, że aktywność zewnętrzna nie wszystkim jest potrzebna dla zachowania wysokiej oceny jakości życia,

– **wzór D: trzymający się**, charakteryzuje się utrzymaniem aktywności na poziomie tej przejawianej w średnim wieku. Dopóki osoba starsza jest w stanie utrzymać taką aktywność odczuwa satysfakcję z życia,

– **wzór E: kurczący się**, prezentuje postawę wycofania się z aktywnego życia i zawężenia swojej aktywności do określonych ról. Aktywność, którą przejawiają osoby prezentujące tę postawę, jest im potrzebna do zachowania satysfakcji życiowej,

– **wzór F: szukający wsparcia**, charakteryzuje się potrzebą pomocy ze strony otoczenia. Osoby takie oczekują opieki i uczucia ze strony bliskich. Jest im to potrzebne do wyboru rodzaju aktywności. Gdy otrzymują pomoc, są zadowolone,

– **wzór G: apatyczny**, odnosi się do osób apatycznych i nieaktywnych. Osoby te zawsze takie były, nigdy nie oczekiwały wiele od życia i w starości nadal zachowują taką postawę,

– **wzór H: zdeorganizowany**, odnosi się do osób całkowicie zdeintegrowanych, słabo kontrolujących siebie, z niskim poziomem satysfakcji życiowej. Wymagają one pomocy i wsparcia ze strony otoczenia.

Typologia B. Neugarten dowodzi, że pomimo upływu lat można być aktywnym. Bycie starym nie oznacza końca możliwości rozwojowych. Przekonanie, że należy zamknąć się w domu, by oczekiwać na koniec życia, jest błędne. Starość polega na adaptacji. Dzięki dużej ilości czasu wolnego na emeryturze można się zająć rzeczami, które się lubiło we wcześniejszych okresach życia bądź można wyszukać dla siebie nowe pasje, zainteresowania. „Jednostki internalizują ‘zegar społeczny’, a normy wieku działają jako impulsy i hamulce zachowań w przestrzeni życia (wydarzenia normatywne). [...] wydarzenia nieoczekiwane (nienormatywne, np. wypadek samochodowy) mogą także mieć konsekwencje rozwojowe”¹¹⁴. Możliwe są różne strategie radzenia sobie ze stresami życiowymi, z adaptacją – są nimi omówione wyżej wzory starzenia się.

¹¹⁴ J. Halicki, *Spoleczne teorie starzenia się*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 269.

Adam A. Zych przytacza propozycję C.S. Forda, amerykańskiego gerontopsychologa, który wyróżnił następujące typy postaw psychicznych ludzi starych:

– **regresja** polega na powrocie do minionych form zachowania, przejawia się wymuszaniem pomocy w życiu codziennym, chociaż stan zdrowia tego nie wymaga,

– **ucieczka**, jako forma wyzwolenia się z trudnej sytuacji, polega na zmianie miejsca zamieszkania,

– **dobrowolna izolacja od otoczenia** przejawia się w biernej postawie i minimalnym uczestniczeniu w życiu społecznym,

– **przewrotne postępowanie** polega na dążeniu do zdobycia wyższej pozycji i zainteresowania otoczenia swoją osobą,

– **integracja i dostosowanie**, jako najbardziej konstruktywna postawa, gdzie osoba starsza bez względu na stan zdrowia oraz wiek chronologiczny włącza się do życia społeczności, nie manifestuje swoich dolegliwości zdrowotnych, jest życzliwa i otwarta, a także skłonna do pomocy¹¹⁵.

Ten sam autor wśród postaw osób starszych wobec procesu starzenia się wyróżnia kilka typów i ilustruje je wypowiedziami respondentów:

– postawę lęku przed starością i buntu wobec starzenia się: „Starość jest tym, czego nie chcę doczekać!; Boję się starości; Starość jest smutną koniecznością, klęską życiową; Starość kojarzy mi się z utratą zdrowia i urody”,

– postawę rezygnacji i/lub izolacji emocjonalnej i społecznej:

Starzenie się to proces, do którego można się przyzwyczaić, a starość to powolne wyłączenie się z życia i niestety ciągły lęk, że jutro będę jeszcze starszy; Starzenie się to powolne wyłączenie się z życia zawodowego, schodzenie na ‘boczny tor’. Starość – to choroby i niedołężność, i coraz mniej znajomych; Starzenie się jest okresem smutnym dla każdego człowieka. Czas biegnie szybciej niż kiedyś, za młodych lat. Człowiek stary często czuje się starym i niepotrzebnym; Takie jest życie, żeby inni młodzi zaczęli działać, starsi muszą ustąpić,

– postawę rozsądnej poznawczej i emocjonalnej akceptacji starości:

W każdym okresie życia można się czuć człowiekiem potrzebnym i wartościowym, jeśli obiektywne warunki na to pozwalają. A starość? – nie istnieje, to jest po prostu inne życie; Starzenie się uważam za naturalny proces przemijania, z którym niezbyt łatwo, lecz muszę się pogodzić. Pocięszam się tym, że każdy wiek ma swój urok, dlatego też nie żałuję, że doczekałam starości, bo równie jestem szczęśliwa jak za młodych lat; Dla mnie starość, to jak noc gwieździsta, która kończy nasze istnienie, a zarazem oznacza przekazywanie wartości; Starość jest piękna, jeżeli jest się kochanym i kocha się,

¹¹⁵ A.A. Zych, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999, s. 143.

– postawę refleksji nad przeżytym odcinkiem życiowym:

Starzenie się jest to odpowiedni okres mojego życia, w którym mogę spokojniej i dokładniej przyjrzeć się światu; Starość – jest to stan bardzo trudny, niosący z sobą wiele radości i równocześnie rozczarowań, oczekiwań oraz chwil pełnych zadumy i rozliczeń własnego życia; Starzenie się i starość jest etapem życia, który pozwala człowiekowi na podsumowanie samego siebie. Człowiek starzejący się zadaje sobie często pytanie, do czego doszedł, co osiągnął w swym dotychczasowym życiu. Jest to więc okres, w którym człowiek stara się osądzić siebie jako istotę rozumną, która znalazła się u kresu swej drogi¹¹⁶.

Inne polskie badania przyniosły kolejną propozycję typologii postaw osób starych wobec starości. Typologia ta zawiera pięć rodzajów postaw: aktywny-zachowawczy, aktywny-sybaryta¹¹⁷, rodzinny, zagrożony oraz pasywny-sybaryta.

– **Aktywny-zachowawczy** – człowiek starszy tak określany chce, aby jego życie nie różniło się od tego, jakie prowadził w okresie wcześniejszym. Pragnie być aktywny, dopóki siły mu na to pozwolą. Chce zachować samodzielność i unika pomocy innych osób.

– **Aktywny-sybaryta** chce odpocząć na stare lata. Oszczędzał pieniądze i dbał o zdrowie. Swoją starość chce wykorzystać na to, na co wcześniej nie miał czasu, np. na podróże.

– **Typ rodzinny** odpowiada osobom, które skupione są na pomocy rodzinie i właśnie rodzinę uważają za źródło największej radości.

– **Zagrożony** – to osoba, która niepokoi się o swoją przyszłość, boi się samotności. To osoba często niezaradna, która czuje się niepewnie. Człowiek taki jest wdzięczny za czyjąś opiekę.

– **Pasywny-sybaryta**, to człowiek, który uważa, że w życiu już dość się napracował i na starość oczekuje opieki ze strony państwa¹¹⁸.

Analiza zaprezentowanych typów postaw wydaje się wskazywać, że człowiek – niezależnie od wieku – dąży do dobrostanu emocjonalnego, poszukuje rzeczy i wydarzeń przynoszących mu zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, dostarczających przyjemności.

W starości procesy myślenia mają charakter dialektyczny, co sprzyja in-nemu niż we wcześniejszych okresach życia spostrzeganiu „stanów rzeczy” i godzeniu przeciwstawięństw. Na to, jak człowiek przeżywa swoją starość i jak w tym okresie funkcjonuje, ma wpływ całe jego życie.

¹¹⁶ A.A. Zych, R. Bartel, *Zur lebenssituation alternder Menschen in Polen in der Bundesrepublik Deutschland – eine komparative Survey-Studie (Sytuacja życiowa ludzi starszych w Polsce i RFN)*, Institut für Heil – und Sonderpädagogik Giessen, Germany 1988, s. 94–100; A.A. Zych, *Człowiek wobec starości...*, s. 147–149.

¹¹⁷ Sybaryta: człowiek lubujący się w zbytku i przyjemnościach, „wygodnicki”.

¹¹⁸ Za: B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2000, s. 57–58.

Wpływ procesu starzenia na osobowość i postawy przedstawia Grażyna Makiello-Jarża. Charakterystyka zróżnicowanych postaw ludzkich w starości opisana została w szeregu, tworzącym continuum: od starości zdegradowanej poprzez zagubioną, zgorzkniałą, powszednią, pogodną i wspaniałą do wzniosłej.

Najsmutniejsza jest **starość „zdegradowana”**. Dotyka ona ludzi z chorobami Alzheimera, Parkinsona, zaawansowaną miażdżycą, które przyczyniają się do zupełnej dezintegracji człowieka. Człowiek, którego starość jest tak określana zdany jest na opiekę i troskę innych. Starość zdegradowana jest patologiczna, bolesna i nieświadoma siebie, osoba cierpi, lęka się wszystkiego, co (już) nieznanne, odczuwa dyskomfort. Przejawia nieadekwatne zachowania.

Starość „zagubiona” wynika z ograniczeń, które pojawiają się u części osób starszych wskutek zmian sklerotycznych. Osoby te są przytłoczone lękiem, brakiem poczucia bezpieczeństwa i troską, że ich stan zdrowia i funkcjonowanie ulega pogorszeniu. Cechuje ich zła orientacja w otoczeniu, we własnym stanie zdrowia, dominuje poczucie osamotnienia, lęku przed światem, który coraz trudniej zrozumieć.

Starość „zgorzkniała” opisuje ludzi rozczarowanych obecną swoją sytuacją, którzy czują się opuszczeni i niedocenieni za dotychczasowe osiągnięcia bądź działania podejmowane na rzecz innych. Jest to starość rozgorzyczona, zdradzona, która chciała wiele, włożyła wiele wysiłku w konstruowanie własnego losu i nie otrzymała „godziwej zapłaty”. Brak pozytywnych rezultatów własnych działań, opuszczenie przez ludzi, dla których się pracowało, którym się służyło, doprowadza do automarginalizacji.

Starość „powszednia” zawiera w sobie elementy wszystkich opisywanych tu rodzajów starości i jest charakterystyczna dla większości seniorów. Łączy ona w sobie zarówno pozytywne, jak i negatywne postrzeganie siebie i swojej sytuacji w tym okresie życia. Zależnie od doświadczeń i subiektywnych odczuć raz przeżywana jest jako wspaniała, wzniosła, a innym razem zgorzkniała. Naprzemiennie występują radości i smutki, zdrowie i choroba, uczucie szczęścia i przygnębienia.

Starość „pogodna” jest udziałem człowieka pogodzonego ze zmianami i uciążliwościami ujawniającymi się w tym okresie jego życia, jednocześnie pozytywnie oceniającym swój los w przeszłości, chociażby nie był on pozbawiony cierpienia i przeciwności. Wiąże się z pozytywnym bilansem życiowym. Jest to starość, która chętnie daje siebie, potrafi słuchać, nieść pomoc, okazuje życzliwość i wyrozumienie. Cechuje ją transcendentna mądrość, jako skutek zgromadzonego doświadczenia.

Starość „wspaniała” jest twórcza, godna pozazdrosczenia, aktywna, przekazuje mądrość, dzieli się z innymi własnym doświadczeniem. Bywa skąpiona na własnym wnętrzu, poszukiwaniu kontaktu z Bogiem, sensu życia i śmierci. Jest drogowskazem dla młodych. Opisuje ludzi, którzy w swej starości są aktywni, piszą, malują, pracują naukowo, cieszą się życiem, są spełnieni.

Starość „wzniosła” łączy w sobie najwyższy stopień rozwoju człowieka, który odnalazł sens życia, starości, śmierci i zjednoczenia z Absolutem. Człowiek taki reprezentuje pogodną akceptację świata, otaczającej rzeczywistości i oddanie innym. Jest pogodna i wspaniała zarazem, niezależna i pokorna, wznosząca się ponad siebie, ponad doczesność. Jest to starość mędrców i ludzi wybranych. Przykładem takiego obrazu starości byli Jan Paweł II i Matka Teresa z Kalkuty¹¹⁹.

J. Różycka wyróżnia trzy typy zachowania się kobiet (badanych w wieku 60–70 lat). Określa je mianem: „młode”, „stare” i „pośrednie”. Typ „młoda” to osoby, które są aktywne, modne i eleganckie, ukrywają i maskują swój wiek i dolegliwości, nie rezygnują z dotychczasowego stylu życia, snują plany na przyszłość. Typ „stara kobieta” cechuje: przygnębienie i pesymizm, smutek, apatia i zaniedbanie, aktywność ograniczona zostaje do koniecznych czynności. Kobiety te nie czytają, nie posiadają szerszych zainteresowań. Dolegliwości swoje uważają za wynik starzenia się i sądzą, że nie powinny być leczone i pozostaje im czekanie na śmierć. Grupę określoną mianem „pośredniej” charakteryzuje częściowe pogodzenie się ze starością, co owocuje aktywnością w jednych dziedzinach a biernością w innych, uważają one, że w ich wieku „wypada robić jedne rzeczy, innych nie”¹²⁰.

Analiza zaprezentowanych postaw najstarszego pokolenia przynosi spostrzeżenie, że przeważają postawy negatywne, co implikować musi gorsze samopoczucie i niesatysfakcjonujące seniorów funkcjonowanie w społeczeństwie.

Wielu starszych ludzi odkryło specyficzne strategie, które pomagają im dobrze się starzeć. Dobre starzenie mogłoby polegać na wyciąganiu jak największych korzyści z zysków, a jednocześnie minimalizowaniu strat, które towarzyszą fizjologicznemu, normalnemu starzeniu się. Taka strategia, współcześnie zaproponowana przez M. Baltes, P. Baltes, nazwana została: „selektywną optymalizacją połączoną z kompensacją”. Określenie „selektywna” oznacza, iż ludzie mogą swobodnie zmniejszać liczbę i zakres stawianych sobie celów. „Optymalizacja” polegać powinna na kształceniu się lub ćwiczeniu w dziedzinach dla nich najważniejszych. Z kolei pojęcie „kompensacja” zwraca uwagę na to, że człowiek może używać alternatywnych sposobów radzenia sobie z zaistniałymi „stratami” (np. w miarę starzenia zmniejszająca się aktywność społeczna powoduje, iż seniorzy utrzymują tylko te relacje, które są dla nich najważniejsze)¹²¹. Strategia ta odwołuje się do umiejętności zarządzania zyskami i stratami, czyli ogólnym procesem adaptacji do starości złożonym z trzech elementów wchodzących w interakcje:

1. Wzrastające ograniczenia wywołane utratą możliwości adaptacji (selekcja).

¹¹⁹ G. Makiełło-Jarża, *Oblicza starości*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku...*, s. 82–84.

¹²⁰ Za: K. Wiśniewska-Roszkowska, *Starość jako zadanie...*, s. 35.

¹²¹ Za: P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 213.

2. Ludzie angażują się w działania, by powiększyć ogólne rezerwy i maksymalizować wybrane obszary życia i towarzyszące im formy zachowań (optymalizacja).

3. Utrata lub redukcja specyficznych sprawności – poniżej standardu wymagane dla właściwego funkcjonowania (kompensacja)¹²².

W przedstawionych typologiach można zauważyć podobieństwa. Grupy postaw negatywnych wobec starości są charakterystyczne dla osób starszych o podobnych cechach i świadczą o złym przystosowaniu się do starości. Grupy postaw pozytywnych wobec starości są właściwe osobom wykazującym pogodny stosunek do życia i są świadectwem dobrego starzenia się. Na takie właśnie grupy generalnie dzieli się postawy wobec starości¹²³.

Przyczynkowe badania własne dowiodły, że starość można malować różnymi kreskami, otrzymując dwa różne portrety:

Pierwszy obraz przedstawia siedzącą w fotelu zadbaną osobę, w schludnym ubraniu, z włosami pokrytymi siwizną, z pogodną, niepozabawioną zmarszczką, uśmiechniętą twarzą. Osoba w dłoniach trzyma książkę. Obok znajduje się elegancka walizka, na niej książeczka czekowa i bilet podróży. Osobie tej towarzyszy jej zasłuchany wnuk lub przyjaciel. Na drugim planie widać monitor komputera. Dzieło nosi tytuł: „Mądre pomysły”.

Na drugim obrazie widać zmęczonego człowieka o smutnych oczach, w niemodnym i zniszczonym ubraniu, z chustką na głowie lub laską w ręku. Przy jej/jego stopach leży pies lub kot, a ona/on w zamyśleniu pochyla się nad krzyżówką. Na drugim planie widać telewizor, na którym położony jest różaniec i lekarstwa. Tytuł: „Znużenie”¹²⁴.

Który portret dostarcza przyjemniejszych wrażeń? A który jest prawdziwy?

Olga Czerniawska¹²⁵, na podstawie badań empirycznych, wyodrębniła sześć stylów życia osób w trzecim wieku. Style te są efektem rozwoju określonych zainteresowań we wcześniejszych fazach biografii badanych jednostek:

1. Styl całkowicie **bierny**, czyli pozostawanie we własnym mieszkaniu, opuszczanie go tylko przy wyjątkowych okazjach (uroczystości rodzinne, głosowanie), wycofanie się z życia, usprawiedliwane brakiem sił fizycznych i niezdolnością do pokonywania np. barier architektonicznych (schody, brak windy, podjazdów), ale przede wszystkim barier psychicznych, zaspokajaniem potrzeby bezpieczeństwa. Często wynika z choroby i niemożności uczestniczenia w życiu społecznym. Jednostka wycofuje się z życia i zamyka w sobie. Często postawie tej towarzyszy poczucie zniechęcenia, lęku i zagrożenia, obawa przed własną bezradnością i brakiem opieki ze strony najbliższych.

¹²² Por.: J. Halicki, *Spoleczne teorie starzenia się...*, s. 270.

¹²³ O. Czerniawska, *Style życia ludzi starszych*, [w:] O. Czerniawska (red.), *Style życia w starości*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 1998, s. 19–24.

¹²⁴ Zob.: Z. Szarota, *Portrety starości – analiza hermeneutyczna*, Zeszyty Naukowe Forum Młodych Pedagogów przy Komitecie Nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk, (red.) A. Domagała-Kręcioch, Z. Szarota, z. 8, Kraków 2004, s. 207–208.

¹²⁵ O. Czerniawska, *Style życia ludzi starszych...*, s. 19–24.

2. Styl **rodzinny** związany z podejmowaniem aktywności na rzecz najbliższych, rozszerzoną rolą babci, dziadka, niekiedy zastępującą całkowicie czynności wychowawcze rodziców. Dziadkowie ograniczają inne formy aktywności po to, by „służyć” wnukom, przestają uczestniczyć w życiu społecznym, ograniczają swe życie towarzyskie. Opieka nad wnukami wypełnia osobom starszym cały czas, wypierając inne formy aktywności.

3. Styl związany z uprawą ogródka działkowego. Osoby starsze, które mają ogródki działkowe, wiele czasu i energii poświęcają uprawie owoców i warzyw. Przynosi im to satysfakcję, wypełnia wolny czas, pozwala na utrzymanie i nawiązanie nowych kontaktów towarzyskich. Może przyczynić się do dodatkowych korzyści materialnych. Działka to nie tylko hobby, ale cała filozofia życia. Pewną modyfikacją propozycji O. Czerniawskiej jest styl „**hobbystyczny**”, który można rozciągnąć na te osoby, które posiadają pasje i im poświęcają się przede wszystkim¹²⁶.

4. Styl **zaangażowany**, to aktywność społeczna w stowarzyszeniach, partiach, grupach wsparcia, akcjach charytatywnych. Seniorzy stanowią ważną grupę społeczną i mogą walczyć o swoje prawa. Nie są obojętni na życie społeczne, na problemy swojej grupy wiekowej i chcą angażować się w pracę na rzecz innych. Często są dla młodych wzorem patriotycznego i obywatelskiego postępowania.

5. Styl **domocentryczny** polegający na pomaganiu innym, ale jedynie w przestrzeni własnego domu, mieszkania, pogranicze stylu aktywnego i biernego. Osoby starsze przyjmują gości, hodują kwiaty, opiekują się zwierzętami domowymi, korzystają ze środków masowego przekazu, śledzą wydarzenia w życiu społecznym. Jeżeli ten styl życia prowadzi osoba samotna, może jej towarzyszyć poczucie izolacji i osamotnienia. Pewną rekompensatą staje się wtedy rozwinięte życie religijne, przede wszystkim uczestnictwo w nabożeństwach.

6. Styl **pobożny** – kościół, modlitwa jako centralny punkt odniesienia wszelkiej aktywności. Dotyczy głównie kobiet, których życie koncentruje się na codziennym uczestnictwie w nabożeństwach, spotkaniach w ruchach kościelnych. Zwykle styl ten podejmują ludzie, którzy byli religijni wcześniej. W starości, mając wolny czas, poświęcają go na silniejszą działalność i uczestnictwo w Kościele.

3.3. Zakres interakcji społecznych, funkcjonowanie w kręgach i instytucjach społecznych

Jednym z wyznaczników jakości życia społecznego jest sprawność funkcjonowania instytucji społecznych. Nauki społeczne terminem instytucja określają organy państwa (np. parlament, rząd, sądy), samorządu terytorial-

¹²⁶ Zob. Z. Szarota, *Gerontologia społeczna...*, s. 49.

nego (np. rada gminy, starostwo, urzędy, placówki), instytucje edukacyjne i kulturalne, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje, partie polityczne, związki zawodowe), które pełnią określone funkcje w społeczeństwie. Działalność instytucji i przynależność do niej są sformalizowane, czyli określone przepisami prawa lub normami statutowymi. Jest to także zespół praw, norm obyczajowych sankcjonujących życie społeczne (np. rodzina). Ze względu na spełniane funkcje wyróżnia się różne typy instytucji społecznych: wychowawcze, ekonomiczne, polityczne, religijne, kulturalne itp.¹²⁷

Określenie kręgi społeczne znane jest w polskiej literaturze od czasów Floriana Znanieckiego, który za najważniejsze dla jednostki uważał kręgi wychowawcze, kręgi zabawy oraz kręgi pracy¹²⁸. Zachodzą w nich relacje osobowe regulowane mechanizmami kontroli społecznej, akceptowanej normy obyczajowej. Osoby do nich należące utrzymują ze sobą wzajemny, stały kontakt.

Każda starsza osoba uczestniczy w wielu kręgach społecznych, nadto z racji posiadania obywatelstwa danego państwa ma prawo do usług i świadczeń instytucji powszechnie dostępnych, możliwość zagospodarowywania i użytkowania przestrzeni publicznej we wszystkich sferach życia.

Kręgi/instytucje społeczne funkcjonują w zachodzących na siebie wymiarach przestrzeni życiowej, począwszy od środowiska domowego, rodzinnego, poprzez społeczność sąsiedzka, kręgi przyjacielskie i koleżeńskie, wspólnotę wyznaniową, wyspecjalizowane instytucje środowiska lokalnego i okolicznego (urzędy i placówki, np. ośrodek zdrowia, ośrodek pomocy społecznej, dzienny dom pomocy społecznej), stowarzyszenia i kluby, po lokalne i regionalne organizacje seniorskie i prosenioralne, organizacje samopomocowe, instytucje edukacyjne, kulturalne, a nawet rynek pracy.

„Przestrzeń to jednolite i nieokreślone środowisko, w którym znajdują się przedmioty dostępne zmysłom”¹²⁹. To zbiór wzajemnych odniesień pomiędzy znajdującymi się w niej obiektami. W zbiorze tym zachodzą zjawiska i procesy organizujące i tworzące aktywność człowieka¹³⁰. Przestrzeń życiowa jako obszar życia i działania zróżnicowana jest ze względu na wielorakie cechy. Jej kształtowaniu nadają konteksty w rozumieniu położenia geograficznego, wielkości, zasięgu, powierzchni, granic. Istotną cechą dla opisu przestrzeni życiowej jest także czas¹³¹.

¹²⁷ R. Smolski, M. Smolski, E.H. Stadtmüller, *Słownik encyklopedyczny. Edukacja obywatelska*, Wydawnictwo Europa, Wrocław 1999.

¹²⁸ Za: A. Radzewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 471–472.

¹²⁹ Za: J. Semków, *Wielość wymiarów przestrzeni życiowej ludzi w III wieku*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000, s. 25.

¹³⁰ Ibidem.

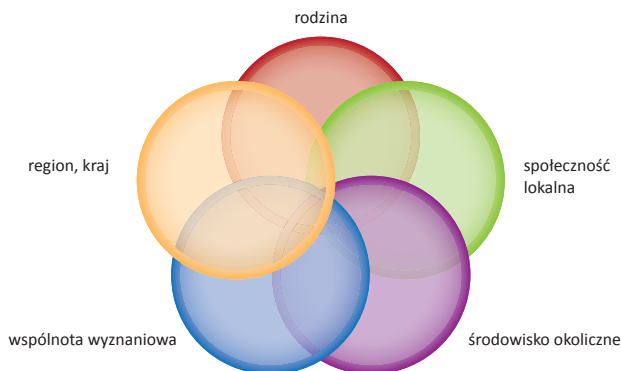
¹³¹ B. Butrymowicz, *Uwarunkowania obszarów i jakości przestrzeni życiowej*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa...*, s. 130.

Przestrzeń życiową ludzi trzeciego wieku determinują zarówno sama osoba starsza, jak i czynniki zewnętrzne znajdujące się w otaczającym ją środowisku. „To miejsce i czas jego [człowieka starszego – Z.S.] życia, to otoczenie tegoż miejsca oraz to wszystko, co się w nim dzieje i znajduje”¹³². Przestrzeń to miejsce, w którym przebiega życie człowieka, jest tym, co człowiek może wytworzyć i na co ma wpływ, tym, co sprawia, że jest on zadowolony z życia i daje mu poczucie „bycia u siebie”¹³³. Niestety, nie zawsze mamy wpływ na wybór tejże przestrzeni, często decyduje o nim los, który bywa bardzo różny.

W przedstawionych na rycinie 2. kręgach/instytucjach społecznych można uczestniczyć równocześnie, wykonując wiele ról społecznych oraz zadań rozwojowych. Jest to sytuacja optymalna, pozbawiona negatywnych skutków zdarzeń krytycznych, życie przebiega bez nieoczekiwanych zwrotów.

Na przedpolu starości i w jej początkowej fazie występuje względna równowaga pól aktywności (ryc. 2), natomiast znaczenie rodziny poszerza się wraz z upływem lat, by w późnej starości stać się najszerszym polem codziennej aktywności jednostki (ryc. 3).

Przestrzeń dnia codziennego jest to przestrzeń pozostająca w zasięgu działania, „oswojona” przez osoby starsze. Strukturę nadają jej czynności powszednie. Jest to miejsce, w którym się swobodnie odnajdują, gdzie wszystko znają i gdzie są znane. Przede wszystkim jest to przestrzeń stworzona przez nich samych we własnych czterech ścianach, nabierająca wraz z wiekiem coraz większego znaczenia¹³⁴.

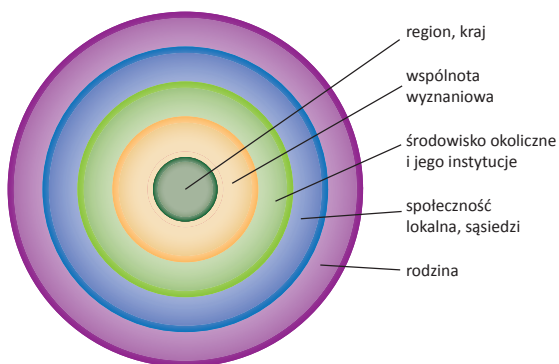


Ryc. 2. Przestrzeń życiowa i pola aktywności osób trzeciego wieku – kręgi (instytucje) społeczne

¹³² T. Kukulowicz, *Niezwykłość losu kształtująca przestrzeń życiową człowieka*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa...*, s. 79–81.

¹³³ A. Mielczarek, *Przestrzeń życiowa ludzi starszych w Domu Pomocy Społecznej „Na Skarpie” we Włocławku*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa...*, s. 183.

¹³⁴ M. Dziegielewska, *Życie codzienne ludzi starych*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wydaw. WSZiM, Sosnowiec 2005, s. 35.



Ryc. 3. Przestrzeń życiowa i pola codziennej aktywności w późnej starości – kręgi (instytucje) społeczne

W opracowaniu Małgorzaty Dziegielewskiej¹³⁵ znajduje się interesujący wywód o tzw. gerontologii ekologicznej, która w swych analizach kieruje uwagę ku środowiskom codziennym ludzi starszych w sferze mikro-, mezo-, egzo- i makrosystemu. Sfera mikrosystemu to pojedyncze relacje, np. z rodziną. Mezosystem obejmuje stosunki zachodzące w kilku obszarach partycypacji jednostki. Egzosystem kształtowany jest przez wpływ ważnych grup społecznych, natomiast makrosystem obejmuje ogół społeczeństwa, system społeczny.

Sądzę, że konieczne jest dodanie jeszcze jednego obszaru zachodzącej aktywności, mianowicie – euroregion, świat. Z uwagi na globalizację i glokalizację, fakt włączania się najstarszej populacji w społeczność pajęczyny globalnej, kolejnym polem aktywności stanie się świat. Jednak, jak dotąd, zbyt mała liczba starszych Polaków to uczniowie, podróżnicy, digitariusze¹³⁶, internauci. Niedostatki związane z kompetencjami cywilizacyjnymi, niewiedza, będąca dziedzictwem biografii edukacyjnej, implikują zawężenie się granic poznania i aktywności dużej części najstarszych Polaków. Ich bezpiecznym, bo rozpoznany światem, są granice „małych ojczyzn”, a oknem, przez które obserwują wydarzenia – ekran telewizyjny z narzuconą interpretacją wydarzeń i faktów.

Jerzy Semków wskazuje cztery wymiary przestrzeni życiowej człowieka starszego:

- aktywność – zbiór wzajemnych odniesień współlistniejących obiektów, w którym zachodzą zjawiska i procesy konstytuujące codzienność, ich zakres i formy podejmowanych działań,

- środowisko społeczne, w którym na co dzień człowiek funkcjonuje, a więc świat złożony z innych ludzi, najczęściej połączonych z nim więzami pokrewień-

¹³⁵ M. Dziegielewska, *O pojęciu „całościowej pedagogiki osób starszych”*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, *Zostawić ślad na ziemi...*, s. 207.

¹³⁶ Świadomi użytkownicy technologii cyfrowych. Digitariat – to termin futurystyczny, określający nową klasę społeczeństwa przyszłości. Por.: U. Eco, *Diariusz najmniejszy*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1995.

stwa, jak również współdziałających z nim na różnych obszarach jego aktywności (środowisko zawodowe, koledzy i środowisko sąsiedzkie), relacje osobowe,

– środowisko materialne – rzeczy i przedmioty o charakterze materialnym, które, wypełniając przestrzeń, decydują o jej specyfice i swoistej atrakcyjności, relacje rzeczowe; w zależności od jakości mogą hamować, ale i przyspieszać procesy starzenia się,

– świat duchowości, świat przeżyć metafizycznych¹³⁷ wypełnia wnętrze człowieka, to jego wspomnienia, biografia. Jest to środowisko niewidzialne, skupiające życie duchowe jednostki, jej więzi duchowe z innymi¹³⁸.

Elżbieta Dubas wypowiada ważne kwestie:

Człowiek staje się człowiekiem nie poprzez tylko obcowanie z innymi ludźmi, ale [...] poprzez formowanie swego świata wewnętrznego, swej jednostkowej osobowości¹³⁹. Człowiek bez wewnętrznego świata jest w dużym stopniu jednostką ułomną [...]. Jest jednostką, która nie jest w stanie odnaleźć pełni swego istnienia, doświadczyć harmonii życia. [...] Świat wewnętrzny jest [...] wartością zadaną (nie daną), jako wymiar życia do osiągnięcia w procesie pracy nad sobą, w procesie samorozwoju, samodoskonalenia¹⁴⁰.

Jak zauważa Olga Czerniawska:

Starość jest tym etapem życia, który wymaga pomocy i wielkiego wysiłku jednostki w rozwoju, w pomyślnym przebiegu starzenia się. Człowiek musi bowiem dokonać wyboru stylu życia. Wybiera formy i nasilenie aktywności. Może być bierny po przejściu na emeryturę, wycofać się z życia społecznego, pozwolić sobie na nicnierobienie, bierne trwanie, ograniczając ruch, kontakty społeczne i minimalizując swoje potrzeby. Wkracza wtedy w patologiczny stan apatii i zaniedbania. Wymaga wsparcia i pomocy, aktywizacji przynajmniej w sferze dnia codziennego¹⁴¹.

Może jednak wybrać określony i odpowiedni do poziomu własnych możliwości stopień aktywności, wówczas zachowa dobrostan psychiczny. Aktywność jest warunkiem wielkości i jakości przestrzeni życiowej człowieka starszego. Wszechstronna aktywność poszerza jego przestrzeń życiową, zwiększa liczbę kontaktów interpersonalnych oraz zwiększa obszar jego dokonań w sferze fizycznej, psychicznej oraz intelektualnej¹⁴².

¹³⁷ J. Semków, *Wielość wymiarów przestrzeni życiowej...*, s. 27–32.

¹³⁸ O. Czerniawska, *Funkcje środowiska niewidzialnego w andragogice i gerontologii wychowawczej*, „Edukacja Dorosłych” 1997, nr 1; E. Dubas, *Biograficzność w oświacie dorosłych (wybrane stanowiska)*, „Edukacja Dorosłych” 1998, nr 3.

¹³⁹ E. Dubas, *Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa...*, s. 117.

¹⁴⁰ Ibidem, s. 127.

¹⁴¹ O. Czerniawska, *Edukacja jako pomoc w rozwoju w ujęciu andragogiki i gerontologii*, [w:] E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 2: *Debata*, Wydawnictwa Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 441.

¹⁴² J. Semków, *Wielość wymiarów przestrzeni życiowej...*, s. 28.

W praktyce życia społecznego, z uwagi na specyfikę podeszłego wieku, powołano nowe lub podjęto wysiłek wzmocnienia i modernizacji istniejących instytucji, działających w celu zaspokajania istotnych potrzeb starszego i najstarszego pokolenia. Zadaniem instytucji społecznych jest optymalizacja warunków życia osób starszych poprzez dbałość o wysoką jakość życia, pomoc w zaspokajaniu deprivowanych potrzeb, stwarzanie pól aktywności społecznej, kulturalnej, edukacyjnej, dążenie do normalizacji (inkluzyj) jednostek i grup zagrożonych marginalizacją społeczną, inicjowanie projektów służących zachęcaniu osób starszych do większej i stałej obecności w życiu publicznym.

Mogłoby się wydawać, że człowiek starszy ma raczej stabilną i uporządkowaną przestrzeń życiową, jednak nie zawsze tak jest. Zdarzają się sytuacje nieprzewidziane, często przeciwstawne dotychczasowym, zdarzenia krytyczne, jak choćby załamanie się sytuacji rodzinnej czy bytowej. W tym wyraża się losowość życia, także osób w podeszłym wieku¹⁴³. To o takich sytuacjach mówi porzekadło „starych drzew się nie przesadza”. Osoby starsze mają słabszą niż młodsze pokolenia zdolność do adaptacji, przystosowania się do nowych warunków.

Miejsce i rola człowieka starszego w jego środowisku zamieszkania, w chwili, gdy znalazł się na emeryturze lub rencie, w dużej mierze uzależnione są od możliwości realizacji tych potrzeb, które wyzwalają jego aktywność.

3.3.1. Potrzeby osób starszych

Ludzi starych cechują długa perspektywa oglądu rzeczywistości, emocjonalny dystans do rzeczywistości, trudna do zmiany sytuacja społeczna, autoświadomość własnych potrzeb i sposobów najskuteczniejszego ich zaspokajania, wieloletnia weryfikacja i internalizacja wartości, wokół których kształtuje się życie społeczne¹⁴⁴.

Jednym z podstawowych zadań gerontologii społecznej jest poznawanie potrzeb ludzi starszych i dążenie do ich zaspokojenia. Pojęcie „potrzeby” pojawiło się i zostało uściślone przez ekonomię polityczną. Występuje obecnie we wszystkich naukach społecznych, psychologii, pedagogice. Traktowane jest jako „brak czegoś, wprowadzający organizm w niepożądany stan”¹⁴⁵ lub „dyspozycję do przeżywania stanu napięcia psychoruchowego pod wpływem braku jakiegoś dotąd stale występującego warunku”¹⁴⁶, stan odczucia braku czegoś wprawiający podmiot we frustrację. Wiele definicji akcentuje różne elementy i strony znaczeniowe.

¹⁴³ T. Kukułowicz, *Niezwykłość losu kształtująca przestrzeń życiową człowieka...*, s. 79.

¹⁴⁴ J. Staręga-Piasek, *O niektórych mitach wokół ludzi starych i starości*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi...*, s. 129–134.

¹⁴⁵ J. Ekel, J. Jaroszyński, J. Ostaszewska, *Mały słownik psychologiczny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1965, s. 105.

¹⁴⁶ H. Muszyński, *Zarys teorii wychowania*, PWN, Warszawa 1976, s. 94.

Generalnie pedagogika traktuje potrzebę (psychiczną, opiekuńczą, wychowawczą, społeczną, kulturalną, oświatową itd.) jednostkową lub grupową jako zespół czynników stwarzających sytuację, kiedy jej brak lub nieodpowiedni stan powoduje zaburzenia i zagrożenia życia, rozwoju, wychowania jednostek lub grup, a których one same nie są w stanie osiągnąć, dostrzec, wybrać lub regulować. Owe niekorzystne sytuacje wymagają podjęcia odpowiednich działań (pedagogicznych, prawnych, socjalnych, profilaktycznych, kompensacyjnych) przez określone osoby lub instytucje.

Aleksander Kamiński, w pedagogicznej perspektywie, analizowanemu pojęciu nadaje znaczenie niedostatku, poczucia braku czegoś, który to stan wprowadza jednostkę „w niepożądany stan, będący zwykle motywem do działania w kierunku odpowiedniej zmiany tego stanu, czyli zaspokojenia potrzeby”¹⁴⁷. Poglądami swymi nawiązuje do koncepcji Abrahama Maslowa, zgodnie z którą istnieją dwa rodzaje potrzeb: wynikające z niedostatku i ludzkiego rozwoju. Pierwsza kategoria obejmuje potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności (afiliacji) i identyfikacji, szacunku (wobec samego siebie i uznania ze strony innych) oraz miłości (uczuciowego oparcia). Potrzeby te są podstawowymi (pierwotnymi) i wspólnymi dla całego gatunku. Człowiek, dążąc do ich zaspokojenia, „obudowuje” je, używając terminu A. Kamińskiego, normami obyczajowymi właściwymi danemu kręgowi kulturowemu, zachowaniami będącymi konsekwencją umowy społecznej, według społecznie akceptowanych wzorców z zachowanymi mechanizmami kontroli społecznej. Niezaspokojenie potrzeb niedostatku prowadzi do stresów, nerwic, chorób psychicznych i somatycznych. Jeśli z różnych powodów jednostce nie uda się osiągnąć uczucia „sytości” i będzie odczuwać „głód” na którymkolwiek z niższych poziomów, potrzeby rozwojowe się nie ujawnią.

Wyróżnić można też bardzo szczegółową, obejmującą 34 grupy, klasyfikację potrzeb sporządzoną przez T. Kocowskiego¹⁴⁸. W owej systematyce na uwagę zasługują te elementy, które ogólnie można zakwalifikować jako potrzeby opiekuńcze, społeczne i kulturalne. Celowe wydaje się wyeksponowanie poglądu autora, zgodnie z którym termin „potrzeba” w sformułowaniach leksykalnych i w mowie potocznej cechuje się wieloznacznością. Spowodowana ona jest koniecznością używania wielu pojęć do opisu systemu potrzeb, którym niepotrzebnie przyporządkowano jeden termin. Dla otrzymania jasności i precyzji należy wyróżnić te pojęcia i przyporządkować im odrębne terminy, czyli stworzyć system pojęciowy, w skład którego wchodzi: podmiot potrzeby, jej cel, przedmiot, relacja (czyli związek pomiędzy podmiotem, celem a przedmiotem), treść, zaspokojenie lub nie danej potrzeby, jej realizacja (wyrażająca się w procesie zaspokajania), wreszcie okazja, a więc sytuacja stwarzająca możli-

¹⁴⁷ A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, PWN, Warszawa 1982, s. 47.

¹⁴⁸ T. Kocowski, *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*, Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków 1982, s. 174-199.

wość zaspokojenia danego braku. Uwzględnienie wszystkich tych elementów sprzyja konkretyzacji omawianego pojęcia.

Przedstawiana klasyfikacja niewątpliwie daje obraz złożoności problematyki potrzeb ludzkich. Jednakże brak w niej np. zaznaczenia szczególnej istotności potrzeby poczucia bezpieczeństwa. Podmiot niniejszych rozważań, człowiek stary, przywiązuje szczególną wagę do zapewnienia stabilnych, pewnych warunków swej egzystencji. „Potrzeba bezpieczeństwa w życiu ludzi starych, szczególnie zaś osób z ograniczoną sprawnością, gra o wiele większą rolę niż u ludzi dojrzałych [...]: jej niedostateczne zaspokojenie odbija się we wszystkich dziedzinach życia”¹⁴⁹.

W grupie potrzeb społecznych Kocowski wyróżnia trzy podgrupy (ze względu na warunki jednostki w osiąganiu celu koegzystencji, określanego jako „korzystne współżycie i współdziałanie z innymi”):

- ogólne warunki współżycia i współdziałania, czyli potrzeby: przynależności, łączności, organizacji, więzi emocjonalnej,
- warunki, jakie powinna spełniać jednostka, aby być akceptowanym członkiem zbiorowości i korzystać ze społecznie wytwarzanych systemów okazy, czyli potrzeby: konformizmu, uspołecznienia, społecznej użyteczności,
- warunki, jakie powinna zapewniać grupa społeczna, aby koegzystencja z nią była dla jednostki istotnie korzystna, czyli potrzeby: gratyfikacji, akceptacji, współuczestnictwa, ochrony i autonomii¹⁵⁰.

Próba systematyzacji poglądów związanych z potrzebami ludzkimi podjęta została m.in. także w pracy *Aksjologia pracy socjalnej – wybrane zagadnienia*¹⁵¹, przynosząc zwięzłą, syntetyczną wykładnię źródeł potrzeb: warunkowane biologicznie (wewnętrzne, pierwotne, podstawowe) i wyznaczone społecznie (zewnętrzne, wtórne, pochodne). Źródło pierwsze wyznaczają czynności niezbędne dla życia, źródłem drugich jest otoczenie, fakt przynależności jednostki do danego kręgu kulturowego, warstwy, grupy społecznej. Warunki egzystencji jednostki implikują odmienną klasyfikację: potrzeba pokonania samotności (przystosowanie się do grupy), potrzeba transcendencji, potrzeba zakorzenienia (budowanie więzi międzyludzkich), potrzeba poczucia tożsamości (chęć bycia sobą)¹⁵². Podział ten jest o tyle istotny, że postrzega człowieka w społecznym wymiarze jego życia.

Dla harmonijnego rozwoju jednostki najistotniejsze są potrzeby indywidualne, związane z dążeniem do samorealizacji, stanowiące o jej orygi-

¹⁴⁹ H. Balicka-Kozłowska, *Potrzeba bezpieczeństwa u ludzi starszych*, „Studia i Materiały IPISS” 1980, z. 16.

¹⁵⁰ Za: G. Orzechowska, *Miejsce człowieka starszego w środowisku zamieszkania*, [w:] B. Synak (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000, s. 23–24.

¹⁵¹ D.A. Rybczyńska, B. Olszak-Krzyżanowska, *Aksjologia pracy socjalnej – wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1995.

¹⁵² *Ibidem*, s. 62–65.

nalności, niepowtarzalności. Potrzeby indywidualne mogą być zaspokajane w sferze prywatnej (osobistej) jednostki i jej indywidualnej sieci wsparcia społecznego (rodzina, sąsiedzi, znajomi, przyjaciele) oraz w sferze publicznej (instytucje administracji rządowej, samorządowej, pozarządowej – organizacje rynkowe)¹⁵³. Główną z nich jest potrzeba samourzeczywistnienia, wyrażająca się w dążeniu do wiedzy, twórczości, piękna. Wśród licznych autorów istnieje zbieżność poglądów dotyczących miejsca potrzeb kulturalnych i poznawczych w hierarchii potrzeb ludzkich¹⁵⁴. Należą one, obok estetycznych, twórczości, autotelicznych i in., do wtórnych, czyli rozwoju (psychicznych, orientacyjnych). Potrzeby rozwojowe praktycznie nigdy nie zostają w pełni zaspokojone: działając na jednostkę kumulują się, wzmacniają, doprowadzając ją do trwania w procesie autokreacji. Jednostka uzyskuje warunki do realizowania celów autotelicznych, związanych z samowychowaniem, twórczym stylem życia, afirmacją siebie, transgresją, czyli intencjonalnym wychodzeniem poza to, co posiada i czym jest.

Piśmiennictwo pedagogiczne klasyfikuje potrzeby rozwojowe według kilku różnych kryteriów. Jednym z nich jest kryterium podmiotowo-przedmiotowe. Do grupy podmiotowych należą potrzeby: bezpieczeństwa, afiliacji, uznania, a także samourzeczywistnienia, wiedzy, piękna i twórczości. Potrzeby przedmiotowe natomiast to zobiektywizowany świat rzeczy (przedmiotów, wytworów) – książki, reprodukcje, oferty placówek kulturalnych, także znaki (symbole) oraz wzory zachowań, które ten świat wytworów materialnych zawiera lub do których aspiruje.

Potrzeby edukacyjne (poznawcze, oświatowe) wynikają z konieczności zachowania orientacji w stale zmieniających się realiach¹⁵⁵. Ich zaspokajanie wyraża się w dążeniu jednostki do uzyskania pełnego rozwoju, aktywności intelektualnej, społecznej, zorientowanej na autokreację (kształtowanie i wyzwalanie potrzeb oświatowych jest pojęciowo i metodycznie zbieżne z wychowaniem do czasu wolnego i do starości).

Wątek ekspozycji potrzeb „wyższych” podjęto nie bezzasadnie, choć zabrzmiał banalnie, reprezentanci pokolenia seniorów są pełnowartościowymi ludźmi i należy im się dokładnie tyle samo, co każdej innej grupie pokoleniowej. Nie tylko w sensie zapewnienia godnych warunków egzystencji, bo to jest ich niezbywalne prawo, ale też ułatwienia rozwoju osobniczego, poprzez pomoc w zaspokajaniu zainteresowań i podtrzymywaniu aktywności intelektualnej, kulturalnej, rekreacyjnej, rozrywkowej, towarzyskiej, społecznej itd., służącej maksymalnej rewitalizacji ich sił życiowych. Kontekst poruszanego

¹⁵³ A. Olech, T. Kaźmierczak, *Mapa zaspokajania potrzeb społecznych*, „Praca Socjalna” 2006, nr 2.

¹⁵⁴ Por. T. Aleksander, *Potrzeby kulturalno-oświatowe ludzi dorosłych*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*, PWN, Warszawa 1992, s. 322–338.

¹⁵⁵ Por. S. Kawula, Z. Dąbrowski, *Diagnozowanie potrzeb opiekuńczo-wychowawczych i kulturalnych środowiska*, Wydawnictwo UMK, Toruń 1980, s. 85.

problemu nieodparcie powoduje chęć sparafrazowania słynnej wypowiedzi Janusza Korczaka¹⁵⁶: „**Starczy stanowią trzecią część ludzkości, starość stanowi trzecią część życia...** Z płodów i bogactwa ziemi należy im się trzecia część – i z prawa, a nie z łaski” i utworzenia, na wzór korczakowski, „Magna Charta Libertatis” starości.

Potrzeb ludzi starszych nie można rozpatrywać w oderwaniu od potrzeb ogólnoludzkich. Bez wątpienia wszystkie one dotyczą każdego człowieka niezależnie od wieku, chociaż niektóre z nich w pewnych okresach życia nasilają się i odczuwane są bardziej intensywnie, inne zaś słabną, nie mając aż tak wielkiego znaczenia, jak w poprzednich etapach.

Bezsporna jest konieczność podmiotowego traktowania osób starszych, w tym przede wszystkim podopiecznych instytucjonalnego systemu pomocy społecznej. Polityka państwa reguluje tę kwestię uchwałami, zarządzeniami, w których, od wejścia w życie Ustawy o pomocy społecznej z 1990 roku¹⁵⁷, widoczne jest przywiązywanie wagi do humanistycznych cech polskiego systemu działań opiekuńczo-pomocnych. Zauważalne jest ogólnospołeczne dążenie do tworzenia warunków sprzyjających pełnemu uczestnictwu człowieka na każdym etapie jego życia we wszystkich dziedzinach rzeczywistości.

W ujęciu pedagogicznym „podmiotowość” jest opozycją do „przedmiotowości”. Wyraża się w poszanowaniu człowieka, jego indywidualności, niepowtarzalności, uznaniu jego potrzeb, respektowaniu praw, uwzględnianiu pragnień i życzeń, przyzwalaniu na autonomiczne określanie celów do osiągnięcia, szacunku dla trudu towarzyszącego autokreacji i partnerskim dążeniu do przebudowy otaczającej rzeczywistości. Podmiotowość odwołuje się do dialogu, empatycznych relacji międzyludzkich, aktywnego słuchania i wzajemnego zaufania, asertywnego stylu zachowania. Odrzuca dyrektywne, nakazowo-zakazowe metody postępowania, autokratyzm, przymus i zniewolenie. Oparta jest na dobrowolności oraz szacunku i akceptacji.

Szczególno znaczenia nabiera w momencie „pokoleniowej zmiany ról”, kiedy to dotychczasowy opiekun staje się podopiecznym, gdy jego autonomia i zdolność samostanowienia przemienia się w zależność od innych osób. Niezmiernie ważny jest więc problem podmiotowego traktowania człowieka starszego¹⁵⁸, który w powszechnych stereotypach przedstawiany jest często jako osoba niemalże bezwolna i infantylna, za którą trzeba podejmować decyzje, a prawa, jakie jej przysługują, przestrzegane są w sposób niezadowolający i niepełny.

¹⁵⁶ „Dzieci stanowią trzecią część ludzkości, starość stanowi trzecią część życia... Z płodów i bogactwa ziemi należy im się trzecia część – i z prawa, a nie z łaski” – J. Korczak, „Wiosna i dziecko”, 1921.

¹⁵⁷ Ustawa o pomocy społecznej z 28.11.1990 r., Dz.U. nr 16, poz. 94.

¹⁵⁸ Por. L. Frąckiewicz, *Karta praw człowieka starego*, IWZZ, Warszawa 1985; J. Staręga-Piaśsek, *Skutki polityki społecznej wobec osób starych*, „Studia i Materiały IPiSS” 1982, z. 16, s. 25–26.

Poziom potrzeb człowieka starego jest nieco inny niż w przypadku jednostek młodszych. Ludzie w zaawansowanym wieku niejednokrotnie świadomie redukują swoje potrzeby. Na plan pierwszy wysuwają się potrzeby bezpieczeństwa oraz, jak je nazwał Franciszek Urbańczyk¹⁵⁹, zrozumienia i pomocy ze strony innych osób. Tomasz Sękowski dodaje do nich potrzeby miłości i szacunku. Cytuje za Kaplanem „litanię” potrzeb trzeciego wieku:

robić coś społecznie użytecznego, być uznawanym za integralną część społeczeństwa, mieć zadowalające możliwości spędzania czasu wolnego, posiadać krąg przyjaciół, pełnić określoną rolę społeczną, być aktywnym zgodnie ze swymi możliwościami, posiadać opiekę zdrowotną, mieć kontakty rodzinne, dostateczne warunki ekonomiczne, zaspokajać swoje zainteresowania i potrzeby emocjonalne¹⁶⁰.

Wyliczenie to pokrywa się ze stanowiskiem większości polskich gerontologów. Wyniki badań dowodzą jednak, trwającej już wiele lat, ogromnej dysproporcji pomiędzy oczekiwaniami społeczności ludzi starszych a możliwościami zaspokojenia ich potrzeb¹⁶¹.

Ze względu na często występujący u osób starszych gorszy stan zdrowia i ograniczenie sprawności¹⁶², niekorzystną sytuację ekonomiczną, mieszkaniową¹⁶³, obniżenie aktywności¹⁶⁴, mniejszą motywację, następują trudności w samodzielnym zaspokajaniu swych potrzeb. Na przykład potrzeby akceptacji, społecznej użyteczności czy więzi emocjonalnej w starszym wieku są niemal tożsame z sensem życia, co obserwowane jest w przypadku szczególnie dramatycznego zjawiska, tzw. gilotyny emerytalnej. Zjawisko to związane jest z nagłą depryzacją potrzeb społecznych – afiliacji, czyli przynależności do grupy, oraz doświadczania uznania ze strony innych osób, doznawania szacunku. Wiąże się także z obniżeniem poziomu jakości życia, maleją bowiem o kilkadziesiąt pro-

¹⁵⁹ F. Urbańczyk, *Problemy oświaty dorosłych*, PZWS, Warszawa 1973, s. 272–282.

¹⁶⁰ T. Sękowski, *Pomoc psychologiczna a możliwości adaptacyjne człowieka*, Wydawnictwo „PRINT”, Kraków 1994, s. 99–115.

¹⁶¹ Teza ta znajduje potwierdzenie w aktualnej polityce społecznej naszego kraju: wadliwy system ubezpieczeń społecznych, „chora” służba zdrowia, najmniejsze w skali Unii Europejskiej wydatki na ochronę zdrowia, zaprzestanie subwencjonowania nurtu oświaty bezinteresownej – ostoji zainteresowań wolnoczasowych, kulturalnych i oświatowych, niskie uposażenia pracowników resortów MPiPS itd. (zob. m.in. L. Frąckiewicz (red.), *Problemy pracy i zabezpieczenia społecznego ludzi starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1982; B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*; E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2003).

¹⁶² Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2004, s. 39.

¹⁶³ G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo WSP, Olsztyn 1999, s. 17–19.

¹⁶⁴ L. Dyczewski, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1994, s. 47.

cent dochody. Jak pisze Leon Dyczewski, każdy człowiek chce czuć się potrzebnym, być docenianym, równym partnersko i nie chce litości¹⁶⁵.

Badacze, zajmujący się zagadnieniami dotyczącymi frustracji potrzeb osób starszych, wskazują na konieczność udzielania pomocy prowadzącej do umożliwienia ich zaspokojenia. W literaturze przedmiotu szczególną wagę przykładają do zaspokojenia potrzeb ujmowanych jako psychospołeczne. Wynika to z faktu, iż z wiekiem zmniejsza się zakres potrzeb funkcjonalnych wymagających aktywności i działania, wzrastają zaś potrzeby z zakresów społecznego i psychicznego. Klasyfikację takich potrzeb w odniesieniu do osób starszych przedstawia Bruno Synak¹⁶⁶, wyróżniając:

- potrzebę przynależności (integracji, towarzystwa),
- użyteczności i uznania,
- niezależności,
- bezpieczeństwa (fizycznego i psychicznego),
- satysfakcji życiowej.

Typologię potrzeb psychospołecznych ukazuje także C. Tibbitts. Należą do nich: wykonywanie społecznie użytecznych działań; uznania za składową i integralną część społeczeństwa, społeczności, grupy i odgrywania w nich określonych ról; wypełnianie czasu wolnego w sposób satysfakcjonujący seniorów; utrzymywanie stosunków towarzyskich, uznania; tworzenie okazji dla autoekspresji; stymulacji psychicznej i umysłowej; ochrony zdrowia i opieki medycznej; stałości trybu życia, utrzymania stosunków z rodziną; satysfakcji duchowej¹⁶⁷.

W piśmiennictwie nie była podnoszona kwestia potrzeb osób starszych będących użytkownikami instytucji wspomagających typu dom pomocy społecznej. Próbę kategoryzacji, na podstawie wyników badań nad mieszkańcami domów dla osób starszych, podjęłam w 1998 roku¹⁶⁸. Zgodnie z nią „Klasyfikacja potrzeb człowieka starego – mieszkańca domu pomocy społecznej” jest następująca (ryc. 4):

¹⁶⁵ Ibidem, s. 24.

¹⁶⁶ Za: G. Orzechowska, *Aktualne problemy...*, s. 25.

¹⁶⁷ Za: H. Hrapkiewicz, *Potrzeby osób w wieku starszym i próba ich realizacji*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wydaw. WSZiM, Sosnowiec 2005, s. 104.

¹⁶⁸ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998, s. 52–55.

I. POTRZEBY BYTU

- **Pokarmowe** (ilość i kaloryczność posiłków, ich różnorodność, estetyka podania, regularność i dostępność posiłków).
- **Regeneracji sił** (odpowiednia organizacja dnia, wystarczająca ilość snu, spokój podczas wypoczynku, możliwość korzystania ze spacerów, kontaktów z naturą, możliwość korzystania z pomieszczeń rekreacyjnych).
- **Mieszkaniaowe** (funkcjonalność i wygoda pokoju mieszkalnego, wyposażenie w niezbędne sprzęty i urządzenia, możliwość posiadania własnych sprzętów i mebli, możliwość niekrepującego korzystania z sanitaratów, odpowiednie oświetlenie, właściwa temperatura pomieszczeń).
- **Odzieżowe** (posiadanie wystarczającej ilości czystej odzieży, dostosowanej do pory roku, posiadanie własnych przyborów toaletowych).
- **Lokomocyjne** (przystosowanie placówki do sprawności uczestników, np. windy, podjazdy, poręcze oraz możliwość bezpiecznego poruszania się na zewnątrz, możliwość używania sprzętu usprawniającego typu balkoniki, wózki; możliwość korzystania ze środków lokomocji umożliwiających przemieszczanie się i dalsze wyjazdy).
- **Bezpieczeństwa** (dobrowolność pobytu w dps, poczucie stałości i trwałości pobytu, braku zagrożenia, zaufania do pracowników, możliwość wyboru pracownika bezpośredniego kontaktu, poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego, posiadanie własnych pieniędzy, swoboda dysponowania zasobami).
- **Zdrowotne** (poczucie pewności opieki pielęgniarskiej i medycznej, korzystania z konsultacji specjalistów, w razie choroby zagwarantowane specjalistyczne leczenie, możliwość rehabilitacji).

II. POTRZEBY SPOŁECZNE (regulacje poziom interakcji społecznych)

- **Swobody i autonomii**, w tym świadomości praw (możliwość utrzymywania i wyboru form kontaktu z rodziną i innymi ludźmi, możliwość zamieszkania w jednoosobowym pokoju lub wyboru współmieszkańca; możliwość wyboru form aktywności, prawo do osobistych przekonań i praktyk religijnych).
- **Przynależności i integracji** (poczucie akceptacji ze strony najbliższego otoczenia, poczucie zadowolenia z kontaktów z innymi, pewności otrzymania pomocy, wsparcia, zaufania i zrozumienia od innych).
- **Potrzeba mocy** (poczucie godności osobistej, uznania ze strony innych osób, ich szacunku, możliwość pełnienia różnych funkcji i zadań w samorządzie placówki, możliwość wykonywania pracy użytecznej, poczucie wpływu na organizację i jakość życia w placówce).

III. POTRZEBY INDYWIDUALNEGO ROZWOJU

- **Kulturalne – receptywne** (korzystanie z ofert instytucji kultury, słuchanie radia i oglądanie telewizji).
- **Kulturalne – kreatywne** (udział w zespołach artystycznych, konkursach i kółkach zainteresowań).
- **Wiedzy** (samokształcenie, czytelnictwo, uczestnictwo w odczytach, spotkaniach z ciekawymi ludźmi).
- **Ludyczno-towarzyskie** (udział w imprezach okolicznościowych, uczestnictwo w zabawach i grach towarzyskich).
- **Rekreacyjne** (możliwość biernego i czynnego wypoczynku, np. wycieczki, gimnastyka).
- **Religijno-eschatologiczne** (modlitwa, rozmowy i rozważania o religii).

Ryc. 4. Klasyfikacja potrzeb człowieka starego, mieszkańca domu pomocy społecznej

Należy zauważyć, że naprzeciw postulatów zawartym w przedstawionej propozycji typologii potrzeb człowieka starszego wyszedł proces standaryzacji usług domów pomocy społecznej, obligujący placówki do realizacji programów naprawczych¹⁶⁹.

¹⁶⁹ Rozporządzenia MPiPS z dnia 15.09.2000 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Załącznik nr 1: Standard obowiązujących podstawowych usług świadczonych przez domy pomocy społecznej, Dz.U. nr 82, poz. 929.

Wraz z wiekiem na znaczeniu zyskują potrzeby materialnego zaspokojenia bytu, bezpieczeństwa i emocjonalnego wsparcia. Aspiracje prestiżowe, związane z wcześniejszą aktywnością zawodową, sukcesywnie tracą na znaczeniu na rzecz zwiększonego zapotrzebowania na akceptację otoczenia. Coraz więcej czasu pochłaniają codzienne obowiązki, a uwaga częściej skupiana jest na refleksyjnym bilansowaniu życia, dążeniu do pozostawienia po sobie tego, co było w życiu najbardziej wartościowe. Uruchamiane zostają ogromne pokłady pamięci retrospektywnej, a deficyty codziennej egzystencji nierzadko kompensowane są narastającą religijnością. Strach przed śmiercią i niepełnosprawnością, przed samotnością, towarzyszący starości sędziwej, największą rangę nadaje jednak potrzebom akceptacji, afiliacji i miłości¹⁷⁰.

Mądra jest wypowiedź Małgorzaty Dziegielewskiej:

W życiu ludzi starszych duże znaczenie odgrywa dzień codzienny. Każdy człowiek posiada własny obszar codzienności, który jest wyznaczony przez dom rodzinny, miejsce pracy, miejsce zakupów, czy miejsce spędzania czasu wolnego. Na te terytorialne obszary nakładają się społeczne przestrzenie człowieka, jego związki z rodziną, przyjaciółmi, kolegami z pracy, czy członkami wspólnot i stowarzyszeń¹⁷¹.

Im ludzie starsi tym ważniejsze jest dla nich znane otoczenie w sąsiedztwie i w dzielnicy, będącej częścią własnej tożsamości i historii. Jaka jest jakość codzienności w obszarach najbliższych starszemu człowiekowi?

3.3.2. Rodzina i społeczność lokalna w życiu seniorów

Rodzina, jako duchowe zjednoczenie grona osób skupionych we wspólnym ognisku domowym, powinna sobie służyć pomocą i opieką¹⁷². Pełni w życiu człowieka starego ważną rolę, a w hierarchii wartości Polaków zajmuje wysoką pozycję¹⁷³, jest postrzegana jako niezastąpiona grupa wsparcia. Fakt ten korzystnie sytuuje miejsce i społeczną rolę ludzi starych w tradycyjnych układach rodzinnych.

Rodzina jest terenem realizacji wielu funkcji:

– **funkcja gospodarcza**. Dla wielu osób w podeszłym wieku rodzina jest najważniejszym polem realizowania życiowej aktywności, która przejawia się m.in. w prowadzeniu wspólnie z dziećmi gospodarstwa domowego, w którym dokonuje się transfer świadczeń i usług. Rodzinne przedsiębiorstwa stwarzają warunki dla podtrzymania silnych więzi między członkami rodziny w różnym wieku,

¹⁷⁰ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian...*, s. 106.

¹⁷¹ M. Dziegielewska, *Życie codzienne ludzi starych...*, s. 27.

¹⁷² F. Adamski, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2002, s. 36.

¹⁷³ K. Slany, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Zakład Wydawniczy „NOMOS”, Kraków 2002, s. 200–207.

– **funkcja ekonomiczna.** Czynnikiem ekonomicznym spajającym więzi rodzinne jest niezależność finansowa starszych rodziców. Dzięki uzyskiwanym środkom finansowym z tytułu renty lub emerytury nie stanowią ciężaru dla swoich dzieci, lecz mogą je wspierać. Badania ukazujące funkcjonowanie osób starszych w rodzinie ujawniają, że seniorzy są zarówno obiektem wsparcia, jak i jego dawcami¹⁷⁴. W przypadku, gdy rodzina boryka się z ubóstwem, bezrobociem, emerytura bądź renta osoby starszej staje się głównym źródłem dochodu rodziny, tym samym umacniając jej pozycję w rodzinie. Możliwość wspierania dzieci bywa dla ludzi starszych źródłem satysfakcji, a także dowodem ich użyteczności¹⁷⁵,

– **funkcja emocjonalno-ekspresyjna.** W polskiej rodzinie raczej przeważają dobre stosunki osób starszych z rodziną, oparte na międzypokoleniowych więziach emocjonalnych¹⁷⁶. To miejsce, w którym ludzie starzy mogą utrzymywać stałe i bliskie kontakty międzyludzkie, uczestnicząc np. w ważnych rodzinnych wydarzeniach i uroczystościach. Wsparcie emocjonalne udzielane starszemu człowiekowi przez członków jego rodziny stymuluje aktywność seniora, ułatwiając adaptację do starości¹⁷⁷,

– **funkcja socjalizacyjna.** W rodzinie kształtują się więzi międzypokoleniowe, osoba starsza ma poczucie uczestnictwa w życiu społecznym poprzez kontakt z gronem rówieśników członków swojej rodziny, nie jest izolowana od głównych nurtów życia społecznego,

– **funkcja wychowawcza i kulturowa.** Doświadczenie życiowe osób starszych, znajomość tradycji rodzinnej i narodowej, wiedza i umiejętności są potrzebne i bezcenne dla kolejnych pokoleń,

– **funkcja opiekuńcza.** W początkowej fazie starości seniorzy więcej dają aniżeli biorą. Wraz z utratą sił pomoc ta staje się mniejsza. W tym okresie rodzina powinna rewanżować się rodzicom, pomagając w razie choroby czy też niepełnosprawności. Od członków rodziny osoba starsza oczekuje pomocy szczególnie wtedy, gdy znajduje się w niekorzystnych warunkach życiowych związanych z pogorszeniem stanu zdrowia, pojawieniem się niepełnosprawności¹⁷⁸. Wiąże się to z zadaniami codziennej opieki, z organizowaniem wyjazdu do przychodni lekarskiej, zaopatrzeniem w leki, wykonywaniem czyn-

¹⁷⁴ T. Borkowska-Kalwas, *Ludzie starzy w rodzinie*, [w:] J. Halik (red.), *Ludzie starzy w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Wydaw. ISP, Warszawa 2005, s. 40–43.

¹⁷⁵ B. Szatur-Jaworska, *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna” 1999, nr 9.

¹⁷⁶ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydaw. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006, s. 90–93; B. Tryfan, *Ludzie starsi w systemie pomocy społecznej na wsi w Polsce i UE...*, s. 29–32.

¹⁷⁷ A. Tokaj, *Rodzina w życiu seniora a przebieg jego adaptacji do starości*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji...*, s. 41–49.

¹⁷⁸ K. Wiśniewska-Roszkowska, *Gerontologia dla pracowników socjalnych*, PZWL, Warszawa 1982, s. 149.

ności pielęgnacyjnych. Jest to często zadanie trudne dla członków rodziny, szczególnie wtedy, gdy sprawują oni całodobową opiekę nad osobą obłożnie, przewlekle chorą.

Jedną z najważniejszych ról rodzinnych jest rola babci bądź dziadka, będąca swoistą kontynuacją roli matki i ojca. Dziadkowie przekazują wnukom swoje doświadczenia, wartości, tradycje, normy moralne i wzory postępowania, przyczyniając się do zachowania ciągłości i stabilności kulturowej, są źródłem poczucia bezpieczeństwa dla wnuków, zastępując zajętych i zapracowanych rodziców¹⁷⁹. Dzisiejsze rodziny często przechodzą kryzysy, coraz powszechniej dzieci funkcjonują w układach typu *patchwork family* („rodzina – układanka”). W opinii Olgi Czerniawskiej:

Gdy [...] rodzice rozwodzą się, przechodzą okres klótni [...] dom dziadków staje się [...] ostoją, jest stabilny i pewny. Gdy rodzice łączą się w nowe związki małżeńskie, a macochy i ojczymowie nie zawsze są aprobowani przez dzieci z poprzedniego związku, znów dziadkowie stanowią oazę spokoju, bezpieczeństwa i stabilnego uczucia¹⁸⁰.

Ale zmiany zachodzące we współczesnych modelach życia rodzinnego dotyczące struktury, stylu życia, zmniejszonej liczby dzieci, rozłącznych relacji międzypokoleniowych, tzw. miłości, intymności „na dystans”, powodują, że człowiek starszy może czuć się zagubiony, zdecydowanie bowiem maleją szanse na realizację funkcji społecznych przez i wobec najstarszych członków rodziny. Upowszechnił się model rodziny nuklearnej, znaczna część osób starszych nie mieszka ze swoimi dziećmi, prowadząc, w wyniku np. wdowieństwa, jednoosobowe gospodarstwa. Rozwój nauki i techniki oraz zmiany społeczno-kulturowe przyczyniają się do utraty prestiżu osoby starszej w rodzinie. Senior rodu nie piastuje już dawnego miejsca w rodzinie, utracił prestiż, by użyć określeń Yunga – *Wielkiej Matki*, *Starego Mędrca*, nosiciela tradycji, doradcy, mentora, nie jest autorytetem w postmodernistycznej cywilizacji.

Pomimo tych rozterek polskie rodziny w opiniach ogółu pozostają nadal głównym źródłem pomocy ludziom starszym. Jest to motywowane tradycją, obowiązkami moralnymi, może to być również wyraz wdzięczności za miłość i pomoc od nich wcześniej otrzymaną. Seniorzy, gdy jeszcze pracują, pomagają materialnie. Jako emeryci – ofiarowują swój czas i chęć pomocy w gospodarstwie młodej rodzinie, np. zajmując się wnukami.

Badania prowadzone pod moim kierunkiem¹⁸¹ dowodzą, że osoby starsze są jednak częściej dawcami aniżeli odbiorcami pomocy ze strony swoich ro-

¹⁷⁹ Por. A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie...*, s. 57–64.

¹⁸⁰ O. Czerniawska, *Style życia ludzi starszych...*, s. 20.

¹⁸¹ J. Biały, „Rola człowieka starego w rodzinie (na podstawie badań przeprowadzonych w gospodarstwach domowych wybranych seniorów)”; A. Miśkowiec, „Potrzeba wsparcia w okresie starości a jakość uzyskiwanej pomocy”. Promotor Z. Szarota. Niepublikowane prace magisterskie, KSW im. A. Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Kraków 2008.

dzin. Celem badań było rozpoznanie wektorów pomocy rodzinnej i ustalenie jakości sieci wsparcia rodzinnego udzielanego osobom starszym. Uzyskane wyniki pozwalają na wyróżnienie i potwierdzenie istnienia kilku typów zamieszkiwania i gospodarowania osób starszych¹⁸² oraz ustalenie zakresu oferowanego i uzyskiwanego wsparcia.

Pierwszy to wspólne z rodziną zamieszkiwanie i gospodarowanie. Ten typ charakteryzują silne „więzi osobowe między rodzicami – dziećmi – wnukami oraz cechy kultury polskiej”¹⁸³: rodzinność, wspólnotowość oraz religijność. Wspólne zamieszkanie jest wynikiem chęci bycia razem, występuje tu głęboko zakorzeniona norma wzajemnych zobowiązań i odpowiedzialności za członków rodziny. Wszystkie pokolenia: rodzice, dzieci i wnuki potrzebują siebie nawzajem, są do siebie przywiązane. Ważniejsze decyzje podejmują wspólnie i razem dbają o wspólne miejsce zamieszkania. Każdy z członków rodziny ma do wypełnienia konkretne zadania, które wynikają z roli, jaką pełni. Bardzo istotne jest w przypadku zamieszkiwania we wspólnym gospodarstwie, by zachodzące interakcje były poprawne i racjonalne, uwzględniały zarówno potrzeby, jak i możliwości świadczenia pomocy obu stronom układu. Stary człowiek musi być pełnoprawnym członkiem rodziny, dysponować przestrzenią urządzoną według własnego gustu. Jeśli nie posiada własnych wystarczających dochodów, dorosłe dzieci mają obowiązek utrzymania rodziców lub ich dofinansowania. Natomiast, jeśli dziadkowie mają dochody stosunkowo dobre, mogą finansowo pomagać rodzinie, ale nie są do tego zobowiązani, powinni natomiast proporcjonalnie uczestniczyć w kosztach utrzymania. Seniorzy mogą i powinni w ramach swych sił i wydolności pomagać w drobnych pracach. Dzięki temu będą się czuć potrzebni i związani z rodziną¹⁸⁴.

Drugi typ to mieszkający wspólnie gospodarują oddzielnie. Osoby starsze i rodziny, które z nimi mieszkają mają osobne budżety domowe, osobno przygotowują posiłki, osobno je spożywają, każdy dba o własne dobro. Wspólne zamieszkanie osoby starszej, na przykład ze swoimi dziećmi, niekoniecznie świadczy o silnej więzi i dużym przywiązaniu między pokoleniami. Sytuacja taka często jest wynikiem trudności mieszkaniowych i finansowych dzieci, które po ślubie zmuszone były zamieszkać wspólnie z rodzicami. Inną przyczyną wspólnego zamieszkania jest na przykład zły stan zdrowia osoby starszej, która wymaga pomocy i opieki od swoich dzieci. Przeważnie jednak przyjmuje się, że wspólne zamieszkanie pokoleń pod jednym dachem jest przejawem ścisłych i dobrych związków pomiędzy nimi, zakładając oczywiście, że sytuacja ta jest wynikiem wolnego wyboru poszczególnych pokoleń.

¹⁸² L. Dyczewski, *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002; P. Szukalski, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002.

¹⁸³ Zob. L. Dyczewski, *Więź między pokoleniami w rodzinie...*, s. 71.

¹⁸⁴ K. Wiśniewska-Roszkowska, *Nowe życie po sześćdziesiątce...*, s. 134.

Trzeci typ to osoby starsze mieszkające osobno. Można wyróżnić dwa rodzaje:

1. Osoby starsze mieszkające osobno w niedalekiej odległości od krewnych. Bliskość zamieszkania sprzyja częstym kontaktom. Kiedy senior mieszka w niedalekiej odległości od swojej rodziny ma możliwość przebywania wśród bliskich codziennie, albo przynajmniej kilka razy w tygodniu. Często bywa, że na przykład babcia mieszka osobno, ale codziennie pojawia się u swoich dzieci i wnuków, spędza z nimi cały dzień i wieczorem wraca do siebie. „Upowszechnienie zamieszkiwania poszczególnych generacji zgodnie z formułą ‘oddzielnie, ale blisko’ sprzyja kontaktom rodzinnym przy zachowaniu wzajemnej niezależności”¹⁸⁵, ta jakość kontaktów odpowiada zarówno preferencjom osób starszych, jak i ich rodzinom.

2. Osoby starsze mieszkające osobno daleko od rodziny. W tej sytuacji częstotliwość kontaktów jest mniejsza. Duży wpływ na odwiedziny ma kondycja fizyczna i psychiczna seniora oraz jego możliwości finansowe oraz wola i przywiązanie emocjonalne członków rodziny. Najczęściej, w ramach kompensaty braku bliskich kontaktów, odbywają się rzadkie wzajemne odwiedziny kilkudniowe, wspólne spędzanie świąt i uroczystości rodzinno-religijnych.

Mieszkanie oddzielne nie jest oznaką zaniku związków międzypokoleniowych. „Oddzielne zamieszkiwanie pokoleń może jednak prowadzić do osłabienia pomocy wzajemnej, do zmniejszenia roli rodziny jako oparcia w potrzebie”¹⁸⁶.

Wiele argumentów przemawia za wspólnym zamieszkaniami i gospodarowaniem, na przykład ten, że jednoosobowe gospodarstwa domowe są kosztowne i nie każdy może sobie na prowadzenie takiego stylu życia pozwolić. Natomiast, jeśli wszystkie pokolenia mieszkają wspólnie pod jednym dachem łatwiej jest zorganizować pracę, a także pomoc, biegnącą dwukierunkowo – zarówno ku ludziom starszym, jak i ku młodszym członkom rodziny. „Pomoc ta przybierać może różne formy, od finansowego wsparcia poczynając (np. partycypowanie w kosztach utrzymania domu), a na działaniach opiekuńczych wobec najmłodszych, czyli wnuków, kończąc”¹⁸⁷. Piotr Szukalski wyodrębnia dwa rodzaje rodzinnej pomocy wzajemnej: materialną (dary finansowe i rzeczowe) oraz niematerialną (dar czasu, pomoc usługowa)¹⁸⁸.

Pomoc materialna świadczona przez seniorów może obejmować dary jednorazowe o dużej wartości (np. dom, mieszkanie, działka budowlana, przekazanie samochodu), pomoc finansową (przy zakupie mieszkania, przy wyposażeniu mieszkania, stałą pomoc „na życie”), udostępnianie własnego mieszkania, nieoprocentowane pożyczki, wydatki edukacyjne, „kieszonkowe” i prezenty dla wnuków. Z kolei rodzina pomaga finansowo seniorowi w opłacaniu

¹⁸⁵ H. Worach-Kardas, *Wiek a pełnienie ról społecznych*, PWN, Warszawa–Łódź 1983, s. 94.

¹⁸⁶ Ibidem, s. 134.

¹⁸⁷ B. Szatur-Jaworska, P. Będowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, s. 94.

¹⁸⁸ P. Szukalski, *Przepływy międzypokoleniowe...*, s. 67 i n.

mieszkania, podstawowych rachunków, zakupie lekarstw, robieniu niekrepujących upominków bez oczekiwania na jakikolwiek rewanż (np. kosmetyki, ubrania, sprzęt audiowizualny, telefony komórkowe).

Pomoc niematerialna osoby starszej polega na prowadzeniu gospodarstwa domowego rodziny: sprzątanie, gotowanie obiadów itd. oraz świadczeniu usług opiekuńczo-wychowawczych, sprawowaniu opieki nad wnukami. Gdy dziadkowie są sprawni, często zapraszają swe mieszkające osobno rodziny np. na niedzielne obiady. Czynności rodziny wspomagające osoby starsze dotyczą przede wszystkim podwożenia samochodem, robienia „dużych” zakupów, utrzymania porządku w mieszkaniu, sprawowania opieki nad niepełnosprawnymi i chorymi rodzicami, dziadkami, załatwianiu „spraw w urzędach”, pomagania w remontach, prowadzenia gospodarstwa domowego: pranie, sprzątanie, gotowanie, dostarczanie żywności. Im starszy członek rodziny, tym częstsza potrzeba pomocy i szerszy jej zakres.

Środowisko lokalne utożsamiane jest z funkcjonowaniem podstawowych typów naturalnych środowisk wychowawczych, a więc z rodziną, grupą rówieśniczą, sąsiedztwem, grupą wyznaniową, zakładem pracy. Jako podstawowa i najważniejsza płaszczyzna życia społecznego, odgrywa szczególną rolę w życiu ludzi starszych z uwagi na ich ograniczoną mobilność, osłabioną kondycję zdrowotną i ekonomiczną, a także domocentryczny, rodzinny model aktywności¹⁸⁹. Społeczność zasiedlającą środowisko lokalne łączy nie tylko wspólnota zamieszkania, ale także struktury, instytucje, organizacje oraz więź społeczna, niejednokrotnie emocjonalna. Dla społecznego i indywidualnego wsparcia osób starszych duże znaczenie ma sąsiedztwo, będące wyznacznikiem relacji jednostek z grupą, zbiorowością. Tworzy bezpośrednią arenę rozszerzonych interakcji, w których poszczególne grupy mogą wytworzyć sieć różnorodnych powiązań materialnych, usługowych, poznawczych bądź też emocjonalnych. Istniejące w sąsiedztwie grupy mogą działać w zgodzie bądź w opozycji, społecznej integracji bądź izolacji ze sformalizowanymi instytucjami, do których należą: ośrodki pomocy społecznej, kultury, kościoły i szkoły¹⁹⁰. Współcześnie wspólnota sąsiedzka nawet na wsiach uległa osłabieniu.

Pozasąsiedzka seniorska aktywność w obszarze zbiorowości lokalnej znajduje wyraz przede wszystkim w podejmowaniu inicjatyw ogniskujących działania prospołeczne (wspólnoty mieszkaniowe), kulturalne i wolnoczasowe (np. kluby seniora, koła emerytów, koła gospodyń wiejskich, kluby rolnika), w ruchu stowarzyszeń, wspólnot wyznaniowych, samopomocowych, wolontariacie. Wspólnota sąsiedzka wypracowuje własne narzędzia kontroli społecznej, normy obyczajowej, stanowi o lokalnym kodeksie postępowania. Przyczynia się

¹⁸⁹ E. Trafiałek, *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2006, s. 218.

¹⁹⁰ S. Kawula, *Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego*, [w:] S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna: dokonania – aktualność – perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002, s. 562.

w ten sposób do zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, wszystko jest bowiem znane, „oswojone” i przewidywalne.

Wspólnota wyznaniowa. Potrzeby religijne szczególnie się uaktywniają w schyłkowym stadium życia jednostki, immanentną cechą wielu seniorów jest wzmożona aktywność religijna. U człowieka starszego wzrastają potrzeby autotranscendencji, zwrócenia się ku Absolutowi w poszukiwaniu odpowiedzi na nurtujące go, związane z eschatologicznym wymiarem, pytania. Stawia je w kontekście, jak pisze o. Leon Dyczewski, transcendentnego stosunku do świata, do siebie samego, do Boga: „Starość [...], która przekracza swe aktualne stany, jest jednym z etapów w osiągnięciu pełnego człowieczeństwa i to o tyle ważne, że w nim dokonuje człowiek podsumowania i oceny wszystkiego, co przeżył, przemyślał i zdziałał”¹⁹¹.

Rola wspólnoty wyznaniowej, Kościoła, w życiu najstarszych jest nie do przecenienia. Zdaniem ks. Ireneusza Celarego

działalność duszpasterska Kościoła winna pobudzać wszystkich do odkrycia i doceniania zadania osób starszych we wspólnocie świeckiej i kościelnej [...] duszpasterze powinni współpracować z różnymi instytucjami świeckimi, które rozwijają działalność dla emerytów i rencistów [...]. Proponuje się [...] duszpasterzom, aby uwrażliwiali [...] wiernych na bezwzględną potrzebę niesienia pomocy sąsiedzkiej ludziom starym¹⁹².

Przynależność do wspólnoty wyznaniowej jest realizacją potrzeby afiliacji, dodatkowo stwarzając możliwość zaznaczenie własnego istnienia. Uczestniczenie w ruchu wspólnotowym kompensuje brak przynależności do grup towarzyskich, czy sąsiedzkich, wyznacza pozycję w społeczności.

Funkcje psychospołeczne religii można ująć trójwymiarowo:

1. Jako przekazywanie wiernym określonej interpretacji otaczającego świata, wyjaśnianie sensu przeżyć (np. cierpienia), poprzez ceremonie liturgiczne i rytuały religijne dostarczanie wsparcia w chwilach szczęścia i nieszczęścia jednostki.

2. Jako kontrola społeczna wzmocniająca normy i wartości danego kręgu.

3. Wzmacnianie poczucia wspólnotowości, spójności, solidarności grupowej, więzi społecznej¹⁹³.

Reprezentację osób starszych dość licznie skupiają parafialne zespoły charytatywne, stowarzyszenia, ruchy kościelne¹⁹⁴. W parafiach odbywają się nabożeństwa i rekolekcje dla ludzi starszych, organizowane są wspólne wy-

¹⁹¹ L. Dyczewski, *Osamotnienie i jego przezwyciężanie*, Folia Paedagogica et Psychologica 14, Universitatis Lodzensis, (red.) E. Podgórska, O. Czerniawska, Łódź 1986, s. 76.

¹⁹² I. Celary, *Ludzie starsi w kościele*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie...*, s. 119–120.

¹⁹³ A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna...*, s. 489–490.

¹⁹⁴ Przeglądu instytucji Kościoła czytelnik może dokonać, korzystając z witryny Laboratorium wiary i kultury OPOKA; http://www.opoka.org.pl/struktury_kosciola/wspolnoty/.

jazdy. Seniorzy chętnie biorą udział w pielgrzymkach, procesjach, są członkami grup modlitewnych, służby kościelnej, Akcji Katolickiej, angażują się w prace charytatywne¹⁹⁵.

Zakład pracy, po przejściu na emeryturę, nie stanowi dla osób w wieku senioralnym istotnego środowiska. Dla wielu jest to przyczyna swoistego „pęknięcia” w samoocenie, bo gdy realizowali się zawodowo – doświadczali szacunku i uznania ze strony współpracowników, przełożonych, podwładnych. Po zaprzestaniu aktywności zawodowej – zostali przez społeczeństwo odsunięci w cień. Niektóre zakłady pamiętają o swych byłych pracownikach, przeznaczając na ich rzecz część funduszu socjalnego, zapraszając ich z okazji różnych uroczystości na okolicznościowe spotkania. Nieliczni emeryci podejmują pracę zarobkową.

Instytucje i placówki funkcjonujące w najbliższej okolicy tworzą istotną infrastrukturę, która przyczynia się do zaspokajania potrzeb najstarszej generacji, do podtrzymywania ich aktywności, a następnie do ich reintegracji, rehabilitacji społecznej¹⁹⁶, czyli do tworzenia korzystnego środowiska wychowawczego. Należą doń ośrodki zdrowia i urzędy samorządu terytorialnego, domy kultury i kluby rolnika, stowarzyszenia i organizacje pożytku publicznego. W każdym ze środowisk lokalnych „mapa” owych instytucji wyznacza swoistą „geografię” zaspokajania lub deprywacji potrzeb seniorów. Część spośród kulturalno-edukacyjnych środowisk przeznaczonych dla seniorów omówiono w rozdziale 3 *Profilaktyka gerontologiczna – aspekt pedagogiczny*.

3.3.3. Poczucie marginalizacji a prawa osób starszych

Stosunek społeczeństw do ludzi starych zmieniał się na przestrzeni dziejów. W różnych cywilizacjach i okresach historycznych dominowały naprzemiennie pozytywne lub negatywne postawy wobec starości, starców darzono szacunkiem bądź piętnowano¹⁹⁷. Postawy wobec starości balansowały wzdłuż osi, której skrajnymi punktami były gerontofobia i gerontokracja¹⁹⁸. Ten dualizm postaw zauważalny jest także współcześnie.

Gerontofobia przyjmuje dziś postać ageizmu. W 1969 r. Robert Butler opisał nową formę dyskryminacji społecznej – ageizm, czyli proces stereotypizacji i dyskryminacji osób starszych. Dziś pojmuje się ageizm szerzej, jako uprzedzenia, dyskryminacje, prześladowania, ale także faworyzowanie

¹⁹⁵ Por.: M. Halicka, J. Halicki, *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość...*, s. 214.

¹⁹⁶ W znaczeniu nadanym przez: S. Kawula, *Pedagogika społeczna i jej miejsce wśród nauk pedagogicznych*, [w:] S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna...*, s. 8.

¹⁹⁷ Por.: G. Minois, *Historia starości. Od antyku do renesansu*, Wydawnictwo Marabut i Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1995; J.P. Bois, *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Wydawnictwo Marabut i Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1996.

¹⁹⁸ Por. Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa...*, s. 6–7.

danej grupy ze względu na wiek. Uprzedzenia wobec osób starszych mogą wynikać z różnych źródeł. Jedną z przyczyn jest niechęć do ludzi nieproduktywnych, uważanych za zbędnych w społeczeństwie. Ageizm jest więc reakcją obawy o zasoby przeznaczone dla całego społeczeństwa. Innym powodem może być strach przed śmiercią lub objawami starzenia się – niechęć i wrogość do starców jest „estetycznie zdeterminowaną reakcją na wizualne oznaki starzenia się”¹⁹⁹.

Natomiast dążenie do gerontokracji znajduje umocowanie w kierunkach polityki społecznej, w sferze postulatów i deklaracji. W międzynarodowych rezolucjach i aktach prawnych znajdują się postanowienia, które są gwarancją przestrzegania uniwersalnych praw każdego człowieka, nie tylko starszego. Wśród owych dokumentów są m.in.: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (ONZ, Paryż 1948), Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Rzym 1950), Europejska Karta Społeczna (Turyn 1961), Międzynarodowe Pakty Praw Człowieka (Obywatelskich i Politycznych oraz Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych – Nowy Jork 1966), Akt Końcowy Konferencji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (Helsinki 1975)²⁰⁰, Karta Praw Podstawowych oraz konstytucje i prawodawstwo poszczególnych krajów.

W 1991 roku ONZ przyjęło Katalog Podstawowych Praw Ludzi Starszych wraz z rezolucją nr 46/91 – By dodawać życia do lat, które dodano do życia. W katalogu tym umieszczono prawo do niezależności, współuczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności²⁰¹.

W katalogu praw gwarantowanych, nienaruszalnych i niezbywalnych odnaleźć można rozmaite prawa, które generalnie można zaklasyfikować do pięciu grup:

1. Prawa i wolności osobiste.
2. Prawa i wolności polityczne.
3. Wolności i prawa ekonomiczne.
4. Prawa socjalne.
5. Prawa kulturalne²⁰².

Osoba starsza jest pełnoprawnym podmiotem prawa, obywatelem i z tego powodu każde postanowienie dotyczy także jej.

W grupie **praw osobistych** znajdują się m.in. prawa: do życia, do prywatności, dobrego imienia, do małżeństwa, samostanowienia, wolności myśli, sumienia, wyznania, wolności opinii i jej wyrażania, do ochrony prawnej

¹⁹⁹ R. Borkowski, *Refleksja o przemijaniu i przemianach*, [w:] R. Borkowski (red.), *Starość i młodość. Szkice o polityce społecznej i kulturze*, Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne AGH, Kraków 2007, s. 9–10.

²⁰⁰ Zob.: Z. Szarota, *Prawa człowieka starszego*, „Państwo i Społeczeństwo” 2002, nr II, s. 217–231.

²⁰¹ Z. Woźniak, *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań 1987, s. 19.

²⁰² Zob.: Z. Szarota, *Prawa osób starszych*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57), s. 8.

i równości wobec prawa, do wolności od przemocy, do wolności i nietykalności osobistej.

Wśród **praw politycznych** odnajdujemy: prawo do obywatelstwa, uczestniczenia w życiu publicznym, czynne i bierne prawo wyborcze (czyli możliwość udziału w wyborach oraz możliwość kandydowania w wyborach), prawo do stowarzyszania się, do uczestniczenia i organizowania pokojowych manifestacji, do składania wniosków, petycji, skarg, prawo do dostępu do informacji o działaniach władz i osób publicznych, równy dostęp do służby publicznej i do wpływania na życie polityczne kraju.

Prawa socjalne skupiają postanowienia gwarantujące: poziom życia zapewniający zdrowie i dobrobyt, odpowiednie i zadowalające wynagrodzenie lub świadczenie zapewniające jednostce i jej rodzinie egzystencję odpowiadającą godności ludzkiej, ubezpieczenie i zabezpieczenie społeczne, ochronę zdrowia, pomoc socjalną.

Prawa kulturalne przynoszą wolność korzystania z dóbr kultury i ich wytwarzania, możliwość nauki (co wobec ekspansywnego rozwoju cywilizacji i nowych technologii jest szczególnie ważne dla osób starszych), uczestniczenia w życiu kulturalnym, rozrywce.

Prawa ekonomiczne zapewniają prawo do pracy i wynagrodzenia, także po osiągnięciu wieku emerytalnego, prawo do własności, dziedziczenia²⁰³.

Starsi ludzie są nośnikami ponadczasowych, uniwersalnych wartości, których nie można zagubić w dążeniu do modernizowania rzeczywistości społecznej. Postęp techniczny ograniczył ich autorytet w oczach młodych, ale nie pozbawił cennej, życiowej mądrości, rozważ, którą chętnie przekazaliby pokoleniu ludzi młodych. Seniorzy stanowią potencjał wiedzy i doświadczenia, jakie może dać tylko wiek. Chcą uczestniczyć w kreowaniu nowej rzeczywistości, ale brak im wystarczającej siły przebiccia, środków, dostępnych mechanizmów egzekwowania praw, instytucjonalnej integracji i wsparcia społecznego w zabieganiu o współuczestnictwo w przemianach systemowych. Obecne pokolenie ludzi starych w Polsce nie nagłaśnia swych potrzeb, nie zabiega o nowe prawa, o przestrzeganie zagwarantowanych. To pokolenie specyficzne, prawdopodobnie niepowtarzalne, pokolenie głęboko doświadczone przez historię, zintegrowane silnie umocowaną w świadomości wspólnotowością życia w określonych realiach społeczno-politycznych Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Współczesne pokolenie polskich seniorów zostało przez historię nauczone pokory. „Ich socjalizacja przebiegała w warunkach, gdy starość nie upoważniała do żadnych roszczeń. Dlatego też tylko w wyjątkowo trudnych sytuacjach, w ekstremalnych warunkach decydują się na poszukiwanie pomocy i wsparcia w instytucjach”²⁰⁴.

²⁰³ Por.: L. Frąckiewicz, *Karta praw człowieka starego...*, s. 151.

²⁰⁴ E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*, s. 101.

Zbigniew Woźniak²⁰⁵ twierdzi, że potrzeby maleją wraz z wiekiem i pogarszającym się stanem zdrowia i że czasem dotyczy to także kontaktów z rodziną. Można z tym poglądem polemizować, jako że w świetle najnowszych badań gerontologicznych, dysfunkcyjność organiczna i sprawnościowa ludzi w podeszłym wieku najczęściej zwiększa ich zapotrzebowanie na kontakty z najbliższymi, na obecność i życzliwość osób, którym ufają. Jak pisze Elżbieta Trafiałek, seniorzy

są grupą społeczną, która odczuwa ogromną potrzebę akceptacji oraz aktywności, pełnienia różnorodnych ról społecznych, prawdziwego i w miarę swych możliwości pełnego uczestniczenia w codziennym życiu wspólnot rodzinnych, towarzyskich, sąsiedzkich, religijnych oraz lokalnych. Rodzina jest dla nich najważniejsza, ale równie ważny jest klimat społeczny najbliższego otoczenia, czyli przyjaźnie nastawieni sąsiedzi, życzliwy lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, uprzejmy urzędnik i ekspedientka. Są bardzo wrażliwi i czuli na wszelkie przejawy akceptacji lub odrzucenia, głęboko przeżywają brak szacunku i empatii. Ich obawy związane z przewidywaną utratą samodzielności i sprawności są równie poważne jak lęk przed odtrąceniem i brakiem użyteczności²⁰⁶.

To, że nie manifestują swych uczuć, nie znaczy, że ich nie doświadczają, podobnie jak to, że niechętnie wyciągają ręce po pomoc, nie znaczy, że jej nie potrzebują²⁰⁷. Społeczeństwo nie może ignorować potrzeb generacji trzeciego i czwartego wieku, ich prawa do godnej egzystencji, choćby ze względu na odwieczny pokoleniowy przekaz wartości, stanowiący podstawę tożsamości narodowej.

Ważnym problemem jest złe samopoczucie emocjonalne najstarszej generacji Polaków i brak poczucia bezpieczeństwa, wynikające z faktu, że warunki zbiorowego życia w Polsce doprowadzają do ekskluzji społecznej osób starszych. Istniejące w społeczeństwie negatywne stereotypy oraz niechętny stosunek młodszych pokoleń do osób w wieku poprodukcyjnym przyczyniają się do marginalizacji ludzi starych²⁰⁸. Przez marginalizację rozumie się „odmowę przyznania określonych praw społecznych, bądź brak możliwości korzystania z nich w równej mierze”²⁰⁹. Przykładem może być stopniowe eliminowanie ich z aktywnego życia zawodowego i społecznego w momencie przekraczania granicy wieku emerytalnego.

Dyskryminacja ze względu na wiek określana jest jako ageizm (ang. *ageism*, *age* – wiek). *Ageism*²¹⁰ jest w Polsce faktem społecznym. Jego przejawy,

²⁰⁵ Z. Woźniak, *Najstarsi z poznańskich seniorów...*

²⁰⁶ E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*, s. 101.

²⁰⁷ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian...*, s. 108.

²⁰⁸ Por.: J. Ćwieluch, K. Domagalska, *Szkoła życia po sześćdziesiątce*, „Przekrój” 2005, nr 41.

²⁰⁹ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian...*, s. 249.

²¹⁰ Por. J. Derejczyk, *Nauka o starzeniu a polityka zdrowotna wobec ludzi starych widziane z pozycji geriatry*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość...*, s. 111.

oparte na stereotypach i uprzedzeniach dotyczących możliwości osób starszych, są widoczne na rynku pracy²¹¹, w służbie zdrowia, w urzędach, bankach, nawet na ulicy.

W służbie zdrowia starszym pacjentom odmawia się pomocy medycznej, niechętnie kieruje się na specjalistyczne badania. Brakuje odpowiedniej kadry medycznej, a zrutynizowany stosunek części personelu placówek służby zdrowia i opiekuńczych narusza godność starszych pacjentów. Język wypowiedzi kierowanej do starszych pacjentów nabiera cech *baby-talk*, „mowy jak do dzieci”²¹². Jest to pośredni dowód traktowania przez personel osób starszych jako grupy o obniżonej sprawności intelektualnej i funkcjonalnej. Co gorsza, pracownicy zdają się nie rozumieć, że zwracając się w ten sposób do podopiecznych, redukują ich poczucie godności osobistej.

Skomplikowane procedury, zbyt trudny, hermetyczny język i nieczytelne druki o maleńkich czcionkach, utrudniają załatwienie spraw w urzędach. W bankach często emeryci traktowani są jako klienci *drugiej kategorii*, odmawia się im kredytów, a nawet kart płatniczych. Dodatkową trudnością są liczne i powszechne bariery architektoniczne, komunikacyjne oraz niedostosowane środki transportu publicznego i oferty sprzedaży do potrzeb najstarszych obywateli²¹³. Jednym z czynników społecznej izolacji jest technologiczna bezradność. Analfabetyzm cyfrowy dużej grupy seniorów generuje ograniczone możliwości korzystania z najnowszych osiągnięć techniki (karty bankomatowe i kredytowe, telefony komórkowe, Internet), posiadaczom telefonów komórkowych trudności przysparza np. mały rozmiar klawiatury i ekranu.

Przejawy ageizmu prowadzą się nie tylko do stereotypowego przedstawiania i traktowania osoby starszej jako przewlekle chorej i trwale niepełnosprawnej, upośledzonej ekonomicznie, niezdolnej do pracy zarobkowej, niesamodzielnej, niezaradnej, uwikłanej w zależności od opieki i zaopatrzenia medycznego oraz pomocy socjalnej. Ludzie starzy w ogólnospołecznej świadomości są balastem dla świata owładniętego kultem młodości, są spychani w obszar osamotnienia rzeczywistego, marginalizowani w aktywności zawodowej, izolowani w instytucjach opiekuńczych, nieobecni w propozycjach kultury masowej. Traktowani bywają jako „obciążenie społeczne”, pasożytnicy czy użytkownicy programów socjalnych i opiekuńczych, ze skrupulatnie wliczanymi „wskaźnikami zależności”. Proces społecznego odrzucenia seniorów przebiega stopniowo. Jego wyznacznikiem jest powolne odchodzenie od wielu ról społecznych, rezygnacja z kontaktów z innymi ludźmi i instytucjami.

²¹¹ W Polsce wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55–64 lat w 2004 r. wyniósł zaledwie 26%, przy 40% średniej w UE.

²¹² D. Parlak, *Komunikacja z ludźmi starszymi w ramach relacji opiekuńczo-terapeutycznych*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość...*, s. 42.

²¹³ Por.: *Definicja i rodzaje oraz obszary dyskryminacji*. Witryna Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce; www.senior.info.pl/?s=main02 [stan z 10.01.2005].

Respondenci badań prowadzonych w latach 2005–2006 pod moim kierunkiem²¹⁴ niestety doświadczali gorszego, w porównaniu z innymi grupami wiekowymi, traktowania. W placówkach służby zdrowia, sklepach, urzędach, środkach komunikacji publicznej spotykali się z lekceważeniem, protekcyjnym traktowaniem, obojętnością, brakiem szacunku, niewybrednymi żartami, wykorzystywaniem materialnym.

Spotykając się zdyskryminacją, osoby starsze odczuwają zdenerwowanie, bezradność i smutek. Badani podkreślali, że niezwykle deprymuje ich hermetyczny język używany przez lekarzy diagnozujących stan zdrowia oraz brak jasnych informacji dotyczących przyjmowania leków. Absolutnie dramatyczne sytuacje mają miejsce, gdy dochodzi do odmowy podjęcia leczenia ze względu na wiek pacjenta. Niestety, zdarza się, że personel zakładów opiekuńczo-leczniczych lub domów pomocy społecznej²¹⁵ traktuje pełnosprawnych intelektualnie mieszkańców/rezydentów jak osoby obciążone senilizmem²¹⁶. Ponadto, respondenci doświadczyli przejawów nieuprzejmości ze strony kierowców i pasażerów środków komunikacji zbiorowej, odczuwali zniecierpliwienie np. urzędników, recepcjonistek w przychodniach zdrowia, gdy „dopytywali” o coś.

Wpływ stereotypów widoczny jest także w postawach samych osób starszych, których wycofanie się przyjmuje postać automarginalizacji. Niewiele spośród najstarszych angażuje się w działalność prospołeczną, edukacyjną, obywatelską. Najczęściej izolują się w otoczeniu zaspokajającym potrzebę bezpieczeństwa, czyli wśród członków własnej rodziny, realizując domocentryczny, rodzinny i pobożny styl życia²¹⁷. Starsi Polacy zmagają się na co dzień z wieloma mniejszymi lub większymi problemami. Bardzo wielu spośród tej grupy wiekowej w dalszym ciągu pozostaje na marginesie wydarzeń współczesności. Nie jest to wyłącznie wina automarginalizacji lub biernego, domocentrycznego stylu życia. Osoby starsze często po prostu nie wiedzą, że tuż za rogiem coś ważnego się dzieje, bądź są przekonane, że „w ich wieku to już nie wypada...”, że z racji siwych włosów nie powinni swobodnie korzystać ze swoich praw. Najbardziej przykre jest to, że młody, zdrowy i sprawny człowiek nie potrafi sobie nawet wyobrazić sytuacji osób starszych, które – żyjąc obok pędzącego świata – trudzą się, aby w miarę normalnie dożyć do końca swoich dni. Obcy jest mu „skafander starości”.

Obszary, przyczyny i przejawy bezradności osób starszych przedstawiono w tabeli 24.

²¹⁴ Zob.: Z. Szarota, *Lęki i niepokoje pokolenia „60+” w kontekście ekskluzji społecznej*, [w:] S. Rogala (red.), *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*, WZSiA, Opole 2007, s. 132–144.

²¹⁵ Liczne reportaże interwencyjne obnażają te gorzkie fakty. Na casusy powołuje się: E. Trafiałek, *Polska starość*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57).

²¹⁶ Fizyczna i psychiczna niedołężność starcza.

²¹⁷ Por.: O. Czerniawska, *Style życia ludzi starszych...*, s. 19–24.

Tabela 24. Obszary bezradności osób starszych

Teren	Przyczyny	Przejawy
Świadomość społeczna	Negatywne stereotypy	Upředzenia wobec ludzi sta- rych
Życie społeczne	Brak wiedzy dotyczącej pro- blemów starości wśród decy- dentów	Niezaspokojenie ich potrzeb
Rynek pracy	Zły stan usług	Absencja na rynku pracy
Służba zdrowia	Brak starości w mediach*	Niskie świadczenia emerytalno- -rentowe
Urzędy	Międzypokoleniowa konku- rencia o udział w rynku pracy	Niekompetencja technologiczna
Kultura	Niski udział w transferze	Bariery architektoniczne, trans- portowe, komunikacyjne
Mass media	świadczeń społecznych (for- my finansowe, rzeczowe, usługowe)	Zły system informacji, brak po- radnictwa
Rozrywka	Dynamika przemian cywiliza- cyjnych i technologicznych	Pogarszający się stan zdrowia, niepełnosprawność
Wypoczynek	Wadliwa organizacja prze- strzeni życiowej	Zależność
Zorganizowana turystyka	Cechy starości jako fazy życia	Izolacja
Usługi	Automarginalizacja	Ekskluzja społeczna
Handel		Ageizm
Bankowość		
Transport		
Komunikacja		
Edukacja		
Nowe technologie		

* Por.: E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, MarMar, Wrocław 2005, s. 170–234; D. Zaworska-Niokoniuk, *Marginalizacja starości w dobie późnonowoczesnego konsumeryzmu – spojrzenie feminologii na media masowe*, [w:] K. Białobrzeska, S. Kawula (red.), *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2006, s. 193–206; P. Gotfryd, *Seniorzy w mediach*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57).

Niektóre starsze osoby nie sygnalizują niezaspokojonych potrzeb, ponieważ nie pozwala im na to ich duma. Nie chcą pomocy i odsuwają się w cień. U części seniorów natomiast narasta i potęguje się ich bierność, obojętność, marazm oraz wyuczona bezradność i oczekiwanie na wsparcie ze strony pomocy społecznej, z czasem uwidacznia się postawa roszczeniowa, szczególnie wśród tych, którzy dobrze oceniają epokę PRL-u.

Jeżeli chodzi o zasoby społeczne starości, to niestety w Polsce zdecydowanie nie można mówić o ekonomicznej i obywatelskiej sile emerytów. Siła nabywcza emerytalnych portfeli jest mizerna, konsumpcja ograniczona, świadomość konsumentka niska. Funkcjonowanie osób starszych na polskim rynku konsumenckim deprywowane jest wieloma czynnikami związanymi z obecnym kształtem życia społeczno-gospodarczego Polaków. Jak twierdzi Elżbieta Trafiałek, nie jest to sprawa wyboru, lecz fakt, że miejsca te są dla wielu niedostępne z powodu ograniczeń finansowych²¹⁸.

Najbardziej wymownym sygnałem marginalizacji osób starszych jest ich nieobecność w życiu publicznym, ośrodkach wypoczynkowych o wysokim standardzie usług, biurach turystycznych, prywatnych klinikach zdrowia, usługach bankowości, przede wszystkim elektronicznej. Nie ma ich w przestrzeni publicznej, politycznej, kulturalnej, np. w restauracjach, w kinach, teatrach

²¹⁸ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian...*, s. 249–257.

i pozostałych placówkach kultury. Nie ma liczącej się partii politycznej (jak Partia Siwych w Niemczech) czy organizacji obywatelskiej (na wzór amerykańskich „Szarych Panter”), poza jednostkowymi Akademią Rozwoju Filantropii czy Akademią Pełni Życia nie ma silnych ogólnopolskich i lokalnych stowarzyszeń i organizacji pozarządowych skupiających pomysły i aktywność osób starszych. Podejmowane są inicjatywy prosenioralne, wśród których nieliczne aktywizują samych emerytów, ale wciąż w stopniu niezadowalającym, bez zdolności przebiccia się do masowej świadomości potencjalnych beneficjentów programów. Seniorzy przesunięci zostali na margines zainteresowań społecznych. Wobec innych problemów, będących kwestiami społecznymi, tj. biedy czy bezrobocia, ekonomici i politycy nie skupiają na nich uwagi. Najstarsi mogą liczyć tylko na doraźne działania i puste przedwyborcze obietnice poprawy stanu rzeczy.

W ramach własnego poczucia odpowiedzialności osoby starsze powinny wносить do realizacji swoich praw osobiste i zaangażowane uczestnictwo w procesach politycznych i społecznych, ponieważ jak dotąd emeryci i renciści nie stanowią jakiegokolwiek siły politycznej czy społecznej. Przeważająca część polskich organizacji zrzeszających ludzi starych ma krótką historię, będącą implikacją polskiej transformacji społeczno-ustrojowej²¹⁹. W początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku organizacje te stanowiły około 6% pozarządowych stowarzyszeń²²⁰. Także reprezentacja seniorów w zarządzaniu krajem jest słaba: przy ponad 17-procentowym udziale starszych osób w narodzie 6% to posłowie na sejm, w radach samorządów terytorialnych wszystkich poziomów (gminy, powiaty, sejmiki województw) zasiada po 10%, w radach miast – 13%²²¹.

W sytuacji starzenia się społeczeństw na świecie ukonstytuowały się podmioty o bardzo szerokim zakresie i zasięgu oddziaływania²²². Federacją o glo-

²¹⁹ Organizacje pracownicze: Związek Rencistów, Emerytów i Inwalidów, kombatanckie – np. Związek Wojowników o Wolność i Demokrację, Towarzystwo Rodzin Katyńskich, organizacje samopomocowe, kulturalno-oświatowe, np. uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora, religijne jak np. biura Rodziny Radia Maryja, Krajowa Partia Emerytów i Rencistów.

²²⁰ Por.: J. Erenc, J. Boczoń, *Ludzie starzy w samoorganizującym się społeczeństwie – zarys problemu*, „Zeszyty Problemowe Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego” 1993, nr 5.

²²¹ Za: E. Trafiałek, *Polska starość...*

²²² Lista międzynarodowych organizacji non-profit zajmujących się problematyką starzenia się i starości znajduje się na stronie internetowej *United Nations Programme on Ageing* http://www.un.org/ageing/iyop_ngos.html#GINA [data dostępu 2.08.2009]; American Association of Retired Persons (AARP); Coalition 99; Eurolink Age; European Federation of the Elderly (EURAG); European Institute for the Media (EIM); Fédération Internationale des Associations de Personnes Agées (FIAPA); Geneva International Network on Ageing (GINA); Global Action on Aging; HelpAge International (HAI); International Ascent (Vie Montante Internationale); International Association of Gerontology (IAG); International Chamber of Commerce (ICC); International Federation on Ageing (IFA); International Immigrants Foundation (IIF); International Institute on Ageing (INIA); International Institute for Human Resources Development (IIHRD); International Longevity Center (ILC-U.S.); International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA); International Project on Rural Ageing – West Virginia University Center on Aging; Liverpool Personal Service Society

balnej skali działania, patronującą problemom osób starszych, jest **International Federation on Ageing (IFA)** – agenda ONZ z siedzibą w Montrealu, wydająca periodyk „Ageing International”. W działalności Federacji warte odnotowania są przede wszystkim inicjatywy związane z określeniem praw i zasad normujących sytuację osób starszych w życiu społecznym i obywatelskim. Należą do nich między innymi *Plan d’action international de Vienne* (Wiedeński Międzynarodowy Plan Działania) z 1982 roku, *Declaration des droits et responsabilités des personnes âgées de la FIV* (Deklaracja Praw i Odpowiedzialności Osób Starszych) z 1990 roku, Zasady Narodów Zjednoczonych z 1991 roku, Montrealska Deklaracja IFA z 8 września 1999 roku ogłoszona podczas IV Światowej Konferencji na temat starości. We wrześniu 1999 roku zostały opracowane Rekomendacje dla Narodów Zjednoczonych, kierowane do krajów członkowskich.

HelpAge International jest światową siecią organizacji non-profit o charakterze narodowym, regionalnym i lokalnym. Centra organizacji znajdują się w Brukseli i Londynie. Działa ona głównie w krajach rozwijających się z misją pracy i na rzecz osób starszych z całego świata, w celu osiągnięcia trwałego polepszenia jakości ich życia, dążąc do tego, aby głos osób starszych, szczególnie tych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, był brany pod uwagę. Została powołana w 1983 roku, by dzielić się pomysłami i ideami, budować płaszczyznę przeprowadzania pożądaných zmian. Skupia członków z 49 państw Afryki, Azji i Oceanii, Ameryki Łacińskiej, Karaibów, Europy wschodniej i centralnej oraz Ameryki Północnej²²³. Polska nie należy do tej organizacji. HelpAge wspiera rozwój organizacji pozarządowych pracujących z osobami starszymi. Patronuje projektom lokalnym, tworzonym oddolnie. Prowadzi ekspertyzy, upowszechnia wśród członków wiedzę, rozpowszechnia informacje, zbiera fundusze, wdraża programy osłaniające osoby starsze, pomaga w rehabilitacji. Niesie pomoc krajom dotkniętym konfliktami, katastrofami, znajdującym się w okresie transformacji ekonomicznej, w których wytwarza się szczególnie trudna sytuacja, dostarcza pomocy w sytuacjach kryzysowych, pomaga uchodźcom w osiedleniu się²²⁴.

Na Zachodzie zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek zanika. Starsi ludzie są zbyt dużą i zamożną grupą, by można ją lekceważyć lub nie dostrzegać potrzeb, usuwając na margines życia społecznego, ekonomicznego, gospodarczego, kulturalnego czy politycznego (powstało kilka terminów na określenie procesów rewolucyjnych zmian demograficznych, np. *elder boom*, *daddy boom*, w analogii do *Yuppies* nazwano ich *Woopies – Well Off Older*

(PSS); Non-Governmental Organization Committee on Ageing, United Nations/New York; Non-Governmental Organization Committee on Ageing, United Nations/Vienna; Older Woman’s League (OWL); The PanAfrican Foundation for Childhood and Third Age Protection (FETAG); African Gerontological Society; World Veterans Federation.

²²³ Adres internetowy: www.helpage.org.

²²⁴ Zob. Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa...*, s. 63–64.

*People*²²⁵ – zamożni, dobrze sytuowani seniorzy). W tamtejszych mediach pojawia się coraz więcej reklam kierowanych do tej grupy konsumentów, w turystyce wzrasta liczba ofert dla podróżników w podeszłym wieku, sieci wielkich sklepów zmieniają ekspozycje towarów, dostosowując je do możliwości percepcyjnych i lokomocyjnych seniorów, sektor usług dostosowuje się do oczekiwań starszych i najstarszych obywateli. W krajach Europy zachodniej dbałość o kondycję psychiczną seniorów jest wysoka, ludzie starzy angażują się w działalność samopomocową, aktywizuje się ich środowiska lokalne. Ponadto seniorzy mają zapewniony dostęp do kultury, oświaty oraz szeroki dostęp do opieki zdrowotnej, rehabilitacji i środków umożliwiających realizację rozległych potrzeb. Tworzone są placówki kulturalno-oświatowe i pomocowe o charakterze integrującym pokolenia. Działania te oparte są na założeniach, że ludzie starsi, bogaci w doświadczenia i wiedzę życiową, dbający o kulturę i tożsamość narodową, zasługują na szczególną uwagę.

W Europie istnieje szereg międzynarodowych i krajowych organizacji, których misją jest działanie na rzecz poprawy warunków życia seniorów. Jedną z najstarszych jest **European Federation of the Elderly (EURAG)**²²⁶ – Europejska Federacja Osób Starszych. Utworzona została w 1962 r. w Luksemburgu, od 1974 roku jej Główny Sekretariat mieści się w Austrii. Jest organizacją non-profit, interreligijną i apolityczną. Celem Federacji jest wspieranie solidarności międzypokoleniowej oraz utrzymanie samodzielności i niezależności życiowej osób starszych, wspomaganie uczestnictwa osób starszych w procesach decyzyjnych i wspieranie rozwoju demokracji. Federacja promuje samopomoc. Podejmuje działania służące polepszeniu sytuacji życiowej osób starszych. Usiłuje zapobiegać dyskryminacji związanej ze starszym wiekiem oraz dąży do zapewnienia bezpieczeństwa finansowego osób starszych. EURAG pracuje opierając się na grupach roboczych i komitetach rozważających konkretne problemy starszego pokolenia oraz redaguje i lansuje propozycje i wnioski do Parlamentu Europejskiego, Komisji Europejskiej, Rady Europy, ONZ, Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Światowej Organizacji Pracy (MOP). Jej zadaniami są ponadto koordynowanie, współpraca i wymiana opinii z ekspertami i organizacjami usługowymi, grupami samopomocowymi, a także osobami indywidualnymi, organizowanie międzynarodowych kongresów poświęconych specyficznym zagadnieniom związanym ze starością i przeznaczonym dla osób starszych.

European Platform of Seniors' Organisations (EPSO) – Europejska Platforma Organizacji Seniorów powstała w 1988 roku. Jej misją jest dążenie do stworzenia osobom starszym pól umożliwiających im rozwój i wykorzystanie ich wiedzy oraz zdolności zarówno na płaszczyźnie europejskiej, jak i krajowej, regionalnej i lokalnej. Cele realizuje poprzez organizowanie konfe-

²²⁵ J. Podgórska, *Moc siwych głów, czyli jak się dobrze zestarzeć*, „Polityka” 2003, nr 15.

²²⁶ Obecnie European Federation of Older Persons (of Older People) <http://www.socialplatform.org/AboutUs.asp?DocID=8174> [data dostępu 2.12.2009].

rencji, na których osoby starsze mogą wyrazić swoją opinię na różne tematy (zdrowie, edukacja, przygotowanie do emerytury).

Fédération Internationale des Associations des Personnes Agées (FIAPA) – Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Osób Starszych w Paryżu (Francja) powstała w 1980 roku. Jej misja polega na podnoszeniu ogólnospołecznej świadomości, że starzenie się jest problemem nie tylko demograficznym, ale także społecznym, że osoby starsze są chętne do pełnego uczestniczenia w życiu społecznym. Cele Federacji mogą być realizowane w poszczególnych krajach oraz na płaszczyźnie międzynarodowej poprzez ustanawianie programów działań dla organizacji członkowskich dotyczących rodziny, zdrowia i zaangażowania osób starszych w prace na rzecz społeczeństwa. Stowarzyszenie organizuje seminaria ewaluacyjne, omawiające całościowo projekty i osiągnięcia oraz spotkania z organizacjami lokalnymi w kraju ich działania.

AGE – the European Older People`s Platform²²⁷ – Europejska Platforma Ludzi Starszych z siedzibą w Brukseli (Belgia) założona w styczniu 2001 r. jako odpowiedź na pytanie, jak poprawić i wzmocnić współpracę między organizacjami starszych ludzi w UE. Celem AGE jest promocja żywotnych interesów ludzi starych mieszkających w Unii i podnoszenie społecznej świadomości zagadnień, które ich najbardziej dotyczą. Decyzje głównych organów UE: Parlamentu Europejskiego, Komisji Europejskiej, Rady Ministrów, sądu oddziałują na codzienne życie wszystkich jej mieszkańców – włączając ludzi starszych. AGE angażuje się w działalność polityczną i informacyjną, by wprowadzić sprawy ludzi starszych w program UE i wesprzeć współpracę między grupami seniorskimi. Aby doprowadzić do krystalizacji idei społeczeństwa przyjaznego ludziom w każdym wieku, potrzebna jest zmiana nastawień, poszukiwanie solidarności między pokoleniami, rozpoznanie, co ludzie starsi wnoszą do społeczeństwa. AGE jest oddane walce z wszystkimi formami dyskryminacji ze względu na wiek we wszystkich obszarach życia. Monitoruje i wpływa na wprowadzanie różnych inicjatyw i projektów UE w tym obszarze. Członkostwo w AGE jest otwarte dla europejskich, narodowych i regionalnych organizacji non-profit seniorskich i prosenioralnych. Działalność AGE jest współfinansowana przez jego członków i przez Komisję Europejską. AGE publikuje newsletter „CoverAGE”²²⁸.

European Parkinson’s Disease Association (EPDA) – Europejskie Stowarzyszenie do spraw Choroby Parkinsona z siedzibą w Londynie podejmuje działania na rzecz międzynarodowego upowszechnienia wiedzy na temat tej choroby. Stara się umożliwiać pacjentom i ich opiekunom wypracowanie najlepszych standardów usług opiekuńczych. Proponuje dostęp do najnowszych rozwiązań medycznych i szybkie docieranie z informacją o tych rozwią-

²²⁷ Adres internetowy: <http://www.age-platform.org/EN/>.

²²⁸ Dostępne w tłumaczeniu na język polski na stronie internetowej „Forum 50+ Seniorzy XXI wieku”, nieformalnego, otwartego związku organizacji, które łączy wspólna misja – poprawa jakości życia ludzi starszych w Polsce; <http://www.forum.senior.info.pl/?s=main07>.

zaniach do pacjentów i opiekunów. Promuje i wspiera współpracę pomiędzy naukowymi i eksperckimi grupami, zajmującymi się problematyką choroby Parkinsona. Motywuje, promuje i wspiera nowe oraz już istniejące organizacje zajmujące się opieką i rehabilitacją ludzi dotkniętych chorobą Parkinsona. Działalność tej organizacji jest tym istotniejsza, że starzenie się ludzkości spowoduje, że coraz więcej osób będzie dotkniętych chorobą Parkinsona²²⁹.

Osoby należące do populacji trzeciego i czwartego wieku mają swoje stowarzyszenia i federacje działające tak w skali globalnej, międzynarodowej, jak i narodowej oraz lokalnej, środowiskowej. Powstało wiele organizacji czy stowarzyszeń, które, jak np. amerykańskie „Szare Pantery”²³⁰ i „Stowarzyszenie Czerwonych Kapeluszy”²³¹ czy europejskie stowarzyszenie organizacji działających na rzecz ludzi starych „EURAG”, mają na celu ochronę interesów najstarszej grupy społecznej, narodziły się, by wołać o przestrzeganie praw osób starszych, włączać osoby w zaawansowanym wieku w nurt życia ogólnospołecznego.

W Polsce istnieje wiele stowarzyszeń i organizacji. Jedną z nich jest Krajowa Partia Emerytów i Rencistów²³². Cele jej działalności wychodzą naprzeciw słabszym warstwom społeczeństwa. Dążeniem Partii jest uchwalenie Polskiej Karty Seniora na wzór Europejskiej Karty Seniora (ryc. 5).

Jean Pierre Bois, autor *Historii starości*, pisze: „Moda na starość oparowała zachodnie społeczeństwa; starość robi dziś furorę, jest wszechobecna [...]. Nie ma już programu politycznego czy społecznego, który nie zapowiadałby chęci służenia trzeciemu wiekowi”²³³. Kontynuując swoją myśl, autor wyjaśnia, że moda ta to tylko pozory, swoista fasada pustki w zakresie spójnych polityk narodowych adresowanych do najstarszych obywateli. Jest to zjawisko niekorzystne, gdyż „oddzielenie prawdziwej starości od aktywnego trzeciego wieku niesie w sobie niebezpieczeństwo segregacji, a w dalszej perspektywie eliminacji”²³⁴.

Należy podkreślić, że w Polsce jest to szczególnie dobrze widoczne, jedynie bowiem „pierwsza starość”, czyli „trzeci wiek”, jest dostrzegana i eksponowana, promowana w programach polityki społecznej. „Młodzi starzy”, dysponując dużymi zasobami witalności, organizują się w np. stowarzyszenia, tworząc grupy nacisku, z którymi lokalne i krajowe władze zaczynają się liczyć. Natomiast przedstawiciele coraz liczniejszej kohorty zaawansowanej, prawdziwej

²²⁹ Zob. Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa...*, s. 65–66.

²³⁰ Gray Panthers, ruch polityczny, powstały w USA we wczesnych latach siedemdziesiątych XX wieku; www.graypanthers.org.

²³¹ Red Hat Society, ruch społeczny pań w wieku 50+, założycielką jest malarka Sue Ellen Cooper, która ofiarowała przyjaciółce z okazji jej 50. urodzin czerwony kapelusz (1998 r.). Zob.: www.redhatsociety.com; por.: K. Bosacka, *My nie robimy nic*, „Wysokie Obcasy”, dodatek do „Gazety Wyborczej”, 27.04.2008.

²³² Portal Krajowej Partii Emerytów i Rencistów: <http://www.kpeir.org/index.php?id=22> [data dostępu 29.02.2009].

²³³ J.P. Bois, *Historia starości...*, s. 11.

²³⁴ Ibidem.

starości, czyli „starzy starzy” (*old old*) oraz najstarsi ze starych (*oldest old*) pozostają poza zakresem zainteresowań mediów, odsunięci w cień, samotni ze swoimi problemami.

1. Seniorzy Europy powinni być godnie traktowani przez władze wszystkich państw wchodzących w skład Unii Europejskiej. Ma się to wyrażać w:

- sprawiedliwym i równoprawnym traktowaniu wobec innych grup społecznych,
- zapewnieniu organizacjom seniorów możliwości reprezentowania interesów środowiskowych wobec władz administracyjnych,
- otwartości wszystkich instytucji państwa na potrzeby seniorów. Powinno to zwłaszcza dotyczyć instytucji zajmujących się służbą zdrowia, oświatą, komunikacją i rekreacją.

2. Emerytury i renty powinny być obliczane w oparciu o wysokość składek wpłacanych przez okres pracy zainteresowanych. Niedopuszczalne są zmiany tej zasady w celu niwelowania deficytów budżetów państwowych.

3. Należy dążyć do zbliżenia przeciętnych emerytur i rent wypłacanych w krajach członkowskich UE. Średnia relacja tych świadczeń w krajach zamożniejszych i uboższych nie może być mniej korzystna niż stosunek 1:3.

4. Emeryci i renciści powinni mieć, bez ograniczeń, prawo podejmowania pracy we wszystkich państwach UE. Podjęcie pracy nie powinno wstrzymywać wypłaty świadczenia.

5. Od najniższych emerytur i rent nie należy pobierać żadnych podatków.

6. Należy dbać o dialog pokoleń. Sprzyjać temu powinien szacunek dla doświadczenia i wiedzy. Seniorzy są bowiem strażnikami tradycji narodowych i wartości społecznych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://www.kpeir.org/index.php?id=22>

Ryc. 5. Europejska Karta Seniora

Rozdział 3. Profilaktyka gerontologiczna – aspekt pedagogiczny

Ludzkości znane są dwie przeciwstawne postawy wobec starości: gerontofobia, czyli postrzeganie ludzi starych jako ciężaru społecznego, i gerontokracja, niosąca przywileje i prestiż społeczny należny im z racji wieku. Ten dualizm postaw układa się w perspektywie wieków w swoistą sinusoidę, wahając się od niechęci do szacunku¹.

Od najdawniejszych czasów dostrzegano także różnicę pomiędzy *sēniūm* a *sēnectūs*, czyli różnicę pomiędzy starością w stanie upadku, smutku zniedołężnienia, degradacji człowieczeństwa a wiekiem sędziwym, starością twórczą, witalną, pełną możliwości szans i rozwoju².

Tak zwani zwyczajni ludzie niejednokrotnie zastanawiają się nad problemem, dlaczego nie wszyscy starzeją się tak samo, co decyduje o gatunkowej i osobniczej jakości starzenia się? Zainteresowania przyczynami starzenia się, wewnętrznymi i zewnętrznymi objawami tego procesu towarzyszą także naukowcom. Wiele nauk podejmuje interdyscyplinarny trud dookreślenia odpowiedzi na te pytania. Cel ten przyświeca także badaniom gerontologicznym.

1. Adaptacja do starości – wybrane teorie

Udane kompendium wiedzy na temat teorii starzenia się stworzył Jerzy Halicki, dokonując przeglądu najbardziej z nich uznanych i współczesnych³. W przedstawianym opracowaniu wykład tego autora uzupełniony został pra-

¹ Zob.: G. Minois, *Historia starości. Od antyku do renesansu*, Wydawnictwo Marabut i Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1995; J.P. Bois, *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Wydawnictwo Marabut i Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1996.

² Zob.: F. Riemann, W. Kleespies, *Jak szczęśliwie przeżyć drugą połowę życia*, WAM, Kraków 2006, s. 9.

³ J. Halicki, *Spoleczne teorie starzenia się*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2004, s. 255–276.

cami Józefa Rembowskiego, Adama A. Zycha, Bruno Synaka, Elżbiety Trafiałek, Barbary Szatur-Jaworskiej, Piotra Błędowskiego, Małgorzaty Dziegielewskiej⁴ oraz własnymi analizami na podstawie studiów nad literaturą przedmiotu.

W grupie psychospołecznych determinantów można wyróżnić dwie główne grupy teorii starzenia się: koncepcję niezaangażowania i koncepcję aktywności (polskiej gerontologii teorie te przybliżyli Jerzy Piotrowski oraz Józef Rembowski).

Pierwsza grupa koncepcji odwołuje się do naturalnej, postępującej wraz z wiekiem redukcji interakcji z otoczeniem, niechęci do podejmowania nowych obowiązków, zawężania się przestrzeni życiowej, zmniejszającego się zakresu zainteresowania wydarzeniami zewnętrznymi, koncentracji na sobie. W myśl koncepcji niezaangażowania, jednostki postrzegane są przez społeczeństwo jako pasywni przedstawiciele systemu społecznego. Proces ten jest zinternalizowany przez starzejącego się osobnika do tego stopnia, iż uznawany jest za niezbędny do zachowania radości i zadowolenia z życia. „Wyhamowanie” aktywności, wycofywanie się z wcześniej wykonywanych ról społecznych, jest gwarancją dobrostanu emocjonalnego osoby starszej.

W myśl strukturalnego funkcjonalizmu⁵ starsze osoby uznają swoją gotowość do wycofania się w imieniu społeczeństwa, do którego przynależą. Ich zadanie to przygotowanie się do całkowitego wycofania się z życia społecznego – śmierci (**teoria wycofania, wyłączenia**). Senior, ulegając presji społeczeństwa, co przejawia się w odsuwaniu go od prestiżowych i ważnych funkcji i zadań, sukcesywnie rezygnuje z przyjętych w przeszłości na siebie ról, form aktywności, izoluje się, wycofuje ku swemu wnętrzu. Zmniejsza się jego emocjonalne zaangażowanie na rzecz innych, natomiast zwiększa się troska o „ja”⁶. Ten „styl życia [...] nazwano stylem ‘fotela bujanego’ [...] i uznano, że jest on niezbędny do introspekcyjnej analizy własnych wspomnień związanych z dotychczas nierozwiązanymi konfliktami, reinterpretacji tych dawnych przeżyć i odkrywaniu ich nowych znaczeń”⁷.

⁴ J. Rembowski, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa–Poznań 1984; A.A. Zych, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999, s. 36–42; B. Synak, *Ludzie starzy*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 2, pr. zb., Oficyna Naukowa, Warszawa 1999; E. Trafiałek, *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2006; B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2006.

⁵ Inaczej – orientacji strukturalistycznej, pojmowanej jako układ warunków zapewniających społeczeństwu ład organizacyjny wyznaczony przez systemy adaptacji, wzajemnego przystosowania i integracji.

⁶ Por.: J. Rembowski, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka...*, s. 34–35; J. Halicki, *Spoleczne teorie starzenia się...*, s. 255–276; E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*, s. 27.

⁷ D. Becelewska, *Repetitorium z rozwoju człowieka*, Kolegium Karkonoskie, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2006, s. 291.

Teoria redukcjonistyczna (niezaangażowania, deprivacji, deficytu⁸) opiera się na założeniach wywiedzionych z poglądu utożsamiającego starość z chorobą, niedołęstwem, niezdolnością, zależnością. W jej myśl w starości występuje pogorszenie sprawności psychomotorycznej, zmysłów, pamięci, sprawności myślenia, uczenia się, zakresu interakcji społecznych, zmniejszenie wymiaru przestrzeni życiowej, zdolności adaptacyjnych starzejącej się jednostki.

Druga, przeciwstawna wobec pierwszej grupy, **koncepcja aktywności**, za warunek równowagi emocjonalnej jednostki uznaje jej aktywność, traktując ją jako wartość cenioną społecznie. Aktywność jest bardzo ważną potrzebą człowieka na każdym etapie jego życia. W tej teorii starzenie się interpretowane jest jako gromadzenie się w jednostce napięć związanych z koncepcją obrazu samego siebie, wynikającego ze zmiany w pełnieniu ról społecznych⁹. Koncepcja ta jest związana z orientacją strukturalistyczną, badającą modele stosunków społecznych. Zakłada, że osoby starsze zachowują optymizm i równowagę emocjonalną, gdy będą aktywne na miarę swoich sił i możliwości. Aktywność jest miarą pozytywnego wizerunku osoby w oczach własnych i otoczenia. Jednostka swój obraz kształtuje na podstawie ocen i obserwacji otoczenia oraz w interakcjach społecznych. W zależności od tego, jak określa i ocenia siebie oraz jak określają ją inni, wyznacza zakres i intensywność swojego działania. „Człowiek stary powinien się realizować na tych samych płaszczyznach zaangażowania, na jakich czynił to w wieku dojrzałym”¹⁰. Stawiane jednostce zadania rozwojowe mają podłoże biologiczne (dojrzewanie fizyczne), psychologiczne (aspiracje lub wartości) i kulturowe (oczekiwania społeczne). Pomyślne rozwiązanie jednego zadania prowadzi do kontynuacji aktywności, zadowolenia i sukcesów w rozwiązywaniu kolejnych zadań. Niepowodzenie rodzi niezadowolenie jednostki, dezaprobatę społeczną i trudności na przyszłość. By utrzymać pozytywny obraz siebie, należy zastępować nowymi rolami te utracone¹¹, jest to gwarant pomyślnej adaptacji do starości. Starsze osoby czerpią radość i satysfakcję z zaangażowania się w nowe obszary aktywności, racjonalnie i z pożytkiem zagospodarowując czas wolny, konstruktywnie rozwiązując problemy wyznaczone im przez zadania rozwojowe tej fazy życia.

Teorią odnoszącą się do miejsca człowieka w społeczeństwie jest **teoria modernizacji**. Jej wykładnię można sprowadzić do stwierdzenia, że status ludzi starszych jest odwrotnie proporcjonalny do poziomu industrializacji społeczeństwa. Im wyżej pod względem przemysłowym rozwinięte społeczeństwo – tym niższa pozycja starszych osób, jako tych „mniej produktywnych”, „mniej wydajnych”.

Nieco odmienne ujęcie towarzyszy teorii **stratyfikacji wieku**. Grupa ludzi urodzonych w tym samym czasie jest unikatowa, niepowtarzalna. Do-

⁸ A.A. Zych, *Człowiek wobec starości...*, s. 39–40.

⁹ Ibidem, s. 37.

¹⁰ E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*, s. 27.

¹¹ Por. J. Halicki, *Spoleczne teorie starzenia się...*, s. 265.

minującym pojęciem tej teorii jest napływ kohortowy. Każda kohorta wiekowa ma swój odrębny kod kulturowy, jest historycznie oryginalna, ma własną charakterystykę i doświadczenia wydarzeń historycznych. Teoria ta ma wyraźnie generalizujący charakter, pomijając indywidualne doświadczenie starości. Wydaje się, że zakłada kolonizowanie ludzi w grupy, odpowiadające wiekowi chronologicznemu.

Koncepcja biegu życia (*life-span*) analizuje wpływ norm społecznych na przejawiane zachowania jednostki. Rozwój człowieka przebiega na osi pełnego cyklu życia, także w starości. Jak pisze J. Halicki: „Kluczowe elementy tej struktury zawierają się w [...] stwierdzeniach: 1) starzenie się ma miejsce od urodzin po śmierć, 2) starzenie się dotyczy procesów społecznych, psychologicznych i biologicznych, 3) doświadczenie starości jest kształtowane przez czynniki historyczno-kohortowe”¹².

Analizy socjologiczne doprowadziły także do następującego teoretycznego konstrukt (teoria wymiany): życie społeczne polega na angażowaniu się jednostek w społeczną wymianę. Jednostki uczestniczą w niej, jeśli jest dla nich opłacalna, wycofują się, gdy przynosi straty. Teoria ta opiera się na wzajemności usług i interakcji w kontaktach międzypokoleniowych. Seniorzy „przegrywają” z młodszymi, mają bowiem mniej siły w konfrontacji z nimi, mniejsze zasoby zdrowia, dochody, wykształcenie. Dlatego też wycofują się z życia społecznego.

Teoria załamania społecznego i kompetencji społecznych (inaczej – teoria naznaczania społecznego¹³) jest osadzona w interakcjonizmie symbolicznym¹⁴. Syndrom załamania społecznego powstaje wskutek odbioru przez jednostkę negatywnych komunikatów płynących z jej środowiska. Poddając się im, przenosi je na samoocenę, która w wyniku tego staje się negatywna. Konsekwencją takiego postrzegania siebie są: utrata dotychczasowej roli, zachowania zgodne z negatywnymi stereotypami, doświadczenie kryzysów związanych ze zdrowiem. Etykietowanie starszych osób przez środowisko społeczne jako zależnych prowadzić może do zaniku dawnych kompetencji i kwalifikacji. Jednostka zaczyna postrzegać siebie jako osobę chorą albo niekompetentną.

Teoria subkultury utrzymuje, że w wyniku wykluczenia z interakcji z innymi grupami wiekowymi osoby starsze „osuwiają się” w subkulturę starości. Seniorzy nawiązują interakcje z innymi osobami starszymi, wypracowują wspólnotę poglądów i zainteresowań, własne normy i specyficzne wartości. W zależności od reakcji innych osób modelują własne zachowanie.

Marksowska ideologia (**ekonomia polityczna starości**) nawiązuje do podziału władzy i udostępniania zasobów, do społecznych relacji produkcji.

¹² Ibidem, s. 260.

¹³ B. Synak, *Ludzie starzy...*, s. 146.

¹⁴ Jednostka odbiera siebie przez interpretację reakcji innych osób na swoje zachowanie. Porządek społeczny jest uwarunkowany znaczeniem, które powstaje w zachodzącej interakcji.

Nieliczni mają możliwość pełnienia władzy i korzystania z jej możliwości, pozostali są wykluczeni. Interesy klasowe powodują konflikty pomiędzy klasami społecznymi. Efekty programów społecznych kierowanych ku starszym dają więcej zysków kapitalistom niż osobom starszym. Rozwój rządowych programów opieki bardziej wspiera powstawanie nowych służb niż poprawienie standardu życia ludzi starszych¹⁵.

Teoria **fenomenologiczna**, indywidualizująca proces starzenia, głosi, iż osobnik poprzez interakcje z innymi czynnie określa obraz własnej starości. Bada pojawiające się sytuacyjne i konstytutywne cechy doświadczeń związanych ze starzeniem się. Teoria ta krytykuje strategie pozytywistyczne, nieanalizujące znaczeń nadawanych zjawisku przez uczestników. Tymczasem starzenie się jest doświadczeniem jednostkowym, niepowtarzalnym¹⁶.

Poglądy kilku badaczy perspektywy psychologicznej przedstawione zostały wcześniej, w rozdziale 1. (E. Erikson – psychospołeczna teoria rozwoju osobowości; R.J. Havighurst – Zadania rozwojowe – teoria aktywności/teoria wycofania się) oraz w rozdziale 2. (B. Neugarten – teoria osobowości w procesie starzenia się i w starości, 8 wzorów starzenia się).

Teoria **duplikatu** głosi, że „istnieją ukryte struktury zachowania, przenoszone z wcześniejszych doświadczeń, które wchodzi w interakcje z obecną sytuacją”. Starzenie się to transformacja biologicznego i behawioralnego rozwoju organizmu, wyrażana jako replika doświadczeń w zmienionych warunkach życia¹⁷.

Poznawcza teoria osobowości i starzenia się jest skoncentrowana na psychodynamice starzenia się. Analizy prowadzono wokół percepcji: postrzegania sytuacji i postrzegania siebie. Zmiana zachowania osoby nie jest wynikiem zmian obiektywnych, ale subiektywnego postrzegania tych zmian. Są one oceniane w kontekście wiodących zainteresowań i oczekiwań starzejącej się jednostki. Adaptacja do nowych zadań starości jest efektem równowagi między akceptacją kogoś jako starego bądź odrzuceniem takiego odbioru¹⁸.

Wśród współczesnych teorii J. Halicki wyróżnia: **Rozwój w przestrzeni życia a starzenie się jako synonimy zmian w postawie**. Główne założenia tej teorii sprowadzają się do następujących ustaleń:

1. „Istnieją główne różnice między starzeniem się normalnym, patologicznym i optymalnym, definiowanym [...] jako starzenie się pod wpływem wzmocnionego rozwoju” i w przyjaznym środowisku.
2. Starość ma mocno zindywidualizowany przebieg.
3. „Istnieją znaczne ukryte rezerwy pojemności w starości”.
4. „Z procesem starzenia się wiąże się utrata zdolności adaptacyjnych”.

¹⁵ J. Halicki, *Spoleczne teorie starzenia się...*, s. 264.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem, s. 267.

¹⁸ Ibidem, s. 269.

5. Inteligencja skryształizowana wzbogaca umysł i może kompensować malejącą z wiekiem inteligencję płynną.

6. Bilans zysków i strat staje się coraz bardziej negatywny.

7. Ja (*self*) pozostaje nadal elastyczne, co umożliwia radzenie sobie i utrzymanie integralności¹⁹.

Teoria „Osobowość i starzenie się” poszukiwała odpowiedzi na pytanie: w jakim stopniu procesy starzenia się same z siebie są odpowiedzialne za zmianę osobowości? Przyjmując za wskaźniki badań: neurotyzm, ekstrawersję, otwartość na doświadczenia, zgodność i sumienność dowiedziono, że ludzie pozostają identyczni w zakresie dyspozycji bazowych i wykazują w wysokim stopniu stabilność osobowości. Zmianie ulegają natomiast kluczowe aspekty ja: cele, wartości, style radzenia sobie, poczucie kontroli. Wykazano niezmienność strukturalną osobowości w czasie²⁰.

Piękna jest jedna z najnowszych teorii: **gerotranscendencji**. W pierwszej części życia celem jest poznanie społeczeństwa i socjalizacja, w wieku starszym celem jest poznanie siebie i kolektywna nieświadomość (C.G. Jung). Wraz ze starzeniem się, wrasta stopień transcendencji. Jest to proces wewnętrzny, modyfikowany przez wzory kulturowe. Może być przyspieszony przez kryzys życiowy, po którym osoba całkowicie restrukturyzuje swoje widzenia świata. Gerotranscendencja posiada trzy wymiary:

1. Płaszczyznę kosmiczną: zmiany w postrzeganiu czasu i przestrzeni, następuje przekraczanie granic między przeszłością a teraźniejszością, wzrasta poczucie więzi z wcześniejszymi generacjami, pojawia się nowa relacja między pojmowaniem życia i śmierci, akceptacja tajemniczego, niemożliwego do zrozumienia fenomenu życia.

2. Własna osoba (ja): autoświadomość dopuszczająca równoczesność dobra i zła, troska o ciało, ale bez obsesji na jego punkcie. Człowiek staje się bardziej altruistyczny. Powraca myślami do dzieciństwa, analizuje wydarzenia, wiedząc, że są elementami układanki, jaką jest życie.

3. Relacje społeczne i indywidualne: pojawia się potrzeba samotności. Człowiek dostrzega różnicę między „ja” a pełnioną rolą. Wyzwala się prostoduszność jako składowa mądrości, uwolnienie z paraliżującej troski o własny dobrobyt. Pojawia się niechęć do dualizmu: dobro – zło, co implikuje powstrzymanie się od wydawania wyroków i doradzania²¹.

A.A. Zych dokonał przeglądu wybranych społecznych teorii starzenia się, przywołując, poza niektórymi z omówionych wyżej, jeszcze **teorię szkoły bońskiej**²². Dostarczyła ona argumentów obalających teorię deprywacji,

¹⁹ Ibidem, s. 269–270.

²⁰ Ibidem, s. 270–272.

²¹ Za: J. Halicki, *Starzenie się społeczeństw jako wyzwanie dla andragogiki*, „Gerontologia Społeczna” 2007, nr 1 (2), s. 21.

²² A.A. Zych, R. Bartel, *Zur lebenssituation alternder Menschen in Polen in der Bundesrepublik Deutschland – eine komparative Survey-Studie (Sytuacja życiowa ludzi starszych w*

deficytu, wiążąc wzorzec indywidualnej starości z wizerunkiem samego siebie, ukształtowanym w jednostce pod wpływem współdziałania wielu czynników (stan zdrowia, cechy charakteru, aktywność itd.). Istotą tej koncepcji jest wskazanie na możliwość dokonywania zmian w obszarze interakcji jednostki z otoczeniem, w zachowaniu się, poprzez uczenie się lub wykorzystywanie mechanizmu kompensacji. Starość więc nie jest efektem wyłącznie przeżytych lat, lecz obrazem siebie, ukształtowanym stanem zdrowia, cechami osobowości, aktywnością życiową²³.

Ponadto występują:

– Teoria **socjośrodowiskowa**, zakładająca, że środowisko działania ludzi starych jest budowane w sprzężonych wymiarach społecznym i indywidualnym²⁴.

– Teoria **odpowiedników**, znajdująca rozwinięcie w wywodzie, iż jakość starzenia się jest pochodną poprzedniego stylu życia, szczególnie w dojrzałości, cechy ujawniające się w późnym okresie życia są rezultatem wcześniejszego rozwoju. Człowiek nie nabywa nowych cech, a wcześniejsze skłonności ulegają nasileniu, spotęgowaniu²⁵.

– Teoria **kontynuacji** podpowiada, że starzejący się ludzie mają inklinacje do utrzymywania tych samych zwyczajów, osobowości, postawy i stylu życia. Zmniejszanie się interakcji społecznych wynika bardziej ze słabego zdrowia albo niesprawności niż są one funkcjonalną potrzebą społeczeństwa, która stymuluje osoby starsze do wycofywania się z ich poprzednich ról.

– Teoria **przypadków** odnosząca cechy osobowości ujawniające się w starości do wcześniejszych, nie skorelowanych ze sobą wydarzeń życiowych, które zostały trwale „zapisane” w psychice jednostki²⁶.

– Teoria **kompetencji**. Praktyczna realizacja jej założeń służy jak najdłuższemu utrzymywaniu samowystarczalności jednostki. Układ trzech wymiarów kompetencji jednostki zaproponowany przez Urszulę Lehr: fizyczny (stan zdrowia, niezależność od świadczeń opiekuńczych), poznawczy (inteligencja, pamięć, zdolność uczenia się, rozwiązywania problemów) i społeczny (szeroki i harmonijny, satysfakcjonujący zakres kontaktów ze środowiskiem społecznym), umożliwi jej swobodne i dowolne dysponowanie własnym życiem w kategorii samowystarczalności i niezależności²⁷. Każdy człowiek jest

Polsce i RFN), Institut für Heil – und Sonderpädagogik, Giessen, Germany 1988; A.A. Zych, *Człowiek wobec starości...*, s. 37.

²³ M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 1989, s. 30–31.

²⁴ A.A. Zych, *Człowiek wobec starości...*

²⁵ M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości...*; E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*, s. 27.

²⁶ R. Konieczna-Woźniak, *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Profilaktyczne aspekty edukacji seniorów*, „Eruditus”, Poznań 2001, s. 30–32; E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*, s. 26–27.

²⁷ Por. J. Halicki, *Zastosowanie teorii kompetencyjnej do edukacji seniorów*, „Edukacja Dorosłych” 1997, nr 2; J. Halicki, *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze*, Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2000.

odpowiedzialny za siebie, za jakość przyszłego późnego życia. Kompetencje starszych osób są zróżnicowane, są pochodną ich środowiska społecznego oraz czasu, w jakim żyją.

Czytelnik znajdzie informacje na temat teorii starzenia się także w pracy Bruno Synaka²⁸, a ich omówienie w dziele Barbary Szatur-Jaworskiej, Piotra Błędowskiego i Małgorzaty Dzięgielewskiej²⁹. W tabeli 25. przedstawiono propozycje wymienionych autorów.

Tabela 25. Teorie starzenia się

Orientacja teoretyczna	Teoria
Strukturalizm (ujęcie makrospołeczne)	Teoria wyłączenia
	Teoria aktywności
	Teoria kontynuacji
	Teoria stratyfikacji wieku
	Teoria ekonomii podeszłego wieku
Interakcjonizm (perspektywa mikrospołeczna)	Teoria naznaczenia społecznego
	Teoria wymiany
	Teoria kompetencji
Inne orientacje	Koncepcja biegu życia
	Teoria stresu starości
	Teoria modernizacji

Większość z tych teorii została już omówiona. Pozostała jedna: teoria **stresu społecznego**. Analizując krytyczne wydarzenia życiowe człowieka starzejącego się, teoria ta wskazuje na fakt, że są one poważnymi stresorami tego etapu życia. Należą do nich: subiektywnie odczuwany spadek ogólnej sprawności, utrata dotychczasowego statusu społecznego (w związku z przejściem na emeryturę) i obniżenie się poziomu materialnego (z powodu obniżenia się dochodów finansowych).

Stresory zmuszają człowieka do readaptacji, pozbawiają go nabytych dotychczas cech, upraszczają jego osobowość, obnażają prawdziwą naturę oraz podstawową tendencję behawioralną³⁰.

Pod wpływem stresu w psychice człowieka starego pojawia się rekapitulacja cyklu rozwojowego i wówczas ponownego znaczenia nabierają stany, które były

²⁸ B. Synak, *Ludzie starzy...*, s. 122.

²⁹ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, s. 18–25.

³⁰ M. Straś-Romanowska, *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 2001, s. 292.

ważne w okresie wczesnego dzieciństwa, tj. dobrostan fizjologiczny i psychologiczny (przejawiający się w silnej potrzebie bezpieczeństwa) oraz potrzeba ogólnej stymulacji (dostarczania różnorodnych bodźców)³¹.

W adaptowaniu się do starości jednostka uczy się nowych form zachowania, ale też wraca do starego, znanego sobie, sprawdzonego i tym samym bezpiecznego schematu (tzw. styl windy).

2. Profilaktyka udanej, aktywnej starości

W procesie planowania tzw. dobrej starości ważne miejsce zajmuje profilaktyka pomyślnego starzenia się, czyli profilaktyka gerontologiczna. Wdrażana od najmłodszych lat życia jednostek ma na celu opóźnienie postępów procesu starzenia się.

W Polsce twórczego rozwinięcia tej teorii, poprzez zdefiniowanie i analityczną wykładnię pojęcia „wychowanie do starości”, określanego czasem szerszym pojęciowo terminem „pedagogika czasu wolnego”, dokonał Aleksander Kamiński³². Nie są to oczywiście pojęcia tożsame, jednak ich istota jest podobna: należy w człowieku ukształtować cechy sprzyjające kultywowaniu zainteresowań, korzystaniu z dóbr kultury, afirmacji życia, łatwemu nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych, słowem: sprzyjające realizacji celów i wartości autotelicznych.

Model **wychowania do starości** analizowany jest od wielu lat w obszarze myśli polskiej pedagogiki społecznej (przede wszystkim A. Kamiński³³). Zdaniem tego wybitnego pedagoga społecznego, „starości należy się uczyć”³⁴, a wychowanie do starości trzeba rozpocząć od rozpoznania jej „głównych wrogów”. Koncentrując się na problemach wynikających z kompetencji pedagogiki społecznej, autor wyróżnił wśród nich osamotnienie rzeczywiste, pojawiające się wraz z odejściem dorosłych, samodzielnych dzieci z rodzinnego domu, zaniechaniem kontaktów z dotychczasowymi kolegami z pracy, rozluźnieniem więzi towarzyskich z rówieśnikami, śmiercią współmałżonka i osób z najbliższego otoczenia. Kolejno wskazał na osłabienie oraz zanik zainteresowań bieżącymi wydarzeniami, „rozangażowanie się” społeczne i uczuciowe, alienowanie się,

³¹ D. Becelewska, *Repetitorium z rozwoju człowieka...*, s. 291–292.

³² A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, PWN, Warszawa 1982, s. 369–370.

³³ O. Czerniawska, *Szkice z andragogiki i gerontologii*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2007, s. 16.

³⁴ Za: J. Półturzucki, *Aleksander Kamiński*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa–Radom 2006, s. 28, 312.

izolację społeczną, obumarcie duchowe, czyli „śmierć społeczną i psychiczną”, pustkę czczego życia i udrękę osamotnienia. „Oswajanie” powyższych „wrogów” to utrzymywanie życiowej aktywności, wykonywanie pracy „cenionej i użytecznej”, posiadanie hobby, rozwijanie pasji poznawczych, kultywowanie zainteresowań. To także aktywność towarzyska i społeczna, angażowanie się w działalność grup sąsiedzkich, wspólnot lokalnych, pracę w klubie seniora lub np. uczestnictwo w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku.

Efektym wychowania do starości, rozumianego jako jej profilaktyka, powinno być doprowadzenie do sytuacji, gdy jednostka rozumie i akceptuje wszelkie zmiany będące jej udziałem. Przygotowanie do starości powinno przebiegać na kilku poziomach. Proces ten polega na „pomaganiu ludziom w nabywaniu potrzeb, przyzwyczajzeń, umiejętności, które – gdy nadejdzie czas emerytury lub renty – dopomogą do wyszukania i realizowania użytecznej pracy oraz radowania się czasem wolnym, pozwalającym zaspokajać zainteresowania”³⁵. Poważne potraktowanie obowiązku przygotowania się do starości wyeliminuje jedno z określeń używanych przez ludzi starszych dla zobrazowania ich stanu emocjonalnego – „śmierć psychiczna”.

A. Zawadzka³⁶ zajęła się wychowaniem do czasu wolnego w rodzinie i środowisku lokalnym. Słusznie stwierdziła, że należy je rozpoczynać już w niemowlęctwie. Uznając oba środowiska wychowawcze za nadrzędne wobec pozostałych, im właśnie przypisała wiodącą rolę w kształtowaniu nawyków wolnoczasowych. Uwagę swą skupiła na kobietach, co nie zaskakuje, biorąc pod uwagę średnią długości życia obu płci. Prześledziła historyczne i socjologiczne determinanty niekorzystnej dla emerytów sytuacji „pobłażliwej zgody” pracującej części społeczeństwa polskiego na wypoczynkowe, autokreatywne, rozrywkowe zajęcia, uczestnictwo w życiu kulturalnym i społecznym. Zajęła się także uwarunkowaniami wychowywania osób starszych, wynikającymi z cech osobowości osób trzeciego wieku (tolerancja, humor, dobroć, życzliwość – kształtowane na przestrzeni życia jednostki). Zagrożeń możliwości wypoczynku upatruje w rutynizacji czynności i konformizmie, zgodzie na sprzeczny z wymogami aktywnej starości wzorzec propagowany przez obyczajowość i media. Jednostka upodabnia się do innych, zatracą indywidualność, ale osiąga wówczas redukcję lęku przed izolacją społeczną.

Wychowanie do czasu wolnego to ingerencja w cztery sfery aktywności: społecznej, umysłowej, artystycznej i fizycznej, poprzez odpowiednio wcześnie zachęcanie jednostki do uczestnictwa w zajęciach klubu, stowarzyszenia, placówki kulturalno-wychowawczej. Istotnym warunkiem jest dobrowolność udziału w sugerowanych zajęciach.

³⁵ A. Kamiński, *Wychowanie do starości*, „Zdrowie Psychiczne” 1971, nr 1–2; A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej...*, s. 370; M. Kielar, *Potrzeby w zakresie opieki i pomocy ludziom starym a zadania gerontologii społecznej*, [w:] A. Radziewicz-Winnicki (red.), *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*, ZSPM-Press, Katowice 1992, s. 561–570.

³⁶ A. Zawadzka, *Uwarunkowania wychowania do czasu wolnego w rodzinie i w środowisku lokalnym ludzi III wieku*, „Edukacja Dorosłych” 1995, nr 2 (7), s. 39–52.

Najistotniejszymi kierunkami działania w obszarze wychowania do starości są: upowszechnianie wzorców aktywnego, czynnego spędzania czasu wolnego, kształtowanie nawyków uprawiania sportu, turystyki, rekreacji, przygotowanie jednostki do pełnienia ról społecznie pożądaných, wdrażanie do aktywności społecznej, wskazywanie możliwości korzystania z oferty kulturalno-edukacyjnej placówek wychowania pozaszkolnego, zachęcanie do jak najwcześniejszego członkostwa w stowarzyszeniach, organizacjach, związkach itp., kształtowanie potrzeby i nawyku świadczenia pomocy ludziom znajdującym się w potrzebie, rodzinie, sąsiadom, społecznościom, ukazanie możliwości zastąpienia pracy, aktywności zawodowej hobby, działalnością amatorską, wszechstronne i interdyscyplinarne przygotowanie zawodowe służb gerontologicznych, rozpoczęcie jak najwcześniej „wychowania do starości”, profilaktyki starości sprawnej, zdrowej i szczęśliwej³⁷.

E. Trafiałek twierdzi, że: „Wychowanie do starości powinno być traktowane jako komplementarna kwintesencja wychowania do aktywności i wyborów społecznych, co oznacza [...] wszechstronny rozwój, [...] dążenie do samorealizacji, samopomocy, mobilności i ustawicznego podnoszenia kondycji intelektualnej i społecznej”³⁸. J. Kocemba wśród przyczyn „złego” starzenia się wyodrębnia „brak przygotowania do spotkania się z własną starością”³⁹. Człowiek starszy jest zatem odpowiedzialny za jakość swego życia, kształtując jego wymiary dużo wcześniej, zaś jego bieżącym zadaniem jest nieustawianie w autokreacji.

Socjologia, we współpracy z ekonomią i polityką społeczną, także zajęły się problematyką wychowania do starości, nadając jej wymiar polityki „aktywnego starzenia się” (*active ageing*). Najszerzej definiuje aktywne starzenie się OECD (1998), stwierdzając, że jest to zdolność ludzi starzejących się do życia produktywnego w sferze społecznej i ekonomicznej, ich zdolność do swobodnego decydowania w sprawach związanych z biegiem życia (*over life*), nauką, pracą, czasem wolnym i podczas czynności opiekuńczych podejmowanych względem innych osób⁴⁰. Natomiast WHO (2002) twierdzi, że aktywne starzenie się jest procesem optymalizowania czynników służących poprawie stanu zdrowia, uczestnictwa i bezpieczeństwa w podnoszeniu jakości życia starzejących się ludzi⁴¹. Z kolei Komisja Europejska (2002) uznaje, że konieczna jest spójna strategia „dobrej” starości w starzejących się społeczeństwach, co w praktyce powinno oznaczać „edukację permanentną, dłuższy czas za-

³⁷ M. Kielar, *Potrzeby w zakresie opieki i pomocy ludziom starym...*, s. 568.

³⁸ E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*, s. 55.

³⁹ J. Kocemba, *Biologiczne wyznaczniki starości*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000, s. 109.

⁴⁰ Zob.: J. Perek-Białas, A. Ruzik, L. Vidovičová, *Active ageing policies in the Czech Republic and Poland*, „International Social Science Journal” 2008, 58 (190), s. 559.

⁴¹ Za: R. Ervik, I. Helgøy, D.A. Christensen, *Idea and policies on active ageing in Norway and the UK*, „International Social Science Journal” 2008, 58 (190), s. 571.

trudnienia, późniejszą emeryturę, aktywność podczas emerytury, dbałość o zdrowie⁴². W tym ujęciu wychowanie do starości przestaje być zadaniem tylko jednostki, staje się koniecznością integracji rozwiązań systemowych, koordynowanych na poziomie lokalnym, regionalnym i międzynarodowym.

Aktywne starzenie się

każe zwrócić uwagę na procesualny charakter życia człowieka, a więc na to, że starzejemy się każdego dnia i każdego dnia możemy czy nawet musimy przygotowywać się do starości. [...] Pojęcie aktywnego starzenia się [...] zwraca naszą uwagę na działania, które mają sprawić, że starość rzeczywiście będzie okresem aktywności, nie zaś okresem stagnacji, bierności, utraty radości i woli życia⁴³.

Jak doprowadzić do modelowego, aktywnego starzenia się? Przygotowanie do starości nie polega na rozmowach i pogadankach o trybie życia właściwym dla pokolenia seniorów, ale jest to konkretne organizowanie sytuacji życiowych odnoszących się do dzieci, ludzi młodych i dojrzałych. Jeżeli przez profilaktykę starości rozumiemy proces świadomego przygotowywania się jednostki do fizjologicznie i społecznie pomyślnego przebiegu tej fazy życia, to należy przedstawić zadania wychowawców (nieformalnych i formalnych) podejmowane we wczesnych latach jednostki i ukierunkowane na kształtowanie odpowiednich nawyków oraz aktywność własną tej jednostki.

Z perspektywy pedagoga uważam, że przygotowanie do starości obejmuje pięć poziomów, pięć szczególnych pól aktywności wychowawców i wychowanek: pole biologiczne, psychiczne, intelektualne, społeczne i ekonomiczne.

Pierwszy z poziomów, biologiczny, związany jest z kształtowaniem nawyków higienicznego stylu życia. Należy w nim umieścić dbałość o higienę⁴⁴, zdrowie (np. szczepienia, okresowe bilansowanie stanu zdrowia dziecka i dorosłego), właściwe nawyki żywieniowe, prewencję uzależnień, zachętę do fizycznej aktywności i regeneracji sił poprzez sport i rekreację, korzystanie z form indywidualnego i zbiorowego wypoczynku, turystyki, krajoznawstwa itd. Jak pisze J. Derejczyk, do zadań profilaktyki należy podnoszenie wykształcenia i poszerzanie wiedzy dotyczącej zapobiegania różnym schorzeniom, a w przeszłości rozpoznanie genetycznych uwarunkowań wystąpienia chorób⁴⁵. Działania te przyczynią się do zachowania dobrego stanu zdrowia, sprawności fizycznej, co z kolei wpłynie na zachowanie samodzielności i na przedłużenie możliwości prowadzenia aktywnego i niezależnego życia. Zdro-

⁴² J. Perek-Białas, A. Ruzik, L. Vidovićová, *Active ageing policies...*, s. 559.

⁴³ J. Perek-Białas, B. Worek, *Aktywne starzenie się, aktywna starość – określenie pojęć*, [w:] J. Perek-Białas (red.), *Aktywne starzenie się, aktywna starość*, Wydawnictwo Aureus, UJ, Kraków 2005, s. 16.

⁴⁴ Czy wręczanie 8-miesięcznemu niemowlęciu szczoteczki do mycia zębów jest działaniem uzasadnionym pedagogicznie, profilaktycznie i medycznie?

⁴⁵ J. Derejczyk, *Nauka o starzeniu a polityka zdrowotna...*, s. 112.

wie i aktywność w wieku starszym są sumą doświadczeń, działań i ekspozycji na czynniki środowiska danej osoby przez całe jej życie.

Pole drogie obejmuje pracę nad psychicznym dobrostanem jednostki. Składają się nań:

1. Adekwatne samopoznanie, czyli zrozumienie i akceptacja własnej osoby jako człowieka, ze wszystkimi wadami i zaletami, możliwościami, uzdolnieniami, ale i ograniczeniami, ułomnościami, niedoskonałością.

2. Zdrowa miłość samego siebie, czyli przyjazne myślenie o sobie, dbałość o siebie i swoje sprawy, oczywiście przy respektowaniu praw innych osób.

3. Pozytywne myślenie o własnej przyszłości, wyznaczanie sobie długofalowych, ale i krótkoterminowych celów, patrzenie z optymizmem i nadzieją na dalszą egzystencję.

4. Niwelowanie obaw i lęków przed własną starością, czyli zaakceptowanie starości jako naturalnej kolei rzeczy, kolejnej fazy życia z nowymi zadaniami rozwojowymi do wykonania, odbieranie jej jako szansy na spełnienie zamierzeń, których w dojrzałości nie udało się zrealizować.

Przygotowanie na tym poziomie powinno doprowadzić do sytuacji, w której jednostka akceptuje starość jako naturalną fazę swojego życia, zachowuje wysoką samoocenę, poczucie godności osobistej, staje się autorytetem dla młodszych generacji.

Następny poziom odwołuje się do aspektu intelektualnego i apeluje do rozwinięcia w sobie cech osobowości kognitywnej, czyli otwartości i chęci poznania nowych rzeczy, nabywania dodatkowych umiejętności, poszerzania i modernizowania posiadanej już wiedzy. To rozbudzanie i pielęgnacja zainteresowań, nabywanie narzędzi ich twórczego zaspokajania, uprawiania „treningu umysłu”. Lekarze dostrzegają związek „dobrej” starości z intensywną całożyciową edukacją, twierdząc, że uczenie się rozwija połączenia między neuronami w mózgu, zapobiega pogorszeniu sprawności poznawczej⁴⁶.

Należy tak wychowywać jednostkę, by posiadała zdolność twórczego zagospodarowywania czasu wolnego, którego w starości człowiek ma w nadmiarze, wypełniania go zajęciami wzbogacającymi osobowość. Ludzie nie rodzą się ze zdolnością organizowania sobie zajęć rozwijających ich osobowość, umiejętność zagospodarowania czasu wolnego nie jest „dana” człowiekowi. Inspiracja i ukierunkowanie zainteresowań i pasji to niewątpliwie zadanie rodziny, szkoły, środowiska lokalnego. Wczesny okres życia, nawyki wówczas ukształtowane, warunkują jakość aktywności w późniejszym życiu, stwarzają możliwość podjęcia świadomego samowychowania, samokształcenia. Podejmują je zwykle jedynie ci, którym w dzieciństwie, młodości wskazano drogę do biblioteki i kina, muzeum i opery, klubu sportowego i parku. Dylemat „mieć czy być” w ich przypadku nie istnieje.

⁴⁶ Por.: J. Twardowska-Rajewska, *Nowoczesna geriatryka*, [w:] J. Rzepka (red.), *Problematyka osób w wieku starszym*, GWSP im. kard. Augusta Hlonda, Mysłowice 2006, s. 46; J. Derejczyk, *Nauka o starzeniu a polityka zdrowotna...*, s. 112.

Wymienione działania przyniosą efekt w postaci eliminacji ryzyka starości „jałowej intelektualnie”, obniżą ryzyko demencji starczej, poznawczego senilizmu, przyczynią się do podejmowania nowych kierunków aktywności umysłowej w późnej dojrzałości. Kontynuacja tego procesu ma miejsce w licznych uniwersytetach trzeciego wieku, klubach seniora itp.

Na polu przygotowania społecznego chodzi oczywiście o socjalizację jednostki, ale i o społeczny protest przeciwko marginalizacji osób w podeszłym wieku, sprzeciw wobec krzywdzących i fałszywych stereotypów przypisywanych starości, jako fazie życia. Wszechobecne przekonania, że starość jest ciężarem społecznym, że ludzie w wieku emerytalnym są niepotrzebni i nieproduktywni, są po prostu fałszywe. Należy zdecydowanie przeciwstawiać się ageizmowi, czyli dyskryminacji ze względu na wiek. Ważnym zadaniem jest także przygotowanie do wejścia w struktury społeczeństwa obywatelskiego, zachęcanie do wolontariatu, działalności społecznie użytecznej.

Zadania wychowawców sprowadzają się do jak najwcześniejszego zachęcania młodych ludzi do angażowania się w działalność prospołeczną, do uczestnictwa w strukturach społeczeństwa obywatelskiego, do wstępowania do organizacji i stowarzyszeń, ale i do zacieśniania więzi rodzinnych, pielęgnowania przyjaźni, związków koleżeńskich. W efekcie przyniesie to otwartość na podejmowanie nowych ról społecznych. Efekty wyrażą się w przełamaniu izolacji społecznej, poczuciu samotności i opuszczenia, eliminacji ryzyka automarginalizacji wynikającej z nieumiejętności adaptacji do życia w warunkach ciągłej zmiany. Jednostka zyska przekonanie o tym, że jeszcze wiele zadań przed nią, adekwatne przekonanie o swej przydatności, i elastycznie będzie przystosowywać się do zmian towarzyszących zmianom społecznym i cywilizacyjnym. Naturalną konsekwencją będzie przyrost organizacji seniorskich, które stworzą swoiste lobby skutecznie domagające się realizacji praw i interesów najstarszych obywateli.

Przed najstarszą generacją Polaków roztacza się szeroka oferta pełnienia różnorodnych, użytecznych ról społecznych. Zaangażowanie seniorów zależne jest od starań o poprawę możliwości dialogu, wymiany i współpracy międzygeneracyjnej, wzmocnienie zdolności rodziny i wspólnoty w dostarczaniu opieki i wsparcia osobom starszym, wzmocnienie zdolności sektora państwowego i prywatnego, organizacji pozarządowych i dobroczynnych do współpracy na rzecz osób starszych.

Przygotowanie ekonomiczne, związane także z edukacją ekonomiczną, pozwoli w przyszłości uniknąć ryzyka życia w zależności od osób trzecich, świadczeń pomocy społecznej. Dbałość o własne oszczędności, racjonalne gromadzenie środków na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, powinny się przyczynić do zapewnienia sobie godnych warunków życia na emeryturze, oczekiwanego statusu materialnego. Dostarczą one osobie będącej na emeryturze poczucia kompetencji decyzyjnej, autonomii finansowej, przyczynią się do realizacji marzeń, związanych choćby z podróżowaniem po odległych kontynentach czy z dowolnym hobby. W tabeli 26. zilustrowano pożądaną, moim zdaniem, czynniki analizowanego procesu.

Tabela 26. Wychowanie do starości – analiza poziomów działania

Profilaktyka starości – poziomy przygotowania jednostki				
Biologiczny	Psychiczny	Intelektualny	Spoleczny	Ekonomiczny
<ul style="list-style-type: none"> • Dbalosc o higienę, zdrowie i dobre nawyki (np. pielęgnacyjne, żywieniowe, brak nałogów) • Systematyczne bilansowanie stanu zdrowia, szczepienia ochronne • Kształtowanie nawyków uprawiania sportu, rekreacji na świeżym powietrzu 	<ul style="list-style-type: none"> • Aдекватne samopoznanie • Zdrowy egoizm • Pozytywne myślenie o własnej przyszłości • Likwidacja obaw i lęku przed własną starością 	<ul style="list-style-type: none"> • Kształtowanie osobowości kognitywnej • Rozbudzenie i pielęgnowanie zainteresowań • Umiejętność ich twórczego zaspokajania • Kreatywny wymiar czasu wolnego • Uprawianie „gimnastyki” umysłu 	<ul style="list-style-type: none"> • Obalenie negatywnych stereotypów starości • Wdrożenie do aktywności społecznej i jej utrzymywanie • Utrzymywanie więzi rodzinnych i towarzyskich • Angażowanie się w działalność klubów, grup, związków i stowarzyszeń • Przyjmowanie nowych ról społecznych 	<ul style="list-style-type: none"> • „Przewidujące” życie – gromadzenie oszczędności, ubezpieczenie zdrowotne, społeczne • Racjonalne, kompetentne prowadzenie gospodarstwa domowego • Znajomość instrumentów mikroekonomii i zarządzania własnymi finansami • Zapewnienie sobie odpowiedniego statusu materialnego • Zapewnienie sobie godnych warunków egzystencji
Zadania dla rodziców, wychowawców i jednostki				
Zyski				
<ul style="list-style-type: none"> • Zachowanie dobrego stanu zdrowia dla przedłużenia aktywnego życia • Zachowanie jak największej sprawności fizycznej dla zachowania samodzielności 	<ul style="list-style-type: none"> • Pozytywna, konstruktywna postawa wobec starości • Zrozumienie i akceptacja starości jako naturalnej fazy i twórczej, rozwojowej kontynuacji ludzkiego życia • Samoakceptacja • Afirmacja życia 	<ul style="list-style-type: none"> • Twórcze zaspokajanie potrzeb autorkacyjnych • Niedopuszczenie do jałowej intelektualnie starości • Obniżone ryzyko demencji 	<ul style="list-style-type: none"> • Zapobieganie izolacji społecznej, osamotnieniu rzeczywistości • Trwanie w adekwatnym poczuciu przydatności • Elastyczność w zakresie adaptacji społecznej, kompetencja w podejmowaniu nowych ról społecznych 	<ul style="list-style-type: none"> • Uniknięcie starości „zależnej” • Autonomia i swoboda finansowa • Samodzielność decyzyjna • Możliwość realizacji marzeń

Geragogiczne⁴⁷ konteksty rozważań o wychowaniu człowieka skupiają coraz więcej tekstów, które koncentrują się na interpretacji pól znaczeniowych pojęć: wychowanie do starości, wychowanie przez starość, wychowanie w starości⁴⁸. Gerontologia edukacyjna to nie tylko wychowanie i kształcenie, lecz także wymiar autoformacyjny, aksjologiczny i egzystencjalny. Za zadanie stawia sobie zyskiwanie pełni życia oraz podnoszenie jego jakości. Gerontologia wspiera procesy edukacji ludzi starszych oraz wiąże się z „pokonywaniem trudności życia, organizowaniem życia i samourzeczywistnianiem człowieka starszego”⁴⁹. Geragogika, jako nauka, odpowiada także za kształcenie specjalistycznych kadr, które zajmują się wspieraniem rozwoju osób starszych. Zadaniem geragoga jest prowadzenie osoby w podeszłym wieku przez trudną drogę życia oraz rozwoju w starości⁵⁰.

Wychowanie w starości obejmuje działalność wychowawczą nakierowaną na zaspokajanie zainteresowań poznawczych człowieka w podeszłym wieku, ukierunkowywanie i zagospodarowywanie aktywności kulturalnej, edukacyjnej, społecznej, ruchowej – generalnie wolnoczasowej, czas wolny bowiem to kategoria, która ma szczególnie zżyty związek z życiem na emeryturze. Ale wsparcie człowieka w podeszłym i zaawansowanym wieku miewa często też charakter opiekuńczy i interwencyjny. Źródła tego stanu rzeczy tkwią w fakcie, że starość, jak pisze O. Czerniawska, „jest jednym z etapów życia, które wymagają pomocy w rozwoju, w pomyślnym przebiegu starzenia się i wielkiego wysiłku jednostki”⁵¹. Badania nad praktyczną realizacją wychowania w starości najczęściej prowadzone są w instytucjach kultury i edukacji⁵².

⁴⁷ Geragogika – edukacja i wychowanie osób starszych.

⁴⁸ Współcześnie m.in.: O. Czerniawska, *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2000; E. Dubas, *Geragogika – dyscyplina pedagogiczna o edukacji w starości i do starości*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wydaw. WSZiM, Sosnowiec 2005, s. 133–142; M. Dziegielewska, *O pojęciu „całościowej pedagogiki osób starszych”*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 199–209; A. Fabiś, *Edukacja seniorów – odpowiedź na wymagania współczesności*, „Edukacja Dorosłych” 2006, nr 1–2, s. 33–44; J. Halicki, *Geragogika*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003, s. 29–30; R. Konieczna-Woźniak, *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce...*; A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydaw. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006; Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2004; E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*; A.A. Zych, *Człowiek wobec starości...*

⁴⁹ Za: E. Dubas, *Geragogika...*, s. 149–150.

⁵⁰ Ibidem, s. 153.

⁵¹ O. Czerniawska, *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii...*, s. 21.

⁵² Istnieje bardzo rozległa literatura przedmiotu opisująca działalność uniwersytetów trzeciego wieku. Zdecydowanie mniej źródeł można wskazać dla charakterystyki klubów seniora lub innych form upowszechniania wiedzy, jak np. kursy lub lektoraty, koła i sekcje zaintere-

Wśród czynników kształtujących aktywność edukacyjną seniorów Artur Fabiś wyróżnia: stan zdrowia i sprawności funkcjonalnej, sytuację ekonomiczną, osobowość, predyspozycje intelektualne, motywację do kształcenia się, poczucie sensu życia i własnej wartości, biografię edukacyjną i społeczną, przygotowanie do starości, czas wolny, stymulację środowiska, oferty kulturalno-oświatowe dla seniorów, trening wspomagający sprawność umysłową⁵³.

Na rolę aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości zwraca uwagę Agata Chabior⁵⁴. Czynne uczestnictwo w życiu kulturalnym i edukacji pozytywnie wpływa na życie seniorów i ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Korzyści płynące z tej aktywności zawarte są w jej poszczególnych funkcjach: profilaktycznej (zapobiega osamotnieniu i alienacji), terapeutycznej (przywraca sprawność psychomotoryczną), kompensacyjnej (zastępuje utracone w chwili przejścia na emeryturę kontakty), informacyjnej, integracyjnej (umacnia więzi z rówieśnikami i młodszymi pokoleniami), socjalizacyjnej (wypracowuje zachowania zgodne z daną sytuacją), kształcącej (rozbudza motyw poszerzania treści kulturalnych), rekreacyjno-rozrywkowej oraz prestiżowej (autorytet i uznanie w środowisku). Przeprowadzone badania pokazują, że osoby starsze rzadko korzystają z ofert instytucji kulturalno-oświatowych. Większość z nich zaspokaja swoje potrzeby kulturalne w kręgach znajomych, a edukacyjne w formie samokształcenia. Czynnikiem ograniczającym aktywność seniorów są głównie niewystarczające finanse, niechęć do instytucjonalnych form wypełniania czasu wolnego, nieznajomość ofert edukacyjnych, a także oczekiwania społeczne, skoncentrowane na działalności rodzinnej i religijnej.

Aktywna starość, to – w opinii socjologów Jolanty Perek-Białas i Barbary Worek – „zajęcie się tym, na co wcześniej nie było czasu, rozwijanie zainteresowań, poświęcenie się swojemu hobby, rzetelne poszerzenie swojej wiedzy, pogłębienie starych i nawiązanie nowych kontaktów”⁵⁵. Wydaje się więc, że nauki społeczne wypracowują na płaszczyźnie gerontologicznej *consensus*. Szkoda jedynie, że niekiedy ma się wrażenie wyważania otwartych, w tym przypadku przez pedagogikę, drzwi.

Śmiało można stwierdzić, że bez wychowania do starości i w starości nie będzie **wychowania przez starość**. Ten ostatni termin skupia dwa podmioty: osobę starszą oraz jej uczestniczącego obserwatora, być może spadko-

sowań, kluby sportowe i rekreacyjno-turystyczne. Rzadko też spotyka się analizy odnoszące się do kompetencji cyfrowych seniorów, czyli ich obecności w świecie zdominowanym przez elektronikę, komputery i sieć.

⁵³ Por.: A. Fabiś, *Edukacja seniorów...*

⁵⁴ A. Chabior, *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*, Ośrodek Kształcenia i Doskonalenia Kadr, Instytut Technologii Eksploatacji, Radom–Kielce 2000, s. 162, 164–167, 171.

⁵⁵ J. Perek-Białas, B. Worek, *Aktywne starzenie się, aktywna starość...*, s. 16.

biercę preferowanych wartości⁵⁶. Osoby nieprzygotowane do własnej starości nie mogą stanowić wzoru do naśladowania dla swego otoczenia, ich postawy, styl życia są bowiem zaprzeczeniem geragogicznego sensu wychowawczych oddziaływań. Model życia na emeryturze jest generowany przez wcześniejsze jego etapy, starość jest pochodną stylu i jakości egzystencji w młodości, dojrzałości. Analizując postawy i style życia w starości, uzyskać można potwierdzenie sformułowania wyartykułowanego m.in. przez Kamińskiego: ludzie starzeją się jak żyli. Portrety starości malowane są różną kreską, jej szlak wyznaczają biografie jednostek.

3. Przestrzeń edukacyjna seniorów – wymiar tradycyjny

W najbliższych latach kluczowymi staną się problemy związane ze zmianą demograficzną polegająca na regresie ludności. Analizy podjęte i przedstawione w eksperckim raporcie „Kapitał intelektualny Polski”⁵⁷ mają charakter generacyjny. Indeks kapitału intelektualnego⁵⁸ dla poszczególnych generacji plasuje Polskę wśród 16 krajów europejskich objętych badaniami porównawczymi na 13. miejscu dla dzieci, młodzieży i studentów, 14. miejscu dla dorosłych i ostatnim, 16. dla seniorów⁵⁹. Wpływ na niekorzystną sytuację seniorów mają: „niski poziom ich aktywności zawodowej, wysoki poziom alienacji, niski poziom dostępności usług medycznych liczony jako liczba lekarzy na 1000 mieszkańców”⁶⁰.

Każda starsza osoba, z racji posiadania obywatelstwa danego państwa, ma prawo do usług i świadczeń instytucji powszechnie dostępnych, możliwość zagospodarowywania i użytkowania przestrzeni publicznej we wszystkich sferach życia, prawo do edukacji. Obowiązkiem zaś państwa jest tworzenie warunków optymalizujących możliwości korzystania z instytucji edukacji całościowej i upowszechniania oświaty oraz kultury. Tymczasem zaledwie

⁵⁶ Wachlarz wartości istotnych dla osób starszych przedstawia E. Trafiałek, podkreślając, że mają one wymiar głęboko humanistyczny, związany z godnością osoby ludzkiej, miłością do ojczyzny oraz zdrowiem, optymizmem, wiarą we własne siły, miłością bliskich, zrozumieniem, godnym życiem. Zob.: E. Trafiałek, *Starzenie się i starość...*, s. 90–91.

⁵⁷ *Kapitał intelektualny Polski*, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, Warszawa, 10 lipca 2008; <http://www.innowacjynosc.gpw.pl/> [data dostępu 15.10.2008].

⁵⁸ Kapitał intelektualny „to ogół niematerialnych aktywów ludzi, przedsiębiorstw, społeczności, regionów, instytucji i procesów, które odpowiednio wykorzystane mogą być źródłem obecnego i przyszłego dobrostanu kraju”, za: ibidem, s. 12.

⁵⁹ Ibidem, s. 16.

⁶⁰ Ibidem, s. 124.

16,2% Polaków w wieku 55–64 lata korzysta z jakichkolwiek form zdobywania wiedzy⁶¹.

Hasła edukacji permanentnej szeroko otwierają granice poznania starszemu i najstarszemu pokoleniu, przyczyniają się do kształtowania starości pozytywnej, autonomicznej, aktywnie realizującej zainteresowania. Kształcenie ustawiczne jest propozycją edukacji obejmującej nieprzerwany bieg życia jednostki, w jej wielorakich powiązaniach z różnymi wspólnotami. Nie ogranicza się do wybranego okresu życia, ani nie preferuje żadnych instytucji, odnajduje natomiast sojuszników i realizatorów w różnych obszarach rzeczywistości, różnych instytucjach, różnych odmianach ludzkiej aktywności. Jak pisze Dzierżymir Jankowski: „triada – edukacja, aktywność kulturalna, rekreacja – stanowi istotny składnik całej podstawy (wraz z warunkami ekonomicznymi, technicznymi, zdrowiem, sytuacją społeczną, obyczajową itp.), na której można budować wysoką jakość życia”⁶². Jakże są środowiska edukacyjne współczesnych seniorów, odpowiem poniżej.

3.1. Uniwersytet Trzeciego Wieku, inne ośrodki wiedzy

Istniejące na świecie od 1973 roku uniwersytety trzeciego wieku⁶³, powstałe m.in. dzięki inicjatywie Pierre’a Vellas’a, w Polsce posługują się kilkoma nazwami, poza tradycyjną występują też Akademie: Złotego Wieku, Pełni Życia, Trzeciego Wieku, Sztuki Trzeciego Wieku oraz Uniwersytety: Złotego Wieku, Otwarty, Każdego Wieku, Otwarty Trzeciego Wieku. W roku akademickim 2007/08 było ich w Polsce ponad 200. Część z nich jest zrzeszona w Międzynarodowej Federacji UTW (AIUTA), część posiada osobowość prawną (stowarzyszenia UTW), pozostałe funkcjonują przy podmiotach prowadzących. Niektóre umieją znakomicie pozyskiwać fundusze na statutową działalność, także unijne, podejmując współpracę np. w ramach unijnego programu realizującego idee kształcenia ustawicznego Grundtvig⁶⁴, czy programu Komisji Europejskiej „Life Learning Programme”, obowiązującego od 2007 do 2013 roku.

⁶¹ Ibidem, s. 129.

⁶² D. Jankowski, *Edukacja, aktywność kulturalna, rekreacja ludzi starzejących się*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, pr. zb., Komitet Prognoz „Polska 2000 PLUS” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008, s. 195.

⁶³ W Polsce od 1975 r. Byliśmy trzecim krajem na świecie, w którym powstał UTW. Zob.: E. Skibińska, *Mikroświaty kobiet. Relacje autobiograficzne*, Uniwersytet Warszawski, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Radom–Warszawa 2006, s. 338. Innego zdania jest T. Aleksander, który pisze, że po Francji ruch ogarnął Belgię, Kanadę, Szwajcarię, następnie Hiszpanię, Włochy, Szwecję, Norwegię, Anglię, Niemcy, ówczesną Czechosłowację. Zob. T. Aleksander, *Andragogika. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Radom–Kraków 2009, s. 292–293.

⁶⁴ <http://www.grundtvig.org.pl/>.

Podmiotami prowadzącymi UTW są uczelnie wyższe, stowarzyszenia „uniwersytet trzeciego wieku”, instytucje i ośrodki upowszechniania edukacji, kultury i sztuki (biblioteki, ośrodki i domy kultury), fundacje i organizacje pożytku publicznego, centra kształcenia ustawicznego, ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, samorządy terytorialne. Wśród organizatorów jednostkowo występują: Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów (włodawski UTW), dystrybutor usług teleinformatycznych prowadzący innowacyjną ze względu na adresatów programu edukację do i w cyberprzestrzeni – Akademia e-Seniora. Nowością jest Akademia Trzeciego Wieku Polskiego Związku Niewidomych (okręg mazowiecki), która pierwszą rekrutację członków prowadziła w drugiej połowie 2007 roku.

UTW to oferta dla osób będących na emeryturze (lub rencie), organizatorzy raczej nie przestrzegają wymogu ukończenia 60 czy 65 lat. Słuchaczami są więc osoby zaledwie po 40. roku życia, jak i osiemdziesięciolatki⁶⁵. Wśród studentów zdecydowanie przeważają kobiety. Są UTW ogromne, zrzeszające po kilkaset osób na poszczególnych rocznikach, są i kameralne, kilkudziesięcioosobowe.

Organizacja pracy dydaktycznej ma w Polsce na ogół jedną z dwóch postaci: systematycznego, rozpisanego na roczniki i semestry roku akademickiego, udziału w proponowanych zajęciach przyjmujących wielorakie formy dydaktyczne, z obowiązkiem zgłaszania absencji i honorowym dyplomem (można założyć, że jest to nurt intensywny oddziaływań geragogicznych, minimum oczekiwań przy rekrutacji stanowi matura) oraz otwartej formuły spotkań (nurt ekstensywny, otwarty). Taką postać przyjmują Szkoły/Uniwersytety Letnie, Akademie, niektóre UTW przy ośrodkach kultury i w małych miejscowościach. Ta różnorodność jest zaletą, nie uda się zamknąć UTW w jednej obowiązującej regule organizacyjnej, przyczyną tego jest ciągła ewolucja zakresu i form działania, innowacje programowe i metodyczne.

Cele działalności UTW koncentrują się wokół profilaktyki gerontologicznej podejmowanej w celu pomyślnego starzenia się, upowszechniania wzorów aktywnej starości, włączania słuchaczy w nurt życia społeczności lokalnych i w struktury społeczeństwa obywatelskiego, popularyzacji nauki i techniki. Ważnym zadaniem jest wzmacnianie sprawności intelektualnej, poznawczej oraz fizycznej. Spore znaczenie ma zagospodarowywanie aktywności związanej z wolontariatem podejmowanym przez osoby starsze. Dużą rangę mają starania o przełamanie niechęci osób starszych do nowych technologii, jak np. kursy obsługi komputera oraz kształtowanie postawy otwartości na świat i Innego, Obcego. Najistotniejszym celem wydaje się jednak podniesienie poziomu samooceny pokolenia trzeciego wieku, jego społeczna reintegracja, dokonująca się poprzez uczestnictwo w zajęciach, i tworzenie elitarniej, uniwersyteckiej społeczności.

⁶⁵ Przykładowo: w UTW w Chrzanowie najmłodsza słuchaczka (rencistka) miała w roku akad. 2007/08 32 lata, a najstarsza – 82.

Treści spotkań koncentrują się wokół przeróżnych dziedzin wiedzy i nauki, życia społecznego, profilaktyki zdrowotnej, postępu technologicznego, sztuki. W zakresie nauk humanistycznych występuje: kulturoznawstwo, wiedza o literaturze, filmie, teatrze, muzyce, historia, historia sztuki, etnografia, historia środowisk lokalnych, tradycja i kultura ludowa, wiedza o krajach i religiach świata. Funkcjonują lektoraty języków obcych, głównie angielskiego. Analizowane są wybrane kwestie obowiązującego prawa. Wykłady i inne formy dydaktyczne koncentrują się także wokół zagadnień: psychologii, medycyny konwencjonalnej, naturalnej, ziołolecznictwa, racjonalnego żywienia, nauk przyrodniczych, ekologii, ochrony środowiska. Prowadzone są, cieszące się bardzo dużą popularnością, zajęcia z zakresu obsługi komputera, poruszania się w Internecie, korzystania z poczty elektronicznej. Słuchacze tworzą annały „złotego wieku”, umieszczają w nich historię swych małych ojczyzn, biografie, autobiografie, prozę i poezję, wspomnienia, pamiętniki, reportaże, eseje, scenariusze małych form teatralnych.

Formami pracy są akademickie wykłady, lektoraty, seminaria, konwersatoria, dyskusje, sekcje zainteresowań, pracownie artystyczne (malarstwo, rzeźba, małe formy teatralne, koronkarstwo itp.), chór, zespoły muzyczno-wokalne, małe formy teatralne, plenery, wernisaże, koncerty, poradnictwo, w tym rówieśnicze oraz grupy samopomocy, aktywność samorządowa, zajęcia rehabilitacyjne i relaksacyjne, warsztaty i treningi podnoszące sprawność psychofizyczną i poznawczą oraz umiejętności społeczne, spotkania integracyjne, wycieczki, rajdy.

Bliższa charakterystyka społeczności oraz propozycji programowych wybranego UTW pozwoli na upogładowienie treści przedstawionych wyżej. Jednym z najmłodszych UTW w Polsce jest ośrodek chrzanowski. Patronat honorowy nad Uniwersytetem sprawuje Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie. Starostwo chrzanowskie znacząco i wymiernie sprzyja tej środowiskowej inicjatywie. Gdy organ założycielski, czyli Stowarzyszenie UTW, w sierpniu 2007 roku uzyskał sądową rejestrację (wpis do KRS), przeprowadzono pierwszą rekrutację. Podczas zaledwie trzech dni (29–31 sierpnia 2007 r.) na zajęcia zapisało się 168 osób z terenu powiatu chrzanowskiego. Wielu chętnych wpisano na „listę rezerwową”. Słuchaczem może zostać osoba, która wypełni kartę zgłoszenia i zaakceptuje regulamin słuchacza UTW oraz wpłaci czesne, którego wysokość ustala zarząd Uniwersytetu⁶⁶.

Cele działalności dydaktycznej koncentrują się wokół propagowania idei kształcenia się przez całe życie, prowadzenia edukacji w różnych dziedzinach nauk. Istotnym działaniem jest promowanie aktywnych form spędzania wolnego czasu i zdrowego stylu życia, upowszechnianie wiedzy o ziemi chrzanowskiej poprzez prezentowanie dorobku kulturalno-społecznego miasta i regio-

⁶⁶ 40 zł dla członków Stowarzyszenia, 60 zł dla osób niezrzeszonych w roku akad. 2007/08.

nu, ciekawych tras turystycznych oraz organizowanie spotkań ze znanymi osobami zasłużonymi dla kultury i turystyki regionu i Polski.

Równoważnym celem, odnoszącym się do funkcji społecznych i potrzeb afiliacji, jest

aktywizacja społeczna osób starszych poprzez uczestnictwo w różnych formach życia społecznego, propagowanie zasad kulturalnego współżycia społecznego oraz popieranie różnorodnych form aktywności intelektualnej, psychicznej i fizycznej adekwatnie do wieku, stopnia sprawności i zainteresowań członków Stowarzyszenia⁶⁷.

Cele koncentrują się także wokół działań zmierzających do utrzymania i zacieśniania więzi i kontaktów osobistych między mieszkańcami powiatu, regionu, a szczególnie dialogu międzypokoleniowego. Stowarzyszenie realizuje swoje cele w szczególności poprzez: prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej zbieżnej z zainteresowaniami słuchaczy, współpracę z innymi uniwersytetami trzeciego wieku i szkołami wyższymi, placówkami naukowo-badawczymi, instytucjami rządowymi, jednostkami samorządu terytorialnego oraz instytucjami samorządowymi, organizacjami pozarządowymi oraz środkami masowego przekazu, a także z osobami o uznanym autorytecie. UTW ma własną stronę internetową. W planach jest prowadzenie działalności wydawniczej. Istotnym przedsięwzięciem jest prowadzenie działalności w zakresie porad obywatelskich oraz tworzenie grup samopomocowych⁶⁸. W roku akademickim 2008/09 słuchaczami było 267 osób, mieszkańców powiatu chrzanowskiego, w tym zdecydowaną większość stanowiły kobiety (niemal 92% ogółu społeczności akademickiej). Istotną grupą zmiennych są dane socjodemograficzne uczestników, zamieszczone w tabeli 27.

Tabela 27. Charakterystyka socjodemograficzna słuchaczy chrzanowskiego UTW (N=267)

Wiek			Status zawodowy			Wykształcenie		
Przedział wieku	I	%	Status	I	%	Poziom	I	%
80+	2	0,75	bezrobotni	17	6,37	wyższe	81	30,34
70–79	33	12,36	rencyści	24	8,99	pomaturalne	149	55,81
60–69	113	42,32	pracujący	36	13,48	średnie	19	7,12
50–59	106	39,70	emeryci	181	67,79	zawodowe	13	4,87
młodszy	13	4,87	b.d.	9	3,37	b.d.	5	1,87

Źródło: obliczenia własne na podstawie dokumentacji UTW w Chrzanowie

⁶⁷ Statut Stowarzyszenia UTW w Chrzanowie.

⁶⁸ Na podstawie Statutu Stowarzyszenia UTW w Chrzanowie.

Dominującą kategorią wiekową była 113-osobowa grupa słuchaczy (42,3%) w wieku 60–69 lat oraz 106-osobowa (39,7%) w przedziale 50–59 lat. Najliczniej reprezentowana była kategoria emerytów – 181 osób (67,8%) oraz osób z wykształceniem pomaturalnym – 149 (czyli 55,8%). Przyjęcie w poczet studentów osób aktywnych zawodowo oraz osób z wykształceniem zawodowym jest wynikiem uchwały zarządu UTW. Słuchacze aktywni zawodowo to osoby w wieku przedemerytalnym (planujące przejście na emeryturę w najbliższym czasie lub pracujące w niepełnym wymiarze zatrudnienia). Obecność wśród słuchaczy osób bezrobotnych wynika z postanowień statutu Stowarzyszenia. Charakterystyka socjodemograficzna uczestników nakazuje włączyć uniwersytet chrzanowski do obszaru ustawicznej edukacji otwartej nurtu wszechnicowego.

Zajęcia w chrzanowskim UTW trwają 2 lata. Rozłożone są na 4 semestry (I i III semestr – obejmuje pracę dydaktyczną w okresie od października do końca stycznia; II i IV semestr – od marca do czerwca). Po otrzymaniu honorowego dyplomu nabywa się prawo do wstąpienia do Klubu Absolwenta UTW.

W każdym semestrze słuchacz może uczestniczyć w 14 dwugodzinnych wykładach, 14 dwugodzinnych lektoratach, 7 dwugodzinnych zajęciach z psychologii, 7 dwugodzinnych wybranych zajęciach warsztatowych. Semestralnie propozycja programowa obejmuje 84 godziny dydaktyczne. Obok zajęć ujętych w harmonogramy, można brać udział w próbach chóru akademickiego, spotkaniach integracyjnych (ich organizatorami są przede wszystkim sami słuchacze), wycieczkach krajoznawczych itp.

Uzyskanie zaliczenia semestru warunkuje udział w zajęciach obowiązkowych (na podstawie listy obecności), czyli przynajmniej w 10 wykładach i trzech formach warsztatowych, tak więc studenci zobowiązani są do aktywnego udziału w lektoracie języka obcego w wymiarze 2 godzin dydaktycznych tygodniowo, w warsztatach prowadzonych przez psychologów – 2 godziny co dwa tygodnie oraz w innych wybranych przez siebie zajęciach – 2 godziny dydaktyczne co dwa tygodnie.

UTW korzysta z pomieszczeń udostępnianych przez chrzanowskie placówki oświatowe i instytucje kultury. Brak własnej siedziby jest niewątpliwym utrudnieniem dla organizatorów. Fakt, że instytucje środowiska lokalnego współpracują życzliwie ze społecznością uniwersytecką, użyczając jej własne pomieszczenia, bardzo dobrze świadczy o świadomości znaczenia społecznej użyteczności tego rodzaju przedsięwzięć dla lokalnych elit.

Formy pracy dydaktycznej obejmują: wykłady, lektoraty języków angielskiego, niemieckiego, włoskiego (w planach – esperanto), warsztaty psychologiczne, naukę korzystania z komputera, zajęcia z zakresu kultury fizycznej, gimnastyki rehabilitacyjnej i relaksacyjnej, rekreacji (wycieczki turystyczne i krajoznawcze, nauka tańca), spotkania integracyjne, zorganizowane wyjścia na wystawy, koncerty, spektakle teatralne oraz inne formy, wynikające z zainteresowań słuchaczy (tab. 28).

Tabela 28. Formy pracy dydaktycznej

Lp.	Rodzaj zajęć	Liczba uczestników	
		II semestr 2007/08	I semestr 2008/09
1.	Wykłady*	+	+
2.	Psychologia – warsztaty	+	+
3.	Lektoraty, w tym:	+	+
	Lektorat języka angielskiego	+	+
	Lektorat języka włoskiego	+	+
	Lektorat języka niemieckiego	+	+
	Lektorat języka francuskiego		+
4.	Aqua aerobik	+	+
5.	Pływanie	+	+
6.	Gimnastyka rehabilitacyjna	+	+
7.	Tai-chi	+	+
8.	Taniec towarzyski	+	+
9.	Zajęcia komputerowe	+	+
11.	Zajęcia plastyczne	+	+
12.	Warsztaty teatralne	+	+

* Zajęcia obowiązkowe wyróżniono pogrubioną czcionką.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji UTW w Chrzanowie

W tabeli 28. nie wykazano prób i koncertów 18-osobowego chóru akademickiego, który jest propozycją ponadprogramową, oraz wycieczek turystycznych.

Problematyka wykładów obejmuje zagadnienia mieszczące się w zakresie nauk humanistycznych i społecznych, kultury i sztuki, medycyny i profilaktyki zdrowia, psychologii, filozofii i etyki, religioznawstwa, nauk technicznych, a także nauk o Ziemi i wszechświecie. Tematy wykładów w drugim semestrze roku akademickiego 2007/08 były zróżnicowane i koncentrowały się głównie wokół literatury i sztuki, religioznawstwa, kwestii związanych z fazą życia, jaką jest starość. Tytuły wykładów są ilustracją analizowanych treści: Teatr, moja miłość; Polscy nobliści – Wisława Szymborska, Czesław Miłosz; Czartoryscy na ziemiach powiatu chrzanowskiego; Palestyna – kolebka trzech religii; Chrześcijanie za wschodnią granicą; Esperanto – wielkie dzieło Ludwika Zamenhofa; Globalizacja a życie codzienne człowieka; Portrety starości; Aktywność kulturalno-edukacyjna osób starszych; Relacja dziadkowie–wnuki; Choroby cywilizacyjne. Poszczególne wykłady prowadzili pracownicy naukowcy, osoby duchowne oraz uznani w swych dziedzinach specjaliści. Ponadto zorganizowano spotkanie z posłem na Sejm RP.

Cotygodniowe czwartkowe wykłady cieszą się bardzo wysoką frekwencją (średnio 86%) i żywym zainteresowaniem słuchaczy. Sala wykładowa zawsze jest pełna. Słuchacze reagują spontanicznie, nagradzając brawami wykładowców. Tygodniową organizację procesu dydaktycznego ilustrują dane zawarte w tabeli 29.

Tabela 29. Ramowy plan zajęć UTW – II semestr roku akad. 2008/09

Dzień tygodnia	Rodzaj zajęć
poniedziałek	Lektoraty
	Zajęcia plastyczne
	Chór
	Warsztaty teatralne
wtorek	Aqua aerobik
	Pływanie
	Gimnastyka rehabilitacyjna
	Taniec towarzyski
	Tai-chi
środa	Lektoraty
	Zajęcia komputerowe
czwartek	Wykłady
	Zajęcia komputerowe
	Psychologia

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji pracy UTW

Zajęcia, z wyłączeniem aqua areobiku (w godz. 12–13), przypadają na godziny popołudniowe i wieczorne (od 16 do 20). Organizacja pracy umożliwia słuchaczom uczestnictwo w 4 godzinach dydaktycznych dziennie. Kadre oświatową – poza wykładowcami – stanowiło łącznie 20 osób, w tym: instruktorzy zajęć warsztatowych (9), lektorzy (6), psychologowie (3), informatycy (2).

Należy podkreślić, że w Uniwersytecie Trzeciego Wieku stosowane są nowoczesne metody kształcenia, a proces dydaktyczny jest elektronicznie wspomagany. Obecność sprzętu multimedialnego podczas wykładów nie stanowi dla studentów jakiegokolwiek przeszkody (należy pamiętać, że w ich codziennym otoczeniu jest mnóstwo przeróżnych urządzeń audiowizualnych). Metody oparte na słowie cechują się niską efektywnością, jeśli chodzi o percepcję słuchaczy. Wprowadzenie środków dydaktycznych angażujących wzrok wzmacnia procesy poznawcze uczestników wykładu. Przy opracowywaniu pomocy dydaktycznych należy jednak pamiętać o specyficznych zmianach regresyw-

nych poszczególnych receptorów⁶⁹ i zadbać o właściwą jakość, np. pokazu slajdów oraz dostateczne oświetlenie i nagłośnienie sali wykładowej.

Rytm życia akademickiego wyznaczają: uroczysta inauguracja roku akademickiego z udziałem władz starostwa, reprezentacji honorowego patrona UTW, czyli władz Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN, połączona z odśpiewaniem *Gaudeamus igitur...*, spotkania integracyjne całej społeczności akademickiej (z zaproszonymi wykładowcami) oraz uroczyste zakończenie roku akademickiego. UTW w Chrzanowie znakomicie dokumentuje historię swej działalności – prowadzona jest kronika; dużo starań poświęca się na wytworzenie rytuałów akademickich, charakteryzujących tę społeczność.

Uniwersytety trzeciego wieku należy zaliczyć do nurtu wszechnicowego oświaty dorosłych; są one odmianą uniwersytetów powszechnych⁷⁰. Instytucje te to piękne zwieńczenie edukacji permanentnej, jej korona. Działalność ruchu społecznego i edukacyjnego UTW w Polsce jest już dostatecznie rozpoznana⁷¹, stąd zaniecham ich dalszego, szczegółowego opisu.

Dorobek oświaty dorosłych wykorzystywany jest przy powoływaniu do życia nowych form edukacyjnych. W Lublinie, z inicjatywy dr Zofii Zaorskiej, w 2008 r. przeprowadzono pierwszy nabór do Szkoły Superbabć przy lubelskim UTW Towarzystwa Wolna Wszechnica Polska. Program obejmuje sto godzin zajęć warsztatowych z zakresu pedagogiki, psychologii, zajęć plastycznych, wizażu. Poddane procesowi pedagogizacji babcie poznają zasady wspomaganie rozwoju kilkulatków; podczas zajęć prezentowane są wybrane kierunki pedagogiczne (np. kinezylogia edukacyjna, czyli wspomaganie pracy umysłu poprzez ruch), plastycy uczą, jak można wspólnie z wnukami konstruować zabawki. Ponadto uczestniczki mają w planach wyjazd do SPA w Nałęczowie, a podczas spotkania z wizażystką nauczą się, jak dbać o własną urodę⁷².

W nurt formalnego, systematycznego kształcenia wpisują się kursy wiedzy oraz umiejętności praktycznych. Kursy prowadzone są przez tradycyjnych organizatorów oświaty dorosłych, ale też przez UTW i ośrodki

⁶⁹ Por. E. Skibińska, *Proces kształcenia seniorów*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturowa i oświatowa seniorów*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2008, s. 108.

⁷⁰ J. Pólturzycki, *Edukacja dorosłych za granicą*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń–Warszawa 1998, s. 295–296.

⁷¹ Por. m.in.: T. Aleksander, *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce*, „Rocznik Pedagogiczny” 2001, nr 24; O. Czerniawska, *Szkice z andragogiki i gerontologii...*; R. Konieczna-Woźniak, *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce...*; K. Lubryczyńska, *Uniwersytety trzeciego wieku w Warszawie*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Uniwersytet Warszawski, Instytut Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa 2005; E. Skibińska, *Proces kształcenia seniorów...*, s. 95–114; G. Orzechowska, „*Young-Old*” *Uniwersytet Trzeciego Wieku*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów...*, s. 137–144; Z. Szarota, *Przestrzeń edukacyjna Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, „e-mentor” 2008, nr 3 (25), s. 71–76; http://www.e-mentor.edu.pl/_pdf/ementor25.pdf.

⁷² Notka prasowa, „Gazeta Wyborcza”, dodatek lokalny Lublin, 23.09.2008 r.

upowszechniania wiedzy i kultury, instytucje i firmy edukacyjne oraz stowarzyszenia i fundacje. Każda starsza osoba może w nich wziąć udział. Dominujące miejsce zajmują kursy językowe, o różnym poziomie zaawansowania. Część z nich jest odpłatna, część – jeśli organizatorzy pozyskają finansowy grant – częściowo odpłatna lub całkowicie bezpłatna.

Od niedawna na rynku usług edukacyjnych są kursy specyficznie adresowane do – jak nazywają tę grupę odbiorców organizatorzy – @Seniorów. Programy kształcenia kursowego mają na celu „oswajanie” emerytów z zaawansowanymi technologiami, koncentrują się wokół wykorzystywania nowoczesnych technologii w życiu codziennym: edytor tekstu, Internet, poczta elektroniczna, zakupy w sieci, internetowe apteki, karta płatnicza, telefonia komórkowa, elektroniczna bankowość.

Przykładowo krakowska Akademia Pełni Życia jest organizatorem 20-godzinnych kursów komputerowych, obejmujących po 20 godzin lekcyjnych (2 spotkania w tygodniu po 2 godziny lekcyjne) i wydawcą pierwszego podręcznika podstaw obsługi komputera dla seniorów. Stowarzyszenie prowadzi cztery standardowe typy kursów: kurs podstawowy, ponadpodstawowy – powtórkowy, zaawansowany, kurs internetowy z pocztą elektroniczną od podstaw oraz kurs komputerowej obróbki zdjęć i Excel od podstaw.

Interesującą formułę edukacyjną stanowią studia wiedzy. Np. „Studium Gdynia 55+” przy Polska YMCA proponuje spotkania ujęte w tygodniowych harmonogramach. Składają się nań zajęcia hobbystyczne i klubowe, obejmujące propozycje z zakresu robótek ręcznych: haft, szydełkowanie, batik, witraż, dziewiarstwo, tkactwo artystyczne; terapii przez sztukę; rysunku artystycznego; fotografii artystycznej; orgiami; kosmologii: kosmetyka, stylizacja, wizaż (zapewne dla pań); szachy, brydż; florystykę; piosenkę biesiadną, enologię (nauka o kulturze wina). Studio Ruchowe dla Seniorów w Gdyni proponuje gimnastykę ogólnokondycyjną, gimnastykę qigong, gimnastykę mózgu, choreoterapię.

3.2. Kluby seniora

Placówkami normalizacji społecznej poprzez przeciwdziałanie poczuciu osamotnienia, społecznej izolacji i zbędności, a zarazem wspierającymi możliwości intelektualne i twórcze starszych osób są kluby seniora, które w Europie zaczęły powstawać po II wojnie światowej, a od lat sześćdziesiątych XX wieku obecne są w Polsce⁷³. Geneza tego ruchu związana jest z nasilającymi się zmianami demograficznymi starzejących się społeczeństw i wpływający-

⁷³ I. Muchnicka-Djakow, *Czas wolny w Klubie Seniora*, IWZZ, Warszawa 1984; I. Muchnicka-Djakow, *Kluby Seniora*, [w:] F.W. Rawicka, B. Mariańska, E. Stańczuk (red.), *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 139–147. D. Jankowski pierwszy klub seniora lokuje na lata siedemdziesiąte XX wieku, także w Poznaniu, przy ówczesnym Pałacu

mi z tego faktu konsekwencjami kulturowymi, czyli koniecznością opracowania oferty wolnoczasowej dla coraz liczniejszej populacji ludzi w podeszłym wieku. Mądrze zagospodarowany i wykorzystywany czas wolny jest sojusznikiem edukacji permanentnej. W tym ujęciu jest to czynnik sprzyjający kreowaniu i rozwijaniu wartości autotelicznych, kognitywnych.

Cele działalności klubowej sprowadzają się do programowania i organizowania różnych form aktywności kulturalnej, fizycznej i społecznej, spędzania czasu wolnego, upowszechniania szeroko rozumianej wiedzy, kształtowania wartości i postaw prospołecznych, kulturalnych i moralnych. Kluby seniora są często prowadzone także przez gminę, jako część (filia) np. dziennego domu pobytu⁷⁴.

Mecenat nad klubami seniora (klubami i kołami emerytów, złotego wieku, pogodnej jesieni, centrami rekreacji osób starszych) sprawują stowarzyszenia seniorskie lub prosenioralne, organizacje społeczne, wyznaniowe lub samorządowe (np. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Polski Komitet Pomocy Społecznej, ośrodki i domy kultury, spółdzielnie mieszkaniowe, parafie, gminy, rady dzielnic). Niektóre działają na podstawie przepisów ustawy Prawo o stowarzyszeniach⁷⁵, posiadając osobowość prawną. Kluby seniora występują także jako filie miejskich dziennych domów pomocy społecznej (działając w strukturze środowiskowej resortu pomocy społecznej). Funkcjonują również jako samodzielne instytucje, zawierając się w formule domu kultury, którego działalność w całości dedykowana jest zainteresowaniom seniorów⁷⁶. Są to miejskie placówki cieszące się dużą popularnością. Na wsiach ich funkcje poniekąd wypełniają odradzające się począwszy od końca lat dziewięćdziesiątych XX wieku koła gospodyń wiejskich i kluby rolnika, jednak elitarny czynnik wieku nie jest w nich dominujący.

Oferta jest adekwatna do oczekiwań, potrzeb kulturalno-oświatowych i możliwości intelektualnych oraz fizycznych uczestników, którymi są osoby zróżnicowane pod względem płci (dominują kobiety), wieku (obok 60-latków członkami są także 80-latkowie i starsi), stanu zdrowia, wykształcenia i sprawności fizycznej. Kluby organizują różne formy kulturalno-oświatowe: koła zainteresowań i hobbystyczne, prelekcje, kursy edukacyjne, studia oświatowe, fora dyskusyjne, seminaria, konkursy z różnych dziedzin wiedzy. Prowadzą biblioteki, organizują konkursy czytelnicze, spotkania autorskie. Ma miejsce aranżacja wypoczynku i rekreacji. Uzdolnieni członkowie klubów zrzeszają się w amatorskich zespołach artystycznych (pieśni i tańca, kabaretowych, te-

Kultury. Skupiał on kilkuset członków. Zob. D. Jankowski, *Edukacja, aktywność kulturalna, rekreacja ludzi starzejących się...*, s. 207.

⁷⁴ Zob. część II, rozdz. 2, *Cele, struktura i aktualne zadania pomocy społecznej – kontekst gerontologiczny*.

⁷⁵ Dz.U. z 1989 r., nr 20, poz. 104.

⁷⁶ Z. Szarota, *Klub seniora jako instytucja kultury*, „Gerontologia Społeczna” 2006, nr 1 (1) s. 9–18.

atralnych) i twórczych. Uprawiana jest amatorska działalność twórcza (np. sekcje plastyczna, literacka, teatralna, kabaretowa, muzyczna, chór), organizowane są wystawy, wernisaże prac członków. Seniorzy korzystają z oferty specjalistycznych instytucji kulturalnych (kino, teatr, filharmonia itp.). Ponadto działalność klubowa obejmuje pokazy (np. kulinarne), wspólne oglądanie telewizji, wideo lub slajdów, gry towarzyskie, czytelnictwo prasy. W placówkach organizowane są pogadanki i dyskusje na temat zdrowia, higieny, diety, ekologii, prawa (emerytury i renty), bezpieczeństwa. Odbywają się wieczorki towarzyskie, także taneczne, wieczory kolęd. Organizowane są pikniki, grzybobrania, wycieczki krajoznawcze, bywa, że zagraniczne⁷⁷. Można uczyć się obsługi komputera, spędzać czas na „czatach” z rówieśnikami, np. z Wysp Brytyjskich lub Kanady. Przykładowo: spotkania Klubu Seniora Europejczyka przy Akademii Pełni Życia w Krakowie odbywają się regularnie, dwa razy w tygodniu. Zajęcia mają różną formę: forum dyskusyjne, wycieczka, wykłady z serii: Szkoła świadomego obywatelstwa, Zadbajmy o siebie, Klub komputerowy dla Seniorów, Nasze zainteresowania, Poznajemy świat⁷⁸.

W wielu klubach członkowie przywiązują dużą wagę do organizowania wzajemnej pomocy. Bardzo interesującą formą usług wzajemnych są tzw. banki czasu, czyli inicjatywy polegające na wymianie niematerialnych dóbr pomiędzy członkami. Na przykład osoba oferująca wyprowadzanie psa na spacer, w zamian oczekuje pomocy w drobnych naprawach sprzętu gospodarstwa domowego, ktoś, kto piecze smaczne ciasta, może oczekiwać pomocy w załatwianiu spraw urzędowych.

Interesującą propozycją jest Klub Seniora umieszczony w cyberprzestrzeni⁷⁹. W serwisie znaleźć można zakładki dotyczące: emerytury, Internetu, Klubu Seniora z podstronami: Kuchnia, List, OFE, Pieniądze, Pożegnania, Praca, Rehabilitacja, Renta, Seks, Sport, Uniwersytet, ZUS, Zdrowie. Internauci znajdują na nich pakiet niezbędnych informacji, artykuły prasowe dotyczące poszczególnych zagadnień. Mogą prowadzić dyskusje na forum internetowym.

Działalność klubów ma charakter planowy i systematyczny. W rocznym kalendarium można zauważyć przedsięwzięcia realizowane systematycznie przez całą klubową społeczność, jak i przez poszczególne sekcje. Placówki czynne są w godzinach popołudniowych z różną częstotliwością – od kilku razy w tygodniu do comiesięcznych spotkań. W zdecydowanej większości przypadków działalność klubowa możliwa jest dzięki dotacjom i darom pochodzącym od ofiarodawców. Coraz powszechniej wdrażany obowiązek pieniężnej składki, choćby symbolicznej, przeciwdziała poczuciu korzystania z jałmużny, wzbudza u członków klubu zainteresowanie i współodpowiedzialność za ponoszone wydatki, zwiększa zakres podejmowanych decyzji o całą sferę racjonalnej gospodarki budżetem klubowym. W niektórych klubach wydawa-

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ http://www.apz.krak.pl/pokaz/q_klub_eu_seniora.

⁷⁹ <http://www.klubseniora.org>.

ne są posiłki, odzież, wówczas odpłatność za nie regulowana jest wysokością świadczeń emerytalno-rentowych (kluby te funkcjonują przy miejskich dziennych domach pomocy społecznej, przy Polskim Komitecie Pomocy Społecznej lub stacjach parafialnych Caritas).

Przedstawione przykłady docierają do licznych seniorów, jednakże bardzo wielu spośród tej grupy wiekowej w dalszym ciągu pozostaje na marginesie wydarzeń współczesności. Nie jest to wyłącznie wina automarginalizacji lub biernego, domocentrycznego stylu życia. Osoby starsze często po prostu nie wiedzą, że tuż za rogiem coś ważnego się dzieje, bądź są przekonane, że „w ich wieku to już nie wypada”. Należy oczekiwać od władz samorządów terytorialnych i lokalnych mediów upowszechniania informacji o prosenioralnych projektach i inicjatywach realizacji polityki wobec starości.

W Krakowie oczywiście także działają środowiskowe kluby seniora. Są one częścią miejskich lub dzielnicowych/osiedlowych domów i ośrodków kultury: np. Filmowy Klub Seniora przy Centrum Kultury im. C.K. Norwida, Klub „Kazimierz” przy Domu Kultury „Podgórze”, „Zakątek”, Klub „Seniora Europejczyka” Akademii Pełni Życia, Klub Seniora YMCA – Polska. Istnieje Klub Seniora Społeczności Żydowskiej⁸⁰. Wiele tego typu placówek funkcjonuje w obszarze administrowanym przez spółdzielczość mieszkaniową. Wśród innych wyróżnić można pięć klubów seniora Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów⁸¹, cztery prowadzone przez Polski Komitet Pomocy Społecznej⁸², dwa działające w obrębie misji Caritas. Polski Związek Niewidomych prowadzi w Krakowie trzy kluby seniora. Przy Klubie Integracyjnym Niewidomego Seniora działa zespół „Lajkonik” występujący w Spotkaniach Artystycznych „Gaudium”.

Istnieją także „branzowe” kluby, takie jak np. Seniora Naftowca, Seniora AZS, Seniora Stowarzyszenia Księgowych i wiele innych. Kluby seniora funkcjonują także przy krakowskim Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej.

3.3. Instytucje upowszechniania kultury

W Polsce specjalistyczne instytucje upowszechniania kultury oferują rozmaite udogodnienia zwiedzającym, widzom i słuchaczom. Można korzystać z bezpłatnych wstępów do muzeów w wybrane dni tygodnia, biblioteki pu-

⁸⁰ Proponuje swoim członkom lekcje języka hebrajskiego, angielskiego, naukę obsługi komputera, możliwość korzystania z biblioteki i czytelnicy, projekcje filmów, imprezy okolicznościowe, zajęcia plastyczne, wieczory piosenki, prelekcje, dyskusje, zajęcia kulinarne, dyżury pracownika socjalnego Działu Pomocy Społecznej Związku Gmin Wyznaniowych RP itd.

⁸¹ Czynne w poniedziałki, środy i czwartki od godz. 9 do 14.

⁸² Poszczególne placówki czynne są w wybrane dni tygodnia w godzinach popołudniowych od 2,5 do 5 godzin dziennie, np. Klub „Wersalik” – środy, czwartki i piątki od 14 do 19.

bliczne nieodpłatnie udostępniają swoje zbiory, kina i teatry proponują tańsze bilety na seanse i spektakle w wybranych godzinach i dniach tygodnia. Aby skorzystać z tych propozycji, trzeba jednak mieć rozbudzone potrzeby autokreacji i właściwe nawyki samokształceniowe oraz wiedzę o przedstawionych możliwościach.

Obowiązkiem społeczeństwa i państwa jest wzmacnianie możliwości dostępu do dóbr kultury, między innym poprzez likwidację barier ekonomicznych, architektonicznych, komunikacyjnych, które często w przypadku osób starszych są decydującymi czynnikami ich absencji w świecie sztuki i kultury. Umożliwianie swobodnego działania organizacjom trzeciego sektora, organizacjom, stowarzyszeniom, fundacjom, popularyzacja informacji o ich działalności, wzmacnianie środowisk lokalnych w staraniach o pozyskanie zasobów w postaci ośrodków kultury, to bez wątpienia wyzwania dla polityki społecznej kraju – w sferze kultury i edukacji. Brakuje nie tylko domów kultury, przede wszystkim boisk, basenów, zielonych terenów do rekreacji, a więc nie można mówić o procesie wychowania do czasu wolnego, do starości, nie ma bowiem miejsc, w których młodsze pokolenia mogłyby kształtować określone i pożądane nawyki. Tym samym polscy seniorzy nie są aktywnymi uczestnikami życia kulturalnego, ograniczając się zazwyczaj do biernej konsumpcji propozycji serwowanych przez mass media, przede wszystkim telewizję.

„Płaszczyzna aktywności kulturalnej staje się wśród ludzi starszych w rozwiniętych gospodarczo krajach świata główną domeną ich życia i stanowi, wraz z rekreacją, istotny czynnik jakości ich życia”⁸³. Do środowisk edukacyjnych współczesnego seniora bez wątpienia należy obszar kultury, szczególnie wymiaru tradycyjnego, w tym edukacja estetyczna – przez sztukę plastyczną, teatr, muzykę, taniec, edukacja muzealna, literacka. Starsze osoby występują tu nie tylko w roli odbiorcy, stałego bądź okazjonalnego bywalca wyspecjalizowanych instytucji upowszechniania kultury. Są kreatywnymi twórcami sekcji i kół domów kultury, uczącymi się nowych technik wyrazu artystycznego, ekspresji twórczej. Zakładają amatorskie zespoły artystyczne, wokalne, muzyczne, dramatyczne i kabaretowe, uprawiają fotografię, organizują warsztaty artystyczne, plenery i wernisaże swoich prac plastycznych i rękodzielniczych.

Jedyną w Polsce samodzielną instytucją samorządu terytorialnego upowszechniającą kulturę i oświatę wśród osób starszych jest Pilski Klub Seniora „Zacisze”. Został utworzony w 1977 roku decyzją Prezydenta Miasta. W listopadzie 2001 roku powołano przy klubie Stowarzyszenie PRO-SENIOR grupujące pilskie zrzeszenia i organizacje zabiegające o uznanie interesów najstarszych obywateli miasta. PRO-SENIOR jest członkiem EURAG, czyli Europejskiej Federacji Osób Starszych, międzynarodowej organizacji non-profit, której celem jest wspieranie solidarności międzypokoleniowej oraz utrzymanie samodzielności i niezależności życiowej osób starszych. Przez osiem

⁸³ D. Jankowski, *Edukacja, aktywność kulturalna i rekreacja ludzi starzejących się...*, s. 203.

lat przy klubie funkcjonował uniwersytet trzeciego wieku, opierając się na formule uniwersytetów ludowych i prowadząc zajęcia kursowe. Przez kolejne cztery lata odbywały się 3-miesięczne wiosenne kursy dla ok. 30 uczestników, którzy otrzymywali indeksy; prowadzono dla nich wykłady, ćwiczenia i egzaminy na podstawie dzienników zajęć i list obecności. Samodzielny Uniwersytet Trzeciego Wieku w Pile działa od października 2002 roku. Cele jakie przyświecają jego działalności to „permanentne kształcenie seniorów, rozwijanie ich sprawności intelektualnej, stymulowanie rozwoju osobowego ludzi starszych, upowszechnianie wiedzy z zakresu gerontologii, stwarzania warunków do spotkań rekreacyjnych wśród rówieśników”⁸⁴. Patronat nad nim sprawuje Stowarzyszenie PRO-SENIOR oraz Wyższa Szkoła Biznesu w Pile, która zapewnia bazę i opiekę naukową. Słuchaczami są emeryci i renciści bez względu na poziom wykształcenia⁸⁵.

W Krakowie osoby starsze mogą korzystać z ofert bardzo wielu instytucji, domów i ośrodków kultury. Ich oferta jest imponująca. Specyficznie adresowane programy proponuje między innymi: Dom Kultury przy ul. Aleksandry, w którym organizowane są dla tej grupy spotkania towarzyskie i okolicznościowe, wycieczki, prowadzona jest gimnastyka oraz kabaret „Nie Bardzo Starszych Pań i Panów”. W Klubie osiedlowym „Rybitwy” działał chór seniorów. W Domu Kultury Spółdzielni Mieszkaniowej „Kurdwanów Nowy” przy ul. Witosa swoje spotkania organizuje Koło rencistów i emerytów „Paradox”, czas wolny spędzają tu szachiści i miłośnicy brydża. Przy Centrum Sztuki „Solvay” działa Zespół Pieśni i Tańca Pogodna Jesień. Pozostałe centra kultury (im. C.K. Norwida, Dworek Białoprądnicki, Śródmiejski Ośrodek Kultury, Dom Kultury „Podgórze” i inne) w ofercie swej mają tak wiele propozycji, w tym np. kluby seniora, że naprawdę każdy może znaleźć dla siebie coś odpowiedniego.

4. Nowe obszary aktywności

Spółczesne społeczeństwo swój porządek i dostatek obywateli docelowo opierać będzie na wiedzy.

4.1. Media, usługi

Seniorzy, jako grupa o niskim wskaźniku scholaryzacji, są powoli włączani w nowoczesne środowiska edukacyjne. Najpopularniejszymi, z uwagi na zasięg, są media, których ofertę można poznawać nie opuszczając domu.

⁸⁴ Z ulotki informacyjnej UTW w Pile.

⁸⁵ Z. Szarota, *Klub seniora jako instytucja kultury...*, s. 9–18.

Od pewnego czasu można zauważyć wzrastające zainteresowanie mediów tą nową grupą „starych” adresatów. Kultura masowa oferuje nie tylko opery mydlane, świadomy odbiorca bez wątpienia znajdzie wiele interesujących go propozycji wzbogacających umysł. Programy telewizyjne coraz częściej włączają się w nurt *pro age*. Przykładem może być emitowana na antenie TVP3 Kraków cykliczna, cotygodniowa 20-minutowa audycja „Pora dla seniora”. Radiostacje także profilują swą ofertę, emitując muzykę klasyczną, w tym filmową i *evergreen’s*. Religijne „Radio Maryja” skupia bardzo dużą grupę sympatyków, raczej w podeszłym wieku. W rozgłośni tej dominuje słowo, narracja, modlitwa.

Coraz częściej prasa dostrzega problemy osób starszych. Np. krakowski „Dziennik Polski” w czwartkowych edycjach publikuje dodatek „Dziennik Seniora” ze stałymi rubrykami. Gazeta ta obejmuje patronatem medialnym wiele przedsięwzięć sprofilowanych na specyficzne problemy najstarszej generacji. Ten istniejący od 2005 r. 4-stronicowy magazyn w całości dedykowany jest sprawom najstarszych krakowian. Wśród stałych rubryk znajdują się cykle felietonów „Znad granicy”, „Za moich czasów”, ciekawostki i anonse wartych przeczytania tekstów – „Na srebrnych łamach”, „Wstęp wolny”, czyli informacje o wydarzeniach kulturalnych nadchodzącego tygodnia, „Co ciekawego w bibliotece”, czyli informacje o nowościach w zasobach bibliotecznych miasta, „Krzyżówka klasyczna”, „Poczta Seniora”. Treść głównych artykułów zilustrować można ich tytułami: *Dopusćmy babcię do komputera, Z wnukiem po angielsku, Odłożone marzenia, Kto się nie rozwija, ten się cofa, Spotkania po latach, Osieroceni emeryci, Czy musimy się starzeć? Twórcza jesień, Spóźnieni zakochani, Jedziemy do wód, Majątek w ostatniej woli, Ulgi, zniżki, uprawnienia... Można żyć trochę taniej, To nie takie straszne* (cykl informacji dotyczących podstawowych zasad korzystania z kart płatniczych oraz z telefonii komórkowej).

Spory udział w kształtowaniu świadomości zbiorowej – nie tylko konsumenckiej – mają reklamy, których adresatem jest starsza grupa wiekowa⁸⁶. Klienci dowiadują się, że warto podjąć wysiłek o utrzymanie dobrego stanu zdrowia, sprawności fizycznej, że piękno jest niezależne od wieku, a każdy wiek ma swoje prawa. Natomiast sprzedający swoje towary usilnie zabiegają o portfele nowo dostrzeżonej w Polsce grupy nabywców, inwestując w coraz bardziej pomysłowe spoty reklamowe i przyczyniając się do zmiany społecznego wizerunku osoby w podeszłym wieku. Nie używa się terminu „starość”, coraz częściej rynek zastępuje określenie „seniorzy” synonimami *Woopies*, grupa wiekowa *Best Ager*⁸⁷, „50+”. Wydawane są kalendarze, w których kolejne miesiące ilustrowane są twarzami i sylwetkami dojrzałych modeli i modelek.

⁸⁶ Zob.: M. Wiczorkowska, *Reklama wobec starości*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 78–82.

⁸⁷ Z ang. – najlepszy wiek.

Na fotografiach prezentowana jest starość *glamour*, ale i zwyczajna, powszednia, bez makijażu i retuszu. Producenci kosmetyków, w miejsce niedawnego *anty age*, wprowadzają całe serie produktów w formule *pro age*. „Twarzami” renomowanych marek zostają osoby dojrzałe. Salony piękności, zakłady fryzjerskie niekiedy wprowadzają bonusy dla starszych klientów. Na rynku konsumenckim pojawiają się firmy świadczące usługi tej grupie wiekowej, właściciele sieci handlowych dostosowują wystrój i asortyment sklepów do upodobań i możliwości starszych klientów, towary eksponują tak, by umożliwić swobodne sięgnięcie po nie. W ten sposób „odczarowuje się” starość.

4.2. Turystyka i rekreacja, sport

Do niedawna powinnością dziadków była opieka nad wnukami podczas ich wakacji. Na określenie tej jakości wypoczynku stosowano eufemizm – turystyka rodzinna. Wiele starszych osób w taki właśnie sposób spędzało okres ferii i wakacji swoich wnuków, najczęściej we własnym domu czy na działce, rzadziej na wczasach wykupionych przez rodzinę.

Specyficzną odmianą poznawczej aktywności turystycznej jest turystyka religijna – wspólnotowe (parafialne) lub indywidualne pielgrzymowanie do sanktuariów krajowych i zagranicznych. Obecnie coraz częściej organizację „pielgrzymek” wierni powierzają wyspecjalizowanym firmom, które gwarantują obecność pilota i przewodnika, czyli osób, których rolę porównać można do roli prelegenta, zaś autokar lub zabytek kultury bądź natury do sali klubowej czy wykładowej.

Nowe pola dla aktywności poznawczej seniorów tworzy oferta biur i agencji turystycznych kierowana do specyficznego klienta, jakim jest starsza osoba. Ta forma usług w Polsce niestety wciąż jest w załężku, chociaż „porównując uczestnictwo starszych Polaków w długoterminowych wyjazdach wypoczynkowych (4 i więcej noclegów) z aktywnością seniorów w innych krajach Europy, należy zauważyć, że nie odbiega ono rażąco od zachodnioeuropejskiego poziomu i jest wyższe niż w innych krajach – nowych państwach członkowskich Unii Europejskiej”⁸⁸, obejmuje 10,1% ogółu turystów i niemal 21% spośród wszystkich osób powyżej 65. r.ż.⁸⁹

Turystyka stała się tańsza i dostępniejsza, klienci biur podróży poszukują wrażeń poznawczych w odległych i egzotycznych krajach. Mobilność osób starszych zwiększa fakt, że coraz częściej są one zmotoryzowane. Dysponując własnym samochodem, można dowolnie personalizować trasę swojej podróży. Oferty są profilowane, starsze osoby znajdują odpowiadające im propozycje „szyte na miarę”. Wśród nich znajdują się m.in. edukacyjne wczasy dla

⁸⁸ J. Śniadek, *Konsumpcja turystyczna polskich seniorów...*, s. 25.

⁸⁹ *Ibidem*, s. 25–26.

seniora (w 2007 r. ok. 3 tys. zł za 2-tygodniowy turnus łączący naukę języka ze zwiedzaniem i aktywnością w seniorskich grupach rówieśniczych – np. w Londynie, Rzymie, na Teneryfie, na Malcie, w Irlandii).

Polska została zaproszona do międzynarodowego projektu „Agenci Podróży – 55 plus bez granic”, którego misją jest, jak głosi deklaracja, „promocja aktywnego starzenia się i usprawnienia mobilności osób starszych w całej Unii Europejskiej”. Do projektu zaproszono jeszcze 9 innych państw: Grecję, Włochy, Finlandię, Niemcy, Portugalię, Cypr, Estonię, Słowację i Czechy. Celem przedsięwzięcia jest popularyzacja turystyki, zachęcanie osób starszych do podróżowania. „Tylko wówczas rynek otworzy się szerzej na potrzeby seniorów, gdy oni sami wskażą kierunek rozwoju, warto by podróże dla ludzi w wieku emerytalnym były tańsze i dostosowane do ich wymagań”⁹⁰.

Kolejną ofertą może być pobyt w SPA, łączący atrakcyjne uzdrowisko z rekreacją i odnową biologiczną oraz zabiegami upiększającymi. Również aquaparki, baseny termalne proponują starszej klienteli zabiegi relaksacyjne i lecznicze, np. sauny, bicz wodny, masaże relaksacyjne i rehabilitacyjne, łącząc je z luksusowymi wnętrzami. Jest to alternatywa dla raczej siermiężnej, wypoczynkowo-leczniczej, turystyki sanatoryjnej. Ale i w sanatoriach zatrudniani są animatorzy czasu wolnego profesjonalnie dbający o zagospodarowanie aktywności pensjonariuszy. Poziom ich usług wzrasta.

Właściciele alpejskich wyciągów narciarskich oferują emerytom senior-skipass, biura podróży i linie lotnicze – zniżki, producenci ubiorów i sprzętów sportowych także wprowadzają zniżki dla *Best ages*. Sądzę, że ofert tych będzie przybywać.

Lokalne, osiedlowe kluby sportowe uruchamiają sekcje dla oldbojów i pań w dojrzałym wieku (w klubach fitness chętniej z zajęć korzystają *oldladies*), starsi państwo chętnie uprawiają *nordic walking*, narciarstwo biegowe, grę w golfa, pływanie. Baseny, aquaparki zachęcają w określone dni do tańszego niż zazwyczaj korzystania z usług instruktorów wodnej rekreacji.

Dla uboższych seniorów Polski Komitet Pomocy Społecznej i rady dzielnic niektórych miast w porozumieniu z miejskimi ośrodkami pomocy społecznej organizują tzw. wczasy na działce. Inicjatywa ta polega na dziennym pobycie na terenach wydzierżawionych na ten czas od ogrodów działkowych. Wczasowicze otrzymują posiłek i uczestniczą w atrakcyjnym programie, na który składają się między innymi: uroczyste rozpoczęcie i zakończenie turnusu, wycieczki autokarowe, spotkania, dyskusje, wieczory poetyckie, występy, potańcówki, wykłady (np. z geriatry, kardiologii, ziołarstwa, historii i innych dziedzin wiedzy), gimnastyka rehabilitacyjna, masaż (niewygórowana odpłatność). Wczasy trwają 2 tygodnie, w godz. od 9 do 17.

Bez wątplenia inne wzorce spędzania czasu wolnego oferuje miasto, inne wieś. Ośrodki wsparcia społecznego, gminne ośrodki kultury na wsi nieśmia-

⁹⁰ J. Papiernik, *Agenci Podróży – 55 plus bez granic*; <http://www.pasje.senior.pl/124,0,Agenci-Podrozy-55-plus-bez-granic,2718.html> [data dostępu 6.09.2007].

ło, ale jednak podejmują próby włączania najstarszych członków społeczności lokalnych w inicjatywy prosenioralne. Należy jednak podkreślić, że polska wieś jest terenem niezagospodarowanym oświatowo, wyjąłowym kulturalnie w instytucjonalnym wymiarze. Szansą na wiejską „dobrą starość” są reaktywujące się koła gospodyń wiejskich, kluby rolnika, działalność gminnych ośrodków kultury, praca organizacji tzw. trzeciego sektora, własna aktywność mieszkańców w organizacjach i stowarzyszeniach seniorskich. Bardzo dużo zależy od Kościoła, wspólnot parafialnych, w życie których osoby starsze chętnie się angażują. Niezmiernie dużo zależy od lokalnej polityki społecznej – kulturalnej i oświatowej.

4.3. Kompetencje cywilizacyjne i obywatelskie

Prasa ciągle informuje o nowych „rekordach” związanych z aktywnością i edukacją osób starszych i najstarszych, jak np. skok spadochronowy 83-letniego byłego prezydenta USA G.W. Buscha-seniora (X 2007), lot na paroltni brytyjskiej stulatkii mieszkającej na Cyprze, matura 98-letniej mieszkanki San Francisco (VI 2006), magisterium z nauk medycznych 94-letniej obywatelki Australii (VIII 2007), doktorat uzyskany przez 91-latkę na Cambridge (VII 2008). Bardzo wielu spośród *Best Ager* nadal prowadzi do bardzo późnej starości własne samochody, poddając się wcześniej wymaganym badaniom lekarskim potwierdzającym ich zdolność do kierowania pojazdami mechanicznymi. „Rekordy” te jednak należą do jednostek niezwykle, oryginalnych, zamożnych.

Jak słusznie zauważa Artur Fabiś, czas aktywności w życiu ludzi starszych wydłuża się, są oni bardziej witalni i sprawni niż równolatkowie z poprzednich generacji, ich kondycja psychoruchowa jest lepsza niż dawniej. Proces ten nie wynika z genetycznego potencjału, jest raczej konsekwencją ewolucji kulturalno-społecznej⁹¹.

Wobec przyspieszenia cywilizacyjnego dużym wyzwaniem dla osób starszych jest „bycie na bieżąco”. Kształtowanie kompetencji językowych, cyfrowych, ekonomicznych i społeczno-obywatelskich jest o tyle trudne, że praktycznie nie ma nauczycieli osób starszych, przygotowanych metodycznie do pracy dydaktycznej z tą grupą uczniów, którzy mogliby fachowo wesprzeć ich w „oswajaniu” trudnej rzeczywistości.

W obszarze tzw. dobrych praktyk edukacyjnych odnaleźć można dużą ofertę kształcenia kursowego, kierowanego do seniorów. Kursy te prowadzone są przez tradycyjnych organizatorów oświaty dorosłych, ale też przez UTW i ośrodki upowszechniania wiedzy i kultury, instytucje i firmy edukacyjne oraz stowarzyszenia i fundacje. Znajomość języków obcych w starszym po-

⁹¹ A. Fabiś, *Edukacja seniorów...*, s. 33–44.

koleniu jest niemal żadna. Według sondażu CBOS-u przeprowadzonego pod koniec 2007 roku, 55% Polaków nie zna żadnego obcego języka, przy czym w starszej grupie wiekowej jest to zdecydowanie wyższy odsetek. By wypełnić tę lukę, uczestnicy kursów organizowanych dla osób starszych najchętniej uczą się języka angielskiego, który otwiera ich „okno na świat”, dużym zainteresowaniem cieszą się też inne języki zachodnie: niemiecki, włoski, francuski. Przykładowo: w UTW w Chrzanowie na lektorat języka angielskiego w roku akad. 2007/08 uczęszczało 73,81% ogółu studentów (czyli 127 osób), języka niemieckiego uczyło się 13,69% (23), a języka włoskiego – 12,5% (21)⁹². Wśród starszych osób dość popularny jest także język esperanto.

Obecnie najsilniejszym medium niewątpliwie jest Internet. W Polsce korzysta z komputerów zaledwie 10% emerytów⁹³. Wśród polskiej społeczności internautów jedynie 7% to osoby między 55. a 74. r.ż.⁹⁴ Pozostali nie posiadają żadnych umiejętności pozwalających im na korzystanie z komputera czy sieci. Termin „e-inkluzja”⁹⁵ utworzono na potrzeby zdefiniowania działań mających na celu zapobieganie analfabetyzmowi cyfrowemu, a co za tym idzie, wykluczeniu cyfrowemu, włączenie najstarszych obywateli Europy w społeczność digitariatu⁹⁶.

Fundacja Turleja wdrożyła projekt „Akademia Umiejętności III Wieku”. Adresatem były osoby starsze z terenu województwa małopolskiego. Każda edycja Akademii Umiejętności III Wieku składała się z trzech warsztatów. Warsztat sztuki i rzemiosła obejmował 60 godzin, w tym 25 godzin części teoretycznej, prowadzonej w formie wykładów i konwersatoriów z zakresu historii kultury i sztuki, oraz 35 godzin zajęć praktycznych z warsztatów haftu artystycznego, rysunku i malarstwa. Warsztaty komputerowe trwały 20 godzin; uczone obsługi komputera, drukarki komputerowej, edytora Word–Excel, podstaw obsługi i wykorzystania Internetu i poczty elektronicznej. Warsztat przedsiębiorczości i kreatywności trwał 30 godzin i zawierał treści z zakresu podstaw mikroprzedsiębiorczości: tworzenie organizacji gospodar-

⁹² Z. Szarota, *Przestrzeń edukacyjna Uniwersytetu Trzeciego Wieku...*, s. 71–76.

⁹³ W Norwegii 41%, w Niemczech 31%, w Wielkiej Brytanii – 28% (dane Eurostat 2005). Por.: Ł. Szewczyk, *Seniorzy spragnieni Internetu*, portal media2.pl; <http://media2.pl/internet/7635-seniorzy-spragnieni-internetu.html> [data dostępu 24.04.2006].

⁹⁴ A. Fabiś, A. Wąsiński, *Aktywność seniorów w Internecie*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów...*, s. 64.

⁹⁵ Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów. Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa i2010. Plan działania w sprawie technologii informatycznych i starzenia się społeczeństwa, Bruksela, 14.06.2007; http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2007/com2007_0332pl01.pdf [data dostępu 2.05.2008].

⁹⁶ Zgodnie z koncepcją Umberta Eco w społeczeństwie informacyjnym kognitariat (wytwórcy wiedzy i informacji) będzie zarządzał digitariatem, czyli kompetentnymi użytkownikami technologii cyfrowych. Na dole drabiny społecznej znajdować się będzie lumpenproletariat informacyjny. Por.: U. Eco, *Diariusz najmniejszy*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1995.

czych realizujących potrzeby społeczności trzeciego wieku, otoczenia prawnego i źródeł finansowania aktywności gospodarczej ludzi starszych. Uczestnicy poznawali reguły zakładania działalności gospodarczej, rozwijali umiejętności samoorganizacji społecznej i zwiększenia integracji wewnątrzpokoleniowej. Przyswajali podstawy interakcji i relacji z otoczeniem społecznym – autoprezentacja, zgłębiali podstawy *public relations*⁹⁷.

W okresie dużego spadku możliwości finansowych, czyli na emeryturze, część osób chętnie podejmuje się nowych ról zawodowych, przy okazji ucząc się podstaw ekonomii i zarządzania małym przedsiębiorstwem (najczęściej rodzinnym). Podstawy ekonomicznej edukacji są starszym osobom niezbędne w sytuacji, gdy renty i emerytury trafiają na konta bankowe, większość transakcji realizowana jest za pośrednictwem karty płatniczej bądź kredytowej, gdy można robić zakupy w sklepach internetowych, oferujących zazwyczaj niższe niż na tradycyjnym rynku ceny. Potrzebna będzie jeszcze jedna potężna kampania informacyjna – z chwilą, gdy Polska wejdzie do strefy euro. Przywiązanie do złotówki jest duże, wystarczy wspomnieć o kłopotach związanych z reformą systemu płatniczego, denominacją złotówki, wiele lat po jej przeprowadzeniu starsi ludzie wciąż operowali milionami „starych” złotych, mieli rzeczywiste problemy z przeliczaniem jej na PLN.

Kolejnym obszarem nowych kompetencji jest obywatelskość, w jej społecznym i politycznym wymiarze. Należy wskazać na pożyteczne programy organizacji pozarządowych⁹⁸, które uświadamiają seniorom fakt, że są pełnoprawnymi obywatelami, mogącami decydować o kształcie i przyszłości swojego narodu i państwa, podejmować podobne inicjatywy we własnych środowiskach lokalnych. Upłynęło 20 lat od transformacji ustrojowej, jednak wielu spośród starszych wciąż nie może zrozumieć idei społeczeństwa obywatelskiego.

Taka polityczna i obywatelska edukacja może przynieść bardzo dobre efekty, starsze osoby bowiem to bardzo zdyscyplinowana grupa wyborców. Jak piszą M. i J. Halickey

jedynie 14% ludzi starszych jest zaangażowanych w działalność jakiejś organizacji czy stowarzyszenia na zasadzie przynależności członkowskiej, [...] przynależność jest większą domeną mężczyzn (19%) niż kobiet (11%). Znaczący wpływ na członkostwo mają takie czynniki, jak: poziom wykształcenia, miejsce obecnego zamieszkania, aktywność w rolnictwie lub poza nim, a także stan cywilny. Odsetek ten rośnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Od 14% osób z wykształceniem najniższym (tj. podstawowym lub niższym), około 25% z wykształceniem zawodowym oraz średnim, po blisko 40% badanych z wykształceniem niepełnym wyższym i wyższym. Podobnie wysoką zależność statystyczną stwierdza się w przypadku stanu cywilnego i źródła utrzymania. Okazuje się, że w najwięk-

⁹⁷ http://www.trzeciwiek.kei.pl/program_kursow.htm.

⁹⁸ Jak np. te podejmowane przez Akademię Rozwoju Filantropii w Polsce i opisane na stronach internetowych portalu organizacji pozarządowej; <http://www.filantropia.org.pl/atlas/index.php?s=main2-6-4>.

szym stopniu wspomagają potrzebujących osoby rozwiedzione/w separacji (33%) oraz kawalerowie/panny (25%), natomiast w najmniejszym stopniu osoby owdowiałe (17%) i zamężne/żonate (20%)⁹⁹.

Seniorzy, dysponujący wolnym czasem, niekiedy ofiarowują go innym, którzy potrzebują pomocy, zainteresowania, wsparcia. „Odsetek osób starszych zaangażowanych w działalność społeczną oscyluje – według różnych źródeł – pomiędzy 9% a 23%”¹⁰⁰. Wyniki badań przeprowadzonych w 2008 r. wśród 182 studentów UTW w Chrzanowie wskazują, że zaledwie 5% spośród ogółu słuchaczy było w przeszłości wolontariuszem. Natomiast 34% chętnie podjęłoby tę aktywność, w tym: 29% najchętniej zajmując się chorymi i starszymi osobami, 20% – organizując imprezy okolicznościowe, 15% badanych wolontariat wyobraża sobie jako pracę z dziećmi i młodzieżą. Po 9% respondentów zainteresowanych jest pracą biurową oraz chciałoby organizować dzieciom czas wolny. Po 6% wyborów dotyczyło udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym, pomaganiu dzieciom w lekcjach oraz kwestowaniu i zbieraniu darów.

Przedstawione przykłady są potwierdzeniem sensu oddziaływań geragogicznych, realizacji założeń idei „szkoły starości” Jana Amosa Komeńskiego, czyli wychowania w starości. Proces ów zachodzi także w placówkach pomocy społecznej. Jednakże niewielu badaczy w interpretacji wyników eksploracji odchodzi od opisu wypełnianych funkcji założonych świadczonej pomocy i uwagę skupia na wsparciu aktywności wolnoczasowej i związanej z zaspokajaniem zainteresowań użytkowników. Tymczasem i ta sfera życia publicznego ma swoje pedagogiczne/geragogiczne aspekty. Ten wątek zostanie poddany analizie w dalszej części opracowania.

⁹⁹ M. Halicka, J. Halicki, *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 199–200.

¹⁰⁰ *Ibidem*, s. 190.

CZĘŚĆ II

GERONTOLOGICZNA PERSPEKTYWA POMOCY SPOŁECZNEJ – FUNKCJE ZAŁOŻONE

Rozdział 1. Ewolucja opieki i pomocy wzajemnej

Za Andrzejem Radziewiczem-Winnickim można wyodrębnić dwa główne obszary opieki, najprawdopodobniej występujące w najodleglejszej historii człowieka: „biologiczno-pielęgnacyjny i społeczno-kulturowy. W przekazach dotyczących odległych epok dominuje opieka nad potomstwem wiążąca się z prokreacją (rozrodem). W okresach późniejszych będziemy mieli do czynienia z opisem czynności opiekuńczo-zabezpieczających w stosunku do osób starszych, chorych i niedołączonych”¹.

Pomaganie drugiemu człowiekowi jest wartością ogólną i ponadczasową. Wynika z ideałów humanizmu, miłości bliźniego, altruizmu, miłosierdzia, hojności i solidaryzmu społecznego. Dobroczynność (charytatywność i filantropia) cechująca jednostki i zbiorowości preindustrialne, przyjęła postać zorganizowanej, świadomej, celowej i planowej opieki wyznaczonej polityką społeczną współczesnych państw.

1. Historyczne przesłanki opieki i pomocy społecznej

Analiza opieki i pomocy społecznej na przestrzeni wieków przynosi spostrzeżenia odnoszące się do ewolucyjnego charakteru działań pomocnych². Ewolucję tę można prześledzić poprzez wyróżnienie form i zakresu poszczególnych typów opieki i pomocy³.

¹ A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 33.

² Rozdział powstał na podstawie zaktualizowanych fragmentów opublikowanych artykułów: Z. Szarota, *Ewolucja opieki i pomocy społecznej w Krakowie*, [w:] Z. Brańka (red.), *Opieka i wychowanie w Polsce – problemy u progu XXI wieku*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 1999, s. 155–175 oraz Z. Szarota, *Opieka i pomoc społeczna w Krakowie – hasło przeglądowe*, [w:] *Encyklopedia Krakowa*, PWN, Warszawa–Kraków 2000, s. 704–705.

³ Por. A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturowa*, PWN, Warszawa 1982, s. 292–303.

Opieka i pomoc wzajemna świadczona przez członków:

– wielkich rodzin, wielopokoleniowych rodów, podporządkowanych autorytetowi najstarszych ich przedstawicieli; zamieszkujących i gospodarzących w jednym majątku rodowym, o dużym poczuciu przynależności do swego klanu i wspierających krewnych w nieszczęściu, ale i w dążeniu do sukcesu życiowego; istniało niepisane prawo obowiązku zaopiekowania się krewnymi w razie pojawienia się niesprzyjających okoliczności, złego losu,

– społeczności lokalnych, wspólnot sąsiedzkich, gdzie norma obyczajowa zobowiązywała ich członków do udzielania pomocy potrzebującym, bez względu na ich zróżnicowanie majątkowe,

– wspólnot wyznaniowych, w których normy religijne nakładały na wiernych powinność wzajemnej opieki i wsparcia,

– cechów rzemieślniczych i gildii kupieckich, których istotną cechą było świadczenie na rzecz członków i ich rodzin oraz ułatwianie ich pomyślnego rozwoju zawodowego. Organizacja tych zrzeszeń przywodzi na myśl współczesną działalność np. związków zawodowych.

Paternalizm wyrażający się w organizowaniu opieki bogatych patrycjuszy lub możnych właścicieli wielkich majątków na rzecz wyzwolonych niewolników, chłopów feudalnych, służby, pracowników najemnych. Pomoc ta, w rzeczywistości iluzoryczna i niewielka, miała wyciszyć nienawiść warstw biedniejszych wobec grup uprzywilejowanych. Zgodnie z założeniami paternalizmu, niektóre jednostki lub grupy nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania ze względu na swój brak kompetencji. Dlatego należy sprawować nad nimi kontrolę, chronić je. Jednak oddanie się w opiekę doprowadza do całkowitego uzależnienia się jednostki od sprawującego nad nią opiekę.

Idee paternalizmu wywiedzione zostały z epoki niewolnictwa, w którym to ustroju osoby zajmujące najwyższe miejsca w hierarchii społecznej i dysponujące znacznymi posiadłościami miały bezwzględny wpływ na „być albo nie być” wszystkich należących do siebie osób oraz tych, których w starożytnym Rzymie nazywano „klientami”. Byli to wolni, lecz ubodzy mieszkańcy Rzymu, w zamian za opiekę oddający swe głosy zgodnie z zaleceniami swych zamożnych „patronów”⁴.

Do obowiązków klientów należało codzienne powitanie opiekuna, towarzyszenie mu w orszakach i popieranie go w wyborach. W zamian za to uczestniczyli w ucztach, otrzymywali wsparcie pieniężne, obronę w sądzie czy podarki w postaci używanej odzieży. Z upływem czasu instytucja klienteli nabrała cech upokarzających, przypominając bardziej żebractwo niż opiekuńczą zależność⁵.

⁴ Por.: A. Radziejewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna...*, s. 36.

⁵ W. Koziół, *Stacjonarne formy opieki nad ludźmi wymagającymi pomocy społecznej w perspektywie historycznej*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, Lublin – Polonia, vol. XXVI, 12, 2001, s. 154.

Wymagano bezwzględnego posłuszeństwa wobec pana⁶. Ostrą formą karania nieposłuszeństwa było, jak w przypadku wolnej osoby, niewpisanie jej lub skreślenie z listy członków rodziny, co równało się wyrzuceniu, wydziedziczeniu z majątku. Czyny te przynosiły w konsekwencji śmierć cywilną „wyrzutka” rodziny, który nie znajdował odtąd miejsca w żadnej innej grupie. Los banity był losem jednostki wykluczonej, poddanej ostracyzmowi społecznemu. Paternalizm powstał w warunkach ostrych nierówności społecznych (niewolnictwo), przetrwał feudalizm i ponownie rozwinął się w kapitalizmie.

Interesujące jest, że organizacja życia społecznego współczesnych państw o rozbudowanej ochronie socjalnej przypomina nieco założenia paternalizmu. Rozpięcie nadopiekuńczego „parasola socjalnego” powoduje z czasem ubezwłasnowolnienie członków danej społeczności, jest odpowiedzialne za postawę wyuczony bezradności z jednej strony i postawy roszczeniowe z drugiej: postawa „należy mi się”, nadmierne i bezpardonowe korzystanie z przywilejów socjalnych.

Dobroczynność, czyli filantropia, przejawia się w fakultatywnym wyborze przez darczyńcę postaci oraz zakresu pomocy i opieki. Cele i działania filantropów wywodziły się z „miłości ludzkości” i obejmowały dowolnie wybraną grupę lub jednostki. Najczęściej filantropia przybierała formę podobną do dzisiejszego stowarzyszenia wyższej użyteczności (pożytku publicznego). Dobroczyńcy rekrutowali się z najwyższych warstw społecznych. Mecenaszem ideowym filantropii był np. Kościół i jego religijne przesłanie – miłość Boga przez miłość bliźniego. „Zgodnie z ideologią chrześcijańską przyjęto wzorce pomocy ukierunkowane na ludzi niezdolnych do samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb”⁷. W średniowieczu i później (do XVIII w.) funkcjonowały przytułki (szpitale) dla starców, sierot, bezdomnych prowadzone przez zgromadzenia zakonne, rozdawano także jałmużnę. W XIX w. szczególnie intensywnie rozwijała się dobroczynność niesiona przez stowarzyszenia, w tym pomoc środowiskowa (np. w postaci pieniężnej, usług lekarskich)⁸. W Polsce towarzystwa dobroczynności pojawiły się w latach dwudziestych XIX wieku, lecz ich rozwój był nierównomierny i nie miał większego znaczenia dla społeczeństwa. Pieniądze zbierano dzięki organizowaniu loterii fantowych, bali, koncertów, przedstawień, odczytów, zbiórek pieniężnych itp.

Współcześnie prężnie na tym polu działają instytucje tzw. trzeciego sektora oraz osoby prawne i prywatne, m.in.: jedna z najstarszych organizacji charytatywnych w Polsce, działająca nieprzerwanie od 1919 roku, czyli Polski Czerwony Krzyż, istniejąca od lat dwudziestych XX wieku Caritas Polska, Polski Komitet Pomocy Społecznej (1958), różnorodne fundacje, stowarzysze-

⁶ *Pater* [łac.] – ojciec, twórca, przełożony, głowa. Zob.: *Słownik łacińsko-polski*, K. Kumaniecki (opr.), PWN, Warszawa 1965, s. 353.

⁷ A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna...*, s. 42.

⁸ *Ibidem*, s. 42, 48.

nia, związki i organizacje pozarządowe, prowadząc np. noclegownie, przytuliska, hostele dla ofiar przemocy, rozdając ubogim posiłki, urządzając wieczernie wigilijne i śniadania wielkanocne dla osób biednych i samotnych, organizując ogólnospołeczne zbiórki żywności, odzieży i innych potrzebnych artykułów. Fundusze na tę działalność zbierane są z dobrowolnych datków, „cegiełek”, darowizn lub gromadzone poprzez organizowanie imprez masowych, festynów, balów charytatywnych. Działalność np. Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, Polskiej Akcji Humanitarnej to także charytatywność o bardzo dużym zasięgu i różnorodnych polach działania.

Ruchy społeczne⁹, działające od lat czterdziestych XIX wieku, odpowiadające na określone potrzeby konkretnych grup społecznych, charakteryzowały się wielką różnorodnością i związane były z utopijnym socjalizmem, działaniami niepodległościowymi i zjednoczeniowymi, spółdzielczością, chrześcijaństwem, chłopstwem i robotnikami. Ruchy te powoływały placówki opieki i wychowania na sposób filantropijny – korzystały z ofiarności swych członków, głównie licząc jednak na hojność zamożnych sympatyków ruchu – w ten sposób budowano, zaopatrywano i organizowano domy społeczne chłopskie i robotnicze. Po uzyskaniu przez ruch szerszego oparcia politycznego, odwoływano się do materialnej pomocy samorządów lokalnych lub rządów miast, co dawało przewagę ustabilizowanych świadczeń publicznych nad niepewnymi datkami z filantropii. Członków ruchu, który był wspólnotą ideowopolityczną, obowiązywały zasady równości i współdziałania. Głównym celem ruchów społecznych było rozbudzanie aktywności oraz kształtowanie intelektualne i ideowe aktualnych i przyszłych liderów wspólnej sprawy¹⁰.

W XIX-wiecznej, podzielonej między zaborców, Polsce rozbudzone zostały ruchy niepodległościowe, narodowościowe, zjednoczeniowe. Jednakże nie tylko hasła walki narodowowyzwoleńczej były wówczas realizowane. Pod koniec XIX wieku ludzie, którzy byli przedmiotem działania społecznego, stali się zdolni do pomocy samym sobie – działo się to za sprawą warstwy chłopskiej, która stała się potęgą. Praca społeczna w Polsce nabrała charakteru powszechnego. Różne ruchy i stowarzyszenia wytyczały różne drogi, które ostatecznie się splatały i tworzyły jeden narodowy czyn, dzięki któremu na przełomie stuleci nie było sfer rzeczywiście zaniedbanych¹¹. Jednak narastający kapitalizm oraz proletaryzacja miast i osad fabrycznych sprawiły, że świadczenia dobroczynne nie były w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb. Przed I wojną światową dobroczynność nie mogłaby istnieć bez dotacji publicznych, np. rządów miast.

⁹ Szerzej na ten temat: M. Załuska, J. Boczoń (red.), *Organizacje pozarządowe w społeczeństwie obywatelskim*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998.

¹⁰ A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej...*, s. 292–298.

¹¹ J. Radwan-Pragłowski, K. Frysztacki, *Spoleczne dzieje pomocy człowiekowi. Od filantropii greckiej do pracy socjalnej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998, s. 259–260.

Można, za A. Kamińskim¹², wspomnieć o jednej z najdawniejszych form ingerencji instytucji publicznych (zarządów miast, resortów państwowych) w sprawy opieki i pomocy poprzez **policyjne formy opieki**. Najbardziej pierwotną postacią policyjnej ingerencji było dbanie o porządek publiczny, co miało charakter opiekuńczy w stosunku do mieszkańców miast – chroniono ich przed żebrakami, wykołajeńcami, włóczęgami, nędzarnikami czy bezdomnymi przez umieszczanie ich w domach przymusowej pracy, ponieważ uważano, że tylko represjami można zmusić ich do pracy i schludności. Z biegiem czasu policyjne formy opieki złagodniały i nabrały charakteru bardziej humanitarnego. Miały na celu zapobieganie oraz troskę o ludzkie istnienie w jego najtrudniejszych przejawach nędzy, choroby czy zaniedbania. Opieka policyjna obejmowała także reakcje na choroby epidemiczne, ograniczenie żebractwa i włóczęgostwa dzieci oraz dozór nad prostytutką.

Ewolucja form opieki doprowadziła do jej **profesjonalizacji** oraz **instytucjonalizacji** i **etatyzacji**, czyli przejmowania przez resorty państwowe zadań opiekuńczych i wspierających rozwój jednostek, co w Polsce zaczęło się w czasie I wojny światowej, a w pełni stało się możliwe wraz z odzyskaniem niepodległości (1918).

2. Dzieje opieki i pomocy społecznej w Krakowie

Jak ewoluowała opieka i pomoc społeczna w Krakowie? Poniższe rozważania są próbą historycznej syntezy problemu, a także ukazania współczesnego kształtu zinstytucjonalizowanej pomocy drugiemu człowiekowi¹³.

2.1. Pierwsza Rzeczpospolita

2.1.1. Średniowiecze

W średniowieczu silnie zaznaczył się w Polsce nurt pomocy kościelnej, oparty na zasadach wiary chrześcijańskiej. Do XII wieku niedostatek uchodził w świadomości chrześcijan za karę bożą. Biedę traktowano jako rezultat grzechu, złego życia, bogactwo natomiast – za świadectwo boskiej przychylności. Pod wpływem społecznych przemian, które spowodowały przyrost liczby osób ubogich oraz na skutek oddziaływania ewangelicznego, charakter epoki zmieniał się stopniowo: „Wielu, słuchając słów kaznodziejów, którzy mówili

¹² A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej...*

¹³ W rozdziale tym nie analizuję ewolucji form opieki nad dziećmi i młodzieżą.

o ubóstwie Chrystusa, dostrzegać zaczęło niedostatek, w jakim żyli biedacy i wady systemu dobroczynności. Rezultatem był nadzwyczajny rozkwit fundacji szpitalnych i dobroczynnych¹⁴.

Działalność opiekuńcza w średniowiecznym Krakowie skierowana była do sierot, podrzutków, ubogich i nędzarzy, wdów, starców, ofiar niesprawiedliwości i wszystkich innych osób poddanych marginalizacji życia społecznego: chorych, niewidomych, głuchych, niepełnosprawnych umysłowo, trędowatych, nierządnic.

Funkcje charytatywne pełnił przede wszystkim Kościół – obowiązek wspierania i opieki nad potrzebującymi spoczywał na członkach danej parafii. Opieka społeczna stawała się stopniowo koniecznością administracyjną i porządkową. Organizacją pierwszych przytułków dla ubogich, chorych, kalek, niedołączonych starców i niezdolnych do pracy zajęły się tzw. szpitale przyklasztorne zakładane w XII–XIII w. przez zakony. „Szpitale przyjmowały biednych chorych – rozległą i nieokreśloną kategorię, do której zaliczano chorych, ale również niedożywionych, niedołączonych, kobiety w połogu, podrzutków, upadłe dziewczęta, pielgrzymów, wędrowców, włóczęgów¹⁵. Etymologia słowa „szpital¹⁶” związana jest ze sferą opieki, a w tamtym czasie tak nazywano przytułki i domy noclegowe. Wypełniały one funkcję inną niż współcześnie – nie leczniczą, a opiekuńczą¹⁷.

Biskup Iwo Odrowąż (?–1229) w 1221 roku sprowadził i osadził w podkrakowskim Prądniku zgromadzenie szpitalnicze św. Ducha, co dało początek szpitalnictwu. Do Krakowa zakon duchaków, czyli Kanoników Regularnych św. Ducha de Saxia, w 1244 roku przeniósł biskup Jan Prandota (1200–1266). Osadził ich szpital–przytułek przy kościele św. Krzyża. Rozpoczął on regularną działalność opiekuńczą, pierwotnie rozciągniętą nad, jak pisał Jan Długosz, „dziećmi potajemnie urodzonymi”. Utrzymywał się z dziesięciny z biskupich wsi. „Szpital przeznaczony był dla tych, którzy nie byli w stanie utrzymać się z własnej pracy ze względu na starość czy kalectwo. Stanowił przytułek subsydiowany przez gminę, która w ten sposób zapewniała miejsce dla ludzi stanowiących balast dla ówczesnego społeczeństwa¹⁸. Byli nimi żebracy, pątnicy, pielgrzymi, obieżyświaty, samotne kobiety z dziećmi z nieprawnego łoża, przestępcy. Później szpital znacznie rozszerzył sferę opieki, stając się głównym krakowskim przytułkiem. Od pierwszego ćwierćwiecza XIV w.

¹⁴ Za: A. Vauchez, *Duchowość średniowiecza*, Wydawnictwo Marabut, Gdańsk 1996, s. 91.

¹⁵ J.P. Bois, *Historia starości. Od Monataigne'a do pierwszych emerytur*, Wydawnictwo Marabut i Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1996, s. 74.

¹⁶ Łac. *hospitālis* – przyjacielski, gościnny; termin pojawił się w 1175 r., oznaczał dom gościnny dla pielgrzymów, biednych, sierot, kalek. Zob.: *Słownik łacińsko-polski...*, s. 236.

¹⁷ Por.: L. Wachholz, *Szpitalne krakowskie 1220–1920*, Druk W.L. Anczyca i Spółki, Kraków 1921.

¹⁸ Za: M. Bogucka, H. Samsonowicz, *Dzieje miast i mieszczaństwa w Polsce przedrozbiorowej*, Ossolineum, Wrocław 1986, s. 280.

pieczę nad nim sprawowała krakowska Rada Miejska. Najważniejszą osobą w szpitalu był *pater* – ojciec, który m.in. decydował o przyjęciu do szpitala, notował datę przybycia, personalia przybyłych, zapisywał zgony. Czuwał nad czystością pomieszczeń i spokojem przybyszy. W szpitalu nie prowadzono w zasadzie opieki medycznej – jedynie izolowano chorych zakaźnie. Z biegiem czasu organizowano specjalne osobne „oddziały” dla trędowatych, chorych wenerycznie, ciężarnych i rodzących.

Szpital św. Ducha stał się z czasem, za sprawą prywatnych dotacji, dobrze wyposażony. Na przykład w 1293 roku kasztelan Żegota zapisał szpitalowi wieś i las, w 1339 roku kasztelan Spycymir ofiarował połowę czynszów ze swej kamienicy. Mnożyły się gesty miłosierdzia, zmieniał się też ich charakter. „Jałmużna staje się aktem rytualnym. Wielkie opactwa żywią tłumy nędzarzy [...], dostojnicy świeccy [...] stale utrzymują pewną liczbę biedaków”¹⁹. W tym czasie zawiązywały się bractwa dobroczynne, od 1244 roku istniało Towarzystwo Dobroczynności, którego protektorem był biskup krakowski. Kolejną ważną datą w rozwoju i ewolucji form opieki był rok 1327. Powstał wówczas przytułek dla trędowatych, czyli leprozorium.

Równoległe pojawił się nurt świeckiej opieki i pomocy, który miał swój wkład w rozwój państwowego systemu opieki. Przykładowo: w 1347 roku Kazimierz Wielki wydał statut wiślicki, który odnosił się do obowiązków i zasad opieki nad upośledzonymi²⁰. Natomiast w 1360(?) roku powołana została fundacja Kazimierza Wielkiego i jego siostry Elżbiety na rzecz klasztoru i szpitala dla chorych i ubogich pod wezwaniem św. Jadwigi, prowadzonego na Stradomiu przez Stróżów Grobu Chrystusowego reguły św. Augustyna, czyli bożogrobowców (miechowitów). Szpital dla ubogiej szlachty zaczęto wznosić po 1375 roku (budowę ukończono w połowie XV wieku). Na obrzeżach miasta, w pobliżu murów obronnych i bieżącej wody powstawały kolejne placówki, dające stały lub czasowy przytułek biedakom i chorym: św. Mikołaja na Wesołej, Bożego Miłosierdzia, św. Marcina.

Stulecie następne, czyli wiek XV, obfitował w nowe formy pomocy. Po 1400 roku rozpoczęto budowę burs, czyli kolegiów studenckich, co było konsekwencją odnowienia przez królową Jadwigę Akademii Krakowskiej. W kronikach miasta z roku 1401 znajduje się wzmianka o domu miejskim dla ubogich scholarów (na Zwierzyńcu). Począwszy od 1403 roku miasto ponosiło wydatki na owe bursy. W połowie XV wieku w opiekę społeczną zaangażowała się Rada Miejska. Rajcy stali się zarządcami i opiekunami szpitali²¹.

Średniowiecze było okresem, w którym opieka wspierała się bardzo silnie na dobroczynności prywatnej i w skutek tego narażona była na przypadkowość świadczeń. Program opieki charakteryzował się generalnie obfitością

¹⁹ A. Vauchez, *Duchowość średniowiecza...*, s. 92.

²⁰ A. Olubiński, *Praca socjalna – aspekty humanistyczne i pedagogiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2004, s. 26.

²¹ A. Jelicz, *Życie codzienne średniowiecznego Krakowa*, PIW, Kraków 1966, s. 76.

jałmużn, brakiem rozróżnień podmiotów wsparcia wedle kryteriów ich rzeczywistych potrzeb, złożeniem odpowiedzialności za pomoc na instancje kościelne i bractwa charytatywne. Koncepcja dobroczynności ustępowała stopniowo innej idei, wyrosłej z chęci skutecznej walki z biedą i bezpośredniego kontaktu z jej ofiarami. Zmianie uległo także znaczenie słowa „bliźni”.

2.1.2. Odrodzenie

W XV i XVI wieku zawiązywały się bractwa dobroczynne. Impuls ich działaniu dała kontrreformacja, nowa pobożność Kościoła²². Silne gildie kupieckie i cechy rzemieślnicze tworzyły własne zorganizowane formy opieki.

Począwszy od 1505 roku Rada Miejska Krakowa utrzymywała *fizyka*, czyli lekarza miejskiego. Magistrat pełnił rolę ofiarodawcy lub pośrednika działalności opiekuńczej. Od XVI wieku jeden z urzędników miasta był odpowiedzialny za rozwiązywanie problemów związanych z żebractwem (*praefectus pauperum*), w sytuacjach wzmożonego napływu żebraków do Krakowa (po wojnach, klęskach żywiołowych, zarazach); pracę jego wspomagali „wójtowie ubóstwa”²³. W tamtym czasie zaczęto oznaczać ubogich niezdolnych do pracy blaszkami z herbem miasta. Tym samym otrzymywali oni prawo do jałmużny i żebractwa. Duża część ludności Krakowa stanowiła wówczas najniższą klasę społeczną: wyrobnicy, służba, włóczędzy i żebracy, czeladź rzemieślnicza. Władze miasta zwalczały ich zawzięcie. Zdolnych do pracy, a uchylających się od niej²⁴, wypędzano z grodu lub zmuszano do robót przy wywozie nieczystości komunalnych i błota. W wilkierzu z 1574 roku dotyczącym porządku w mieście zapisano: „Hultaje, aby żaden nie śmiał trzeciego dnia bądź w gnojach, bądź po rynku i ulicach w mieście być pod sposobem żebractwa tu się tułąc. Kogokolwiek takiego najdą, tedy okować dadzą i ledwa nie na gardle będą karać”²⁵.

W odrodzeniu miasto przejęło nadzór nad istniejącymi szpitalami, budowało własne, np. w 1528 roku przejęło szpitale św. Ducha, św. Rocha. Założono szpital św. Sebastiana dla chorych na kiłę i choroby zakaźne.

Zygmunt Stary w 1529 roku wydał statut litewski, w którym zawarto ustawę o państwowej opiece nad osobami chorymi psychicznie²⁶. Z fundacji mieszczan w 1534 roku powstał dom dla umysłowo chorych. Uruchamiano

²² Por.: J. Radwan-Pragłowski, K. Frysztański, *Spoleczne dzieje...*, s. 222.

²³ K. Bąkowski, *Dzieje Krakowa*, Spółka Wydawnicza Polska w Krakowie, Kraków 1911, s. 91.

²⁴ Od czasów Jana Olbrachta (statuty z 1496) rozróżniano ubogich zdolnych do pracy i niezdolnych do pracy. Zob.: A. Radziejewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna...*, s. 43.

²⁵ *Prawa, przywileje i statuta miasta Krakowa (1507–1795)*, t. I, wyd. F. Piekosiński, [w:] *Acta historica res gestas Poloniae illustrantia*, t. VIII, Wydawnictwo Komisji Historycznej Akademii Umiejętności w Krakowie, Kraków 1885, s. 301.

²⁶ A. Olubiński, *Praca socjalna...*, s. 26.

niewielkie, kilkusobowe szpitale – św. Mikołaja, św. Leonarda, św. Jadwigi (miechowitzów), św. Szymona i Judy, św. Walentego dla trędowatych.

Bardzo istotna była działalność Andrzeja Frycza Modrzewskiego (1503–1572), który przedstawił swój nowoczesny program reform w traktacie *O poprawie Rzeczypospolitej* (*Commentariorum de Republica emendanda libri quinque*), wydanym w Oficyne Łazarzowej w Krakowie w roku 1551, obejmującym tytuły: *O obyczajach*, *O prawach*, *O wojnie*. Dzieło zostało ocenzone przez Kościół. Całość, zawierająca dwie następne księgi: *O Kościele*, *O szkole*, wydano w 1554 roku w Bazylei w oficynie Jana Oporyna²⁷. Radykalizm poglądów Modrzewskiego zdecydowanie wyprzedzał epokę i wywoływał niechęć ówczesnych elit kościelnych i politycznych. Postępowość jego myśli wyrażała się w żądaniu wolności i równości wszystkich stanów wobec prawa, określeniu odpowiedzialności króla oraz wykształconych elit wobec narodu, systemowej opieki kierowanej ku słabym i upośledzonym. Frycz poruszał problem opieki nad „kmiotkami”, którzy z braku sił czy choroby nie potrafili zapracować na strawę i schronienie dla siebie i swoich rodzin. Uważał, że ustawy powinny chronić ubogich. Odróżniał ich zdecydowanie od ludzi „luźnych”, próżniaków, „hultajów” i „pijanic” i wskazywał źródła finansowania opieki nad najsłabszymi, obowiązek opieki nad nimi powierzając społecznościom lokalnym²⁸. Był zwolennikiem pomocy zewnętrznej i zakładał daleko idącą interwencję państwa w sprawy społeczne. Twierdził, że każda gmina powinna odpowiadać za swoich biednych²⁹. W 1554 roku stworzył projekt instytucjonalnego systemu opieki społecznej, który był w Europie jednym z pierwszych załączków państwowej służby zdrowia³⁰.

Poglądy Modrzewskiego na temat opieki nad biednymi i filantropii były odbiciem nurtów myślowych środowisk reformacyjnych i katolickich epoki odrodzenia, „na szczególną uwagę zasługuje jego wizja państwa realizującego podstawowy cel dobrego i szczęśliwego życia”³¹. Jezuita, preceptor krakowski i kaznodzieja królewski, ksiądz Piotr Skarga, 7 października 1584 roku przy kościele św. Barbary powołał najstarsze i istniejące do dzisiaj polskie stowarzyszenie charytatywne, czyli Bractwo Miłosierdzia³². Jego zadaniem było wspieranie zebranych z jałmużny pieniędzmi osób ubogich wstydzących się zebrać oraz chorych pozbawionych pomocy. Bractwo miało własną usta-

²⁷ T. Aleksander, *Życie i działalność Andrzeja Frycza Modrzewskiego*, [w:] Z. Szarota (red.), *Andrzej Frycz Modrzewski. Współczesne odczytanie myśli społeczno-politycznej*, KTE, Kraków 2003, s. 18.

²⁸ Z. Szarota, *Przedmowa*, [w:] Z. Szarota (red.), *Andrzej Frycz Modrzewski...*, s. 8.

²⁹ J. Pauli, *Program naprawy państwa. Aktualność myśli Andrzeja Frycza Modrzewskiego*, [w:] Z. Szarota (red.), *Andrzej Frycz Modrzewski...*, s. 25–32.

³⁰ Por. A. Olubiński, *Praca socjalna...*, s. 26; J. Radwan-Pragłowski, K. Frysztacki, *Spoleczne dzieje...*, s. 217–219, 229–231.

³¹ Za: J. Pauli, *Program naprawy państwa...*, s. 32.

³² Od r. 1844 przyjęło nazwę Arcybractwa Miłosierdzia.

wę, która określała jego strukturę, precyzowała funkcje i zakres czynności z nimi powiązanych. Decyzje o udzielaniu pomocy podejmowane były na cotygodniowych spotkaniach braci na podstawie dokładnych danych dołączanych do każdego zgłoszenia. O ich wiarygodności świadczyli wizytatorzy, których obowiązkiem było sprawdzenie wszystkich osób potrzebujących. Za ledwie trzy lata później (1587) założono Bank Pobożny Bractwa (zwany Komorą Potrzebnych – *Montis Pietatis*) w celu udzielania nieoprocentowanych pożyczek ubogim (pod zastaw ruchomości) oraz miastu w sytuacji klęski żywiołowej, epidemii, pożarów itp.³³ Bank ów działał przy ul. Siennej 5 i istniał nieprzerwanie do lat pięćdziesiątych XX wieku, kiedy został zamknięty przez władze ówczesnej PRL.

Po zarazie morowej z lat 1590–1592, która pochłonęła tysiące ofiar, Piotr Skarga założył Bractwo Betanii św. Łazarza, którego celem było roztoczenie nadzoru i opieki nad najuboższymi poprzez zezwolenie im na żebranie, udzielanie jałmużny i opiekę nad chorymi żebrakami w szpitalach św. Ducha, św. Sebastiana, św. Szczepana. Protektorami Bractwa byli król Zygmunt III i królowa Anna Jagiellonka. Przy Bractwie powołano tzw. inspektora (dozorcę) ubogich. Zadaniem jego było wydzielanie i rejestrowanie prawdziwie biednych, wyznaczanie im miejsca do żebrania czy próśb o jałmużnę pod konkretnym kościołem. Porządku pod kościołami doglądali wójtowie. Inspektora wspierał tzw. wizytator, który sprawował kontrolę nad wydatkami z funduszu Skrzynki Bractwa. Pomoc Bractwa była ujęta w instytucjonalne ramy, spójny i przemyślany system, jednakże miała charakter doraźny, nastawiony na pomoc rzeczową, zewnętrzną. Fundusz Bractwa zasilali składki jego członków oraz jałmużna, której zbieraniem się zajmowali³⁴.

Późniejszy biskup Marcin Szyszkowski 7 lipca 1595 roku założył przy kościele Franciszkanów kolejne bractwo religijne, nieprzerwanie istniejące do dzisiaj – Arcybractwo Męki Pańskiej. Zyskało ono duży prestiż, należało doń bowiem wiele znaczących osobistości (m.in. Zygmunt III, Władysław IV, Jan Kazimierz). Celem nadrzędnym była opieka nad uwięzionymi, odwiedzenie ich, zbieranie pieniędzy na wykupienie skazanych za długi, dostarczanie odzieży. W trakcie uroczystości Wielkiego Tygodnia podejmowano więźniów w Ratuszu oraz ogłaszano listę tych, którym przywracano wolność – w Wielki Piątek bracia mieli prawo uwalniać niektórych spośród uwięzionych, nawet tych z najwyższymi wyrokami. Wśród bractw działających w Krakowie odnajdujemy także Bractwo Ratunku Duszy Czyścowych, którego powinnością było wyprawianie pogrzebów ubogim zmarłym³⁵.

³³ Przy Banku Pobożnych, z inicjatywy jezuita Marcina Łaszczka i dzięki hojności starosty krakowskiego Mikołaja Zebrzydowskiego utworzono „Skrzynkę św. Mikołaja”, gromadzącą posagi dla biednych pańien. W ten sposób chciano zapobiec wynikającej z nędzy prostytucji.

³⁴ Por. J. Radwan-Pragłowski, K. Frysztacki, *Spoleczne dzieje...*, s. 236.

³⁵ *Ibidem*, s. 222.

Z końcem 1609 roku kupiec Walerian Montelupi oddał bonifratom swój dom i założył szpital, w którym podjęli się oni leczenia we współczesnym rozumieniu. Leczyli chorych także w domach, a szczególną uwagę poświęcali biednym niepełnosprawnym i chorym umysłowo. W 1630 roku z powodu namnożenia się żebrzących Rada Miejska uchwaliła, aby umieszczać ich w szpitalu św. Sebastiana i św. Rocha. Mieli być utrzymywani z dochodów szpitala i jałmużny. W 1632 roku ogłoszono ponownie „aby wszyscy luźni ludzie, którzy służby nie mają, z miasta zaraz wychodzili do zachodu słońca, bo którego znalezione będzie, na gardle karany będzie”³⁶.

W szpitalach dbano nie tylko o sprawy doczesne biedaków, ale opieką chciano otoczyć ich dusze. Kształcono ich duchowo, aby przybliżyć ich do świętości – obowiązywała zasada *Res sacra miser* (biedny rzecz święta). Podopieczni szpitali mieli obowiązek aktywnego uczestnictwa w modlitwach i mszach świętych. Trzeba przy tym pamiętać, że przytułki gościły przede wszystkim ludzi występnych, wywodzących się ze społecznego marginesu i pomimo starań opiekunów, potwierdzonych mnogością i częstotliwością wydawanych zarządzeń, często były miejscami pijaństwa, nierządu, hazardu³⁷.

Po 1652 roku, kiedy miasto wyludniła epidemia czarnej ospy, a zniszczenia dopełniła lipcowa powódź, znacząco wzrosła dobroczynność publiczna mieszczan i duchowieństwa. Od połowy XVII wieku ubogich zaczęto ponownie oznaczać numerowanymi bloczkami, które upoważniały ich do proszenia o jałmużnę.

Znany z miłosierdzia biskup Andrzej Trzebicki ufundował przytułek dla osób umysłowo chorych. Otwarcie nastąpiło w 1688 roku w kamienicy „pod Łabędziem” przy ul. Szpitalnej 13.

Biskup sufragan Michał Szembek w roku 1714 sprowadził z Warszawy do Krakowa Zgromadzenie Sióstr Wincentego à Paulo – siostry miłosierdzia (popularnie – szarytki), aby powierzyć im 16-lóżkowy szpital urządzony w jego domu przy ul. św. Jana. Szarytki działały na podstawie katolickiego systemu opieki społecznej opartego na działalności misyjnej pań i sióstr miłosierdzia: „Po raz pierwszy charytatywność możliwych wiązała się z niesieniem pomocy przez tych, którzy sami jej potrzebowali. W warsztatach bractw nauczali ci, którzy wcześniej zdobyli w nich zawód, a szpitale, sierocińce i przytułki były tymi miejscami, gdzie łatwo można było dostrzec szare habity sióstr miłosierdzia”³⁸.

Przed rokiem 1716 w mieście miały miejsce pierwsze próby zorganizowania ośrodków pracy dla włóczęgów i żebraków, którzy wówczas stanowili ogromny problem. W 1721 roku opublikowano zarządzenie dotyczące „ludzi luźnych”, czyli bezdomnych, włóczęgów, zbiegów, żebraków. Starania Rady Miejskiej o pozbycie się tej grupy, jako potencjalnych przestępców i nosicieli

³⁶ *Prawa, przywileje...*, s. 301.

³⁷ Por. J. Radwan-Praglowski, K. Frysztacki, *Spoleczne dzieje...*, s. 222–223.

³⁸ *Ibidem*, s. 139.

chorób, nie przynosiły oczekiwanych rezultatów. Nie udawało się nakłonić „luźnych” do pracy. Przy ul. Szpitalnej utworzono więc *cuchthaus*, czyli dom poprawy i przymusowej pracy dla włóczęgów. Od 1737 roku zatrudniano ubogich przy pracach porządkowych. Pół wieku później zorganizowano tzw. żebracze manufaktury dla przymusowej pracy tych osób.

Warto zaznaczyć, że w tym czasie (konkretnie w 1739) reorganizacji poddano założenia opieki szpitalnej. Proces ten zainicjował w Krakowie i Polsce kardynał Jan Aleksander Lipski swym dekretem, nakazując podział chorych według rodzaju schorzenia i wprowadzając bardzo szczegółowy regulamin pracy średniowiecznego szpitala św. Ducha, który dotąd budzi uznanie i *de facto* obowiązuje we współczesnym leczeniu: oznaczanie sal chorych, wprowadzenie kart przebiegu choroby i zleconego pacjentowi leczenia, prowadzenie ksiąg (kartoteki) chorych, zwalnianie ze szpitala po orzeczeniu lekarskim, projekt przestrzeni materialnej szpitala (wygląd łóżek, pościel itd.)³⁹.

W latach 1759–1763 staraniem arcybiskupa kościoła Mariackiego, starszego Bractwa Miłosierdzia Jacka Łopackiego powstał przy ul. Siennej i św. Krzyża szpital–przysiężnik dla ubogich członków parafii mariackiej. Arcybiskup ponadto fundacją *pro advocato pauperum* powołał i uposażył sądowego obrońcę ubogich, specjalnym funduszem na wyżywienie więźniów gwarantował im minimum przyzwoitego wyżywienia, a jako lekarz bezpłatnie przyjmował ubogich chorych.

2.1.3. Oświecenie – Królewska Komisja Dobrego Porządku

Polskiemu oświeceniu w początkowym okresie (czyli do 1772, pierwszy rozbiór) – w przeciwieństwie do oświecenia europejskiego – brak było dążności do szerokich przemian społecznych, warstwy wyższe przejawiały niechęć wobec reform. Stany najniższe jawiły się arystokracji i szlachcie jako pospólstwo, pozostawały osamotnione i bierne, pozbawione człowieczeństwa przez godnie urodzonych.

W późniejszych dziesięcioleciach XVIII wieku oświecenie przewartościowało wiele pojęć dotyczących opieki i dobroczynności. Ubóstwo uważane było dotąd za wyrok opatrności, a furtką do zbawienia zamożnych było udzielanie jałmużny i czyny miłosierne. Nowe stulecie przyniosło idee merkantylizmu, pojawiły się manufaktury i zakłady produkcyjne, dające prace i zmuszające do niej, czego konsekwencją były przemiany w strukturze życia społecznego. Nadrzędnym celem stało się dobro państwa, natomiast indywidualne sprawy obywateli nie interesowały tak naprawdę nikogo, poza nimi samymi. Miłosierdzie, opieka społeczna pozostały więc czynami charytatywnymi jednostek.

W oświeceniu mecenat nad opieką przejął król Stanisław August (w 1768 ustanowienie dla uzdrowienia gospodarki miejskiej – *boni ordinis*, czyli Królewskiej Komisji Dobrego Porządku, m.in. sprawującej kontrolę nad do-

³⁹ Ibidem, s. 140.

broczynościami). Jej zadaniem było m.in. dbanie o zewnętrzny wygląd miast i rygorystyczny, policyjny nadzór nad porządkiem społecznym oraz placówkami opiekuńczymi (np. szpitale powstałe w średniowieczu w wieku XVIII zaczęto przekształcać w hospicja–lecznice). Ważna była także działalność Sejmu Wielkiego, który uchwalił tzw. Konstytucję Szpitalną, centralny organ nadzoru nad dobroczynnością⁴⁰. Sejm Czteroletni ustanowił wojewódzkie komisje nad szpitalami nadzorujące działania zakładów opieki całkowitej, kierowanie akcjami dobroczynnymi i zwalczanie żebractwa⁴¹. W 1776 roku powstał w Krakowie miejski departament opieki nad sierotami i testamentami, a w roku 1780 miasto wprowadziło *betelfochtów*, czyli wywodzących się spośród zarejestrowanych żebraków „dozorców” dziedzin proszalnych w celu pilnowania w bramach miejskich, by niezarejestrowani ubodzy nie wchodzili do miasta. Podejmowane pod wpływem merkantylizmu próby usunięcia ubogich i ludzi bez zajęcia („luźnych”) z miasta lub skierowania ich do pracy nie przyniosły spodziewanych efektów. Należy pamiętać, że wiek XVIII nie był łaskawy dla Krakowa, miasto straciło na znaczeniu, nieomal upadło, było wyniszczane i wyludnione. Dlatego też niewiele wówczas się w grodzie działo.

2.1.4. Niewola i autonomia

W okresie zaborów opieka społeczna nie przybrała zinstytucjonalizowanego charakteru, zajmowali się nią świeccy i duchowni darczyńcy oraz stowarzyszenia. Austriacy przerzucili ciężar udzielania pomocy najuboższym na gminę, a reformy józefińskie⁴² zniosły sporo instytucji kościelnych zajmujących się działalnością charytatywną (zlikwidowano ponad 700 domów zakonnych skupiających ok. 38 tys. zakonników i zakonnice). Pomoc ubogim niesło duchowieństwo, arystokracja i mieszczenie. Jej organizowaniu sprzyjały, chociaż ograniczone, to jednak swobody polityczne w czasach Rzeczypospolitej Krakowskiej i autonomii.

W 1816 roku miasto wcieliło majątek miejskich szpitali do funduszu wskrzeszonego Towarzystwa Dobroczynności, które mogło planowo zająć się biednymi. Przewodniczył mu biskup Jan Paweł Woronicz. Na czele Towarzystwa Dobroczynności Dam stanęła Tekla Małachowska. W lutym 1817 roku

⁴⁰ Por. A. Olubiński, *Praca socjalna...*, s. 26; J. Radwan-Pragłowski, K. Frysztacki, *Spoleczne dzieje...*, s. 217–219, 229–231.

⁴¹ A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna...*, s. 46.

⁴² Reformy administracyjne, kościelne, sądownicze, społeczne, szkolne i wojskowe ogłoszone w Austrii, a więc i w Krakowie, w latach 1780–1790 przez cesarza Józefa II. W ich wyniku ograniczono pańszczyznę, a następnie zniesiono poddaństwo osobiste chłopów, podjęto starania o regulację prawną ograniczeń dotyczących Żydów, rozbudowano administrację prowincjonalną, utworzono Fundusz Edukacyjny, któremu przekazano majątek skasowanego w 1773 r. zakonu jezuitów, dokonano głębokiej reformy szkolnictwa powszechnego (do 1780 powstało ok. 500 nowych szkół ludowych). Zob.: S. Grodziski, *Historia ustroju społeczno-politycznego w Galicji 1772–1848*, Ossolineum, Wrocław 1971.

w skrzydle zamku wawelskiego otwarto „dom schronienia” dla ubogich⁴³. Towarzystwo czerpało fundusze z różnych źródeł, m.in. z każdego biletu do teatru uzyskiwało 5 groszy. W 1822 roku wydano w Krakowie ustawę o domu pracy dla włóczęgów, ludzi podejrzanych, bez służby pozostających.

Po powstaniu krakowskim (1846) i jego konsekwencjach (reperkusje austriackie) okoliczna ludność bardzo zubożała. Rok 1847 był w Krakowie „rokiem głodu”, pomimo zorganizowanej pomocy, ludzie ginęli śmiercią głodową, chociaż wywalczono ustawę uwłaszczeniową, nadającą bezrolnym ziemię uprawną. Dziennie Wolne Miasto Kraków wydawało nieodpłatnie około 1300 żup rumfordzkich, głodujących dożywiały także zakony i zorganizowany po klasce nieurodzaju Komitet Żywienia Ubogich.

Mieszczanom krakowskim nie dane było zaznać spokoju. W 1850 roku wybuchł ogromny pożar, ogień strawił znaczną część miasta. Powstał wówczas Krakowski Komitet Pogorzeli, zbierający datki dla pogorzalców, tworzone fundusze pomocy, zaciągano pożyczki, zbierano składki.

Pięć lat później Felicja Wężykowa założyła Towarzystwo Pań Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo. Celem jego działania było wychowywanie w ochronkach, szkołach ludowych i sierocińcach dzieci z najuboższych warstw społecznych, a także domowa opieka nad umierającymi nędzarnikami. Przy ul. Krakowskiej zorganizowano żydowski dom dla starców oraz, około roku 1860, Bursę dla Sierot Żydowskich Rękodzielników. Filantropijna działalność (bale karnawałowe, festyny, loterie na ubogich) rozwinęła się po 1867 roku. W tym czasie doszło do tworzenia fundacji prywatnych o dużej użyteczności społecznej. Przy ul. Skałecznej działała tzw. ogrzewalnia magistracka dla bezdomnych, a w jej pobliżu w 1881 roku założono pierwsze schronisko dla bezdomnych (ogrzewalnię przy ul. Krakowskiej 43). Stworzył je Adam Chmielowski, czyli św. Brat Albert. Obsługiwane było przez Zgromadzenie Braci Posługujących Ubogim.

Hojności Anny Helclowej zawdzięcza powstanie w latach 1884–1890 Fundacja Domu Ubogich im. Ludwika i Anny Helclów. Na mocy zapisu testamentowego na jej cele przekazano milion zł reńskich i zbudowano przy ówczesnej ul. Polnej „w miejscu cichym i bezludnym, wolnym a jednocześnie z dostępem do słońca i świeżego powietrza” (obecnie ul. Helców 2) ośrodek opieki dla 250–300 ubogich i nieuleczalnie chorych krakowskich katolików. Zarząd nad zakładem i opiekę nad chorymi sprawowały siostry miłosierdzia⁴⁴.

Pierwsze w Polsce pogotowie ratunkowe powstało z inicjatywy dr. Jana Wilczka⁴⁵ 6 czerwca 1891 roku. Było to Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo

⁴³ W 1846 r. było w nim 470 podopiecznych.

⁴⁴ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998, s. 93.

⁴⁵ Niektóre źródła podają osobę prof. chirurgii Alfreda Obalińskiego jako organizatora stacji pogotowia. Por.: *Kronika Krakowa*, pr. zb. pod kier. M.B. Michalika, Wydawnictwo „Kronika”, Warszawa 1996.

Ratunkowe, wspierane przez Radę Miejską, organizacja społeczna złożona ze studentów medycyny. Stacja mieściła się do roku 1950 w budynku Zawodowej Straży Ogniowej przy ul. Kolejowej (dzisiejsza Westerplatte).

Z inicjatywy jezuity Włodzimierza Ledóchowskiego w roku 1899 przy ul. Radziwiłłowskiej 8 utworzono Dom Opieki należący do Stowarzyszenia św. Zyty Panien Służących (popularnie – „zytki”). Jego przeznaczeniem, poza przygotowywaniem do roli zawodowej i udzielaniem schronienia służącym do chwili znalezienia przez nie pracy, było zapewnienie opieki starym służącym do końca ich dni. Kuratorem domu był zawsze jezuita⁴⁶.

Organizowano też opiekę nad uczestnikami i weteranami powstań narodowo-wyzwoleńczych. W tym celu zawiązały się Towarzystwa: Niesienia Pomocy Rannym w Powstaniu 1831, Komitet opiekujący się polskimi przybyszami politycznymi z Wiosny Ludów, Wzajemnej Pomocy Uczestnikom Powstania z 1863 roku. Organizacje te w 1888 roku przekształciły się w Towarzystwo Weteranów, by w 1895 roku podjąć inicjatywę otwarcia przy pl. Biskupim Przytuliska Weteranów powstania styczniowego 1863/64. Otwarto je w 1901 roku. Dożywotni byt znalazło w nim 30 powstańców.

Kontynuacją pomocy dla ofiar wojen zajął się w latach 1914–1916 Komitet Doraźnej Pomocy dla Ewakuowanych. Działał on na rzecz ubogiej ludności Krakowa. Zorganizowany przez biskupa Adama Stefana Sapiechę Książęco-Biskupi Komitet dla Dotkniętych Klęską Wojny od 1915 roku gromadził fundusze na wiele pożytecznych przedsięwzięć, np. szczepienia przeciwko ospie, dezynfekcja, organizacja zakładów leczniczych. W roku 1916 powstał Komitet Opieki nad Jeńcami Wojennymi Polakami, od tegoż roku w każdej parafii działały Komitety Parafialne Opieki nad Ubogimi. Dom Ubogich z fundacji L. i A. Helclów w latach 1914–1921 pełnił rolę szpitala wojskowego.

2.2. Druga Rzeczpospolita

Odzyskana niepodległość wytyczyła nowe obszary opieki i pomocy społecznej. W dwudziestoleciu międzywojennym nie udało się zadowalająco zorganizować systemu opieki społecznej i zapobiec przyczynom rozszerzania się ubóstwa. Nadal w służbę miłosierdzia chrześcijańskiego przede wszystkim aktywnie angażował się Kościół i osoby prywatne. Powstawały stowarzyszenia dobroczynne, jak np. powołany w roku 1929 ogólnokrajowy Instytut Caritas.

Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża zawiązało się 18 stycznia 1919 r., od 1927 r. nosi nazwę „Polski Czerwony Krzyż” (PCK). Działa nieprzerwanie do dzisiaj, realizując bardzo istotne zadania we wspomaganiu państwa w świadczeniu społeczeństwu m.in. opieki. W tym zakresie priorytetowe działania służyły poprawie sytuacji bytowej osób potrzebujących, poprzez opiekę

⁴⁶ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność...*, s. 98.

nad chorym w domu sprawowaną przez siostry PCK, pomoc sąsiedzka, dożywianie dzieci i dorosłych, pomoc socjalną (wydawanie odzieży, zapomogi, zakup leków, wyprawek szkolnych, paczki żywnościowe itp.)⁴⁷.

Najważniejszym dokonaniem II Rzeczypospolitej była Konstytucja z 1921 roku, w której zawarto pierwsze ustalenia dotyczące instytucjonalizacji pomocy i opieki. Sejm, 16 sierpnia 1923 roku, uchwalił bardzo nowoczesną, jak na ówczesne warunki, Ustawę o opiece społecznej. Wprowadzenie pojęcia „opieka społeczna” było wyrazem czegoś stałego, stabilnego i zobowiązującego państwo⁴⁸. W ustawie wyznaczono cele i zadania państwa i gminy wobec obywateli w zakresie funkcji opiekuńczych. Działalność ta podporządkowana była Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, obejmowała świadczenia pieniężne w naturze i usługach. Opieka została tam określona jako zaspokajanie ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych osób, które nie są w stanie uczynić tego samodzielnie. Ustawa ta wyodrębniała podmioty, do których kierowana jest pomoc społeczna („starców, inwalidów i osoby kalekie, nieuleczalnie chorych oraz upośledzonych umysłowo, niezdolne do pracy”⁴⁹), ale nie mówiła o problemach społecznych, z tytułu których pomoc się należy (np. ubóstwo, bezrobocie). System rodzinny i państwowy w tym czasie uzupełniały się. Gmina, oprócz opieki nad ubogimi, miała statutowo zająć się osieroconymi niemowlętami, opuszczonymi lub zagrożonymi patologiami dziećmi, młodzieżą, a także osobami starymi i inwalidami, bezdomnymi, ofiarami wojny. Ważnym zadaniem była opieka nad kobietą w okresie macierzyństwa i piecza nad byłymi więźniami oraz przeciwdziałanie i zwalczanie żebractwa, alkoholizmu i nierzędu⁵⁰.

Generalnym postanowieniem ustawy było przyznanie prawa do stałej opieki ze strony gminy już po rocznym w niej pobycie. Świadczenia obejmowały dostarczanie „artykułów żywnościowych, odzieży, obuwia”, zapewnianie „odpowiedniego pomieszczenia mieszkalnego (z opałem i światłem); pomocy w nabywaniu narzędzi niezbędnych do wykonywania pracy zawodowej, pomocy w dziedzinie higieniczno-sanitarnej; pomocy w przywracaniu utraconej bądź zmniejszonej zdolności do pracy”⁵¹.

Zadania opiekuńcze wypełniali nisko wynagradzani pracownicy socjalni oraz pracujący na zasadzie wolontariatu opiekunowie społeczni (w Polsce do 1937 r. istniało około trzy tysiące stowarzyszeń i fundacji skupiających blisko

⁴⁷ *Sprawozdanie z działalności PCK w 2008 roku*, Warszawa 2008, s. 17; http://www.pck.pl/media/repository/pliki/sprawozdania/sprawozdanie_z_dzialalnosci_za_2007_rok.pdf [data dostępu 14.06.2008].

⁴⁸ L. Malinowski, *Geneza opieki socjalnej w Drugiej Rzeczypospolitej*, [w:] L. Malinowski, M. Orłowska (red.), *Praca socjalna służbą człowiekowi*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, s. 15.

⁴⁹ Dz.U. z 1923 r., nr 92, poz. 726, art. 2.

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Ibidem*, art. 3.

pół miliona osób zajmujących się pomocą i opieką⁵²). Świadczenia przyjmowały formę tzw. opieki wolnej (pomoc lekarska, lekarstwa, okulary, opatrunki, narzędzia do pracy zawodowej) lub zakładowej, organizowanej przez miasto, stowarzyszenia, towarzystwa, fundacje wyznaniowe i świeckie, prywatne osoby.

W ramach zakładowej (stacjonarnej) opieki działały różnego rodzaju zakłady, schroniska, domy noclegowe, przytulki. Sporo spośród nich powstało jeszcze w czasach galicyjskich, niektóre wkrótce po odzyskaniu niepodległości. Od roku 1922, przy pl. Biskupim, działało Przytulisko dla weteranów I wojny światowej i późniejszych. Funkcjonowały domy opieki: Ludwika i Anny Helclów, „na Blichu” („dom staruszek”), przy ul. Radziwiłłowskiej, Miejski Dom Kalek i Nieuleczalnie Chorych przy ul. Lubicz, od 1928 roku dom noclegowy na 300 miejsc przy ul. Nadwiślańskiej 4. Domy te były ustawicznie przepełnione, tak duży był wówczas problem bezdomności. W 1931 roku Prowincja Matki Bożej Anielskiej kupiła budynek przy ul. Krowoderskiej 7 z przeznaczeniem na przytulisko im. św. Antoniego. Dopiero w 1938 roku gmina wybudowała nowoczesny, specjalnie przeznaczony na zakład opiekuńczy – schronisko im. Brata Alberta, budynek w Dębnikach, przy ul. Zielnej⁵³.

Żebractwu przeciwdziałało Stowarzyszenie Pań Miłosierdzia, które od lipca 1931 r., w porozumieniu z krakowską Kongregacją Kupiecką, zaczęło wydawać właścicielom sklepów specjalne odznaki z wizerunkiem św. Wincencego à Paulo i napisem: „wpłata na rzecz ubogich uiszczona, żebrakom wstęp wzbroniony”. Umieszczenie plakietki w widocznym miejscu miało uchronić sklepikarzy od nachodzących ich żebraków, w zamian za comiesięczną opłatę na rzecz ubogich. Akcja ta nie odniosła sukcesu, podobnie jak pomysł Sekcji Pomocy Głodnym. Pod koniec 1931 roku zaczęto wśród ubogich rozprawdzać bloczki, wartości 5 groszy, za które można było w kuchniach przyklasztornych otrzymać posiłki. Ciepła zupa „kosztowała” 4 bloczki⁵⁴. W 1932 r. działalność rozpoczął krakowski Caritas.

2.3. Lata II wojny światowej (1939–1945)

Cztery dni po wybuchu II wojny światowej, z inicjatywy wiceprezydenta miasta Stanisława Klimeckiego i arcybiskupa Adama Sapiechy utworzono Obywatelski Komitet Samopomocy. Prezesem został A. Sapiecha, wiceprezesem prof. Stanisław Kutrzeba. Komitet wydał odezwę do krakowian, aby wsparli finansowo jego działalność. Od Banku Polskiego otrzymał milion zł na swoje potrzeby. Po zajęciu Krakowa Niemcy zezwolili na jawną działalność charytatywną komitetu. Do końca sierpnia 1940 roku Sekcja charytatywna

⁵² A. Olubiński, *Praca socjalna...*, s. 27.

⁵³ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność...*, s. 99.

⁵⁴ *Kronika Krakowa...*, s. 323.

dysponowała prawie 2 milionami złotych. Przy jej udziale wydawano dziennie ok. 8 tysięcy obiadów oraz 15 tysięcy śniadań i kolacji. Ponad 11 tysięcy wysiedlonych i uchodźców otrzymało w transportach i obozach pomoc żywnościową, odzieżową, sanitarno-lekarską. Przez 13 prowadzonych przez sekcję domów noclegowych i zakładów opieki, mieszczących i żywiących jednocześnie około tysiąca osób, przeszło ogółem prawie 24 tysiące podopiecznych. Lokowano ich także w domach prywatnych i klasztorach. Wszystkie oddziały OKS przejęła w kwietniu – maju 1940 roku Rada Opiekuńcza Miejska w Krakowie, współpracująca z komitetem od początku.

Główną organizacją charytatywną niosącą od maja 1940 roku pomoc mieszkańcom Krakowa, ofiarom wojny była Rada Główna Opiekuńcza z siedzibą przy ul. Krowoderskiej 5. Jej prezesem był książę Janusz Radziwiłł (1880–1967). Władze okupacyjne zatwierdziły statut RGO. Cele pracy związane były ze sprawowaniem opieki socjalnej na terenie Generalnego Gubernatorstwa. Do zadań rady należało: opieka społeczna, zdobywanie funduszy na nią, rozdzielanie darów pieniężnych i w naturze, organizowanie, utrzymywanie i wspieranie instytucji społeczno-opiekuńczych, współpraca z zagranicznymi organizacjami opiekuńczo-zdrowotnymi. Regulamin RGO wyznaczał zakres prac terenowych rad opiekuńczych: wspierać potrzebujących, nieść pomoc ofiarom klęsk żywiołowych, organizować formy opieki zastępczej, dostarczać kuchniom ludowym przydziały żywności, rozdysponowywać środki finansowe wśród ubogich, bezrobotnych rodzin do czasu uzyskania prawa do zasiłku, przeprowadzać zbiórki darów. Prowadzono opiekę otwartą, półotwartą i zamkniętą. W marcu 1943 roku RGO posiadała 80 zakładów opieki całkowitej w dystrykcie krakowskim, prowadziła współpracę z PCK i Kościołem, który wspierał ją materialnie⁵⁵.

Władze okupacyjne utrzymały część placówek opieki społecznej, np. szpitale. W niektórych likwidowały pacjentów⁵⁶ lub selekcyonowały do wysiedlenia. W marcu 1940 roku wznowiło działalność istniejące przed wojną przy więzieniu św. Michała Towarzystwo Opieki nad Więźniami „Patronat”. Prowadziło tajną kartotekę więźniów, zbierało i gromadziło dane dotyczące aresztowań, zwolnień, egzekucji, służyło pomocą materialną i medyczną. „Patronat” opiekował się rodzinami więźniów, dożywił ich dzieci. Konspiracyjny Komitet Pomocy Więźniom Obozów Koncentracyjnych zawiązał się w marcu 1943 roku. Żydom służyła pomocą Żydowska Samopomoc Społeczna („JUS”). Dom Ubogich zamieniono w więzienie dla kobiet.

⁵⁵ Za: B. Kroll, *Rada Główna Opiekuńcza 1939–1945*, Książka i Wiedza, Warszawa 1985, s. 130–131.

⁵⁶ Przejmujący opis przedstawił S. Lem, *Szpital Przemienienia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1955.

2.4. Polska Rzeczpospolita Ludowa (lata 1945–1991)

Zetatyzowanie i upaństwowienie wszelkich form pomocy nastąpiło po II wojnie światowej, a dokładnie po 1953 roku. Zdecydowano ograniczyć udział Kościoła. Zdelegalizowano Caritas (1950). Dysponentami budżetu pomocy społecznej była przede wszystkim administracja państwowa, w mniejszym stopniu organizacje i stowarzyszenia wyższej użyteczności.

Wprowadzony ustrój socjalistyczny w założeniach ideowych zapewniał wszystkim pracę, likwidując tym samym nędzę, ubóstwo i wiele problemów i kwestii społecznych, więc uznano, że pomoc społeczna jest zbędna. Konsekwencją ideologicznie „słusznego” podejścia była między innymi likwidacja w latach pięćdziesiątych XX wieku wszelkich form pomocy dla bezdomnych. Zakazano prowadzenia przytułków założonych i prowadzonych przy kościołach. Zamknięto misje dworcowe Caritas, kuchnie ludowe i zakłady pobytu dla dorosłych, następnie domy noclegowe, ośrodki przeznaczone dla samotnych matek itd.

Instytucję opiekuna społecznego, powołaną w 1928 roku, a później zlikwidowaną, przywrócono dopiero ok. 1960 roku. Powołano także Polski Komitet Pomocy Społecznej, a po utworzeniu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej przywrócono w latach sześćdziesiątych szkoły pracowników socjalnych.

W okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej nastąpiła medykalizacja usług opiekuńczych. Obowiązująca wciąż Ustawa z 1923 roku regulowała co najwyżej kwestie służące zaspokajaniu podstawowych potrzeb socjalno-bytowych. Zaniedbywany, a właściwie pomijany był aspekt podmiotowości i godnego traktowania podopiecznych pomocy społecznej. Pomimo rozbudowanych mechanizmów opieki i pomocy, ich efektywność była niezadowolająca. Świadczenia opieki otwartej miały charakter pomocy materialnej, częstokroć nieudolnie rozdzielanej i marnotrawionej.

W Krakowie w roku 1946 odremontowano zniszczony, zajęty w latach 1945–1946 przez wojsko, budynek Domu Ubogich i zakład wznowił swą działalność, zgodnie z wolą zapisaną w testamencie Ludwika i Anny Helclów. W 1951 roku upaństwowiono go. W latach siedemdziesiątych XX wieku opiekę w gmachu wybudowanym dla 300 osób znajdowało 700 pensjonariuszy (!), co ewidentnie i znacząco obniżyło jakość prowadzonych usług. Krakowianie określali ten zakład mianem: „umieralnia”.

W 1952 roku Wojewódzka Rada Narodowa powołała w miejsce istniejącego przed II wojną światową przy ul. Zielnej 41 Schroniska dla bezdomnych im. Brata Alberta, stacjonarną placówkę opieki nad 200 osobami dorosłymi.

Powszechna nacjonalizacja nie ominęła majątku Kościoła. W 1954 roku odebrano XX Misjonarzom „Dom schronienia i dobrowolnej pracy dla biednych i opuszczonych chłopców”, i w budynku przy ul. Długiej 42 utworzono Pogotowie Opiekuńcze dla Chłopców. W omawianym okresie istniało w mieście 11 zakładów opieki z 1800 miejscami.

W 1958 roku powstał działający do dzisiaj Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS). Jego celem jest

dobrowolne i bezinteresowne niesienie pomocy osobom i rodzinom, które z różnych przyczyn niezdolne są do rozwiązywania swych życiowych problemów, w szczególności ludziom starszym, niepełnosprawnym, chorym, samotnym, zagrożonym demoralizacją, rodzinom pozbawionym środków do życia, ubogim i bezradnym. [...] Do 1990 r. w kręgu zainteresowania Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej byli ludzie w podeszłym wieku, chorzy i do nich głównie kierowana była pomoc. Od 1991 r. pomocą objęto również rodziny będące w trudnej sytuacji, dzieci i młodzież z rodzin niewydolnych wychowawczo oraz ubogich. Następną grupą objętą działalnością to osoby niepełnosprawne i od 1994 r. bezdomni⁵⁷.

W dziedzinie opieki nad osobami starszymi PKPS prowadzi usługi gospodarcze, opiekuńcze i pielęgnacyjne w gospodarstwach domowych podopiecznych, organizuje dożywianie, różnorodne formy wypoczynku dla podopiecznych (np. wczasy na działce), udziela pomocy rzeczowej i finansowej. Zajmuje się prowadzeniem poradnictwa prawnego i pomocy prawnej oraz świadczy pomoc osobom niepełnosprawnym w zakresie rehabilitacji zdrowotnej, społecznej i zawodowej. Jest organizatorem licznych klubów seniora⁵⁸.

W 1961 roku przekazano pomoc społeczną resortowi ochrony zdrowia. Krakowskie placówki opieki podlegały odtąd Wydziałowi Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego oraz lekarzowi wojewódzkiemu. Dysponentami budżetu pomocy społecznej były administracja państwowa (naczelnik miasta oraz wydział zdrowia i opieki społecznej), organizacje i stowarzyszenia wyższej użyteczności (PKPS, PCK, ZBoWiD itp.). Pomimo rozbudowanych mechanizmów opieki i pomocy społecznej, ich efektywność była niezadowolająca.

Upaństwowiono (1961) zakład należący do Prowincji Matki Bożej Anielskiej, czyli przytulisko im. św. Antoniego przy ul. Krowoderskiej. Do 1977 roku był własnością Caritas jako samodzielny dom opieki. W roku 1978 przyłączono go, jako filię, do Domu Pomocy Społecznej im. L. i A. Helclów. W 1962 roku rozwiązano Stowarzyszenie św. Zyty i majątek „zytek” przy ul. Radziwiłłowskiej upaństwowiono. Przejął go Wydział Zdrowia Wojewódzkiej Rady Narodowej. Stworzono w nim całodobowy, stacjonarny dom rencisty.

W 1964 roku ukonstytuował się Społeczny Komitet Budowy Domu Spokojnej Starości. Jego działalność doprowadziła w sześć lat później, w 1970 roku, do otwarcia w Prokocimiu, przy ul. Wielickiej Domu Rencistów nr 3 – Domu Spokojnej Starości. Pierwotnie mieszkało w nim 100 sprawnych ruchowo emerytów i rencistów. W 1971 roku oddano kolejny pawilon dla 100 dalszych osób, tym razem chorych wymagających całodobowej pielęgnacji. W placówce pracowały siostry ze Zgromadzenia św. Józefa. W 1974 roku otwarto trzeci pawilon dla kolejnych 105 sprawnych pensjonariuszy.

⁵⁷ Cele PKPS, portal Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej; <http://www.pkps.org.pl/cele.php> [data dostępu 12.04.2008].

⁵⁸ Zadania PKPS, Portal PKPS; <http://www.pkps.org.pl/zadania.php> [data dostępu 12.04.2008].

Rozszerzono działalność kulturalno-oświatową na terenie Domu. Powstał zespół artystyczny „Uśmiech Jesieni” rekrutujący się z pensjonariuszy tutejszej placówki. Pracownicy wraz z pensjonariuszami zagospodarowali teren wokół pawilonów, wykonując klomby kwiatowe, sadząc drzewa owocowe i krzewy. W ten sposób kształtowała się więź pomiędzy personelem i mieszkańcami, tworząc atmosferę prawdziwego domu⁵⁹.

Z końcem 1978 roku oddano użytkownikom pawilon socjalny mieszczący sale widowiskową z kawiarnią, bibliotekę, salon fryzjerski oraz pomieszczenia dyrekcji i centralną kuchnię. Pawilony połączono przewiązkami.

W 1971 roku przy ul. Kluzeka 6 powstał budynek przeznaczony dla pobytu czasowego i stałego 100 osób w podeszłym wieku. Budynek wybudował dla swych emerytowanych pracowników przemysł naftowy. Do 1991 roku placówka funkcjonowała pod nazwą Państwowy Dom Rencisty nr 4.

W latach 1972–1982 wybudowano w Swoszowicach (obecnie ul. Chałubińskiego) Dom Księży Chorych Archidiecezji Krakowskiej im. św. Franciszka z Asyżu. Budowę tę ukrywano przed władzami przez 10 lat. Urząd Bezpieczeństwa wszelkimi sposobami wstrzymywał prace. Budynek był wielokrotnie z nakazu ówczesnych władz rozbierany, po czym pod osłoną nocy siłami ochotników ponownie wznoszono rozmontowaną konstrukcję. Placówka podlegała i podlega biskupowi diecezji krakowskiej (Kurii Metropolitalnej). Finansowana jest przez diecezję krakowską i wewnętrzne składki księży. Jej zadaniem jest zapewnienie opieki medycznej 20 przewlekle chorym księżom, ich rekonwalescencja i rehabilitacja.

Lekarz wojewódzki i Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Miasta Krakowa przejęli w 1977 roku zarządzanie Domem Opieki przy ul. Zielnej 41. W 1987 roku zatwierdzono Ustawę o fundacjach, zwaną Ustawą św. Brata Alberta. Dzięki temu możliwe było między innymi powołanie Fundacji św. Brata Alberta, objęcie opieką przez organizacje pozarządowe osób jej wymagających. Na fali przemian społeczno-ustrojowych reaktywowano w 1989 roku działalność Banku Pobożnego Arcybiskupstwa z siedzibą przy ul. Siennej 5. Formami zorganizowanej opieki były w omawianym okresie najczęściej domy opieki i zakłady specjalne: w 1980 roku – 13 zakładów z 2765 miejscami. W roku 1990 istniały w Krakowie 22 zakłady opieki ciągłej, które dysponowały 3682 miejscami.

Radykalna zmiana nastąpiła wraz z zmianą ustrojową w 1989 roku. Lata dziewięćdziesiąte przyniosły w Polsce reformę kształcenia pracowników służb społecznych (szkoły policealne, specjalność „praca socjalna” na uczelniach wyższych), intensywny rozwój teorii, badań oraz praktyki. Powstało wiele nowych państwowych i niepaństwowych placówek, instytucji, ośrodków oraz stowarzyszeń i fundacji zajmujących się pomocą i udzielaniem szeroko rozumianego wsparcia⁶⁰.

⁵⁹ Publikacja okolicznościowa wydana z okazji jubileuszu 30 lat Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Wielickiej 267 w Krakowie, s. 3.

⁶⁰ A. Olubiński, *Praca socjalna...*, s. 28–29.

2.5. Trzecia Rzeczpospolita (pierwsza dekada – do 1 I 1999)

Transformacja ustrojowa objęła również działalność opiekuńczą. Ustawą o pomocy społecznej z 1991 roku opiekę przekazano Ministerstwu Pracy i Polityki Socjalnej, wobec czego pomoc społeczna na terenie Krakowa do 31 grudnia 1998 roku związana była z działalnością Wojewódzkiego Zespołu Pomocy Społecznej (WZPS) z siedzibą przy ul. Basztowej 22, współpracującego z organizacjami pozarządowymi i stowarzyszeniami wyższej użyteczności np. ZW PKPS, ZW PCK, ZW TPD, samopomocowymi, wyznaniowymi np. Towarzystwem Pomocy im. Adama Chmielowskiego – św. Brata Alberta, Kościołem katolickim reprezentowanym przez oddział diecezjalny – Kuria Metropolitalna Komisji Charytatywnej Episkopatu Polski „Caritas Polska”, osobami prywatnymi i prawnymi, m.in. w zakresie prowadzenia i finansowania jednostek pomocy społecznej.

Gminnymi agendami WZPS-u były Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej i Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy ul. Radziwiłłowskiej 8b, które organizowały, nadzorowały i prowadziły środowiskową, otwartą działalność. Opieką społeczną zajmował się też urząd lekarza wojewódzkiego, szpitalnictwo i pracownicy socjalni tam zatrudnieni, przychodnie specjalistyczne, dwa zakłady opiekuńczo-lecznicze dla osób przewlekle chorych przy ul. Wielickiej i ul. H. Kołłątaja, które pozostały pod zarządem wojewódzkiego wydziału zdrowia⁶¹ (ustawa z 30 VIII 1991) i świadczyły całodobową, długoterminową, kompleksową opiekę medyczną dla chorych już nie wymagających leczenia szpitalnego, którym jednakże choroba uniemożliwiała samodzielną egzystencję. Organizatorem pomocy był także kurator oświaty, któremu do końca 1998 roku podlegała opieka nad dziećmi.

Kalendarium rozwoju stacjonarnych placówek pomocy społecznej przedstawia się następująco (wybór):

W 1990 roku Dom Pomocy Społecznej im. Brata Alberta, ul. Zielna 41, przekazano WZPS jako placówkę pobytu stałego, zapewniającą całodobową opiekę osobom dorosłym dotkniętym przewlekłą chorobą somatyczną lub ciężkim kalectwem fizycznym. Dom podzielony był na oddziały, z których dwa przeznaczone były dla osób z upośledzonym kontaktem (demencja). Pozostałymi mieszkańcami były osoby niedowidzące, głuche, po amputacjach kończyn.

1992 rok – przy ul. Łanowej, w podgórskiej części Krakowa, WZPS wykupił kompleks budynków po hotelach robotniczych i zaadaptował dla potrzeb domów pomocy społecznej o różnych profilach. Placówki przeznaczone były dla różnych grup: osób upośledzonych umysłowo (w tym dzieci i osób dorosłych), osób starych, przewlekle chorych. W tym czasie pracę rozpoczęło Hospicjum św. Łazarza dla osób chorych onkologicznie. Jego funkcjonowanie wspierało

⁶¹ Ustawa z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 91, poz. 408.

Towarzystwo Przyjaciół Chorych im. św. Łazarza i powołana w 1991 roku Fundacja Pomocy Krakowskiemu Hospicjum.

Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej i Ośrodek Opieki Diennej przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym przy ul. Wielickiej 267 istnieje decyzją wojewody krakowskiego od listopada 1994 roku z przeznaczeniem dla osób chorych terminalnie i ich rodzin. W 1997 roku Poradnia Opieki Paliatywnej dysponowała 20-łóżkowym oddziałem stacjonarnym. Ponadto, poza oddziałem opieki dziennej, prowadziła m.in. działalność związaną z opieką domową w miejscu zamieszkania chorego, wsparciem doradztwem medyczno-pielęgniarskim i psychologicznym, wypożyczała specjalistyczny sprzęt ułatwiający chorym życie, a rodzinie ich pielęgnację, prowadziła pomoc ambulatoryjną, konsultacje w szpitalach, które nie miały oddziałów opieki paliatywnej, otaczała opieką psychologiczną żałobników.

1995 rok – opat tyniecki przekazał Siostron Służebniczkom Starowiejskim Najświętszej Marii Panny Niepokalanie Poczętej trzypiętrowy budynek, ufundowany przez szwajcarskie żeńskie zgromadzenie zakonne, z przeznaczeniem na potrzeby pozarządowej jednostki służącej 38 osobom w podeszłym wieku. Podstawę prawną funkcjonowania domu stanowiła umowa zawarta pomiędzy wojewodą krakowskim a Przełożoną Prowincji Krakowskiej Zgromadzenia.

1996 rok – w wyniku zwrotu braciom mniejszym kamienicy przy ul. Krowoderskiej 7, w której umieszczony był jeden z oddziałów DPS im. L. i A. Helclów, powstał nowy DPS im. św. Antoniego Zakonu Braci Mniejszych. Przeznaczony był dla 55 starszych, przewlekle chorych kobiet. Podlegał Przełożonemu Prowincji Matki Bożej Anielskiej. W tym samym roku działalność rozpoczął pierwszy Prywatny Dom Opieki „Senior” przy ul. Chałubińskiego 9, świadcząc usługi medyczne i opiekę całodobową czasową 13 starszym, obłożnie chorym osobom.

W ostatnim roku (czyli w 1998) obowiązywania „starego” podziału administracyjnego kraju istniało w mieście 29 jednostek pomocy społecznej, w tym 20 stacjonarnych domów pomocy społecznej prowadzonych przez WZPS oraz Zakon Braci Mniejszych i Siostry Służebniczki Starowiejskie – po jednej placówce, 5 dziennych domów pomocy społecznej prowadzonych przez gminę, 2 środowiskowe domy samopomocy prowadzone przez Fundację Hamlet i Caritas Archidiecezji Krakowskiej, 2 zakłady opiekuńczo-leczne podlegające Wydziałowi Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego. Osoby prywatne i prawne prowadziły trzy domy opieki (ul. Chałubińskiego – dwa: prywatny i Archidiecezji Krakowskiej dla chorych księży, os. Na Skarpie – prywatny). Podstawowe profile działalności przeznaczone były dla osób przewlekle chorych somatycznie, rencistów, emerytów, dla psychicznie chorych, upośledzonych umysłowo, dla samotnych matek z dzieckiem, dla usamodzielnienia osób psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie. Łączna liczba miejsc w jednostkach pomocy społecznej wynosiła 2810. Prywatne domy opieki dysponowały ok. 40 miejscami. Na obszarze byłego województwa krakowskiego (z wyłączeniem

miasta) funkcjonowało 17 różnie sprofilowanych domów pomocy społecznej. Krakowski system stacjonarnej pomocy dysponował stosunkowo dobrze wyposażoną bazą lokalową, z ciągle wzrastającą jakością usług, jednak w roku 1998 wciąż brakowało ok. 400 miejsc w ośrodkach pomocy stacjonarnej.

Kolejna reforma ustrojowa weszła w życie 1 stycznia 1999 roku. Odtąd w Polsce funkcjonują trzy szczeble władzy samorządowej: na poziomie gminy, powiatu i 16 województw. Niemal równocześnie przeprowadzono reformy służby zdrowia, ubezpieczeń społecznych oraz oświaty i edukacji. Zmiany wyznaczyły nowe zadania, strukturę i zakresy pomocy społecznej.

Po pierwsze – gminy uzyskały samodzielność, samorządność i obowiązek samofinansowania się, co oznaczało pełną autonomię działań w kierunkach wyznaczonych przez potrzeby społeczności lokalnych, między innymi pracę gminnych ośrodków pomocy społecznej. Po drugie – powiaty przejęły między innymi placówki opiekuńczo-wychowawcze, rodziny zastępcze, pomoc osobom niepełnosprawnym, poradnictwo, domy pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym. Powstały Centra Pomocy Rodzinie. Po trzecie – w interesującym nas obszarze wsparcia społecznego sejmiki wojewódzkie i wojewodowie sprawowali funkcje kreowania, planowania oraz realizowania i nadzoru polityki społeczno-gospodarczej terenu. Wojewoda w dalszym ciągu dysponował określonym budżetem i sprawował funkcję kontrolną nad rozdziałem i prawidłowym gospodarowaniem funduszami.

Zadania pomocy społecznej w Krakowie scedowane zostały na gminę (czyli w tym konkretnym przypadku na powiat grodzki). Na mocy znowelizowanej Ustawy o pomocy społecznej⁶² nadzór merytoryczny, organizacyjny i finansowy nad istniejącymi ośrodkami wsparcia i domami pomocy społecznej przejął Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

Rok 2004 przyniósł nową ustawę o pomocy społecznej⁶³. Zaczęła ona obowiązywać z chwilą akcesji Polski do Unii Europejskiej.

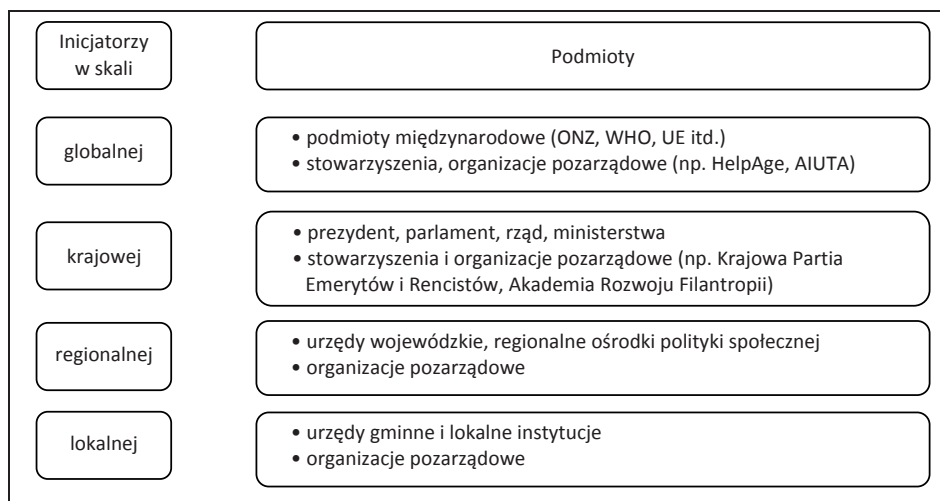
⁶² Ustawa o pomocy społecznej, Dz.U. z 1998 r., nr 64, poz. 414; nr 106, poz. 668; nr 117, poz. 756.

⁶³ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r., Dz.U. nr 64, poz. 593.

Rozdział 2. Cele, struktura i aktualne zadania pomocy społecznej – kontekst gerontologiczny

Pomoc społeczna jest jednym z instrumentów polityki społecznej. Natomiast polityka społeczna „to działalność państwa, samorządów i organizacji pozarządowych zmierzająca do kształtowania ogólnych warunków pracy i bytu ludności, prorozwojowych struktur społecznych oraz stosunków społecznych opartych na równości i sprawiedliwości społecznej, sprzyjających zaspokajaniu potrzeb społecznych na dostępnym poziomie”¹.

Ze względu na cele, skalę działania podmioty polityki społecznej mają układ hierarchiczny – zaczynając od ujęcia globalnego, poprzez zakres ogólnokrajowy, regionalny, po zasięg lokalny (ryc. 6).



Ryc. 6. Inicjatorzy i podmioty polityki społecznej

Do pierwszego układu należą podmioty międzynarodowe o globalnym zasięgu, np. ONZ, WHO, OECD², Międzynarodowa Organizacja Pracy. Do drugiego zaliczany jest prezydent państwa, sejm, senat, rząd i jego agendy

¹ Por.: A. Kurzynowski, *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*, [w:] A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, Wydaw. SGH, Warszawa 2002, s. 11.

² Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju.

(ministerstwa) i organizacje pozarządowe. Podmiotami posiadającymi zasięg regionalny są urzędy wojewódzkie, samorządy terytorialne i także organizacje pozarządowe. Na szczeblu lokalnym są to urzędy gminne i instytucje działające w obrębie gminy oraz organizacje pozarządowe³.

1. Polityka społeczna wobec starości i wobec osób starszych

W kontekście gerontologicznym należy rozróżnić dwie perspektywy polityki społecznej – wobec starości i wobec ludzi starych.

Polityka wobec starości uwzględnia elementy istotne i charakterystyczne dla tej fazy życia, przedstawione w części pierwszej opracowania. Na świecie kwestiami starości demograficznej zajmują się między innymi ONZ, Bank Światowy, WHO. W Europie zaś m.in. Rada Europy, Komisja Europejska, stowarzyszenia np. EURAG⁴ i AGE.

W skali globalnej znaczącą rolę w rozbudowie rozwiązań politycznych dotyczących kwestii starzenia się społeczeństw odegrało przyjęcie przez poszczególne kraje zobowiązań i przewodnich zasad zatwierdzonych przez najważniejsze konferencje ONZ i innych międzynarodowych gremiów.

Jak można przeczytać w punkcie 109. Międzynarodowej Strategii Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw:

Rządy muszą pełnić wiodącą rolę w promowaniu wizerunku osób starszych jako ludzi wnoszących istotny wkład w życie społeczne. Największe znaczenie ma prawodawstwo eliminujące dyskryminację ze względu na wiek oraz działania zapewniające uczestnictwo osób starszych w życiu społeczeństwa na wszystkich jego poziomach⁵.

W kalendarium działań prosenioralnych znajduje się kilka projektów o globalnym zasięgu. Rekomendacja Komitetu Ekspertów do spraw Starzenia się ONZ z 1974 roku nawoływała rządy krajów do wypracowania generalnej strategii zmierzającej do pomyślnego, dobrego starzenia się. Z inicjatywy ONZ w 1982 roku odbyła się w Wiedniu światowa sesja poświęcona problemowi starzenia się ludności. Został na niej opracowany plan międzynarodowego

³ A. Kurzynowski, *Polityka społeczna...*, s. 16; por.: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2006, s. 298.

⁴ Zob.: Z. Woźniak, *Priorytety w programach gerontologicznych organizacji międzynarodowych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych*, [w:] M. Szlązak (red.), *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*, ROPS, Kraków 2003, s. 16, 25–27; Z. Szarota, *Prawa człowieka starszego*, „Państwo i Społeczeństwo” 2002, nr II, s. 217–231.

⁵ *Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw*, Madryt, 8–12 kwietnia 2002 r.; <http://www.unic.un.org.pl/ageing/kierunki.php> [data dostępu 3.03.2005].

działania o zasięgu światowym, do dzisiaj będący punktem odniesienia dla polityków społecznych. W 1991 roku ONZ sformułowała osiemnaście „Zasad dla ludzi starszych” (zasady te są zgrupowane w pięciu rozdziałach: niezależność, uczestnictwo, opieka, samorealizacja, godność)⁶. Światowym Dniem Człowieka Starszego ustanowiono 1 października, Europejskim Rokiem Ludzi Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej był rok 1993. Konferencja ONZ w Kairze (IX 1994) na temat ludności i rozwoju przyniosła następujące postanowienie:

Wzywa się rządy do opracowania systemów zabezpieczenia społecznego, które zapewniałyby większą równość i solidarność między pokoleniami [...], a także wsparcie dla osób starszych poprzez stworzenie systemu zachęt dla rodzin wielopokoleniowych. Rządy powinny również poczynić wszelkie starania, aby zwiększyć samodzielność ludzi starszych tak, aby mogli prowadzić zdrowy i produktywny tryb życia oraz w pełni wykorzystywać dla dobra społeczeństwa swoje umiejętności i zdolności, jakie nabyli w ciągu swojego życia. Rządy powinny wzmocnić formalne i nieformalne systemy pomocy i zabezpieczenia osób starszych oraz wyeliminować wszystkie formy przemocy i dyskryminacji wobec nich⁷.

Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1992 roku proklamowało rok 1999 Międzynarodowym Rokiem Seniorów (Światowy Rok Ludzi Starszych). Akcje podejmowane pod hasłem „Społeczeństwo otwarte dla wszystkich pokoleń” (*Society for all ages*) miały się przyczynić do konstruktywnej dyskusji nad problemami osób „w wieku satysfakcji” oraz optymalizacji ich obecnej i przyszłej przestrzeni życiowej, starając się stwarzać warunki życia sprzyjające wykorzystaniu ich potencjału⁸. Sekretarz Generalny ONZ, Kofi Annan, w orędziu na Światowy Dzień Ludzi Starszych obchodzony w roku 1998, stwierdził: „*Społeczeństwo otwarte dla wszystkich pokoleń* to wspólnota, która nie redukuje ludzi starszych do karykaturalnego rzędu upośledzonych i emerytów, ale podchodzi do nich, jako tych, którzy przyczyniają się do ludzkiego rozwoju i korzystają z jego dobrodziejstw⁹. Jest to więc społeczeństwo, które liczy się z wszystkimi pokoleniami. W maju 1998 roku WHO na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia przyjęła strategię Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku. Cel nr 5 tej strategii poświęcony był zdrowiu osób starszych. Ramy polityki

⁶ *Zasady działania ONZ na rzecz osób starszych „Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia”*; http://www.unic.un.org.pl/rozwoj_spoleczny/age1.pdf.

⁷ Za: L. Frąckiewicz, *Bariery uczestnictwa ludzi starszych w integracji społecznej*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000, s. 33.

⁸ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2004, s. 62–63.

⁹ Za: *Godność i Posłannictwo Ludzi Starszych w Kościele i w Świecie*. + S. Ryłko sekretarz, J.F. kard. Stafford przewodniczący. Papieska Rada do spraw Świeckich, Watykan, październik 1998 r. (przeł. ks. S. Czerwik, Kielce); www.diecezjalne.katowice.opoka.org.pl, [data dostępu 4.02.2003].

społecznej w zakresie starzenia się wyznaczają w tym dokumencie trzy filary: zdrowie, uczestnictwo i poczucie bezpieczeństwa¹⁰. Rok 1999 był Międzynarodowym Rokiem Ludzi Starych. Także w Polsce obchodzono go, organizując akcje społeczne, wdrażając projekty, urządzając konferencje naukowe i środowiskowe¹¹. W kwietniu 2002 r. w Madrycie odbyło się zorganizowane pod auspicjami ONZ Drugie Światowe Zgromadzenie na temat Problemów Starzenia się. Efektem forum dyskusyjnego stało się opracowanie strategii działania, które „jest reakcją na szanse i wyzwania związane z procesem starzenia się jednostek i społeczeństw w XXI wieku. Ostatecznym celem strategii jest stworzenie lepszych warunków dla rozwoju społeczeństw przyjaznych ludziom w każdym wieku”¹². Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw ma być praktycznym narzędziem, pomocnym w wyznaczaniu kierunków narodowych polityk społeczno-gospodarczych skupionych na priorytetowych kwestiach związanych ze starzeniem się jednostek i społeczeństw: „Rządy muszą pełnić wiodącą rolę w promowaniu wizerunku osób starszych jako ludzi wnoszących istotny wkład w życie społeczne. Największe znaczenie ma prawodawstwo eliminujące dyskryminację ze względu na wiek oraz działania zapewniające uczestnictwo osób starszych w życiu społeczeństwa na wszystkich jego poziomach”¹³.

Najistotniejsze dostrzeżone problemy skupiają się wokół zasad, które powinny zostać ujęte w ustawodawstwach narodowych:

- a) zapewnienie bezpiecznej starości, które wymaga potwierdzenia gotowości do realizacji celu w postaci eliminacji ubóstwa wśród osób w podeszłym wieku i przestrzegania opracowanych przez Narody Zjednoczone Zasad Postępowania wobec Osób Starszych;
- b) stworzenie osobom starszym odpowiednich warunków do pełnego i efektywnego uczestnictwa w gospodarczym, społecznym i politycznym życiu społeczeństw poprzez pracę zarobkową i pracę w charakterze wolontariuszy;
- c) zapewnienie możliwości indywidualnego rozwoju, samorealizacji i zaspokojenia potrzeb bytowych w ciągu całego życia, a także w jego końcowym okresie, poprzez, między innymi, dostęp do form ustawicznego kształcenia się;
- d) zagwarantowanie osobom starszym praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, a także praw obywatelskich i politycznych poprzez, między innymi, likwidację wszelkich form dyskryminacji ze względu na wiek;

¹⁰ *Strategia WHO Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku*; <http://www.un.org.pl/aktualnosc.php?news=445> [data aktualizacji 30.09.2004].

¹¹ J. Kuźma, Z. Szarota, *Międzynarodowy Rok Seniorów w Krakowie*, „Konspekt. Czasopismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie” 2000, nr 2, s. 78–81.

¹² *Drugie Światowe Zgromadzenie ONZ na temat Starzenia się Społeczeństw, Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw*; Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie na podstawie materiałów UN; <http://www.unic.un.org.pl/ageing/wstep.php> [stan na 27.12.2007].

¹³ *Ibidem*, punkt 109.

- e) zaangażowanie na rzecz równouprawnienia płci w grupie osób starszych poprzez likwidację dyskryminacji ze względu na płeć oraz wszelkich innych przejawów dyskryminacji;
- f) uznanie kluczowego znaczenia międzypokoleniowej współzależności, solidarności i wzajemności dla społecznego rozwoju;
- g) stworzenie systemów opieki zdrowotnej i pomocy osobom starszym, zgodnych z ich potrzebami;
- h) sprzyjanie partnerskiej współpracy pomiędzy wszystkimi szczeblami administracji państwowej, organizacjami pozarządowymi, sektorem prywatnym i samymi osobami starszymi w zakresie przekładania Międzynarodowej Strategii na praktyczne działania;
- i) ukierunkowanie badań naukowych i fachowej wiedzy na jednostkowe, społeczne i zdrowotne implikacje procesu starzenia się, zwłaszcza w krajach rozwijających się¹⁴.

We wrześniu 2002 roku w Berlinie odbyła się Ministerialna Konferencja Komisji Ekonomicznej dla Europy ONZ w sprawie Starzenia się. Zdecydowano wówczas o wspieraniu dalszej współpracy pomiędzy państwami członkowskimi w kontekście problemu starzenia się społeczeństwa oraz rosnących kosztów opieki społecznej¹⁵. Od roku 2007 ONZ prowadzi Program Narodów Zjednoczonych w kwestii starzenia się (*United Nations Programme on Ageing*).

Tabela 30. Kalendarium międzynarodowej polityki społecznej wobec starości (wybór)

Rok	Wydarzenie
1975	Powstaje Międzynarodowe Towarzystwo Uniwersytetów Trzeciego Wieku – <i>Associacion Internacional des Universites du Traisiem Age</i> (AIUTA)
1982	Światowe Zgromadzenie ws. Starzenia się (Wiedeń)
1990	Ustanowienie 1 października Międzynarodowym Dniem Seniora*
1991	Zasady dotyczące ludzi starszych (ONZ)
1992	Decyzja ONZ o ustanowieniu Międzynarodowego Roku Seniorów
1993	Europejski Rok Ludzi Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej
1994	Międzynarodowa Konferencja Narodów Zjednoczonych nt. Ludności i rozwoju (Kair)
1998	Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHO), strategia Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku
1999	Międzynarodowy Rok Seniorów pod hasłem „Społeczeństwo otwarte dla wszystkich pokoleń”
2002	II Światowe Zgromadzenie ws. Starzenia się (tzw. Plan Madrycki – Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw)
2002	Ministerialna Konferencja Komisji Ekonomicznej dla Europy ONZ ws. Starzenia się (Berlin)
2007	Zainicjowanie Programu Narodów Zjednoczonych w kwestii starzenia się (<i>United Nations Programme on Ageing</i>)
2008	Prawa osób starszych tematem przewodnim ONZ

* Na mocy rezolucji 45/106 Zgromadzenia Narodowego ONZ z 14.12.1990 r.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ A. Wójcik, C. Herma, *Omówienie priorytetów działań Komisji Europejskiej w 2002 r.*, Biuletyn analiz UKIE, styczeń 2002, s. 185; http://www.rcie.lodz.pl/info/dokumenty/05_opracowania/analizy/analiza_8_10.pdf.

Niestety, kwestie starości do dziś pozostają nierozwiązane. Druzgocącą krytykę światowej polityki wobec starości przeprowadził Ronald C. Schoenmaeckers, pisząc:

Do tej pory międzynarodowe programy dotyczące ‘starzejącej się populacji’ nie istnieją. Ta sytuacja jest godna pożałowania, jako że takie programy byłyby najbardziej potrzebne w biedniejszych krajach, gdzie programy bezpieczeństwa socjalnego faktycznie nie istnieją albo są nieskuteczne. Ponadto, programy sprzyjające wymianie najlepszych praktyk – które powinny być kluczową charakterystyką programów dotyczących starzenia się populacji – mogłyby być korzystne dla wszystkich krajów, zarówno Północy jak i Południa, i stanowić podstawę dla efektywnej międzynarodowej współpracy. W efekcie, programy związane ze starzejącą się populacją przyczyniłyby się do [...] wykorzenienia ekstremalnego ubóstwa i głodu oraz promowania równości płci. [...] międzynarodowa polityka wobec starości byłaby bezpośrednim wkładem do jednej z podstawowych zasad ONZ – rozwoju socjoekonomicznego z poszanowaniem praw człowieka¹⁶.

Raport Komisji Europejskiej o sytuacji społecznej w Unii Europejskiej 2004 roku¹⁷ jest podłożem dla ewolucji polityki społecznej i przyczynia się do monitorowania jakości rozwoju społecznego w państwach członkowskich. Obejmuje praktycznie wszystkie dziedziny europejskiej polityki społecznej, wśród nich także proces starzenia się ludności. Z lektury raportu można wysnuć określone wnioski i postulaty:

– Zmniejszająca się liczba osób aktywnych zawodowo oraz zwiększająca się populacja osób na emeryturze będą miały znaczny wpływ na sytuację gospodarczo-społeczną. Proporcja ludzi aktywnych i biernych zawodowo z poziomu 3:1 w roku publikacji raportu zmaleje w 2030 r. do stosunku 1,5:1, a w krajach europejskich o najstarszej strukturze demograficznej aż do poziomu 1:1!¹⁸ Oznacza to, że jedna osoba pracująca będzie musiała zarobić na jedną niepracującą (wiek produkcyjny i nieprodukcyjny).

– Należy zintensyfikować wysiłki w celu podniesienia stopy zatrudnienia oraz wieku odejścia z rynku pracy¹⁹.

¹⁶ R.C. Schoenmaeckers, *Population ageing. A Global Phenomenon with Multiple Faces*, [in:] *Population ageing. Towards an Improvement of the Quality of Life?*, ed. R.C. Schoenmaeckers, L. Vanderleyden, 2009, s. 32–35; <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/publicaties/Publicaties/svrstudies/2009-02-17svrstudie1-2009.pdf> [data dostępu 16.05.2009].

¹⁷ *Sytuacja społeczna w Unii Europejskiej 2004 – Przegląd*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Komisja Europejska – Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans, Eurostat, 2005; http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/ssr2004_brief_pl.pdf [data dostępu 2.12.2008].

¹⁸ T. Schimanek, Z. Woźniak, *Coraz starsza Europa – demograficzne oblicze Europy: jego społeczne i gospodarcze konsekwencje*, [w:] M. Mazurczak (red.), *Unia Europejska dla seniorów*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004, s. 3.

¹⁹ Por.: B.E. Urbaniak, *Starsi pracownicy na rynku pracy UE w perspektywie do 2050 roku*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek*

– Należy podnieść skuteczność polityki prorodzinnej, by wyprowadzić ją z poziomu deklaracji²⁰.

W skali kraju kreatorami i realizatorami polityki wobec starości są np. minister ds. zabezpieczenia społecznego, Departament Pomocy Społecznej MPiPS, ZUS, regionalne ośrodki polityki społecznej, wydziały społeczne urzędów wojewódzkich oraz rady miast i gmin. Eksperti i doradcy powoływani są spośród środowisk akademickich oraz organizacji prosenioralnych, jak np. Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce.

W programach działania tych instytucji należy poszukiwać założeń odnoszących się do stwarzania warunków służących optymalnemu przeżywaniu poszczególnych faz życiowego cyklu, zaspokajania wszelkich potrzeb oraz projektowania wydolnego i wydajnego systemu zabezpieczenia na wypadek załamania się tego cyklu²¹. „Polityka państwa wobec osób starszych nastawiona jest przede wszystkim na wsparcie tych osób w ich środowisku naturalnym. Najważniejszym elementem systemu wsparcia osób starszych jest samorząd gminny”²².

Najistotniejszymi, bieżącymi dokumentami krajowymi regulującymi działania polityki społecznej nakierowane na kwestię starości są: Narodowy Plan Rozwoju na lata 2007–2013 wraz ze Strategią Polityki Społecznej na lata 2007–2013 z towarzyszącymi dokumentami – Strategia Polityki Społecznej. Praca i Zabezpieczenie Społeczne, Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski (NSIS) oraz Krajowy Program „Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008–2010” i Krajowy Program Reform na lata 2008–2011.

Narodowy Plan Rozwoju na lata 2007–2013 to dokument programowy, przyjęty przez Radę Ministrów 6 września 2005 r., stanowiący podstawę planowania poszczególnych działań interwencyjnych z funduszy strukturalnych i wieloletnich programów o charakterze horyzontalnym i regionalnym. Zgodnie z tym dokumentem najistotniejszymi kierunkami polityki społecznej wobec starości są: zapobieganie wykluczeniu społecznemu i budowa systemu wsparcia dla osób starszych i wymagających opieki²³. Nastąpić ma wdrożenie aktywnej polityki społecznej, budowa środowiskowego i ekonomicznego sys-

i zbiorowości ludzkich, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 13–19; B. Wolska, *Aktywność ekonomiczna osób w niemobilnym wieku produkcyjnym*, [w:] ibidem, s. 27–32; D. Polkowska, *Elastyczne formy zatrudnienia – szansa dla osób w starszym wieku*, [w:] ibidem, s. 33–38.

²⁰ Por.: *Sytuacja społeczna w Unii Europejskiej...*, s. 10.

²¹ Zob.: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, s. 292.

²² *Krajowy Program „Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008–2010”*, MPiPS, Warszawa 2008, s. 20; <http://www.west-info.eu/media/westCorrespondent/allegati/900/012/18/900.012.18.0001.pdf> [data dostępu 7.01.2009].

²³ *Narodowy Plan Rozwoju na lata 2007–2013*; <http://www.funduszeStrukturalne.gov.pl/informator/npr2/npr.htm> [data dostępu 16.03.2007].

temu wsparcia oraz rozwój systemu opieki pielęgnacyjnej w celu zbudowania środowiskowego modelu integracji osób starszych i wymagających pomocy²⁴, specjalizacja stacjonarnej opieki²⁵. Priorytetem jest także aktywizacja, integracja i wykorzystanie potencjału osób starszych w środowisku lokalnym²⁶. Ważnym zadaniem jest zapewnienie odpowiednich świadczeń emerytalnych na starość oraz prowadzenie spójnej polityki wobec starości i na rzecz osób starszych.

Instytucją odpowiedzialną za realizację Narodowego Planu Rozwoju jest minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego. Natomiast instytucjami współpracującymi są ministrowie właściwi ds.: oświaty i wychowania, pracy, zdrowia, rozwoju wsi, sprawiedliwości, infrastruktury, kultury i ochrony dziedzictwa narodowego, turystyki; jednostki samorządu terytorialnego i partnerzy społeczni, w tym organizacje pozarządowe²⁷.

Dokumentem towarzyszącym realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013 jest Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013²⁸. Zoperacjonalizowano w niej cele polityki prosenioralnej. W zakresie priorytetu 4. „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie”, przewiduje się:

– Rozwijanie systemu opieki pielęgnacyjnej, w celu zbudowania środowiskowego modelu integracji ludzi starszych i wymagających pomocy. Zadanie to służy optymalizacji usług opiekuńczych świadczonych osobom w wieku poprodukcyjnym i zależnym od wsparcia. Ponadto przewiduje się inicjację rozwiązań pozwalających na godzenie aktywności zawodowej z opieką nad wymagającym pomocy członkiem rodziny, zwielokrotnienie środowiskowych form opieki, okresowe formy wsparcia opiekunów rodzinnych, rozbudowanie usług wspomagających (transport, gastro-

²⁴ Poprzez „zbudowanie ubezpieczeniowo-budżetowego systemu finansowania usług opiekuńczych, wprowadzenie rozwiązań pozwalających na godzenie aktywności zawodowej z opieką nad członkiem rodziny, promocja środowiskowych form opieki, rozwój form okresowego wyřeczania opiekunów rodzinnych, rozbudowa usług wspomagających, dokształcanie profesjonalnych kadr opieki środowiskowej, opracowanie standardów opieki środowiskowej”, ibidem.

²⁵ Poprzez „rozwój systemu specjalistycznego wsparcia dla osób potrzebujących opieki, określanie i monitorowanie standardów funkcjonowania domów pomocy społecznej, szkolenie profesjonalnych kadr zajmujących się opieką środowiskową”, ibidem.

²⁶ Poprzez „zmacnianie lokalnych społeczności sąsiedzkich osób starszych, zwłaszcza udzielających wsparcia wzajemnego, propagowanie uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym, promocja działań wspierających więzi pokoleniowe, upowszechnienie edukacji dla osób starszych, zwiększenie udziału organizacji pozarządowych w realizacji programów dla tych osób”, ibidem.

²⁷ Ibidem, s. 36, 48–51.

²⁸ *Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 13 września 2005 r., dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013*, s. 34–36; <http://www.mps.gov.pl/userfiles/File/mps/strategiaps.pdf> [data dostępu 3.11.2008].

nomia, np. usługi cateringowe dla osób samotnych i niesprawnych), likwidowanie barier architektonicznych, dostosowanie zasobów mieszkaniowych wraz z otoczeniem do potrzeb osób starszych, zwiększenie dostępu do informacji, podniesienie jakości opieki zdrowotnej, rozwój i upowszechnienie pielęgniarstwa geriatrycznego, profesjonalizację kadr, zajmujących się opieką środowiskową; „opracowanie standardów opieki środowiskowej i nadzór nad ich realizacją”²⁹.

– Wprowadzenie specjalizacji stacjonarnej opieki. Działanie to ma na celu budowę systemu specjalistycznych form całodobowej opieki sprawowanej w domach pomocy społecznej. Przewidywane jest kształcenie profesjonalnych kadr zajmujących się opieką środowiskową i stacjonarną.

– Aktywizację i integrację lokalną osób w wieku poprodukcyjnym, wykorzystanie potencjału osób starszych w środowisku lokalnym, między innymi poprzez: tworzenie pól integracji społecznej osób starszych, wzmacnianie obszaru samopomocy, promocję wartości uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym, promowanie więzi międzypokoleniowych i wzmacnianie poczucia odpowiedzialności młodszych pokoleń za opiekę nad osobami starszymi z najbliższych środowisk oraz „uwzględnienie potrzeby aktywizacji osób starszych w systemie kształcenia ustawicznego; zwiększenie udziału organizacji pozarządowych w realizacji programów dla osób starszych; tworzenie warunków uczestnictwa osób w podeszłym wieku w kulturze i wypoczynku”³⁰.

– Zapewnienie odpowiednich świadczeń emerytalnych na starość. Dąży się do zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, czyli równego traktowania mężczyzn i kobiet w systemie emerytalnym. Przewiduje się rozwiązania służące możliwości łączenia pracy na część etatu (lub opieki nad członkiem rodziny wymagającym stałej opieki) z częściową emeryturą na dwa lata przed osiągnięciem wieku emerytalnego, wprowadzenie form elastycznego czasu pracy poprzez redukcję tygodniowego czasu pracy i odpowiednią redukcję wynagrodzenia przy jednoczesnym pobieraniu części emerytury. Istotnym działaniem jest wdrażanie przepisów dotyczących wypłaty z kapitałowej części systemu emerytalnego. Przewidywane są starania o ułatwienie dostępu do edukacji zawodowej dla starszych pracowników, „rozwijanie form zatrudnienia i aktywności osób w podeszłym wieku, zapewnienie godziwej minimalnej wysokości świadczeń i ochrona ich realnej wartości, rozwój różnych form dodatkowych ubezpieczeń, wspieranie indywidualnej przeczności w zapewnieniu środków na starość, wdrożenie systemu emerytur pomostowych dla pracowników, którzy ze względu na rodzaj wykonywanej pracy i kryteria medyczne nie mogą kontynuować aktywności zawodowej do wieku emerytalnego”³¹.

²⁹ Ibidem, s. 34–35.

³⁰ Ibidem, s. 35.

³¹ Ibidem, s. 35–36.

– Prowadzenie spójnej polityki wobec starości i na rzecz osób starszych. Cel ten będzie realizowany poprzez opracowanie programu polityki na rzecz osób starszych, „programów kształcenia kadr i wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych; promowanie i rozwijanie edukacji na rzecz przygotowania do starości i poszanowania ludzi starszych poprzez wprowadzanie do systemu szkolnego i innych form edukacji [...] wiedzy przygotowującej zarówno do własnej starości jak i starości członków rodziny; realizowanie międzynarodowych zobowiązań dotyczących ludzi starszych i starości”; wspieranie i wzmacnianie działań na rzecz przeciwdziałania ageizmowi oraz „zmiany negatywnego wizerunku osoby starszej poprzez społeczne kampanie edukacyjne w mediach publicznych; działania na szczeblu lokalnym, m.in. inicjowanie programów wspierania wszystkich podmiotów realizujących zadania na rzecz osób starszych, koordynacja i promowanie tych działań”³².

Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski ma pomóc w procesie modernizacji systemu ochrony socjalnej oraz w zwalczaniu wykluczenia społecznego. W Strategii Integracji Społecznej, wśród grup podatnych (wrażliwych) na wykluczenie społeczne, wymienione zostały starsze osoby samotne oraz chronicznie chore³³. Przewidywany jest rozwój usług dla ludzi starszych. Wiele uwagi poświęca się „Programowi 50+”, czyli rządowemu projektowi działań zmierzających do zwiększenia zatrudnienia osób po 50. roku życia. Uzasadnieniem tych działań jest dostosowanie standardów rynku pracy do poziomu standardu unijnego oraz potrzeba zmniejszenia wydatków emerytalnych i rentowych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, które łącznie generowały bardzo wysoką wartość 13,5% PKB³⁴.

Kolejnym z programów polityki społecznej jest Poakcesyjny Program Wsparcia Obszarów Wiejskich. W obszarze pomocy dla osób starszych wskazano m.in.:

usługi opiekuńcze o różnym zakresie i charakterze; środowiskowe formy opieki nad osobami w podeszłym wieku, rozwój usług wspomagających, ułatwiających codzienne funkcjonowanie (dostęp do informacji, gastronomia, transport, kształcenie ustawiczne); rozwój form pomocy w okresowym wyręczaniu opiekunów rodzinnych; mieszkania chronione dające możliwość maksymalnie długiej samodzielności; wspieranie różnych form samopomocy³⁵

a także modyfikacja pracy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu poprawy jej efektywności.

Wynikiem inicjatywy skupiającej wysiłki pracowników administracji rządowej, instytucji publicznych i środowisk naukowych jest Krajowy Program „Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008–2010”. Obej-

³² Ibidem, s. 36.

³³ *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*, s. 10, 61; <http://www.mps.gov.pl/user-files/File/mps/NSIS.pdf> [data dostępu 16.03.2007].

³⁴ Ibidem, s. 70.

³⁵ *Poakcesyjny Program Wsparcia Obszarów Wiejskich*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=5&news_id=238 [data aktualizacji 13.12.2005].

muje on trzy obszary działań: integrację społeczną, system emerytalny oraz opiekę zdrowotną i opiekę długoterminową. Za koordynację prac nad dokumentem odpowiada Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz MPiPS³⁶. Wśród działań przewidywany jest rozwój usług dla ludzi starszych. Pierwszym krokiem jest pogłębiona diagnoza sytuacji seniorów na podstawie analiz naukowych. ONZ uruchomiła program badawczy *Gender and Generation Panel*³⁷, dzięki któremu „będzie możliwe pozyskanie informacji niezbędnych do projektowania rozwiązań odpowiadających potrzebom osób starszych. Panel składa się z trzech, przeprowadzanych co trzy lata edycji. W okresie do 2010 r. zostanie przeprowadzona pierwsza edycja badań”³⁸.

Inne, podjęte w 2008 r., działania służą przeglądowi ustawodawstwa i pracy rządu odnoszących się do osób starszych pod kątem zaspokajania ich potrzeb. Najistotniejsza jest integracja społeczna seniorów, wdrożenie regulacji, które przyczynią się do poprawy uczestnictwa seniorów w życiu społecznym, poprzez m.in.: uchwalenie ustawy równościowej, gwarantującej osobom starszym dostęp do bezpłatnych usług prawnych, projekt ustawy o zmianie ordynacji wyborczej, który umożliwi seniorom głosowanie korespondencyjne lub za pomocą pośrednika, zmianę regulacji dotyczących samorządu terytorialnego i wprowadzenie na poziomie gmin rad seniorskich, co zapewni większy udział organizacji seniorskich w kształtowaniu polityk lokalnych. Ponadto poprawie ma ulec wskaźnik uczestnictwa osób starszych w edukacji ustawicznej (poprzez szerszy dostęp do kształcenia na poziomie wyższym na zasadzie wolnego słuchacza i wsparcie finansowe uniwersytetów trzeciego wieku). Przewidywane jest silniejsze wspieranie organizacji seniorskich, zwłaszcza samopomocowych.

Podstawowym celem Krajowego Programu jest wypracowanie kompleksowej polityki usług społecznych dla osób starszych. Rozważana jest także możliwość przygotowania ustawy o seniorach, obejmującej wszechstronnie normy prawne ich dotyczące oraz zmiany w systemie emerytalnym, które pozwolą zapobiegać przedwczesnej dezaktywacji zawodowej. Uwaga koncentruje się również na działaniach podejmowanych na rzecz poprawy usług zdrowotnych dla osób starszych³⁹.

Zaprezentowane dokumenty krajowe utwierdzają w przekonaniu, że seniorzy są ważną grupą społeczną, dlatego też w polityce społecznej wobec starości podejmowane są działania, których celem jest tworzenie struktur służących zbudowaniu systemu wsparcia dla najstarszych członków naszego społeczeństwa. Ponadto, jednym z obszarów zainteresowań polityki społecznej

³⁶ *Pomoc społeczna. Programy*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; <http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=1139> [data dostępu 23.10.2008].

³⁷ *Press Release ECE/GEN/08/P02*, Komisja Gospodarcza ONZ dla Europy (UNECE), Geneva, 9 May 2008; http://www.unece.org/pau/_docs/ggp/2008/GGP_2008_GGConf_PressRel.pdf [data dostępu 10.10.2008].

³⁸ *Krajowy Program „Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008–2010”...*, s. 30.

³⁹ *Ibidem*, s. 10–11, 30–31.

powinno stać się wspieranie aktywnej starości, aby coraz dłuższy czas, jakim dysponują współcześni i przyszli seniorzy, mógł być efektywnie i satysfakcjonująco wykorzystany⁴⁰. Istotne jest także, by polityka ta uwzględniała również młodsze pokolenia, przygotowując ich przedstawicieli do własnej starości oraz do koegzystencji w społeczeństwie otwartym dla wszystkich pokoleń⁴¹.

Zadania rządowe z zakresu polityki społecznej wykonują wojewodowie, w szczególności wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich, one też sprawują nadzór nad realizacją zadań zleconych jednostkom samorządu terytorialnego i organizacjom pozarządowym. Realizatorzy zadań pomocy społecznej, czyli organizacje pozarządowe i inne podmioty niepubliczne, mogą ubiegać się o dotację z budżetu państwa na cele statutowe⁴².

Jak wynika z danych uzyskanych na podstawie wywiadu z pracownikiem Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego [U1], przykładowo, na podstawie „Programu współpracy Wojewody Małopolskiego z organizacjami pozarządowymi w zakresie pomocy społecznej”⁴³ wojewoda małopolski w 2008 roku rozpiął drugą edycję konkursu na realizację zadań związanych z integracją społeczną osób, których sytuacja życiowa uniemożliwia bądź utrudnia pełnienie ról społecznych i korzystanie z dóbr publicznych. W tym wypadku za zadania priorytetowe uznano tworzenie możliwości utrzymania we własnym środowisku osób starszych, przewlekle chorych, niedołączonych, niepełnosprawnych poprzez

wsparcie rodzin i opiekunów długotrwale zajmujących się osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność i wymagających stałej opieki, mające na celu odciążenie ich w codziennych obowiązkach poprzez zapewnienie podopiecznym okresowego krótkoterminowego pobytu w ośrodkach wsparcia lub podobnych placówkach świadczących usługi opiekuńcze, działania na rzecz osób chorych terminalnie oraz działania służące wyrównaniu szans oraz podtrzymywaniu i stymulowaniu aktywności życiowej i społecznej osób niepełnosprawnych oraz seniorów⁴⁴.

Dotacje przyznano wielu organizacjom pozarządowym i stowarzyszeniom społecznym⁴⁵.

⁴⁰ *Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013...*, s. 7.

⁴¹ Por.: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, s. 292.

⁴² Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r.; Dz.U. nr 64, poz. 593, art. 2, ust. 2.

⁴³ *Program współpracy Wojewody Małopolskiego z organizacjami pozarządowymi w zakresie pomocy społecznej*, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, Biuletyn Informacji Publicznej; http://www.wrotamalopolski.pl/root_BIP/BIP_w_Malopolsce/root_UW/podmiotowe/Administracja/Programy/Program+wspolpracy+Wojewody.htm [data dostępu 24.11.2008].

⁴⁴ Ogłoszenie wojewody małopolskiego o drugiej edycji otwartego konkursu ofert na realizację wybranych zadań z zakresu pomocy społecznej dla organizacji pozarządowych oraz osób prawnych i jednostek organizacyjnych kościołów i związków wyznaniowych prowadzących działalność w zakresie pomocy społecznej.

⁴⁵ Między innymi: dwóm projektom Caritas – „Wsparcie rodzin i opiekunów poprzez turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych i starszych”, „Wzmocnienie działań Hospicjum

W opinii Guillaume Wunsch z Uniwersytetu Louvain Louvain-la-Neuve w Belgii, długowieczność i starzenie się są dwoma stronami tej samej monety: jeżeli życzymy sobie żyć dłużej, musimy przyjąć fakt, że populacja (i jednostka!) starzeje się, wstrzymując zmiany na poziomach urodzeń i przyrostu naturalnego. Starzenie się mogłoby też mieć pozytywny wpływ na gospodarkę, pobudzając rozwój nowych produktów i usług lepiej dostosowanych do potrzeb starszych osób⁴⁶.

Polityka wobec ludzi starych koncentruje się na konkretnej zbiorowości żyjącej w określonych warunkach społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych. Jak postuluje B. Szatur-Jaworska, należy opracować program, który będzie odpowiadał potrzebom ludzi starych, liczył się z potrzebami innych pokoleń i sprzyjał optymalnemu rozwojowi jednostek w fazie starości⁴⁷.

Definicje polityki społecznej wobec ludzi starych ogólnie określają ją jako realizację interesów, potrzeb osób starszych poprzez planowe i systematyczne dążenie do poprawy sytuacji życiowej tej grupy osób z uwzględnieniem godności i praw człowieka starego oraz oparcia się na takich wartościach, jak: równość, sprawiedliwość, solidarność społeczna oraz podmiotowość i poszanowanie ludzi starych. Polityka społeczna wobec osób starszych to

system realizowanych lub nadzorowanych przez podmioty publiczne działań adresowanych do osób w wieku emerytalnym i ich rodzin. Mają one na celu wszechstronną kompensację coraz bardziej ograniczonych możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb i integracji tych osób z lokalną społecznością oraz przygotowanie jednostek i ich otoczenia do starości⁴⁸.

Domowego – lekarstwem na polepszenie życia i przełamanie izolacji chorych terminalnie”; Gminnemu Związkowi Rolników Kółek i Organizacji Rolniczych w Gdowie na projekt „Złota jesień rolniczek”; Katolickiemu Centrum Edukacji Młodzieży „Kana” w Nowym Sączu na realizację projektu „Aktywni Seniorzy”; Małopolskiej Fundacji Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera na projekt „Nie ma czasu do stracenia”; Zarządowi Rejonowym Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów na projekty „Integracja i tradycje”, „Chcemy być razem – Seniorzy 2008”, spotkania integracyjne z okazji Dnia Seniora, Wigilia dla seniorów, „Złota Gwiazdka” – cykl imprez integracyjnych dla seniorów i osób niepełnosprawnych; Oddziałowi Małopolskiemu Polskiego Związku Głuchych na projekt „Piękno nie przemija z wiekiem”; Stowarzyszeniu Gospodyń Wiejskich w Andrychowie „Seniorzy w akcji 2008 – pomoc i opieka dla seniorów”; Zgromadzeniu Sióstr Albertynek Posługujących Ubogim – Dom Zakonny na projekty „Przytulisko św. Brata Alberta – otwartym domem dla osób starszych, niepełnosprawnych i potrzebujących” i „Wsparcie rodzin i opiekunów długotrwale zajmujących się osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji”, za: *Dotacje z budżetu Wojewody Małopolskiego dla podmiotów uprawnionych realizujących zadania z zakresu pomocy społecznej w roku 2008*; http://www.wrotamalopolski.pl/root_BIP/BIP_w_Malopolsce/root_UW/podmiotowe/Ogloszenia/Ogloszenia+Rozne/2008/wyniki+II+2008.htm [ostatnia aktualizacja 2.12.2008].

⁴⁶ G. Wunsch, *Prefaces*, [in:] *Population ageing...*, s. III.

⁴⁷ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2000, s. 15 i 121.

⁴⁸ P. Błędowski, *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*, „Gerontologia Polska” 1998, nr 6 (3–4), s. 50.

Z przytoczonych definicji wyłaniają się podstawowe cele polityki społecznej:

1. Umożliwienie samodzielnego życia osobom starym (na miarę ich możliwości).

2. Dążenie do zapewnienia trwałej pozycji w strukturze społecznej, niedopuszczenie do marginalizacji.

3. Wykorzystanie przez ludzi starych zasobów posiadanych doświadczeń, umiejętności, zainteresowań w celu realizacji (samorealizacji) odpowiadającej potrzebom w wieku starszym.

Piotr Błędowski wymienia 6 podstawowych zadań polityki społecznej wobec osób starszych: 1) udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i organizacja systemu usług osobistych, 2) kompensacja wydatków na usługi wynikające z wieku, 3) stworzenie warunków do realizacji i rozwijania zainteresowań, 4) przygotowanie do starości, 5) stworzenie warunków do aktywności stosownej do potrzeb, 6) stworzenie warunków do rozwoju instytucji i organizacji prywatnych na rzecz osób starszych⁴⁹.

Za podstawowe cele polityki społecznej wobec osób starszych uznaje sprzyjanie zachowaniu samodzielności w płaszczyźnie sprawności życiowej, społecznej, ekonomicznej i podmiotowości oraz umożliwienie seniorom kontaktu ze środowiskiem stosownie do możliwości i potrzeb. Wyróżnia cztery kategorie celów: 1) samodzielność i autonomia osób starszych; 2) integracja starszego pokolenia ze społeczeństwem; 3) opieka pielęgnacyjna nad osobami jej wymagającymi; 4) poprawa organizacji polityki społecznej wobec osób starszych⁵⁰.

Należy wspomnieć także o dwóch celach kształtujących politykę społeczną wobec ludzi starszych. Pierwszym jest prawo do samostanowienia, decydowania o swej przyszłości, kształtowania hierarchii potrzeb. Drugi mówi o współodpowiedzialności za swój los, za jego ukształtowanie. Przy formułowaniu celów należy uwzględniać obiektywne potrzeby tych osób, a także finansowe możliwości ich realizacji⁵¹. Polityka społeczna wobec osób starszych obejmuje: zabezpieczenie społeczne (np. emerytury, pomoc społeczną), politykę edukacyjną, politykę kulturalną⁵².

Istotna jest także polityka społeczna skierowana na ochronę zdrowia seniorów, zwiększenie zatrudnienia starszych osób, dążenie do równouprawnienia starszych kobiet pod względem dochodów, pomoc osobom obłożnie chorym, praca socjalna z osobami starszymi, kształtowanie odpowiednich warunków

⁴⁹ Ibidem, s. 51.

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ J. Auleytner, *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Zakłady Graficzne Momag, Warszawa 2002, s. 346–347.

⁵² B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, s. 294.

mieszkańcowych, pomoc instytucjonalna, starania o poprawę warunków materialnych seniorów, przeciwdziałanie ich ubóstwu⁵³.

W działalności powstrzymującej ageizm, w pracy z osobami starszymi istotna jest formuła czterech „P”: protekcja, prewencja, partycypacja i promocja. Oto one:

– Protekcja oznacza konieczność ochrony społecznej ludzi starszych, ukierunkowania instrumentów polityki społecznej państwa na ochronę interesów tej grupy.

– Prewencja to działania zapobiegające patologizacji starości, tak w wymiarze zdrowotnym, jak i społecznym.

– Partycypacja polegać ma na włączaniu seniorów w struktury i kompetencje społeczeństwa obywatelskiego, na ich współdziałanie, zaangażowaniu w kreowaniu wszelkich aspektów życia zbiorowego.

– Promocja natomiast oznacza zmianę w stereotypowym postrzeganiu problemów starości, poprzez inicjowanie akcji społecznych, prowadzenie programów edukacyjnych⁵⁴. Aktualizacja i modernizacja wiedzy i umiejętności umożliwia „życie na bieżąco”, blokuje wykluczenie technologiczne i cyfrowe (*e-ekskluzja / e-inkluzja*).

W polityce społecznej wobec ludzi starych należy stosować trzy fundamentalne zasady:

1. Subsydiarności, czyli tworzenia warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału tkwiącego w rodzinie i środowisku osób najbliższych człowiekowi starym dla jego wsparcia.

2. Kompleksowości oceny potrzeb – w toku indywidualnej analizy sytuacji życiowej człowieka starego; zabieg ten wymaga całościowej diagnozy warunków życia, w tym stanu zdrowia, warunków mieszkaniowych, dochodów, sytuacji rodzinnej, potrzeb człowieka i możliwości ich zaspokajania, etc.

3. Lokalności, czyli uwzględnianie opinii społeczności lokalnej odnośnie do polityki społecznej i skuteczności działań samorządu terytorialnego w diagnozie poziomu zaspokajania rzeczywistych potrzeb człowieka w podeszłym wieku⁵⁵.

W polityce lokalnej skierowanej ku osobom starszym występują dwa typy działań: interwencyjny i optymalizujący⁵⁶. Piotr Błędowski znakomicie syntetyzuje kierunki obu polityk (tab. 31).

⁵³ J. Auleytner, *Polityka społeczna...*, s. 343.

⁵⁴ Por.: *Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle programów polityki społecznej wobec osób starszych*, Zespół ds. Osób Starszych WRZOS Program PHARE Access – Macroproject Warszawa, „Praca Socjalna” 2002, nr 3.

⁵⁵ P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Wydaw. SGH, Warszawa 2002, s. 176–177.

⁵⁶ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, s. 310–314.

Tabela 31. Typy idealne lokalnej polityki społecznej wobec ludzi starych

Kryteria	Typy lokalnej polityki wobec ludzi starych	
	Interwencyjny wobec najłabszych	Optymalizujący zaspokojenie potrzeb
Cel	Zaspokojenie podstawowych potrzeb	Zaspokojenie potrzeb i integracja społeczna
Organizacja mieszkańców	Słabo zorganizowana zbiorowość terytorialna	Lepiej zorganizowana zbiorowość terytorialna
Pozycja ludzi starych w społeczeństwie jako przesłanka polityki	Stosunkowo niska na skutek zaawansowanych procesów alienacji ludzi starych	Stosunkowo wysoka społeczna akceptacja dla potrzeb ludzi starych i ich oczekiwań
Dostęp do świadczeń i usług	Ograniczony do kręgu osób spełniających kryterium dochodowe	Rozszerzony krąg osób zainteresowanych udziałem w działaniach integracyjnych
Podmioty wykonawcze	Związane z instytucją pomocy społecznej i systemem ochrony zdrowia	Wykraczający poza placówki ochrony zdrowia i pomocy społecznej
Zakres działania	Wynikający z katalogu zadań własnych, obowiązkowych i zleconych	Rozszerzony o zadania własne fakultatywne

Źródło: P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna...*, s. 200

Pierwszy typ polityki – **interwencyjny** – nastawiony jest na działania adresowane do podmiotów znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej i życiowej. Ta polityka dąży do zaspokojenia najważniejszych potrzeb materialnych człowieka. Realizowane zadania ograniczają się do instrumentalnego wykonywania wymogów administracji rządowej poprzez zadania własne gminy. W ujęciu tym człowiek starszy traktowany jest jako konsument drogich usług, za które płaci podatnik/samorząd terytorialny. Działania te służą głównie zaspokajaniu podstawowych potrzeb, główną sferą jest opiekuńczość. Są to działania doraźne, krótkoterminowe, odsuwające zasadniczy problem na nieodległą perspektywę kolejnej interwencji.

Drugi typ polityki społecznej wobec ludzi starych – **optymalizacyjny** – nastawiony jest na jak najlepsze zaspokajanie potrzeb osób starszych należących do różnych grup społecznych i ich otoczenia, maksymalizację ich możliwości. W tym celu budowana jest na przykład materialna i społeczna infrastruktura służąca zaspokajaniu potrzeb wyższych osób starszych i ich rodzin. Przykładem mogą być inwestycje samorządów terytorialnych w bazę uniwersytetów trzeciego wieku, klubów seniora, klubów samopomocy, dziennych domów pobytu itp. placówek. W dalszej perspektywie drugi typ okazuje się być tańszym od pierwszego, generuje bowiem sprawność i aktywność osób starszych, utrzymuje w zdrowiu psychicznym i somatycznym, oddala ryzyko starości zależnej.

Niekorzystny przebieg procesów demograficznych (wzrastająca liczba osób w bardzo podeszłym wieku przy malejącej liczbie osób w wieku produk-

cyjnym i młodszych), powoduje, iż „w związku z ogromnymi kosztami, które trzeba ponieść na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludzi starych, wyłania się nowy typ polityki – eksterminacji ludzi starych. Podstawę daje legalizacja eutanazji”⁵⁷, która – w świetle niektórych bulwersujących opinii – w racjonalnym rachunku ekonomicznym jest najskuteczniejszą metodą na uniknięcie ogromnych wydatków na opiekę geriatryczną lub socjalno-opiekuńczą. „Wydatki na osobę ciężko chorą przez 6 miesięcy kosztują ubezpieczenie tyle, ile wydatki na tę osobę przez cały wcześniejszy jej okres życia”⁵⁸. Tymczasem „stosunek do człowieka starego jest miarą humanistycznych stosunków w społeczeństwie. Ostatni etap życia człowieka starego nie musi oznaczać sytuacji, w której czuje się on zbędny, niepotrzebny komukolwiek”⁵⁹.

Zmieniły się nie tylko wskaźniki demograficzne, ale i społeczne granice starości, w terażniejszości starość jest osiągalna dla większości osób, społeczeństwa zyskały „równy dostęp do starości”⁶⁰. Obowiązkiem państwa i społeczeństwa jest stworzenie każdemu człowiekowi optymalnych warunków do pomyślnego życia i starzenia się. Dzięki umiejętnie realizowanej polityce społecznej ryzyko senilizmu dla większości osób może oddalić się na bardzo późną starość.

Większość seniorów (60–70%) stanowią osoby samodzielne i mobilne. Im, w kontekstach życia codziennego, rodzinnego, związanego z fizjologiczną starością, służy przede wszystkim gerontologia społeczna (w kontekście kształcenia ustawicznego i aktywności społeczno-kulturalnej – gerontologia edukacyjna). Pozostałe osoby wymagają głównie opieki środowiskowej i, niejednokrotnie ze względu na swój stan zdrowia oraz sytuację materialną i społeczną, nie mogą w pełni korzystać z przysługujących praw i świadczeń. Utrzymywanie tego stanu rzeczy może doprowadzić do wykluczenia społecznego seniorów, co nie jest korzystne z punktu widzenia ich samych i społeczności lokalnej, w której na co dzień funkcjonują. Brak aktywnego udziału seniorów w życiu społecznym, izolacja, automarginalizacja powodują w konsekwencji wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i świadczenia zdrowotne, co z kolei rodzi wyzwania dla polityki społecznej państwa w zakresie generowania odpowiednich środków finansowych, wysiłków organizacyjnych oraz podejmowania decyzji ustalających priorytety. Z punktu widzenia efektywności działań społecznych, należałoby przyjąć rozwiązania pozwalające osobom w wieku podeszłym na pozostanie jak najdłużej osobami samodzielnymi i niezależnymi.

Uwzględniając fakty opisane w części pierwszej, gerontologia powinna ustalić wektory wsparcia społecznego dedykowanego zwłaszcza najstarszym

⁵⁷ K. Slany, M. Krywult, *Wybrane aspekty polityki ludnościowej w odniesieniu do populacji osób starszych*, „Problemy Rodziny” 2001, nr 4, s. 29.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ J. Auleytner, *Polityka społeczna...*, s. 343.

⁶⁰ Określenie profesor Olgi Czerniawskiej.

beneficjentom pomocy: osobom starszym przewlekle chorym, niepełnosprawnym i nie radzącym sobie w życiu, osamotnionym, zależnym od opieki zewnętrznej. Problemami towarzyszącymi mogą być ubóstwo, niezaradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego, przemoc wewnątrzrodzinna, alkoholizm własny lub członków rodziny, lekomania, wielochorobowość⁶¹, demencja, depresja często towarzyszące starości⁶², obciążenie opiekunów rodzinnych, utrudniona adaptacja do życia w warunkach społeczeństwa ciągłej zmiany, upośledzona rola konsumenta usług rynkowych i inne. W ten sposób otrzymamy perspektywę gerontologii opiekuńczej, realizowanej przede wszystkim w systemie pomocy społecznej.

Inicjatorami i wykonawcami zadań z zakresu polityki społecznej na terenach poszczególnych województw wobec starości są Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej. Ich działalność, na przykładzie ROPS w Krakowie, zostanie omówiona w kolejnym podrozdziale.

2. Strategie kształtowania polityki społecznej wobec starości oraz jej efekty. Na przykładzie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie

Aktualnie ponad 15% mieszkańców województwa małopolskiego to osoby powyżej 60. r.ż. W 2030 r. liczba osób starszych przekroczy 800 tys., stanowiąc 25,3% ogółu mieszkańców regionu⁶³. Z uwagi na najczęściej pojawiające się w kohorcie najstarszej ludności problemy, tj. bezradność, ubóstwo, niepełnosprawność, długotrwała choroba, osoby w wieku podeszłym pozostają od 10 lat w kręgu szczególnych zainteresowań Sejmiku województwa małopolskiego. Na podstawie diagnozy sytuacji społecznej w województwie małopolskim (1999, 2000), prognoz demograficznych, Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r., licznych raportów i publikacji, określono, że problem ludzi starszych winien się stać przedmiotem polityki społecznej w regionie.

Zadania z tego zakresu zlecono **Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej** (ROPS) w Krakowie, czyli samorządowej jednostce organizacyjnej województwa małopolskiego realizującej zadania z zakresu pomocy i poli-

⁶¹ A. Skalska, *Najczęstsze schorzenia internistyczne u pacjenta geriatrycznego*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004, s. 27–46.

⁶² K. de Walden-Gałużsko, *Cechy pacjentów w podeszłym wieku: psychologia czy psychopatologia?* [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku...*, s. 25.

⁶³ *Wojewódzki Program Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006*, Sejmik Województwa Małopolskiego, Kraków 2004 – Załącznik nr 1 do Uchwały nr XIX/271/04, s. 12.

tyki społecznej, działającej w formie jednostki budżetowej⁶⁴. Pierwsze działania, podjęte w 2000 roku, miały charakter pilotażowy. Następnie realizowano dwa programy trzyletnie (lata 2001–2003 i 2004–2006). Obecnie realizowany jest kolejny (lata 2007–2013).

ROPS podczas przygotowywania Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2001–2003, będącego rozwinięciem Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego w zakresie zapobiegania zjawisku marginalizacji społecznej zagrożonych nią grup, kierował się zasadami: „wyzbycia się resortowego podejścia do zadań publicznych, przestrzegania zasady subsydiarności, aktywny i szeroki udział samych zainteresowanych we wszystkich działaniach, dopasowanie form i metod działania do specyficznych potrzeb danych grup społecznych”⁶⁵. Ważnym etapem było określenie najważniejszych wektorów działania na podstawie zdiagnozowanych potrzeb społecznych danych beneficjentów. Priorytetami dla osób starych uczyniono:

podniesienie poziomu i rozwój oferty świadczeń pomocy społecznej – usług instytucji opieki całodobowej i usług dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania; podniesienie jakości życia osób starszych poprzez zwiększenie dostępności do szeroko pojętej oferty pomocowej i możliwych form aktywności; aktywizację pokolenia seniorów – promocję tzw. *dobrej starości*⁶⁶.

Celem programu realizowanego w latach 2001–2003 było ograniczenie procesu marginalizacji problemów ludzi starych. Jego adresatami zaś osoby starsze, ich rodziny i opiekunowie, organizacje pozarządowe, pracownicy pomocy społecznej. W tabeli 32. przedstawiono zakres podjętych wówczas działań, ze szczególnym uwzględnieniem aktywizacji seniorów i edukacji społecznej.

Tabela 32. Działania podjęte w ramach Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2001–2003

Cele	Działania
I	Podniesienie poziomu i rozwój oferty świadczeń pomocy społecznej – usług instytucji opieki całodobowej i usług dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania
II	Podniesienie jakości życia osób starszych poprzez zwiększenie dostępności do szeroko pojętej oferty pomocowej i możliwych form aktywności
III	Aktywizacja pokolenia seniorów – promocja „dobrej starości”

⁶⁴ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie działa na podstawie ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U., nr 64, poz. 593 ze zm.); ustawy z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2004 r., nr 142, poz. 1590 ze zm.), ustawy z 26.11.1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2003 r., nr 15, poz. 148 ze zm.); ustawy z 28.11.2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. nr 228, poz. 2255 ze zm.); ustawy z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U., nr 180, poz. 1495); Uchwały nr VI/49/99 Sejmiku Województwa Małopolskiego z 29.03.1999 r. w sprawie utworzenia Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie; Uchwały nr 130/06 Zarządu Województwa Małopolskiego z 20.02.2006 r. – tekst jednolity Statutu ROPS w Krakowie, ze zm.

⁶⁵ J. Pauli, M. Szlązak, *Programy polityki społecznej na rzecz ludzi starszych*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku...*, s. 122.

⁶⁶ Ibidem.

	<p>„Edukacja społeczna” – publikacje ROPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Informator dla Seniorów</i> – nr 2/2001 – <i>Proces adaptacji osoby starszej do warunków domu pomocy społecznej</i> – nr 3/2001 – <i>Seniorzy i dom pomocy społecznej</i> – nr 4/2001 – <i>Małopolski Informator dla Seniorów</i> – nr 7/2001 – <i>Pamiętam jak dziś</i> – nr 2/2002 – <i>Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej. Materiały konferencyjne</i> – nr 1/2003 – Biuletyn ROPS – dwumiesięcznik „es.O.es” – nr 4/2003
Efekty	Dokształcanie i doskonalenie zawodowe kadr pomocy społecznej
	Promocja i inspiracja różnorodnych inicjatyw seniorskich, budowa sieci współpracy
	Organizacja 4 konferencji wojewódzkich („Rozwiązywanie problemów osób starszych – polskie i europejskie systemy wsparcia”, „Sytuacja osób starszych w Polsce w przededniu wejścia do Unii Europejskiej”, „Aktywność organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz osób starszych”, „Postępy w gerontologii i geriatry – Człowiek stary w środowisku”)
	Wsparcie merytoryczne, prawne i finansowe małopolskich organizacji pozarządowych – realizacja 24 projektów

Źródło: informacje uzyskane z analizy dokumentów i wywiadów z pracownikami ROPS

W tym okresie, w ramach kształcenia i doskonalenia zawodowego kadr pomocy społecznej do pracy z ludźmi starszymi, przygotowano 237 pracowników (wieloedycyjne kursy dla pracowników socjalnych i terapeutów zatrudnionych w domach pomocy społecznej o profilu dla osób starszych i przewlekle chorych: „Praca z osobami starszymi mieszkańcami domu pomocy społecznej”, cykl kierowany do osób realizujących usługi opiekuńcze w środowisku lokalnym, do opiekunek domowych świadczących usługi opiekuńcze, do kadry zarządzającej gminnych ośrodków pomocy społecznej – „Zasady tworzenia i funkcjonowania Dziennych Domów Pomocy Społecznej”, do pracowników OPS – „Praca socjalna z Seniorami”, do opiekunów zatrudnionych w dps – „Opieka instytucjonalna nad osobami starszymi”). Przygotowano i opublikowano siedem bezpłatnych i cieszących się dużą popularnością wydawnictw dla kadr pracujących z seniorami, samych osób starszych oraz ich rodzin (w tym o charakterze naukowym: *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*⁶⁷). Dwumiesięcznik „es.O.es” jest stale i nieodpłatnie dostępny na stronach internetowych ROPS⁶⁸.

Małopolski ROPS wspierał merytorycznie, prawnie i finansowo organizacje pozarządowe w realizacji 24 projektów skierowanych do seniorów. Zorganizowano 4 konferencje, w tym jedną międzynarodową z udziałem gości

⁶⁷ M. Szlązak (red.), *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej. Materiały konferencyjne*, ROPS, Kraków 2003. Także on-line: <http://www.rops.krakow.pl/wydawnictwa/inne/2003/1/1.pdf>.

⁶⁸ <http://www.rops.krakow.pl/index.php?s=publikacje&typ=1>.

z Niemiec, Holandii i Słowacji⁶⁹ pt. „Rozwiązywanie problemów osób starszych – polskie i europejskie systemy wsparcia”.

Pomimo tak dużej liczby inicjatyw „wciąż za mało się mówi o problemach osób starszych i ciągle brakuje znaczących inicjatyw podejmowanych na rzecz seniorów”⁷⁰. Dlatego kontynuowano podjęte na rzecz seniorów działania, czego efektem stał się kolejny Wojewódzki Program Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006. Stanowił odpowiedź na zdiagnozowany problem marginalizacji osób starych i niedołączonych oraz inne ograniczenia, jak „niski poziom wykształcenia, zła sytuacja zdrowotna i finansowa, często samotność”⁷¹. Celem nadrzędnym wojewódzkiego programu na lata 2004–2006 było ograniczenie zjawiska społecznego wykluczenia osób starszych, mieszkańców województwa małopolskiego. Koordynatorem działań był ROPS.

Założeniem programu było dotarcie do różnych adresatów, środowisk, które pośrednio bądź bezpośrednio kształtują politykę społeczną. Były nimi osoby starsze, ich rodziny i opiekunowie, organizacje pozarządowe, społeczność lokalna, administracja samorządowa, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, kadra pomocy społecznej, media. Adresaci programu stali się równocześnie jego partnerami. Ponadto wśród partnerów pojawiły się podmioty merytorycznie wspierające podejmowane inicjatywy: instytucje edukacyjne, kadra naukowa i dydaktyczna, eksperci, partnerzy zagraniczni, instytucje dysponujące środkami grantowymi.

Priorytetami uczyniono:

1. Monitoring problemu i identyfikację działań podejmowanych w województwie na rzecz osób starych.
2. Współpracę różnorodnych podmiotów polityki społecznej, na rzecz rozwiązywania problemów osób starych i przeciwdziałania ich społecznemu wykluczeniu.
3. Wsparcie dla działań organizacji pozarządowych na rzecz osób starych.
4. Edukację w walce z marginalizacją społeczną seniorów.
5. Budowę programów tzw. ‘dobrej starości’:
 - tworzenie warunków sprzyjających aktywizacji osób starszych,
 - zapewnianie dostępu do informacji,
 - budowanie pozytywnego obrazu starości w świadomości społecznej,
 - dążenie do kształtowania stosunków pomiędzy pokoleniami⁷².

⁶⁹ Z. Szarota, *Priorytety i kierunki polityki społecznej wobec starości – wymiar globalny, regionalny i lokalny*, [w:] A. Fabiś (red.), *Instytucjonalne wsparcie seniorów – rozwiązania polskie i zagraniczne*, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2007, s. 23–40.

⁷⁰ Ibidem, s. 123–125.

⁷¹ M. Szlązak (opr.), *Wojewódzki Program Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006*, Sejmik Województwa Małopolskiego, kwiecień 2004; <http://www.rops.krakow.pl/index.php?ks=23&prog=9> [data dostępu 15.06.2006].

⁷² Wortal ROPS w Krakowie: <http://www.rops.krakow.pl/?sid=9&sub=3> [data dostępu 15.12.2008].

Program, analogicznie do wcześniejszego, miał na celu zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób starych. Źródłem tego problemu jest przede wszystkim trudność w dostosowaniu się do zachodzących zmian, ich rozumieniu, koncentracja na rolach wewnątrzrodzinnych, słaba reprezentacja środowiska, brak doświadczenia w funkcjonowaniu w społeczeństwie obywatelskim⁷³.

Celem nadrzędnym wojewódzkiego Programu wobec Starości na lata 2004–2006 było dotarcie do różnych środowisk, które pośrednio lub bezpośrednio wpływają na kształt polityki społecznej. Wśród partnerów i odbiorców programu były nie tylko osoby starsze oraz ich rodziny, do współpracy zaproszono społeczności lokalne, jednostki administracji rządowej, samorządowej i organizacje pozarządowe oraz media.

Cel strategiczny, czyli dążenie do efektywnie funkcjonującego systemu współpracy realizatorów polityki społecznej na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starych, realizowany był poprzez konstruowanie sprawnego systemu przepływu informacji pomiędzy partnerami programu (organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami).

Tabela 33. Działania podjęte w ramach Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006

Cele	Zakres	Efekty
Strategiczny I	Diagnoza problemu i monitoring działań podejmowanych w województwie na rzecz osób starszych	
operacyjny I.1.	Regionalny bank informacji	Opracowanie i udostępnienie partnerom Programu materiałów diagnozujących problem (raporty, zestawienia, analizy, literatura)
operacyjny I.2.	Aktualna, regionalna baza danych o organizacjach i projektach oraz o dostępnej pomocy	Małopolski Katalog Inicjatyw na rzecz Seniorów „My Seniorzy” – internetowa baza projektów z terenu województwa adresowanych do osób starszych
		Małopolski Informator Społeczny – internetowa baza danych: www.rops.futuro.net.pl/ Zestawienie dostępnych źródeł informacji o szeroko rozumianej problematyce starości (baza klubów seniora, organizacji seniorskich, UTW, dziennych domów pomocy społecznej – strona internetowa ROPS)

⁷³ Uchwała nr XIX/271/04 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 26.04.2004 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006 – uzasadnienie.

Strategiczny II	Efektywnie funkcjonujący system współpracy realizatorów polityki społecznej na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starych	
operacyjny II.1.	Sprawny system przepływu informacji pomiędzy podmiotami skupionymi wokół problemu wykluczenia społecznego osób starych	Utrzymanie sieci kontaktów z partnerami Programu w formie konferencji, seminariów, warsztatów, spotkań Zapewnienie stałego dostępu do informacji (ogłoszenia, komunikaty, artykuły) za pośrednictwem strony internetowej i biuletynu „es.O.es”
operacyjny II.2.	Współpraca przy realizacji zadań województwa z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami podejmującymi działania na rzecz osób starych	Zlecenie organizacjom pozarządowym zadań z zakresu pomocy społecznej Współrealizacja nowatorskich projektów pomocy seniorom i przeciwdziałania ich społecznemu wykluczeniu Aplikowanie o środki oraz pozyskiwanie środków zewnętrznych we współpracy z organizacjami pozarządowymi Zespół Inicjatywno-Doradczy ds. Realizacji Programu
operacyjny II.3.	Wypromowane nowatorskie inicjatywy i ciekawe projekty na rzecz seniorów	Prezentacja nowatorskich i ciekawych inicjatyw, projektów
Strategiczny III	Nowe rozwiązania w zakresie pomocy seniorom i przeciwdziałania ich społecznemu wykluczeniu	
operacyjny III.1.	Wdrożone innowacyjne projekty z zakresu pomocy seniorom i przeciwdziałania ich społecznemu wykluczeniu	„Europa otwarta dla wszystkich” I i II edycja małopolskiego Konkursu Literackiego „Ludzie znają mnie tylko z jednej, jesiennej strony” „Senior Potrafi – Akademia Nowoczesnych Technologii” Informator „Poznaj – Sprawdź – Skorzystaj”
Strategiczny IV	Profesjonalna kadra pracowników jednostek pomocy społecznej i organizacji pozarządowych na rzecz osób starych	
operacyjny IV.1.	Kształcenie i doskonalenie zawodowe kadr pomocy społecznej i organizacji pozarządowych	Cykl spotkań edukacyjnych dla osób realizujących usługi opiekuńcze w środowisku lokalnym, dla terapeutów zajęciowych oraz pracowników pierwszego kontaktu z domów pomocy społecznej, dla pracowników socjalnych z OPS, dla liderów organizacji pozarządowych

Źródło: opracowanie na podstawie wywiadów z pracownikami i danych ROPS w Krakowie; <http://www.rops.krakow.pl/index.php?s=programy&id=9>

Niezwykle istotnym efektem inicjatywy ROPS-u stał się Małopolski Katalog Inicjatyw na rzecz Seniorów „My Seniorzy”⁷⁴. Stanowi on internetową bazę projektów realizowanych w Małopolsce, grupując w jednym miejscu informacje o realizowanych przez różne podmioty ciekawych inicjatywach skierowanych do seniorów. Dzięki temu zabiegowi możliwa stała się wymiana

⁷⁴ <http://www.rops.futuro.net.pl/seniorzy/>.

doświadczeń, ułatwione korzystanie ze sprawdzonych pomysłów, a przede wszystkim środowisko zyskało inspirację do działania na rzecz najstarszych członków społeczeństwa. Katalog jest wzorowany na prekursorskim, ogólnopolskim projekcie „Atlas Złotego Wieku” Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce⁷⁵. Projekt ma charakter otwarty i ciągły. Strony internetowe ROPS skupiają ponadto raporty, zestawienia, opracowania, literaturę zagadnienia, tworząc aktualną, regionalną bazę danych o organizacjach i projektach prosenioralnych oraz o dostępnej pomocy⁷⁶.

Głównym narzędziem realizacji programu tzw. dobrej starości uczyniono edukację. Organizowane były konferencje, seminaria, warsztaty i konsultacje mające na celu tworzenie warunków sprzyjających aktywizacji osób starszych, zapewnianie dostępu do informacji, budowanie pozytywnego obrazu starości w świadomości społecznej, dążenie do kształtowania pozytywnych relacji międzygeneracyjnych. Zorganizowano m.in. kurs „Inicjowanie działań na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym”. Podjęto starania o zapewnienie stałego dostępu do informacji (ogłoszenia, komunikaty, artykuły) za pośrednictwem wortalu ROPS⁷⁷ i biuletynu ROPS „es.O.es”. Pozyskiwane były środki pozabudżetowe na promocję nowatorskich inicjatyw i projektów. Funkcjonowały zespoły o charakterze inicjatywno-doradczym (organizacje pozarządowe, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, eksperci, inni).

Przedstawiano i promowano nowatorskie inicjatywy i projekty, takie jak na przykład: I Przegląd Rękodzieła Artystycznego Seniorów, XI Przegląd Amatorskich Zespołów Artystycznych – Złota Jesień, IX Przegląd Amatorskiej Twórczości Poetyckiej – Życie Słowami Malowane. Upowszechniono program edukacyjno-informacyjny dla słuchaczy sądeckiego UTW. Zorganizowano kursy dla wolontariuszy pragnących prowadzić zajęcia z podstaw obsługi komputerów dla seniorów. We współpracy z Samarytańską Federacją Organizacji Pozarządowych z Zakliczyna zrealizowany został projekt „Złota Klamra” – międzypokoleniowa impreza integracyjna. Odbył się turnus integracyjny dla osób starszych i młodzieży. Z rozmachem przygotowano Powiatowy Dzień Seniora i Małopolskie Plebiscyty „Poza Stereotypem” połączone z przyznawaniem tytułów Seniora Roku.

Inicjacja oraz promocja nowatorskich rozwiązań w zakresie pomocy seniorom i przeciwdziałania ich społecznemu wykluczeniu, w tym w środowiskach wiejskich, oraz poszukiwanie i wdrażanie tzw. dobrych praktyk w ramach współpracy z partnerami zagranicznymi – to następny cel strategiczny. Wdrożono kilka bardzo interesujących projektów:

– „Europa otwarta dla wszystkich”, czyli kampania informacyjna o UE kierowana do małopolskich emerytów i rencistów, prowadzona w przededniu

⁷⁵ <http://www.atlas.ngo.pl/x/50658>.

⁷⁶ Wortal informacyjny o tematyce społecznej Małopolski Informator Społeczny: <http://www.rops.futuro.net.pl>.

⁷⁷ <http://www.rops.krakow.pl/>.

wejścia Polski do UE (projekt finansowany ze środków pomocowych Komisji Europejskiej),

– dwie edycje Konkursu Literackiego dla Seniorów „Ludzie znają mnie tylko z jednej, jesiennej strony”,

– „Senior Potrafi – Akademia Nowoczesnych Technologii” – nauka obsługi komputera oraz zasad korzystania z bankowości elektronicznej i kart płatniczych,

– Informator „Poznaj – Sprawdź – Skorzystaj” kompendium wiedzy umożliwiającej osobom starszym orientację w zmieniającej się rzeczywistości.

W roku 2006 opublikowano poradnik *Poznaj – Sprawdź – Skorzystaj! Małopolski Informator dla Seniorów* opracowany w ramach Rządowego Programu Funduszu Inicjatyw Obywatelskich⁷⁸. Kolportowane nieodpłatnie opracowanie (pierwszy nakład – 5 tys. egzemplarzy) zawiera podstawowe informacje o możliwościach aktywnego uczestnictwa w uniwersytetach trzeciego wieku, klubach seniora, korzystania z oferty wybranych domów kultury i dziennych domów pomocy społecznej. To „katalog dobrych praktyk”, ilustrujący udane inicjatywy prosenioralne; udziela podstawowych wskazówek w zakresie informatyzacji dnia codziennego (oswajając z telefonem komórkowym, komputerem, Internetem, kartami płatniczymi, bankowością elektroniczną, internetowymi zakupami, np. w aptekach), prezentuje regionalną bazę adresową.

W 2007 roku opublikowano niezwykle przydatny, syntetyczny i przystępny informator o charakterze poradnikowym *W trosce o seniorów. Opieka stacjonarna nad osobami starszymi w województwie małopolskim. Poradnik* w nakładzie 1000 bezpłatnych egzemplarzy, umieszczając go także w sieci⁷⁹.

Kolejny cel dotyczył profesjonalizacji zawodowej kadry pracowników jednostek pomocy społecznej i organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starych. W systemie doskonalenia zawodowego zorganizowano kursy, warsztaty dla kadry pomocy społecznej oraz dla liderów organizacji pozarządowych. W treściach kształcenia szczególne miejsce zajmował specjalistyczny moduł gerontologiczny. Zorganizowano cykl spotkań edukacyjnych dla osób realizujących usługi opiekuńcze w środowisku lokalnym, dla kadr zatrudnionych w domach pomocy społecznej: terapeutów zajęciowych – „Twórcze metody tworzenia scenariusza i scenografii” i pracowników pierwszego kontaktu, pracowników socjalnych z OPS – „Inicjowanie działań na rzecz seniorów w środowisku lokalnym”, dla liderów organizacji pozarządowych – „Omówienie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie”, „Zasady pisanie projektów”, „Fundraising – jak zbudować stabilność finansową organizacji pozarządowej”. Organizowano tematyczne konferencje i seminaria,

⁷⁸ M. Szlązak, R. Kuczyński, B. Śmistek (red.), *Poznaj – Sprawdź – Skorzystaj! Małopolski Informator dla Seniorów*, Samarytańskie Towarzystwo im. Jana Pawła II w Zakliczynie, ROPS w Krakowie, Kraków–Zakliczyn 2006, dostępny też on-line: <http://www.rops.krakow.pl/index.php?s=publikacje&typ=2&rok=2006>.

⁷⁹ M. Szlązak (red.), *W trosce o seniorów. Opieka stacjonarna nad osobami starszymi w województwie małopolskim. Poradnik*, ROPS, Kraków 2007.

z udziałem partnerów programu. Na łamach tematycznych wydawnictw rozpowszechnianych przez ROPS publikowane były teksty edukacyjne.

W opinii pracownika ROPS w zakresie polityki społecznej wobec starości i ludzi starych, w Polsce jest jeszcze wiele do zrobienia. Bardzo późno zaczęto mówić o tym, że seniorzy to ważna grupa społeczna, która powinna mieć takie same prawa i szanse, jak każda inna:

– Im dłużej zajmuję się kwestią ludzi starych, tym bardziej jestem przekonana, że potrzeba pomocy seniorom jest ogromna. Problem marginalizacji ludzi starych jest złożony. Nie bez znaczenia jest zapewne to, że obawiamy się starości. Staramy się jej unikać, nie mówiąc o niej, myśląc, że przez to się nie pojawi. Z drugiej strony panuje wszechogarniający kult młodości. Staramy się zmienić podejście, w którym wszystko nastawione jest wyłącznie na młodych (Exp 3).

Zmiany cywilizacyjne i demograficzne uzasadniają projektowanie, tworzenie i prowadzenie polityki społecznej wobec osób starszych i na rzecz przyszłych pokoleń seniorów:

– To, co robimy, staramy się prowadzić wielokierunkowo, czyli z jednej strony staramy się wdrażać konkretne projekty na rzecz osób starszych, z drugiej staramy się adresować nasze działania do realizatorów polityki społecznej w województwie. Przede wszystkim jednak staramy się kształtować politykę społeczną w tym zakresie, koordynować działania, tworzyć sieć współpracy, platformę wymiany doświadczeń. Staramy się podnosić kwalifikacje zarówno kadry pomocy społecznej, jak i liderów organizacji pozarządowych, działających na rzecz osób starszych. Staramy się zbierać informacje o tym, co się dzieje w województwie na rzecz seniorów, a także szukać obszarów, które można jeszcze zagospodarować, po to, by ludziom starszym żyło się po prostu lepiej (Exp 2).

Zmiany elit rządzących nie mają większego wpływu na kierunki polityki społecznej wobec starości i ludzi starych, ponieważ obowiązują dokumenty wieloletnie: – „Nawet jeżeli zmieniają się ekipy rządzące, to nie zmieniają obowiązujących dokumentów” (Exp 2). Polityka społeczna nie opiera się na składaniu obietnic celem pozyskania większego odsetka elektoratu wśród seniorów, ale można zaobserwować pewne działania zmierzające do zdobycia głosów seniorów: – „Seniorzy są istotną grupą społeczną – raz, że liczną, dwa, że wydaje się, że jest to bardzo zdyscyplinowany elektorat. Jeśli się do niego trafi, to jest gwarancja, że to zaowocuje” [głosami wyborców – Z.S.] (Exp 2).

Niezbędnym elementem podczas kształtowania polityki społecznej jest współpraca z różnego rodzaju podmiotami. Krakowski ROPS współpracuje z wieloma jednostkami i organizacjami pozarządowymi w regionie:

– Pomimo, że organizacje pozarządowych działających na rzecz osób starszych jest jednak niewiele, to obserwujemy takie zjawisko, że np. inne organizacje, które mają dość ogólnie i szeroko sformułowane cele statutowe, włączają w obszar

swoich działań osoby starsze i realizują projekty na rzecz tej grupy społecznej. Z takimi organizacjami również współpracujemy. Nadal to jednak kropla w morzu potrzeb. Współpracujemy z instytucjami kultury, z Uniwersytetami III Wieku, jednostkami pomocy społecznej, z różnymi domami pomocy społecznej, oprócz tego współpracujemy z mediami. Świetnie nam się układa współpraca z „Dziennikiem Polskim”, który od jakiegoś czasu publikuje [dodatek – Z.S.] „Dziennik Seniora”. [...] przykładowo wydrukował wszystkie prace nagrodzone w konkursie literackim. Współpracujemy też z Radiem Kraków, które w tym roku [czyli 2007 – Z.S.] jest patronem medialnym konkursu. Jeszcze nie współpracowaliśmy z partnerem zagranicznym (Exp 3).

W polityce społecznej kraju na rzecz starości i ludzi starych widać pozytywne zmiany: – „w krajowych dokumentach strategicznych pojawiły się zapisy mówiące o tym, że jest to problem, że osoby starsze są grupą społeczną, która powinna mieć takie same szanse i takie same możliwości. [...] zalicza się osoby starsze do grup wykluczanych społecznie” (Exp 2).

Ponadto akcesja Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. wpłynęła na zmiany w polityce społecznej wobec starości i ludzi starych. W opinii eksperta:

– coraz więcej się dzieje, coraz więcej się mówi o problemie, ale mówiło się już wcześniej – przed naszym wejściem do UE. Myślę, że to, że teraz obserwujemy więcej działań, jest naturalną konsekwencją rozwoju tego obszaru, a samo wejście do Unii? Na pewno powstały pewne dokumenty, jak chociażby Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski (Exp 3).

Ma ona na celu pomoc Polsce w procesie włączania się w realizację drugiego z celów Strategii Lizbońskiej UE, zmierzającego do modernizacji europejskiego modelu socjalnego, inwestowanie w ludzi oraz zwalczanie wykluczenia społecznego⁸⁰.

Analiza wybranych elementów Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013 (dotyczących seniorów), umożliwia dojrzenie nowych wektorów zadań ROPS. Jednym z trzech obszarów, tzw. pól aktywności, na których koncentruje się strategia jest „Rozwój społeczny i jakość życia”, w którym celem głównym jest „Stworzenie warunków dla wszechstronnego rozwoju społecznego i wysokiej jakości życia”⁸¹.

Rolą Strategii jest więc na etapie planistycznym wskazanie odpowiedzi na wyzwania stojące przed Małopolską, zaś na etapie realizacji możliwie efektywne jej udzielenie. Strategia mówi generalnie o tym, co, jako społeczność regionalna, możemy i chcemy osiągnąć w perspektywie 10 lat – wobec takiej a nie innej sytuacji

⁸⁰ Wypowiedzi dotyczące lat 2004–2006 zgromadziła Agata Kupczyk.

⁸¹ Załącznik nr 1/I do Uchwały nr XLI/527/2006 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 30.01.2006 r. „Małopolska 2015”, Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013, cz. I, s. 45.

i pozycji regionu oraz wobec takich a nie innych aspiracji i oczekiwań regionalnych elit i szerokiej społeczności mieszkańców. Strategia w tym ujęciu jest narzędziem wspierania pozytywnych zmian w regionie i reagowania na zmiany pojawiające się w otoczeniu. Ma ambicję wspomagać wszystkich aktorów regionalnych w odnalezieniu się w tej dynamicznej sytuacji⁸².

Realizacja kierunków i priorytetów Narodowego Planu Rozwoju oraz Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013 w obszarze polityki społecznej wobec starości, ludzi starych przekłada się na programy wojewódzkie, na podstawie których działa ROPS. Oto komentarz pracownika ROPS w tej sprawie:

– To są z reguły programy wieloletnie. [...] staramy się uspołeczniać zapisy tego programu, czyli pytamy środowisko o to, co się powinno w nim znaleźć. [...] ogólne kierunki [programu – Z.S.] [...] są w jakimś sensie stałe, zmienić się mogą propozycje konkretnych działań. Stawiamy na to, żeby promować pozytywny wizerunek starości i wizerunek aktywnego seniora. I to na różne sposoby: poprzez promocję naszych projektów, poprzez współpracę z mediami (która się układa bardzo dobrze i jest coraz szersza. Już nawet jest tak, że sami się do nas zgłaszają). Na pewno będziemy jeszcze bardziej rozbudowywać sieć współpracy. Do tej pory pracowaliśmy głównie w oparciu o jednostki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe. Teraz staramy się rozszerzyć naszą sieć kontaktów na instytucje kultury i wszelkie inne podmioty, które się tym zajmują, a jest ich coraz więcej. Będziemy stawiać na dostęp osób starszych do informacji, dostęp realizatorów polityki społecznej do informacji o tym, co się dzieje. Na pewno będziemy nadal stawiać na doksztalcanie, kierowane do organizacji pozarządowych, do pracowników pomocy społecznej (Exp 3).



Ryc. 7. Hierarchiczny układ dokumentów zawierających elementy strategii działań wobec procesu starzenia się i starości

⁸² Ibidem, s. 3–4.

Na ryc. 7. zobrazowano hierarchiczne usytuowanie programowych działań w obszarze polityki społecznej wobec starości i ludzi starych na szczeblu krajowym i województwa. W ramach zaprezentowanych w tabeli 34. wybranych elementów strategii wojewódzkiej, podjęte zostały działania mające na celu zapewnienie wewnątrzregionalnej solidarności i wzmocnienie integracji społecznej z uwzględnieniem priorytetów: wszechstronnych działań sprzyjających rodzinie (godny poziom życia), wzmocniania życia rodzinnego, integracji społecznej i zawodowej osób najbardziej zagrożonych wykluczeniem z powodów materialnych, społecznych, kulturowych. Do grupy tej zaliczane są m.in. osoby starsze, które w polityce rozwoju społecznego województwa nadal traktowane są jako grupa priorytetowa⁸³.

Tabela 34. Wybrane elementy Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013 w obszarze polityki społecznej wobec starości i osób starszych

WIZJA 2015: MAŁOPOLSKA – regionem szans wszechstronnego rozwoju ludzi i nowoczesnej gospodarki, silnym aktywnością swych mieszkańców, czerpiącym z dziedzictwa przeszłości i zachowującym tożsamość w integrującej się Europie	
Pole aktywności	Rozwój społeczny i jakość życia
Cel strategiczny	Stworzenie warunków dla wszechstronnego rozwoju społecznego i wysokiej jakości życia
Cel pośredni	Region spójny wewnętrznie, bezpieczny, zapewniający równe szanse i możliwości rozwoju
Kierunki polityki	Rozwój profilaktyki i ochrony zdrowia. Poprawa dostępu do opieki długoterminowej i opieki nad osobami starszymi
	Integrująca polityka społeczna. Wzrost liczby: osób korzystających z niepłatnych świadczeń społecznych; wdrożonych projektów na rzecz grup zagrożonych wykluczeniem; organizacji pozarządowych działających w obszarze polityki społecznej. Rozwój systemu opieki oraz tworzenie warunków do integracji i aktywności osób starszych
	Poprawa kondycji rodziny małopolskiej. Stworzenie warunków i systemu zachęt do tworzenia lokalnych projektów wsparcia rodziny
	Poprawa bezpieczeństwa obywateli
	Wzmocnienie społeczeństwa obywatelskiego oraz budowanie tożsamości regionalnej. Wspieranie inicjatyw lokalnych jako formy skutecznego rozwiązywania lokalnych problemów i zaspokajania potrzeb
	Rozwój sieci ośrodków usług publicznych. Obiekty infrastruktury społecznej zaspokajające potrzeby lokalnej społeczności

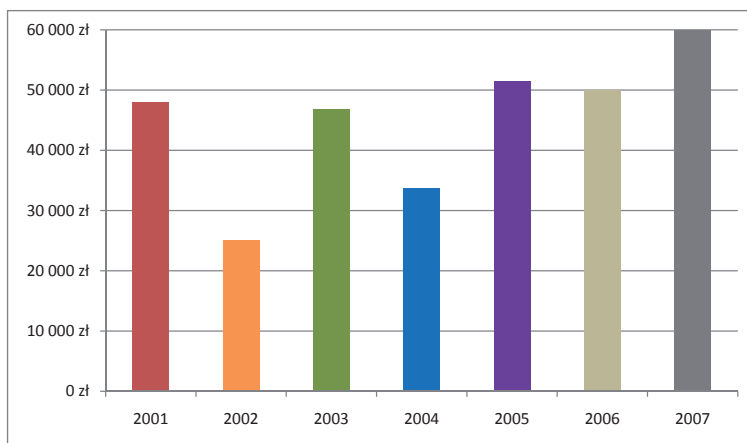
Źródło: na podstawie Załącznika nr 1/I do Uchwały nr XLI/527/2006..., cz. I (s. 45–48) i cz. II (s. 43, 46–49, 51)

⁸³ Ibidem, s. 42.

Ekspert zaznacza, że

– ROPS nie sięgał po środki europejskie na działania na rzecz osób starszych. Dotychczas [...] to były krajowe środki zewnętrzne. Tutaj procedury są uproszczone. Natomiast procedury dotyczące pozyskiwania środków europejskich są bardzo skomplikowane [...]. Generalnie obawa jest taka, że wiele organizacji seniorskich nie jest w stanie sięgnąć po te fundusze. [...] Plany oczywiście mamy, pomysłów mamy zawsze dużo więcej niż możliwości finansowych (Exp 2).

Nakłady finansowe na realizację zadań w poszczególnych Wojewódzkich Programach Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości przedstawiono na wykresie 14.



Źródło: ROPS w Krakowie

Wykres 14. Finansowanie Wojewódzkich Programów Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości w latach 2001–2007

W okresie 2007–2013 należy się spodziewać włączenia w realizację programu środków finansowych pozyskanych z funduszy UE. Bez wątpienia przyczyni się to do poszerzenia skali działania, zwiększenia efektywności realizowanych projektów. Projekty działań na rzecz osób starszych są na bieżąco konsultowane ze środowiskiem:

– Cały czas mamy kontakt z seniorami – z racji realizowanych projektów, ale także przez to, że docieramy do organizacji pozarządowych i innych podmiotów, które działają na rzecz osób starszych. Dostajemy również, niezależnie od naszych działań, sporo e-maili, listów i telefonów z postulatami, prośbami. Śledzimy publikacje naukowe i prasowe (Exp 3).

Oferta Ośrodka odpowiada rzeczywistym potrzebom najstarszych członków społeczeństwa, a dzieje się tak, ponieważ sami zainteresowani są zaangażowani w kreowanie jej kształtu.

Podejmowane działania mają zapobiegać wykluczeniu społecznemu, którego przyczyną są trudności adaptacyjne do zachodzących zmian, przeobra-

zeń cywilizacyjnych i trudności w ich zrozumieniu, niewielka reprezentacja środowiska. Towarzyszą temu dodatkowe ograniczenia, jak niski poziom wykształcenia, zła sytuacja zdrowotna i finansowa, samotność, stereotypy:

– Na pewno chodzi o to, żeby w Małopolsce istniała pewna oferta dla osób starszych, [...] żeby wzmacniać siły, które tworzą warunki do aktywizacji osób starszych [...]. Jest to wspólne pisanie projektów, pomoc w pisaniu projektów. Tworzymy wspólne zespoły doradcze, wymieniamy się informacjami, wymieniamy doświadczenia, konsultujemy własne inicjatywy nawzajem, czyli z jednej strony konkretne działania zmierzające do zmiany wizerunku, do aktywizacji, do uczestnictwa, dostępu do informacji. Z drugiej strony, żeby to się działo, musi być jakaś baza, muszą być odpowiednie warunki, które gwarantują, że te konkretne działania będą miały miejsce. [...] Jesteśmy otwarci na każdy kontakt i każdą formę współpracy. Wystarczy do nas przyjść, napisać lub zatelefonować. Mamy doświadczenie, rozwiniętą sieć współpracy – chętnie pomożemy osobom, które mają ciekawe pomysły do realizacji. Najlepsze projekty możemy także dofinansować. Wszystko po to, by seniorom, a kiedyś także nam, żyło się coraz lepiej (Exp 2).

Podczas realizacji strategii polityki społecznej, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie napotyka wiele trudności, podstawowym problemem są środki i kadra:

– Mamy zbyt dużo obowiązków, a zbyt mało ludzi, żeby realizować to tak, jakbyśmy chcieli. Te programy, powiedzmy sobie szczerze, mają dość niewysoki budżet. Wiele staramy się robić tzw. siłami własnymi. Staramy się też sięgać po środki zewnętrzne. Na pewno przydałoby się więcej osób do pracy tutaj, na miejscu. Na pewno przydałyby się większe środki. Ciągłe też jest za mało organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych (Exp 2).

Realizowaną przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie politykę społeczną na rzecz starości i ludzi starych najlepiej można ocenić poprzez szereg konkretnych propozycji i działań podejmowanych przez ROPS i korzyści, jakie czerpią z nich nie tylko seniorzy, ale również osoby z sektora pomocy społecznej:

– Myślę, że za największy sukces Ośrodka można uznać to, że cała nasza praca została w jakiś sposób doceniona, co owocuje tym, że już jesteśmy postrzegani jako miejsce skupiające pomysły, informacje, ludzi, instytucje. Kiedyś, jak zaczęliśmy te programy, naprawdę nie było z kim współpracować i ciężką pracę musieliśmy wykonać, żeby znaleźć partnerów. Dzisiaj już ci partnerzy znajdują nas sami. [...] Myślę, że to można uznać za sukces z jednej strony, a z drugiej ja za sukces uznają takie drobne rzeczy, jak np. listy od samych osób starszych, uczestników naszych konkursów. Są one bardzo miłe, wzruszające. [...] To daje pewne poczucie sensu, że to, co robimy, nie jest jakimś kolejnym wydumany projektem nie wiadomo komu i na co potrzebnym, tylko daje wymierny efekt w postaci czyjeś radości, zadowolenia, małego szczęścia[...] Dla mnie osobiście sukcesem jest to, że adresaci naszych projektów uważają je za rzeczywiście potrzebne. Z drugiej strony [...], myślę, że sukcesem jest to, że już traktuje się nas jako poważnego partnera w obszarze podmiotów działających na rzecz osób starszych (Exp 3).

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie jest instytucją otwartą na współpracę, a także pomoc wszystkim, którzy pragną urzeczywistniać priorytety polityki społecznej wobec starości i ludzi starych w kształtowaniu warunków umożliwiających pełnowartościowe życie, bez ograniczenia samodzielności.

Z punktu widzenia efektywności polityki społecznej wobec starości i ludzi starych, najskuteczniejsze są działania podejmowane w celu kształtowania warunków do samodzielnego zaspokajania potrzeb ludzi starszych. Konieczne jest tworzenie programów, które dążą do zapewnienia seniorom warunków pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, uznania ich za pełnoprawną grupę społeczną, niwelowania dystansu kulturowego między pokoleniami, zapewnienia dostępu do usług, tworzenia projektów służących ageizmowi⁸⁴.

3. Pomoc społeczna, cele i organizacja – funkcje założone

Świadczenia pomocy społecznej adresowane są do osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Rozdawcą dóbr w Polsce jest państwo i jego instytucje, usytuowane na poziomie samorządu publicznego, zwłaszcza gmin i powiatów. Pomoc społeczna może być traktowana jako jeden z elementów całego systemu społecznego zabezpieczenia, społecznej solidarności. Takie jej ujęcie wskazuje na wiele funkcji do wypełnienia:

- 1) gwarantuje każdej jednostce ludzkiej w państwie zastępczy dochód lub uzupełnienie dochodu, który nie jest wystarczający. Pomoc ta jest prawnie zagwarantowana i ofiarowana w formie pieniężnej w takiej mierze, by zapewnić elementarny standard społeczny i pokryć podstawowe potrzeby;
- 2) w szczególnej sytuacji życiowej, w przypadkach nadzwyczajnych i losowych, jak np. kalectwo, potrzeba stałej opieki, bezdomność itp., umożliwia odpowiednie zabezpieczenie materialne;
- 3) może być traktowana jako posługa społeczna, która polega przede wszystkim na umożliwieniu dalszego prowadzenia gospodarstwa domowego, np. poprzez przyniesienie posiłków, pomoc domową, służenie radą i pomocą itp.⁸⁵

Zgodnie z ustawą z 12 marca 2004 roku, pomoc społeczna „jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie po-

⁸⁴ Jednym z widocznych efektów tak pojmowanej polityki może być portal internetowy Kraków dla Seniora dostępny pod adresem: <http://www.krakow.pl/dlaseniora/> [uruchomiony 22.05.2009]. Jak wynika z wywiadu z urzędnikiem Urzędu Miasta Krakowa (U2), idea tego przedsięwzięcia jest zebranie i przedstawienie na witrynie m.in. wszystkich inicjatyw i ofert, jakie są dostępne w Krakowie dla seniorów.

⁸⁵ W. Piwowski, *Słownik katolickiej nauki społecznej*, Wydawnictwo PAX, Warszawa 1993, s. 133.

konać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości⁸⁶. W szczególności polega na

1) przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń; 2) pracy socjalnej; 3) prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej; 4) analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej; 5) realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych; 6) rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb⁸⁷.

Cechą istotną współczesnej pomocy społecznej jest jej głęboka humanizacja, nastawienie na wsparcie, a nie wyręczanie. Pomoc społeczna ma współcześnie funkcję emancypacyjną, normalizującą. Zawija się kontrakty socjalne, wdraża projekty socjalne – działania te mają na celu aktywizację podmiotów pomocy społecznej w samodzielnej zdolności do rozwiązywania własnych problemów. Zadaniami są ratownictwo społeczne, wczesna interwencja, doradztwo (poradnictwo), diagnoza, terapia, profilaktyka, pomoc środowiskowa materialna doraźna i długoterminowa, usługi opiekuńcze czasowe i stałego pobytu.

Celem pomocy społecznej jest zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka. Świadczona pomoc powinna w miarę możliwości doprowadzić do życiowego usamodzielnienia podopiecznych i ich integracji ze środowiskiem oraz zapobiegania ich społecznej izolacji i marginalizacji. Cel ten realizowany jest dzięki zasadom optymalizującym usługi wsparcia:

1. Zasadzie pomocniczości, czyli takiej jakości świadczeń, która nie odbiera wspomaganym inicjatywy i odpowiedzialności i nie stwarza poczucia całkowitej zależności.

2. Zasadzie indywidualizacji, oznaczającej świadczenia zgodne z bieżącymi potrzebami jednostki lub grupy, bez odwoływania się do algorytmów (schematów).

3. Zasadzie terminowości, która oznacza świadczenia w optymalnym dla wspieranej jednostki czy grupy czasie.

4. Zasadzie pomocy dla samopomocy, umożliwiającej potrzebującym uwolnienie się od wsparcia, gdy w wyniku podjętych działań poprawia się ich sytuacja życiowa⁸⁸.

Celami pomocy społecznej są również: wspieranie osób i rodzin w przezwyciężeniu trudnej sytuacji życiowej, doprowadzenie – w miarę możliwości – do ich życiowego usamodzielniania i umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka, zapewnienie dochodu na poziomie interwencji socjalnej – dla osób nie posiadających dochodu lub o niskich dochodach, w wieku poprodukcyjnym i osobom niepełnosprawnym, osobom i rodzinom o niskich

⁸⁶ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 2, ustęp 1.

⁸⁷ Ibidem, art. 15.

⁸⁸ W. Piwowarski, *Słownik katolickiej nauki...*, s. 134.

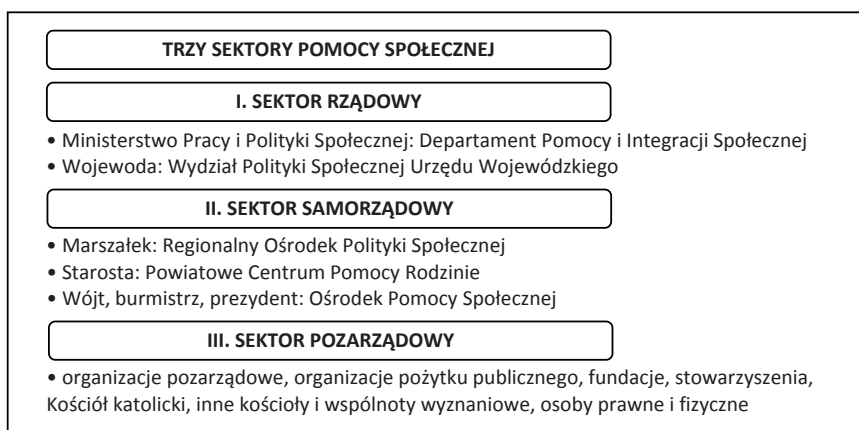
dochodach, które wymagają okresowego wsparcia, zapewnienie profesjonalnej pomocy rodzinom dotkniętym skutkami patologii społecznej, w tym przemocą w rodzinie, integracja ze środowiskiem osób wykluczonych społecznie, stworzenie sieci usług socjalnych adekwatnych do potrzeb w tym zakresie.

Pomoc społeczna obejmuje nie tylko pojedyncze osoby, ale też grupy społeczne i całe kategorie problemów. Koncentruje się na profilaktyce i kompensacji niepożądanych problemów jednostek i grup, które – wobec niemożności samodzielnego ich pokonania i w przypadku braku interwencji socjalnej – mogą stać się kwestiami społecznymi, np. ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie, ochrona macierzyństwa lub wielodzietności, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, toksykomania (np. alkoholizm, lekomania), zdarzenia losowe i sytuacje kryzysowe⁸⁹.

Współczesne formy pomocy społecznej oparte są na systemie usług różnych instytucji prowadzonych przez państwo (sektor rządowy), samorządy lokalne (sektor samorządowy), kościoły i związki wyznaniowe, stowarzyszenia i fundacje (sektor pozarządowy): „Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi”⁹⁰.

Podmiotami prowadzącymi i nadzorującymi instytucje polityki i pomocy społecznej są: wojewoda (wydział polityki społecznej), marszałek (regionalne ośrodki polityki społecznej – ROPS), starosta (powiatowe centra pomocy rodzinie – PCPR), prezydent, burmistrz, wójt – w zależności od wielkości gminy (miejski lub gminny ośrodek pomocy społecznej – OPS).

Na rycinie 8. przedstawiono uproszczony schemat organizacyjny systemu pomocy społecznej w Polsce.



Ryc. 8. Schemat organizacyjny systemu pomocy społecznej w Polsce

⁸⁹ Por. Ustawa o pomocy społecznej..., art. 7.

⁹⁰ Ibidem, art. 2, ustęp 2.

Instytucje pomocy społecznej realizujące zadania wobec człowieka starszego usytuowane są przede wszystkim na poziomie gminnym samorządu terytorialnego.

3.1. Zadania i formy pomocy społecznej wobec osób starszych

Starość fizjologiczna, o prawidłowym, zdrowym przebiegu, sama w sobie słusznie nie jest uznawana za kwestię społeczną⁹¹. Ustawa o pomocy społecznej **nie ujmuje ogółu ludzi starszych jako grupy ryzyka**. Seniorzy, jako podmioty konstytucyjnie wyznaczonego i obowiązującego prawa, mają zagwarantowany stały dochód (wypracowana emerytura, przyznana renta), bezpłatny dostęp do służb medycznych (uzyskany poprzez systematycznie odprowadzane składki na ubezpieczenie zdrowotne), teoretycznie dysponują pełnią praw i swobód obywatelskich. Jednakże postępujący proces starzenia się społeczeństwa przyczynił się do utrudnień w dostępie do usług i marginalizacji części reprezentantów tej grupy wiekowej⁹². Problem dotyczy, generalizując, zwłaszcza osób po 75. roku życia.

Polityka społeczna wobec starości musi dostrzegać potrzeby tej grupy, ułatwiać ich zaspokajanie, tworząc klimat do integracji i społecznej akceptacji zjawiska starości. Potrzeba nie polityki organizacji pomocy, ale polityki pomocy w samodzielnym – na miarę możliwości – organizowaniu życia osób starszych. Im wcześniej zrozumiemy, że starość jest czymś nieuchronnym, im wcześniej się do niej przygotujemy, tym dłużej my i nasze otoczenie będą czerpać z niej radość, znajdując powody do satysfakcji i nie rezygnując z podejmowania nowych wyzwań, jakie niesie życie⁹³.

W odniesieniu do osób starszych pomoc społeczna jest związana z realizacją podstawowych praw człowieka, wśród których znajdują się: prawo do pomocy społecznej i pomocy medycznej oraz prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt, włączając – wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia lekarskie, ważne w okresie zmniejszonych możliwości samodzielnego życia; prawo do ochrony zdrowia, które staje się

⁹¹ Kwestia społeczna to sytuacja charakteryzująca się niezaspokojeniem potrzeb znacznej części społeczeństwa, wywołująca jej marginalizację, a nawet wykluczenie społeczne. Por. B. Szatur-Jaworska, *Spoleczna kwestia ludzi starszych*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Spoleczne kwestie starosci*, IPS, Warszawa 1991, s. 9.

⁹² Por. P. Czekanowski, *Sytuacja materialna*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starosc*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 101–114; G. Orzechowska, *Seniorzy wobec marginalności i marginalizacji społecznej*, [w:] K. Białobrzaska, S. Kawula (red.), *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2006, s. 207–212; Z. Szarota, *Lęki i niepokoje pokolenia „60+” w kontekście ekсклюzyi społecznej*, [w:] S. Rogala (red.), *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*, WSZiA, Opole 2007, s. 132–144.

⁹³ P. Błędowski, *O pomoc w samodzielności*, „Przegląd Powszechny” 2008, nr 10.

niezwykle cenne w okresie, gdy pojawia się coraz większe osłabienie zdrowotne, wielochorobowość; prawo do poczucia bezpieczeństwa w przypadku choroby, kalectwa, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia⁹⁴.

Interpretacja strategii udzielania pomocy osobom starszym nakazuje wyróżnienie i przestrzeganie czterech koniecznych dyspozycji kierunkowych:

– Autonomia ludzi starych – dowolność, indywidualnie podejmowane decyzje dotyczące sposobów życia i funkcjonowania w starości.

– Integracja – sprawienie, aby osoby starsze mogły w pełni uczestniczyć w życiu społecznym.

– Opieka – udzielanie pomocy w momencie zaistnienia potrzeby (pogarszający się stan zdrowia, ubytek sił fizycznych, psychicznych).

– Organizacja – stwarzanie i kontrola działania podmiotów polityki społecznej wykonujących zadania wobec tej grupy ludzi⁹⁵.

W zależności od rozpoznania problemu i obszaru deprivowanych potrzeb osoby starszej proponuje się jej formy pomocy społecznej w postaci:

– pomocy pieniężnej (np. zasiłki stałe, okresowe, celowe, pielęgnacyjne),

– pomocy w naturze – rzeczowej (np. posiłki, odzież, obuwie, opał, świadczenia rehabilitacyjne, niezbędny sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny),

– pomocy w usługach (np. usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze),

– pomocy zorganizowanej instytucjonalnie (np. domy pomocy społecznej i dzienne domy pomocy)⁹⁶.

Zadaniami wspólnymi samorządów terytorialnych, jednak o różnym zasięgu (gminnym, powiatowym, wojewódzkim), są: opracowanie i realizacja strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, sporządzanie bilansu potrzeb w zakresie pomocy społecznej; sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, również w wersji elektronicznej; utworzenie i utrzymywanie jednostki pomocy lub polityki społecznej (OPS, PCPR, ROPS), w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników; realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia.

Ośrodki pomocy społecznej (gminne i miejskie) w imieniu gminy (wójta, burmistrza, prezydenta) realizują zadania:

– własne o charakterze obowiązkowym,

– własne gminy,

– zlecone z zakresu administracji rządowej.

⁹⁴ Z. Szarota, *Prawa osób starszych*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57).

⁹⁵ J. Auleytner, *Polityka społeczna...*, s. 346–347; P. Błędowski, *Samodzielność osób starszych...*, s. 51.

⁹⁶ Por.: J. Kędzior, *Pedagogika społeczna i praca socjalna wobec problemu starzenia się i starości*, [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych – Centrum AV, Częstochowa 2006, s. 55.

Większość ustawowo gwarantowanych form wsparcia adresowanych do seniorów sklasyfikowana została w Ustawie o pomocy społecznej jako zadania własne, obowiązkowe gmin⁹⁷ (GOPS, MOPS). Na świadczenia te w szczególności składają się (wybór z uwagi na podmiot świadczenia – osobę starszą):

- udzielanie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków (okresowych, celowych, celowych na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego, celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom niemającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia);
- opłacanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem;
- praca socjalna;
- organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- prowadzenie i zapewnienie miejsc w placówkach [...] wsparcia dziennego lub mieszkaniach chronionych⁹⁸; [...]
- sprawienie pogrzebu, w tym osobom bezdomnym;
- kierowanie do domu pomocy społecznej⁹⁹.

Wśród zadań własnych gminy znajdują się (wybór):

- przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych;
- prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki;
- podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozpoznanych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych¹⁰⁰.

W zakres zadań zleconych przez administrację rządową i realizowanych przez gminę wchodzi świadczenia i usługi finansowane z budżetu państwa (wybór):

- przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych;
- opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia;
- organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi;

⁹⁷ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=77> [data dostępu 14.11.2008].

⁹⁸ W przypadku samotnej starości, zagrożenia wykluczeniem społecznym.

⁹⁹ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 17.1.

¹⁰⁰ Ibidem, art. 17.2.

prowadzenie i rozwój infrastruktury środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi¹⁰¹.

Planowane jest włączenie zadania: „wypłacanie wynagrodzenia za sprawowanie opieki”¹⁰².

Do nurtu pomocy społecznej dedykowanej najstarszym beneficjentom włączone są także zadania starostwa, jako podmiotu prowadzącego PCPR. Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie w imieniu starosty wypełniają dwie grupy zadań: własne i z zakresu administracji rządowej.

Do zadań własnych powiatu należą (wybór):

- prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych osób;
- prowadzenie mieszkań chronionych dla osób z terenu więcej niż jednej gminy oraz powiatowych ośrodków wsparcia [...], z wyłączeniem środowiskowych domów samopomocy i innych ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- prowadzenie ośrodków interwencji kryzysowej;
- udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach;
- szkolenie i doskonalenie zawodowe kadr pomocy społecznej z terenu powiatu, doradztwo metodyczne dla kierowników i pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej z terenu powiatu;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych¹⁰³.

Zadaniem zleconym przez administrację rządową powiatom są działania mające na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia ze środków finansowych budżetu państwa¹⁰⁴. W praktyce PCPR realizują głównie zadania z zakresu polityki prorodzinnej, natomiast polityka wobec starości i osób starszych nie jest ich domeną.

Jednak ustawa z 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym nakłada na starostwo wiele zadań z zakresu polityki społecznej. Są to zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie (wybór): edukacji, promocji i ochrony zdrowia, pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, wspierania osób niepełnosprawnych, kultury fizycznej i turystyki, gospodarki nieruchomości, porządku publicznego i bezpieczeństwa obywateli, ochrony praw konsumenta, utrzymania powiatowych obiektów i urzędzeń użyteczności publicznej oraz obiektów administracyjnych, współpracy z organizacjami pozarządowymi¹⁰⁵.

¹⁰¹ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=77>.

¹⁰² Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, Dz.U., nr 220, poz. 1431.

¹⁰³ Ibidem, art. 19.

¹⁰⁴ Ibidem, art. 20.1. i 2.

¹⁰⁵ Por.: H. Lipke, A. Hryniewicka, *Raport analiza strategii rozwiązywania problemów społecznych*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2008, s. 8; <http://www.irss.and.pl/pliki/strategia.pdf>.

Do zadań samorządu województwa (ROPS) z zakresu polityki społecznej należą:

- sporządzanie bilansu potrzeb w zakresie pomocy społecznej;
- opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa obejmującej w szczególności programy: przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, [...] współpracy z organizacjami pozarządowymi – po konsultacji z powiatami;
- organizowanie kształcenia kadr pomocy społecznej; [...]
- inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej¹⁰⁶.

Do zadań reprezentacji sektora rządowego, czyli wojewodów (wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich), należą (wybór):

- ustalanie sposobu wykonywania zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;
- stwierdzenie zgodności programów naprawczych w zakresie osiągania standardów w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz ocena stopnia ich realizacji;
- wydawanie i cofanie zezwoleń lub zezwoleń warunkowych na prowadzenie domów pomocy społecznej oraz wydawanie i cofanie zezwoleń na prowadzenie placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej;
- prowadzenie rejestru domów pomocy społecznej, placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej;
- nadzór nad realizacją zadań samorządu gminnego, powiatowego i województwa, w tym [...] nad jakością usług, dla których minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określił standardy [...], a także nad zgodnością zatrudnienia pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej z wymaganymi kwalifikacjami;
- kontrola jakości usług [...] wykonywanych przez domy pomocy społecznej prowadzone nie na zlecenie organu jednostki samorządu terytorialnego przez podmioty niepubliczne;
- kontrola placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, w zakresie standardów usług socjalno-bytowych i przestrzegania praw tych osób;
- ocena stanu i efektywności pomocy społecznej, z uwzględnieniem bilansu potrzeb sporządzonego przez samorząd województwa;
- finansowe wspieranie programów w określonym przez wojewodę obszarze pomocy społecznej, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego lub podmioty uprawnione¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 21.

¹⁰⁷ Ibidem, art. 22.

Na poziomie rządu realizowane są zadania ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego (wybór):

- tworzenie koncepcji i określanie kierunków rozwoju w obszarze pomocy społecznej;
- zlecanie i finansowanie badań, ekspertyz i analiz w obszarze pomocy społecznej;
- monitorowanie standardów;
- analiza skuteczności pomocy społecznej;
- inspirowanie i promowanie nowych form i metod działania, a także szkolenie kadr;
- nadzór merytoryczny nad szkoleniem w zakresie organizacji pomocy społecznej i specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny; [...]
- opracowywanie i finansowanie programów osłonowych; [...]
- finansowe wspieranie programów w określonym przez ministra obszarze pomocy społecznej, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego lub podmioty uprawnione;
- współdziałanie z organizacjami pozarządowymi¹⁰⁸.

Ponadto minister do spraw zabezpieczenia społecznego ustala między innymi standardy dla poszczególnych usług, kwalifikacje osób wykonujących te usługi oraz standardy działalności zawodowej w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej¹⁰⁹.

Analiza przedstawionego zakresu zadań dowodzi, że mają one bardzo rozległy charakter, dotyczą także człowieka starszego, ale w sytuacji specyficznej, związanej z utratą sił i zdolności do samodzielnego i prawidłowego, niezależnego funkcjonowania w życiu codziennym i społecznym.

Służby pomocy społecznej mają silną reprezentację zawodową, w roku 2007 wszystkie jednostki pomocy społecznej w Polsce zatrudniały 103 616 osób, w województwie małopolskim – 8903 osoby. Miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej w całej Polsce zatrudniały 16 329 pracowników socjalnych, a w Małopolsce – 1337 osób, w tym – w tzw. rejonach opiekuńczych – 1174¹¹⁰. Oczywiście, nie wszyscy pracownicy wyodrębnionych w tabeli 35. jednostek działają na rzecz osób starszych.

¹⁰⁸ Ibidem, art. 23.

¹⁰⁹ Ibidem, art. 23.2.

¹¹⁰ *Statystyka za rok 2007*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1173> [data dostępu: 23.10.2008].

Tabela 35. Zatrudnienie w wybranych jednostkach pomocy społecznej w 2007

Ogółem	Służby wojewody	ROPS	PCPR	w tym pracownicy socjalni	OPS	w tym pracownicy socjalni	DPS	Ośrodki wsparcia	
								ŚDS	DDP
Polska	356	309	4223	1150	42907	16329	49796	4341	1682
małopolskie	39	23	239	66	2826	1337	5336	345	95

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Statystyka za rok 2007...*

Zadania wynikające z Ustawy o pomocy społecznej są tak szerokie i wieloaspektowe, że prawodawca przewiduje możliwość zlecenia ich realizacji tzw. organizacjom trzeciego sektora, czyli organizacjom pozarządowym i innym podmiotom wymienionym w ustawie (np. Kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe) – z wyłączeniem uprawnień do ustalania świadczeń, wypłacania świadczeń pieniężnych, opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne¹¹¹. Służby pomocy społecznej nie są w stanie samodzielnie udźwignąć ciężaru wszystkich zadań przewidzianych w Ustawie o pomocy społecznej.

3.2. Modele opieki, wsparcie systemowe

Pierwsze formy opieki pozarodzinnej pojawiły się w Europie po soborze nicejskim w 325 roku. Uchwalono wówczas obowiązek posiadania przez każde miasto przytułku dla ludzi potrzebujących wszelkiej pomocy.

Na początku XII wieku zaistniały w Polsce zorganizowane formy dobroczynności, powstające przede wszystkim przy kościołach i klasztorach przytułki, zwane „izbami gościnnymi”. Od drugiej połowie XV wieku do działań opiekuńczych Kościoła zaczęły włączać się osoby świeckie (bractwa dobroczynne). W drugiej połowie XVII wieku rozpoczął się proces powolnego włączania się w działalność opiekuńczą instytucji państwowych. Dopiero jednak wiek XX przyniósł instytucjonalizację opieki pozarodzinnej.

W latach sześćdziesiątych XX wieku zwrócono uwagę na potrzebę świadczenia usług osobom starszym w miejscu zamieszkania. Organizowanie usług domowych, tworzenie dziennych domów pomocy społecznej i klubów dla seniorów powierzono Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi i Polskiemu Komitetowi Pomocy Społecznej. W tym czasie rozpoczęto w Polsce kształcenie fachowych kadr, w 1966 roku powstała pierwsza szkoła kształcąca pracowników socjalnych. W 1990 roku systemem ustawowym zostały objęte usługi opiekuńcze i przepisy o statusie prawnym pracownika socjalnego¹¹².

¹¹¹ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 25.1. i 2.

¹¹² Zob.: I. Synoradzka, *Pomoc społeczna dla niepełnosprawnych seniorów*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007, s. 167.

Diagnoza stanu potrzeb osób najstarszych to priorytetowe zadanie kadr socjalnych zatrudnionych w pracy z nimi. Potrzeby jednostek wyznaczają zadania i zobowiązania geragogiczne: wspomaganie, animowanie, wyzwianie aktywności i towarzyszenie w wędrówce przez ostatnie lata życia oraz pełnią funkcję regulatora wsparcia społecznego.

Wsparcie społeczne definiowane jest jako działanie pomocowe dostępne jednostkom w sytuacjach trudnych. Gwarantuje zaspokojenie potrzeb w ramach grup odniesienia i kontaktów ze znaczącymi osobami. Jest konsekwencją przynależności człowieka do sieci społecznych: grup formalnych, nieformalnych grup odniesienia i instytucji. Źródła wsparcia określa się jako zasoby wsparcia społecznego. Należą do nich: zasoby rodzinne (małżonkowie, rodzice, dzieci, rodzeństwo, dalsi krewni) i zasoby pozarodzinne – grupy nieformalne (sąsiedzi, przyjaciele, znajomi) oraz struktury formalne (instytucje)¹¹³.

Działanie pomocowe może być jednostronne (jednokierunkowość relacji) i odwzajemnione (transfery dwukierunkowe). Te relacje pomocowe uzależnione są od podobieństwa lub zróżnicowania sytuacji życiowej osób zaangażowanych w nie, tzn. przyczyniają się bądź do jednostronnej pomocy, bądź do wsparcia odwzajemnianego.

W literaturze przedmiotu najczęściej omawiane są: wsparcie rzeczowe, wsparcie instrumentalne oraz emocjonalne. Wsparcie rzeczowe to pomoc materialna – finansowa i rzeczowa oraz działanie w formie usług polegające na dostarczaniu potrzebującemu środków do życia i ułatwień w funkcjonowaniu, co przyczynia się do zaspokojenia jego potrzeb. Wsparciem instrumentalnym określa się pomoc w formie porady, instruktażu, informacji, co służyć ma rozwiązaniu niekorzystnej sytuacji pomocobiorcy. Wsparcie emocjonalne ma na celu takie oddziaływanie na osobę wspomaganą, by poprawić jej samopoczucie, uspokoić, dać poczucie przynależności, złagodzić cierpienia związane z jej obawami.

Innym aspektem wsparcia jest efektywność działań pomocowych, którą można określić w takich pojęciach, jak: wielkość, spójność i dostępność sieci wsparcia. Na efektywność pomocy ma wpływ także homogeniczność lub heterogeniczność sieci, tzn. zróżnicowanie pomagających pod względem: wieku, płci i statusu społecznego. Inne cechy wpływające na skuteczność wsparcia to: charakter problemu, jakość i rodzaj zasobów wsparcia oraz czas występowania trudności i możliwość ich pokonania¹¹⁴. Jolanta Grotkowska-Leder zaznacza, że w literaturze przedmiotu do rzadkości należą opracowania, w których podmiotem zainteresowania są wzory wsparcia w ramach grup nieformalnych, a nieliczne opracowania traktują tę problematykę na marginesie innych rozważań. Badania autorki wykazały, iż obszarem oczekiwanej i realizowanej pomocy jest rodzina. Wsparcie w ramach rodzin świadczone jest najczęściej w linii zstępującej: rodzice – dzieci i polega przede wszystkim

¹¹³ J. Grotowska-Leder, *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się...*, s. 158.

¹¹⁴ Ibidem.

na udzielaniu pomocy finansowej i w formie usług, rzadziej rzeczowej (np. przekazywanie żywności, odzieży). Wśród ludzi biednych częściej wspierani są młodzi niż seniorzy¹¹⁵.

Elżbieta Trafiałek, przedstawiając formy wsparcia wynikające z polityki społecznej państwa i diagnozy w zakresie opieki i pomocy osobom starszym, w zabezpieczeniu społecznym, ochronie zdrowia i formach pomocy socjalnej, zaznacza, że sytuacja najstarszych Polaków jest znacznie gorsza niż osób z tej grupy wiekowej w Unii Europejskiej, a wpływ na to mają ograniczenia w dostępie do opieki medycznej i niedostateczne zabezpieczenie społeczne¹¹⁶.

Istotną rolę w świadczeniu usług osobom w podeszłym wieku odgrywają ich opiekunowie. Wśród modeli opieki wyróżnić należy:

- opiekę rodzinną (krewnych i spowinowaconych),
- domową nieformalną (sąsiedzką, znajomych, osób opłacanych prywatnie, organizacji pozarządowych),
- środowiskową (specjalistyczne ośrodki wsparcia z zatrudnionymi profesjonalistami: dzienne domy pomocy społecznej, środowiskowe domy i kluby samopomocy),
- instytucjonalną, realizowaną przez wykwalifikowany personel, w tym zakontraktowaną w ośrodku pomocy społecznej przez klienta lub jego rodzinę i świadczoną w formie usług opiekuńczych w domu albo świadczoną w formie usług kompleksowych w placówce wsparcia (dom pomocy społecznej, rodzinny dom pomocy)¹¹⁷.

Do najważniejszych problemów ludzi starszych można zaliczyć samotność, wielochorobowość, niepełnosprawność funkcjonalną, inwalidztwo, niedostatek środków finansowych na zaspokajanie potrzeb wyższych, poczucie nieprzydatności. Starość zależna, wymagająca opieki, determinowana jest wieloma czynnikami, najczęściej występującymi łącznie i sprzężonymi (tab. 36).

Tabela 36. Czynniki ryzyka zależności osoby starszej od opieki

Zdrowotne	Społeczne
Przewlekła choroba somatyczna lub psychiczna	Samotne zamieszkiwanie
Zespoły geriatryczne	Złe warunki bytowe
Upośledzenie zmysłów	Bezdzielnosc
Kalectwo	Zła sytuacja socjalna (ubóstwo)
Niedożywienie	Zespoły utraty (wdowieństwo, rozwód, odejście dzieci)
Zaawansowana starość	Pełnienie roli głównego opiekuna osoby niesprawnej
	Nadużycia, zaniedbania, przemoc w rodzinie
	Wydarzenia losowe (wypadek, pożar, kradzież, klęska ekologiczna)

Źródło: opracowanie na podstawie M. Halicka, *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 244

¹¹⁵ Ibidem, s. 157.

¹¹⁶ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2003, s. 252.

¹¹⁷ Z. Szarota, *Opiekun osoby starszej*, „Państwo i Społeczeństwo” 2007, nr 3 (VII), s. 113–124.

Często człowiek starszy znajduje się w niekorzystnej sytuacji nawet we własnej rodzinie, bo w toku licznych i szybkich przemian ona także ulega przeobrażeniom. Zanikają wielopokoleniowe klany, w których osoby starsze mogły liczyć na opiekę i troskliwe zainteresowanie. Problem pojawia się również wówczas, gdy starszy człowiek staje się niesprawny i zaczyna obciążać rodzinę swoją niesamodzielnością. Osoby starsze boją się nie tylko chorób i niepełnosprawności, ale także osamotnienia i nietolerancji. Dzieci, które w sferze emocjonalnej wypełniały całe życie, usamodzielniają się, partner umiera. Z badań Marii Bocheńskiej i Krystyny Kluzowej wynika, że osoby przewlekle chore uskarżają się przede wszystkim na problemy zdrowotne (95%), niemal w równym stopniu wskazują na poczucie osamotnienia i niezrozumienie przez otoczenie. Problemy finansowe nękają 67%, a 54% obawia się cierpienia spowodowanego złym stanem zdrowia, 43% lęka się śmierci, ponad 1/3 doświadcza trudności w pełnieniu ról rodzinnych oraz trudności w uzyskiwaniu należnych niepełnosprawnym świadczeń¹¹⁸. Wraz z wiekiem człowiek słabnie na wszystkich polach aktywności życiowej. Ma to swój negatywny skutek nie tylko dla osoby starzejącej się.

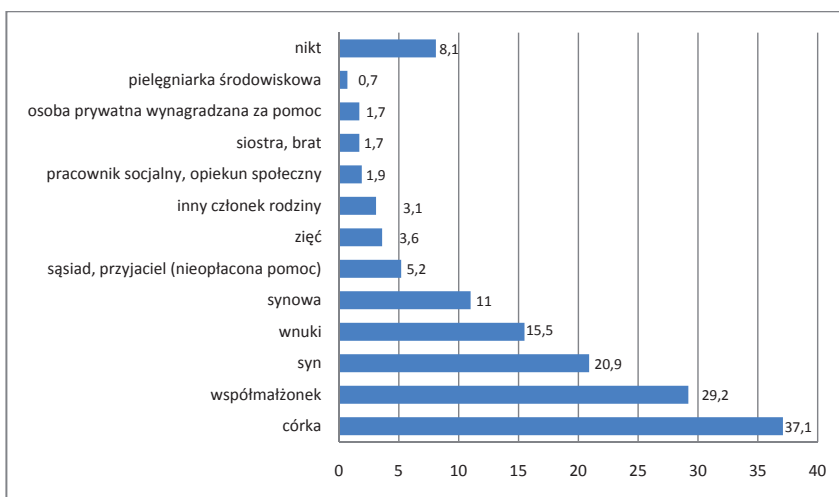
3.2.1. Opiekunowie rodzinni

Seniorzy polscy żyją samotnie albo z rodzinami swych dzieci. Rodzinni opiekunowie rekrutują się spośród najbliższych krewnych podmiotu opieki. Dwa niezależne zespoły badawcze uzyskały nieco odmienne wyniki dotyczące wypełniania funkcji opiekuńczych. Badania P. Czekanowskiego i B. Synaka dowodzą, że opiekunami są w pierwszej kolejności dzieci (51,1%), współmałżonkowie (18,2%), a następnie pozostali członkowie rodziny, np. synowie i zięciowie (13,4%) i dorosłe wnuki (6,6%)¹¹⁹. Natomiast badania raportowane przez B. Bień¹²⁰ informują, że dominującą pozycję wśród opiekunów zajmuje córka (37,1%), kolejno: żona lub mąż (29,2%), następnie syn (20,9%), wnuki (15,5%) i synowa (11,0%). Żadnej pomocy nie otrzymuje 8,1% osób starszych (wykres 15).

¹¹⁸ M. Bocheńska, K. Kluzowa, *Problemy ludzi przewlekle chorych w opiniach ludzi udzielających im pomocy w środowisku zamieszkania*, „Państwo i Społeczeństwo” 2007, nr 3 (VII), s. 44.

¹¹⁹ P. Czekanowski, B. Synak, *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi...*, s. 184.

¹²⁰ B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość...*, s. 73.



Źródło: na podstawie B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość...*, s. 73

Wykres 15. Opiekunowie rodzinni i pozarodzynni

Opiekunowie wszelkie czynności opiekuńczo-pielęgnacyjne wykonują samodzielnie, pozostając niestety najczęściej bez specjalistycznego wsparcia. Poziom ich satysfakcji z podjętych zadań jest bardzo niski, a wiedza o przysługujących prawach mała¹²¹.

Coraz częściej sama rodzina oczekuje pomocy z zewnątrz – zwłaszcza wtedy, gdy sprawuje opiekę nad chorym przewlekle lub terminalnie. Wówczas to spotyka się w wielu instytucjach społecznych opiekunów desperacko poszukujących wsparcia dającego wytchnienie, szanse złuzowania z całodobowego, często ostrego dyżuru¹²².

W polskiej rzeczywistości rodzina nie znajduje dostatecznej pomocy instytucjonalnej w sprawowaniu opieki i pielęgnacji nad człowiekiem starszym i niepełnosprawnym¹²³. Całodobowa, ciągła opieka nad niesprawnym członkiem rodziny jest potężnym obciążeniem tak fizycznym, jak i emocjonalnym dla nawet najbardziej kochających i oddanych krewnych.

¹²¹ B. Bień, Z.B. Wojszel, J. Wilmańska, J. Sienkiewicz, *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Białystok–Kraków 2001, s. 20 i n.

¹²² Z. Woźniak, *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań 1987, s. 22.

¹²³ B. Tryfan, *Ludzie starsi w systemie pomocy społecznej w Polsce i UE*, „Gerontologia Społeczna” 2006, nr 1; P. Czekanowski, B. Synak, *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi...*, s. 184–189; M. Halicka, *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] ibidem, s. 249–252; Z.B. Wojszel, B. Bień, *Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce*, [w:] ibidem, s. 347–348.

Rodzinni opiekunowie mogą się zrzeszać w stowarzyszeniach lub działać w grupach wsparcia: opiekunów osób demencyjnych, trwale niepełnosprawnych lub nieuleczalnie chorych (np.: Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera), jednak ich przynależność do stowarzyszeń jest bardzo niska.

Ustawa o pomocy społecznej proponuje pewne udogodnienia rodzinnym opiekunom. Jest to opłacanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz mieszkającymi osobno matką, ojcem lub rodzeństwem¹²⁴. W praktyce świadczenie to nie ma jednak szerszego zasięgu i znaczenia.

Wobec czego z uznaniem należy powitać inicjatywę, podjętą w listopadzie 2008 r. przez Caritas i Zgromadzenie ss. Albertynek we współpracy z wojewodą małopolskim, której celem jest odciążenie opiekunów rodzinnych od powinności i trudu całodobowej, ciągłej opieki nad przewlekle chorym członkiem rodziny¹²⁵. Chętni mogli się zgłaszać do lokalnych OPS, aby skorzystać z bezpłatnych dwu-, trzytygodniowych turnusów opiekuńczo-rehabilitacyjnych dla 100 osób przewlekle obłożnie chorych w czterech miejscowościach województwa małopolskiego¹²⁶. Następne turnusy zorganizowano już w siedmiu miejscowościach. Przyjmowane były osoby m.in. z niesprawnością narządu ruchu (także poruszające się na wózkach), osoby z chorobami układu krążenia, schorzeniami neurologicznymi, niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby starsze. Program przeznaczony jest dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji i wymagających stałej opieki i obejmuje wyłącznie te, które pozostają pod opieką rodzin¹²⁷. Należy mieć nadzieję, że będą to działania ciągłe.

Rodzina może starać się także o udzielenie pomocy finansowej i rzeczowej, zasiłku stałego, realizację zleconych usług (w OPS) lub dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych (w PCPR). Jednak w praktyce pomoc otrzymywana od instytucji państwowych, samorządowych czy nawet pomoc charytatywna ma w naszym kraju wciąż niewielkie znaczenie. Pewną ilustracją tego stwierdzenia mogą być dane zawarte w tabeli 37.

¹²⁴ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 17.1. pkt. 9, art. 42.1–6.

¹²⁵ Informacja uzyskana od urzędnika Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

¹²⁶ Informacja za: *Kronika*, TVP Kraków, TVP INFO, 25.11.2008, godz. 18.

¹²⁷ Za: G. Zawada, *Dobre rozwiązanie na trudne chwile*, „Gazeta Wyborcza”, wydanie krakowskie, 17.02.2009.

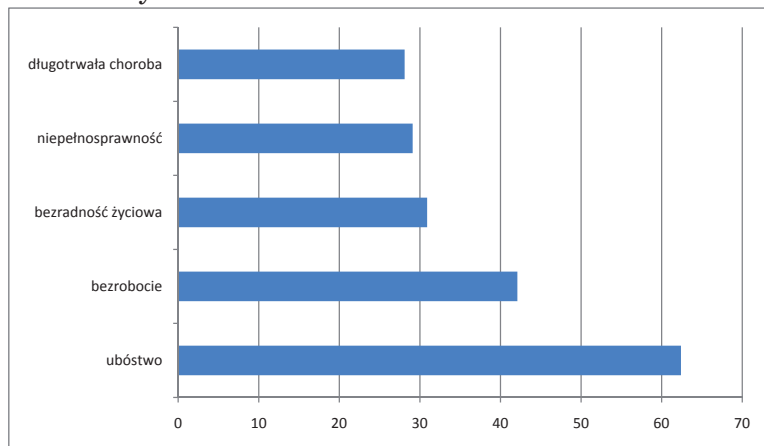
Tabela 37. Świadczenia pomocy społecznej

Rok i jakość świadczenia	Beneficjenci (w tysiącach)	Świadczenia (w milionach zł)
2000	2144	3107
2005	2575	2886
2006	2816	3737
Pomoc pieniężna, w tym zasiłki:	2622	2953
– stały	182	561
– okresowy	645	612
– celowy	1701	1197
Świadczenia niepieniężne, w tym:	1329	784
– schronienie	12	21
– posiłek	1155	412
– ubranie	30	5
– pogrzeb	5	9

Źródło: *Mały rocznik statystyczny*, GUS, Warszawa 2007, s. 264

Dotyczą one ogółu świadczeń, bez uwzględnienia problemu i kategorii wiekowej beneficjentów. Obliczenia za rok 2006 przynoszą jednemu beneficjentowi uśrednioną kwotę 1425,24 zł. Najwięcej pieniędzy generują zasiłki celowe.

Najczęstszą przyczyną udzielanej pomocy w województwie małopolskim było w 2007 roku ubóstwo (62,4%), bezrobocie (42,1%), bezradność życiowa (30,9%), niepełnosprawność (29,1%), długotrwała choroba (28,1%)¹²⁸. Fakty te zilustrowano na wykresie 16.

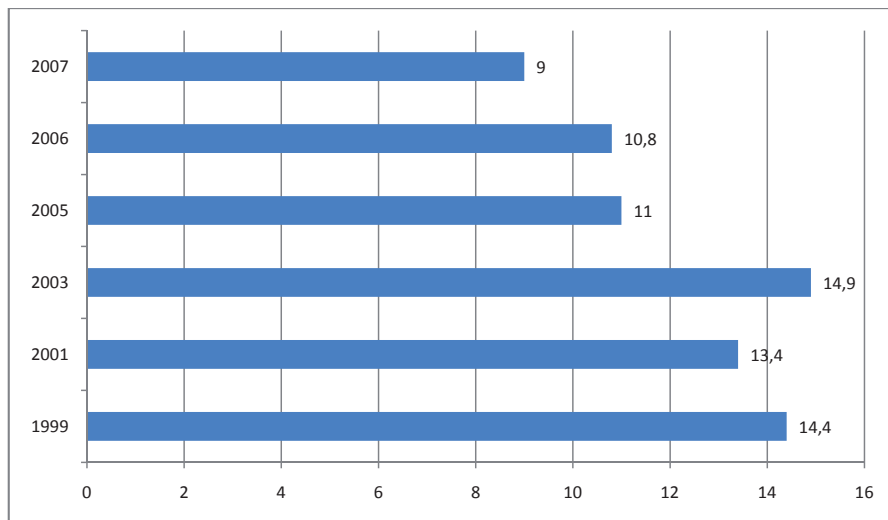


Źródło: opracowanie własne na podstawie *Pomoc społeczna w Małopolsce – 2007 r. ...*; dane nie sumują się ze względu na równoczesne występowanie u beneficjentów kilku problemów

Wykres 16. Najczęstsze przyczyny udzielania pomocy w Małopolsce (w okresie 1 I–31 XII 2007; w %)

¹²⁸ *Pomoc społeczna w Małopolsce – 2007 r.* Raporty, analizy, badania, ROPS w Krakowie, s. 15; <http://www.rops.krakow.pl/index.php?s=raporty> [data dostępu 23.10.2008].

Uszczegółowienie danych z perspektywy gerontologicznej przynosi następujące fakty: w roku 2007 w kraju objęto pomocą finansową i rzeczową 335 596 gospodarstw emerytów i rencistów, w tym 151 557 jednoosobowych, województwo małopolskie skierowało pomoc społeczną do prawie 30 tysięcy rodzin emerytów i rencistów, w tej liczbie do 11 614 gospodarstw jednoosobowych¹²⁹.



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Pomoc społeczna w Małopolsce – 2007 r. ...*, s. 12–13

Wykres 17. Odsetek mieszkańców województwa małopolskiego korzystających z pomocy społecznej

W województwie małopolskim można dostrzec tendencję związaną ze spadkiem liczby świadczeniobiorców – najwyższą wartość – blisko 15% zanotowano w 2003 roku, najniższą w 2007 – 9%¹³⁰ (wykres 17). W Krakowie udzielono pomocy 6511 gospodarstw emerytów i rencistów¹³¹.

3.2.2. Opiekunowie domowi

Jeśli rodzina nie jest w stanie roztoczyć samodzielnej opieki nad seniorem i nie jest podmiotem pomocy społecznej (np. ze względu na kryterium dochodowe), wówczas może zatrudnić osobę obcą, zlecając jej odpłatne wykonanie konkretnych zadań. Może przy tym skorzystać z prywatnych agencji świadczących usługi opiekuńcze (forma bardzo popularna w USA¹³² i w wybranych krajach UE, np. Wielkiej Brytanii).

¹²⁹ *Statystyka za rok 2007...*

¹³⁰ *Pomoc społeczna w Małopolsce – 2007 r. ...*, s. 12–13.

¹³¹ *Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2007*, MOPS, Kraków 2008, s. 4; <http://www.mops.krakow.pl/statyczne/sprawozdania/2007/spr2007.pdf>.

¹³² A. Litawa, *Opieka domowa nad seniorami w USA na przykładzie stanu Illinois*, „Państwo i Społeczeństwo” 2007, nr 3 (VII); L. Marcinowicz, E. Zajkowska, *Opieka domowa w Stanach Zjednoczonych*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 3 (II).

Zadania opiekuna domowego (osoby starszej i/lub niepełnosprawnej) polegają głównie na asystowaniu podopiecznym w ich niezależnym życiu, na pomaganiu, wyreżczeniu. Można podzielić je na trzy grupy czynności:

- związane z opieką, tj. zgodne z zaleceniami dozowanie leków, pomoc we wstaniu z łóżka, ubraniu się, umyciu, dojściu do toalety,
- związane z dotrzymywaniem towarzystwa, tj. wspólne spędzanie czasu, towarzyszenie w codziennych czynnościach, ewentualne spacery,
- związane z prowadzeniem domu, tj. zakupy, dobór jadłospisu, przygotowanie i podawanie posiłków, drobne porządki, załatwianie spraw w urzędach, prowadzenie samochodu, towarzyszenie przy zakupach.

W środowiskach lokalnych prowadzone są stołówki, jadłodajnie, świetlice i kluby, bywają „objazdowe” biblioteki (głośna lektura książek), organizowana jest pomoc sąsiedzka, odwiedziny w domu osoby starszej i jej wizyty u innych, zapewniany jest transport, pomoc w przemieszczaniu się (np. do lekarzy, dojazd do punktów wyborczych), bywa że pełnione są dyżury telefoniczne¹³³, utrzymywane są centrale telefoniczne służące nagłym wezwaniom do osób samotnych, proponowana jest oferta spędzania wolnego czasu, w tym rekreacyjna oraz kulturalno-oświatowa (np. wczasy na działce, kluby seniora), koordynowana jest współpraca z innymi placówkami¹³⁴. Niestety, nie wszystkie te formy występują równocześnie, najczęściej opieka środowiskowa ogranicza się do jednej, dwóch spośród wymienionych¹³⁵. Zleconą powinnością asystenta osoby starszej może być pomoc w korzystaniu z wymienionych ofert.

Warto odnotować, że powstają coraz liczniejsze agendy specjalizujące się w kształceniu i pośrednictwie pracy obejmującym zlecenie opieki domowej wykwalifikowanym pielęgniarcom, fizykoterapeutom, opiekunom i asystentom. Senior lub jego rodzina mogą poprosić o pomoc także organizacje pozarządowe. Na terenie Krakowa i powiatu krakowskiego istnieje kilkadziesiąt stowarzyszeń, organizacji i fundacji prosenioralnych, działających na rzecz osób starszych, chorych, niepełnosprawnych¹³⁶. Znajdują się wśród nich organizacje kościelne, stowarzyszenia posiadające status organizacji pożytku publicznego, stowarzyszenia zwykłe, fundacje i związki. Ich działalność statutowa nastawiona jest nie tylko na zaspokajanie potrzeb podstawowych, ochronę zdrowia i pielęgnację. Kilka spośród nich podejmuje działania na rzecz wspierania człowieka starszego, proponując porady, zagospodarowanie czasu wolnego, edukację. Praca tych instytucji wzmacnia sieć wsparcia społecznego.

¹³³ Np. w Krakowie w 2007 r. działał przez cały tydzień Krakowski Telefon Zaufania. Dyżury pełniło w nim 20 osób. Udzielono 1,5 tys. porad, głównie z zakresu: sytuacji wymagających pomocy psychologicznej, konfliktów małżeńskich i rodzinnych, uzależnień, złego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego; za: *Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2007...*

¹³⁴ Z. Szarota, *Opiekun osoby starszej...*, s. 113–124.

¹³⁵ Z. Szarota, *Instytucje i placówki wspierające starość (na przykładzie Krakowa)*, [w:] Z. Brańka (red.), *Podmioty opieki i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2002, s. 161–177.

¹³⁶ R. Kusek (opr.), *Przegląd małopolskich organizacji wspierających osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Informator*, Instytut Studiów Strategicznych, Kraków 2007, s. 63–171.

W obszarze usług zdrowotnych ważne miejsce zajmuje promocja i profilaktyka, czyli propagowanie wiedzy na temat starości, związanych z nią problemów zdrowotnych. Organizowane są kursy dla osób pielęgnujących chorych. Funkcjonują wypożyczalnie sprzętu pielęgnacyjnego. Chory lub niesamodzielny senior może oczekiwać krótkookresowej opieki podczas nieobecności rodziny w domu, pielęgnacji. Usługi te świadczą pielęgniarki środowiskowe. W tabeli 38 zgrupowano wyłącznie organizacje nieodpłatnie niosące wsparcie osobom starszym – przede wszystkim na terenie Krakowa.

Tabela 38. Organizacje i stowarzyszenia realizujące zadania prosenioralne na terenie Krakowa

Lp.	Nazwa organizacji	Adresaci pomocy	Rodzaj pomocy
1.	Arcybractwo Miłosierdzia	osoby starsze, chore i niepełnosprawne	dofinansowywanie i finansowanie leczenia, rehabilitacji, doraźna pomoc w formie zasiłków
2.	Caritas Archidiecezji Krakowskiej	osoby starsze, chore i niepełnosprawne, ich rodziny	dofinansowywanie i finansowanie leczenia, rehabilitacji, usługi opiekuńcze, kluby seniora, domy stałego pobytu dla osób starszych, dzienny dom pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze
3.	Fundacja Społeczno-Kulturalna „Remedium”	osoby starsze	pomoc informacyjno-poradnicza dla osób starszych
4.	Krakowski Klub Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki Niewidomych i Słabowidzących „Lajkonik”	osoby starsze, chore i niepełnosprawne	organizacja wypoczynku oraz czasu wolnego, pomoc informacyjno-poradnicza przy załatwianiu formalności, pomoc w zdobywaniu oraz wypożyczanie sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, rehabilitacja przez sport i turystykę
5.	Krakowskie Stowarzyszenie Osób z Choro-bą Parkinsona	osoby chore i niepełnosprawne	konsultacje, opieka medyczna, pomoc informacyjno-poradnicza, psychologiczna, zajęcia rehabilitacyjne, wykłady
6.	Krakowskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Upośledzeniem Umysłowym „Dajmy Szansę”	osoby starsze, chore i niepełnosprawne	turnusy rehabilitacyjne, usługi związane z transportem beneficjentów
7.	Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera	osoby starsze, chore i niepełnosprawne, cierpiące na chorobę Alzheimera, ich rodziny i opiekunowie	pomoc informacyjno-poradnicza, psychologiczna, grupy wsparcia i samopomocy, spotkania animacyjne, profilaktyczne badania pamięci, zajęcia rehabilitacyjne, środowiskowy dzienny dom samopomocy
8.	Małopolski Klub Rekreacji i Turystyki Konnej im. 21 Pułku Ułanów Nadwiślańskich	osoby starsze	opieka nad kombatanami, pomoc w zdobywaniu sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego
9.	Polski Komitet Pomocy Społecznej	osoby starsze	pomoc informacyjno-poradnicza, porady prawne, kluby seniora, dystrybucja odzieży, żywności, posiłków

10.	Polski Związek Niewidomych	niewidome osoby starsze	organizacja czasu wolnego, pomoc informacyjno-poradnicza, turnusy i zajęcia rehabilitacyjne
11.	Stowarzyszenie Akademia Pełni Życia im. Janiny Boehert	osoby starsze	edukacja, organizacja wypoczynku oraz czasu wolnego
12.	Stowarzyszenie Charytatywne im. św. Rafała Kalinowskiego	osoby starsze	doraźna pomoc w formie zasiłków, dystrybucja odzieży, żywności, posiłków, pomoc informacyjno-poradnicza, organizacja wypoczynku oraz czasu wolnego
13.	Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej „Gaudium et Spes”	osoby starsze, chore i niepełnosprawne, ich rodziny	dystrybucja odzieży, żywności, posiłków, pomoc informacyjno-poradnicza
14.	Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Wspólna Radość”	osoby starsze, chore i niepełnosprawne	dystrybucja odzieży, żywności, posiłków, pomoc informacyjno-poradnicza, organizacja wypoczynku oraz czasu wolnego, pomoc w zdobywaniu oraz wypożyczanie sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, usługi opiekuńcze
15.	Stowarzyszenie Samopomocy Społecznej „Psyche”	osoby starsze	pomoc informacyjno-poradnicza, pomoc środowiskowa, robienie zakupów
16.	Stowarzyszenie Socjalne Misja Dworcowa	osoby starsze	dystrybucja odzieży, żywności, posiłków, pomoc informacyjno-poradnicza, usługi opiekuńcze, robienie zakupów
17.	Stowarzyszenie „Wiosna”	osoby starsze	dystrybucja odzieży, żywności, posiłków, pomoc informacyjno-poradnicza
18.	Stowarzyszenie Wspierania Onkologii „Unicorn”	osoby starsze, osoby chore onkologicznie	pomoc informacyjno-poradnicza, robienie zakupów, usługi opiekuńcze, pomoc w zdobywaniu oraz wypożyczanie sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, zajęcia rehabilitacyjne, pomoc psychologiczna, grupy wsparcia i samopomocy
19.	Towarzystwo Interwencji Kryzysowej	osoby starsze, chore i niepełnosprawne	edukacja, interwencje w przypadku przemocy w rodzinie, pomoc informacyjno-poradnicza, pomoc psychologiczna, grupy wsparcia i samopomocy
20.	Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta	osoby starsze	dystrybucja odzieży, żywności, posiłków, porady lekarskie
21.	Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum św. Łazarza”	osoby starsze, chore i niepełnosprawne	opieka medyczna, paliatywna, organizacja czasu wolnego, pomoc informacyjno-poradnicza, pomoc w zdobywaniu oraz wypożyczanie sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, pomoc psychologiczna
22.	Towarzystwo Zwalczania Chorób Kości i Stawów	osoby starsze, chore i niepełnosprawne (choroby układu ruchowego)	edukacja, pomoc informacyjno-poradnicza

Źródło: opracowanie na podstawie R. Kusek (opr.), *Przegląd małopolskich organizacji wspierających...*

3.2.3. Opiekunowie środowiskowi w obszarze instytucjonalnej pomocy

Potrzeby seniorów mogą być zaspokajane w sferze prywatnej (osobistej) jednostki i jej indywidualnej sieci wsparcia społecznego (rodzina, sąsiedzi, znajomi, przyjaciele) oraz w sferze publicznej (instytucje administracji rządowej i samorządowej, trzeciego sektora; organizacje rynkowe)¹³⁷.

W dziedzinie usług opieki instytucjonalnej jednostki samorządu terytorialnego realizują wiele działań opiekuńczych i wspierających. Generalnie można wyodrębnić cztery grupy:

- jednostki opieki całodobowej – w rodzaju dom pomocy społecznej,
- ośrodki wsparcia, placówki dziennego pobytu, np. dzienne domy pomocy społecznej,
- instytucje doradcze, np. ośrodki interwencji kryzysowej, specjalistyczne poradnie,
- instytucje organizacji i nadzoru znajdujące się na wszystkich szczeblach samorządu terytorialnego¹³⁸.

Najbliżej obywatela znajduje się gmina. Instrumentami posiadanymi przez gminy w zakresie instytucjonalnej opieki środowiskowej nad osobami starszymi są: pomoc finansowa i rzeczowa, praca socjalna, zakontraktowane usługi opiekuńcze oraz dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wśród świadczeń z pomocy społecznej poziomu gminnego, z których mogą korzystać starsze osoby wymienia¹³⁹:

1. Świadczenia pieniężne

a) zasiłek stały, czyli świadczenie obowiązkowe przysługujące na podstawie art. 37 ustawy o pomocy społecznej osobom całkowicie niezdolnym do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, spełniającym kryterium dochodowe i stanowiącym uzupełnienie dochodu tych osób do kryterium ustawowego; zasiłek nie jest wypłacany, jeśli osoba pobiera rentę socjalną,

b) zasiłek okresowy, który przysługuje na podstawie art. 38 ustawy o pomocy społecznej i kierowany jest do osób i rodzin bez dochodów lub o dochodach niższych niż ustawowe kryterium oraz zasobach pieniężnych nie wystarczających na zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych, zwłaszcza ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność [...], możliwość nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego,

c) zasiłki celowe, czyli świadczenia fakultatywne przyznawane na podstawie art. 39 ustawy o pomocy społecznej na zaspokojenie niezbędnej potrzeby życiowej, a w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku

¹³⁷ A. Olech, T. Kaźmierczak, *Mapa zaspokajania potrzeb społecznych*, „Praca Socjalna” 2006, nr 2.

¹³⁸ *Pomoc społeczna w Małopolsce – 2007 r. ...*, s. 6.

¹³⁹ Za: *Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej*; <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=82>, [data dostępu 14.11.2008].

domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu. Osobom bezdomnym i innym osobom nie posiadającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne. Osoby, których dochód przekracza kryterium określone w ustawie o pomocy społecznej, mogą ubiegać się o pomoc w formie zasiłku celowego specjalnego.

2. Świadczenia niepieniężne (usługi)

a) pomoc w postaci schronienia, posiłku, niezbędnej odzieży osobom tego pozbawionym. Udzielenie schronienia następuje poprzez przyznanie tymczasowego miejsca noclegowego w noclegowniach, schroniskach, domach dla bezdomnych i innych miejscach dających schronienie (np. ośrodki interwencji kryzysowej, hostele)¹⁴⁰,

b) sprawienie pogrzebu zgodnie z wyznaniem zmarłego¹⁴¹,

c) poradnictwo i pomoc instytucjonalna oferowane w formie pracy socjalnej, poradnictwa specjalistycznego w szczególności prawnego, psychologicznego, niezależnie od kryterium dochodowego ubiegającego się o pomoc. Pracownicy socjalni pomagają w załatwianiu spraw urzędowych oraz w utrzymaniu kontaktów z otoczeniem,

d) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze przysługujące osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby, indywidualnej sytuacji lub innych przyczyn wymagają pomocy, a są jej pozbawione¹⁴².

Z powyższego wynika, że ośrodki pomocy społecznej prowadzą lub zlecają usługi opiekuńcze, świadczone w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy, a rodzina nie jest w stanie jej tego zapewnić. Obejmują one trzy kategorie:

1. Usługi gospodarcze, w tym robienie zakupów, sprząatanie, gotowanie lub dostarczanie gorącego posiłku, załatwianie spraw w urzędach, w miarę możliwości również zapewnianie kontaktów z otoczeniem (np. opiekunowie OPS, PKPS).

2. Usługi pielęgnacyjne, w tym opieka higieniczna, mycie, kąpanie, ubieranie, pomoc dla osób chorych podczas krótkotrwałej nieobecności rodziny, dozowanie lekarstw, zapobieganie powstawaniu odleżyn, odparzeń, karmienie (pielęgniarki środowiskowe, opiekunki PCK).

3. Usługi specjalistyczne¹⁴³, w tym zalecona przez lekarza pielęgnacja, rehabilitacja, świadczone przez specjalistów, czyli pielęgniarki, rehabilitantów,

¹⁴⁰ Ibidem.

¹⁴¹ Może dotyczyć osamotnionej starszej osoby, także rodziny, której nie stać na zorganizowanie pogrzebu.

¹⁴² Ustawa o pomocy społecznej..., art. 50.

¹⁴³ Ustawodawca przewiduje także specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone na podstawie diagnozy lekarza psychiatry. Ich świadczenie ma miejsce w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy lub w ośrodku wsparcia (środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy). Ustawa o pomocy społecznej...; Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dn. 22.09.2005 r. ws. spe-

fizjoterapeutów, asystentów osób niepełnosprawnych, psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych.

Osoba starsza lub jej rodzina może zwrócić się o pomoc do OPS lub bezpośrednio do organizacji pozarządowych, które wykonują usługi opiekuńcze na zlecenie ośrodków pomocy społecznej lub zakładów opieki zdrowotnej.

Do najbardziej znanych pomocowych organizacji pozarządowych należą:

– Caritas Polska prowadzi stacje opieki pielęgnacyjnej nad starszymi i niepełnosprawnymi mieszkańcami danej parafii, hospicja, organizując opiekę pielęgniarską i higieniczną w domu i wypożyczając sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny¹⁴⁴,

– Polski Czerwony Krzyż (PCK) świadczy usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, higieniczne chorym i niepełnosprawnym, pomoc rzeczową¹⁴⁵,

– Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS) realizuje usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, gospodarcze, w tym sprzątanie, pomoc w pracach domowych, przygotowywanie lub dostarczanie posiłków. PKPS od lat prowadzi także działalność opiekuńczą i kulturalno-edukacyjną (kluby seniora, popołudniowe i całodzienne). Dla ludzi starszych i samotnych organizowane są różnego rodzaju uroczystości, w tym związane z tradycyjnymi świętami, jak np. kolacje wigilijne czy śniadania wielkanocne. PKPS dla swoich podopiecznych – seniorów przygotowuje co roku paczki świąteczne, organizuje wycieczki i imprezy kulturalne. Wczasy na działkach są, zainicjowaną przez PKPS, formą odpoczynku dla osób starszych, bardzo wśród nich popularną. W ogródkach działkowych na terenie dużych miast, pośród zieleni, wypoczywają ludzie starsi, którzy z różnych przyczyn nie wyjeżdżają na typowe wczasy. Poza wypoczynkiem, opieką i zajęciami kulturalno-rekreacyjnymi wczasowicze korzystają z trzech posiłków bezpłatnie lub za symboliczną opłatą. Pomoc materialna polega na bezpośrednim prowadzeniu specjalnych placówek opieki, takich jak domy opieki dla osób starszych.

Należy zaznaczyć, że w grupie organizacji pozarządowych (działających na zasadzie wykonywania zleceń sektora publicznej pomocy społecznej) licznie występują zgromadzenia (np. zakonne – siostry Albertynki) oraz stowarzyszenia lub wspólnoty (np.: im. św. Brata Alberta) oraz organizacje seniorskie (np. Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów).

Usługi kontraktuje się w ośrodku pomocy społecznej, ich świadczenie następuje w mieszkaniu/domu seniora lub – w sytuacji bezradności, niesamodzielności, niepełnosprawności – w placówkach i instytucjach pobytu dziennego lub stałego.

cialistycznych usług opiekuńczych, Dz.U. nr 189, poz. 1598 ze zm.; Ustawa z dn. 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia, Dz.U. nr 111, poz. 535 ze zm.

¹⁴⁴ W r. 2007 Caritas przeznaczyła na pomoc seniorom i osobom chorym ponad 24 mln zł; za: *Raport roczny 2007 Caritas w Polsce*, Publisher, Fundacja „Pro Caritate”, Warszawa 2007, s. 18; <http://www.jedenprocent.caritas.pl/raport.pdf> [data dostępu 3.10.2008].

¹⁴⁵ *Sprawozdanie z działalności PCK w 2008 roku*, Warszawa 2008; http://www.pck.pl/media/repository/pliki/sprawozdania/sprawozdanie_z_dzialalnosci_za_2007_rok.pdf.

W ramach systemu pomocy społecznej funkcjonują placówki zapewniające opiekę półstacjonarną, przyczyniając się do jak najdłuższego utrzymania osoby starszej w jej naturalnym środowisku: środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) oraz dzienne domy pomocy społecznej (DDP), należące do grupy tzw. środowiskowych ośrodków wsparcia¹⁴⁶. Stanowią one formę pośrednią pomiędzy pomocą środowiskową i instytucjonalną¹⁴⁷. Dzielne ośrodki wsparcia, np. miejskie lub gminne domy dziennego pobytu, działają na podstawie Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku oraz Ustawy o samorządzie gminnym¹⁴⁸. Celem ich pracy jest wspieranie użytkowników i oddalanie konieczności umieszczenia tych osób w domach pomocy społecznej lub zakładach opiekuńczo-leczniczych. Ośrodki zapewniają całodzienny pobyt, posiłki, podstawowe świadczenia opiekuńcze, rekreacyjno-kulturalne, edukacyjne, rehabilitacyjne.

ŚDS są to placówki pobytu dziennego z przeznaczeniem dla osób chorych psychicznie, z niepełnosprawnością intelektualną i osób z chorobą Alzheimera. Świadczą specjalistyczne usługi opiekuńcze 10–30 podopiecznym. Wsparcie polega na podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia, organizowaniu w środowisku lokalnym pomocy ze strony rodziny, innych osób i organizacji społecznych, dostarczaniu niezbędnych usług medycznych, psychologicznych oraz rehabilitacyjnych, udzieleniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej¹⁴⁹. Osoby starsze rzadko korzystają z tej formy pomocy społecznej. Podstawą ubiegania się o świadczenia jest zdiagnozowanie choroby Alzheimera.

Propozycją dla seniorów są dzienne domy pomocy społecznej. W Polsce pierwszy taki dom utworzono jako projekt eksperymentalny w 1967 roku w Warszawie. Od 1968 roku placówki takie zakładano w Poznaniu, Krakowie i Łodzi¹⁵⁰. Według GUS w 1990 roku w kraju funkcjonowało 200 dziennych domów pomocy z 9603 miejscami. Natomiast w 1997 roku działało 226 takich placówek z 11 565 miejscami¹⁵¹.

Ośrodki te stwarzają odpowiednie warunki do dziennego przebywania w nich osobom ze zmniejszoną sprawnością psychofizyczną, asystując w codziennym funkcjonowaniu, zapewniając pomoc socjalną, dążąc do samoorganizacji uczestników. Aranżują kontakty z innymi ludźmi, inspirując po-

¹⁴⁶ Por.: *Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej...*

¹⁴⁷ Z. Wołk, *Seniorzy wobec instytucji pomocy*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życia...*, s. 98.

¹⁴⁸ Ustawa o samorządzie gminnym, Dz.U. z 2001 r., nr 142, poz. 1591.

¹⁴⁹ Por.: *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski...*, s. 73.

¹⁵⁰ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydaw. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006, s. 167.

¹⁵¹ Za: B. Bień, B.Z. Wojszel, B. Polityńska, J. Wilmańska, *Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych*, „Gerontologia Polska” 1999, nr 7 (3–4).

wstawanie grup wsparcia i wzmacnianie więzi społecznych poprzez działania aktywizujące środowisko. Proponują posiłki oraz – dla osób z ograniczoną możliwością poruszania się – transport z i do miejsca zamieszkania. W dziennych ośrodkach wsparcia organizowana i udostępniana jest bogata oferta kulturalno-oświatowa. Placówki dysponują pomieszczeniami umożliwiającymi organizację terapii zajęciowej, rehabilitację, wypoczynek, życie kulturalne. Skierowani przez ośrodek pomocy społecznej seniorzy (głównie osoby samotne lub samotnie gospodarujące) spędzają w nich część dnia, rozwijając i zaspokajając własne zainteresowania. W DDP, w asyście wykwalifikowanego personelu, świadczone są różne usługi socjalne, bytowo-opiekuńcze oraz wspomagające (np. pralnia, fryzjer, rehabilitacja, terapia zajęciowa). Mogą w nich działać samorządy współdecydujące o ofercie programowej. W jej ramach prowadzone są liczne i interesujące zajęcia, m.in. cykliczne spotkania literacko-muzyczne, kluby prasy, prelekcje, spotkania z innymi domami, organizowane są wycieczki, uprawiana twórczość artystyczna, zabawy towarzyskie. Obok podstawowych zadań prowadzona jest rehabilitacja i grupowa terapia zajęciowa (biblio-, ergo-, arteterapia) oraz indywidualna psychoterapia i wizyty domowe. Użytkownicy wracają po południu do miejsca stałego zamieszkania.

Ta oferta jest bardzo dobrym rozwiązaniem, pozwalającym na utrzymanie osoby wymagającej opieki i wsparcia jak najdłużej w środowisku naturalnego pobytu, w domu, sąsiedztwie. Częściowo odciąża rodzinę od obowiązku sprawowania opieki ciągłej nad niesprawnym krewnym. Osobom samotnym kompensuje brak kontaktów rodzinnych.

Świadczenia ośrodków wsparcia są odpłatne, w wysokości zależnej od sytuacji finansowej starającego się o miejsce. Cenę ustalają miejskie/gminne ośrodki pomocy społecznej. Dzielne domy pobytu są relatywnie tanie w utrzymaniu, nadto nie powodują poczucia izolacji społecznej u użytkowników świadczonych usług. Czynne są w dni robocze, przez co najmniej 8 godzin dziennie.

Nieocenioną rolę w opiece nad najstarszymi osobami odgrywają wolontariusze, realizujący w środowisku lokalnym lub w instytucji nieodpłatnie wiele usług opiekuńczych względem osób starszych. Należą do nich: towarzyszenie osobie starszej, prowadzenie rozmów wspierających, czytanie prasy, książek itp., wspólne oglądanie telewizji, słuchanie radia, prowadzenie małych form terapii zajęciowej (gry towarzyskie, robótki ręczne, malowanie itp.), przygotowanie osoby starszej do posiłku i pomoc w jego spożyciu, pomoc w ubieraniu i rozbieraniu itp.

3.3. Opieka długoterminowa

Instytucjonalna, stacjonarna, opieka długoterminowa to działalność placówek pomocy społecznej typu: domy pomocy społecznej dla osób starszych, rodzinne domy pomocy oraz całodobowe ośrodki opieki, a także działalność realizowana w ramach systemu opieki zdrowotnej w oddziale szpitalnym dla

przewlekle chorych, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, hospicjum. Dychotomia polskiego systemu opieki długoterminowej jest bardzo wyraźna, wydaje się ze szkodą dla odbiorców usług¹⁵². Rozdział świadczeń, które niejednokrotnie niemal pokrywają się w swych funkcjach powoduje niezrozumiałe i niepotrzebne multiplikowanie instytucji o różnych nazwach, a tym samym przeznaczeniu.

Polski system pomocy społecznej przewiduje równoległe funkcjonowanie wielu typów placówek pobytu stałego i czasowego, z wyodrębnieniem ich rodzaju, czyli określeniem i zdefiniowaniem kategorii deficytów osób, którym mają służyć. Uzupełnieniem tej działalności są ośrodki i zakłady prowadzone przez służbę zdrowia, Kościół katolicki i inne kościoły, stowarzyszenia, fundacje i osoby prywatne na zlecenie służb pomocy społecznej. W tabeli 39. zgrupowano typowe placówki wraz z określeniem profilu ich usług.

Tabela 39. Placówki stacjonarne służące osobom starszym z uwzględnieniem profilu usług

Sektor	Rodzaj	Profil działania
Publiczny – ośrodki pomocy społecznej	domy pomocy społecznej*	dla przewlekle chorych somatycznie – pobyt stały
		dla osób starszych (emerytów i rencistów) – pobyt stały
	rodzinne domy pomocy	stały pobyt 3–8 osób, usługi opiekuńcze i bytowe
Niepubliczny	prywatne domy opieki**	opieka czasowa, pielęgnacja
Służba zdrowia	oddziały dla przewlekle chorych	stała opieka medyczna, pielęgnacja (do 30 dni)
	zakłady opiekuńczo-lecznicze	stała opieka medyczna, pielęgnacja pacjentów przewlekle chorych (do 6 miesięcy)
	zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	czasowa opieka pielęgnacyjna
	hospicja	opieka paliatywna nad osobami terminalnie chorymi

* W tabeli ujęto placówki, w których wszyscy lub większość mieszkańców to osoby starsze.

** To placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, prowadzone przez osoby fizyczne (prawne) w celu uzyskania zysku z działalności gospodarczej lub działające non-profit bez zamiaru osiągnięcia zysku, realizujące działalność statutową (Kościół katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia).

W zbiorze zasad Międzynarodowej Strategii Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw sekretarz generalny ONZ w wypowiedzi na temat priorytetowych kierunków działań politycznych stwierdził:

¹⁵² Por.: E. Buczkowska, *Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej nad niesprawnym seniorem w środowisku*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu...*, s. 160.

W niektórych przypadkach najlepszym rozwiązaniem dla niesamodzielnej osoby starszej lub jej opiekuna jest tak zwana opieka rezydencjonalna. Domy dla osób starszych powinny być traktowane ze szczególną uwagą. Samorządy powinny również monitorować ich funkcjonowanie. Należy, między innymi, egzekwować minimalne wymagania w zakresie opieki i odpowiednio przeszkolić personel. Ołbrzymie znaczenie mają kroki służące przełamaniu społecznej izolacji pensjonariuszy tych placówek¹⁵³.

3.3.1. Opieka stacjonarna w resorcie pomocy społecznej

Formą pomocy instytucjonalnej zarówno dla osób w podeszłym wieku, jak i przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie lub fizycznie jest kierowanie i umieszczanie w domach pomocy społecznej. W razie niemożności zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę, osoba wymagająca opieki całodobowej może ubiegać się o skierowanie do domu pomocy społecznej¹⁵⁴. Do dps powinny trafiać jedynie te osoby, które wymagają całodobowej opieki i nie mogą funkcjonować przy dostępnych formach wsparcia środowiskowego¹⁵⁵. Korzystanie z instytucjonalnej formy opieki przez kogokolwiek, w tym osobę starszą, powinno być ostatecznością.

Domy pomocy społecznej to instytucje opiekuńcze, których funkcjonowanie określone jest ściśle w aktach prawnych, przede wszystkim w ustawie o pomocy społecznej oraz w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej. Nazwa tych placówek jest zastrzeżona dla stacjonarnych placówek opiekuńczych, dysponujących zezwoleniem właściwego wojewody na prowadzenie działalności i znajdujących się w jego rejestrze¹⁵⁶, co oznacza, że działają **wyłącznie** na podstawie udzielonej zgody i nadanego przez wojewodę statusu i statutu, określających typ domu, szczegółowe zasady jego funkcjonowania, zakres i poziom świadczeń, prawa i obowiązki mieszkańców. Są samodzielnie funkcjonującymi jednostkami organizacyjnymi. Nadzór nad ich działalnością sprawuje najczęściej starosta lub, w przypadku powiatów grodzkich, prezydent miasta. Te podmioty z kolei są kompleksowo kontrolowane przez wojewodów, nie rzadziej niż raz na trzy lata.

¹⁵³ *Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw*, rozdz. III: *Priorytetowe kierunki działań politycznych*, cz. C: *Stworzenie korzystnych i sprzyjających warunków życia dla osób w każdym wieku*, punkt 101 i 102; <http://www.unic.un.org.pl/ageing/kierunki.php> [data dostępu 4.03.2004].

¹⁵⁴ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 54.

¹⁵⁵ *Ibidem*, art. 54 ust. 1.

¹⁵⁶ A. Leszczyńska-Rejchert, *Działanie społeczne na rzecz ludzi starszych w kontekście funkcjonowania stacjonarnych domów pomocy społecznej*, [w:] E. Kantowicz, A. Olubiński (red.), *Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapi”, Toruń 2003, s. 447.

Domy pomocy społecznej są placówkami odpłatnymi, wysokość oraz tryb wnoszenia opłaty za korzystanie z ich usług określa ustawa o pomocy społecznej¹⁵⁷. Odbiorca usług ma do swobodnej dyspozycji 30% z otrzymywanych świadczeń emerytalno-rentowych lub zasiłku. Domy te mają różne profile usług: dla osób w podeszłym wieku, dla osób przewlekle somatycznie chorych, dla dorosłych przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie czy niepełnosprawnych fizycznie¹⁵⁸.

Obecnie dom pomocy społecznej może być prowadzony łącznie dla:

1. Osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie.

2. Osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie.

3. Osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie¹⁵⁹.

Osoba zainteresowana uzyskaniem miejsca w domu pomocy społecznej występuje do ośrodka pomocy społecznej z pisemnym wnioskiem o przyznanie tego świadczenia, pracownik socjalny przeprowadza rodzinny wywiad środowiskowy, po pozytywnej kwalifikacji osoba starsza przeprowadza się do przyznanej jej placówki. Wysokość opłat regulowana jest właściwymi, odrębnymi rozporządzeniami.

Domy pomocy społecznej mają wśród zadań realizację potrzeb bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych poprzez zapewnienie: lokum, wyżywienia, odzieży i obuwia, wyposażenia w meble i sprzęty, środki higieny osobistej, opiekę pielęgniarstwa, pomoc medyczną, rehabilitację, leki i środki opatrunkowe, spokój i bezpieczeństwo na terenie domu, wsparcie finansowe osobom nie posiadającym własnych dochodów, terapię zajęciową, ofertę kulturalną i rekreację.

Na mocy obowiązujących standardów w zakresie usług zaspokajających potrzeby bytowe każda placówka powinna spełniać określone warunki: budynek i jego otoczenie winny być wolne od barier architektonicznych, winda dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, sprawnie funkcjonujący system przyzywowo-alarmowy i alarmowo-przeciwpożarowy. Nowe placówki mają mieć nie więcej niż sto miejsc. W budynku powinny się znajdować pokoje mieszkalne jedno- i wieloosobowe, pokoje dziennego pobytu, jadalnia, gabinet zabiegowo-pielęgniarstwa, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, kuchenka pomocnicza, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia, palarnia, pokój gościnny, miejsce kultu religijnego, inne pomieszczenia techniczne służące zaspokajaniu potrzeb sanitarnych mieszkańców. Dom powinien zapewnić określone warunki sanitarne: liczba łazienek dostosowanych do potrzeb osób

¹⁵⁷ Opłata za pobyt w dps wynosi 200% najniższej emerytury, nie więcej jednak niż 70% dochodu mieszkańca; w szczególnych przypadkach można go częściowo lub całkowicie zwolnić z odpłatności.

¹⁵⁸ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 56.

¹⁵⁹ Ibidem, ze zm. z dn.16.02.2007 – art. 56a.

niepełnosprawnych powinna zapewnić możliwość korzystania z nich przez nie więcej niż 5 osób, a toalet – przez nie więcej niż 4 osoby. W nowych ośrodkach – na jeden pokój ma przypadać jedna toaleta i jedna łazienka z wanną lub prysznicem. Pokój mieszkalny powinien spełniać następujące warunki: jednoosobowy o powierzchni nie mniejszej niż 9 m², wieloosobowy o powierzchni minimum 6 m² na osobę, w przypadku osób samodzielnie poruszających się dla maksymalnie 3, w przypadku osób nie opuszczających łóżek dla maksymalnie 4 osób. Pokój powinien być wyposażony w podstawowe sprzęty. Należy dbać o zachowanie stałej czystości w placówce.

Ośrodek oferuje co najmniej trzy posiłki dziennie. Mieszkaniec powinien mieć swobodę wyboru zestawu posiłków lub otrzymania posiłku dodatkowego, czas wydawania posiłku powinien wynosić 2 godziny, ostatni posiłek należy serwować nie wcześniej niż o godz. 18, należy zapewnić dostępność podstawowych produktów oraz napojów przez całą dobę¹⁶⁰.

Usługi opiekuńcze polegają na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych (ubieranie się, jedzenie, mycie i kąpanie się), w zakupie odzieży i obuwia, pielęgnacji (także w czasie choroby) oraz we właściwym utrzymaniu higieny, w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, w załatwianiu spraw osobistych.

Usługi wspomagające polegają na świadczeniu pracy socjalnej, organizacji terapii zajęciowej, podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców, umożliwieniu zaspokajania potrzeb kulturalnych i religijnych, pomocy w utrzymywaniu kontaktów z otoczeniem, stymulowaniu kontaktów ze światem zewnętrznym, rodziną i społecznością lokalną. Mieszkańcy powinni mieć możliwość kontaktu z kapłanem – zgodnie z własnym wyznaniem religijnym. Dom powinien dysponować księgozbiorem, prenumerować czasopisma. Rezydenci powinni mieć możliwość brania udziału w uroczystościach okazjonalnych, imprezach kulturalnych i turystycznych. Działania personelu obejmują również starania o usamodzielnianie – w miarę jego możliwości – mieszkańca placówki.

Mieszkańcy mają prawo do samorządnego organizowania się w celu reprezentowania swoich interesów. Prawa i obowiązki pensjonariuszy określone są w statutach, nie mogą one być nadmierne w stosunku do ich możliwości.

Na stu mieszkańców zatrudnionych powinno być w wymiarze pełnych etatów minimum dwóch pracowników socjalnych. Mieszkańcy powinni mieć zapewniony kontakt z psychologiem. W domach dla osób w podeszłym wieku wskaźnik zatrudnienia personelu terapeutyczno-opiekuńczego wynosić ma 0,4 na jednego mieszkańca, w domach dla osób przewlekle chorych – 0,6. Wymagania wobec kwalifikacji kadry pracowników zespołu opiekuńczo-terapeutycznego dotyczą konieczności podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników zespołu terapeutycznego poprzez uczestnictwo w ofertach edu-

¹⁶⁰ *Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. domów pomocy społecznej z dnia 19.10.2005 r., Dz.U. nr 217, poz. 1837, par. 6.1.2.–6.1.6.*

kacyjnych minimum raz na dwa lata. Obowiązkowa jest specjalizacja dyrektora w zakresie pomocy społecznej (studia podyplomowe)¹⁶¹.

Jak wynika z badań własnych¹⁶², domy pomocy społecznej zaspokajają także potrzeby społeczne i kulturalno-oświatowe ludzi w starszym i sędziwym wieku. Organizowane są różne formy wsparcia, do których zalicza się między innymi aktywizację mieszkańców, terapię zajęciową, zajęcia kulturalno-rekreacyjne. Celem placówek jest tworzenie warunków, które poza zaspokojeniem potrzeb egzystencji, służą rozwojowi osobowości. Prowadzone są liczne zajęcia kulturalne i rekreacyjne, między innymi: zabawy taneczne, wspólne śpiewanie, muzykoterapia, ogniska, wycieczki, zwiedzanie instytucji kultury, uczestnictwo w przeglądach dorobku artystycznego domów pomocy społecznej, organizowane są wczasy rehabilitacyjne. Mieszkaniec dps ma prawo do korzystania ze wszystkich świadczeń przewidzianych statutem i regulaminem placówki, w tym prawo do usług tzw. opiekuna, pracownika bezpośredniego kontaktu.

Marcjanna Nózka szczególnie uwagę poświęca konieczności aktywizowania mieszkańców, wskazując na szczególne znaczenie działalności opiekuńczej, terapeutycznej, profilaktycznej, rehabilitacyjnej, wychowawczo-edukacyjnej, kulturalnej i rekreacyjnej. Analizuje także formy niewłaściwie rozumianej pomocy, prowadzącej do uformowania w osobowości odbiorcy świadczeń postawy biernej. Za czynniki przyczyniające się do stanu bierności słusznie uznaje nadopiekuńczość – wyrażającą się w blokowaniu samodzielności: w wyręczaniu mieszkańca w czynnościach, które mógłby z powodzeniem sam wykonywać, traktowaniu podopiecznego jak bezradnego dziecka, nadmiernym chronieniu i zwalnianiu z odpowiedzialności za podejmowane decyzje itp.¹⁶³ Podobną opinię prezentuje Andrzej Mielczarek¹⁶⁴.

Zgodnie z badaniami własnymi¹⁶⁵ skutkami tak organizowanej opieki są także postawa wyuczzonej bezradności, roszczeniowa. Należy uświadamiać pracowników domów pomocy społecznej, poprzez organizowanie form doształcania zawodowego, zespołów samokształceniowych, że wadliwa strategia pracy, polegająca na nadmiernym wyręczaniu mieszkańców prowadzi w konsekwencji do utrwalenia ich bierności, negatywnego stosunku do ogółu świadczeń, których są podmiotami.

¹⁶¹ Ibidem, par. 6.2.4.

¹⁶² Z. Szarota, *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa...*, s. 159–168.

¹⁶³ M. Nózka, *Podnoszenie sprawności i aktywizowanie osób w podeszłym wieku w domach pomocy społecznej*, [w:] J. Perzek-Białas (red.), *Aktywne starzenie. Aktywna starość*, Aureus, UJ, Kraków 2005, s. 116–120.

¹⁶⁴ A. Mielczarek, *Dom pomocy społecznej ośrodkiem opieki i wsparcia seniora z demencją*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się...*, s. 266–271.

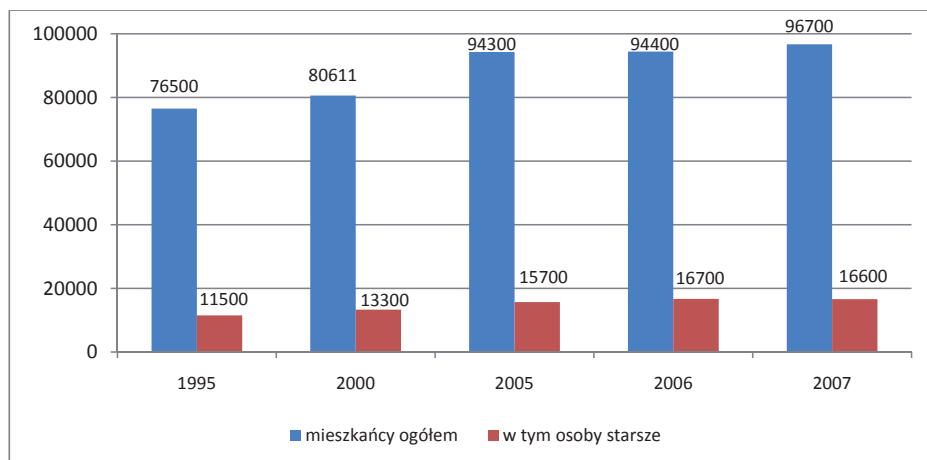
¹⁶⁵ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998; Z. Szarota, *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku...*

Tabela 40. Pomoc społeczna stacjonarna, w tym dla osób starszych

Wyszczególnienie	Lata				
	1995	2000	2005	2006	2007
Domy i zakłady, łącznie ze ŚDS (bez filii)	831	936	1196	1255	1313
w tym dla osób starszych	157	199	280	298	b.d.
Miejsca	79 900	81 700	97 500	99 100	101 100
w tym dla osób starszych	12 300	13 600	16 800	17 700	b.d.
Mieszkańcy	76 500	80 611	93 400	94 400	96 700
w tym osoby starsze	11 500	13 300	15 700	16 700	16 600
w %	15,03	16,499	16,81	17,69	17,17

Źródło: dane GUS

W 2007 roku w 1313 polskich domach pomocy społecznej znalazło schronienie 16,6 tys. starszych osób¹⁶⁶, co oznacza, że 17,17% ogółu podopiecznych systemu stacjonarnej pomocy to osoby w podeszłym wieku. Z analizy danych zamieszczonych w tabeli 40 i na wykresie 18 wnioskować można, że udział osób starszych w ogólnej liczbie mieszkańców domów pomocy społecznej systematycznie rośnie.



Źródło: dane z tab. 39

Wykres 18. Liczba osób starszych w ogólnej liczbie mieszkańców domów pomocy społecznej

Na terenie województwa małopolskiego działało w 2007 roku łącznie 39 ośrodków dla seniorów, w tym: 15 dps dla osób w podeszłym wieku (10 samorządowych i 5 pozarządowych), 16 dps dla osób przewlekle chorych somatycz-

¹⁶⁶ Mały rocznik statystyczny Polski, GUS, Warszawa 2008, s. 263.

nie (9 samorządowych i 7 działających na zlecenie) oraz 8 samorządowych placówek o łączonym profilu usług – dla osób starszych, przewlekle chorych i psychicznie niepełnosprawnych.

W 1997 roku wprowadzono obowiązek podnoszenia i wyrównywania jakości usług w polskich domach pomocy społecznej. Wyznaczono 10-letni okres, w ciągu którego istniejące i nowo budowane placówki były zobowiązane do opracowania i realizacji programów naprawczych, jeśli nie funkcjonowały na poziomie wyznaczonym określonym standardem. Większość domów niestety nie zdążyła przeprowadzić modernizacji i optymalizacji usług do końca 2006 roku. Największym problemem było spełnienie norm dotyczących zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, metrażu pokoi mieszkalnych oraz dostępności mieszkańców do sanitariatów. Kolejną dotkliwą kwestią był brak systemu przeciwpożarowego, bariery architektoniczne w placówkach i ich otoczeniu, brak systemu przyzywowo-alarmowego, infrastruktury dziennej (pokoje dziennego pobytu) oraz niespełnienie norm zatrudnienia pracowników socjalnych¹⁶⁷. Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem placówki, które nie spełniają obowiązującego standardu, są zobowiązane do opracowania i realizacji programu naprawczego do końca 2010 r.

Najnowszą propozycją usług opiekuńczych świadczonych w ramach pomocy społecznej są rodzinne domy pomocy (RDP). Ich zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki dla 3 do 8 osób, wymagających z powodu wieku wsparcia w tej formie. RDP świadczy całodobowe usługi opiekuńcze zapewniające udzielenie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, w tym pielęgnację w czasie choroby oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, opiekę higieniczną, w miarę potrzeby pomoc w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu, organizację czasu wolnego, pomoc w zakupie odzieży i obuwia, a także w załatwianiu spraw osobistych, kontakty z otoczeniem, organizację czasu wolnego, usługi bytowe zapewniające miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości. Osoby w podeszłym wieku powinny mieć zapewnione odpowiednie warunki lokalowe (np. właściwie wyposażone pokoje, nie więcej niż trzyosobowe), budynek i jego otoczenie bez barier architektonicznych, w budynkach wielopiętrowych bez wind – pokoje mieszkalne mają się znajdować na parterze. Wyżywienie – co najmniej 3 posiłki dziennie (także uwzględniające dietę) i odpowiednie warunki sanitarne (środki czystości, przybory toaletowe itp.). W budynku powinny znajdować się także pokój dzienny służący jako jadalnia, pralnia i suszarnia, sanitariaty: jedna łazienka dla nie więcej niż 5 osób i jedna toaleta przeznaczona dla nie więcej niż 4 osób. Pozostałe standardy są obniżone w porównaniu z poziomem usług domów pomocy społecznej; nie wymagany jest system przeciwpożarowy, nie trzeba prowadzić terapii zajęciowej, gromadzić księgozbioru, nie ma samorządu mieszkańców, właściciele nie angażują się w praktyki religijne rezydentów.

¹⁶⁷ Wywiad z pracownikiem Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

Osoby lub rodziny, które zgłoszą gotowość prowadzenia RDP na podstawie działalności gospodarczej, zawierają z gminą porozumienie, które określa obowiązki obu stron. Prowadzenie tej formy usług bez zgody wojewody jest nielegalne. Kontrole jakości usług przeprowadzane są kwartalnie przez gminę, wojewoda zleca lustracje kompleksowe nie rzadziej niż raz na trzy lata¹⁶⁸. Oplatę za pobyt w rodzinnym domu ponosi osoba przebywająca w tym domu lub jej rodzina. Wysokość tej opłaty ustala prowadzący RDP w porozumieniu z gminą na zasadach podobnych jak w przypadku odpłatności za świadczenia domów pomocy społecznej (70% świadczenia emerytalno-rentowego)¹⁶⁹. W roku 2007 w całym kraju z usług 10 RDP korzystały 44 osoby. W Małopolsce istniały dwa rodzinne domy pomocy, ich podopiecznymi było zaledwie 6 osób¹⁷⁰. Jest to zatem forma wciąż mało popularna, ale nie ze względu na rozmiar potrzeb społecznych, a raczej z uwagi na trudności związane z prowadzeniem tego typu placówki opiekuńczej.

Inną propozycją dla seniorów są placówki opieki całodobowej – prywatne domy opieki, o różnicowanym standardzie usług. Są wśród nich zakłady prowadzone przez Kościół, organizacje charytatywne, stowarzyszenia dobroczynne, osoby prywatne – na zasadzie działalności gospodarczej. Świadczenie całodobowej opieki jest możliwe **wyłącznie** po uzyskaniu zgody wojewody i wpisie do oficjalnego rejestru. Prowadzenie placówki opieki bez spełnienia tych warunków jest nielegalne i podlega karze¹⁷¹.

Placówki te muszą świadczyć całodobowo usługi bytowe zgodne ze standardami i polegające na stworzeniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, zapewnieniu wyżywienia, utrzymaniu czystości. Budynek i jego otoczenie mają być pozbawione barier architektonicznych, w budynkach wielokondygnacyjnych, w których nie ma wind, pokoje mieszkalne powinny znajdować się na parterze, mogą być maksymalnie trzyosobowe (pokój jednoosobowy nie może być mniejszy niż 9 m², w pokoju dwu- i trzyosobowym powierzchnia przypadająca na jedną osobę ma wynosić minimum 6 m²). Pokoje mieszkalne powinny być wyposażone w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła i szafkę nocną dla każdej osoby. Ponadto ośrodek powinien posiadać pokój dziennego pobytu służący jako jadalnia, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia. Liczba łazienek powinna zapewnić możliwość korzystania

¹⁶⁸ M. Szlązak (red.), *W trosce o seniorów...*, s. 54.

¹⁶⁹ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. rodzinnych domów pomocy, Dz.U. z 2005 r., nr 153, poz. 1276.

¹⁷⁰ *Statystyka za rok 2007...*

¹⁷¹ Podstawa prawna: Ustawa o pomocy społecznej...; Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dn. 28.04.2005 r. ws. wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę, Dz.U. nr 86, poz. 739; Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dn. 28.04.2005 r. ws. wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie w ramach działalności statutowej placówki zapewniającej całodobową opiekę, Dz.U. nr 86, poz. 740; Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dn. 23.03.2005 r. ws. nadzoru i kontroli w pomocy społecznej, Dz.U. nr 61, poz. 543.

z nich przez maksymalnie pięć osób, a w przypadku toalet przez nie więcej niż cztery osoby, łazienki powinny być przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych.

Dom opieki ma zapewnić co najmniej trzy posiłki dziennie, w tym posiłki dietetyczne, zgodnie ze wskazaniem lekarza. Przerwa między posiłkami powinna być nie krótsza niż 4 godziny, a ostatni posiłek podawany nie wcześniej niż o godzinie 18. Placówka powinna gwarantować dostęp do drobnych posiłków i napojów między posiłkami głównymi, udostępniać środki higieny osobistej, środki czystości, niezbędne przybory toaletowe. Sprzątanie pomieszczeń ma się odbywać w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie.

Domy opieki są odpowiedzialne także za realizację usług opiekuńczych zapewniających pomoc w czynnościach życia codziennego (także pomoc w ubieraniu się, myciu, kąpielu, jedzeniu, w zakupie odzieży i obuwia), opiekę higieniczną i pielęgnację w czasie choroby, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych, ułatwianie kontaktów mieszkańca z otoczeniem, organizację czasu wolnego rezydentów.

Placówki te nie mają prawnego obowiązku posiadania systemu alarmu przeciwpożarowego, nie muszą instalować urządzeń pozwalających na przywoływanie personelu, a także dbać, by budynek był wyposażony w pomieszczenia do terapii i rehabilitacji.

Nie są kontrolowane pod kątem organizowania terapii zajęciowej dla rezydentów, nie mają obowiązku prowadzenia działań zmierzających do usprawniania i aktywizacji mieszkańców, umożliwiania im udziału w różnych imprezach kulturalnych, nie muszą też gromadzić zbiorów bibliotecznych i prenumerować prasy codziennej.

Nie mają obowiązku zaspokajania potrzeb religijnych pensjonariuszy, organizowania kontaktów z kapłanem i posiadania kaplicy na terenie placówki. W odróżnieniu od publicznych jednostek nie muszą zapewniać warunków do rozwoju samorządności mieszkańców¹⁷². Kwalifikacje kadry zatrudnionej w placówce prowadzonej przez podmiot niepubliczny nie muszą spełniać wymogów zgodnych z ustawą¹⁷³.

Reasumując, osoby starsze mogą skorzystać ze świadczeń pieniężnych (zasiłki) oraz świadczeń niepieniężnych, realizowanych albo w środowisku, albo w ośrodkach wsparcia. Mogą korzystać ze wszystkich świadczeń przewidzianych w ustawie o pomocy społecznej, jeśli zostaną do nich zakwalifikowane (np. poradnictwo, interwencja kryzysowa, bilet kredytowany, czyli bilet upoważniający do bezpłatnego przejazdu najtańszymi środkami komunikacji, udzielenie schronienia, posiłku, niezbędnego ubrania, sprawienie pogrzebu).

¹⁷² Ustawa o pomocy społecznej..., art. 68, pkt 42.

¹⁷³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2.08.2005 roku ws. zasad wynagradzania pracowników samorządowych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych jednostek samorządu terytorialnego, Dz.U. nr 146, poz. 1222.

W tabeli 41. zaprezentowano dotychczas omówione formy wsparcia udzielane przez resort pomocy społecznej.

Tabela 41. Formy usług instytucjonalnej pomocy społecznej dla osób starszych

Rodzaj usług instytucjonalnych	
Usługi opieki środowiskowej	Usługi stacjonarne
Pomoc finansowa	Domy pomocy społecznej – kompleksowe zaspokajanie potrzeb użytkowników, praca socjalna
Pomoc rzeczowa i w naturze – świadczenia niepieniężne	
Usługi opiekuńcze – gospodarcze – pielęgnacyjne – specjalistyczne	
Środowiskowe Ośrodki Wsparcia: – dzienne domy pomocy – środowiskowe domy samopomocy	Rodzinne domy pomocy – zaspokajanie potrzeb mieszkańców
Samopomocowe ośrodki wsparcia, kluby samopomocy, ośrodki interwencji kryzysowej	Placówki opieki całodobowej, domy opieki – usługi bytowe, opiekuńcze
Mieszkania chronione*	
Praca socjalna, poradnictwo, interwencja kryzysowa	

* Nad kilkoma mieszkaniami z wyposażeniem dostosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych czuwa asystent, sprawujący dyskretny dozór nad samodzielnym życiem lokatorów. Zob.: *Narodowa Strategia Integracji Społecznej...*, s. 53.

Praca socjalna, poradnictwo, interwencja kryzysowa są świadczeniami bezpłatnymi, występującymi bez względu na dochód osoby.

3.3.2. Opieka poza resortem pomocy społecznej

Stosunkowo długą i niezwiązaną z resortem pomocy społecznej historię mają spółdzielcze domy dla ludzi starszych¹⁷⁴. Należy jednak zauważyć, że słuszna w założeniach idea patronująca ich powstawaniu, zaginęła w realiach gospodarki wolnorynkowej. Budynki z wyraźną infrastrukturą socjalno-usługową i mieszkalną, dostosowaną do potrzeb i możliwości seniorów, z zapleczem w postaci gabinetów pielęgniarek, pomieszczeń rekreacyjnych, tracą swe pierwotne przeznaczenie. Gdyby ruch spółdzielczy lub gminy pozyskały te zasoby mieszkaniowe, można byłoby rozwinąć sieć mieszkań chronionych, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów na dostosowanie infrastruktury do potrzeb starszych i niepełnosprawnych samotnych osób. Tymczasem, zgodnie z prawem spółdzielczym, po przekształceniu mieszkań lokatorskich we własnościowe, po śmierci najemcy przechodzą one na własność spadkobierców pierwotnych najemców. Lokale tego rodzaju obecnie rozproszone są

¹⁷⁴ Por. A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie...*, s. 152.

w różnych dzielnicach miast, a spółdzielnie mieszkaniowe proponują swoim najstarszym członkom zwyczajne mieszkania, najczęściej garsoniery.

W Krakowie jednak istnieje od 1974 roku jedyna w Polsce Spółdzielnia Mieszkaniowa „Domy Pogodnej Jesieni”. Zgodnie z uzyskanymi danymi zrzesza 1550 członków. Dysponuje 14 budynkami z 1165 lokalami o łącznej powierzchni 38 380 m². Są one usytuowane w różnych dzielnicach miasta, na różnych osiedlach, wśród zieleni. Świadczenia spółdzielni, poza administrowaniem zasobami, obejmują udzielaną w budynkach mieszkaniowych pomoc lekarsko-pielęgniarską (obecnie działania te prowadzą głównie społecznie emerytowani pracownicy służby zdrowia). Budynki zostały wzniesione z myślą o potrzebach osób starszych, emerytów, rencistów i inwalidów. Przydzielane są im mieszkania lokatorskie jedno- i dwupokojowe z zainstalowaną instalacją przyzywową, łączącą się z mieszkaniem i gabinetem pielęgniarki. Działają samorządy mieszkańców, kluby seniora, organizowane jest życie kulturalne i samopomoc sąsiedzka. W większości budynków znajdują się stołówki, w czterech działają we współpracy z krakowskim MOPSy dzienne domy pobytu, filie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej, z usług których korzystają także osoby nie będące członkami spółdzielni¹⁷⁵.

Opiekunowie osób starszych pracują również w zakładach opieki długoterminowej: Zakładach Opiekuńczo-Lecznicych (ZOL), Zakładach Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (ZPO), hospicjach. Instytucje te nie należą do sektora pomocy społecznej, są związane z resortem zdrowia, proponują świadczenia medyczne i pielęgniarskie, kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub odpłatne¹⁷⁶.

Jedną z możliwości udzielenia pomocy osobie chorej jest korzystanie z pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Jest ona świadczona w domu chorego maksymalnie do 6 miesięcy. Polega na wykonywaniu koniecznych zabiegów pielęgniarskich we współpracy z lekarzem rodzinnym. Jest kontraktowana w NFZ¹⁷⁷.

Oddziały dla osób przewlekle chorych tworzone w szpitalach zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską nad pacjentami, którzy nie wymagają intensywnego leczenia, jednak ich stan zdrowia nie pozwala na wypis do domu. Obejmują kontynuację leczenia, pielęgnację, rehabilitację osób po przebytych leczeniu krótkoterminowym. „Placówki są w całości finansowane w ramach kontraktu z NFZ. Wszystkie świadczenia realizowane w szpitalu łącznie z kosztami hotelowymi są dla pacjenta bezpłatne. Jeśli pobyt pacjen-

¹⁷⁵ Witryna *spoldzielnie mieszkaniowe.pl*; <http://www.spoldzielniemieszkaniowe.pl/main/spoldzielnia-mieszkaniowa-domy-pogodnej-jesieni,140,127.html>.

¹⁷⁶ Osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest przez starostę do tych zakładów. Podstawa prawna: Ustawa o pomocy społecznej..., art. 54, pkt 3.

¹⁷⁷ *Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa*, Załącznik do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 11/2004, s. 42; http://opiekapaliatywna.org/z11z_2004.pdf [data dostępu 12.03.2006].

ta przedłuża się ponad 30 dni, zwykle rozważa się przeniesienie do ZOL lub ZPO¹⁷⁸.

Pobyt pacjenta w ZOL lub ZPO ma charakter długookresowy. Czas pobytu wyznaczają jego potrzeby. Usługi ZOL obejmują leczenie, diagnostykę, pielęgnację, terapię zajęciową, rehabilitację, w ramach opieki długoterminowej osób przewlekle chorych lub dla przewlekle chorych psychiatrycznie. Pacjentów, którzy zakończyli okres leczenia w szpitalu, są zdiagnozowani i nie wymagają dalszej hospitalizacji, obejmują całodobową opieką i leczeniem ze względu na zły stan ich zdrowia i niepełnosprawność oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym¹⁷⁹. Niektóre ZOL świadczą opiekę paliatywną. Większość oferuje także pracę lub usługi socjalne. „Wyróżnia się zakłady: ogólne dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, specjalistyczne np. dla psychicznie chorych, dla chorych na chorobę Alzheimerera, stwardnienie rozsiane i in., dla określonych kategorii pacjentów np. dla dzieci, dorosłych”¹⁸⁰. Czas pobytu nie przekracza 6 miesięcy.

ZPO to także placówka stacjonarna, w której prowadzi się całodobową opiekę obejmującą świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla rekonwalescentów i pacjentów nie wymagających dalszego leczenia szpitalnego.

Osoba przebywająca w ZOL lub ZPO ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczna opłata odpowiada 250% najniższej emerytury, z tym że opłata wnoszona przez pacjenta nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% jego miesięcznego dochodu (w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej)¹⁸¹. Świadczenia zdrowotne, badania diagnostyczne, leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze udzielane podopiecznym finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia (dotyczy osób objętych ubezpieczeniem)¹⁸².

Jednostki prowadzące działalność gospodarczą sprzedają swoje usługi po cenach komercyjnych, zawierając z pacjentami umowę cywilno-prawną, w której wyspecyfikowane są świadczone usługi. Możliwy jest także system hybrydowy, cechujący się tym, że podmiot niepubliczny prowadzący usługi opiekuńcze zawiązuje kontrakt z NFZ na pokrycie kosztów leczenia i rehabilitacji, ale obciąża opłatą pacjenta za usługi socjalno-bytowe.

¹⁷⁸ K. Szczerbińska, *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce i Europie*, Doc-Edu Program Edukacyjny Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Program Edukacja i Kultura Leonardo da Vinci; <http://www.docedu.klrwp.pl/print.php?id=135> [data dostępu 3.01.2009].

¹⁷⁹ *Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie...*, s. 17.

¹⁸⁰ K. Szczerbińska, *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce i Europie...*

¹⁸¹ Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135, art. 18.

¹⁸² Za: Rzecznik prasowy Dolnośląskiego OW NFZ, *Informacja ws. odpłatności i zasad pobytu w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych*; <http://www.nfz.gov.pl/new/drukuj.php?artnr=1582&czartnr=0&drukuj=1> [data dostępu 18.11.2008].

Chorujące osoby, bez nadziei na powrót do zdrowia, mogą korzystać z usług hospicjum oraz ośrodków opieki paliatywnej. Ruch hospicyjny przybył do Polski w latach osiemdziesiątych XX wieku. Jego misja sprowadza się do realizacji trzech celów: „udzielania osobom ciężko chorym, głównie na choroby nowotworowe, w ostatnim okresie życia opieki medycznej, psychicznej, społecznej i duchowej przystosowanej do poszczególnych potrzeb chorych; udzielania pomocy rodzinom; jednoczenia ludzi dobrej woli, gotowych udzielać społecznie powyższej opieki”¹⁸³. Głównym celem opieki jest afirmacja życia pacjenta do ostatnich chwil jego trwania. Praca służy poprawie „jakości życia chorych i ich rodzin poprzez leczenie objawowe, zwalczanie bólu, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, wspomaganie rodziny w czasie trwania choroby i w okresie sieroctwa”¹⁸⁴.

W hospicjach każdego typu stosowana jest medycyna paliatywna.

Opieka paliatywna (wg WHO) jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia. Otacza jak płaszczem (łac. *pallium* – płaszcz) nieuleczalnie chorych oraz ich udręczoną rodzinę. Celem jej jest poprawienie jakości życia chorych i ich rodzin¹⁸⁵.

Opieka paliatywna jest specjalistycznym świadczeniem medycznym. Obejmuje: zwalczanie wszechogarniającego bólu, leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację, łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych, pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych, wspieranie rodzin w czasie trwania choroby i osierocenia, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników¹⁸⁶.

W Polsce praca hospicjów finansowana jest poprzez kontrakty z NFZ, ale często otrzymują one wsparcie finansowe od samorządów terytorialnych, organizacji pozarządowych, sponsorów i osób prywatnych. Słynną doroczną akcją w Krakowie są „Pola nadziei”, wśród mieszkańców miasta w zamian za ich datki rozprowadzane są żonkile – symbole nadziei. W hospicjum wszystkie świadczenia realizowane są bezpłatnie. Pacjenci są przyjmowani na podstawie skierowania lekarza rodzinnego, ale w oczywistych przypadkach skierowanie nie jest konieczne. Opiekunowie i wolontariusze tam zatrudnieni uczestniczą w kursach kształtujących szczególne umiejętności potrzebne w pracy z osobami nieuleczalnie chorymi.

Praca hospicjów przyjmuje różną postać:

– **Hospicjum stacjonarne**, zakład opieki zdrowotnej. Znajdują się w nim pomieszczenia przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych z zachowaniem praw pacjentów do intymności (sale chorych są maksymalnie

¹⁸³ Witryna Hospicjum św. Łazarza w Krakowie; <http://www.polanadziei.pl/hospicjum.php>.

¹⁸⁴ K. Szczerbińska, *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce i Europie...*

¹⁸⁵ *Szczegółowe materiały informacyjne o podmiocie...*, s. 2.

¹⁸⁶ Ibidem.

trzyosobowe), gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski, jadalnia, aneks kuchenny, pomieszczenia rekreacyjne dla personelu i wolontariuszy, sala dziennego pobytu, gabinet do psychoterapii, izolatka, kaplica, pokój *pro morte* – pokój pożegnań ze zmarłymi, czasem kawiarnia lub sklepik. Niektóre hospicja dysponują biblioteką, instrumentami muzycznymi, ogrodem. Wnętrza są jasne, przytulne, „domowe”, panuje życzliwa atmosfera. Pracownicy hospicjów i wolontariusze, poza interdyscyplinarnymi kwalifikacjami, dają najcenniejszy dar umierającym – swój czas, obecność i zainteresowanie.

– **Hospicjum domowe** (hospitalizacja domowa), zakład opieki zdrowotnej złożony z wykwalifikowanych interdyscyplinarnych służb medycznych, socjalnych i psychologicznych, wolontariuszy i kapelana, przy współpracy z rodziną chorego, jest podstawową formą opieki zastępującą pobyt chorego w szpitalu. Lekarz hospicjum domowego świadczy usługi na rzecz pacjenta średnio raz w tygodniu, pielęgniarka średnio trzy razy w tygodniu, pozostali członkowie zespołu w zależności od potrzeb pacjenta.

– **Poradnia medycyny paliatywnej** (opieki paliatywnej i walki z bólem), zakład opieki zdrowotnej, świadczy porady, konsultacje, wizyty domowe. Udziela wsparcia psychologicznego rodzinie osoby umierającej. Jest miejscem kontaktu z rodzinami chorych zgłaszającymi swoich bliskich w celu objęcia ich opieką, spełnia głównie rolę konsultacyjną¹⁸⁷.

– **Oddział medycyny (opieki) paliatywnej, hospicyjnej** – odbywa się tu krótkotrwała hospitalizacja chorych, u których kontrola medyczna jest niemożliwa w warunkach domowych, w celu leczenia ich bólu; opieka nad umierającymi samotnymi lub pozbawionymi opieki w domu, daje również czasowe wytchnienie rodzinom umęczonym koniecznością sprawowania stałej opieki nad umierającym.

– **Oddział opieki dziennej**, chory 1–2 razy w tygodniu przyjeżdża np. pod opieką wolontariusza na oddział, korzysta z zajęć relaksacyjnych (terapia zajęciowa, arteterapia, kąpiel, fryzjer, rehabilitacja), spożywa posiłek¹⁸⁸.

Istnieje Karta praw człowieka umierającego. Jej zasady są przestrzegane w hospicjach (ryc. 9)¹⁸⁹.

¹⁸⁷ Zob. *Szczegółowe materiały informacyjne...*, s. 4, 7, 15.

¹⁸⁸ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa...*, 90.

¹⁸⁹ Upowszechniana jest także 16-punktowa Karta praw człowieka umierającego wg A. Barbus: „Mam prawo do traktowania mnie jak człowieka aż do śmierci; Mam prawo do zachowania nadziei bez względu na zmiany, jakim może ona podlegać; Mam prawo do opieki osób, które potrafią zachować nadzieję bez względu na zmiany, jakim mogłaby ona podlegać; Mam prawo do wyrażania uczuć i emocji związanych ze zbliżającą się śmiercią w swój własny sposób; Mam prawo do uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nade mną; Mam prawo do umierania w odosobnieniu; Mam prawo oczekiwać ciągłej lekarskiej i pielęgniarskiej uwagi, nawet wówczas, gdy cele ‘lecnicze’ będą musiały być zastąpione celami ‘pielęgniacyjnymi’; Mam prawo do uwolnienia od bólu; Mam prawo do rzetelnych odpowiedzi na moje pytania; Mam prawo nie być oszukiwanym; Mam prawo do wspomagania mojej rodziny i wspomagania mnie przez nią w zaakceptowaniu mojej śmierci; Mam prawo do umierania w spokoju i godności; Mam prawo do zachowania własnej tożsamości i swobody moich decyzji, które mogą być sprzeczne z przekonaniem innych; Mam prawo do poszerza-

Umierający człowiek ma prawo do:

1. Naturalnej, godnej i świadomej śmierci.
2. Umierania we własnym domu, a jeśli to niemożliwe – nie w izolacji i w osamotnieniu.
3. Rzetelnej informacji o stanie swego zdrowia i udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego osoby.
4. Zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości.
5. Troski i pielęgnacji z poszanowaniem jego ludzkiej godności.
6. Otwartego wyrażania swoich uczuć, zwłaszcza na temat cierpienia i śmierci.
7. Swobodnego kontaktu z rodziną i bliskimi.
8. Pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnego ze swymi przekonaniami.
9. Niezgody na uporczywą terapię przedłużającą umieranie.
10. Zapewnienia należącego szacunku dla swojego ciała po śmierci.

Ryc. 9. Karta praw człowieka umierającego

W tabeli 42. zgrupowano dane o liczbie zakładów opieki długotrwałej w Polsce. Należy podkreślić, że aktualnie wyraźnie rysuje się tendencja do prywatyzowania ZOL i ZPO, przekazywania ich trzeciemu sektorowi.

Tabela 42. Opieka zdrowotna i pielęgnacyjna

Instytucja	Liczba miejsc (łóżek) w poszczególnych latach			Liczba zakładów
	2000	2005	2006	
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	9633	14726	16099	300
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	2372	5165	4847	119
Hospicjum	451	897	918	59

Źródło: *Mały rocznik statystyczny*, GUS, Warszawa 2007, s. 255

Wzrost zapotrzebowania na usługi w zakresie ochrony zdrowia dotyczy całej ludności, aczkolwiek jest on udziałem głównie osób starszych, długotrwanie chorujących i niepełnosprawnych. Specjaliści w zakresie socjologii medycznej określają rozwój tych potrzeb jako medykalizację życia¹⁹⁰.

Zadaniem wszystkich opiekunów osób starszych jest optymalizacja warunków życia seniorów poprzez dbałość o wysoką jakość życia, pomoc w zaspokajaniu deprywowanych potrzeb, stwarzanie pól aktywności społecznej, kulturalnej, edukacyjnej, dążenie do normalizacji (inkluzyj) jednostek i grup zagrożonych lub dotkniętych marginalizacją społeczną, inicjowanie projektów służących zachęcaniu osób starszych do większej i stałej obecności w życiu publicznym. Należy wzmocnić działania służące identyfikacji osób i rodzin wy-

nia moich przeżyć religijnych i duchowych oraz do dyskusji o nich bez względu na to, co myślą o tym inni; Mam prawo oczekiwać, że po śmierci będzie uszanowana świętość ciała ludzkiego”; za: portal Fundacji Hospicyjnej Hospocjum to też Życie; <http://www.hospicja.pl/akcje/articyle/8214/8215/html> [data dostępu 15.12.2008].

¹⁹⁰ Zob.: B. Uramowska-Żyto, *Medycyna jako wiedza i system działań*, UW, Warszawa 1980, s. 94.

magających usług opiekuńczych, stworzyć system wsparcia udzielanego opiekunom rodzinnym, rozbudować środowiskową sieć wsparcia społecznego.

Bezsporna jest konieczność podmiotowego traktowania osób starszych, w tym przede wszystkim podopiecznych systemu pomocy społecznej. Polityka państwa reguluje tę kwestię uchwałami, zarządzeniami, w których, od wejścia w życie ustawy z 1990 roku, widoczne jest przywiązanie wagi do humanistycznych cech naszego systemu działań opiekuńczo-pomocnych¹⁹¹. Zaważalne jest ogólnospołeczne dążenie do tworzenia warunków sprzyjających pełnemu uczestnictwu człowieka na każdym etapie jego życia we wszystkich dziedzinach rzeczywistości.

4. Praca socjalna a człowiek w podeszłym wieku

Praca socjalna jest elementem i zadaniem pomocy społecznej, wyrosłym na jej gruncie z moralnego i religijnego nakazu działań samopomocowych i filantropijnych świadczonych w społeczeństwach preindustrialnych charytatywnie, na przykład przez Kościół. Pomoc udzielana drugiej osobie zawsze towarzyszyła życiu ludzi, zmieniał się tylko jej zakres i formy. Obowiązek udzielania pomocy był i jest normą społeczną, obowiązkiem powszechnym, dotyczącym wszystkich ludzi. Współcześnie wykonuje go specjalna grupa zawodowa, czyli pracownicy socjalni.

4.1. Definicje pracy socjalnej

Termin praca socjalna (*social work*) pojawił się w początkach XX wieku w Stanach Zjednoczonych, jako określenie zawodowych czynności, którymi zaczęto zastępować dotychczasowe formy dobroczynności¹⁹². Pojęcie to zaczęło oficjalnie funkcjonować od 1917 roku w USA za sprawą stowarzyszenia „National Conference of Social Work”, w którym działali wybitni teoretycy i praktycy, m.in. M. Richmond, J. Addams, E. Abbot¹⁹³.

¹⁹¹ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność...*, s. 36–37.

¹⁹² J. Szmagański, *Praca socjalna*, [w:] D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999, s. 202–203.

¹⁹³ A. Olubiński, *Praca socjalna – aspekty humanistyczne i pedagogiczne*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2006, s. 21; B. Szatur-Jaworska, *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995, s. 26.

Profesjonalizacja działalności filantropijno-opiekuńczej wynikała z długiej tradycji praktycznej pomocy społecznej, ze zgromadzonych doświadczeń.

Nadszedł czas by zerwać z prywatną dobroczynnością oraz akcjami pomocy wynikającymi z odruchów serca, na rzecz pomocy systematycznej, państwowej, instytucjonalnej, wspartej naukowymi osiągnięciami nauk społecznych, takich jak: psychologia, socjologia, ekonomia, medycyna, pedagogika, prakseologia, etyka, metodologia badań naukowych itd.¹⁹⁴

Poszukiwanie odniesień teoretycznych było zasadniczym zwrotem w praktyce pracy socjalnej. Uzawodowienie pracy socjalnej związane było z racjonalizacją działań i antycypacją zdarzeń. Oba te procesy wymagały przygotowania teoretycznego i refleksji¹⁹⁵. W ojczyźnie „unaukowanej” pracy socjalnej, za którą uznawane są Stany Zjednoczone, zaczęły powstawać opracowania teoretyczne o charakterze naukowym oraz szkoły dla pracowników socjalnych¹⁹⁶.

Zgodnie z definicją National Association of Social Workers, amerykańskiego Krajowego Związku Pracowników Socjalnych, „praca socjalna to profesjonalna działalność polegająca na pomocy jednostkom, grupom lub społecznościom we wzbogacaniu lub odtwarzaniu ich zdolności społecznego funkcjonowania i tworzenia warunków społecznych sprzyjających osiągnięciu ich celów”¹⁹⁷. W amerykańskiej tradycji pracę socjalną traktuje się jako działalność usługową, zaliczaną do tak zwanej sfery socjalnej. Praca socjalna rozumiana jest tam na dwa sposoby. Z jednej strony jako zawód, profesja, z drugiej jako *personal social services*, tj. „osobiste usługi społeczne” obejmujące dbałość o rozwój jednostek i ich uspołecznienie, opiekę nad osobami z różnego rodzaju zaburzeniami i deficytami, w postaci terapii i rehabilitacji oraz ochrony, a także udzielanie informacji i poradnictwo, w tym zapewnienie dostępu do specjalistycznych usług¹⁹⁸.

Międzynarodowa Federacja Pracowników Socjalnych (International Federation Social Workers), zrzeszająca krajowe organizacje z około 80 państw, w roku 2000 zdefiniowała pracę socjalną następująco:

jest profesją wspierającą zmianę społeczną, rozwiązywanie problemów powstających w relacjach międzyludzkich oraz wzmacnianie i wyzwalanie ludzi dla wzbogacania ich dobrostanu. Wykorzystując teorie ludzkich zachowań i systemów społecznych, praca socjalna interweniuje w miejscach, gdzie ludzie wchodzą

¹⁹⁴ Ibidem, s. 18.

¹⁹⁵ E. Marynowicz-Hetka, *Praca socjalna i jej aktualne wymiary*, [w:] E. Marynowicz-Hetka i in. (red.), *Pedagogika społeczna i praca socjalna*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998, s. 156.

¹⁹⁶ Por.: A. Olubiński, *Praca socjalna...*, s. 18–19; B. Szatur-Jaworska, *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej...*, s. 106–107.

¹⁹⁷ L. Malinowski, *Opieka społeczna w Polsce*, [w:] L. Malinowski, M. Orłowska (red.), *Praca socjalna służbą człowiekowi*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, s. 45.

¹⁹⁸ B. Szatur-Jaworska, *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej...*, s. 107–108.

w interakcje ze swoim środowiskiem. Fundamentalnymi dla pracy socjalnej są zasady praw człowieka i sprawiedliwości społecznej¹⁹⁹.

W Polsce, w latach dwudziestych XX wieku – prekursorka zawodowej pracy socjalnej i założycielka wyższej szkoły o tym kierunku – Helena Radlińska sformułowała definicję pracy socjalnej, koncentrując się na jej celach: „polega na wydobywaniu i pomnażaniu sił ludzkich, na ich usprawnianiu i organizacji wspólnego działania dla dobra ludzi”²⁰⁰. Jest to działalność, która „występuje nie tylko jako swoista forma pomocy w przezwyciężaniu przez jednostki lub grupy trudnych sytuacji życiowych, ale również jako działalność wychowawcza ukierunkowana na wydobywanie konstruktywnych sił tkwiących w jednostkach i zbiorowościach”²⁰¹. Chodzi więc nie tylko o udzielanie bezpośredniej pomocy finansowej czy rzeczowej, równie ważne jest kompensowanie braków środowiskowych oraz udzielanie wzmocnień pozytywnych, wsparcia, by podopieczni/klienci nabrali sił do dalszej, samodzielnej drogi wiodącej ku ulepszeniu własnego życia. Ogólną ideą, sensem i celem pracy socjalnej jest, zgodnie z myślą Radlińskiej i jej współczesnych kontynuatorów,

mobilizowanie osób, [...] lokalnych środowisk do samodzielnych działań, ujawnienie i umiejętne (profesjonalne) wykorzystywanie sił i możliwości tkwiących w tych osobach, rodzinach i grupach, wskazywanie najlepszych sposobów osiągnięcia celu, jakim jest przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych i odzyskanie zdolności do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie²⁰².

Ustawa o pomocy społecznej z roku 2004 stwierdza: „praca socjalna to działalność zawodowa, mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmocnieniu lub odzyskaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi”²⁰³.

Andrzej Radziewicz-Winnicki uznaje pracę socjalną za działalność ukierunkowaną „na pomoc poszczególnym osobom i grupom społecznym, a także poszczególnym środowiskom lokalnym w kompensowaniu występujących deficytów i zaspokajaniu podstawowych potrzeb”. Jej celem jest wspomaganie „ludzi w uzyskiwaniu efektywnego poziomu funkcjonowania psychospołecznego”²⁰⁴. Niepokoi zawężenie obszaru definicji do funkcji kompensacyjnych, istotą pracy socjalnej jest bowiem wydobywanie sił tkwiących w jednostce

¹⁹⁹ Za: E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 359; por.: wortal International Federation of Social Workers (IFSW); <http://www.ifsw.org/en/f38000138.html>.

²⁰⁰ Cyt. za: B. Szatur-Jaworska, *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej...*, s. 107.

²⁰¹ K. Wódz, *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1998, s. 96.

²⁰² A. Więckowski, *Etyczne aspekty pracy socjalnej*, „Praca Socjalna” 2002, nr 3.

²⁰³ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 6, pkt 12.

²⁰⁴ A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 617.

i środowisku. Podkreślić jednak należy, że autor przedstawianej definicji w innych fragmentach cytowanej pracy rozszerza jej zakres na kontekst wsparcia społecznego, rozwoju jednostki.

Definicję, pozostającą w związku z prakseologiczną funkcją pedagogiki społecznej, formułuje Jerzy Szmagalski:

Praca socjalna jest dziedziną praktyki związaną z instytucjonalną pomocą współczesnych społeczeństw swoim niewydolnym ekonomicznie, społecznie lub fizycznie członkom. [...] można wyodrębnić jej trzy wspólne cechy:

- cel, rozumiany jako pomoc w osobistym i społecznym usamodzielnianiu się ludzi potrzebujących takiej pomocy;
- adresaci, którymi są jednostki, grupy i społeczności;
- konieczność posiadania szczególnych kwalifikacji potrzebnych do jej wykonywania²⁰⁵.

Definicję, ujmującą pragmatyczność pracy socjalnej, proponuje Ewa Marynowicz-Hetka, twierdząc, iż jest ona „pewnym typem praktyki uprawianej przez przedstawicieli profesji społecznych”²⁰⁶, pojmowanym

jako pole działania społecznego różnych podmiotów zorientowanych na pomoc w rozwoju i towarzyszenie jednostkom, grupom społecznym i społecznościom w przełamywaniu sytuacji trudnych. [...] jest dynamicznym procesem zmian i przekształceń, ułatwiającym jednostkom i grupom włączenie się w relacje z sobą samym, z innymi i poprzez innych²⁰⁷.

Definicja ta wprowadza wiele tez do analiz i dyskusji nad kształtem i obszarami pracy socjalnej. Po pierwsze – interdyscyplinarność działań, po drugie – współpracę z innymi instytucjami służby społecznej, po trzecie – zasadę podmiotowości i uczestnictwa, czyli włączanie wspieranych osób i grup do działań na ich rzecz, do ich emancypacji, po czwarte – modelowanie rzeczywistości społecznej dla pozytywnej reorganizacji środowiska.

4.2. Istota i zadania pracy socjalnej

Istotną cechą pracy socjalnej jest pomaganie człowiekowi w rozwoju. „Praca socjalna wyrosła z humanitarnych i demokratycznych ideałów i od swych początków, ponad wiek temu, praktyka pracy socjalnej skupia się na wychodzeniu naprzeciw ludzkim potrzebom i rozwijaniu ludzkiego potencjału”²⁰⁸.

²⁰⁵ J. Szmagalski, *Metody pracy socjalnej w kontekście funkcji prakseologicznej pedagogiki społecznej*, [w:] E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna...*, t. 1, s. 411.

²⁰⁶ E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna...*, t. 1, s. 355.

²⁰⁷ Ibidem, s. 356.

²⁰⁸ Ibidem, s. 359.

Obecnie, w modelowym wymiarze pracy socjalnej, zarzuca się idee (nad)opiekuńczości, wyłączenia, które – w wyniku swoistego paternalizmu dominującego w systemach instytucjonalnej opieki i pomocy świadczonej przez część państw XX-wiecznej Europy – doprowadziły wiele osób do uzależnienia się od świadczeń pomocy społecznej, ukształtowały niekorzystne postawy roszczeniowe i wyuczonej bezradności, szczególnie wśród grup defaworyzowanych, narażonych na marginalizację. Aktualnie, w wyniku zawieranych kontraktów socjalnych, zobowiązuje się klientów do aktywnego i świadomego partycypowania w dążeniu do pomyślnego rozwiązywania swoich problemów. Podejmowane projekty socjalne mają na celu aktywizowanie grup i społeczności lokalnych do działań służących budowaniu i osiągnięciu wspólnego dobrostanu. Szczególnie istotne staje się przestrzeganie praw człowieka.

Współczesna praca socjalna może przyjmować zróżnicowane formy – od pomocy doraźnej do długotrwałych działań wspierających rozwój jednostek i grup. Do najważniejszych form pracy socjalnej zaliczyć należy²⁰⁹:

– Ratownictwo, czyli pomoc doraźną, udzielaną natychmiast po zaistniałej sytuacji zagrożenia. Przykładem ratownictwa są akcje pomocy powodzianom, pogorzelcom, ofiarom klęsk żywiołowych, katastrof, działalność noclegowni dla bezdomnych, schronisk dla ofiar przemocy, jadłodajni dla ubogich.

– Opiekę, jako działalność skoncentrowaną na jej podmiocie, zindywidualizowaną. Od ratownictwa różni się szczegółową diagnozą priorytetowych a dotychczas deprywowanych potrzeb i polega na pomocy osobom znajdującym się w kryzysowych sytuacjach, z którymi nie potrafią się samodzielnie uporać. Niosący opiekę w pewnym stopniu przejmuje odpowiedzialność za podopiecznego. Przykładem mogą być zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy pomocy społecznej, domy opieki.

– Pomoc, czyli działania mające na celu wspieranie rozwoju osób zagrożonych, jak i wszystkich członków danej społeczności. Przykładem jest działalność klubów seniora, stowarzyszeń prosenioralnych, poradnictwo itp.

– Kompensację, nazywaną także interwencją, polegającą na wyrównywaniu braków, które utrudniają odpowiedni rozwój człowieka. Odpowiednim przykładem jest działalność np. rodzinnych form opieki zastępczej, środowiskowych ośrodków wsparcia i domów samopomocy.

Jak wskazuje literatura przedmiotu²¹⁰, zadania pracowników socjalnych polegają na:

– dokonywaniu analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej, diagnozowaniu kwestii i problemów społecznych,

²⁰⁹ Por. B. Szatur-Jaworska, *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej...*, s. 110.

²¹⁰ Por.: D.A. Rybczyńska, B. Olszak-Krzyżanowska, *Aksjologia pracy socjalnej – wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1995, s. 82–83; Ustawa o pomocy społecznej..., art. 6., pkt 12, art. 116 i 119.

– kwalifikowaniu (działanie to wiąże się z przeprowadzaniem wywiadów środowiskowych i planowaniem świadczeń dla osób zgłaszających się po pomoc) i przydzielaniu świadczeń,

– udzielaniu pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy uzyskają zdolność do samodzielnego rozwiązywania problemów, będących przyczyną ich trudnej sytuacji życiowej,

– wspomaganiu osób i rodzin wymagających pomocy w osiągnięciu możliwie pełnej aktywności społecznej,

– świadczeniu poradnictwa, udzielaniu klientom na podstawie dostępnych przepisów odpowiednich informacji, wskazówek i pomocy w rozwiązywaniu ich trudnych życiowych sytuacji w drodze do usamodzielnienia,

– pomocy w załatwieniu spraw urzędowych we właściwych instytucjach państwowych, samorządowych i organizacjach pozarządowych,

– pracy w środowisku lokalnym przy organizowaniu działań na rzecz osób czy grup społecznych będących w trudnej sytuacji życiowej,

– integrowaniu osób, rodzin, społeczności lokalnej,

– pobudzaniu społecznej aktywności i inspirowaniu działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz grup społecznych,

– współuczestniczeniu w inspirowaniu, opracowaniu, wdrażaniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podwyższenie jakości życia,

– inicjowaniu nowych form udzielania pomocy osobom w trudnej sytuacji życiowej,

– współpracy z innymi profesjonalistami, instytucjami i organizacjami w celu doskonalenia istniejących i poszukiwania nowych rozwiązań w zakresie pracy socjalnej,

– uczestniczeniu w różnych formach doskonalenia i kształcenia zawodowego,

– kierowaniu się zasadami etyki zawodowej.

W profesjonalnej działalności pomocowej szczególnie istotne jest nastawienie na niesienie pomocy i postrzeganie drugiej osoby jako najwyższego dobra²¹¹. Decyzje w kwestii osób starych przynoszą spodziewane efekty, jeżeli znajdują odpowiednie umocowanie w konkretnych programach społecznych, formach pomocy, pracy socjalnej – kierowanych do tych ludzi. Instytucje i placówki pomocy społecznej oraz pracownicy socjalni są w dużym stopniu odpowiedzialni za jakość życia osób starszych, gdyż decydują o dystrybucji środków i form pomocy.

Pracownik socjalny, pracując z ludźmi starszymi, powinien realizować następujące cele:

– pomagać jednostkom w nabywaniu umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach oraz w rozwiązywaniu problemów,

²¹¹ Por.: A. Więckowski, *Etyczne aspekty pracy socjalnej...*

– pomagać jednostkom i rodzinom w zdobywaniu środków, także pieniężnych,

- uwrażliwiać instytucje i organizacje na potrzeby ludzi,
- ułatwiać interakcje między jednostkami żyjącymi w danym środowisku,
- ułatwiać interakcje między jednostką a instytucją czy organizacją²¹².

Bardzo istotne jest, żeby pracownik służb społecznych umiał korzystać z zasobów społeczności dla zaspokojenia potrzeb odbiorcy swoich usług: „Chodzi tu o korzystanie z pomocy instytucjonalnej, grupowej, indywidualnej, wolontariackiej, państwowej, społecznej oraz prywatnej; w zaspokojeniu zarówno potrzeb podstawowych, jak i kulturalnych, edukacyjnych, artystycznych, rekreacyjnych oraz społecznych”²¹³.

Praktyka uczy, że praca socjalna może wiązać się niemal ze wszystkimi dziedzinami życia, w przypadku osoby starszej dotyczyć m.in. długotrwałej choroby, niepełnosprawności, ubóstwa, bezradności życiowej i prowadzenia gospodarstwa domowego, niekompetencji cywilizacyjnej (technologicznej), społecznej i kulturowej, starości opuszczonej, niesamodzielnej, zależnej, wykluczenia społecznego, kryzysu osobistego, przemocy wewnątrzrodzinnej, poradnictwa, pomocy w uzyskiwaniu informacji, usług i dostępu do zasobów społeczności lokalnej, pomocy w rozwoju, w zaspokajaniu potrzeb, także rozwojowych.

Praca socjalna w praktyce dotyczy wielu działań²¹⁴. Ich szczegółowa analiza pozwala na stworzenie klasyfikacji obejmującej kilkanaście kategorii:

1. Praca socjalna na rzecz zapewnienia klientowi niezbędnych środków materialnych i finansowych poprzez pomoc:

- w uzyskaniu należnych świadczeń z pomocy społecznej oraz regulowanych innymi rozporządzeniami i ustawami,
- w uzyskaniu świadczeń emerytalno-rentowych, pozostałych świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego,
- w uzyskaniu ulg, umorzeń itp.,
- w uzyskaniu pomocy materialnej od organizacji pozarządowych.

2. Pomoc i edukacja w zakresie gospodarowania budżetem domowym poprzez:

- kształtowanie umiejętności zarządzania pieniędzmi,
- kształtowanie nawyków terminowego i regularnego uiszczania koniecznych opłat,
- wskazywanie możliwości racjonalnego wydawania środków finansowych.

²¹² B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej...*, s. 187–188.

²¹³ A. Olubiński, *Praca socjalna...*, s. 20.

²¹⁴ Materiał uzyskany dzięki badaniu fokusowemu z udziałem pracowników socjalnych MOPS w Krakowie. Ponadto uczestników badań poproszono o pisemnie wypowiedzi ilustrujące zakres ich zawodowych obowiązków. Otrzymano 13 tekstów i poddano je analizie i interpretacji.

3. Pomoc w organizowaniu czasu wolnego.

4. Praca socjalna na rzecz niwelowania nieprawidłowych relacji w funkcjonowaniu rodziny poprzez:

- pomoc w rozwiązywaniu konfliktów w rodzinie poprzez mediacje w rodzinie,
- pomoc w docieraniu do rodzinnego poradnictwa specjalistycznego w tym prawnego, psychologicznego,
- pomoc w docieraniu do ośrodków interwencji kryzysowej,
- wsparcie w rozwiązywaniu problemu przemocy, w szczególności wypełnienie niebieskiej karty, oraz udzielenie pełnych informacji o kompetencjach policji, prokuratury, sądu. Pomoc w nawiązaniu kontaktu z tymi instytucjami.

5. Praca socjalna na rzecz poprawy stanu zdrowia poprzez:

- ułatwienie uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych,
- pomoc w realizacji recept,
- pomoc w staraniu o hospitalizację i w dotarciu do szpitala,
- pomoc w zorganizowaniu wizyty lekarza w domu chorego,
- pomoc w uzyskaniu sprzętu medycznego, ortopedycznego,
- pomoc w załatwieniu usług rehabilitacyjnych świadczonych ambulatoryjnie bądź w placówce stacjonarnej,
- edukację w zakresie profilaktyki i higieny zdrowotnej w rodzinie.

6. Praca socjalna na rzecz zapewnienia opieki osobom starszym i niepełnosprawnym poprzez:

- działania interwencyjne w sytuacji osoby zaniedbanej, zagrożonej, potrzebującej pomocy,
- zapewnienie usług opiekuńczych w domu osoby starszej niepełnosprawnej,
- budowanie wsparcia środowiskowego dla osób starszych, niepełnosprawnych w tym poprzez wolontariat,
- pomoc w uzyskaniu możliwości pobytu w dziennych placówkach wsparcia dla osób niepełnosprawnych i starszych,
- pomoc w uzyskaniu miejsca w środowiskowym domu samopomocy lub innym ośrodku wsparcia, w dotarciu do odpowiedniej grupy,
- pomoc w dotarciu do organizacji pozarządowych zajmujących się osobami starszymi, niepełnosprawnymi i z zaburzeniami psychicznymi,
- pomoc w zapewnieniu opieki całodobowej, np. w domu pomocy społecznej.

7. Monitoring jakości świadczonych usług opiekuńczych.

8. Pomoc socjalna na rzecz wykorzystania uprawnień osób niepełnosprawnych poprzez pomoc:

- w ustaleniu stopnia niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,
- w uzyskaniu sprzętu medycznego, ortopedycznego,
- w uzyskaniu skierowania na turnus rehabilitacyjny, sanatorium,
- w uzyskaniu legitymacji osoby niepełnosprawnej,
- w uzyskaniu usług specjalistycznych, w tym w domu chorego,

- rodzinie w radzeniu sobie z następstwami choroby, skierowanie na zajęcia edukacyjne, grupy wsparcia itp.

9. Podjęcie działań w celu częściowego lub całkowitego ubezwłasnowolnienia i ustanowienia opiekuna prawnego – dla osoby wymagającej ze względu na stan zdrowia tego rodzaju interwencji.

10. Praca socjalna na rzecz zapewnienia godziwych warunków mieszkaniowych, obejmująca pomoc w zakresie:

- złożenia wniosku o przydział lokalu zastępczego, mieszkania socjalnego,
- uzyskania dodatku mieszkaniowego,
- załatwienia formalności związanych z zameldowaniem,
- dostosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej,
- interwencji u administratora w celu przeciwdziałania eksmisji.

11. Pomoc w pozyskaniu miejsca w placówce noclegowej.

12. Pomoc w wyrabianiu dokumentu tożsamości.

13. Pomoc w załatwieniu różnych spraw urzędowych.

14. Pomoc w formalnościach związanych z pogrzebem lub jego organizacją.

Trzy tradycyjne metody pracy socjalnej, czyli praktyczne sposoby realizacji zadań, za sprawą Aleksandra Kamińskiego znane w Polsce jako metody pracy socjalno-wychowawczej²¹⁵, to metoda indywidualnych przypadków²¹⁶, metoda pracy grupowej²¹⁷, metoda organizacji środowiska lokalnego (metoda organizowania społeczności lokalnej, metoda środowiskowa)²¹⁸.

W praktyce pracownicy socjalni kierują się teoriami zaczerpniętymi z kilku modeli, łącząc je we własny, indywidualny model. Modele wykorzystywane obecnie w pracy pracowników socjalnych to: model psychospołeczny (jeden z pierwszych, oparty na zasadach psychoanalizy, traktuje o przyczynowo-skutkowych związkach pomiędzy jednostką a otoczeniem), model funkcjonalny (kładzie nacisk na relacje, problemy rozwiązuje się poprzez powoływanie wyspecjalizowanych agencji, które zajmują się określoną klasą zjawisk), model zorientowany na rozwiązanie problemu (jego celem jest zaangażowanie klienta w działanie mające rozwiązać jego problem, zmobilizowanie sił, nakłonienie klienta do pracy nad rozwikłaniem problemu), model modyfikacji zachowań (oparty jest na behawioryzmie oraz teorii uczenia się, wywodzi się z twierdzenia, że zachowania są reakcjami na bodźce, są odruchowe i wyuczo-

²¹⁵ Za: J. Szmagałski, *Metody pracy socjalnej...*, s. 412.

²¹⁶ D. Lalak, *Teoretyczny i praktyczny sens metody indywidualnych przypadków*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna...*, s. 234.

²¹⁷ A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, PWN, Warszawa 1982, s. 268–269; J. Szmagałski, *Praca socjalna...*, s. 242–264.

²¹⁸ T. Pilch, *Metoda organizowania środowiska*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna...*, s. 265–273.

ne oraz podatne na modyfikację). Modele metod pracy z jednostkami i rodzinami pozostają otwarte²¹⁹.

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele definicji metody indywidualnych przypadków. Jedne z nich koncentrują się na rozwoju osobowości jednostki (M. Richmond)²²⁰, inne na zadaniach pracowników socjalnych mających na celu pomaganie klientowi w określeniu problemu oraz wygenerowaniu różnych sposobów rozwiązania go (J. Rasenburt), kolejne mówią o mobilizowaniu zdolności klienta, pobudzaniu i zachowaniu jego psychicznej energii przy jednoczesnym angażowaniu go w proces świadczenia socjalnego²²¹. Jerzy Szmagałski pisze, że jest to „pomoc jednostce w przewyciężaniu jej trudności funkcjonowania w życiu społecznym”²²².

Bardzo ważne są zasady praktycznego stosowania metody indywidualnych przypadków:

1. Akceptacji – zakłada respektowanie klienta jako osoby, jego problemów, trudności, zrozumienie jego nieporadności oraz poszanowanie osobistych wyborów i decyzji klienta.

2. Komunikacji – pracownik socjalny wchodzi w interakcje z klientem, podczas których obie strony mają prawo się ze sobą nie zgadzać w pewnych kwestiach, istotne jest natomiast, by wzajemnie rozumiały swoje intencje, wypowiedzi, role oraz zamierzenia.

3. Indywidualizacji – jest to bardzo ważna zasada, która wymaga od pracownika zastanowienia się nad specyficznością sytuacji danego klienta, jej wyjątkowością, złożonością oraz rodzajem pomocy adekwatnym do potrzeb danego podopiecznego.

4. Uczestnictwa podopiecznego – zakłada aktywny i świadomy udział klienta w procesie mającym na celu pomóc mu w rozwiązaniu jego problemów.

5. Zaufania i poszanowania prywatności – aby klient mógł uczestniczyć w procesie rozwiązywania własnych problemów, musi mieć przekonanie, że informacje, które przekazuje pracownikowi zostaną wykorzystane tylko na użytek rozwiązania jego problemów (gwarantuje mu to także obowiązująca pracownika socjalnego tajemnica zawodowa).

6. Samoświadomości – zasada ta jest bliska zasadzie akceptacji i traktuje o oddzieleniu motywacji zawodowej, czyli konieczności pomocy potrzebującym od osobistych uprzedzeń czy preferencji pracownika socjalnego.

Istotę metody indywidualnych przypadków stanowi więc dychotomia równoważnych czynności: studium przypadku (*case study*, społeczna diagno-

²¹⁹ R.A. Skidmore, M.G. Thackeray, *Praktyka pracy socjalnej z jednostkami*, [w:] R.A. Skidmore, M.G. Thackeray (red.), *Wprowadzenie do pracy socjalnej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998, s. 73–76.

²²⁰ D. Lalak, *Teoretyczny i praktyczny sens metody indywidualnych przypadków...*, s. 223–225.

²²¹ Za: R.A. Skidmore, M.G. Thackeray, *Praktyka pracy socjalnej z jednostkami...*, s. 73–76.

²²² J. Szmagałski, *Metody pracy socjalnej...*, s. 412.

za) oraz prowadzenie przypadku (*case work*, praktyczna, zadaniowa treść metody). Jest to proces dzielący się na rozpoznanie (diagnozę wstępną), diagnozę właściwą, ustalenie planu postępowania (z harmonogramem działań), interwencję oraz zakończenie. Poszczególne etapy metody zachodzą na siebie, nie można im wyznaczyć konkretnych ram czasowych. Terapia zaczyna się już na etapie rozpoznania (diagnozy), gdy pracownik socjalny pomaga osobie starszej w uzmysłowieniu sobie, na czym polega jej problem, a to pociąga za sobą chęć zmiany²²³.

Praca socjalna z grupami ludzi bazuje na wiedzy o potrzebach ludzi, ich współzależności, organizacji i funkcjonowaniu grupy. Metoda grupowa ma na celu poprawę funkcjonowania społecznego, osiągnięcie społecznie pożądaných celów, efektywniejsze radzenie sobie z problemami oraz podniesienie jakości życia w grupie. Skierowana jest do jednostek w grupie, które, mimo iż tworzą całość, traktowane są indywidualnie. Chodzi bowiem o najpełniejszy rozwój jednostki w jej relacjach do grupy – jednostka jest głównym podmiotem troski, grupa zaś jest narzędziem rozwoju i zmian. Metoda ta odpowiednio stosowana może pomóc jednostkom i grupie w osiągnięciu założonych celów oraz dokonaniu pożądaných zmian u osób doznających problemów (osobistych, rodzinnych, zawodowych, przystosowawczych). Ponadto wykorzystuje elementy terapii, wspomaga samorozwój, wzbogaca osobowość i prowadzi do samospełnienia²²⁴.

Charles D. Garvin, opracowując zasady pracy grupowej, stwierdził, że grupa, jako system wzajemnej pomocy, powinna funkcjonować w taki sposób, by źródłem pomocy dla każdego uczestnika byli inni członkowie (zarówno indywidualnie, jak i grupowo). Pracownik socjalny posługujący się tą metodą powinien rozumieć i wykorzystywać proces grupowy, czyli sekwencję zdarzeń występującą w każdej grupie, która obejmuje wspólne rozwiązywanie problemów, kształtowanie wzorów stosunków interpersonalnych, wzajemne wyrażanie emocji oraz wpływanie na innych. Istotne jest takie kierowanie grupą, które będzie dążyło do maksymalizacji czynników korzystnych i minimalizacji niekorzystnych. Kolejna zasada zakłada, aby w uczestnikach wzmocnić zdolność do samodzielnego funkcjonowania (odnosi się to zarówno do jednostki, jak i grupy). Ostatnia z zasad proponowanych przez Garvina mówi o przeniesieniu doświadczeń wyniesionych z uczestnictwa w grupie na podobne sytuacje spotykane w życiu codziennym²²⁵.

Metoda organizowania środowiska może być rozumiana w dwojaki sposób. Aleksander Kamiński wyróżnia wąskie ujęcie, gdy uruchamiana jest jakaś akcja cykliczna lub stała, lub gdy przedmiotem działania jest jedna grupa społeczna, np. ludzie starzy czy dane zjawisko. Działania te rozwiązują jed-

²²³ R.A. Skidmore, M.G. Thackeray, *Praktyka pracy socjalnej z jednostkami...*, s. 76–81.

²²⁴ Ibidem, s. 86–89.

²²⁵ J. Szmagalski, *Metoda grupowa w pracy socjalnej*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna...*, s. 244.

nak tylko część problemów. Drugie ujęcie, szersze, traktuje środowisko lokalne całościowo, w pełni dostrzega jego problemy oraz zakłada kompleksowy i komplementarny system działań, które mają mieć charakter stały i trwale usuwać zagrożenia i niepożądane zjawiska. Wspomaganie rozwoju, które odnosi się zarówno do osób, jak i warunków, w których żyją, jest zasadniczym celem tej metody. Inne cele przyświecające tej metodzie to cele opiekuńcze, wyrównywanie braków (kompensacja) oraz tworzenie wspólnoty (budowanie więzi, przełamywanie izolacji). Aby skutecznie organizować środowisko, należy zadbać o dwa podstawowe warunki, które pozwolą na udane zastosowanie metody. Pierwszy to istnienie i rozbudzenie sił społecznych, czyli ochotniczych, nieprofesjonalnych organizatorów–wychowawców (współczesnych wolontariuszy). Drugi warunek traktuje o zaangażowaniu przedstawicieli wszystkich grup danej społeczności²²⁶.

Współcześnie postuluje się korzystanie z metametody pracy socjalnej, integrującej w działalności zawodowej założenia powyższych metod w generalistyczny model interwencji²²⁷. Na wykonawców metametody nakłada to obowiązek porzucenia wąskiej specjalizacji zawodowej, poszerzenia kompetencji diagnostycznych, planistycznych i wykonawczych²²⁸.

Praca socjalna jest realizowana także na podstawie tzw. kontraktu socjalnego. Jest to pisemna umowa zawierana z osobą ubiegającą się o pomoc, określająca uprawnienia i zobowiązania obu stron kontraktu – pracownika i klienta, sposoby współdziałania w zakresie rozwiązywania problemu. Odmowa podpisania kontraktu lub nie realizowanie jego zapisu może stanowić podstawę do odmowy świadczenia. Jak wynika z uzyskanych w grupie fokusowej wypowiedzi, osoby starsze zazwyczaj nierozumieją jego istoty, niechętnie poddają się tej metodzie, zakłada ona bowiem aktywizowanie jednostki, w miarę samodzielne pokonywanie problemów. Jest stosowana np. w domach pomocy społecznej podczas opracowywania wspólnie z mieszkańcem indywidualnego planu wsparcia.

Praca socjalna może przyjąć również postać projektu socjalnego²²⁹. Metoda ta jest stosowana w kształceniu i doskonaleniu zawodowym pracowników socjalnych²³⁰. Jednak w praktyce, w działaniach środowiskowych, jest niestety rzadko stosowana. Realizowana jest dotychczas w formie drastycznie uproszczonej szczególnie w placówkach pobytu okresowego i długotermino-

²²⁶ A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej...*, s. 278–286.

²²⁷ J. Szmagański, *Metody pracy socjalnej...*, s. 412–413.

²²⁸ Zob.: E. Wysocka, *Człowiek a środowisko życia, podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007, s. 114.

²²⁹ D. Wolska-Prylińska, *Projektowanie socjalne*, [w:] E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna...*, t. 1, s. 420–424.

²³⁰ E. Kantowicz, *Kształcenie postaw badawczych pracowników socjalnych*, [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych – Centrum AV, Częstochowa 2006, s. 42–50.

wego, angażując zazwyczaj społeczność placówki w przedsięwzięcia natury artystycznej, twórczej. Jest to przedsięwzięcie realizowane zespołowo, mające jasno sprecyzowany cel, podział pracy, założone efekty.

Praca socjalna w każdej postaci ma etapowy charakter. Pierwszym krokiem jest wieloaspektowa diagnoza problemu lub zjawiska społecznego, następnie formułuje się cele pracy i plan zintegrowanych działań, kolejno następuje faza realizacji wyznaczonych zadań, na koniec – ewaluacja efektów. Bardzo ważnym obszarem pracy socjalnej jest diagnoza indywidualna i społeczna, które pozwolą na określenie docelowej grupy odbiorców świadczeń, dokonanie bilansu potrzeb. „Diagnoza społeczna jest punktem wyjścia do planowania i podejmowania decyzji dotyczących aktualnych problemów społecznych, ale także przyszłych zadań”²³¹. Równie istotne są działania z zakresu profilaktyki i kompensacji problemów jednostek i kwestii społecznych, mające na celu zapobieganie defaworyzacji tej grupy wiekowej, jej marginalizacji czy wykluczeniu społecznemu.

4.3. Kształcenie gerontologiczne pracowników socjalnych

Początki kształcenia pracowników socjalnych datowane są na przełom XIX i XX wieku. W tym czasie powstało Międzynarodowe Stowarzyszenie Szkół Pracy Socjalnej, organizowane były kongresy, konferencje pracowników socjalnych, systematycznie wymieniano międzynarodowe doświadczenia w zakresie pracy socjalnej. Potrzebę kształcenia pracowników socjalnych dostrzeżono najpierw w Stanach Zjednoczonych i Anglii. Pierwsze kroki w tym kierunku podjęło w 1897 roku Nowojorskie Towarzystwo Charytatywne, które zorganizowało sześciotygodniowy kurs dla czynnych zawodowo pracowników społecznych – Letnią Szkołę Pracy Dobroczynnej. Przedsięwzięcie odniosło sukces i zaowocowało utworzeniem Nowojorskiej Szkoły Pracy Socjalnej, która od 1963 roku działa w strukturze Wydziału Pracy Socjalnej Uniwersytetu Columbia. W 1920 roku w Chicago uruchomiono kierunek praca socjalna na poziomie studiów wyższych²³². Z biegiem lat powstawało coraz więcej szkół²³³.

W Polsce tradycja kształcenia pracowników socjalnych sięga roku 1907, kiedy to w Królestwie Polskim organizowano kursy społeczne²³⁴. W 1925 roku pod kierunkiem profesor Heleny Radlińskiej, twórczyni polskiej

²³¹ H. Lipke, A. Hryniewicka, *Raport analiza strategii rozwiązywania problemów społecznych...*, s. 26.

²³² Por.: A. Olubiński, *Praca socjalna...*, s. 18–19; B. Szatur-Jaworska, *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej...*, s. 106–107.

²³³ I. Lepalczyk, E. Marynowicz-Hetka, *Tradycje i sytuacja aktualna w kształceniu pracowników socjalnych w Polsce*, „Praca Socjalna” 1990, nr 1–2, s. 10–11.

²³⁴ K. Wódz, *Praca socjalna w miejscu zamieszkania...*, s. 21.

pedagogiki społecznej, powstało Studium Pracy Społeczno-Oświatowej Wolnej Wszechnicy Polskiej. Czas powojenny nie sprzyjał pracy socjalnej, dopiero w 1961 roku została powołana Katedra Pedagogiki Społecznej na Uniwersytecie Łódzkim oraz Katedra Oświaty Dorosłych na Uniwersytecie Jagiellońskim. Studia magisterskie trwały cztery lata. W 1966 roku powstała pierwsza policealna szkoła pracy socjalnej²³⁵. Istotną rolę odegrała tu postać profesora Aleksandra Kamińskiego, wybitnego pedagoga społecznego, kierownika Katedry Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego²³⁶, który aktywnie uczestniczył w organizacji pomaturalnych szkół socjalnych²³⁷.

W 1990 roku w Polsce istniało 18 szkół socjalnych, które kształciły w zawodzie pracownik socjalny. Ponadto, etatowym pracownikom socjalnym stwarzano możliwości uczestnictwa w zawodowych kursach doskonalących. Jednak jakość kształcenia była niezadowolająca²³⁸.

Pierwszym ważnym krokiem w kierunku poprawy tej sytuacji była Ustawa o pomocy społecznej z 1990 roku. Była ona następstwem prac komisji programowej do spraw zawodu pracownika socjalnego przy Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej. Komisja przez kolejne lata prowadziła prace nad reformą kształcenia pracowników socjalnych w Polsce w ramach zachodzących zmian ustrojowych i dostosowania modelu profesjonalnego przygotowania kadr pomocy społecznej do poziomu i wymagań formalnoprawnych Unii Europejskiej. Stworzone minimum programowe decyzją ministra pracy socjalnej z dnia 7 października 1995 roku zostało uznane za obowiązujące.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku oraz jej nowelizacją z 29 lipca 2005 roku „pracownikiem socjalnym może być osoba, która posiada dyplom uzyskania tytułu zawodowego w zawodzie pracownik socjalny, dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych, dyplom wyższej szkoły zawodowej o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków: pedagogika, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie”²³⁹.

Kolejnym krokiem ku całkowitej profesjonalizacji kadr socjalnych stało się utworzenie autonomicznego kierunku studiów wyższych I stopnia: praca socjalna, z dużym modułem treści gerontologicznych na specjalizacji. Należy oczekiwać uruchomienia studiów II stopnia (magisterskich) na tym kierunku.

²³⁵ I. Lepalczyk, E. Marynowicz-Hetka, *Tradycje i sytuacja aktualna w kształceniu...*, s. 12–13.

²³⁶ J. Półturzycki, *Aleksander Kamiński*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa–Radom 2006.

²³⁷ E. Marynowicz-Hetka, E. Cyrańska, *Uniwersytet Łódzki*, [w:] E. Trempała, M. Cichosz (red.), *Funkcjonowanie i kierunki rozwoju pedagogiki społecznej w Polsce. Prezentacja ośrodków akademickich*, Wszechnica Mazurska w Olecku, Olecko 2000, s. 56–62.

²³⁸ Ibidem, s. 12–13.

²³⁹ Ustawa o pomocy społecznej..., art. 116, ust. 1.

W projekcie kolejnej ustawy²⁴⁰ można znaleźć nowe ustalenia. Przewidywany jest rejestr licencjonowanych pracowników socjalnych Okręgowej Izby Pracowników Socjalnych:

Na listę pracowników socjalnych wpisuje się osobę, która łącznie spełnia następujące warunki:

1) posiada:

a) dyplom ukończenia w Rzeczypospolitej Polskiej studiów wyższych na kierunku praca socjalna, lub dyplom ukończenia do dnia 31 grudnia 2013 r. studiów wyższych o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie, jeżeli plany studiów i programy nauczania spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 6, lub

b) dyplom ukończenia w Rzeczypospolitej Polskiej kolegium pracowników służb społecznych, lub

c) dyplom uzyskania w Rzeczypospolitej Polskiej tytułu zawodowego pracownika socjalny, lub

d) dyplom uznany za równorzędny z dyplomami, o których mowa w lit. a – c, lub

e) decyzję ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w przedmiocie uznania kwalifikacji w zawodzie regulowanym pracownik socjalny na podstawie przepisów o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej²⁴¹.

Tytuł zawodowy będzie podlegał ochronie prawnej.

Uczelnie wyższe dużo wcześniej zaczęły włączać w plany studiów specjalności pedagogicznych, psychologicznych, socjologicznych, następnie politologicznych, nauk o rodzinie zagadnienia z zakresu pracy socjalnej oraz gerontologiczne²⁴². Odnotować należy występowanie licencjackich studiów i specjalności oferowanych przez uczelnie wyższe, takich jak np. asystent osoby niepełnosprawnej²⁴³. W interesującej nas dziedzinie ważne jest, aby w plany studiów, w ich minima programowe zostały włączone zagadnienia gerontologii – zarówno w medycznym, jak i społeczno-opiekuńczym ujęciu. Autonomiczny kurs gerontologii społecznej realizowany jest obecnie na wielu specjalnościach. Wobec faktu, że w połowie lat dziewięćdziesiątych XX wieku polskie uczelnie kształcące np. w zakresie pedagogiki asymilowały te treści w znikomej liczbie godzin w obszarze kursów z zakresu pedagogiki społecz-

²⁴⁰ Rządowy projekt ustawy o zawodzie pracownika socjalnego z dnia 20.02.2008, maszynopis.

²⁴¹ Ibidem, art. 21.1.

²⁴² Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa w Akademii Pedagogicznej w Krakowie*, „Gerontologia. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi” 2000, (red.) O. Czerniawska, E. Woźnicka, nr 7 (12), s. 63–78; Z. Szarota, *Gerontologia w programach akademickiego kształcenia pedagogicznego*, „Gerontologia Polska” 1999, nr 7 (3–4).

²⁴³ Gerontologia „zadomowiła się” także w planach edukacji akademickiej, szczególnie w obszarze kształcenia pedagogicznego, por.: „Gerontologia”...

nej, andragogiki, konwersatoriów, seminariów magisterskich, jest to dobra wiadomość²⁴⁴.

W wielu ośrodkach w kraju aktualnie realizowane są także studia podyplomowe o treściach gerontologicznych (np. Łódź, Szczecin, Poznań, Brzeg) lub analizujące wybrane kwestie pod kątem sprofilowanym nazwą oferty kształcenia podyplomowego (np. zarządzanie w pomocy społecznej).

Asystent osoby niepełnosprawnej, opiekunka środowiskowa i opiekun w domu pomocy społecznej to trzy nowe zawody w pomocy społecznej, realizowane także w perspektywie gerontologicznej²⁴⁵. Kształcenie na tych kierunkach podjęty od roku szkolnego 2001/02 policealne szkoły pracowników szkół medycznych i społecznych²⁴⁶. Efektem kształcenia jest kompetentne podjęcie zadań zawodowych:

Do zadań asystenta osoby niepełnosprawnej należy:

współtworzenie programów rehabilitacji i pomocy osobie niepełnosprawnej, doradzanie w zakresie usług medycznych, rehabilitacyjnych, zawodowego przekwalifikowania, kontaktów społecznych, usług kulturalnych, rekreacji i integracji ze środowiskiem, diagnozowanie warunków życia i dążenie do usuwania wszelkiego typu barier (psychologicznych, społecznych, architektonicznych, komunikacyjnych itp.), pobudzanie aktywności osoby niepełnosprawnej oraz jej rodziny w celu zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych, planowanie, kontrolowanie, ocenianie indywidualnego programu, planu pomocy osobie niepełnosprawnej, włączanie osoby niepełnosprawnej w programy instytucji i placówek świadczących usługi rehabilitacyjne, współpraca z mediami ułatwiająca poszukiwanie sponsorów i sojuszników w działaniach na rzecz osób niepełnosprawnych.

Do zadań opiekunki środowiskowej należy:

pomaganie podopiecznemu w codziennych czynnościach domowych (robienie zakupów, sprząatanie, gotowanie, pranie), pielęgnowanie oraz dbanie o zdrowie, higienę osobistą ludzi chorych i niesamodzielnych (mycie, kąpanie, czesanie, golenie, ubieranie, sianie łóżka i zmiana pościeli oraz bielizny osobistej osobie unieruchomionej w łóżku oraz prowadzenie najprostszych ćwiczeń rehabilitacyjnych, uzgodnionych z lekarzem), udzielanie pierwszej pomocy w przypadkach zagrożenia zdrowia i życia podopiecznego, mobilizowanie podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego i rozwijanie jego zainteresowań, aktywizowanie podopiecznego do zwiększania jego samodzielności życiowej, doradzanie w zakresie planowania i organizacji gospodarstwa domowego, kontaktowanie się

²⁴⁴ Por.: Z. Szarota, *Gerontologia w programach...*, s. 13–20.

²⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29.03.2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, Dz.U. nr 34, poz. 405.

²⁴⁶ „Asystent osoby niepełnosprawnej – roczny cykl kształcenia, egzamin zewnętrzny. Opiekun w domu pomocy społecznej – 2-letni cykl nauczania, egzamin zewnętrzny. Opiekun środowiskowy – roczny cykl kształcenia. Egzamin zewnętrzny”. Szczegółowe treści kształcenia zob. np.: Policealna Szkoła Pracowników Służb Medycznych i Społecznych nr 3, Kraków; <http://www.ms26.krakow.pl/kontakt.html> [data dostępu 4.12.2008].

z różnego rodzaju instytucjami w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych, materialnych, mieszkaniowych, rodzinnych i prawnych podopiecznego, inicjowanie pozytywnych relacji międzyludzkich w najbliższym otoczeniu podopiecznego, a zwłaszcza z członkami jego rodziny.

Do zadań opiekuna w domu pomocy społecznej należy:

pomoc i towarzyszenie człowiekowi w codziennych czynnościach z zakresu samoobsługi i higieny osobistej (mycie, kąpanie, ubieranie, czesanie, golenie, pomoc w sianiu łóżka, zmiana bielizny pościelowej, udział w ćwiczeniach rehabilitacyjnych lub aktywizujących zaleconych przez lekarza bądź terapeutę), pielęgnowanie oraz dbanie o zdrowie i higienę osobistą osób chorych i niesamodzielnych, aktywizowanie podopiecznego do zwiększenia jego samodzielności życiowej, doradzanie w zakresie planowania wydatków lub sposobu spędzania czasu wolnego, mobilizowanie podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego oraz rozwijanie jego zainteresowań, udzielanie pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia podopiecznego, aktywne uczestniczenie w procesie rehabilitacji i aktywizacji podopiecznego oraz wykonywanie określonych zadań pod nadzorem lub na zlecenie lekarza bądź terapeuty, kształtowanie pozytywnych relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu podopiecznego, udzielanie wsparcia w sytuacjach trudnych, kryzysowych²⁴⁷.

Od roku 2005/06 kształcenie w tym zakresie realizują 3-letnie kolegia pracowników służb społecznych²⁴⁸.

Organizowane są kursy w zakresie specjalizacji I i II stopnia w zawodzie pracownika socjalnego, realizowane przez jednostki prowadzące kształcenie i doskonalenie zawodowe (po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego)²⁴⁹. Moduł gerontologiczny występuje na II stopniu specjalizacji w zakresie pracy socjalnej z osobami starszymi.

Regionalne ośrodki polityki społecznej od 2000 roku organizują doskonalenie zawodowe kadr, pozostałe ośrodki pomocy społecznej także realizują zapisy ustawy o pomocy społecznej, nakazujące kadrom tego sektora uczestnictwo w propozycjach edukacji ustawicznej nie rzadziej niż raz na dwa lata. W proponowanych treściach szeroko występują zagadnienia gerontologii społeczno-opiekuńczej²⁵⁰.

²⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29.03.2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego...

²⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 7.04.2005 r. w sprawie standardów kształcenia w kolegiach pracowników służb społecznych, Dz.U. nr 62, poz. 555.

²⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 2.08.2005 r. ws. specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny, Dz.U. nr 154, poz. 1289.

²⁵⁰ Np. 20-godzinne warsztaty zrealizowane w lutym 2009 r. skierowane do pracowników socjalnych, pracowników DPS i DDPS, pt. „Dodać życia do lat”. Ich celem jest „przede wszystkim pokazanie możliwości organizowania czasu osobom starszym, ale również zmobilizowanie pracowników do podjęcia działań na rzecz tych osób”. Innym przykładem może być 28-godzi-

W nurcie oświaty dorosłych organizowane są kursy, między innymi przez urzędy pracy, agencje pośrednictwa pracy, stowarzyszenia, np. PCK, PKPS²⁵¹. W treściach kształcenia występują zagadnienia (wybór): sposoby komunikowania się z człowiekiem starszym i niepełnosprawnym, podstawowe problemy psychologiczne osób starszych i niepełnosprawnych, źródła agresji osób starszych i niepełnosprawnych, przepisy prawne dotyczące osób starszych i niepełnosprawnych, elementy pedagogiki społecznej i opiekuńczej, elementy pedagogiki specjalnej, wybrane zagadnienia z psychologii ogólnej i społecznej, wybrane zagadnienia z psychologii rozwojowej, podstawy psychopatologii, polityka społeczna państwa z elementami organizacji pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia w Polsce, wybrane zagadnienia z metodyki pracy z ludźmi niepełnosprawnymi, podstawy prawa, wybrane elementy organizacji i zarządzania, pierwsza pomoc, zagadnienia higieny osobistej oraz najbliższego środowiska, higiena żywienia, metodyka organizacji czasu wolnego, język migowy, wybrane umiejętności interpersonalne, zajęcia praktyczne. Pojawienie się tak szerokiej oferty kształcenia jest odpowiedzią na zmianę demograficzną i jej społeczne konsekwencje, wyrażające się w nowych obszarach potrzeb jednostek i grup.

Nieodległa przyszłość musi przynieść nowy zawód, zgodny z nową jakością potrzeb społecznych: gerontopedagoga²⁵². Nazwa sugeruje usytuowanie specjalności w programach kształcenia pedagogicznego. Zadaniem absolwenta będzie aktywizacja pokolenia trzeciego i czwartego wieku, organizacja czasu wolnego, doradztwo geragogiczne, pozyskiwanie i kształcenie wolontariuszy. Studia przygotowujące do tego zawodu powinny opierać się na wiedzy i umiejętnościach pedagogicznych multidyscyplinarnie połączonych z demografią, ekonomią, socjologią, psychologią. Wysiłki związane z doбором treści z różnych dziedzin wiedzy, kształtowaniem umiejętności i nawyków, realizacją pożądaných celów wychowawczych, m.in. w obrębie postaw przychylnych ludziom starym, powinny zaowocować specjalistyczną kadrą instytucji seniorskich oraz prosenioralnych i placówek pomocy społecznej.

Studia powinny umożliwić gerontopedagom zdobycie kompetencji w zakresie doradztwa geragogicznego, animacji społeczno-kulturalnej i metod pracy socjalnej i kulturalno-oświatowej. Absolwent powinien być przygotowa-

ny kurs „Inicjowanie działań na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym; <http://www.rops.krakow.pl/?s=szkolenia&re=0>.

²⁵¹ Ta ostatnia propozycja jest projektem zakładającym realizację różnych form wsparcia na rzecz bezrobotnych i biernych zawodowo kobiet w wieku powyżej 50 lat. Ma charakter kompleksowy i obejmuje: przygotowanie merytoryczne w zakresie opieki nad osobą starszą, niedołężną i niepełnosprawną; wsparcie psychologiczne w celu podniesienia kompetencji społecznych; zajęcia praktyczne – pielęgnacja przyłóżkowa; opieka w trakcie aktywizacji zawodowej na lokalnym rynku pracy; doradztwo w zakresie podejmowania działalności gospodarczej w sferze świadczenia usług opiekuńczych i samozatrudnienia; monitoring zatrudnialności beneficjentów ostatecznych; <http://www.pkps.org.pl/szansa50.php> [data dostępu 16.10.2008].

²⁵² Zob.: Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa...*, s. 20–21.

ny do organizowania, prowadzenia i pracy w placówkach stacjonarnych dla osób starszych, domach dziennego pobytu, klubach seniora, uniwersytetach trzeciego wieku, umiejętnego zaspokajania różnorodnych potrzeb, w tym także rozwoju, podopiecznych i użytkowników (potrzeb wolnoczasowych, związanych z rekreacją, rewitalizacją, aktywnością kulturalno-edukacyjną, budzeniem i rozwijaniem zainteresowań, działalnością hobbystyczną, towarzyską, społeczną, ludyczną itp.).

Czynności gerontopedagoga/geragoga polegać powinny na wypełnianiu roli diagnosty potrzeb osób starszych, ich doradcy, pośrednika i organizatora aktywności i życia codziennego. Zatrudnienie winien znajdować głównie w placówkach pomocy społecznej, ale i w poradniach geragogicznych, ośrodkach spotkań i klubach seniora, w sanatoriach i domach wypoczynkowych dla osób starszych, w stowarzyszeniach senioralnych i grupach wzajemnej pomocy przedstawicieli tego pokolenia. Tym złożonym zadaniom może sprostać wysoko kwalifikowana kadra przygotowana do zawodu wielofunkcyjnie, interdyscyplinarnie, w toku kształcenia akademickiego lub w systemie dokształcania i doskonalenia zawodowego.

Pogląd utożsamiający poniekąd pracę geragoga/gerontopedagoga (czyli doradcy, kreatora, wychowawcy pokolenia osób najstarszych) z istotą pracy socjalnej oraz jej ścisłe związki z obszarem zainteresowań pedagogiki, zwłaszcza społecznej, wydaje się być słuszny i uzasadniony. Przegląd stanowisk międzynarodowych (niemieckich i szwajcarskich) i koncepcję kształcenia do obszaru pracy socjalnej przedstawiła E. Marynowicz-Hetka, stwierdzając, że praca socjalna pozostaje w ścisłej interakcji z naukami humanistycznymi i społecznymi, a jej istotę, w sferze edukacyjnej, wyznaczają dwa modele: adaptacyjny i rozwojowy. Celem tak pojętego kształcenia jest „przygotowanie do samookreślenia, do podejmowania niezawisłych decyzji”, czyli „przygotowanie do wolności i odpowiedzialności” za dokonane wybory²⁵³. Choć rozważania te dotyczą edukacji do pracy socjalnej, można je przenieść na grunt rozważań i postulatów w zakresie kształcenia gerontologicznego. Istota działań geragogicznych jest bowiem tożsama z istotą pracy socjalnej. „Proces kształcenia dotyczy przygotowania do niektórych zawodów, szczególnie obciążonych **koniecznością podejmowania decyzji, także w imieniu podopiecznego, użytkownika placówki, niekiedy zaś za niego**”²⁵⁴. Regulatorem odmienności metodycznych jest podmiot oddziaływań i określona sytuacja wychowawcza wyznaczona przede wszystkim warunkami zewnętrznymi (środowisko lub placówka pobytu).

²⁵³ E. Marynowicz-Hetka, *Praca socjalna i jej aktualne wymiary...*, s. 165.

²⁵⁴ Ibidem.

CZĘŚĆ III

FUNKCJE RZECZYWISTE POMOCY SPOŁECZNEJ KIEROWANEJ KU NAJSTARSZYM BENEFICJENTOM

Rozdział 1. Pomoc społeczna świadczona osobom starszym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie i jego wybrane podmioty

Reforma administracyjna kraju, wraz z powstaniem powiatów, wprowadziła zmiany w systemie pomocy społecznej. Powołano Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie (PCPR), które realizują przede wszystkim programy polityki prorodzinnej i zadania związane z ponadgminnymi potrzebami w dziedzinie pomocy społecznej.

Działające od 1 stycznia 1999 r. PCPR w Krakowie jest samodzielną jednostką organizacyjną, nie posiadającą osobowości prawnej, działającą jako wyodrębniona jednostka budżetowa. Realizuje zadania własne powiatu krakowskiego w zakresie pomocy społecznej oraz zadania z zakresu administracji rządowej nałożone ustawami lub wykonywane na podstawie porozumień z organami administracji rządowej¹.

Zadania wynikające z kompetencji powiatu (PCPR) skierowane ku starości to: prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym, organizowanie specjalistycznego poradnictwa prawnego, psychologicznego, rodzinnego, udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach, opracowywanie i realizacja powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych² (w tym programów prosenioralnych, antydyskryminacyjnych).

Do zadań Centrum, wykonywanych przez dział pomocy osobom przewlekle chorym w ramach polityki społecznej wobec starości i ludzi starych, należy: nadzór nad prowadzeniem i rozwojem infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym, umieszczanie skierowanych osób w placówkach pomocowych, przygotowanie procedur zlecenia prowadzenia domów różnym podmiotom na podstawie umów, kontrola funkcjonowania dps o zasięgu ponadgminnym, nadzór nad prowadzeniem i infrastrukturą ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, organizowanie innych ośrodków wsparcia o zasięgu powiatowym, dotyczące kierowania osób wyma-

¹ Statut PCPR Powiatu Krakowskiego – Załącznik do Uchwały nr IV/19/99 Rady Powiatu w Krakowie, § 1.

² Ustawa z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. nr 64, poz. 593 ze zm.

gających wzmoczonej opieki medycznej do zakładów opiekuńczo-leczniczych lub placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych.

PCPR zapewnia mieszkania chronione³ osobom, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki. Przygotowuje osoby przebywające w mieszkaniach chronionych do prowadzenia samodzielnego życia. Pomoc osobom tam przebywającym świadczą specjaliści z PCPR, tj. psycholodzy, pedagodzy, pracownicy socjalni, radca prawny, specjaliści pracy z rodziną.

Podczas realizacji zadań powiatu PCPR współpracuje z organami administracji rządowej i samorządowej, organizacjami społecznymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi, fundacjami, stowarzyszeniami, pracodawcami oraz osobami fizycznymi i prawnymi⁴.

Jedno z zadań wyznaczonych PCPR przez politykę społeczną⁵ nawiązuje do określonego w Strategii Rozwoju Powiatu Krakowskiego trzeciego obszaru strategicznego Bezpieczeństwo w formie: „Osiągnięcie standardów Unii Europejskiej”. Ma się to dokonać poprzez realizację następujących punktów:

1. Intensyfikację działań na rzecz integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem.
2. Stworzenie warunków do komercjalizacji usług w zakresie pomocy społecznej.
3. Zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń w domach pomocy społecznej.

Na terenie powiatu krakowskiego (ziemskiego) w roku 2007 funkcjonowały dwa domy pomocy społecznej dla osób starszych, w których mieszkało 238 osób (w jednym – 138, w drugim – 100).

W lutym 2006 r. przyjęta została Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Krakowskim na lata 2006–2010⁶. Misją powiatu krakowskiego w zakresie rozwiązywania problemów społecznych dla osób

³ W Polsce forma wciąż bardzo mało popularna, pomimo niewątpliwych zalet – niskich kosztów utrzymania, pozostawiania osób w ich naturalnym środowisku. W praktyce niezwykle rzadko mieszkania takie zajmują osoby starsze, jest to raczej propozycja dla usamodzielniających się wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz osób z niepełnosprawnością psychiczną. W Krakowie mieszkają w nich osoby porzucające bezdomność. Por.: *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*, s. 52 i n.; http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=378&news_id=65; <http://www.mps.gov.pl/userfiles/File/mps/NSIS.pdf> [data dostępu 16.03.2007]. W województwie małopolskim funkcjonowały w 2007 r. 32 mieszkania chronione, w Krakowie zaledwie 5.

⁴ Statut PCPR...

⁵ Uchwała nr XXXVIII/297/06 Rady Powiatu w Krakowie z dnia 22.02.2006 r. w sprawie Powiatowej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Krakowskim na lata 2006–2010.

⁶ Ibidem.

i rodzin jest stworzenie takich warunków rozwoju i wspierania ich w środowisku naturalnym, aby, wykorzystując ich własne siły i możliwości, mieli zapewnione godne życie. Celem strategicznym uczyniono osiągnięcie wysokich standardów w pomocy społecznej. Cele operacyjne dotyczą:

1. Pomocy rodzinie w środowisku naturalnym oraz rozwoju form opieki zastępczej i lokalnych ośrodków specjalistycznego wsparcia, poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez intensyfikację działań na ich rzecz. Zostaną one osiągnięte poprzez opracowanie informatora dla osób niepełnosprawnych i osób starszych, prowadzenie akcji informowania w środkach masowego przekazu, utworzenie Centrum Wolontariatu, promowanie i wspieranie jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w pozyskiwaniu wolontariuszy, współpracę z samorządami terytorialnymi w zakresie aktualizowania informacji o usprawnieniach w zakresie pomocy społecznej, kształcenie i doskonalenie zawodowe kadr pomocy społecznej z terenu powiatu, większe wykorzystanie możliwości stwarzanych przez techniki informatyczne.

2. Poprawy jakości usług świadczonych w formach pomocy instytucjonalnej oraz projektowanie nowych, zgodnie z potrzebami mieszkańców powiatu. Realizowane są programy naprawcze w domach pomocy społecznej w celu osiągnięcia wyznaczonego prawem standardu jakości usług.

3. Rozwoju usług pomocowych we współpracy z organizacjami pozarządowymi. Głównym wektorem działań jest przekazywanie sektorowi pozarządowemu zadań pomocy społecznej, tworzenie warunków dla partnerskiego określenia i wdrażania ponadlokalnych programów, wspieranie działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe zwłaszcza tam, gdzie występują luki w organizacji i realizacji zadań pomocowych, budowanie koalicji podmiotów realizujących zadania pomocowe, a działających na terenie powiatu krakowskiego, profesjonalne promowanie istotnych dla mieszkańców powiatu sposobów rozwiązywania problemów społecznych.

Aby odnieść się do kwestii ewolucji pomocy społecznej dedykowanej najstarszym beneficjentom, należy prześledzić zmiany, jakie zaszły w wybranym domu pomocy społecznej starostwa ziemskiego w perspektywie 10 lat. Jak wszędzie, wyrażają się one głównie w programach naprawczych związanych z procesem standaryzacji usług. W ich wyniku placówka pozbawiona została barier architektonicznych, zostały zainstalowane systemy przyzywowe i przeciwpożarowe, określono liczbę pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych w stosunku do ogólnej liczby mieszkańców, zainstalowano windy itd. Praca z mieszkańcami opiera się na indywidualnych planach wsparcia, które są opracowywane i realizowane przez członków tych zespołów przy współudziale konkretnych wspomaganych jednostek. W ośrodku zatrudnieni są opiekunowie, terapeuci, instruktorzy terapii zajęciowej i kulturalno-oświatowi, pracownicy socjalni, pielęgniarki, pokojowe, rehabilitanci i dietetycy. Pozostali pracownicy pełnią służbę pomocniczą umożliwiającą całościowe funkcjonowanie domu.

Omawiana placówka istnieje od 10 sierpnia 1992 roku. Wówczas wojewoda krakowski przekazał Wojewódzkiemu Zespołowi Pomocy Społecznej nowo-

czesny, trójkondygnacyjny i z pełnym zapleczem gospodarczym budynek, poprzednio należący do Ośrodka Doradztwa Rolniczego. Działalność wynikająca ze statutu dom rozpoczął w listopadzie 1993 roku.

Sprawozdanie z badań własnych, prowadzonych w latach dziewięćdziesiątych XX w. zawierało informację, że:

W części głównej [ośrodka – Z.S.] znajduje się jadalnia z mnóstwem kwiatów doniczkowych stojących, pnących, płożących się, w efekcie upodabniających pomieszczenie do ogrodu botanicznego. Część pensjonatowa zajmuje trzy piętra z 50 pokojami jednoosobowymi o powierzchni 16 m² każdy, wyposażonymi w bardzo ładne meble (prywatne lub będące własnością ośrodka), z łazienką i dziewięcioma 2-osobowymi apartamentami⁷ (2 pokoje + kuchnia + łazienka + przedpokój, łącznie 36 m²) przeznaczonymi dla małżeństw i rodzin. Na parterze znajdują się pomieszczenia administracji, rehabilitacyjne oraz kaplica, a także obszerne holle. [...] W piwnicach są magazyny, nowoczesna pralnia, kuchnia⁸.

Ponadto w ośrodku znajdowały się obszerna sala gimnastyczna, biblioteka, pokoje dzienne. Pokoje mieszkalne dekorowane były przez ich użytkowników.

Prowadzono kilka rodzajów terapii zajęciowej: muzykoterapię, biblioterapię, prace plastyczne (np. wykonywanie kart świątecznych, okolicznościowych, malowanie na drewnie, szkłe, wydzieranki), oprawianie i opisywanie książek, terapię przez pracę (pomoc w kuchni, przy robieniu przetworów, opieka nad kaplicą, hodowanie kwiatów, plewienie rabat kwiatowych, malowanie krawężników, prace porządkowe wokół budynku, sadzenie drzew, dogłądanie i porządkowanie grobów mieszkańców, przesywanie prześcieradeł, pomoc w organizowaniu imprez okolicznościowych itd.), ludoterapię. Czas wolny wypełniały mieszkańcom imprezy okolicznościowe i kulturalne, prelekcje, wyjazdy do Krakowa i sanktuariów i np. do Włoch (2 tygodnie), pikniki, ogniska, zabawy towarzyskie oraz wiele innych propozycji. Była wideoteka, bilard, gry stolikowe, wiele kompletów puzzli, zbiór kaset magnetofonowych. Działał zespół muzyczny „Old Carnoviensis” skupiający od 15–30 osób. W próbach i występach trupy kabaretowo-tanecznej brali udział także pracownicy. Oferta była bardzo bogata.

Dom był szeroko otwarty dla wszystkich chętnych przybywających z wizytą. Nawiązano ciepłe stosunki owocujące stałym kontaktem z okolicznymi szkołami podstawowymi, z młodzieżą z Krzeszowic, z młodzieżą z Pałacu Młodzieży i Dworku Białooprądnickiego – dwóch wiodących krakowskich domów kultury. Z sali rehabilitacyjnej mogli korzystać okoliczni mieszkańcy za odpłatnością równą aktualnej cenie biletu PKS do Krakowa.

Aktualnie ten dom pomocy społecznej spełnia niemal wszystkie standardy, proponując łącznie 100 miejsc: 65 osobom w podeszłym wieku i 35 osobom

⁷ 16 pokoi miało własne aparaty telefoniczne.

⁸ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998, s. 118–119.

przewlekłe somatycznie chorym. Mieszkańcy zajmują pokoje jednoosobowe z łazienkami, apartamenty z aneksami kuchennymi w części przeznaczony dla osób w podeszłym wieku oraz pokoje 2-, 3-osobowe w części dla osób przewlekłe somatycznie chorych.

Dział medyczno-rehabilitacyjny zatrudnia 26 osób, opiekuńczo-terapeutyczny – 8 osób, co przynosi proporcję zatrudnienia równą 0,36 wobec osób w podeszłym wieku i 0,84 wobec osób przewlekłe chorych.

Rezydenci mogą korzystać z bardzo bogatej oferty zagospodarowania wolnego czasu. Prowadzone są zajęcia w ramach arteterapii i animacji kultury:

- muzykoterapia,
- plastyczna terapia zajęciowa – malowanie, haftowanie, formy gipsowe, wyplatanie ze sznurka, malowanie na szkle za pomocą reliefu itp., wykonywane są stroje i dekoracje dla kółka teatralnego, wystrój i dekoracje wnętrz placówki, prowadzone są zajęcia indywidualne i terapia przyłóżkowa,
- ergoterapia – prace w kaplicy, bibliotece, kuchni, opieka nad kwiatami w pokojach dziennych, terrarium i jadalni,
- biblioterapia – „Spotkania miłośników literatury”, „Spotkania z książką” – głośne czytanie książek, „Poranki poetyckie”, kółko poetycko-literackie „Prima” organizujące cotygodniowe spotkania przy porannej kawie,
- dramatoterapia (kółko teatralne, Międzypokoleniowe Warsztaty Teatralne),
- silwo- i ludoterapia („Miodobranie – Miodogranie”, pikniki, zabawy, „Popołudnia z niespodzianką”),
- zajęcia quizowe mające na celu stymulację aktywności umysłowej mieszkańców (zagadki, łamigłówki, krzyżówki są opracowywane i udostępniane mieszkańcom, po pewnym czasie ma miejsce wspólne spotkanie wyłaniające najlepszych szaradzystów⁹, quizy tematyczne, plenerowe zajęcia „Niekoniecznie quizowa rozrywka umysłowa”).

Redagowane i prowadzone są gazetka domowa, kronika DPS, Złota Księga kółka teatralnego. Organizowane są „Bliskie spotkania trzeciego wieku” z osobistościami świata nauki, kultury, polityki i religii. Odbywają się „Pikniki karniowickie” stwarzające możliwość integracji ze społecznością lokalną, andrzejki, mikołajki, obchodzone są święta patriotyczne (11 listopada, 3 maja), „Popołudnia z niespodzianką”, czyli wspólne świętowanie imienin mieszkańców z danego kwartału, Powiatowe Dni Seniora i wiele innych. Projekty wykraczające poza codzienność domu zrealizowane w roku 2007 przedstawiono w tabeli 43.

⁹ Przykład: „Na pikniku” – „Trzech Mieszkańców DPS (Ludwik, Marek i Dionizy) zorganizowało sobie piknik w Dolinie Kobyłańskiej. Każdy z nich ma do picia lemoniadę, ale każdy inną kanapkę (z serem, z szynką lub z tuńczykiem) i inne ciastko (czekoladowe, owocowe lub z kremem). Kto ma jaką kanapkę i jakie ciastko? To pozostawiamy Państwu do odgadnięcia. Oto wskazówki dla Państwa: – Ludwik ma kanapkę z tuńczykiem, ale nie ma ciastka owocowego; – Marek nie jest tym Mieszkańcem, który ma kanapkę z szynką i ciastko czekoladowe”.

Tabela 43. Imprezy w DPS w 2007

Miesiąc	Rodzaj wydarzenia	
	domowe	zewnętrzne
styczeń	Udział w 15. finale Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy Wspólne kolędowanie	Wyjazd do Muzeum Historycznego Miasta Krakowa na wystawę szopek „Wieczór kolęd” w Klubie Seniora w Zabierzowie
luty	Bal karnawałowy (przygotowywanie strojów karnawałowych i dekoracji) Walentynki	–
marzec	Dzień Kobiet Wykonanie Marzanny i „szukanie wiosny” w plenerze	Występ kółka teatralnego w Zelkowie ze sztuką <i>Górale</i>
kwiecień	–	Wycieczka do Ogrodu Botanicznego w Krakowie
maj	–	Wycieczka do Częstochowy
czerwiec	Piknik karniowski. Temat przewodni – region Podhala (przygotowanie strojów i dekoracji)	Wyjazd na XVI Modlitewne Spotkanie w bazylice Mariackiej w Krakowie
lipiec	Wykonanie kwiatów z bibuły dla Gminnego Ośrodka Kultury w Zabierzowie na gminne dożynki	Piknik sportowo-rekreacyjny w Czernej Wycieczka do Doliny Kobylańskiej
sierpień	Popołudnie z niespodzianką z udziałem artystów teatru „Iluzja” z Krakowa	Wycieczka do Wadowic i Kalwarii Zebrzydowskiej
wrzesień	Przygotowanie pracy na konkurs pt. „Śladami historii kultury powiatu krakowskiego”	Warsztaty arteterapii w Owczarach V Dni Osób Niepełnosprawnych powiatu krakowskiego w Batowicach
październik	Dzień Pieczonego Ziemniaka	Przeгляд Artystyczny Domów Pomocy Społecznej w Krzeszowicach Uroczystość wmurowania kamienia węgielnego pod budowę warsztatów dla osób niepełnosprawnych w Radwanowicach
listopad	Akademia z okazji 11 listopada Wizyta duszpasterska Arcybiskupa Metropolity Krakowskiego Zabawa andrzejkowa (29 listopada)	Udział w spotkaniu patriotycznym z okazji Święta Niepodległości w Białym Kościele Zabawa andrzejkowa w Klubie Seniora w Zabierzowie
grudzień	Wizyta św. Mikołaja Opłatek wigilijny, kolędowanie	–

Ponadto organizowane były imprezy zewnętrzne, skupiające projekty wymagające znacznego oddalenia się od placówki.

Kraków funkcjonuje na zasadzie powiatu grodzkiego. Wobec tego, większość zadań zleconych ustawą o pomocy społecznej powiatom ziemskim jest przejęta przez krakowski MOPS. Stąd też szczupłość instytucjonalnych działań powiatu wobec seniorów.

Rozdział 2. Wsparcie udzielane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej został powołany w 1991 roku¹ w celu realizacji zadań pomocy społecznej własnych miasta i zadań zleczonych miastu przez administrację rządową. Zakres działania, organizację i zasady funkcjonowania instytucji określa jej statut, który przyjęto uchwałą Rady Miasta Krakowa². MOPS jest samodzielną jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, działającą jako wyodrębniona jednostka budżetowa gminy miejskiej Kraków. Jako jednostka organizacyjna pomocy społecznej podlega Prezydentowi Miasta Krakowa i realizuje zadania wyznaczone prawem³.

Kraków, liczący ponad 750 tys. obywateli, jest miastem zaawansowanej starości demograficznej. Odsetek osób 60-letnich i starszych wyniósł, wg GUS, w 2006 roku 19,94% (65-letnich i starszych – 14,94%)⁴. Dane Miejskiego Zarządu Baz Danych w Krakowie za rok 2007 (tab. 44) informują, że wśród 756 583 krakowian było 18,80% osób w wieku powyżej 60 lat (65-letnich i starszych – 14,05%)⁵.

Bez względu na rozbieżności występujące w prezentowanych danych, taka struktura demograficzna miasta generuje pilną potrzebę zwielokrotnienia wsparcia dla najstarszych krakowian.

¹ Na mocy Uchwały Rady Miasta Krakowa nr XXXIII/228/91 z 14.10.1991 r. w sprawie utworzenia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie, Biuletyn Informacji Publicznej Miasta Krakowa; www.cyfronet.krakow.pl/mk/bip/rada/uchwaly/show_pdf.php?id=3573 [stan na 3.05.2007].

² Uchwała nr LXIII/579/04 Rady Miasta Krakowa z 20.10.2004 r.

³ Uchwała nr XXXIII/228/91., Dział I. Przepisy ogólne, §1, 2, 3, 5.

⁴ *Województwo Małopolskie. Ludność faktycznie zamieszkała*, Urząd Statystyczny w Krakowie, GUS 2007; http://www.stat.gov.pl/cgi_bin/demografia/xrap?woj=12&table=web_lsa&rok=2006&gmina=3090&grw10=7 [stan na 31.12.2007].

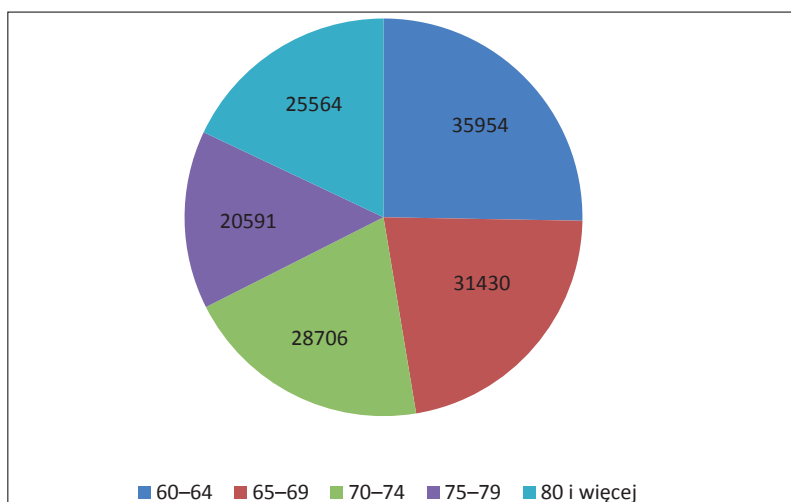
⁵ Serwis WWW *StatKraK Liczby... Miasto... Mieszkańcy*, Miejski Zarząd Baz Danych; http://msip.um.krakow.pl/statkrak/view/show/view10.asp?tab=k_lud_ludnosc_wg_plci_wieku_v1 [data dostępu 12.01.2009].

Tabela 44. Starsza wiekiem ludność Krakowa z podziałem na płeć (dane na 2007)

Płeć	Przedziały wiekowe					
	60+	60–64	65–69	70–74	75–79	80–99
mężczyźni	60 898	18 160	13 070	12 084	9866	7718
kobiety	81 347	17 794	18 360	16 622	10 725	17 846
ogółem	142 245	35 954	31 430	28 706	20 591	25 564

Źródło: na podstawie Serwis WWW StatKraK Liczby... Miasto... Mieszkańcy...

Szczególnie ważne są starania skierowane ku grupie ludności w wieku 75+ (łącznie 46 155 osób), te osoby bowiem szczególnie często wymagają wsparcia i opieki (wykres 19).



Źródło: dane z tabeli 41

Wykres 19. Starsza wiekiem ludność Krakowa w podziale na grupy wieku (stan na 2007)

Przeciętne dalsze trwanie życia w roku 2007 wynosiło w Krakowie dla mężczyzn 73,5 lat (w Warszawie 73,7), dla kobiet 80,6 lat (w Warszawie 80,5)⁶. Są to najwyższe wskaźniki w kraju.

Powołany przez Prezydenta Miasta Krakowa Zespół zadaniowy ds. określenia kierunków działań dotyczących domów pomocy społecznej w Krakowie⁷, w skład którego wchodziła również autorka niniejszego opracowania, uczestniczył w przygotowaniu prognozy demograficznej dla miasta Krakowa do roku 2030. Wynika z niej, że nadchodzące dziesięciolecia przyniosą postępujący wzrost starzenia się ludności miasta (tab. 45).

⁶ *Ludność Łodzi i innych wielkich miast w Polsce w latach 1984–2006*, Urząd Statystyczny w Łodzi, GUS, s. 5; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_ludnosc_miast.pdf, [data publikacji 30.01.2008].

⁷ Zarządzenie nr 1911/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 4.11.2004 r., maszynopis.

Tabela 45. Stan demograficzny miasta Krakowa

Lata	Ogólna liczba mieszkańców Krakowa (w tys.)	% ogólnej liczby ludności w wieku powyżej 65. r.ż.
1998	740,7	15,4
2000	739,7	16,4
2015	758,5	21,2
2030	759,2	24,5

Źródło: opracowanie Zespołu zadaniowego ds. określenia kierunków działań dotyczących domów pomocy społecznej w Krakowie, powołanego Zarządzeniem nr 1911/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 4.11.2004 r.

Analiza danych statystycznych corocznie publikowanych przez krakowski MOPS dowodzi, że w roku 2005 pomocą objęto 7345, w 2006 – 6798, w 2007 – 6511, w 2008 – 7071 rodzin emerytów i rencistów (tj. 11,8 tys. osób). Korzystając z dostępnych danych demograficznych⁸, można ostrożnie oszacować, że ponad 8,3% starszych wiekiem lub niepełnosprawnych mieszkańców miasta to beneficjenci pomocy społecznej.

Warto przywołać ustalenia B. Synaka i P. Czekanowskiego, którzy na podstawie ogólnopolskich badań przeprowadzonych w 2000 roku stwierdzają, że 85% respondentów nie występowało nigdy z prośbą o wsparcie instytucji pomocy społecznej. Spośród 15% osób proszących o pomoc uzyskało ją 4%. Seniorzy najczęściej korzystali z usług opiekuńczych, różnego rodzaju zasiłków, najmniej z gotowych posiłków. Wszystkie formy pomocy sprowadzały się do wsparcia finansowo-usługowego. Jednak nie podjęto żadnych działań na rzecz seniorów w ich środowisku zamieszkania, a więc pominięto najważniejszą kwestię – pracę socjalną⁹.

Wśród zadań MOPS dedykowanych starszym krakowianom występują wynikające z ustawy o pomocy społecznej świadczenia: materialne (pomoc finansowa i rzeczowa) i niematerialne (poradnictwo, praca socjalna, zakontraktowane usługi opiekuńcze oraz dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy, domy pomocy społecznej).

1. Pomoc materialna

Świadczenia materialne mają charakter ściśle wyznaczony przepisami obowiązującego prawa. Przyznawane są zasiłki stałe, okresowe, celowe i celowe specjalne. Jak mówi pracownik socjalny MOPS w Krakowie – „Na

⁸ Serwis WWW *StatKraK: Liczby... Miasto... Mieszkańcy...*

⁹ B. Synak, P. Czekanowski, *Ludzie starzy a pomoc społeczna*, [w:] K. Marzec-Holka (red.), *Pomoc społeczna. Praca socjalna. Teoria i praktyka*, t. I, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2003, s. 63–65.

ten moment głównie skupiamy się na niedoborach materialnych, finansowych seniorów, udzielając im pomocy finansowej” [PS ex 10].

Sytuacja zdrowotna człowieka starego warunkuje rodzaj deprivowanych potrzeb i przyznawanych w związku z tym świadczeń. Jak twierdzi pracownik socjalny MOPS, przy rozpoznawaniu problemu bezwzględnie należy stosować diagnozę indywidualną, spersonalizowaną, ponieważ każdy podmiot jest w innej sytuacji, w innym momencie swojego życia, w różnej kondycji fizycznej, psychicznej i socjalno-ekonomicznej – „Potrzeby bardzo widoczne w obszarze tej starości, która trafia do pomocy społecznej, to potrzeby materialne. Tak naprawdę osoby starsze ze względu na stan zdrowia, systematyczne leczenie, niskie dochody, w pierwszej kolejności oczekują pomocy finansowej na zaspokojenie podstawowych potrzeb” [PS ex 26].

Szczególnie dramatyczne są prośby o dofinansowanie wydatków związanych z zakupem żywności (75% ogółu spośród przyznanych zasiłków). Niezamożne osoby starsze mogą ubiegać się o pomoc doraźną albo okresową w postaci jednego gorącego posiłku dziennie. Gmina Kraków realizuje rządowy program „Posiłek dla potrzebujących”. Tą formą pomocy objęto szeroki krąg beneficjentów, osób samotnych, wymagających wsparcia w tym zakresie (zasiłki celowe na żywność i posiłki w barach), przykładowo w 2005 roku otrzymały ją 2882 osoby niepełnosprawne i starsze. W dalszej kolejności występują wnioski o dofinansowanie opłat za węgiel (6,63%), gaz, energię elektryczną (łącznie media – 5,61%), zakup odzieży (2,78%), czynsz (2,76% przyznanych zasiłków celowych i celowych specjalnych).

Bardzo pożądaną przez beneficjentów formą pomocy jest dofinansowanie zakupu leków (3,71%)¹⁰:

– Seniorzy zgłaszają zapotrzebowanie na leki, ale nie zawsze możemy je zaspokoić, bo to są bardzo duże kwoty i nie są refundowane. Tutaj możemy dotrzeć do tej kwestii, że my skazujemy kogoś na to, żeby szybciej odszedł przez to, że nie jest odpowiednio zaopatrzony. To jest taka „eutanazja utajona” – nie dostanie leku, to będzie się choroba pogłębiać i... [PS ex 8].

Wśród innych świadczeń występują: pomoc w postaci zasiłku wyrównawczego stałego przyznawana osobom całkowicie niezdolnym do pracy z powodu wieku lub inwalidztwa, gdy ich dochód jest niższy od kryterium dochodowego określonego prawem¹¹, opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie społeczne, sprawienie pogrzebu, dożywianie dorosłych¹².

¹⁰ Dane procentowe za: Załącznik nr 1 do Sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2007; <http://www.mops.krakow.pl/statyczne/sprawozdania/2007/spr2007zal1.pdf>.

¹¹ S. Urbaniak, *Problem starzenia się ludności a zadania gminy miejskiej Kraków*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004, s. 130.

¹² Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2007...

Podejmowane zadania polegają także na dofinansowaniu:

– uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,

– zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane niepełnosprawnym emerytom (np. rotory, łóżka i materace antyodleżynowe, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie, obuwie ortopedyczne, balkoniki),

– likwidacji barier architektonicznych (np. likwidacji progów w mieszkaniu, dostosowania łazienki), w komunikowaniu się i technicznych,

– sportu, kultury, rekreacji i turystyki (np. organizowane przez organizacje i instytucje wyjazdy rekreacyjne, spotkania okolicznościowe, wystawy artystyczne, zawody sportowe – w wysokości do 60% wartości przedsięwzięcia).

Wymienione zadania realizowane są z wykorzystaniem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 60% beneficjentów stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym¹³.

Pracownicy socjalni zgodnie stwierdzają, że potrzeby materialne, choć stanowią największy obszar roszczeń, jednak nie są dla ich starszych klientów tak ważne, jak potrzeba kontaktu z drugim człowiekiem, obcowania z drugą osobą, rozmowy, wyżalenia się, podzielenia swoimi doświadczeniami. Zdarza się, że pracownik socjalny czy też opiekunka są jedynymi ludźmi, z którym może porozmawiać starszy człowiek.

2. Świadczenia niematerialne środowiskowe

Corocznie publikowane sprawozdania z działalności MOPS w Krakowie informują, że wśród świadczeń niepieniężnych w sposób ciągły realizowane są: udzielanie schronienia, posiłku, usługi opiekuńcze i specjalistyczne w miejscu zamieszkania oraz praca socjalna, która jest istotną składową efektywnego systemu pomocy społecznej.

– „Praca socjalna ma różny wymiar, dlatego metody pracy socjalnej są... nieskończone. Każda, która prowadzi do znalezienia drogi do podopiecznego jest wspaniała, zasługuje na upowszechnienie” [U 2] – wypowiedź wysokiego urzędnika z Urzędu Miasta Krakowa sprowadza istotę pracy socjalnej do perspektywy wyznaczonej rzeczywistością społeczną.

Przykładem działań może być opis przypadku (ocena sytuacji osoby i wnioski pracownika socjalnego) pochodzącego z praktyki zawodowej jednej z respondentek [ps 5]:

¹³ S. Urbaniak, *Problem starzenia się ludności a zadania gminy miejskiej Kraków...*, s. 132.

Klientka ma 69 lat, jest wdową od 16 lat, ma jednego syna (44 lata), który nie pracuje od kilkunastu lat. Jest osobą przewlekle chorą, ze znaczną utratą wzroku (zwyrodnienie siatkówki oczu, nadczynność tarczycy, dolegliwości bólowe kończyn, kręgosłupa, głowy). Dotąd nie korzystała z pomocy. Ma świadczenie emerytalne w wysokości 1782 zł. Po opłaceniu mediów ma do dyspozycji 942 zł. Mieszka w czystym, zadbanym 3-pokojowym mieszkaniu. [...] przez wiele lat doznawała przemocy ze strony męża alkoholika. Była poniżana, zastraszana, całkowicie mu podporządkowana. Nie miała świadomości, jaki wpływ na wychowanie syna ma zachowanie męża. Obecnie syn nie ma szacunku dla niej, czuje się bezkarny. Wymusza na niej [...] łóżenie na jego utrzymanie, odbiera pieniądze i przeznaczają na alkohol. Matka gotuje mu, podaje posiłki, usługuje. Syn wszczyna awantury, grozi jej. W trosce o swoje bezpieczeństwo wykupiła mu oddzielne mieszkanie, ale to nie zmieniło sytuacji, wzrosły tylko wydatki, bo ponosi za syna wszystkie opłaty (ok. 259 zł miesięcznie).

Wobec zaistniałej sytuacji pracownik socjalny możliwość rozwiązania konfliktu formułuje w postaci postulatu: „syn musi podjąć leczenie odwykowe i kontynuować terapię”.

Plan działań obejmuje:

działania krótkoterminowe: 1) zgłoszenie syna na Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – w razie zignorowania wezwania – skierowanie sprawy do sądu, 2) prośba do komisariatu policji o obserwowanie syna, 3) zgłoszenie problemu i monitorowanie działań na posiedzeniu „Koalicji przeciw przemocy”, 4) zorganizowanie pomocy w formie usług opiekuńczych w zakresie podawania leków, zakrapiania oczu, wizyty u lekarza, zakupów (10 godzin opiekuńczych tygodniowo),

działania długoterminowe: 1) motywowanie do udziału w terapii dla osób doznających przemocy, 2) włączenie wolontariatu w zakresie: czytania, towarzyszenia podczas spacerów, 3) aktywizacja zawodowa syna – Urząd Pracy, Klub Integracji Społecznej,

praca socjalna: rozmowy wspierające, koordynowanie działań osób, instytucji pomocowych.

Odpłatność za usługi: 30% kosztu usługi dla osoby samotnie gospodarującej o dochodzie od 301-350% kryterium dochodowego.

Przedstawiony opis przypadku¹⁴ zawiera istotne dla pracy socjalnej elementy: diagnozę przeprowadzoną przez pracownika socjalnego oraz plan postępowania. Choć praca socjalna rozpoczęła się już w momencie nawiązania pierwszej interakcji z klientem, to jej praktyczna, zgodna z planem postępowania, realizacja będzie działaniem długoterminowym. Zapewne odwoła się przy tym do technik i metod wykorzystywanych w codziennych czynnościach zawodowych pracowników MOPS.

Jak wynika z wywiadów, praca socjalna prowadzona przez MOPS w Krakowie obejmuje między innymi doradztwo, czyli udzielanie informacji, wska-

¹⁴ Za udostępnionym kwestionariuszem wywiadu środowiskowego.

zówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki otrzymanemu wsparciu uporażą się z problemami będącymi przyczyną ich trudnej sytuacji. Wyodrębnić należy poradnictwo specjalistyczne – prawne, psychologiczne i rodzinne, świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód. Poradnictwo świadczone jest przez pracowników działu poradnictwa w siedzibach wszystkich filii MOPS.

Respondenci [Ps 1–Ps 6], przytaczając konkretne przykłady¹⁵, raczej poprawnie interpretowali merytoryczną jakość swoich działań:

– Poradnictwo socjalne – „to działanie mające wyposażyc klienta w wiedzę niezbędną w zakresie poznania uprawnień, zasobów, możliwości do podjęcia odpowiedniego wyboru działania związanego z problemem, który go dotyka, np. możliwość uzyskania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo dodatku mieszkaniowego”.

– Informowanie – „udzielanie pełnej informacji na temat możliwości świadczeń, uprawnień, ulg, dofinansowania np. ze środków PFRON do sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego; dofinansowania do turnusów rehabilitacyjnych, do likwidacji barier architektonicznych – działalność edukacyjna”.

– Wyjaśnianie – „działanie to zmierza do zrozumienia przez podmioty pracy socjalnej różnych aspektów trudnej sytuacji oraz przyczyn ich wystąpienia, np. w momencie, gdy klient obwinia się o to, że znalazł się w trudnej sytuacji (system emerytalno-rentowy, stan zdrowia)”.

– Wspieranie – „działanie to polega na wzmocnieniu podmiotu usługi, zmobilizowaniu go do zmiany swojej sytuacji”.

Kolejne realizowane zadania polegają na motywowaniu klientów. Te czynności nazywane są przez respondentów aktywizacją:

– Aktywizacja – „działania motywujące do działania, np. do wyjścia na zewnątrz, wskazanie możliwych obszarów aktywności. Na pewno trzeba dużo ciepła i dobrej woli w kontaktach z seniorami, bo ludzie starsi też czasem mają tylko i wyłącznie oczekiwania, a trzeba pokazać, że jeszcze sami są w stanie... tylko należy podjąć pewne działania, żeby problem udało się rozwiązać”.

Pracownicy socjalni są także rzecznikami interesów starszych klientów. Zadanie to realizują poprzez:

– Rzecznictwo – „reprezentowanie interesów osób (rodzin, grup, społeczności) w celu poprawy ich funkcjonowania, np. w sprawach mieszkaniowych”.

– Interwencja – „gdy konieczne jest wsparcie, np. w sytuacji losowej – pożar”.

Kolejny zakres pracy socjalnej to rozszerzenie sieci kontaktów – działanie to polega na ułatwieniu klientowi nawiązania kontaktów i porozumiewania się z innymi ludźmi i instytucjami, np. zarządcą domu. Jest to także

¹⁵ Badanie fokusowe z udziałem 6 pracowników socjalnych krakowskiego MOPS.

podnoszenie świadomości społecznej w wymiarze lokalnym dotyczące funkcjonujących w nim osób starszych, ich potrzeb i konieczności wsparcia, współistnienia.

Mocno zaznacza się w społecznej rzeczywistości wolontariat. Chętni, po odbytych kursie dla wolontariuszy, uzupełniają działania służb etatowych:

– Jest to świetna praca socjalna, gdzie jeden pomaga drugiemu. Nie muszą to być wielkie rzeczy. Np. w usługach opiekuńczych nie mamy czegoś takiego jak spędzanie czasu, przeczytanie gazety, a wolontariusz wypełnia nam tę lukę. Wolontariusz idzie np. do starszej pani, gdzie razem czytają gazetę, książkę, opowiadają, wspominają dawne czasy. Jest świetna terapia dla takiej osoby, a wolontariusz z kolei czuje się bardzo potrzebny i też zrealizowany. Jest duże zainteresowanie takim wolontariatem, który realizują osoby w różnym wieku [PS ex 10].

Jak dowodzi materiał zebrany w trakcie wywiadów fokusowych z kierownikami Zespołów Problemowych ds. Osób Starszych i Niepełnosprawnych MOPS w Krakowie [PS ex 10, PS ex 8, PS ex 26, PS ex 31, PS ex 12, PS ex 13, PS ex 20], w realizacji świadczeń pracy socjalnej stosowane są trzy klasyczne metody: jednostkowa, grupowa, pracy ze społecznością. Jednak praca z osobą starszą jest specyficzna, dlatego też pracownicy socjalni najczęściej wskazywali metodę indywidualnych przypadków jako główną metodę, która:

– wymuszona jest przez specyfikę sytuacji zdrowotnej osób starszych [PS ex 26];
– Jest to praca bezpośrednio z daną osobą, jest to diagnozowanie danego przypadku, realizowanie celów wspólnie określonych. [...] poradnictwo, rozmowy wspierające, motywowanie do działań, czasami zwyczajne bycie z tą osobą, poświęcenie jej czasu, wysłuchanie [PS ex 31];
– Podstawowym działaniem jest pokazanie, że szanujemy osobę starszą, gdy wchodzimy do niej do domu, nie można pokazać, że się spieszą i „wpadam” na chwilę, bo to jest zupełnie bezsens. Jesteśmy wtedy tylko urzędnikami wykonującymi swoje obowiązki. Na pewno bardzo ważne jest, żeby pokazać osobie, że ten czas jest dla niej – całkowite zainteresowanie osobą i jej problemami. W obrębie tej metody skuteczne jest działanie metodą „małych kroków”. Często jest tak, że jedzie się z klientem załatwić wszystko, bo jest np. osobą nieporadną życiowo, nie jest w stanie, denerwuje się, nie wie, jak to załatwić. Nie można takiej osobie przekazać dużo wiedzy i wymagać, żeby dane rzeczy sama zrealizowała [PS ex 12].

W ramach metody indywidualnych przypadków istnieje możliwość zastosowania kontraktu socjalnego. Możliwość ta jest jednak ograniczona predyspozycjami i zdolnościami starszych klientów, dlatego też jest rzadko wykorzystywana:

– Szczerze mówiąc, kontrakt z osobą starszą jest trudno zawrzeć. Próbowaliśmy, natomiast trudne jest do zrealizowania dlatego, że są ograniczenia wiekowe i zdrowotne, więc kontraktów jest niewiele. Kontrakt ma na celu zmianę, coś trzeba zmienić w życiu – pracownicy zgłaszali, że jest to trudne. Wytlumaczenie

tej osobie, co to jest, co by miało na celu, obwarowanie terminami troszeczkę odstrasza [PS ex 31];

– Można podejmować próby zawierania kontraktów socjalnych, takich „małych kontraktów socjalnych”, które niewielkimi krokami mogłyby zrealizować założony wcześniej cel, to jest taki „miękki” kontrakt [PS ex 20].

Pracownicy twierdzą, że w praktyce trudno jest także stosować metody pracy grupowej z seniorami. Jeżeli udaje się je wdrożyć, to w postaci projektu socjalnego realizowanego przez inne grupy wiekowe, np. młodzież, a skierowanego ku zaproszonym, np. na przygotowane przedstawienie, osobom starszym.

Zgodnie z optymalizacyjnym modelem działań najbardziej efektywne są działania nakierowane na polepszenie warunków życia jednostek i grup społecznych. Do praktyki działań krakowskiego MOPS-u włączone zostały projekty socjalne, czyli przedsięwzięcia

skierowane do osób z konkretnego środowiska lub członków danej społeczności, prowadzące do osiągnięcia zaplanowanego celu. Celem projektu jest doprowadzenie do zmiany w pożądanym kierunku sytuacji postrzeganej jako problemowej. Projekt socjalny realizowany jest przy użyciu określonych zasobów, tj. czasu, zespołu, budżetu. Działania realizowane w projekcie socjalnym mają [...] na celu aktywizację społeczną i rozwiązywanie problemów występujących w środowisku lub dotyczących członków danej społeczności. Projekt socjalny służy także organizacji i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb środowiska lub członków danej społeczności¹⁶.

Jednakże respondenci zgodnie przyznają, że nie są jeszcze przygotowani do realizowania merytorycznie poprawnych projektów, nie są one powszechnie stosowane:

– Projekty socjalne oczywiście można realizować, ale akurat u nas w filii dopiero rodzą się pewne pomysły adresowane do osób starszych i dopiero będziemy próbować robić takie projekty, nakierowane głównie na wartości wyższe [PS ex 8];

– Każdą inicjatywę ze strony pracownika socjalnego można przełożyć na projekt. My sobie też wyznaczamy takie cele, one nie są zawarte w projekcie, ale też się to realizuje w naszej pracy socjalnej. Realizuje się to nieformalnie [PS ex 13];

– Nie ma tak, że dana osoba indywidualnie realizuje, opisuje działania, znajduje sponsorów. W ten sposób nie działamy, my robimy to jako grupa [PS ex 10].

Spośród przedsięwzięć podjętych przez pracowników socjalnych MOPS, które ostrożnie przyporządkowano do metody projektu socjalnego, wskazać można zrealizowane np. w 2006 roku: wycieczkę „pociągiem papieskim” do Wadowic połączoną ze zwiedzaniem domu rodzinnego Karola Wojtyły i konsumpcją papieskich kremówek; Wielkanoc dla osób starszych; „Okno papie-

¹⁶ Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2007..., s. 8.

skie z drugiej strony” – msza święta w prywatnej kaplicy Pałacu Arcybiskupów Krakowskich, z oprawą muzyczną przygotowaną przez klientkę MOPS; „Dzień Seniora w Sanktuarium Ecce Homo”. Oto kilka wpisów do Kroniki, które nie wymagają komentarza:

Dziękujemy za cenną inicjatywę ukazania okna papieskiego dla podopiecznych MOPS; Jestem szczęśliwa, że mogłam dziś przeżyć te wzruszające chwile. Dziękuję serdecznie za zorganizowanie tak wspaniałej imprezy; Z wielką radością wzięłam udział we wspólnym spotkaniu. Jestem pełna podziwu dla Was i Waszych inicjatyw; Z głębi serca serdecznie dziękuję; W podziękowaniu za wielkie szczęście; Dziękuję za dobro, którego zaznałam; Serdeczne Bóg Zapłać za niezapomniane chwile; Dziękuję za umożliwienie przeżycia pięknych chwil z drugiej strony okna; Pomagajcie sobie nawzajem, miłujcie się wzajemnie, pamiętajcie o wybaczeniu, a wtedy będzie i lżej i lepiej; Aby Wasza wrażliwość, rozumienie siebie i bliźnich nadal pozwalało z taką radością i inicjatywą iść przez życie; Dzięki takim promyczkom radości nasza praca nabiera sensu i daje poczucie spełnienia; Bożego Błogosławieństwa w dalszej pracy socjalnej z podopiecznymi MOPS w Krakowie; Cieszę się naszym wspólnym spotkaniem w kościele Ecce Homo. Życzę z całego serca, by Pan błogosławił w tym zacnym dziele bycia dobrym jak chleb dla każdego człowieka.

W wyniku otwartego konkursu ofert zorganizowanego przez MOPS w roku 2007 wyłoniono 16 projektów organizacji pozarządowych skierowanych do seniorów. Projekty zrealizowały Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów (5 spotkań integracyjnych z okazji „Dnia Inwalidy”, paczki żywnościowe dla najbardziej potrzebujących członków związku, ognisko integracyjne oraz spotkania wigilijne dla członków związku) oraz Caritas Archidiecezji Krakowskiej (paczki świąteczne dla osób niepełnosprawnych)¹⁷.

Podczas pracy z najstarszymi klientami pomocy społecznej stosowana jest także metoda środowiskowa:

– Jest to rozeznanie potrzeb, kształtowanie, dokonywanie zmian w środowisku lokalnym tej osoby. Myślę tutaj o bliskim środowisku, czyli o rodzinie, o sąsiadach, znajomych, ale równocześnie jest to dokonywanie zmian w mentalności innych ludzi, w postrzeganiu problemu starości, osób starszych. Pracownik socjalny to robi, choćby dlatego, że pracuje w pewnym systemie, interdyscyplinarnie dotyka innych obszarów pomocowych na rzecz osób starszych, współpracując z lekarzem, pielęgniarką, księdzem, rodziną, czyli jest to wzajemne budowanie przyjaznego środowiska dla osoby starszej [Exp 4].

Pracownicy socjalni dostrzegają potrzebę budowania w społeczności lokalnej koalicji przyjaznej seniorom. Ich zdaniem, w pierwszej kolejności należy wesprzeć w niesieniu pomocy rodzinę i uzupełniać opiekę nad osobą starszą poprzez włączanie w nią m.in. sąsiadów, przyjaciół, znajomych osób starszych, bowiem: – „Z naszych doświadczeń wynika, że rodzina bardzo czę-

¹⁷ Ibidem, s. 10.

sto spycha odpowiedzialność na instytucje, głównie na nas – Ośrodek – za opiekę, odpowiedzialność za osobę starszą. Pomimo tego, że jest rodzina, ona generalnie nie chce zajmować się osobą starszą” [PS ex 10].

Rozmówcy zgodnie przyznawali, że dominującą i najskuteczniejszą metodą pracy socjalnej z najstarszymi beneficjentami pomocy społecznej jest metoda indywidualnego przypadku. Ponadto w większości stwierdzali, że praca z ludźmi starszymi jest bardzo trudna i absorbująca. Osoby starsze cechuje nieufność, podejrzliwość, prezentują postawę roszczeniową, jednak z biegiem czasu ich spojrzenie na pracownika socjalnego i oferowaną pomoc pozytywnie się zmienia.

Skuteczność udzielanych świadczeń pracy socjalnej zależy w dużym stopniu od realizacji zasad indywidualizacji i akceptacji, osoby starsze bowiem nie są grupą jednorodną. Jedni są mobilni, mogą jeszcze uczestniczyć w życiu społecznym, w stosunku do innych działania muszą być ukierunkowane na opiekę. Wybór dominującego podejścia warunkuje sytuacja psychofizyczna seniora, faza starości.

– To wszystko uwarunkowane jest tym, na jakim etapie jest starość, czym się objawia, bo jeżeli będą ludzie wiekiem starsi a duchem młodszy i ich stan psychiczny, fizyczny będzie adekwatny do wieku psychicznego, to z nimi zdecydowanie inaczej się będzie pracować, i to podejście będzie bardziej nakierowane na aktywizację, integrację ze społeczeństwem, na wydobycie sił, chęci. Natomiast w momencie, kiedy spotykamy się z grupą osób starszych, ale już dotkniętych zarówno fizycznym kalectwem jak i zmianami psychosomatycznymi, to wydaje mi się, że tutaj bardziej należy iść w kierunku podejścia nakierowanego na opiekę [PS ex 12].

Pracownik socjalny, w opinii respondentów, jest koordynatorem działań, przewodnikiem dla osoby starszej, podejmuje działania wspierające, kierujące, podtrzymujące, informujące, towarzyszące, opiekuńcze, mediacyjne, motywujące. Ważne miejsce przynależy jest tzw. rozmowom wspierającym:

- Jak chodziłam na wywiady [środowiskowe – Z.S.] do osoby starszej, to nawet wystarczyła rozmowa, było to święto dla takiej osoby starszej. Już była przygotowana herbata, już była rozmowa... [PS ex 26];
- Często rodziny zaniedbują swych krewnych, ale też często naszymi klientami są samotne osoby starsze, więc nie mają z kim porozmawiać [PS ex 8];
- Przeważnie radio, pracownik socjalny, pielęgniarka środowiskowa, opiekunka – to osoby, które spełniają potrzebę kontaktu [z drugim człowiekiem – Z.S.] [PS ex 20];
- Najważniejszym problemem jest wyeliminowanie samotności tych ludzi i takiego odosobnienia, żeby nie czuli, że zostali sami. [...] Widzimy często, że nawet jeśli osoby starsze mieszkają przy rodzinach, to ludzie młodzi dużo pracują, właściwie nie ma ich w domu, dzieci uczą się i osoby starsze zostają same. Z naszych doświadczeń wynika, że pomimo bliskości rodziny – tej rodziny nie ma! Dużym problemem jest samotność ludzi starszych, a to nie budzi poczucia bezpieczeństwa, gdzieś ono jest zachwiane. Osoby starsze obawiają się, że ktoś może np. oddać je do Domu Pomocy Społecznej i bronią swojej autonomii. Myślę, że bardzo

ważne jest, żeby jednak powrócić do modelu, gdzie starszy człowiek ma ważne miejsce w rodzinie, jest szanowany, gdzie jego doświadczenie jest brane pod uwagę, gdzie rodzina czuje się odpowiedzialna za niego [PS ex 13].

Kolejnym zadaniem wykonywanym przez MOPS w Krakowie są usługi opiekuńcze dla osób starszych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy. Usługi te przysługują samotnym mieszkańcom Krakowa, którzy z powodu wieku, choroby, inwalidztwa lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Pomoc ta świadczona też może być osobom pozostającym w rodzinie, która nie jest w stanie zapewnić pielęgnacji we własnym zakresie.

Przykładowo: w 1999 r. na rzecz mieszkańców gminy miejskiej Kraków wykonano niemal 1 138 841 godzin usług opiekuńczych. Usługami objęto 2405 osób, koszt jednej godziny wynosił 5,25 zł¹⁸. W 2008 roku wykonano łącznie ponad 991,7 tysięcy godzin usług opiekuńczych. Objęto nimi miesięcznie średnio ok. 1790 osób¹⁹. Wyraźnie dostrzegalny jest wzrost kosztów udzielanych świadczeń – do 8,16 zł za godzinę (tab. 46).

Tabela 46. Usługi opiekuńcze środowiskowe w Krakowie

Rok	Liczba godzin opiekuńczych	Liczba osób objętych usługami (średnio w miesiącu)	Cena jednej godziny
1999	1 138 841	2405	5,25 zł
2004	819 452	2288	6,46 zł
2005	799 528	2073	6,65 zł
2006	932 676	2290	6,74 zł
2007	965 196	2453	7,62 zł
2008	991 730	1790	7,99–8,16 zł

Źródło: opracowanie na podstawie sprawozdań MOPS w Krakowie

Usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych realizowane były w tych latach przez podmioty pozarządowe związane kontraktem z MOPS: Fundację na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy w Krakowie, Małopolski Zarząd Okręgowy PCK w Krakowie, Małopolski Zarząd Wojewódzki PKPS w Krakowie. W roku 2004 MOPS współpracował dodatkowo z jednym z Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej²⁰.

¹⁸ Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2004, MOPS, Kraków 2005; <http://www.mops.krakow.pl/statyczne/sprawozdania/spr2004.pdf>.

¹⁹ Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2008, MOPS, Kraków 2009, s. 14; <http://www.mops.krakow.pl/statyczne/sprawozdania/2008/opisowe/spr2008.pdf>.

²⁰ Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2004..., s. 49.

W ramach usług opiekuńczych, pomocy w czynnościach dnia codziennego zaspokajane są potrzeby opiekuńcze, higieniczne czy gospodarcze (np. zakupy, ale i opieka nad domowym zwierzęciem osoby starszej). Usługi opiekuńcze świadczone przez opiekunki obejmują:

- pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych podopiecznego: robienie zakupów, przygotowanie posiłku lub jego dostarczenie z punktu gastronomicznego, karmienie podopiecznego, jeżeli tego wymaga, bieżące prace porządkowe w mieszkaniu podopiecznego lub części mieszkania użytkowanej przez niego, mycie naczyń, pranie ubrań i bielizny podopiecznego, palenie w piecu, jeśli jest taka potrzeba,

- opiekę higieniczną: pomoc w utrzymaniu higieny osobistej (mycie), zmiana bielizny osobistej i pościelowej, ubieranie podopiecznego,

- pielęgnację podopiecznego: pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmiana opatrunków, zapobieganie w powstawaniu odleżyn, pomoc w ułożeniu chorego w łóżku, zmianie pozycji chorego w łóżku, pomoc w poruszaniu się po mieszkaniu, zamawianie wizyt lekarza, pielęgniarki,

- zapewnienie w miarę możliwości kontaktu z otoczeniem: zamawianie wizyt osób duchownych u podopiecznego, wysyłanie korespondencji, załatwianie drobnych spraw urzędowych, wyjście z podopiecznym na spacer, dostarczanie prasy i książek.

Wymienione czynności są wykonywane w zależności od potrzeb klienta i możliwości czasowych opiekunki. Liczba godzin przyznawanych usług opiekuńczych jest zależna od potrzeb podopiecznego oraz możliwości Ośrodka Pomocy Społecznej.

Opiekunce nie wolno: wykonywać zabiegów wymagających kwalifikacji medycznych i czynności związanych z rehabilitacją medyczną; wykonywać prac remontowych w domu podopiecznego, np. malowanie, podejmować się ciężkich prac związanych z generalnymi porządkami w tym np. przesuwanie mebli, noszenie ciężkich przedmiotów; przygotowywać posiłków dla innych niż podopieczny osób wspólnie bądź oddzielnie zamieszkałych; robić zakupów dla innych osób; prać bielizny i ubrań należących do innych osób. Zadania te w Krakowie delegowane są na organizacje pozarządowe.

Opis przykładowego dnia pracy opiekunki jest możliwy dzięki informacjom pozyskanym od opiekunek oraz ich podopiecznych. Jest to ciężka i nisko wynagradzana praca.

Podopieczna J., 86 lat, cierpi na wiele chorób, jest po dwóch wylewach i ma częściowy paraliż, w związku z czym nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować. Opiekunka przychodzi do niej codziennie na cztery godziny, dwa razy dziennie (rano od godziny 8 do 10 i po południu od 14 do 16). Opiekunka rozpoczyna poranną wizytę u pani J. od zabiegów higienicznych, gdyż podopieczna potrzebuje pomocy w myciu, kąpieli, ponieważ ma problemy z poruszaniem się i z utrzymaniem równowagi. Opiekunka pomaga także przy ubieraniu się. Następnie przygotowuje śniadanie dla pani J., czasem, gdy jest to konieczne, pomaga przy jedzeniu. Po śniadaniu, gdy pani J. odpoczywa lub

np. ogląda telewizję, opiekunka myje naczynia, ścieli łóżko, wykonuje bieżące prace. Te czynności zajmują cały czas przeznaczony na poranną wizytę, należy bowiem wykonywać je z dostosowaniem do sprawności podopiecznej. Opiekunka wychodzi od pani J. o godz. 10 i udaje się do innych osób, które ma pod opieką. Wraca do pani J. o godz. 14. Podczas drugiej wizyty opiekunka najpierw przygotowuje obiad, potem pomaga w jedzeniu, następnie myje naczynia, robi porządki w kuchni. Kolejną czynnością jest pranie bielizny i ubrań, po czym najczęściej opiekunka wychodzi na zakupy, aby nabyć produkty spożywcze na kolację, albo na obiad na następny dzień. W trakcie drugiej wizyty lub jeśli znajdzie czas także podczas porannych odwiedzin, idzie do apteki po lekarstwa, załatwia płatności lub sprawy urzędowe – zależnie od zaistniałej potrzeby. Jeśli zostaje trochę wolnego czasu opiekunka spędza go z panią J., czytając jej prasę lub książki, gdyż podopieczna ma problemy ze wzrokiem, a chce mieć informację na temat aktualnych spraw, wydarzeń. Opiekunka wychodzi o 16. Taki rozkład czynności powtarza się codziennie przez pięć dni w tygodniu, oczywiście z pewnymi modyfikacjami.

Warto zaprezentować przebieg wizyty u osoby, która wykazuje większą sprawność i samodzielność funkcjonalną. Przykładem może być opieka sprawowana nad panią C., 85 lat, która przeszła rozległy zawał serca, przebywała w szpitalu, ale obecnie jest sprawna, w miarę możliwości samodzielna i dużo czynności potrafi wykonać sama. Pani C. nie potrzebuje pomocy w kąpielach, ubieraniu, zabiegach higienicznych czy przyjmowaniu leków, te czynności potrafi wykonywać sama, obiady odpłatnie ma dostarczane do domu. Śniadanie i inne posiłki w ciągu dnia przygotowuje sama. Ale potrzebuje pomocy w czynnościach wymagających więcej wysiłku. Opiekunka przychodzi do niej dwa razy w tygodniu, każdorazowo na dwie godziny. Wizytę u pani C. rozpoczyna od sprzątania, tzn. odkurza, myje podłogi, przeciera meble, sprząta łazienkę i kuchnię. Stałym elementem każdej wizyty jest pranie oraz prasowanie ubrań i bielizny (pani C. nie posiada pralki, co stanowi duże utrudnienie, a dla osoby starszej pranie ręczne jest bardzo męczące). W czasie przeznaczonym na opiekę opiekunka realizuje także recepty i robi zakupy. W pozostałe dni w zakupach pomagają sąsiedzi, gdyż podopieczna nie wychodzi sama z domu. Obowiązki opiekunki u pani C. skupione są na wykonywaniu cięższych prac porządkowych, których podopieczna nie jest w stanie wykonać samodzielnie.

Każda opiekunka ma ustaloną liczbę podopiecznych, ustalone dni, godziny pracy i pory dnia. Opiekunka J 32 (jako opiekunka osób starszych pracuje 1,5 roku, ukończyła studium medyczne, kierunek asystent osoby niepełnosprawnej) ma pięcioro podopiecznych, z osobami starszymi pracuje 8 godzin dziennie, do trzech osób chodzi na dwie godziny i do dwóch na godzinę. Jak każda z opiekunek rozpoczyna pracę o godz. 8 rano – „U pierwszej osoby – pani W. jestem do 10, następnie szybko idę do kolejnej osoby – pani K. na godzinę czasu do 11, przez dwie godziny do 13 jestem u pana H., następnie odwiedzam panią A. i jestem u niej do godz. 14, ostatnie dwie godziny pracy

spędzam u pana S”. Opiekunka J 32 w ciągu jednego dnia pracy przemieszcza się kilka razy, odwiedzając kolejnych podopiecznych. Opiekunki muszą mieć dobrze zorganizowaną pracę, inaczej nie poradziłyby sobie ze swoimi obowiązkami.

Opiekunka W 55 (wykształcenie zawodowe, jako opiekunka osób starszych pracuje 37 lat, ma pod opieką 7 osób, z których 4 są sprawne ruchowo, 2 niepełnosprawne i 1 osoba leżąca; ukończyła specjalistyczne kursy dla opiekunów) podkreśla, że jej zarobki są niskie, a praca niełatwa, ale jednocześnie przyznaje, że możliwość pomocy osobom starszym i później ich ogromna wdzięczność dają dużą satysfakcję:

– Myślę, że większość ludzi nie zdaje sobie sprawy, na czym polega nasza praca, myślą, że tylko coś posprzątamy, nie narobimy się, ale czasem jest naprawdę ciężko, bywają bardzo trudne dni, ale zawsze trzeba zachować spokój i cierpliwość, bo trzeba pamiętać, że pracuje się z osobami starszymi. Ale gdy widzi się, że te osoby starsze są pozostawione same sobie i nie mają nikogo bliskiego, nie mogą liczyć na niczyją pomoc, a potem czuje się, że ta pomoc jest dla nich tak bardzo ważna i w ich oczach widać ogromną wdzięczność to rekompensuje całą resztę.

Opiekunka M 50 (wykształcenie zawodowe, kurs opiekuna osób starszych, 32 lata pracy) podkreśla, że:

– Osoby starsze w większości są bardzo wdzięczne za świadczoną im pomoc, rzadko zdarza się, żeby trafiła się jakaś nieżyczliwa osoba, mi się taka nie trafiła. Osoby starsze nie traktują tego co robimy dla nich jako naszej pracy, zawsze tak bardzo mi dziękują, a przecież to moja praca. Trudności pojawiają się w przypadku osób mających zaburzenia psychiczne, problemy z pamięcią oraz nadużywających alkoholu, z takimi osobami czasem jest ciężko, zależy od dnia, raz jest lepszy, a raz gorszy.

Osoby starsze korzystające z usług opiekuńczych bardzo dobrze oceniają umiejętności opiekunek, podkreślając ofiarność, życzliwość i ich profesjonalizm. Przykładem może być wypowiedź Mm 78:

Bez pomocy mojej opiekunki nie obeszłoby się, nikt mi nie może w ciągu dnia pomagać, bo syn pracuje, wnuczka też. Jakby nie ta pomoc, to nie wiem, jak by było, kto by mi jedzenie zrobił, posprzątał, przecież ja na wózku jeżdżę, to co mogę sam zrobić. Jestem niedołężny, inni robią za mnie większość rzeczy, bo wiem, że sam nie mogę, trzeba się z tym po prostu pogodzić, nic nie poradzimy przecież na to, że się starzejemy. Jestem stary, poruszam się na wózku inwalidzkim i jeszcze mam paraliż ręki, mało co zrobię sam, a ta moja pani opiekunka wszystko zrobi, wszystko wie, jak zrobić, żeby było dobrze. Ja ją podziwiam, że ona tak chętnie pomaga, bo wie pani, jak to ze starym człowiekiem, nie każdy się do tego nadaje. Nic więcej nie trzeba, no może to, że w sobotę i niedzielę nie przychodzi opiekunka, muszę prywatnie załatwiać opiekę.

Podobny sens ma wypowiedź cierpiącej na wiele dolegliwości Jk 86 – „Jestem osobą schorowaną, nawet nie potrafię wszystkiego, co trzeba, koło siebie

zrobić, moja opiekunka musi pomagać mi we wszystkim, pomaga mi w kąpielach, ubieraniu, wszystko potrafi”.

Charakter pracy opiekunek domowych oddaje również wypowiedź Ck 85:

– Do mnie to przychodzi taka młodziutka pani, ona jest taka pracowita, wszystko dobrze robi, nie muszę się prosić, żeby zrobiła to czy to, tylko ona sama wie. A i nie narzuca swojego, bo ja mam własne sposoby, jak co ma być zrobione. No i porozmawia też, wcześniej miałam taką panią, która ledwo zdanie zamieniła, a ta to kochana jest. Ja bym wolała, żeby ona częściej u mnie była. Moja opiekunka to jest bardzo porządna dziewczyna, ja cenię ludzi, którzy chcą pracować.

Przykładem ilustrującym potrzebę usług opiekuńczych może być również wypowiedź Ik 85:

– Dobrze, że przychodzi do mnie codziennie opiekunka, gdyby coś się stało u mnie, to może nawet nikt by nie wiedział, a tak wiem, że moja opiekunka do mnie przychodzi regularnie. A poza tym porozmawiam z nią czasem, nie zawsze ma czas, bo zawsze się ze wszystkim tak uwija, ale jak jest u mnie i sprząta lub coś innego robi to zawsze coś pogadamy. Moja opiekunka jest bardzo dobra, najlepsza ze wszystkich, jest taka ładna, inteligentna, uczciwa.

Opiekunki zwracają uwagę na to, że, aby podnieść jakość życia seniorów, należy przeznaczyć dla nich więcej czasu. Opiekunka D 42 (wykształcenie zawodowe, kurs opiekunek PCK, 20 lat stażu pracy):

– Należałoby poświęcić podopiecznym więcej czasu i inicjować kontakty z innymi osobami, aby zagospodarować nadmiar wolnego czasu i złagodzić skutki samotności. Osoby starsze mają przede wszystkim potrzebę bycia z nimi, obecności drugiego człowieka. Towarzystwo, możliwość wysłuchania, chociaż przez chwilę jest bardzo ważne.

Podobnego zdania jest opiekunka M 50 (wykształcenie zawodowe, 32 lata pracy) – „Przed wszystkim należałoby wzmocnić ich kontakty z rodziną oraz znajomymi, aby nie czuli się tacy niepotrzebni, osamotnieni”.

Z wypowiedzi osób starszych wnioskować można, że zdecydowanie są przeciwne zamieszkaniu w domu pomocy społecznej, wolą one pozostać w swoim miejscu zamieszkania, gdzie czują się bezpiecznie, po prostu są u siebie:

– Wolę zostać tu gdzie jestem, nie chcę iść do domu starców, miałam taką propozycję, ale chcę być tu u siebie, najlepiej jest na swoim, nawet jeśli, tak jak u mnie, warunki są złe (Ak 79);

– Bardzo się cieszę i dziękuję za to, że jestem w swoim domu, a nie w jakiejś placówce. Nie wiem jak dalej będzie, może kiedyś będzie ze mną tak źle, że już sama nie będę mogła mieszkać, ale mam nadzieję, że nigdy nie przyjdzie taka chwila, żebym musiała iść do domu pomocy (Ck 85).

Świadczeniem spoza kompetencji opiekunek osób starszych są usługi specjalistyczne. Zakres realizacji usług specjalistycznych na terenie gminy miejskiej Kraków ilustrują dane zamieszczone w tabeli 47.

Tabela 47. Usługi opiekuńcze specjalistyczne w Krakowie

Rok	Liczba godzin opiekuńczych	Liczba osób ogółem	Cena jednej godziny
1999	74 926	150	11,21 zł
2004	53 725	176	8,00 zł
2005	160 261	383	7,78 zł
2006	138 640	393	8,98 zł
2007	158 388	369	10,80 zł
2008	155 481	262	11,04 zł

Źródło: opracowanie na podstawie sprawozdań MOPS w Krakowie

Usługami specjalistycznymi objęto w 2004 roku 176 osób i wykonano na ich rzecz 53 725 godzin usług, w cenie 8 zł za godzinę. W 2008 roku wykonano ponad 155,5 tysięcy godzin specjalistycznych usług opiekuńczych, w cenie 11,04 zł za godzinę. Skorzystały z nich 262 osoby. Koszt usług specjalistycznych począwszy od roku 2005 systematycznie rośnie. Podmiotem realizującym zlecone przez MOPS świadczenia była Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy.

MOPS w Krakowie koordynował także program pomocy wolontaryjnej. W roku 2008 pomoc osobom niepełnosprawnym, starszym i samotnym polegała na wspieraniu ich poprzez rozmowy, towarzyszenie przy załatwianiu spraw w urzędach, wspólne wychodzenie na spacer. W tym programie 58 wolontariuszy przeznaczyło łącznie 1362 godziny na pracę z 56 osobami niepełnosprawnymi, starszymi, samotnymi²¹.

Wśród zadań MOPS realizowanych w obszarze opieki środowiskowej, dotąd nie omówionych, wystąpiły: kierowanie zainteresowanych osób do placówek wsparcia, sprawowanie nadzoru nad ich działalnością, zapewnianie miejsc w publicznych i niepublicznych domach pomocy, dopłaty za pobyt osoby w dps znajdującym się w innym powiecie, utrzymywanie lokali, w których realizowane są zadania z zakresu pomocy społecznej.

3. Środowiskowe ośrodki wsparcia

Zgodnie ze sprawozdaniem MPiPS w roku 2007 w województwie małopolskim działało 30 ośrodków wsparcia z 1038 miejscami (korzystających z usług było więcej niż miejsc – 1090 osób)²².

²¹ Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2008..., s. 18.

²² Statystyka za rok 2007, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; <http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=1173> [data dostępu 23.10.2008].

Interesująca jest historia ośrodków wsparcia dziennego dla osób starszych: pierwszy dom dziennego pobytu powstał w Krakowie w 1979 roku na mocy zarządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej. Był to dzienny dom opieki zdrowotnej. Kolejne tworzono z końcem lat osiemdziesiątych XX wieku. DDP dzierżawiły lokale w budynkach należących do Spółdzielni Mieszkaniowej „Domy Pogodnej Jesieni”, ale były od niej całkowicie niezależne. Pozostały w zarządzie resortu zdrowia. Do 1993 r. działały jako samodzielne, niezależne jednostki gminne, odrębne zakłady budżetowe. Prowadziły usługi rehabilitacyjne, terapię zajęciową oraz zapewniały wyżywienie (dwa posiłki dziennie – śniadania i obiady)²³.

Na mocy Uchwały Rady Miasta Krakowa z 1993 rokuienne domy pomocy w dalszym ciągu podlegały Zakładowi Opieki Zdrowotnej, natomiast nadzór merytoryczny nad nimi przejął MOPS. Na podstawie Uchwały Rady Miasta Krakowa z 10 stycznia 1996²⁴ utworzono zakład budżetowy Miejskie Dienne Domy Pomocy Społecznej w Krakowie. W jego skład weszło 5 placówek (łącznie 350 użytkowników), które otrzymały swoje numery. Całkowity nadzór nad nimi powierzono MOPS. Od 2000 roku MDDPS działał jako jednostka budżetowa powiatu grodzkiego (w praktyce – podmiotem prowadzącym jest prezydent miasta, a w jego imieniu – MOPS, dział ds. domów pomocy społecznej i ośrodków wsparcia). Obecnie placówki działają na podstawie Uchwały Rady Miasta Krakowa z 21 czerwca 2006 roku w sprawie nadania statutów jednostkom organizacyjnym pomocy społecznej, działającym na terenie gminy miejskiej Kraków oraz załącznika do tej uchwały, czyli statutu Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej.

Krakowski MOPS w 2008 roku sprawował nadzór nad ośrodkiem wsparcia dla osób starszych, będącym miejską jednostką organizacyjną (Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej – 6 DDP i 5 klubów seniora; poszczególne placówki skupiały od 70 do 200 uczestników).

Do zadań MDDPS należy zapewnienie opieki i stworzenie odpowiednich warunków do wielogodzinnego pobytu osób spełniających kryteria określone w ustawie o pomocy społecznej i w odpowiednich przepisach gminnych dotyczących form i zakresu pomocy społecznej. Ta forma opieki adresowana jest do osób w wieku emerytalnym, niepełnosprawnych, o zmniejszonej sprawności psychofizycznej oraz będących w trudnej sytuacji rodzinnej bądź mieszkaniowej. O przyjęciu do MDDPS decyduje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

²³ Warto przypomnieć, że budynki były wznoszone z myślą o potrzebach emerytów i dostosowane do ich uszczuplonych możliwości w samodzielnym funkcjonowaniu. Oprócz świetlic i bibliotek spółdzielnia zapewniała swoim lokatorom gabinety rehabilitacyjne, zabiegowe oraz całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską (systemy alarmowe w każdym mieszkaniu). Ta sytuacja aktualnie się zmieniła, na skutek zmian w prawie spółdzielczym mieszkania wykupione przechodzą na własność spadkobierców dawnych właścicieli. W ten sposób społeczność miasta traci sposobność ich wykorzystywania zgodnie z pierwotnym celem przeznaczenia.

²⁴ Uchwała nr XL/385/96 z dnia 10.01.1996 roku.

na wniosek zainteresowanego i na podstawie wywiadu środowiskowego. Pobyt w dziennym domu jest odpłatny, a wysokość opłat – uzależnioną od indywidualnej sytuacji materialnej seniora – również wyznacza MOPS (w 2008 stosowano trzy wysokości opłat: 25, 50 i 75 zł, przy możliwości ubiegania się o zwolnienie z odpłatności). Cele DDP koncentrują się na rehabilitacji społecznej.

Zadaniem dziennego domu pomocy jest zapewnianie dziennej pomocy osobom w wieku podeszłym i niepełnosprawnym, które wymagają opieki i pomocy oraz zaspokajanie ich niezbędnych potrzeb życiowych w sposób pozwalający na samodzielne funkcjonowanie w życiu społecznym poprzez: usługi opiekuńcze, terapię zajęciową grupową i indywidualną dla podtrzymywania kondycji psychofizycznej, usługi rehabilitacyjne, zapewnianie posiłku, poradnictwo specjalistyczne, zaspokajanie potrzeb towarzyskich, rekreacyjno-kulturalnych oraz stwarzanie możliwości realizacji potrzeb religijnych²⁵.

Filie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie w 2004 r. dysponowały 450 miejscami (świadczeniami objęto 1176 osób). W dwa lata później liczba miejsc wzrosła do 478 osób²⁶. W 2008 roku funkcjonowało 14 ośrodków wsparcia dziennego dla łącznie 670 osób starszych, w tym 11 placówek wchodzących w strukturę MDDPS (tj. 6 DDP i 5 klubów seniora – 540 miejsc) oraz 3 o 130 miejscach prowadzone przez organizacje pozarządowe, korzystające z dotacji udzielonych przez MOPS i na jego zlecenie²⁷ (tab. 48).

Tabela 48. Ośrodki wsparcia dla osób starszych w Krakowie (stan na XII 2008)

Lp.	Typ placówki	Nazwa placówki	Adres	Podmiot prowadzący
1.	Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej	Dom nr 1 „Socjus”	ul. Sas-Zubrzyckiego	MOPS
2.		Dom nr 2	ul. Gurgacza	
3.		Dom nr 3	ul. Korczaka	
4.		Dom nr 4	ul. Sudolska	
5.		Dom nr 5	ul. Nad Sudołem	
6.		Dom nr 6 – Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów	os. Szkolne	
7.		Klub Seniora	ul. G. Zapolskiej	
8.		Integracyjny Klub Niewidomego Seniora	ul. Bandtkiego	
9.		Klub Seniora	ul. Focha	
10.		Klub Seniora	ul. Krowoderskich Zuchów	
11.		Klub Seniora	ul. Balicka	

²⁵ Regulamin Organizacyjny Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie; Statut Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie.

²⁶ Informacje uzyskane w dziale ds. domów pomocy społecznej i ośrodków wsparcia MOPS w Krakowie.

²⁷ Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2008..., s. 31.

12.	ośrodek wsparcia dziennego	Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych	os. Górali os. Hutnicze	Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej „Gaudium et Spes”
13.		Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych Caritas Archidiecezji Krakowskiej	ul. Komandosów	Caritas Archidiecezji Krakowskiej
14.		Dzienny Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych	plac gen. W. Sikorskiego	Zgromadzenie Służebnic Najświętszego Serca Jezusowego

Były to: Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych prowadzony w dwóch punktach przez Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej „Gaudium et Spes” przeznaczony dla łącznie 70 osób, Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych Caritas Archidiecezji Krakowskiej, przeznaczony dla 30 osób²⁸ oraz Dzienny Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych Zgromadzenia Służebnic Najświętszego Serca Jezusowego dla 30 osób²⁹. W planach jest uruchomienie w roku 2009 kolejnej gminnej placówki, jako filii Domu nr 1.

Z usług ośrodków wsparcia skorzystało 1249 osób³⁰. Jak wynika z badań własnych, profil klienta MDDPS wyznaczają następujące zmienne: płeć – kobiety (76%); dominująca grupa wiekowa – 75–89 lat (56%), druga w kolejności – 60–74 lata (42%); wykształcenie – średnie (56%), następnie zawodowe (14%); stan cywilny – wolny (82%), w tym wdowieństwo (54%), rozwodnicy (18%), panna/kawaler (10%), czas korzystania z usług placówki – 1–5 lat (38%) oraz 6–10 lat (32%), powyżej 10 lat (18%). Stan zdrowia użytkowników nie jest najlepszy, najczęściej nękają ich choroby układu krążenia, narządu ruchu, różnego rodzaju zmiany zwyrodnieniowe, stany po udarach, choroby nowotworowe i sporadycznie – choroby psychiczne. Dominującym powodem korzystania z usług DDP jest samotność (52%), ubóstwo i niepełnosprawność (po 18%).

W Krakowie funkcjonuje ponadto Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z chorobą Alzheimera. Świadczeniobiorcami są osoby, u których zdiagnozowano chorobę Alzheimera oraz ich rodziny i opiekunowie. Ośrodek wsparcia zapewnia w dni powszednie 8-godzinną dzienną opiekę terapeutyczną chorym skierowanym przez lekarzy specjalistów lub Miejski Ośrodek Pomocy

²⁸ Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2007...

²⁹ W Ośrodku Wsparcia dla Osób Starszych, który został udostępniony użytkownikom 15.12.2008 r., poza typowymi usługami przewidziana jest nauka podstaw obsługi komputera, promocja zasad zdrowego żywienia, kursy językowe. Za: *Nowy ośrodek wsparcia dla osób starszych*, MOPS w Krakowie, zakładka Aktualności z 15.12.2008; http://www.mops.krakow.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=738&Itemid=149 [data dostępu 17.12.2008].

³⁰ Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2008..., s. 31.

Rodzinie. Do programu ŚDS należy prowadzenie terapii, edukowanie rodzin i opiekunów osób chorych. Terapia obejmuje trening funkcji poznawczych oraz pamięci, w formach dostosowanych do stopnia zaawansowania choroby. Głównym celem działań jest spowolnienie tempa rozwoju choroby. Ośrodek prowadzi grupy wsparcia dla rodzin i opiekunów osób z chorobą Alzheimer'a.

3.1. Standardy wyposażenia i usług w ośrodkach wchodzących w strukturę Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej

Placówki, czyli 6 filii MDDPS, prowadzą różne formy aktywizujące osoby starsze, z uwzględnieniem ich potrzeb i zainteresowań społecznych, kulturalnych i religijnych. Seniorzy mogą się spotkać w szerszym gronie, zaspokajając potrzeby towarzyskie, spędzić wspólnie czas. Mogą skorzystać z posiłków, z usług rehabilitacyjnych, poradnictwa specjalistycznego (starania o skierowanie na turnusy rehabilitacyjne, np. problemy dotyczące ZUS-u, pisanie podań, wypełnianie dokumentów), oferty kulturalno-oświatowej. Są to świadczenia niematerialne, które wpływają na podniesienie poczucia wartości i godności człowieka starego.

W zakres działań wchodzi także usługi opiekuńcze świadczone w mieszkaniach klientów o mocno ograniczonej sprawności i samodzielności funkcjonalnej (dotyczy to przede wszystkim lokatorów Spółdzielni Mieszkaniowej „Domy Pogodnej Jesieni”). Przykładowo: dostarczanie gotowych posiłków, robienie zakupów, umawianie na wizyty lekarskie, pomoc w realizacji recept. Ponadto niektóre ośrodki oferują usługi higieniczne, fryzjerskie i krawieckie. Działają Społeczne Rady Domu składające się zazwyczaj z kilku użytkowników usług placówki.

Lokalizacja wszystkich placówek zapewnia seniorom łatwy dojazd, a odległość przystanków komunikacji miejskiej od danej placówki nie przekracza 400 m. Pokonanie tego dystansu nie przysparza większych kłopotów osobom starszym. Najwięcej klientów mieszka w niedalekim sąsiedztwie.

MDDPS współpracuje z radami poszczególnych dzielnic, Urzędem Miasta Krakowa, MOPS, dzięki czemu podopieczni mogą korzystać z dofinansowania wyjazdów wypoczynkowych do uzdrowisk, czy na turnusy rehabilitacyjne. Poza tym każda z placówek indywidualnie może starać się o wsparcie sponsorów, czy darowizny (np. z hurtowni tekstyliów, albo stałe dostawy kawy, herbaty). Dodatkowe, choć oczywiście bardzo skromne, fundusze pozyskiwane są poprzez wystawianie na okolicznościowych kiermaszach wytworów prac rękodzielniczych uczestników terapii zajęciowej. Przeznaczane są na zakup kolejnych materiałów i środków wykorzystywanych podczas zajęć z seniorami.

Placówki są wyposażone w centralne ogrzewanie, ciepłą wodę. Posiadają niezbędny sprzęt rehabilitacyjny. Wszędzie funkcjonują stołówki. Personel dysponuje wyodrębnionymi pomieszczeniami. Wspólną cechą MDDPS jest es-

tetyka pomieszczeń, jasne wnętrza ozdobione pracami seniorów, oraz współpraca z licznymi placówkami oświatowymi i kulturalno-oświatowymi. Niestety, stara substancja lokalowa stanowi spore utrudnienie dla użytkowników placówek, przeszkadzają zwłaszcza bariery architektoniczne (tab. 49)

Tabela 49. Warunki lokalowe MDDPS w Krakowie

MDDPS	Braki i utrudnienia	Zasoby i ułatwienia
DDP1	brak podjazdu, brak windy, za mały pokój do terapii zajęciowej, brak świetlicy	duża sala do rehabilitacji, aneks kuchenny, mały księgozbiór
DDP2	jeden (!) stopień przy wejściu do placówki	brak barier architektonicznych we wnętrzach, świetlica, pokoje socjalne, pomieszczenia gospodarcze, sala do terapii zajęciowej
DDP3	ciasna toaleta, brak sali do terapii zajęciowej, rehabilitacji	brak barier architektonicznych, rowerki, przyrządy do ćwiczeń manualnych, odbiornik TV
DDP4	brak podjazdu, ciasne toalety i ciasny prysznic	świetlica, sala do rehabilitacji, mały pokój do terapii zajęciowej, własny odbiornik TV, znaczny księgozbiór, kącik kuchenny, pianino
DDP5	ciasne toalety, brak sali do terapii zajęciowej	brak barier architektonicznych, świetlica, własny odbiornik TV, znaczny księgozbiór
DDP6	nie występują	brak barier architektonicznych, podjazdy dla wózków inwalidzkich, winda, antypoślizgowe podłogi, toaleta dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych na wózkach, sale do terapii zajęciowej, sala gimnastyczna, biblioteka, hall, recepcja (z monitoringiem), kącik wypoczynkowy z fotelami, sala widowiskowa z pianinem, dwie sale do terapii zajęciowej i rehabilitacji, pokój socjalny

Dzienne domy pobytu funkcjonują na podstawie planów rocznych i miesięcznych. Pracownicy prowadzą dzienniki zajęć, w których odnotowują wszelkie niezbędne informacje.

Bardzo ambitnie przedstawia się oferta kulturalno-oświatowa DDP. Osoby starsze mają pełną gamę propozycji zgodnych z ich zainteresowaniami i możliwościami. Z badań własnych wynika, że przykładowo w ciągu miesiąca (X 2006) 478 użytkowników MDDPS skorzystało z 4917 świadczeń kulturalno-rekreacyjnych. W liczbie tej znalazły się zorganizowane wyjścia do instytucji kultury, na basen, prelekcje, spotkania z interesującymi ludźmi, kursy, treningi pamięci, pokazy, kiermasze prac własnych, konkursy twórczości, festiwale, spotkania towarzyskie typu jubileusze użytkowników, imprezy okolicznościowe (np. Dzień Seniora, Dzień Babci, Dzień Dziadka). W placówkach organizuje się spotkania klubowe przy kawie, gry świetlicowe, są kluby prasy, brydżowe. Wydawana jest „Gazetka Domowa”. Sporą popularnością cieszą się zabawy, bale, ogniska, pikniki. Seniorzy spotykają się na opłatku, śniadaniu wielkanocnym itp. Uczestniczą w wycieczkach bliższych

i dalszych, spotkaniach społeczności różnych ośrodków wsparcia dziennego i domów pomocy społecznej, zapraszają dzieci z okolicznych placówek oświatowych.

Tam też dba się o zdrowie ludzi starszych. Mierzone jest ciśnienie i poziom cukru. Na wysokim poziomie prowadzona jest rehabilitacja. Obejmuje ona:

– kinezyterapię, czyli leczenie poprzez ruch, w tym gimnastykę indywidualną i grupową, ćwiczenia przy drabinkach, na materacach, piłkach itp., ćwiczenia manualne z przyborami (z wykorzystaniem taśm, szarf, kółek, kijów), ćwiczenia przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego (UGUL, rowerki, bieżnia, stepper, atlas, wiosło, ławka wielofunkcyjna, twister),

– fizykoterapię, czyli leczenie z wykorzystaniem czynników fizycznych: pole magnetyczne, lampa Solux, lampa BIO-V, ultradźwięki, inhalator, laser, masaże (także tybetański),

– fizjoterapię (interdyn, jonoforeza, diadynamik, pozostałe zabiegi prądowe).

MDDPS zatrudnia około 90 osób na 60 etatach. W filiach nie są zatrudniani pracownicy socjalni, a zadania z zakresu pracy socjalnej wykonywane są przez personel bezpośredniego kontaktu (kierowników, instruktorów ds. kulturalno-rekreacyjnych, terapeutów zajęciowych, łącznie po 8–9 osób w placówce). Można zatem stwierdzić, że w domach dziennego pobytu pracownik socjalny jest ujmowany w kategorii zadań i czynności, a nie profesji, stanowiska.

Wszystkie placówki czynne są od poniedziałku do piątku, przy czym cztery pracują w godzinach 8–16, jedna w godz. 9–17 i jedna w godz. 10–18³¹.

Dzienne domy pobytu są znacznie tańsze od instytucji opieki stacjonarnej. Miesięczny koszt usług świadczonych jednej osobie oscyluje wokół 250 zł, tj. mniej niż 20% kosztów miesięcznego pobytu osoby w placówce pobytu stacjonarnej.

3.2. Metodyka geragogicznej pracy kulturalno-oświatowej w Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej w Krakowie

Z analizy treści kronik prowadzonych przez poszczególne domy w ubiegłych latach wynika, że seniorzy uczestniczyli w wielu zajęciach kulturalno-oświatowych. Bieżąca działalność jest równie imponująca. Użytkownikom MDDPS proponowane są wyjścia do kina, opery, teatru, na koncerty muzyczne, do muzeów, galerii i na wystawy, także do Ogrodu Botanicznego czy Ogrodu Zoologicznego. Seniorzy mają okazję poszerzać swoją wiedzę, uczestnicząc w kursach, np. pierwszej pomocy lub samoobrony, gdzie wykładawcami byli policjanci i funkcjonariusze Straży Miejskiej, psychologowie (np. „Jak rozpoznać potencjalnego napastnika”; „Zachowanie się w czasie ataku”) oraz przed-

³¹ *Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej. Biuletyn Informacji Publicznej Miasta Krakowa*, BIP MJO; http://www.bip.krakow.pl/?bip_id=304&dok=struktura [dane na 31.10.2006].

stawiciele służb medycznych (np. „Udzielanie pierwszej pomocy w przypadku omdleń i krwotoków”; „Jak rozpoznać atak cukrzycy, padaczki i udzielić pierwszej pomocy”). Organizowane są spotkania z dzielnicowymi, którzy informują o najnowszych technikach przestępców i udzielają wskazówek, jak się przed nimi bronić.

Odbywają się także prelekcje, czyli spotkania popularyzujące wszelaką wiedzę, poruszające problematykę zdrowia (np. nadciśnienie), informujące o skutkach depresji, o ziołolecznictwie, znaczeniu snów i numerologii. Inne spotkania dotyczą zabytków Krakowa, sztuki operowej, historii herbaty. Użytkownicy samodzielnie przygotowują zajęcia, podczas których opowiadają o swoim życiu, ciekawych przygodach, dzielą się wspomnieniami, np. z okresu II wojny światowej. Spotykają się z artystami, naukowcami, podróżnikami. Prowadzone są również ćwiczenia usprawniające wzrok, pracę mózgu, trening pamięci.

Występują profesjonalne i amatorskie zespoły artystyczne, np. grupa teatralna „Jesteśmy”. Seniorzy nawiązują kontakty w trakcie spotkań klubowych, gier świetlicowych. Wspólnie świętują jubileusze (urodziny, imieniny) i uczestniczą w imprezach okolicznościowych (Zaduszki – „Wieczór wspomnień domowników, którzy odeszli”, andrzejki, Barbórka, Dzień Babci i Dzień Dziadka, walentynki z pocztą walentynkową, tłusty czwartek, Dzień Kobiet itp.), świętach narodowych i religijnych. Organizowane są zabawy (bale karnawałowe, śledziówka), ogniska, pikniki, grzybobrania, rejsy statkiem. Seniorzy wyjeżdżają na wycieczki bliższe i dalsze, w góry, do sanktuariów, za granicę (do zaprzyjaźnionych placówek z Niemiec, Ukrainy). Oglądają wspólnie filmy, spektakle teatralne na sprzęcie DVD.

W działalności kulturalno-oświatowej analizowanych placówek wyróżnić można trzy tradycyjne metody pracy: indywidualnych przypadków, pracy grupowej oraz otwartego uczestnictwa³². Istotą pierwszej z nich, skrótkowo rzecz ujmując, jest opieka i kierowanie rozwojem kulturalnym jednostki, poprzez dobór przez pracownika placówki najodpowiedniejszych dla użytkownika działań, przy zachowaniu osobistego i indywidualizowanego kontaktu poszczególnych podmiotów. Pracownik (można go umownie nazwać kulturalno-oświatowy) nie ogranicza się do wspierania aktywności twórczej utalentowanych, zaangażowanych uczestników, ale stara się pozyskać i zainteresować danym tematem również osoby niechętne i wycofane. Dąży do rewitalizacji sił jednostki. Metoda indywidualnego przypadku koncentruje się przede wszystkim na aktywizujących formach pracy, takich jak ćwiczenie umiejętności czy działanie twórcze. Jej zastosowanie poprzedzone jest diagnozą indywidualną, rozpoznaniem zainteresowań, zdolności, marzeń i pragnień konkretnego człowieka.

³² A. Nocuń, *Teoretyczne podstawy pracy kulturalno-oświatowej*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995, s. 123–136.

W DDP *case work* polega głównie na rozmowach wspierających, w trakcie których osoby starsze opowiadają o swoich problemach, codziennych troskach, radościach oraz otrzymują zrozumienie i niezbędne wsparcie. Seniorzy mogą liczyć na porady nieformalne ze strony personelu dotyczące rozwiązywania własnych problemów oraz korzystać z poradnictwa specjalistycznego świadczonego przez prawnika. Metoda pracy z przypadkiem realizowana jest w toku indywidualnej rehabilitacji, poprzez udostępnianie pracowni i urządzeń, samodzielne lub pod kierunkiem instruktora wykonywanie rozmaitych czynności, a także ćwiczenie umiejętności i działalność twórczą jednostek.

Praca grupowa, przyjmując w odmianie kulturalno-oświatowej postać grup rozwojowo-wychowawczych, polega na kierowaniu zbiorem osób o podobnych celach bądź zainteresowaniach. Dąży do zaktywizowania jednostki poprzez jej uczestnictwo w grupie. Wspólne działanie w pracy kulturalno-oświatowej może znaleźć odzwierciedlenie w sferze edukacyjnej (poszerzanie wiedzy poprzez uczestnictwo w kursach, wykładach), terapeutycznej (rozmowa o problemach, udzielanie wsparcia), rekreacyjnej (gry i zabawy, uprawianie sportu), socjalizacyjnej (spotkania towarzyskie, integracyjne), a także w sferze samopomocowej (rozwój solidarności) i decyzyjnej (zaangażowanie w życie placówki). W pracy grupowej dominują formy audytoryjne, gdzie użytkownicy stają się słuchaczami lub widzami.

Group work realizowana jest w MDDPS w następujących formach: korzystanie z oferty placówek i instytucji kulturalno-oświatowych, zajęcia rekreacyjno-ruchowe w terenie, na basenie, gry stolikowe, rehabilitacja i gimnastyka grupowa, terapia zajęciowa (prace manualne, robótki ręczne, malarstwo, tkactwo, zajęcia muzyczne i próby zespołów muzycznych), wspólne oglądanie filmów, zajęcia poprawiające sprawność intelektualną, rozmowy wspierające grupowe, kursy, Kluby (Melomana, Książki i Prasy, Wideo, Krzyżówkowicza), wydawanie „Gazetki Domowej”, wykłady, spotkania integracyjne, pomoc innym użytkownikom, udział w naradach Społecznych Rad Domów.

W analizie stosowanych w Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej typów działalności grupowej można wykorzystać także klasyfikację C. Zastrowa³³, przyporządkowując do poszczególnych grup rodzaje proponowanych zajęć:

1. Rekreacyjne, czyli gry świetlicowe, stolikowe, korzystanie z basenu, wycieczki, zajęcia rekreacyjno-ruchowe.

2. Umiejętności rekreacyjnych, do których można przyporządkować rehabilitację i gimnastykę grupową, prace manualne, robótki ręczne, malarstwo, tkactwo, warsztaty muzyczne, słuchanie muzyki relaksacyjnej, Klub Melomana.

³³ Za: J. Szmagański, *Metoda grupowa w pracy socjalnej*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna...*, s. 247–250; por. L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej*, Interart, Warszawa 1995, s. 35–37.

3. Spotkaniowe, czyli jubileusze, występy zespołów artystycznych, Klub Wideo, potańcówki, bale.

4. Edukacyjne, czyli ćwiczenia usprawniające wzrok, pracę mózgu i pamięć, Klub Prasy, Klub Krzyżówkowicza, wykłady, kurs pierwszej pomocy, kurs samoobrony, pokazy, kiermasze, konkursy, wydawanie gazetki, czytelnictwo, korzystanie z księgozbioru biblioteki.

5. Socjalizacyjne, najczęściej spotkania integracyjne przy kawie i herbacie oraz spotkania w kawiarence z cyklu: Pogadanki, ciekawostki, niespodzianki.

6. Terapeutyczne – terapia zajęciowa (arteterpia: malarstwo, tkactwo, prace manualne, robótki ręczne; biblioterapia; muzykoterapia: słuchanie muzyki, chór, zespół wokalny, gra na instrumentach; choreoterapia; terapia indywidualna; ergoterapia), rozmowy wspierające.

7. Samopomocy – pomoc innym użytkownikom: płacenie rachunków, robienie zakupów, donoszenie obiadów, odwiedziny u chorych kolegów i koleżanek.

8. Problemowe i decyzyjne – spotkania członków Społecznych Rad Domów, skrzynki skarg i wniosków.

O ile wymienione wyżej metody zakładają długofalową, sformalizowaną więź uczestników z placówką, o tyle kolejna metoda – otwartego uczestnictwa – umożliwia zainteresowanym osobom systematyczne lub sporadyczne, spontaniczne i niezobowiązujące korzystanie z wybranych ofert placówki. Realizowana jest przede wszystkim poprzez formy usługowe (wypożyczanie sprzętu, korzystanie z kawiarni, uczestnictwo w festynach czy zabawach tanecznych) i w dużej mierze również przez formy audytoryjne (koncert, spektakl, odczyt, spotkania z ciekawymi ludźmi). Proponowane jest uczestnictwo w ofercie programowej placówek kulturalno-oświatowych, organizowane są wycieczki, imprezy okolicznościowe, występy zaproszonych gości, wspólne obchodzenie świąt, zabawy towarzyskie, bale, ogniska, pikniki, spotkania międzydomowe, kiermasze, prelekcje, pokazy, konkursy, wypożyczanie książek z biblioteki, wspólne oglądanie telewizji, wystawy zbiorów hobbistycznych oraz prac wykonanych w ramach terapii zajęciowej, spotkania z interesującymi osobami.

Formą aktywizacji ogółu użytkowników jest członkostwo w Społecznych Radach Domów. Dzięki samorządnemu współdecydowaniu, użytkownicy mogą czynnie włączać się w życie placówki i motywować innych seniorów do większej aktywności. Liczebność Rady nie może być mniejsza niż 3 osoby. W poszczególnych domach jej liczebność waha się 3–6 członków. Członkami zarządów DDP są przewodniczący, zastępca oraz sekretarz. Kadencja trwa rok lub dwa. Członkowie Rady współpracują z kierownikiem domu i raz w roku zwołują zebranie ogólne. Zadaniem Rady jest pomaganie kierownikowi placówki w tworzeniu warunków sprzyjających dobremu współżyciu, współdziałanie w zaspokajaniu potrzeb towarzyskich, rekreacyjno-kulturalnych oraz religijnych użytkowników, włączanie społeczności DDP do pracy w domu i współpracy z innymi domami pomocy, utrzymywanie kontaktu z oso-

bami starszymi i niepełnosprawnymi mieszkającymi w okolicy. Jednak użytkownicy niechętnie przyjmują na siebie obowiązki związane z członkostwem w samorządzie domu, co potwierdzają pracownicy.

DDP są otwarte na środowisko. Współpracują z okolicznymi szkołami, innymi placówkami pomocy społecznej, specjalistycznymi instytucjami upowszechniania kultury. Coraz częściej podejmowane są przedsięwzięcia angażujące kilka ośrodków, np. w okresie karnawału odbywają się bale, na które zapraszane są osoby z innych placówek lub organizowane są cykliczne wystawy prac użytkowników. Jednocześnie każda placówka organizuje własny program, korzystając z wejściówek, ulg, zniżek (np. darmowe wejściówki na basen i do grotty solnej przy salonie piękności)³⁴.

Bogactwo form pracy kulturalno-oświatowej jest ogromne: prelekcja, kurs, gra zręcznościowa, zabawa taneczna, ćwiczenia relaksacyjne, malowanie, słuchanie muzyki³⁵. We wszystkich ośrodkach prowadzona jest indywidualna i grupowa terapia zajęciowa. Obejmuje ona:

– arteterapię, podczas której prowadzone są warsztaty malarskie i tkackie, zajęcia z ceramiki i plastyki, haftu, wyszywania; uczestnicy tkają gobeliny, malują obrazy olejne i na szkle, poznają techniki malarstwa witrażowego czy pisania ikon. Seniorki chętnie szydełkują, robią na drutach. Do arteterapii należy włączyć także robienie dekoracji i prace manualne przy wykonywaniu kart i ozdób świątecznych, wyrobów z masy solnej, papieru i drewna itp. O bogactwie i powodzeniu tej formy świadczą liczne prace użytkowników ozdabiające wnętrza budynków,

– biblioterapię, która znajduje wyraz w tworzeniu poezji i samodzielnym wyborze wierszy, utworów literackich, głównie do programów artystycznych, przygotowywaniu wystawek tematycznych, konkursów i quizów o różnorodnej tematyce. Organizowane są wieczorki poetyckie,

– muzykoterapię (słuchanie muzyki klasycznej i relaksacyjnej, chóry, zespoły śpiewacze, gra na instrumentach, Klub Melomana),

– choreoterapię (zajęcia rytmiczne, tańce przy muzyce, tańce krzeselkowe),

– ergoterapię (wykonywanie drobnych prac na terenie DDP, np. pomoc przy organizowaniu imprez, sprawowanie opieki nad mniej sprawnymi seniorami, prowadzenie biblioteki, dekorowanie pomieszczeń).

Zajęcia prowadzą instruktorzy terapii zajęciowej oraz instruktorzy z wykształceniem artystycznym (np. absolwenci ASP). Ponadto stosowane są zabiegi usprawniające: kinezyterapia, fizykoterapia. Regularnie prowadzone są pomiary ciśnienia i oznaczanie poziomu cukru we krwi.

³⁴ Wywiad swobodny z pracownikiem MDDPS.

³⁵ Zob. Z. Szarota, A. Litawa, *Wychowanie w starości jako zadanie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej (na przykładzie Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów w Krakowie)*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2008, s. 115–127.

Działalność DDP jest bardzo potrzebna seniorom. O tym, czy zadania są należycie realizowane świadczą wypowiedzi użytkowników: „takie domy są potrzebne”; „dla osób starszych to wielki plus, że nie muszą sami siedzieć w domu”; „przychodzę tu z radością”; „jesteśmy, jak w jednej rodzinie”; „mnie tu dobrze”; „mogłabym tu siedzieć cały dzień”; „tu jest taki dom rodzinny”³⁶.

Seniorzy dążą do zaspokojenia potrzeb rozwojowych. Ich poziom zbadano, wykorzystując narzędzie badawcze autorstwa autorki niniejszej pracy³⁷. Najistotniejsze z nich mają charakter religijny oraz kulturalno-receptywny i ludyczny: modlitwa, imprezy okolicznościowe (po 94% wskazań), zabawy towarzyskie (88%). Następnie: rekreacyjny – spacer i wycieczki (86%), receptywny – oglądanie telewizji (84%) i słuchanie radia (80%), społeczny – odwiedziny u znajomych (76%). Kolejne wskazania to uczęszczanie do świątyni, udział w prelekcjach, czytelnictwo książek, gimnastyka (po 72% wskazań), rozmowy, dyskusje (po 70% odpowiedzi), czytelnictwo czasopism (68%), udział w terapii zajęciowej (66%). Po 64% wyborów dotyczyło rozmyślań religijnych i zwiedzania muzeów oraz wystaw. Teatr, naukę własną, kino wskazało po 60% respondentów. Bierny wypoczynek jest istotny dla 52% spośród ogółu. Połowa rozwiązuje krzyżówki, gra np. w karty, szachy. Kolekcjonerstwo i twórczość własna jest udziałem odpowiednio 34% i 32% spośród użytkowników. Najmniej osób zainteresowanych jest udziałem w konkursach (26%), w zespole artystycznym (12%), uprawianiem jakiegokolwiek formy sportu (zaledwie 6%).

Starsi państwo mają także własne marzenia: najwięcej seniorów chce jeździć na wycieczki i zwiedzać dalekie kraje (np. Australię, Republikę Południowej Afryki) – 64%. Uczniem się języków obcych, korzystaniem z komputera, Internetu zainteresowanych jest 18% z nich. Do uniwersytetu trzeciego wieku, klubu seniora, chciałoby się zapisać lub wstąpić 18% osób. Tyle samo osób myśli o robótkach ręcznych, majsterkowaniu czy modelarstwie, 16% seniorów marzy o uprawianiu działki lub hodowli kwiatów. O rozwijaniu swojego talentu muzycznego, uprawianiu malarstwa myśli po jednej osobie. Napisanie pracy habilitacyjnej (!) jest marzeniem jednej respondentki.

Użytkownicy bardzo dobrze oceniają działalność DDP. Chcieliby jedynie, aby placówki były otwarte także w soboty, aby był zapewniony stały dostęp do telewizji. Proszą o możliwość korzystania z komputera, utworzenie kółka recytatorskiego lub teatralnego, klubu poezji z deklamacją wierszy, organizowanie częstszych wyjść do instytucji kulturalnych oraz pozyskanie funduszy dla osób niepełnosprawnych z Urzędu Miasta oraz zwiększenie liczby wyjazdów i wycieczek, zorganizowanie kuligu. Ponadto seniorzy chcieliby, „żeby więcej ludzi przychodziło” i żeby było „więcej radości”. Jedna osoba chciałaby, aby zupy były smaczniejsze.

³⁶ D. Bielec, A. Kupczyk, I. Pająk, Z. Szarota, *Instytucjonalny system wsparcia osób starszych*, „Państwo i Społeczeństwo” 2007, nr 3 (VII), s. 143–156.

³⁷ Badania przeprowadziła Dorota Bielec.

Instytucje socjalne, jakimi są dzienne domy pomocy społecznej mają swoje podstawowe zadanie – polega ono na normalizacji starości, nie tylko poprzez udzielanie opieki, co związane jest z kompensacją podstawowych potrzeb, ale także poprzez jej geragogiczne, kulturalno-oświatowe wsparcie.

3.3. Geragogiczna działalność dziennych domów pobytu – wybrane przykłady

Analiza harmonogramu zajęć prowadzonych w najnowszym ośrodku, filii MDDPS, czyli Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów, umożliwia wyszczególnienie form pracy kulturalno-oświatowej właściwych dla MDDPS. Użytkownicy DDP mają możliwość korzystania z terapii zajęciowej i zajęć plastycznych, spotkań integracyjnych, imprez kulturalno-oświatowych, klubu książki i prasy, gier towarzyskich, muzykoterapii, klubu filmowego oraz rozmów wspierających. Są to stałe punkty programu domu, w ramach których realizowane są różne formy pracy.

Uczestnicy „Terapii zajęciowej” (nazwa stosowana w dokumentacji sprawozdawczej placówki) dają upust swej fantazji i zdolnościom manualnym – układają różnego rodzaju stroiki i wiązanki (materiały wykorzystywane w kompozycjach zmieniają się wraz z porami roku), tworzą kartki okolicznościowe i dekoracje świąteczne. Wyrabiają figurki z masy solnej czy gipsowej (np. anioły, świeczniki, ramki na zdjęcia), a następnie je malują. Panie szyją (np. igielniki), robią na drutach, szydełkują, haftują. Dużą popularnością cieszy się wyklejanie obrazów kulkami z bibuły czy skrawkami materiału. W twórczości seniorów prym wiedzie wyrób różnego rodzaju ozdób, począwszy od pisanek i bombek choinkowych, przez kwiaty z bibuły i walentynkowe serduszka, po strugane z drewna i malowane anioły. Ręcznie robione ozdoby nie znikają w szufladach, ani nie są wyrzucane, trafiają za to na organizowany dwa razy w roku (przy okazji świąt) kiermasz. Pieniądze uzyskane ze sprzedaży ozdób przeznaczane są na zakup kolejnych materiałów niezbędnych do dalszej działalności twórczej. Terapia zajęciowa prowadzona jest codziennie. Dzięki bogactwu wykorzystywanych form pracy, skupia największą liczbę uczestników. Każdy może znaleźć tu coś dla siebie; nawet jeśli senior nie ma zdolności manualnych i trudność sprawia mu wyklejanie obrazów, może zająć się przygotowaniem materiału dla innych, np. wyrabianiem kolorowych kulek z bibuły dla osób, które wyklejają obrazy tą właśnie techniką. Współpraca przynosi obopólną korzyść: twórcy obrazów mogą w pełni skupić się na swym dziele, a „producent” kulek czuje się potrzebny.

Węższy zakres form pracy proponowany jest w ramach „Zajęć plastycznych”, które skupiają stałe grono utalentowanych i zainteresowanych malarstwem osób. Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu. Użytkownicy malują farbami olejnymi na płótnie, głównie pejzaże, martwą naturę i portrety. Zadaniem instruktora jest udzielanie porad dotyczących technik malarstwa

czy zasad kompozycji. Każdy pracuje przy własnej sztaludze, stąd wszelkie dodatkowe konsultacje odbywają się raczej indywidualnie. Obrazy powstałe podczas zajęć trafiają na wystawy organizowane na miejscu bądź w innych placówkach, biorą udział w konkursach albo po prostu ozdabiają ściany pomieszczeń domu.

„Spotkania integracyjne” polegają na wspólnym spędzaniu czasu przez seniorów. Codzienne rozmowy o różnych problemach, dyskusje, wzajemne doradzanie wpływają przy herbach czy kawie. W spotkaniach często uczestniczy również kadra. O tym, jak duże znaczenie w życiu człowieka starszego odgrywa zwykła, na pozór, rozmowa oraz sam fakt przebywania w towarzystwie innych, podobnych sobie osób świadczyć może wysoki poziom frekwencji na omawianych „zajęciach”. Większą liczbę osób skupiają jedynie wydawane codziennie obiady.

Podobną rolę do spotkań integracyjnych, tyle że opartą na kontakcie indywidualnym pełnią „Rozmowy wspierające”. W przypadku, gdy osoba starsza boryka się z jakimś problemem, a nie chce wtajemniczać w swoje sprawy inne osoby, może liczyć na rozmowę w cztery oczy z kimś spośród personelu. Pracownicy znają seniorów na tyle, że potrafią dostrzec u nich symptomy niepożądanych zjawisk, jakimi z pewnością są smutek czy przygnębienie. Takie indywidualne spotkania umożliwiają odbycie szczerej rozmowy, w czasie której starsza osoba może się wyzalić, podzielić swoimi troskami, ale również radościami. Zawsze otrzyma niezbędne wsparcie i zrozumienie.

W ramach „Imprez kulturalno-oświatowych” użytkownikom proponowane są wyjścia do kina, teatru, muzeum, na wystawy czy wernisaże. Pod uwagę brane są również imprezy organizowane przez miasto oraz wszelkie dostępne w danym miesiącu atrakcje. Zajęcia kulturalno-oświatowe to również okazja do spotkań z poezją, zarówno w centrach kultury, jak i na wieczorkach zorganizowanych w placówce, gdzie poezję recytują sami użytkownicy. Inne formy pracy kulturalno-oświatowej to wycieczki, prelekcje (np. „Żyjmy zdrowo”) i pokazy (np. makijażu) prowadzone przez instruktorów bądź osoby zaproszone, a także odczyty przygotowywane przez użytkowników. Zajęcia kulturalno-oświatowe to również zabawa (bale karnawałowe, na które często zaprasza się osoby z innych domów, spotkania imieninowe, imprezy okolicznościowe, np. z okazji walentynek) oraz wspólne obchodzenie świąt. Pod hasłem „Imprez kulturalno-oświatowych” funkcjonuje „Akademia Dobrego Humoru” – regularnie odbywające się zajęcia, podczas których seniorów zachęca się do udziału w grach i zabawach dydaktyczno-relaksujących.

„Klub książki i prasy”. Udostępniane czasopisma pochodzą w głównej mierze z prywatnych zasobów seniorów, po przeczytaniu oddają je do wspólnego użytku. Wśród tytułów dominuje prasa kobieca: zdrowie, kulinaria i plotki. „Gry towarzyskie” to tenis stołowy, szachy i gry planszowe. Jednak prym wiedzie gra w karty. Seniorzy spotykają się codziennie w stałych, niewielkich grupach i na parę godzin zapominają o troskach życia codziennego, ćwicząc ciało i umysł. Raz w tygodniu użytkownicy spotykają się na zorgani-

zowanych projekcjach filmowych. W „Klubie filmowym” dominują produkcje dokumentalne oraz polskie filmy fabularne. Seniorzy przynoszą filmy ze swoich prywatnych zbiorów albo zgłaszają instruktorom, co chcieliby oglądać, a ci starają się zdobyć zamówioną pozycję.

Również raz w tygodniu odbywają się zajęcia z „Muzykoterapii”. Upływają na wspólnym śpiewie seniorów z artystą Opery Krakowskiej przy akompaniamencie pianina. Od czasu do czasu prowadzący występuje przed użytkownikami: śpiewa solo arie z wybranych oper. Zdarza się również, że na zajęciach gości kilku innych śpiewaków, wówczas zajęcia zamieniają się w koncert.

Warte podkreślenia jest osobiste zaangażowanie seniorów w koordynację działań placówki – działa w niej Społeczna Rada Domu, włączając się w ustalanie harmonogramu zajęć. Ponadto starsi państwo dzielą się z innymi swoimi zasobami – przynoszą filmy, czasopisma, książki etc. Uwaga ta niestety nie dotyczy wszystkich. Rzeczywista aktywność uczestników jest znikoma, pomimo starań kadry o podniesienie jej poziomu. Spora część osób ogranicza się wyłącznie do konsumpcji opłaconych obiadów i korzystania z usług opiekuńczych, np. pomiaru ciśnienia krwi bądź oznaczania poziomu cukru. Jest to dowód na słuszność stwierdzenia, że o jakości życia na emeryturze decydują nawyki wyniesione z wcześniejszych faz życia³⁸.

Inna placówka, która świadczy wszystkie typowe dla DDP usługi, proponując ponadto ofertę związaną z zagospodarowaniem czasu wolnego (terapia manualna, gimnastyka, muzykoterapia, projekcje filmów, spotkania z interesującymi osobami, wycieczki, spotkania okolicznościowe i wiele innych), działa w myśl zasady trzech „A” (czyli Aktywizacja, Adaptacja i Atmosfera). Terapia zajęciowa prowadzona jest zazwyczaj przed południem. Gabinet rehabilitacyjny wyposażony w sprzęt do fizykoterapii: aparat do laseroterapii, elektroterapii, do terapii światłem i ultradźwiękami, magnetoterapii dostępny jest codziennie w godzinach pracy DDP. Wykonywane są masaże klasyczne oraz wibracyjne. W godzinach od 12 do 14 wydawane są obiady. Popołudniami odbywają się różnego typu imprezy i spotkania tematyczne, np. „Tradycje związane z chlebem”. Najważniejszym dniem tygodnia w tej placówce jest środa, kiedy urządzane są wieczorki taneczne lub okolicznościowe imprezy. Dlatego też w tym dniu placówka czynna jest w godzinach od 9–17.

W czasie wolnym seniorzy wychodzą do muzeów, kin, teatrów, opery, filharmonii. Proponowane są im odczyty, spotkania dyskusyjne, imprezy na świeżym powietrzu, wycieczki, udział w spotkaniach międzydomowych. Odbywają się uroczystości religijne, liczne imprezy okolicznościowe, zabawy taneczne i spotkania towarzyskie.

Dane przedstawione w tabelach 50 i 51 ilustrują tygodniowy rozkład zajęć tej placówki, przy czym zajęcia przedpołudniowe mają stały charakter, popołudniowe – cykliczny³⁹.

³⁸ Z. Szarota, A. Litawa, *Wychowanie w starości jako zadanie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej...*, s. 122–125.

³⁹ Wywiad z pracownikiem MDDPS.

Tabela 50. Tygodniowy plan zajęć w wybranej placówce (DDP 2)

Dzień tygodnia	Przed południem	12 ⁰⁰ –14 ⁰⁰	Po południu
poniedziałek	Choreoterapia	obiad	Rehabilitacja Próby zespołu wokalnego „Sudolanie”
wtorek	Rehabilitacja		Rehabilitacja Muzyczne wtorki – spotkania biesiadne z gitarą Trening pamięci
środa	Terapia zajęciowa Klub książki i prasy Gry zespołowe Rozmowy wspierające		Rehabilitacja Spotkania z solistą Opery Krakowskiej Wieczorki taneczne, imprezy okolicznościowe Spotkania tematyczne (np. goście z UTW)
czwartek	Spotkania integracyjne		Rehabilitacja Spotkania integracyjne Klub filmowy lub słuchanie książek z nośników
piątek			Rehabilitacja Spotkania integracyjne

Warto dostrzec fakt, iż przy niektórych DDP działają kluby seniora. Krakowskie placówki podległe MOPS pracują systematycznie, w wyznaczone dni i w określonych godzinach – cztery lub trzy dni w tygodniu, od 5 do 8 godzin dziennie. Z ich działalności korzystają także osoby nie będące podopiecznymi Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej, jest to potwierdzeniem środowiskowego charakteru tych placówek.

Tabela 51. Propozycje zajęć oferowanych przez MDDPS – na podstawie wybranej placówki (DDP 2)

Codziennie	Raz w tygodniu	Raz w miesiącu	Rzadziej
Terapia zajęciowa Klub książki i prasy Gry zespołowe Rozmowy wspierające Rehabilitacja Spotkania integracyjne	Próba zespołu „Sudolanie” Muzyczne spotkanie z artystą (śpiewakiem operowym) Impreza kulturalno-oświatowa (spotkania tematyczne, spotkania z zaproszoną osobą lub wieczorek taneczny) Choreoterapia Gimnastyka na krzesłach Spotkanie biesiadne (zajęcia wokalnno-muzyczne przy gitarze) Trening pamięci	Kółko modlitewne oraz msza Usługi fryzjerskie (za niewielką opłatą) Spotkanie ze sztuką (np. wystawy w Muzeum Narodowym) Kącik gospodyń – wspólne gotowanie, pieczenie Usługi inne (np. wywołanie zdjęć)	Bale karnawałowe, imprezy taneczne typu andrzejki, wieczorki taneczne Wystawy prac artystycznych klientów DDP Wyjścia do teatru, filharmonii i innych instytucji kultury (kino, muzeum) Turniej szachowy Występy zespołów muzycznych i wokalnych, także dzieci, np. ze szkoły muzycznej

Jeden z niepublicznych krakowskich ośrodków wsparcia dla osób starszych działa w dwóch punktach na nowohuckim osiedlu mieszkaniowym – na podstawie umowy zawartej z MOPS w Krakowie. Opieką obejmuje ponad 70 osób w wieku 60–94 lata (60,3% to kobiety). Większość

z nich to osoby samotnie mieszkające, samotne lub ze złymi relacjami w rodzinie. Ośrodek proponuje różne formy aktywnego spędzania czasu. Działa w nim grupa muzyczno-teatralna, która przygotowuje spektakle i koncerty. Udostępniane są książki i czasopisma. Seniorzy bawią się na balach karnawalowych, zabawach tanecznych i spotkaniach towarzyskich w poszczególnych domach pomocy społecznej. Do ośrodka przybywają dzieci z zaprzyjaźnionych przedszkoli z przygotowanymi występami. Seniorzy przygotowują i prowadzą prelekcje na tematy wynikające z ich zainteresowań (np. z zakresu edukacji zdrowotnej). Biorą także udział w spotkaniach tematycznych dotyczących szczególnie ruchu i tradycji patriotycznej.

Terapia zajęciowa obejmuje warsztaty plastyczno-manualne, robótki ręczne. Organizowane bywają wystawy indywidualne twórców. Jesienią i zimą seniorzy przygotowują stroje i dekoracje na występy artystyczne zespołu wokalnno-muzycznego oraz ozdoby choinkowe, szopki i karty świąteczne, które następnie sprzedają na świątecznych kiermaszach. W miesiącach wiosenno-letnich pracują w ogrodzie. Tam też przy grillu odbywają się spotkania integracyjne. Projekcje filmów, gra w karty, szachy, spacerory oraz spotkania przy kawie, herbacie to codzienność ośrodka.

Prowadzone są tu: trening pamięci, trening interpersonalny, rozmowy wspierające, świadczona jest pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i społecznych. Działa grupa wsparcia, zadaniem której są odwiedziny urodzinowe i imieninowe, wizyty w domach chorujących seniorów, w szpitalach. Odbywa się rehabilitacja lecznicza – gimnastyka ruchowa i usprawniająca, masaże indywidualne na zlecenie lekarza, pomoc pielęgniarstwa, porady, kontrola ciśnienia. Organizowane są wyjścia do teatrów. Niekiedy po spektaklach seniorzy mają możliwość spotkania i rozmowy z aktorami. Użytkownicy ośrodka mogą brać udział w wycieczkach krajoznawczo-turystycznych. Byli np. na Słowacji (źródła geotermalne), płynęli statkiem po Wiśle, odwiedzili Wadowice, zwiedzili Wyżynę Krakowsko-Częstochowską, byli na Wawelu, w Ogrodzie Botanicznym czy w Ogrodzie Zoologicznym. Biorą udział w spotkaniach ze społecznościami innych placówek opiekuńczych. Wiele spośród tych atrakcji jest nieodpłatnych.

Ośrodek współpracuje z radami dzielnic, Zarządem Budynków Komunalnych, MOPS. Do realizacji zadania włączona została Grupa Wolontariatu AGAPE z Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, zawarto umowy o pracę w charakterze wolontariuszy. Wolontariusze świadczą pomoc w zakresie terapii zajęciowej, pomocy psychologicznej, prac porządkowych, poszukiwania sponsorów, wnoszą innowacyjne pomysły dotyczące nowych form działania ośrodka. W kronice jednego z DDP można odnaleźć wpis: „Starość to niekoniecznie samotność”...

Rozdział 3. Opieka długoterminowa – dom pomocy społecznej jako środowisko życia starszej osoby

W województwie małopolskim w roku 2007 funkcjonowało 31 domów pomocy społecznej, w których schronienie mogły znaleźć starsze osoby samotne, przewlekle chore, nie radzące sobie z problemami codzienności. W tej liczbie 15 placówek (10 samorządowych i 5 prowadzonych na zlecenie samorządu) posiadało profil dla osób w podeszłym wieku, natomiast 16 (9 samorządowych i 7 prowadzonych na zlecenie samorządów terytorialnych) opieką obejmowało osoby przewlekle chore somatycznie. Łączna liczba miejsc wynosiła 4 tysiące.

Średni koszt miesięcznej odpłatności wahał się od 1670 zł do 2100 zł. Należy zaznaczyć, że aktualnie płatnikiem usług jest mieszkaniec dps, jednak w wysokości nie przekraczającej 70% własnych dochodów. Brakującą kwotę zobowiązani są wnieść, w kolejności: małżonek, zstępni (czyli dzieci), lub – w przypadku osoby samotnej czy też niewystarczających dochodów rodziny – gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania.

Na terenie województwa małopolskiego na koniec roku 2007 działało również 18 domów opieki, czyli podmiotów niepublicznych, w tym:

- 11 placówek funkcjonujących na podstawie tzw. działalności gospodarczej (oferują od 10 do 60 miejsc w ośrodku),
- 7 placówek funkcjonujących na podstawie tzw. działalności statutowej (od 20 do 50 mieszkańców)¹.

Na terenie gminy miejskiej Kraków, wg stanu na grudzień 2007 r., funkcjonowało 19 domów pomocy społecznej, z łączną liczbą 2116 miejsc, w tym 1163 miejscami dla osób starszych, czyli: 4 domy pomocy społecznej przeznaczone dla osób w podeszłym wieku zapewniające 307 miejsc, 5 domów pomocy społecznej dla 856 osób przewlekle somatycznie chorych.

W 2008 roku łącznie placówki długoterminowej pomocy stacjonarnej udzieliły schronienia 1116 rezydentom, w tym dla osób w podeszłym wieku (typ A) – 307 osobom, dla osób przewlekle somatycznie chorych (typ B) – 809 osobom. W porównaniu do roku poprzedniego zmniejszyła się liczba miejsc dla osób przewlekle somatycznie chorych (o 47).

¹ M. Szlązak (red.), *W trosce o seniorów. Opieka stacjonarna nad osobami starszymi w województwie małopolskim. Poradnik*, ROPS, Kraków 2008, s. 40.

Głównym założeniem komplementarnego systemu wsparcia dla osób starszych jest przyczynienie się do jak najdłuższego i najpełniejszego funkcjonowania seniorów w środowisku zamieszkania. Oznacza to, że skierowanie do domu pomocy społecznej ma miejsce dopiero po wyczerpaniu wszystkich możliwych środowiskowych form wsparcia. Jest to ostateczność. W tabeli 52. zgrupowano podstawowe dane z 2008 roku o krakowskich dps, których rezydentami są osoby w starszym wieku. Trzy spośród placówek dla osób starszych prowadzone były na zlecenie władz samorządowych (VII, VIII, IX).

Tabela 52. Domy pomocy społecznej dla osób starszych w Krakowie (stan na 31 XII 2008)

Symbol	Nazwa i adres placówki	Podmiot prowadzący	Profil	Liczba miejsc
DPS I	DPS „U Zytek”, ul. Radziwiłłowska	Prezydent Miasta Krakowa	A	64
DPS II	DPS „Seniora-Naftowca”, ul. Kluzeka		A	90
DPS III	DPS, ul. Praska		A	86
DPS IV	DPS im. św. Brata Alberta, ul. Nowaczyńskiego		B	185
DPS V	DPS im. L. i A. Helclów („Dom Ubogich”), ul. Helclów		B	374
DPS VI	DPS, ul. Łanowa		B	155
DPS VII	DPS im. W. Godynia („Pod Dębami”) ul. Softysowska	Fundacja „Zdrowie dla Budowlanych”	A	67
DPS VIII	DPS im. św. Antoniego, ul. Krowoderska	Prowincja Matki Bożej Anielskiej Zakonu Braci Mniejszych	B	45
DPS IX	DPS Sióstr Służebniczek Starowiejskich, ul. Podgórci Tynieckie	Zgromadzenie Sióstr Służebniczek Starowiejskich Najświętszej Marii Panny Niepokalanie Poczętej	B	50
RAZEM MIEJSC				1116

A – dla osób w podeszłym wieku

B – dla osób przewlekle somatycznie chorych

Czasy, gdy o domach opieki mówiono „umieralnie”, „przytułki” odeszły na szczęście w niebyt. Coraz więcej osób świadomie podejmuje decyzje o dożywotniej rezydenturze w tego typu placówkach. Uzasadniają to niemożnością samodzielnego funkcjonowania w środowisku, wiedzą, że zmiany w tym obszarze opieki poszły w dobrym kierunku. Powoli stereotyp społeczny związany z tą sferą pomocy się zmienia, społeczeństwo przekonuje się, że takie ośrodki to dobra alternatywa dla pomyślnej starości. Domy pomocy dla swych mieszkańców spełniają funkcję DOMU, muszą więc działać na najwyższym z możliwych do osiągnięcia poziomów. Jednak nie zawsze tak było.

Jak przebiegała ewolucja programu naprawczego usług placówek pobytu stacjonarnego, przedstawię poniżej.

1. Proces standaryzacji usług – ewolucja działań naprawczych systemu stacjonarnej pomocy społecznej

Badania własne, prowadzone w latach 1996–1997 dowiodły, że ówczesnie we wszystkich 17 domach pomocy społecznej² dla osób starych i dla osób przewlekle chorych z terenu województwa krakowskiego przebywało łącznie 1865 osób, w tym 1525 po 60. roku życia, co dawało 82,17% ogółu mieszkańców placówek. W placówkach z terenu miasta Krakowa mieszkało w tym czasie 1430 osób, w tym 1178 w podeszłym wieku (tj. 82,38% ogółu)³.

W tabeli 53. przedstawiono dane pochodzące z lat 1996 oraz 1999–2008, ilustrujące zmiany w liczbie miejsc w placówkach opieki stałej, z których usług korzystają starsi krakowianie, a nadzór sprawuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. W zestawieniu nie ujęto domów pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie, choć i tam mieszkają osoby w podeszłym wieku, jednak profil działania tych domów nie posiada charakteru gerontologicznego, ponadto ustawodawca zakazuje łączenia tych kategorii podopiecznych.

Tabela 53. Liczba miejsc w krakowskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych somatycznie w latach 1996–2008

Typ domu pomocy społecznej	Liczba miejsc w poszczególnych latach (dane z końca roku)										
	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
dla osób w podeszłym wieku (A)	269	277	236	236	231	298	298	257	250	307	243
dla osób przewlekle chorych somatycznie (B)	1161	1008	1069	1066	1070	1070	1075	1020	1020	856	873
Razem miejsc	1430	1285	1305	1302	1301	1368	1373	1277	1270	1163	1116

Źródło: opracowanie na podstawie sprawozdań MOPS i badań własnych

W perspektywie 12 lat dwa domy zniknęły, pojawił się nowy – niepubliczny. Zauważalna jest tendencja do zmniejszania miejsc w placówkach pobytu stacjonarnej – o 314, tylko jeden dps zachował tę samą liczbę miejsc, również jeden zmienił profil usług. Zbiorcze dane porównawcze zawarto w tabeli 54.

² Włączając w tę liczbę dwa prywatne małe domy opieki i trzy prowadzone przez jednostki pozarządowe związane umową z Wojewódzkim Zespołem Pomocy Społecznej.

³ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998, s. 8–10, 92.

Tabela 54. DPS i ich mieszkańcy – porównanie danych za lata 1996 i 2008

Symbol DPS	Nazwa i adres placówki	Liczba mieszkańców w roku	
		1996	2008
I A	DPS („U Zytek”), ul. Radziwiłłowska	68 (B)	64
II A	DPS „Seniora-Naftowca”, ul. Kluzeka	100	90
III A	DPS, ul. Praska	98	86
IV B	DPS im. św. Brata Alberta, ul. Nowaczyńskiego	185	185
V B	DPS im. L.A. Helclów („Dom Ubogich”), ul. Helclów	485	374
VI B	DPS, ul. Łanowa 39	193	155
VII A	DPS, os. Sportowe*	33	0
	DPS im. W. Godynia („Pod Dębami”), ul. Sołtysowska	0	67
VIII B	DPS im. św. Antoniego, ul. Krowoderska	55	45
IX B	DPS Sióstr Służebniczek Starowiejskich, ul. Podgórkki Tynieckie	38	50
X B	DPS im. A. Żychowskiego, ul. Łanowa 43a*	175	0
RAZEM		1430	1116

*placówki zlikwidowane

A – dla osób w podeszłym wieku

B – dla osób przewlekle somatycznie chorych

Proces tzw. standaryzacji dps, czyli doprowadzenia ich do ujednoliconego poziomu świadczonych usług i warunków pobytu, rozpoczął się w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Ministerialny, ogólnopolski standard został wstępnie określony w 1996 roku przez Departament Pomocy Społecznej⁴. Obejmował trzy podstawowe obszary: warunki lokalowe, zasady funkcjonowania placówki oraz wymagania wobec personelu. W trakcie realizowania badań własnych (lata 1995–1996) standard usług nie istniał. Aby poddać pomiarowi jakość urządzeń i usług badanych domów, stworzono autorską 36-punktową skalę, dzięki której porównano poziom funkcjonujących wtedy ośrodków⁵.

Docelowy poziom standaryzacji i czas realizacji wytyczonych zadań przez domy pomocy społecznej określono prawem w 1998 roku. Po spełnieniu kryteriów naprawczych nastąpić miała kategoryzacja wszystkich placówek na droższe i tańsze, co z kolei miało mieć wpływ na ustalenie wysokości opłat uiszczanych przez osoby objęte opieką. Pierwszy termin zakończenia prac wyznaczono na koniec roku 2006. Jednak bardzo wiele czynników stanęło na przeszkodzie w realizacji tego przedsięwzięcia.

Krakowskie dps przystąpiły do realizacji programów naprawczych, z lepszym bądź gorszym skutkiem. Budynki, w których funkcjonują domy pomocy społecznej prowadzone przez gminę, są własnością gminy miejskiej Kraków, z wyjątkiem siedziby dps przy ul. Radziwiłłowskiej, który – jako własność Ca-

⁴ Standard Podstawowych Usług w Domach Pomocy Społecznej. Zasady ogólne, Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej, Departament Pomocy Społecznej, 12.1996 r., maszynopis.

⁵ Zob. Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność...*, s. 88–91.

ritas Archidiecezji Krakowskiej – użytkowany jest nieodpłatnie do 6 kwietnia 2013 roku. Należy podkreślić, iż placówka ulokowana jest w budynku pochodzącym z przełomu XIX i XX wieku, systematycznie modernizowanym i dostosowywanym do bieżących potrzeb. Część bazy lokalowej, tj. kompleks budynków przy ul. Łanowej, została pozyskana przez zaadaptowanie dla potrzeb pomocy społecznej budynków po zlikwidowanych w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku hotelach robotniczych. W związku z tym, pomimo nakładów finansowych, zmierzających do przystosowania istniejącej bazy dla potrzeb pomocy społecznej, część budynków nadal nie spełniała obowiązujących standardów. Priorytetowym zadaniem do realizacji stała się najbardziej kosztochłonna przebudowa budynków, zgodnie z wymaganymi warunkami w zakresie metrażu i liczby pokoi mieszkalnych i odpowiedniej liczby łazienek.

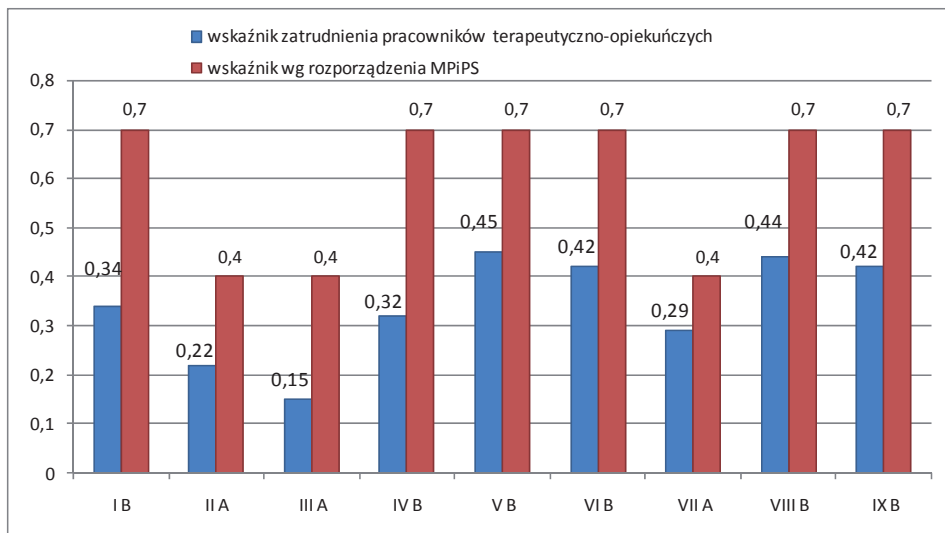
Dużym problemem były także kwalifikacje zawodowe personelu oraz odpowiedni wskaźnik zatrudnienia personelu opiekuńczo-terapeutycznego. Wiele osób nie posiadało adekwatnego wykształcenia. Wskaźniki zatrudnienia, czyli proporcję zatrudnienia osób z zespołu terapeutyczno-opiekuńczego na 1 mieszkańca, w poszczególnych dps przedstawiono w tabeli 55. i na wykresie 17.

Tabela 55. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w krakowskich dps (stan na 2005)

Symbol DPS	Etaty pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego	Wymagana rozporządzeniem liczba etatów	Wskaźnik zatrudnienia pracowników terapeutyczno-opiekuńczych	Wskaźnik wg rozporządzenia
I B	21,75	45	0,34	0,7
II A	22	40	0,22	0,4
III A	14	38	0,15	0,4
IV B	61,75	137	0,32	0,7
V B	206,75	319	0,45	0,7
VI B	65,3	109	0,42	0,7
VII A	20	27	0,29	0,4
VIII B	22,75	36	0,44	0,7
IX B	21	35	0,42	0,7
łącznie w dps dla osób w podeszłym wieku (A)	70	119	0,27	0,4
łącznie w dps dla osób przewlekle somatycznie chorych (B)	468,3	790	0,40	0,7

Źródło: opracowanie Zespołu ds. określenia kierunków działań dotyczących domów pomocy społecznej w Krakowie, powołanego Zarządzeniem nr 1911/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 4.11.2004 r.

Analiza danych z tabeli 56 i wykresu 20 jednoznacznie wskazuje na znaczne odstępstwo od wymaganego standardu.



Źródło: na podstawie danych z tab. 53

Wykres 20. Liczebność zespołów terapeutyczno-opiekuńczych – różnice między stanem założonym a stanem faktycznym

Uśredniony miesięczny koszt utrzymania jednego mieszkańca w 2005 r., w ośrodkach funkcjonujących na terenie gminy miejskiej Kraków, wahał się od 1804 zł w placówkach dla osób w podeszłym wieku do 1844 zł w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych. Poszczególne typy dps oferują odrębny zakres opieki, w związku z czym tańsze są domy przeznaczone dla osób w wieku podeszłym, które zapewniają głównie działania związane z organizacją czasu wolnego i aktywizacją mieszkańców. Średni okres oczekiwania na miejsce w placówce dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób w podeszłym wieku wynosił z końcem 2004 r. 6–8 miesięcy, w dwa lata później, w 2006 roku, 3–18 miesięcy.

Według stanu realizacji programów naprawczych na 31 grudnia 2006 roku, czyli pierwotną datę ostateczną, tylko jeden DPS (VII A), spełniał wszystkie standardy określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 września 2000 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁶.

Należy wspomnieć o zaspokajaniu potrzeb rozwojowych podopiecznych systemu pomocy społecznej. Ośrodki realizują bogatą ofertę terapii zajęciowej i kulturalno-oświatowej. Dorobek uczestników prezentowany jest także poza placówkami. Jak wynika z wywiadów z pracownikami dps (PSD 1 – PSD 4), od blisko 30 lat w województwie krakowskim – obecnie małopolskim – organizowane są Przeglądy Zespołów Artystycznych mieszkańców domów pomocy społecznej. Pierwotnie gościny udzielały placówki znajdujące się w Pcimiu (koło Myślenic) i w Karniowicach (powiat ziemski krakowski). W 1999 roku powstała nowa forma umożliwiająca udział osobom starszym i młodzieży nie-

⁶ Dz.U. z 2000 r., nr 82, poz. 929.

pełnosprawnej pod nazwą Krakowskie Spotkania Artystyczne „Gaudium”. Aktualnym miejscem dorocznych spotkań jest Nowohuckie Centrum Kultury. Spotkania Artystyczne „Gaudium” promują twórczość osób starszych i młodzieży niepełnosprawnej

poprzez konkursową prezentację dorobku artystycznego, uzyskanego w ramach terapii zajęciowej prowadzonej w domach pomocy społecznej, warsztatach terapii zajęciowej, ośrodkach opiekuńczo-rehabilitacyjnych w formie występów scenicznych oraz prac plastycznych i rękodzieła. Rehabilitacja społeczna i aktywizacja osób niepełnosprawnych wpływa nie tylko na poprawę ich kondycji psychofizycznej, ale również przyczynia się do większej samodzielności w życiu społecznym⁷.

Szczegółowy wykaz dps, z uwzględnieniem poziomu ich dostosowania do określonych przepisami prawa standardów usług na rok 2005, zawarto w tabeli 56. Dane zamieszczone tam pochodzą z przedostatniego roku udzielonego pozwolenia na działalność dps. Dają wgląd w ówczesny obszar niedociągnięć systemu stacjonarnej pomocy społecznej. Według stanu realizacji programów naprawczych⁸, w roku 2007 spośród 31 małopolskich dps 13 spełniało określone rozporządzeniem standardy, a w Krakowie nadal tylko jeden, niepubliczny, poddany nadzorowi MOPS⁹. Pozostałe domy wykazywały pojedyncze niedociągnięcia.

Należy dostrzec także zmianę w ustawodawstwie. Wskaźnik zatrudnienia (w pełnym wymiarze czasu pracy) pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w placówkach dla osób przewlekle somatycznie chorych zmniejszono z 0,7 do 0,6¹⁰.

Przy ustalaniu wskaźników zatrudnienia uwzględnia się również wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osoby odbywające służbę zastępczą w domu, jeżeli pracują bezpośrednio z mieszkańcami domu, przy czym przy wyliczaniu wskaźnika udział tych osób nie może przekroczyć 30% ogólnej liczby osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym¹¹.

Pracownicy zespołów terapeutyczno-opiekuńczych są zobowiązani do uczestniczenia nie rzadziej niż raz na dwa lata w organizowanych przez dyrekcję placówki szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami¹².

W ramach realizacji programu naprawczego 31 grudnia 2007 r. zlikwidowano jeden dps. Zadania tej placówki w zakresie opieki nad osobami przewle-

⁷ Witryna Stowarzyszenia Pomocy Socjalnej GAUDIUM et SPES; <http://www.gaudium.endor.pl/index1.html>.

⁸ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19.10.2005 r. ws. domów pomocy społecznej, Dz.U. nr 217, poz. 1837.

⁹ M. Szlązak (red.), *W trosce o seniorów...*, s. 16.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19.10.2005 r. ws. domów pomocy społecznej..., poz. 1837, § 6.1, pkt 2.3 (b).

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

kle somatycznie chorymi przejął inny (VI B)¹³. Ponadto w Krakowie działały w 2007 roku 3 prywatne domy opieki, świadczące długoterminową lub okresową, całodobową opiekę (dwa prowadzące działalność gospodarczą, łącznie dla 49 osób w podeszłym wieku¹⁴, i jeden realizujący zadania statutowe wobec 50 starszych przewlekle chorych kobiet). Opłaty za usługi w całości pokrywał podopieczny lub jego rodzina. Koszt pobytu wynosił z końcem 2007 roku 2500–3000 zł miesięcznie.

Tabela 56. Rzeczywisty standard usług w krakowskich domach pomocy społecznej (stan na 2005)

Usługi zaspokajające potrzeby bytowe	Symbol DPS								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Dom powinien spełniać warunki									
budynek i jego otoczenie bez barier architektonicznych								są	
winda dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych			nie					nie	
systemy przyzywowo-alarmowe i alarmowo-przeciwpożarowe		brak p.poż.	brak obu						brak p.poż.
pokoje mieszkalne jednoosobowe	nie							nie	
pokoje dziennego pobytu								nie	
jadalnia									
gabinet zabiegowo-pielęgniarski									
pomieszczenia do terapii i rehabilitacji									
kuchenska pomocnicza									
pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia		nie							
palarnia									
pokój gościnny	nie							nie	
kaplica									
Pokój mieszkalny powinien spełniać warunki									
jednoosobowy o pow. 9 m ²	nie							nie	
wielooosobowy o pow. min. 6 m ² na osobę				nie	nie			nie	
dla osób samodzielnie poruszających się (max. 3 os.)				nie	nie			nie	
dla osób nie opuszczających łóżka (max. 4 os.)	nie							nie	
wyposażony w podstawowe sprzęty									
Warunki sanitarne									
liczba łazienek zapewnia możliwość korzystania z nich przez maksymalnie 5 osób, a liczba toalet przez nie więcej niż 4 osoby		nie	nie	nie	nie	nie			
toalety i łazienki dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych									

¹³ Wywiad z pracownikami DPS.

¹⁴ Dom „Serdeczna Troska” dla 25 osób, Dom Opieki „Senior” dla 24 osób.

Wyżywienie i organizacja posiłków									
możliwość wyboru zestawu posiłków lub otrzymania posiłku dodatkowego									
czas wydawania posiłku – przez 2 godz., ostatni posiłek nie wcześniej niż o godz. 18									
dostępność podstawowych produktów przez całą dobę									
Warunki realizacji usług opiekuńczych i wspomagających									
na 100 mieszkańców zatrudnionych jest minimum 2 pracowników socjalnych				nie					
na 100 mieszkańców zatrudniony jest 1 psycholog				nie				nie	
na 100 mieszkańców zatrudniony jest 1 pracownik kulturalno-oświatowy					nie				
właściwy wskaźnik zatrudnienia (0,4 w dps dla osób w podeszłym wieku; 0,7 w dps dla osób przewlekle chorych somatycznie)	nie	nie	nie	nie	nie	nie		nie	nie
pracownicy zespołu terapeutycznego podnoszą swoje zawodowe kwalifikacje minimum raz na 2 lata									
Kwalifikacje kadry									
właściwe kwalifikacje zawodowe pracowników zespołu opiekuńczo-terapeutycznego									
specjalizacja dyrektora w zakresie pomocy społecznej								nie	

W lipcu 2008 r., po podpisaniu umowy o współpracy z krakowskim MOPS, siostry felicjanki (Zgromadzenie Sióstr św. Feliksa z) objęły opieką Rodzinny Dom Pomocy w Tyńcu, prowadzony dla 4 kobiet. Krakowska Caritas, korzystając ze społecznego wsparcia, w 2007 roku rozpoczęła budowę nowego rodzinnego domu pomocy (celowo w pobliżu rodzinnego domu dziecka, dla nawiązania dialogu międzypokoleniowego). W planach jest uruchomienie 10 takich ośrodków.

Jak wynika z uzupełniających wywiadów z pracownikami MOPS, w maju 2009 roku uruchomiono nadzorowany przez MOPS i finansowany przez gminę miejską Kraków Rodzinny Dom Pomocy Caritas. Zapewnia on lokum 8 osobom starszym. Na parterze budynku są: kuchnia, jadalnia, dzienny pokój do wypoczynku i przyjmowania gości, salon z wyjściem do ogrodu, pomieszczenia gospodarcze i mieszkanie małżeństwa prowadzącego RDP. Na półpiętrze znajduje się antresola. Na piętrze umieszczono dwuosobowe sypialnie i łazienki oraz pomieszczenia gospodarcze. Obie kondygnacje łączy winda. Dom otoczony jest ogrodem, ma balkony i taras. W placówce znajduje się księgozbiór i fortepian. Mieszkańcy, którzy zdecydowali się zamieszkać w Rodzinnym Domu Pomocy, zrobili to z powodów kłopotów mieszkaniowych, złego stanu zdrowia i samotności spowodowanej śmiercią współmałżonka.

2. Poziom świadczeń domów pomocy społecznej

Funkcjonowanie domów pomocy społecznej reguluje wiele ustaw, rozporządzeń, uchwał, zarządzeń i aktów wykonawczych. We wszystkich przypadkach są one takie same. Należy pokreślić, że mieszkańcy domów pomocy społecznej są pełnoprawnymi obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej. Zamieszkanie w domu pomocy społecznej nie skutkuje utratą żadnych praw obywatelskich. Bezsprzecznymi prawami mieszkańców są: prawa proceduralne i prawo do składania pozwów sądowych, prawa wyborcze, prawo do prywatności, prawo do własności, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego¹⁵, prawo do informacji, prawo do przynależności do samorządu mieszkańców, prawo do wolności wyznania, prawo do przyjmowania odwiedzin krewnych i znajomych, prawo do aktywnego i samodzielnego funkcjonowania, intymnego i godnego życia, prawo do bezpłatnego korzystania z rehabilitacji leczniczej i usprawniającej, prawo do rezygnacji z pobytu w placówce¹⁶. Niezbywalnym prawem jest prawo do godnego umierania¹⁷. W domach obowiązuje zakaz pracy przymusowej, mieszkańiec nie ma obowiązku wykonywania pod przymusem jakiegokolwiek pracy na rzecz pałcówki, której jest rezydentem. Dopuszczalne są jedynie drobne czynności, dobrowolnie podejmowane¹⁸.

W każdej placówce obowiązuje statut i regulamin organizacyjny. Statut dps zawiera informacje dotyczące zadań placówki i zasad jej funkcjonowania, praw i obowiązków mieszkańca, struktury i organizacji pracy domu oraz gospodarki finansowej. Wszystkie ośrodki mają podobną strukturę administracyjną.

Podstawą przyjęcia do domu pomocy społecznej jest decyzja Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (pobyt czasowy lub stały). Jest ona wydana po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego. Ubiegająca się o miejsce osoba starsza powinna skompletować niezbędne dokumenty, czyli: wniosek o pomoc w formie umieszczenia w dps, dokument stwierdzający

¹⁵ Osoby mają pełne prawo do swobody poruszania się po dps i poza jego terenem. Ze względu na bezpieczeństwo podopiecznych niektóre placówki prowadzą książki wyjść i powrotów, inne wydają przepustki, jeszcze inne wyposażają swoich mieszkańców w zafoliowane kartki z informacjami o nazwisku i adresie zamieszkania danej osoby – na wypadek, gdyby się zgubiła.

¹⁶ Z wyjątkiem osób ubezwłasnowolnionych i kierowanych na podstawie orzeczeń sądu.

¹⁷ Nie chodzi tu wyłącznie o pokój *pro morte*, także o towarzyszenie w umieraniu. Jak wynika z wywiadów, domy starają się „oswoić”, zhumanizować proces umierania, jednak nie wszystkie dysponują takimi pomieszczeniami, a problematyczne wydaje się ustawianie parawanu w wieloosobowym pokoju, tym bardziej, że ciało musi w nim pozostać co najmniej dwie godziny do chwili przeniesienia do innego pomieszczenia. Mieszkańcy jednak radzą sobie z tym po swojemu – czuwają przy zwłokach, zapalają gromnice, zbiorowo się modlą w intencji zmarłego. Śmierć nie jest dla nich tabu.

¹⁸ Por.: L. Kozaczuk, *Kierunki działania domu pomocy społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999.

tożsamość, kserokopię dowodu przyznania świadczeń emerytalnych lub rentowych, oryginały zaświadczeń o dochodach rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku o pomoc, oryginały lekarskich zaświadczeń o stanie zdrowia, wyniki podstawowych badań diagnostycznych. Kolejnym etapem jest przeprowadzenie wywiadu środowiskowego i skierowanie do zaopiniowania do zespołu orzekającego. Po wydaniu pozytywnej decyzji (oczywiście, zdarzają się także decyzje odmowne), osoba oczekuje na miejsce w wybranej przez siebie placówce. W tym czasie następuje spotkanie z pracownikiem socjalnym z danego domu, mające na celu wstępne zapoznanie z zasadami jego funkcjonowania, topografią, specyfiką. Pracownik socjalny przygotowuje listę niezbędnych rzeczy, które należy zabrać ze sobą do dps. Przyszły rezydent jest zapraszany do ośrodka, by nie był zdezorientowany i zagubiony po wprowadzeniu się. Po przybyciu pensjonariusza zakładana jestteczka z jego aktami osobowymi. Nowo przybyła osoba jest przedstawiana pozostałym mieszkańcom i pracownikom, otacza się ją szczególną opieką, by złagodzić wstrząs i przyspieszyć proces adaptacji.

Aby dom pomocy społecznej funkcjonował w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami określonymi dla danego typu domu, konieczna jest diagnoza indywidualnych potrzeb mieszkańca. W celu ich ustalenia powołuje się zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, które opracowują indywidualne plany wsparcia. Jest to jedna z nowszych i bardzo dobrze przeze mnie ocenianych zmian w jakości usług dps.

Plany wsparcia powinny być opracowywane z udziałem mieszkańca domu, jeżeli pozwala na to jego stan zdrowia¹⁹. Indywidualny plan wsparcia jest to obszerny dokument, zawierający podstawowe informacje o jego mieszkańcu (dane personalne i wskazanie opiekuna prawnego, jeśli taki występuje), o przeszłości zawodowej, o przyczynach umieszczenia w dps, o sytuacji materialnej, a także dane dotyczące kontaktu z rodziną. Określane są dane o sprawności ruchowej mieszkańca, samodzielności i zdolności do samoobsługi, jakości kontaktów i komunikacji interpersonalnej, sprawności zmysłów, sfery poznawczej. W kwestionariuszu zawarta jest ocena przygotowania do starości pod względem biologicznym, psychologicznym, społecznym, ekonomicznym i intelektualnym. Każda placówka opracowuje własny wzór indywidualnego planu wsparcia (w jednym z dps wykorzystywane są bardzo obszerne 20-stronicowe druki, w innych nieco mniejsze objętościowo).

Indywidualne plany wskazują osoby biorące udział w realizacji zamierzonych celów, określają metody i termin ich osiągnięcia. Przewidują zestaw usług opiekuńczo-wspomagających w zakresie rehabilitacji (np. gimnastyka, wykorzystywanie sprzętu rehabilitacyjnego), terapeutycznych, socjalnych, religijnych, zdrowotnych. Prognozują i ewidencjonują zabiegi medyczne. Odnotowane są rozmowy z mieszkańcem oraz ich temat. Zastosowano w nich

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19.10.2005 r. ws. domów pomocy społecznej...

skalę aktywności mieszkańca dps, obejmującą obszar samoobsługi, kontaktów interpersonalnych, czas wolny, zajęcia zorganizowane; każdorazowo po 10 wykonywanych czynności. Diagnoza przedstawia średni poziom aktywności mieszkańca wyrażony w punktach. Indywidualny plan wsparcia powinien być potwierdzony podpisem przez zainteresowaną osobę. Jest to zawiązanie i realizacja swego kontraktu socjalnego.

Mieszkaniec ma prawo wybrać pracownika pierwszego kontaktu spośród personelu dps. Jest to także innowacja, wprowadzona stosunkowo niedawno. Osoba ta powinna być koordynatorem indywidualnego planu opieki danego mieszkańca, rzecznikiem jego interesów, doradcą i indywidualnym opiekunem, współpracując w tym zakresie z innymi specjalistami²⁰. Zobowiązana jest do wspierania podopiecznego w trudnych sytuacjach i dbania o utrzymanie jego kontaktów z rodziną i środowiskiem²¹. Przy zindywidualizowanym sposobie podejścia do mieszkańca postacią kluczową staje się pracownik pierwszego kontaktu. Powinna to być osoba zaakceptowana przez mieszkańca. Jak wynika z rozmów przeprowadzonych z pracownikami domów pomocy społecznej, zdarza się jednak, że niektórzy pracownicy zostają przypisani do danych podopiecznych – bywa tak, gdy występują trudności z nawiązaniem kontaktu z podopiecznym. Pracownik pierwszego kontaktu ma pod opieką nie więcej niż trzy osoby. Zgodnie z opinią PSD 2

– Pracownik pierwszego kontaktu tworzy „parasol ochronny” nad mieszkańcem – współtworzy plan indywidualnego wsparcia, wychodzi naprzeciw jego problemom. Powinien być jego przewodnikiem przez czas życia przypadający na pobyt w placówce. Powinien być doradcą, rzecznikiem spraw i praw swego podopiecznego, podtrzymywać go na duchu, wspierać w trudnych sytuacjach, inspirować do postaw aktywnych i pozytywnych, pomagać w rozpoznaniu przeróżnych potrzeb. U swojego opiekuna mieszkaniec szuka wsparcia, zrozumienia, współczucia, zainteresowania. Funkcja pracownika pierwszego kontaktu stanowi przyjęcie dodatkowych obowiązków i ogromnej odpowiedzialności za los i satysfakcjonujące życie mieszkańca. Dlatego pracownik pierwszego kontaktu powinien cechować się umiejętnościami porozumiewania się z mieszkańcem, rozumienia jego problemów, rozwiązywania nieporozumień i konfliktów, świadczenia określonych usług, aktywizowania mieszkańca, umiejętnością pracy w zespole i współpracy. Obecnie są to pracownicy, którzy mają średnie wykształcenie, często wcześniej byli zatrudnieni jako pokojowe i przekwalifikowani na stanowisko „opiekuna” w związku z uzupełnieniem wykształcenia (policjalne szkoły pracowników służb społecznych o kierunku opiekun w domu pomocy społecznej, 36-godzinne kursy unijne o specjalności „opiekun osoby niepełnosprawnej”). Kurs taki trwał od dwóch do trzech miesięcy. Uważam, że jest to za krótki okres na wyedukowanie

²⁰ M. Szlązak, D. Parlak (red.), *Seniorzy i dom pomocy społecznej, czyli co trzeba wiedzieć, by podjąć decyzję i dopełnić formalności związanych z zamieszkaniem w placówce opiekuńczej*, ROPS, Kraków 2001, s. 26.

²¹ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 X 2005 r. ws. domów pomocy społecznej...

odpowiedniej kadry pracującej z ludźmi i na rzecz innych ludzi. Ma to odzwierciedlenie w obecnej pracy opiekuna, jako pracownika pierwszego kontaktu, gdzie w pełni nie potrafią się „odnaleźć” w nowej roli. Ich zakres czynności poszerzył się o usługi opiekuńcze i wspierające, z którymi mają największe problemy.

Jak wynika z wypowiedzi narratora, kierownika zespołu terapeutyczno-opiekuńczego (PSD 2), do obowiązków opiekuna należy między innymi: otoczenie opieką mieszkańców, czynny udział w realizacji planu dnia mieszkańców, ze szczególnym uwzględnieniem stanu zdrowia i niepełnosprawności, zgłaszanie wszystkich zaobserwowanych nieprawidłowości odnośnie do stanu zdrowia mieszkańców kierownikowi lub pielęgniarce, odwiedzanie osób przebywających w szpitalu i dostarczanie im niezbędnych rzeczy, czynny udział w rehabilitacji i usprawnianiu mieszkańców, czuwanie nad stanem higienicznym mieszkańców i ich otoczenia, podawanie mieszkańcom posiłków, w razie potrzeby karmienie, tworzenie atmosfery sprzyjającej pełnej adaptacji mieszkańców i ich aktywizacji w środowisku oraz kształtowanie prawidłowych postaw wśród mieszkańców, czynny udział w tworzeniu i realizacji indywidualnego planu wsparcia, praca w zespołach terapeutycznych, łagodzenie konfliktów powstających między mieszkańcami, popularyzacja zajęć terapeutycznych wśród mieszkańców i pomoc w ich prowadzeniu.

Wobec tych zadań, słuszna wydaje się propozycja narratora, by wprowadzić w wewnątrzzakładowy obszar dokształcania i doskonalenia zawodowego warsztaty podnoszące zakres umiejętności opiekunów i przeciwdziałające ich wypaleniu zawodowemu.

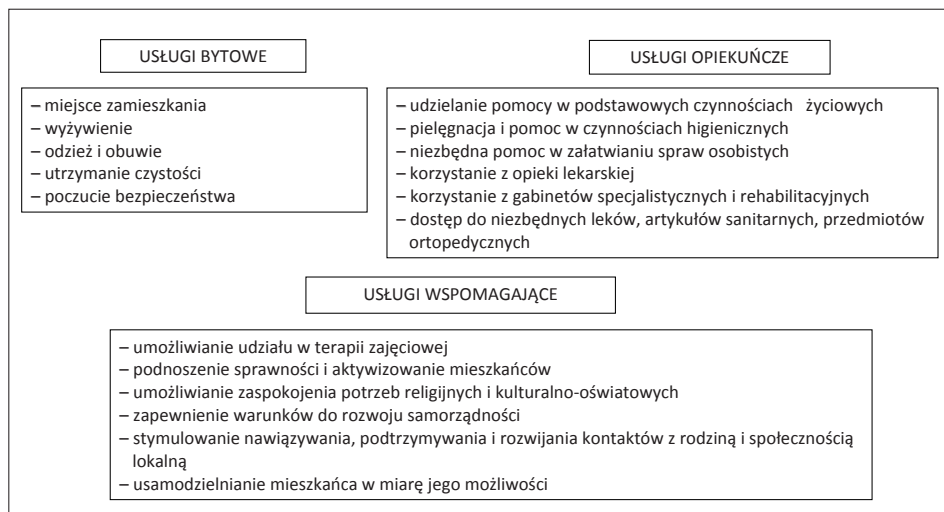
Każdy mieszkaniec ma prawa i obowiązki określone w regulaminie placówki. Może występować z wnioskami i skargami do dyrekcji domu. W dps powinny działać samorządy. Reprezentantem samorządu jest wybierana przez ogół społeczności rada mieszkańców, która powinna być faktycznym gospodarzem domu oraz pełnić rolę rzecznika interesów mieszkańców na zasadzie współpartnerstwa z dyrektorem i personelem. W niektórych placówkach rady świetnie współpracują z dyrekcją, w innych samorządy się nie ukonstytuowały, mieszkańcy bowiem sobie tego nie życzą.

Dom pomocy społecznej ma zapewnić bezpieczne przechowywanie środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych. Stanowi to niekiedy duży problem dla personelu dps. Jak wynika z wywiadów swobodnych z pracownikami dps, starsi mieszkańcy mają tendencję do „chomikowania” swoich rzeczy. „Upychają” je w szafach, pod łózkami, nie pozwalają wyrzucić czy przekazać innym osobom. Czasem przywożą ze sobą bardzo wartościowe przedmioty, np. dzieła sztuki i wtedy powstaje problem z ich zabezpieczeniem w depozyście. Kiedy wartościowa rzecz zginie – właściciel słusznie domaga się jej zwrotu. Jednocześnie nie ma skutecznych sposobów ich przechowywania w warunkach dps. Innym problemem są pieniądze. Opowiadano mi o przypadku, gdy podczas jednej z wizyt pracownika socjalnego w mieszkaniu opuszczonym przez samotną osobę, która stała się mieszkanką dps z powodu skrajnego ubó-

stwa i zaniedbania, znaleziono woreczek z... 40 tysiącami złotych. Były to oszczędności tej osoby. Pomimo faktu, że mieszkańcy mają możliwość zakładania rachunków oszczędnościowych, nie zgodziła się ona na umieszczenie ich w banku.

Niejednokrotnie starsi wiekiem państwo domagają się pieniędzy, zapominając, że w danym miesiącu już je wydali. Jak wytłumaczyć np. osobie dotkniętej demencją, że w tym miesiącu nie będzie już palić papierosów albo jeść słodczy, zapomniała bowiem, że wydała swoje pieniądze? W przypadku mieszkańca nieposiadającego własnych dochodów dps ma obowiązek finansowania zakupów niezbędnych mu przedmiotów osobistego użytku.

Usługi świadczone przez domy pomocy społecznej ilustruje rycina 10.



Ryc. 10. Świadczenia domów pomocy społecznej

Każdy z dps podlega okresowej, systematycznej kontroli. Sprawdzany jest nie tylko stan zaspokajania potrzeb bytowych, pozostałe usługi kontrolowane są nie mniej rygorystycznie.

Warunkiem efektywnej realizacji funkcji placówki opiekuńczej jest pomyslny dla jednostki przebieg procesu adaptacyjnego. Jest to złożony problem, pracownicy muszą dokładać wszelkich starań, by ułatwić przystosowanie się. W toku integracji z nowym środowiskiem występuje wiele trudności adaptacyjnych. Mają one podłoże związane z drastyczną zmianą sytuacji życiowej, rozstaniem się z dotychczasowym otoczeniem, środowiskiem społecznym, wejściem w duże skupisko osób w podeszłym wieku, koniecznością nabycia umiejętności społecznych w dużej kolektywnej zbiorowości, pokonaniem uprzedzeń i stereotypów związanych z funkcjonującymi w opinii społecznej wyobrażeniami dotyczącymi życia w dps²². Tempo i jakość przystosowania się

²² Zob. M. Szlązak, D. Parlak (red.), *Proces adaptacji osoby starszej do warunków domu pomocy społecznej*, ROPS, Kraków 2001, s. 20–22; Z. Szarota, *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa*

do zmian zależy do charakteru, osobowości i wymiaru jej poprzedniego samodzielnego życia. Nierzadko stan fizyczny i emocjonalny ulega gwałtownemu pogorszeniu, w ślad za tym następują apatia, rezygnacja, spadek zainteresowania bieżącymi wydarzeniami, depresja²³.

W przypadku wielu osób starszych przeprowadzka z własnego domu oznacza konieczność opuszczenia miejsca zajmowanego od wielu lat. Nowe miejsce jest zamianą bogatego stymulacyjnie środowiska domowego na uboższe środowisko instytucjonalne, dom pomocy społecznej bowiem ujmowany w wymiarze fizycznym jest w polskiej rzeczywistości środowiskiem mało zróżnicowanym, poddanym sztywnym wzorcom kształtowania otoczenia mieszkalnego, często swoim wyglądem przypominający szpital. Identyczne korytarze z szeregiem drzwi wiodących do tak samo urządzonych wnętrz mieszkalnych, sterylna czystość i specyficzny zapach, wspólna przestrzeń pomieszczeń dziennych ze sztucznymi kwiatami na ścianach – to typowy obraz domu pomocy społecznej. Mało zróżnicowana wizualnie przestrzeń (podobne kolory, obicia mebli oraz ich symetryczne usytuowanie) wprowadza męczącą regularność, szybko nużący porządek oraz jednolitość tak różną od stymulującego i złożonego charakteru mieszkań, w których wcześniej przebywali seniorzy²⁴.

Przestrzeń życiową ludzi starszych w dps można przedstawić w sposób koncentryczny, jako coraz bardziej rozszerzające się sfery. Począwszy od najbliższej, najbardziej osobistej przestrzeni (łóżko i stolik przy nim), po coraz bardziej rozszerzającą się przestrzeń wspólnie użytkowanego pokoju i przylegającego kompleksu higieniczno-sanitarnego. Następnie zarysowuje się przestrzeń publiczna wspólna wszystkim użytkownikom danego piętra czy oddziału w przypadku domów dużych, lub obejmująca cały dom oraz przylegający do niego ogród, najbliższe otoczenie zewnętrzne²⁵ (ryc. 11).

Największe znaczenie dla mieszkańców ma przestrzeń najbliższa, którą użytkują najczęściej i którą, w ramach właściwej im skłonności do zachowań terytorialnych, uznają za własną. Jednym z najczęściej spotykanych elementów aranżacji indywidualnej przestrzeni są przedmioty związane z kultem religijnym. Kolejny element to własne prace mieszkańców wykonane w ramach terapii zajęciowej. Występują tu fotografie rodzinne, oprawione w ozdobne ramki, wyeksponowane na szafce lub starannie zawieszane nad łóżkiem w odpowiednim porządku. Bardzo eksponowane miejsce zajmuje korespondencja

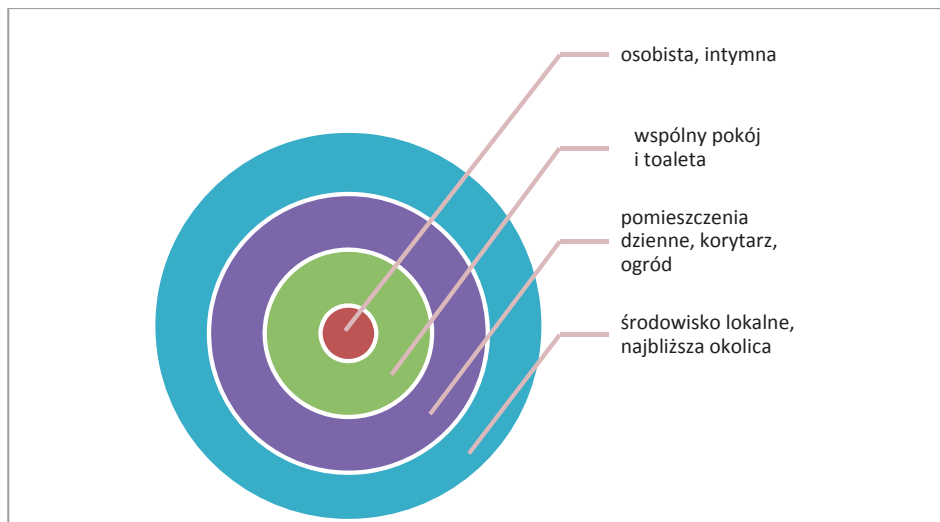
i społeczna ludzi starszych, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000, s. 160–162.

²³ Z. Szarota, *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa...*, s. 160–161.

²⁴ D. Parlak, *Przestrzeń życiowa ludzi starszych w domach pomocy społecznej (przestrzeń fizyczna domów pomocy społecznej a psychiczne i społeczne funkcjonowanie mieszkańców)*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa...*, s. 171.

²⁵ *Ibidem*, s. 173.

otrzymywana od rodziny²⁶, gdyż stanowi dowód troski najbliższych o seniora. To przyczyna swoistej nobilitacji, lepszego samopoczucia mieszkańca, bo jest on wyróżniony w oczach innych.



Ryc. 11. Przestrzeń życiowa domu pomocy społecznej

Bardzo cenną uwagę formułuje Danuta Parlak: przestrzeń wspólnego pokoju, czyli sfera codziennej przestrzeni życiowej starszej osoby w dps, przywołuje problem prawa człowieka do intymności i prywatności. Stała obecność innych osób wywołuje często poczucie zatłoczenia, niezależne od liczby osób dzielących wspólną przestrzeń²⁷. Konieczność ciągłego przebywania z obcymi osobami musi budzić poczucie co najmniej dyskomfortu.

Był czas, nie tak odległy, bo z połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku, gdy w niektórych domach pomocy społecznej mieszkało wspólnie w jednym pomieszczeniu nawet i 13 osób! Na kilkadziesiąt osób przypadało zaledwie kilka toalet, w części domów nie dbano o właściwe zaspokajanie potrzeb, usługi wspierające niemal nie istniały. Sytuacja ta zmieniła się diametralnie – zdecydowanie na korzyść.

Z wiekiem obniża się ogólny poziom aktywności, zawężeniu ulegają sfery przestrzeni życiowej. Trzeba pomagać starym ludziom, planowo włączać go w interakcje społeczne i współdziałanie z innymi ludźmi. Aktywizacja i wycofanie to przeciwstawne mechanizmy społeczne. Aktywizacja zapobiega izolacji, apatii, bezczynności. Drugi mechanizm pozwala zrezygnować z dziedzin, w których jednostka nie może sprostać wymaganiom społecznym. W okresie starości los człowieka w dużej mierze zależy od jego charakteru, usposobienia, nawyków i umiejętności współżycia z ludźmi, doświadczeń w zaspokajaniu

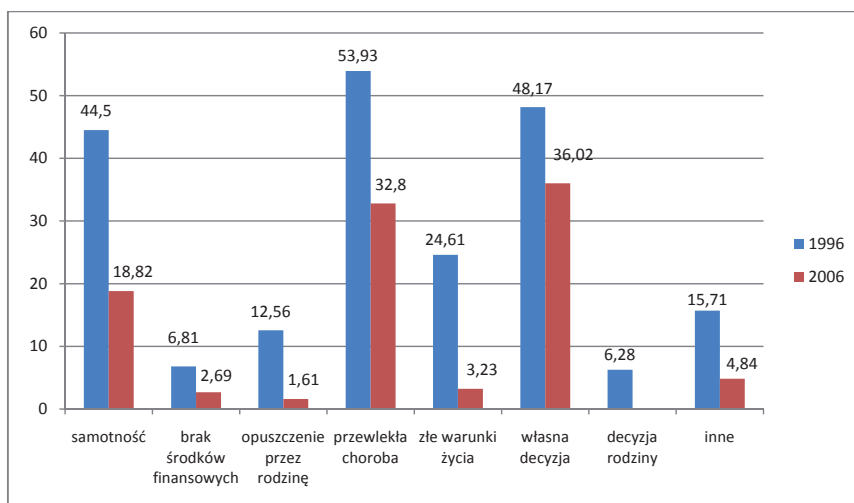
²⁶ Ibidem, s. 175.

²⁷ Ibidem, s. 176.

potrzeb. Ale, w sytuacjach życiowo trudnych – najważniejsze jest wsparcie otrzymywane od innych²⁸.

Dążąc do znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy w perspektywie 10 lat, jakie dzieliły dwa autorskie badania, zmieniły się czynniki będące podstawą podjęcia decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej, zwrócono się do mieszkańców krakowskich placówek z tym samym zakresem pytań o przyczyny zamieszkania w placówkach pomocy społecznej, zasugerowano przy tym kilka możliwości odpowiedzi: (A) samotność, (B) brak środków finansowych, (C) opuszczenie przez rodzinę, (D) przewlekła choroba, (E) złe warunki życia, (F) własna decyzja, (G) decyzja rodziny, (H) inne przyczyny (jakie?)²⁹.

Podczas pierwszego sondażu badana grupa liczyła 194 osoby (w tym 132 kobiety i 59 mężczyzn), drugiego – 110 osób (w tym 89 kobiet i 21 mężczyzn). Na wykresie 22. przedstawiono rozkład procentowych danych uzyskanych w badaniach z 1996 i 2006 roku³⁰.



N różne od 100%, respondenci bowiem mogli wskazywać na więcej niż jedną przyczynę

Wykres 21. Przyczyny decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej, analiza porównawcza opinii mieszkańców dps (w %)

²⁸ Z. Szarota, *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa...*, s. 160–161.

²⁹ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność...*, s. 45–47.

³⁰ Badania nad przyczynami zamieszkania w dps, przeprowadzone przez M. Halicką, wskazują, że są one podobne, niezależnie od środowiskowego usytuowania placówki (miasto–wieś). Wiejski dps: problemy zdrowotne (30,8%), złe warunki mieszkaniowe (20,5%), samotność (10,3%), brak opieki, złe traktowanie przez rodzinę – konflikty po 7,7%. Miejski dps: problemy zdrowotne (15,4%), samotność (13,55%), brak opieki (11,5%), złe traktowanie przez rodzinę – konflikty (11,5%), trudna sytuacja finansowa (9,6%). Zob. M. Halicka, *Człowiek stary w instytucji opiekuńczej. Na przykładzie badań w domach pomocy społecznej na Podlasiu*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 274.

Najistotniejszymi przyczynami podjęcia decyzji o zamieszkaniu w placówce pomocowej były w roku 1996: przewlekła choroba (53,93%), własna decyzja (48,17%) oraz samotność (44,5%). Badania z 2006 r. wykazały, że dominującymi przyczynami zamieszkania w krakowskich dps były: własna decyzja (36,02% ogółu), przewlekła choroba (32,8%) oraz samotność (18,82%). Są to więc identyczne przyczyny, ale o zróżnicowanym natężeniu. Żaden z respondentów w 2006 roku nie wskazał na „decyzję rodziny”.

Wśród przyczyn (H) „inne, jakie?” w 1996 roku wymieniono między innymi (15,71%):

synowa mnie nie lubi; oddałam mieszkanie synowi; konflikt w domu; obawa przed starością; remont budynku, w którym mieszkałam; sąsiedztwo pijaków; córka wypędziła; śmierć córki; konflikty rodzinne; wyjazd córki za granicę; brat wypędził; dzieci opuściły; brak obu nóg; mąż alkoholik; pijaństwo [własne – Z.S.]; konflikt z pasierbem; choroba dotychczasowej opiekunki; bezdomność; pożar mieszkania; choroba żony.

W 2006 roku wśród innych przyczyn respondenci wskazywali na konflikty rodzinne (4,84%):

ciągle konflikty w rodzinie; syn pije i musiałam uciekać; wnuk zmusił; uciekłam z domu z powodu awantur; potrzebowałam opieki; wykładowano mnie z mieszkania; nie podobałam się synowej; zameldowałam w mieszkaniu wnuka, a on mnie bił; nie dało się wytrzymać; nie rozumiem do tej pory, dlaczego tu jestem³¹.

Zacytowane wypowiedzi zdają się wskazywać, że osoby starsze doświadczają konfliktów rodzinnych i dlatego konieczne staje się zamieszkanie w placówce.

3. Funkcje domów pomocy społecznej w zakresie zaspokajania potrzeb mieszkańców – wybrane przykłady

Domy pomocy społecznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, funkcjonują na podstawie wyznaczonych standardów usług, co zapewnia mieszkańcom kompleksową opiekę i rehabilitację. Placówki wykonują nie tylko konieczne usługi zaspokajające podstawowe potrzeby bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne, ale uwzględniają również w swoich działaniach podstawowe wartości, takie jak: godność osobistą, poszanowanie prawa do wolności, intymności, godnego traktowania, możliwości dokonywania wyborów, zapewnienia bezpieczeństwa.

Jeden z domów dla osób w podeszłym wieku (DPS 1) świadczy usługi 67 mieszkańcom, w tym 41 kobietom i 26 mężczyznom. Średnia wieku dla

³¹ Wypowiedzi te zgromadziła Iwona Pająk.

mężczyzn to 72 lata, dla kobiet – 79 lat. Najmłodszy mieszkaniec ma 54 lata, najmłodsza mieszkanka – 55 lat. Najstarszy rezydent ma lat 90, a najstarsza rezydentka 97.

Ośrodek jest specyficzny, splatają się w nim bowiem różne historie ludzkie i zderzają odmienne kultury. Placówkę od września 2003 roku zamieszkuje osoby z terenu Krakowa oraz polscy repatrianci (lub ich dzieci), którzy w 1936 roku zostali deportowani z bolszewickiej Ukrainy do Kazachstanu oraz innych byłych republik Związku Radzieckiego. Ludzie ci, po latach życia na obcej ziemi, postanowili powrócić do kraju swoich przodków³². Z myślą o nich pracownicy domu opracowali program adaptacji społecznej dla repatriantów. Jego celem jest ułatwienie przybyszom rozpoczęcia życia w nowych warunkach i pokonanie barier kulturowych i komunikacyjnych, wsparcie w adaptacji do codziennego życia w Polsce, obyczajów, prawa, a także doskonalenie w porozumiewaniu się ojczystym językiem.

Omawiana placówka miała być w zamierzeniu fundatora³³ domem dla repatriantów, którzy przybyli do Krakowa na zaproszenie prezydenta miasta. Fundator podarował dom miastu. Aby zmniejszyć koszty prowadzenia placówki, MOPS skierował do niego wymagające pomocy osoby z terenu Krakowa i okolic, w ten sposób stał się przystanią także dla innych osób. Aktualnie niemal połowa mieszkańców – 49,25% (32 osoby) – to repatrianci z Kazachstanu. Jedna z osób została sprowadzona ze Lwowa przez „Wspólnotę Polską”. Obecnie oczekuje na otrzymanie karty stałego pobytu w naszym kraju. Niektórzy repatrianci mają trudności z porozumiewaniem się w języku polskim, a między sobą mówią po ukraińsku.

Bariera językowa jest dużą przeszkodą w adaptacji do nowych warunków życia. W celu ułatwienia mieszkańcom nawiązywania kontaktów i przełamania barier językowych w placówce na różnych stanowiskach (portierzy, opiekunki, kierowca, osoba obsługująca pralnię oraz konserwator – „złota rączka”) zatrudnieni są repatrianci mieszkający z rodzinami na terenie Krakowa.

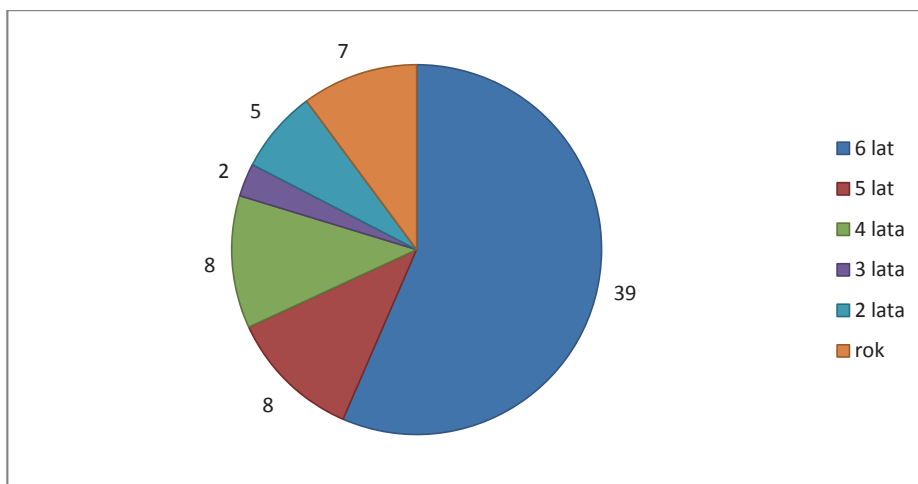
³² „Tam był głód i chłód. Zimy, że nawet do minus 40 stopni. Jabłko pierwszy raz jadłam w wieku 15 lat, bo u nas nie rosły. Tylko na obrazkach w książkach je widziałam” – wspomina dzieciństwo w Kazachstanie jedna z mieszkanki; zob.: M. Paluch, *Wszystko przez Patyka*, „Gazeta Krakowska” z 1.02.2009.

³³ Patronem DPS jest od 2006 r. Władysław Godyń (1921–2008), krakowski filantrop, odznaczony za zasługi dla miasta brązowym medalem „Cracoviae Merenti”, medalem „Bogaci Miłosierdziem” Caritas Archidiecezji Krakowskiej, uhonorowany tytułem „Filantrop Krakowa A.D. 2001”, medalem św. Brata Alberta. Miał w rodzinie powstańca styczniowego z 1863 r. Ufundował 6 ośrodków, których zadaniem jest pomaganie innym ludziom, bezdomnym, biednym, chorym, niepełnosprawnym. Na cele charytatywne przeznaczył środki pochodzące ze sprzedaży posiadanej przez siebie jednej z największych kolekcji malarstwa polskiego. Za: Zarządzenie nr 710/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 28.04.2004 r. w sprawie przyjęcia i przekazania projektów uchwał Rady Miasta Krakowa w sprawie przyznania medali „Cracoviae Merenti”. Zob. też.: J. Dudek, *Wywiad z W. Godyniem*, Świat Polonii, Witryna Stowarzyszenia „Wspólnota Polska”; http://www.wspolnota-polska.org.pl/index.php?id=kw4_2_05 [data dostępu 13.01.2009].

Część z nich jest spokrewniona z mieszkańcami. Stanowi to pomost między społecznością placówki a środowiskiem zewnętrznym. Jak wynika ze zgromadzonych informacji, pracownicy DPS starają się o to, by objąć opieką nowych mieszkańców od momentu ich przyjazdu do Polski. Jeżeli jest taka możliwość organizacyjna, to przybysz może wybrać pokój i współlokatorów. Nie rozdziela się rodzin.

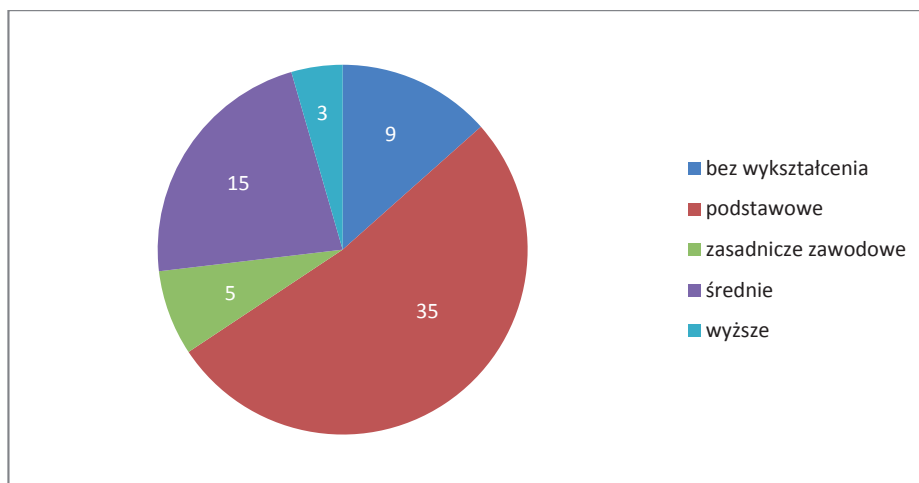
Repatrianci otrzymują niezbędną pomoc w tłumaczeniu osobistych dokumentów (akty urodzenia, małżeństwa, zgonów, świadectwa ukończenia szkół, świadectwa pracy) i wyrabianiu nowych, obowiązujących w Polsce (np. dowody osobiste, NIP). Prowadzone są ich sprawy osobiste (np. pomoc w uzyskaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, dodatku kombatanckiego, składaniu wniosku o przyznanie dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego, korespondencji urzędowej).

Dominującą przyczyną pobytu w placówce, szczególnie Polaków z Kazachstanu, była ich własna decyzja. W innych, jednostkowych przypadkach o umieszczeniu zdecydowali: opiekun prawny (ubezwłasnowolnienie osoby) oraz rodzina (osoba chora na chorobę Alzheimerera). Pięciu osobom pomogły w uzyskaniu miejsca inne instytucje, między innymi Schronisko dla Bezdomnych Kobiet, inny dps. Zagrożenie eksmisją, zakaz (udzielony przez najbliższe rodzeństwo) powrotu do domu rodzinnego, podpowieź brata, córki, znajomych – to kolejne przyczyny wymienione przez respondentów.



Wykres 22. Staż pobytu mieszkańców w DPS 1

Najwięcej osób (39) mieszka w placówce od jesieni 2003 roku. Bez wykształcenia jest 9 osób, 35 ma tylko podstawowe wykształcenie, zasadnicze zawodowe – 5, średnie 15 rezydentów, a 3 osoby wyższe (wykres 23).



Wykres 23. Wykształcenie rezydentów DPS 1

Wśród kategorii zawodu wykonywanego w przeszłości najczęściej występuje – „nie pracował zawodowo” 26 osób (w tej liczbie są 4 były mieszkanki kołchozów), rolnik – 4 osoby, sprzedawca – 2, cieśla – 2, operator, brakarz, szwaczka – 2, murarz, ślusarz, stolarz – 2, elektryk, lakiernik, szklarz, elektryk, kierownik stołówki, piekarz-cukiernik, instalator urządzeń sanitarnych, mechanik obróbki skrawaniem, kierowca. Inni to: nauczyciel – 4 osoby, ekonomista – 2, urzędnik – 2, bibliotekarz, księgowy oraz pielęgniarka.

DPS dysponuje dobrymi warunkami lokalowymi: w 3-piętrowym budynku z windą mieści się 28 pokoi mieszkalnych z łazienkami; 45 osób zamieszkuje w 15 pokojach trzyosobowych, 20 osób – w 11 dwuosobowych, dwie osoby zajmują „jedyńki”. Niestety, nie ma balkonów ani tarasu. Ponadto jest pokój gościnny, 3 podręczne kuchnie, mała świetlica, kaplica, sala terapii zajęciowej, sala rehabilitacyjna, dodatkowa łazienka dla niepełnosprawnych, gabinet pielęgniarski, 5 pokoi administracyjnych, pokój psychologa (terapii indywidualnej), pralnia, kuchnia z zapleczem, jadalnia i magazyn. Ośrodek usytuowany jest w spokojnej okolicy niedaleko centrum. Teren jest ogrodzony, a brama wjazdowa zamykana na noc. Wokół domu jest sporo zieleni, grządki z kwiatami, altanka, gdzie w lecie można posiedzieć i pograć w gry stolikowe. Mieszkańcy z okien pokoi widzą parking.

Ośrodek dba o odpowiedni poziom zaspokojenia potrzeb bytowych. Aby uzyskać informacje o oczekiwaniach i potrzebach mieszkańców, co miesiąc przeprowadzane są z nimi rozmowy. Rada Mieszkańców (w jej skład wchodzi jedna z repatriantek) co 3 tygodnie spotyka się z pracownikami i dyrekcją. Systematycznie aktualizowana indywidualna dokumentacja mieszkańców zawiera bieżące informacje o ich oczekiwaniach oraz potrzebach. Jest wykorzystywana przy projektowaniu przez zespół terapeutyczno-opiekuńczy kwartalnych indywidualnych planów pracy z mieszkańcami. Każdy z rezydentów może korzystać z pomocy tzw. pracownika pierwszego kontaktu, z którym omawia i rozwiązuje własne bieżące problemy.

Jadłospis opracowuje kierownik kuchni–dietetyk. Wydawane są także posiłki zgodne z zaleceniami diety normalnej, wątrobowej i dla diabetyków. Podopieczni na bieżąco i w miarę potrzeb są doposażani w pantofle domowe, buty, odzież i bieliznę. Systematycznie wydawane są środki czystości i higieny osobistej. Wszyscy mieszkańcy objęci są podstawową opieką zdrowotną. W DPS 1 raz w tygodniu przyjmuje lekarz specjalista medycyny rodzinnej. W razie potrzeby zlecane są i wykonywane konsultacje lekarzy innych specjalności, badania laboratoryjne i inne. Dodatkowo mieszkańcami opiekuje się pielęgniarka środowiskowa. W przypadku leczenia szpitalnego, pracownicy DPS 1 odwiedzają chorego mieszkańca. Wykonywane są zlecane zabiegi rehabilitacyjne. Dodatkowo rehabilitant włącza się w działania służące utrzymaniu sprawności ruchowej mieszkańców. Organizowane są również turnusy rehabilitacyjne. Mieszkańcy wyjeżdżają do Iwonicza Zdroju, Polańczyka, Rabki, Mszany Dolnej oraz nad Bałtyk.

Dom umożliwia zaspokajanie potrzeb religijnych. W każdą sobotę i w święta w kaplicy domu odprawiana jest msza. Raz w tygodniu przybywa siostra zakonna, która prowadzi w domowej kaplicy nabożeństwa okolicznościowe. Kaplica jest otwarta przez całą dobę. Organizowane są uroczyste obchody świąt kościelnych i państwowych. Mieszkańcy odwiedzają ważniejsze ośrodki religijnego kultu w Licheniu, Częstochowie, Kalwarii Zebrzydowskiej, Wadowicach oraz Krakowie. Jedną z redakcji katolickich nieodpłatnie ofiarowuje mieszkańcom prasę katolicką.

Mieszkańcy mają możliwość telefonicznego porozumiewania się z bliskimi – również prowadzenia rozmów międzynarodowych, także drogą elektroniczną. W dps znajduje się automat telefoniczny na kartę i na monety. Przychodzące połączenia portier przełącza na poszczególne piętra. W placówce funkcjonuje pokój gościnny, w którym mogą przebywać i nocować goście mieszkańców z kraju i zagranicy. Czasami pokój jest wykorzystywany do spotkań z odwiedzającymi mieszkańców gośćmi. Mieszkańcy w ramach przysługującego im urlopu lub w okresie świątecznym wyjeżdżają do rodzin i znajomych, także do Kazachstanu, Rosji lub Niemiec.

Psycholog diagnozuje potrzeby psychiczne podopiecznych i prowadzi zajęcia indywidualne oraz grupowe (grupy wsparcia, grupy adaptacyjno-integracyjne, superwizja psychologiczna zebrań samorządu mieszkańców). W razie potrzeby ułatwia kontakt z lekarzem psychiatrą, który przyjeżdża do placówki raz w miesiącu.

W każdym miesiącu organizowane są wycieczki oraz przedsięwzięcia kulturalno-oświatowe w domu i poza nim. Domowa kronika pełna jest zdjęć upamiętniających poszczególne wydarzenia. Mieszkańcy–repatrianci uczestniczą w spotkaniach organizowanych przez Związek Sybiraków oraz inne organizacje wspierające repatriantów w Polsce. Działa domowa biblioteka, zaprenumerowano czasopisma (prasa codzienna, sportowa, „kobieca” – 6 tytułów). Prowadzona jest terapia zajęciowa w pracowniach plastycznej, krawiecko-dziewiarskiej, ogrodniczej i gospodarstwa domowego.

Przed każdymi świętami oraz ważniejszymi wydarzeniami w domu pomocy społecznej zmieniana jest dekoracja oraz gazetka ścienna, które przygotowują mieszkańcy wraz z terapeutami zajęciowymi. Jedną z mieszkanki – repatriantek jest malarka. Wielokrotnie reprezentowała dom na Warsztatach Terapii Zajęciowej, Krakowskich Spotkaniach Artystycznych „Gaudium” oraz w Ogólnopolskim Konkursie Twórczości Plastycznej Seniorów i Osób Niepełnosprawnych „Poza Barrierami”. Jej obrazy to głównie pejzaże z Kazachstanu oraz Polski. Wykorzystuje różne techniki malarskie: olej, akryl, wydzieranki i kolaże.

Działa zespół wokalny „Stepowe Kwiaty”, który zdobywa wyróżnienia na konkursach i przeglądach. Występuje na Krakowskich Spotkaniach Artystycznych „Gaudium” oraz Ogólnopolskim Festiwalu Zespołów Artystycznych Domów Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej. Swoimi występami uświetnia wszystkie domowe uroczystości: Dzień Pracownika Socjalnego, Opłatek, rocznice powstania domu etc.

Czas wolny jest zagospodarowany także przez imprezy popołudniowe, sobotnio-niedzielne. Organizowane są wycieczki do centrum miasta, wyjścia do teatru, turnieje gier w świetlicy, wspólne oglądanie programów telewizyjnych i inne, a raz w roku dwu- lub trzydniowa wycieczka do wybranego miasta.

Co istotne i oryginalne – mieszkańcy–repatrianci uczą się języka polskiego. Zajęcia z języka polskiego i z wiedzy o społeczeństwie odbywają się dwa razy w tygodniu i trwają po półtorej godziny. „Lekcje” te prowadzi pedagog [respondent PSD 1 wywiadu pogłębionego – Z.S.]. Mieszkańcy realizują program nauczania z podręcznika *Wybór testów z języka polskiego dla obcokrajowców* (Kraków 1995) oraz z przygotowanych przez pedagoga materiałów własnych. Z zajęć korzysta od 5 do 13 mieszkańców–repatriantów. Dwóch repatriantów uczestniczy biernie w zajęciach, ponieważ bardzo słabo posługują się językiem polskim.

W ramach językowych „Spotkań z kulturą” w roku 2008 zrealizowano następujące tematy: Tradycje karnawałowe w Polsce i na świecie; Tradycja krakowskiej „Rękawki”; Konstytucja 3 maja i jej znaczenie dla kraju; Historia krakowskich Juwenaliów; Tradycje: wielkanocne, Bożego Ciała, Wszystkich Świętych, andrzejkowe, św. Mikołaja, bożonarodzeniowe, sylwestrowe; Znaczenie wprowadzenia stanu wojennego w Polsce. Podczas zajęć czytano dialogi z podręcznika, opowiadania. Uczniowie zapoznali się z twórczością ks. Jana Twardowskiego i Karola Wojtyły. Przygotowując się do imprez okolicznościowych, analizowano wiersze tematyczne: o matce, o babci i dziadku, o kobiecie, patriotyczne, o świętach. Lekcje gramatyki objęły jednostki tematyczne: Różne części mowy; Czasy w języku polskim; Układanie pytań do wytluszczonych części zdań; Pisanie krótkich opowiadań tematycznych. Zajęcia urozmaicano grami i zabawami słownymi: krzyżówkami, kalamburami, opowiadaniem z lukami, zabawami słowotwórczymi, zagadkami³⁴.

³⁴ Sprawozdanie z pracy pedagoga PSD 1 za rok 2008.

Cotygodniowe prasówki dotyczyły sytuacji społecznej i politycznej w kraju. W tych zajęciach biorą udział także chętni „Polacy” – tak w ośrodku nazywa się mieszkańców pochodzących z Krakowa i okolic. Przy okazji wywoływanych dyskusji chcą się dowiedzieć, jak poszczególne wydarzenia są komentowane w rosyjskiej telewizji. Repatrianci sami kupili sobie telewizor i antenę satelitarną, popołudniami zbierają się w pracowni terapeutycznej i oglądają rosyjskojęzyczne programy (co irytuje „Polaków”).

Sukcesem mieszkańców i ośrodka jest opublikowanie wspomnień repatriantów w dwóch tomach *Z ziemi kazachskiej do Polski...*³⁵ Wydaniu książek towarzyszyły dwie prezentacje. Zaproszeni goście spotkali się z redaktorką pozycji, autorami wspomnień, zadawali pytania dotyczące historii ich życia. W imprezie uczestniczyli przedstawiciele telewizji i prasy³⁶.

Dobrze ustalony plan dzienny daje mieszkańcom gwarancję stałości, zmienności (tab. 57).

Tabela 57. Plan dzienny w DPS 1

Godziny	Zajęcia
8 ⁰⁰ –10 ⁰⁰	Śniadanie
8 ⁰⁰ –15 ⁰⁰	Rehabilitacja: ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia grupowe, zabiegi z użyciem lasera, muzykoterapia
10 ³⁰ –12 ⁰⁰	Czas dla gości – występy zaproszonych osób i zespołów
13 ⁰⁰ –15 ⁰⁰	Obiad
14 ⁰⁰ –16 ⁰⁰	Gry stolikowe
16 ⁰⁰	Podwieczorek
18 ⁰⁰ –20 ⁰⁰	Kolacja

Biblioteka, która znajduje się w świetlicy, jest dostępna cały dzień. Mieszkańcy sami wypożyczają książki. Drugi mały księgozbiór (o tematyce religijnej) znajduje się w kaplicy. Poza tym podopieczni mogą brać udział w wielu imprezach, uroczystościach, wycieczkach dla nich organizowanych. Ośrodek dba o zaspokojenie potrzeb rozwojowych. W ofercie usług wspierających ma wiele propozycji. Ich różnorodność oraz równie ważną rytmiczność zajęć tygodniowych zilustrowano w tabeli 58.

³⁵ W. Kudela (red.), *Z ziemi kazachskiej do Polski... Wspomnienia repatriantów z Kazachstanu, wysiedlonych w latach 30. XX w. w głąb ZSRR. Materiały do dziejów Polaków w ZSRR w XX wieku*, Koło Naukowe Historyków Studentów UJ, AT Group Sp. z o.o., Kraków 2007; <http://www.dps-krakow.webpark.pl/ksiazka.pdf>.

³⁶ Na podstawie: Sprawozdanie z realizacji programu adaptacji społecznej dla repatriantów – mieszkańców DPS, styczeń–czerwiec 2008 r.

Tabela 58. Plan tygodniowy w DPS 1

Dzień tygodnia	Godziny	Zajęcia
poniedziałek	8 ³⁰ –16 ³⁰	Otwarta terapia zajęciowa
	10 ³⁰ –12 ⁰⁰	Trening pamięci i inne zajęcia z psychologiem (edukacja zdrowotna, dyskusje, psychoedukacja)
wtorek	8 ³⁰ –16. ³⁰	Otwarta terapia zajęciowa
	10 ³⁰ –12 ³⁰	Kącik filmowy
środa	8 ³⁰ –17 ³⁰	Otwarta terapia zajęciowa
	11 ³⁰ –12 ³⁰	Nauka języka polskiego
	16 ⁰⁰ –18 ⁰⁰	Spotkanie z terapeutą muzycznym Próby zespołu „Stepowe Kwiaty”
czwartek	8 ³⁰ –17 ³⁰	Otwarta terapia zajęciowa
piątek	8 ³⁰ –16 ³⁰	Otwarta terapia zajęciowa
	11 ³⁰ –12 ³⁰	Nauka wiedzy o społeczeństwie, prasówka
sobota	16 ³⁰	Msza święta w domowej kaplicy

Rozmowy z mieszkańcami i pracownikami dowodzą, że jednak nie wszystkim odpowiada nowa rzeczywistość. Problemy pojawiają się, jak w każdej większej zbiorowości ludzkiej: ktoś ma więcej miejsca w pokoju, lepsze warunki, wyższą emeryturę, cieszy się większą sympatią wśród mieszkańców. Trzeba pamiętać, że sama sytuacja przejścia ze środowiska rodzinnego do dps, w którym zachodzi proces unifikacji oraz panują odgórnie narzucone normy, jest trudna i może powodować poczucie alienacji i stres. W przypadku repatriantów pojawiają się dodatkowe bariery w postaci trudności językowych, zderzenia kulturowego, swoistych przyzwyczajzeń. Grupa repatriantów, pomimo kilkuletniego pobytu w ojczyźnie, nadal ma problemy z językiem polskim, przepisami prawnymi oraz funkcjonowaniem polskiego systemu pomocy społecznej. W związku z tym każda zmiana decyzji MOPS budzi wśród nich niepokój. Niejednokrotnie trzeba im dokładnie tłumaczyć procedury, co i tak nie gwarantuje pełnego zrozumienia. Wobec niektórych decyzji repatrianci pozostają nieufni i doznają subiektywnego poczucia krzywdy. Część oczekiwań mieszkańców nie jest możliwa do spełnienia z obiektywnych przyczyn. Występują utrudnienia architektoniczne: brak balkonów, mała świetlica, brak odrębnego pomieszczenia na palarnię³⁷. Jak w każdym dps zdarzają się incydenty z alkoholem. W takich przypadkach postępuje się zgodnie ze specjalną instrukcją. Czasem interwencja kończy się przyjazdem policji i zabranieniem mieszkańca do izby wytrzeźwień.

Pomimo licznych oddziaływań terapeutycznych nadal istnieje rezerwa w relacjach interpersonalnych między grupami „Polaków” i „repatriantów”. Część przybyszy z Kazachstanu stanowi hermetyczną grupę i najlepiej czu-

³⁷ Obecnie została wyodrębniona w tym celu część dolnego korytarza. Znajdują się tam ławki, stolik oraz gry stolikowe. Niestety dym rozprzestrzenia się na dalszą część korytarza.

je się w swoim towarzystwie. Czasem prowadzi to do nieporozumień i wzajemnych animozji. Mieszkańcy z terenu Krakowa zbierają się w świetlicy na parterze domu, repatrianci w pokoju terapii zajęciowej. Dystans pomiędzy obiema grupami dodatkowo potęguje pamięć historycznych stosunków polsko-ukraińskich oraz polsko-rosyjskich. Mentalność starszych ludzi zmienia się bardzo wolno. Część mieszkańców–repatriantów ma zastrzeżenia do polskiej kuchni. Trudno się temu dziwić, latami wzrastali w zupełnie odmiennej kulturze i mają odmienne przyzwyczajenia kulinarne. Terapeuta zajęciowy swego czasu zbierał od nich ciekawe przepisy. Być może powstanie kiedyś książka kucharska.

W domu w soboty odprawiana jest msza święta. Niestety podczas wakacji z powodu nieobecności księży w parafii jest ona zawieszana. Część osób, która z przyczyn zdrowotnych nie jest w stanie samodzielnie dojechać do kościoła, chciałyby, aby te msze były mimo wszystko kontynuowane.

Pracownicy domu starają się, aby panowała w nim rodzinna atmosfera. Nie zawsze jednak udaje się pokonać codzienne konflikty. W pokoju mieszkają nieraz trzy osoby z trzech różnych światów. W sytuacji, gdy żadne mediacje nie pomagają, pozostaje zaproponować mieszkańcom zmianę pokoju. W wielu przypadkach dzięki temu udaje się wyciszyć część nieporozumień. Czasem rezydentom przeszkadzają goście odwiedzający współmieszkańców w pokoju. Z jednej strony może to być podyktowane pragnieniem spokoju lub intymności. Z drugiej – zwykłą ludzką zazdrością, że do jednych przychodzą krewni, a innych prawie nikt nie odwiedza.

Mieszkańcy, którzy skracają sobie drogę do sklepu czy na przystanek przez otaczające dom łąki, sygnalizują, że na niezagospodarowanym terenie lubią się gromadzić, zwłaszcza latem, nietrzeźwe osoby, które budzą w nich lęk. Niestety, na ten stan rzeczy pracownicy nie mają żadnego wpływu.

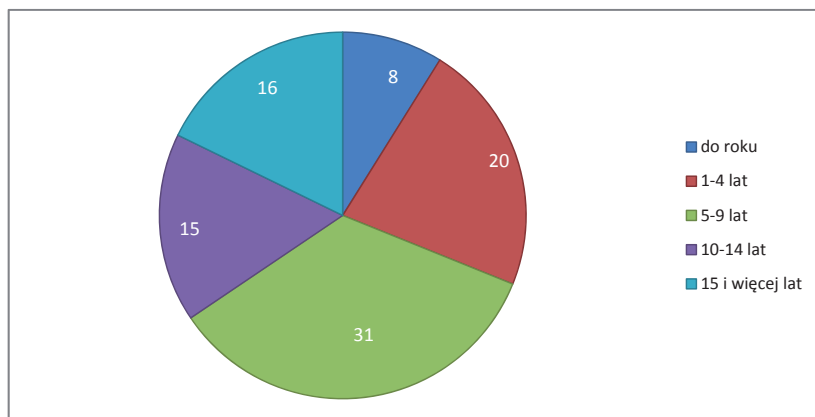
Z oferty kulturalnej i rekreacyjnej mieszkańcy są zadowoleni. Mogą korzystać z różnorodnych propozycji, ale nie zawsze udaje się ich zachęcić do aktywności: 12–14 osób korzysta prawie codziennie z rehabilitacji, 6–8 osób bierze codzienny aktywny udział w terapii zajęciowej. Pozostali mieszkańcy przychodzą do sali terapii zajęciowej, by obejrzeć telewizję, porozmawiać lub zobaczyć, jak pracują inni. „Uważają, że już się dosyć napracowali, już nic nie muszą”; „Lepiej pojeść, poleżeć, ponarzekać”; „Są tacy, co w ogóle nie wychodzą z pokoi” – komentarze pracowników [Ex 6, PSD 1] zawierają dużą dozę zrozumiałego rozgoryczenia. Ogromnym zainteresowaniem cieszy się wielkanocne malowanie pisanek. Drugim szczególnie lubianym zajęciem jest odlewanie z gipsu aniołków i elementów świątecznych, a następnie ich zdobienie. Cześć pań korzysta z talentu krawieckiego jednej z terapeutek zajęciowych i przynosi różne części garderoby do przeszycia.

W wycieczkach poza Kraków bierze udział przeciętnie około 25–30 osób. Na imprezy organizowane przez inne dps zapraszanych jest po 5–6 osób. Chętnych jest zawsze znacznie więcej, zwłaszcza że taki wyjazd staje się okazją do spotkania z dawnymi mieszkańcami domu, bądź też przyjaciółmi z różnych

imprez. Dużym zainteresowaniem cieszy się organizowany przez zaprzyjaźniony dom konkurs remika oraz piknik „U Jawora”. Pensjonariusze do teatru wychodzą rzadko, nie lubią bowiem wieczorami opuszczać budynku. Do kina uczęszcza 15–20 osób, tych najsprawniejszych. Preferują repertuar religijny, bądź polskie komedie. W „domowych” spotkaniach, uroczystościach uczestniczy około 70–80% mieszkańców. Występy zaproszonych gości ogląda około 25–30 osób. We mszy odprawianej w domowej kaplicy uczestniczy około 90%. Jeden z mieszkańców pełni funkcję ministranta.

Jedna z mieszkanek, repatriantka z Kirgizji, usamodzielniała się. Obecnie mieszka w Krakowie. Sprowadziła do Polski swojego syna z rodziną. Druga – repatriantka z Kirgizji – przeniosła się do dps w innym mieście, tam bowiem mieszkał jej krewny z rodziną. Nadal utrzymuje listowne kontakty z niektórymi mieszkankami.

W kolejnej placówce dla osób w podeszłym wieku (DPS 2) mieszka 90 osób, w tym 51 kobiet i 39 mężczyzn. Średnia wieku to 78 lat (kobiet – 80, mężczyzn – 74). Najmłodsza rezydentka ma 53 lata, a najmłodszy rezydent – 55 lat. W domu, w lutym 2009 roku, mieszkało czworo nestorów: trzy stulatki (ur. w 1909 roku) i jeden 99-latek (ur. 1910). Nowicjuszami jest 8 osób. Największa liczba osób – 31 – mieszka w domu dłużej niż 5 lat a krócej niż 10. Drugą w kolejności grupą są osoby ze stażem od roku do 4 lat. Dłużej niż 15 lat mieszka w placówce 16 osób (wykres 24).



Wykres 24. Staż pobytu rezydentów w DPS 2

Dominujące przyczyny pobytu w DPS 2, poza własną przemyślaną decyzją, to zły stan zdrowia oraz brak miejsca zamieszkania (w tym niestety ustąpienie mieszkania własnym dzieciom lub rodzinie). Najdłuższy staż pobytu: nieprzerwanie od 1983 roku.

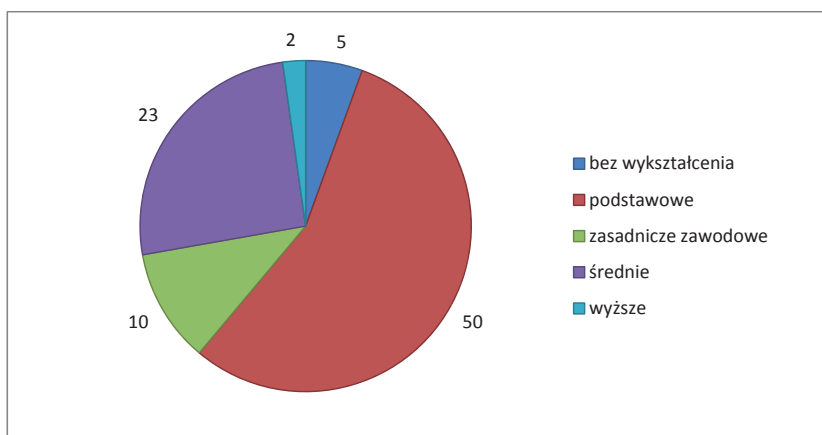
Uzyskane dzięki Exp 6 wypowiedzi rezydentów DPS 2 pozwalają zrozumieć motywacje najstarszych beneficjentów dotyczące decyzji o zamieszkaniu w placówce, przebieg ich procesu adaptacyjnego:

- To jest optymalny sposób. Odzyskujesz swoją niezależność. Warunki życia są, co prawda, dyskusyjne, ale najważniejsze jest to, że robisz, co chcesz i jesteś u siebie. Trudno nie zwracać uwagi na regulamin lub innych ludzi, bo to czasem doskwiera, ale mając do wyboru zostać tu lub wracać do domu, zwłaszcza teraz, gdy potrzebuję pomocy, zdecydowanie wybieram pobyt tu (M 86 k);
- Zadowolona jestem z tej decyzji i nawet sobie gorzej wyobrażałam taki dom. W sumie dobrze się tutaj mieszka i każdemu to powiem. Jest tu dużo ludzi, którzy narzekają, ale ja patrzę tak życiowo. Wszystkie problemy, jakie miałam i opłaty, i naprawy, i rozmaite potrzeby dnia codziennego mam tu zaspokojone i naprawdę nie muszę się o nic martwić. I to jest wielka ulga (S 85 k);
- Będę szczery – wybrałbym znowu taki dom. Co z tego, że mam pieniądze i mógłbym sobie kupić garsonierę, jak już zdrowie nie to i skazałbym się na to samo, co wcześniej. A tu swój pokój mam, pomoc mam, jedynie co mi brakuje, to możliwości dokupienia gotowego jedzenia i osobnej łazienki (W 73 m);
- Jakbym podejmował tę decyzję jeszcze raz, to taka jak już podjąłem. Chcę być niezależny i tutaj jestem. Ja mam bardzo dobrze, ja nie narzekam. Tutaj jak mam, to żyć nie umierać (Z 65 m).

Niektórzy z mieszkańców nie są w stanie przystosować się do warunków życia zbiorowego:

- bo niby tu jest wolność, ale to nie jest jak w swoim domu. W domu to bym się położyła spać bądź kiedy, tutaj niby też mogę, ale jak się zaczną kręcić jedna za drugą, szurać butami, człowiek wieczorami słucha, o matko święta (K 75 k);
- Tylko żeby tutaj zgoda była, ale jej nie ma. Tu się ludzie nie szanują, jakby się szanowali, to by było inaczej. Tutaj nie ma się z kim zaprzyjaźnić (S 65 m).

Najwięcej mieszkańców – 50 osób ma wykształcenie podstawowe oraz średnie (23 osoby). Jest 5 osób bez jakichkolwiek szkół, 10 z zasadniczym zawodowym oraz 2 z wykształceniem wyższym (wykres 25).



Wykres 25. Wykształcenie mieszkańców DPS 2

Nie wiadomo, czym w przeszłości zajmowało się 53 mieszkańców (w archiwach jednostki brak danych na ten temat). Pozostali rezydenci wykonywali następujące zawody:

– mężczyźni (19 osób): mechanik, ekonomista, drukarz, technik gastronomii, chemik, introligator, murarz (2), kierowca (3), ślusarz, piekarz, elektromechanik, lakiernik samochodowy, rolnik (3) i muzyk,

– kobiety (18 osób): bileterka, historyczka sztuki, służba zdrowia (2), rolnictwo (2), ekspedientka (3), chemiczka, socjolożka, pracownica umysłowa (3), kucharka, księgowa, ekonomistka, nauczycielka.

Wybudowany w roku 1971 dwupiętrowy budynek z windą otoczony jest zadbanym ogrodem, rosną w nim drzewa, kwiaty, jest 5 altanek, wytyczone są ścieżki spacerowe. Ściana zieleni odgradza posesję od ulicy. Wewnątrz znajduje się 26 pokoiów jednoosobowych i 38 dwuosobowych. W ośrodku są także służące mieszkańcom: ambulatorium, pomieszczenia do rehabilitacji, fizykoterapii oraz gimnastyki leczniczej, sala terapii zajęciowej, jadalnia, kaplica, dwie świetlice z telewizorami (kinem domowym). Dostępny jest komputer i Internet. Ponadto znajdują się: pokoje biurowe, zaplecze kuchenne i gospodarcze, pralnia codziennie dostępna dla mieszkańców, kotłownia, magazyny, piwnice, pomieszczenia sanitarno-higieniczne. Na II piętrze znajduje się pomieszczenie zaadaptowane na kaplicę. Msze odprawiane są w każdą niedzielę i święta o godz. 7 rano. Oprócz tego księża z pobliskiej parafii docierają na nabożeństwa w pierwsze piątki, na rekolekcje wielkopostne, w razie potrzeby z sakramentem do chorych. Opiekę nad kaplicą, przygotowaniem ołtarza do mszy św., sprawują mieszkańcy.

Dom nie osiąga standardu w obszarach: warunków sanitarnych (trwają remonty) oraz wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Kuchnia oferuje możliwość wyboru spośród dwóch dań, także posiłki dietetyczne zlecone przez lekarza. Pory posiłków są stałe: śniadanie w godzinach 7³⁰ – 9³⁰, II śniadanie dla osób z cukrzycą o godz. 11⁰⁰, obiad podawany jest od 12³⁰ do 14³⁰, kolacja między 18⁰⁰ a 20⁰⁰. W domu dzień wcześniej zbierane są zamówienia na posiłki od mieszkańców, którzy wybierają z dwóch zestawów.

DPS 2 zatrudnia rehabilitanta, który dysponuje osobnym gabinetem wyposażonym w UGUL, SOLUX, biodynamik, różne drobne sprzęty typu stopy, 2 rowerki rehabilitacyjne. Przyjmuje mieszkańców od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰ do 14³⁰. Prowadzi gimnastykę indywidualną i 2 razy w tygodniu zbiorową („Aerobic dla seniorów”). W rehabilitacji uczestniczy 25–30 osób.

Dom prowadzi różne formy terapii zajęciowej: ergoterapia, arteterapia, biblioterapia, choreoterapia, muzykoterapia (działa zespół „Radość”), ludoterapia. Terapia zajęciowa obejmująca zajęcia manualne prowadzona jest od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8–17. W tygodniowym rozkładzie zajęć występują stałe elementy (tab. 59).

Tabela 59. Plan tygodniowy w DPS 2

Dzień tygodnia	Godziny	Zajęcia
poniedziałek	9 ³⁰ –10 ³⁰	Biblioteka
	9 ³⁰ –10 ⁴⁵	Kącik kulinarny
	10 ³⁰ –11 ³⁰	Nie tylko o..., czyli kafejkowe rozmaitości
	10 ⁴⁵ –12 ¹⁰	Męskie spotkania
	15 ³⁰ –16 ⁴⁵	Popołudniowe spotkania przy stole (w tym tańce dla seniorów oraz gry stolikowe)
wtorek	9 ³⁰ –10 ³⁰	Biesiadnik kulturalno-polityczny (II i IV wtorek miesiąca)
	10 ³⁰ –11 ¹⁵	Aerobic dla seniorów
	11 ⁰⁰ –12 ¹⁰	Męskie spotkania
	14 ¹⁵ –15 ⁰⁰	Nie z tej ziemi (I i III wtorek miesiąca) Z kart historii (II i IV wtorek miesiąca)
	15 ⁰⁰ –16 ⁴⁵	Popołudniowe spotkania przy stole (turniej bingo)
środa	10 ⁰⁰ –11 ³⁰	Spotkanie integracyjne
	10 ⁰⁰ –11 ³⁰	Kącik szachowy
	14 ¹⁵ –15 ⁰⁰	Z komputerkiem na ty (I i III środa miesiąca)
	15 ⁰⁰ –16 ⁴⁵	Układanki i gry stolikowe (I i III środa miesiąca) Klub podróżnika (II środa miesiąca) Muzyczne spotkania (IV środa miesiąca)
czwartek	10 ⁴⁵ –12 ¹⁰	Męskie spotkania
	15 ³⁰ –16 ⁴⁵	Popołudniowe spotkania przy stole (krzyżówki, gry świetlicowe itp.)
piątek	10 ⁰⁰ –10 ⁵⁰	Pamięć – intelekt – zabawa
	10 ¹⁵ –12 ¹⁵	Kącik szachowy
	11 ⁰⁰	Porozmawiajmy o jedzeniu (II piątek miesiąca) Nasze sprawy (ostatni piątek miesiąca)
	13 ⁴⁰ –15 ²⁰	Klub remika
	14 ³⁰ –16 ⁰⁰	Bliżej siebie, czyli spotkania z młodzieżą

Należą do nich audycje poranne, emitowane przez głośniki codziennie o godz. 8⁴⁵, informujące o proponowanych spotkaniach i imprezach kulturalnych oraz przedstawiające bieżące wydarzenia z życia domu. O godz. 9 rozpoczynają się spotkania „Na dobry początek dnia, czyli pogawędki przy stole”. Trwają różnie, od pół do półtorej godziny w poszczególne dni. Codziennie przed południem i po południu organizowane są także zajęcia plastyczne i manualne dostosowane do możliwości i uzdolnień mieszkańców. Trwają one od godziny do trzech godzin. Podopieczni mają możliwość korzystania z biblioteki, a w ramach codziennych zajęć czytany lub odtwarzany jest fragment książki (*audio book*) oraz odbywa się przegląd prasy (w godz. 11⁴⁵–12¹⁵).

Prowadzona jest indywidualna rehabilitacja mająca na celu usprawnianie mieszkańców. Dwa razy w tygodniu gimnastyka zbiorowa: „Aerobic dla seniorów”. Także raz na dwa tygodnie mają miejsce spotkania: „Z kompu-

terkiem na ty”, „Z kart historii”, „Biesiadnik kulturalno-polityczny”, „Nie z tej ziemi”. Pozostałe formy aktywizacji mieszkańców obejmują regularne (raz w tygodniu) „Spotkania integracyjne”, zajęcia pod hasłem „Pamięć – intelekt – zabawa”, „Kącik szachowy”, „Męskie spotkania”, „Kącik kulinarny”, „Kafejkowe rozmaitości”. Każde z tych spotkań ma swoją specyfikę, swoich stałych bywalców. Cieszy tak duża różnorodność propozycji i pomysłowość inicjatorów. Raz w miesiącu organizowane są spotkania mieszkańców z dyrekcją z cyklu „Nasze sprawy”. Sprawozdania z nich publikowane są na łamach miesięcznika „Wieści”, współredagowanego przez mieszkańców i dostępnego także na stronach internetowych domu. Również raz w miesiącu odbywają się spotkania tematyczne z cyklu: „Porozmawiajmy o jedzeniu”, „Klub podróżnika”, „Muzyczna środa miesiąca”. Co miesiąc ukazuje się gazetka ścienna. Okolicznościowo, wspólnie z mieszkańcami, przygotowywane są montaż słowno-muzyczne: Jasełka, Dzień Kobiet, Dzień Matki, Spotkania rodzinne³⁸.

³⁸ Bardzo pomysłowo organizację dnia w placówce przedstawia fragment pamiętnika mieszkańca prezentowany na witrynie internetowej DPS: „Dzisiaj środa, czyli sam środek tygodnia – daleko do weekendu, ale i poniedziałek już jakiś czas temu minął. Ale dosyć gadać – budzimy się! 07:15 – czas wstawać, już za 15 minut będę mógł zjeść śniadanie. A co dziś dobrego? Hmm... jajecznica, ale ja nie lubię jajek, więc może zamiast tego zjem sobie chleb z serkiem i pomidorem. Tak, zawsze jest jakaś alternatywa. Aha, no i zupa mleczna – jem, a owszem, dobrze na kości robi. Po śniadaniu chwila dla siebie, co by tu dziś robić? 08:45 – Oho, podają właśnie poranne wiadomości. Zaraz się dowiem, co i jak dzisiaj się będzie działo, no i może coś ciekawego ze świata powiedzą? 09:00 – Będzie się działo. Ale dobry dzień może się zacząć od dobrej książki. A w tym miesiącu słuchamy *Nad Niemnem*, klasyka – wiadomo, że ciekawe. Tylko nie rozumiem, jak to się mieści cała taka książka na jednej małej płytce? Ach, ta technika! Ale nic to, zapytam później w kąciku komputerowym. 10:00 – „Kącik szachowy”. Gram w szachy, a i owszem. Może trochę amatorsko, ale przecież nie trzeba być od razu mistrzem, żeby się rozerwać, prawda? 11:45 – Jeden remis i jedna porażka – nie jest źle, ale chyba muszę jeszcze poćwiczyć. We wtorek będzie następna okazja. Przydałoby się teraz dowiedzieć, co tam w szerokim świecie słychać. O! Zaraz się zaczyna „Przegląd prasy”. No tak wybory, afery... niektórzy to wstydu nie mają! Ja, gdybym rządził, to wszystkim bym dał! Sobie też! No szczególnie sobie – ale nie tak jak te hieny z rządu, tak troszeczkę, tylko „z umiarem”. Tak. 12:30 – Ale ten czas leci – już obiad. A co dziś mamy – zupa jarzynowa, ziemniaczki, kotlet i buraczki, ale ja przecież nie znoszę buraczków! Kiedy byłem młody babcia zawsze mi wmuszała buraczki i od tego czasu patrzeć nie mogę na to paskudztwo! Na szczęście zamiast buraczków (fuj) dostałem sałatkę warzywną. Całość popiłem kompotem, bo coś mi w gardle zaschło od tego śpiewania. A na deser był budyń. Dobry, z polewą owocową. Pycha! 13:15 – Czas na poobiednią drzemkę, niedługo, tak z godzinkę, bo już wkrótce kącik komputerowy. 14:15 – No i już. „Z komputerkiem na ty”. Z początku miałem pewne opory, ale teraz wam powiem, że komputer to nic strasznego. Właśnie się dowiedziałem co to jest „Nasza-klasa”, o czym tak ostatnio dużo mówili na tewuenu, zobaczyłem jak to działa, nawet znalazłem jednego kolegę ze szkoły średniej. Kiedy to było? Prawie 50 lat temu... ech, jak ten czas leci. A! no i już wiem, jak to się mieści książka na płycie, phi, łatwizna i w sumie logiczne, sam bym na to wpadł – mp3, mp3 – muszę zapamiętać! 15:30 – „Tańce dla seniorów”, czyli gimnastyka na wesoło, a ponieważ ruch to zdrowie, chętnie się pogibam troszkę w rytm muzyki. 16:00 – No to potańczyłem. A teraz w terapii odbywają się zajęcia, w których można popracować trochę głową. Szczerze mówiąc, jak na jeden dzień to chyba wystarczy, w dodatku w telewizorze leci western – idę oglądnać. 17:30 – Film był niezły, aż zgłodniałem z tego

W ciągu całego roku, w ramach cyklu „Spotkania ze sztuką”, zorganizowano dla mieszkańców 10 wyjść do krakowskich teatrów i kin.

Ponadto mieszkańcy mieli okazję uczestniczyć w kiermaszach prac wykonywanych w ramach terapii zajęciowej. Pensjonariusze mogli korzystać z imprez organizowanych dla osób niepełnosprawnych przez inne instytucje: zabawy karnawałowe, pikniki. Dom był organizatorem wielu imprez z udziałem gości z innych krakowskich dps i zaprzyjaźnionych instytucji. Wart dostrzeżenia jest projekt „Piknik świętojański” – duża, otwarta impreza plenerowa. Biorą w niej udział seniorzy z innych dps oraz okoliczni mieszkańcy. Spotkanie wypełniają występy artystyczne, konkursy, zabawa taneczna.

Ośrodek współpracuje z innymi domami pomocy społecznej, trzema przedszkolami, dwiema szkołami, Miejskim Dziennym Domem Pomocy Społecznej, Rodzinnym Domem Dziecka. Od kilku lat także z gimnazjum w Sieprawiu, realizując wspólny projekt pod nazwą „Bliżej siebie”, który polega na cotygodniowych odwiedzinach młodzieży u mieszkańców placówki.

Zrealizowany został projekt „Bądźmy razem”, w ramach którego organizowano plastyczne, integracyjne i komputerowe zajęcia grupowe i indywidualne dla mieszkańców domu i osób ze środowiska (środy, czwartki, piątki i soboty). Podopieczni domu uczestniczyli w jednym tylko roku w bardzo wielu różnych spotkaniach kulturalno-rekreacyjnych. Wśród nich 38 to wyjścia poza dom do innych środowisk, 24 spotkania odbyły się w placówce przy udziale gości, a pozostałe 188 – to były spotkania we własnym gronie.

W omawianym DPS 2 nie ma Rady Mieszkańców – rezydenci sami z niej zrezygnowali. Główne problemy zgłaszane przez mieszkańców to: niesmaczne jedzenie, brak etatu lekarza, niezadowolenie z przeprowadzanych remontów i ich efektów.

W tabeli 60. przedstawiono dane dotyczące form aktywizacji mieszkańców, które zostały już zrealizowane. Pochodzą one z dwóch różnych lat, intencją bowiem nie jest porównywanie działalności domów, a ukazanie bogactwa ich propozycji kulturalno-oświatowych i rekreacyjnych.

Pracownicy socjalni zatrudnieni w domach pomocy społecznej mają wiele zadań zawodowych do realizacji, m.in.: prowadzenie spraw administracyjnych mieszkańców (np. ich przyjęcia i odejścia z placówki, prowadzenie dokumentacji urzędowej mieszkańców³⁹) i udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osób tego wymagających, organizowanie kontaktów mieszkańców z rodziną, rozwiązywanie zaistniałych konfliktów, współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych.

wszystkiego! Na szczęście jest kolacja, a na kolację kanapki z szynką i pomidorem. Dobre nawet, zamiast tego była też pasta rybna, ale wolałem szynkę. 18:00 – No i czas wolny. Wygląda na to, że dosyć pracowicie mi minął dzisiejszy dzień. Pojadę jeszcze na miasto do kolegi w odwiedziny i po wieczornym filmie wskakuję do łóżka. Rano trzeba wstać!”

³⁹ Te czynności zajmują bardzo wiele czasu, jak twierdzi Ex 6 na bezpośredni kontakt z mieszkańcami może przeznaczyć maksymalnie 10 godzin tygodniowo (około 2 godzin dziennie).

Tabela 60. Wydarzenia i imprezy kulturalno-oświatowe w DPS 1 i DPS 2

Wydarzenia i imprezy		DPS 2 – 2008
Miesiąc	DPS 1 – 2007	
styczeń	<p>Spotkanie opłatkowe zorganizowane przez Związek Sybiraków Polskich w Nowohuckim Centrum Kultury</p> <p>Koncert chóru dziecięcego z Moskwy</p> <p>Prezentowanie <i>Kolebka Jezusa</i> w wykonaniu młodzieży z Centrum Kultury im. Henryka Jordana w Krakowie</p> <p>Jasełka bożonarodzeniowe w wykonaniu uczniów szkoły podstawowej</p> <p>Koncert w szkole muzycznej I stopnia</p> <p>Dzień Babci i Dzień Dziadka – wizyta przedszkolaków</p> <p>Występ artystyczny członków zaproszonego zespołu „Korcaczki”</p> <p>Dzień Babci i Dzień Dziadka – uroczystość wewnętrzna</p> <p>Turniej tańca towarzyskiego – hala Korony</p> <p>Projekcja filmu <i>Jan Paweł II – świętlica</i></p>	<p>DPS 2 – 2008</p> <p>„Spotkanie z kolędą” – występ „Chóru dla Jezusa”, studencki projekt socjalny</p> <p>Wizyta duszpasterska i kolędowanie z Oazą Rodzin</p> <p>Wyjazd na wspólne kolędowanie do innego dps</p> <p>Jasełka u ss. nazaretanek</p> <p>Występ dzieci z przedszkola</p> <p>Wyjazd na zabawę karnawałową do innego dps</p> <p>Występ dzieci z samorządowego przedszkola</p>
luty	<p>Domowa zabawa karnawałowa</p> <p>Zabawa karnawałowa w innym dps</p> <p>Występ przedszkolaków</p> <p>Występ zespołu z Jekaterynburga w Nowohuckim Centrum Kultury</p> <p>Walentynki</p> <p>Zabawa walentynkowa w innym dps</p> <p>Zabawa ostatkowa</p> <p>Pogadanka na temat zdrowego odżywiania</p>	<p>Msza święta i wspólne kolędowanie z przyjaciółmi</p> <p>Wyjazd do sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Łagiewnikach w związku ze „Światowym Dniem Chorych”</p> <p>Koncert walentynkowy – występ zespołu „Seniorynki”</p>
marzec	<p>Prezentacja krakowiaka w wykonaniu dzieci z przedszkola</p> <p>Zajęcia w Nowohuckim Centrum Kultury: „Folklorystyczną ścieżką”</p> <p>Dzień Kobiet</p> <p>Pierwszy dzień wiosny – topienie Marzanny</p> <p>Kącik piękności. Zabiegi kosmetyczne i fryzjerskie</p> <p>Prezentowanie Zmartwychwstania Pańskiego w wykonaniu młodzieży gimnazjalnej</p>	<p>Święto kobiet w poezji i piosenkach – spotkanie z mieszkankami</p> <p>Rekolekcje wielkopostne</p> <p>Występ dzieci ze szkoły podstawowej w wiosennym programie</p> <p>Porządki przedświąteczne</p>

kwiecień	<p>Niedziela Palmowa Obchody rocznicy śmierci Jana Pawła II Sobota wielkanocna. Świecenie pokarmów w kościele Mariackim Niedziela wielkanocna. Uroczyste śniadanie i obiad Tradycyjne święto „Rękawka” pod kopcem Krakusa Udział w IV Małopolskim Turnieju Gry w Remika Występ zespołu tanecznego z Rosji w Nowohuckim Centrum Kultury</p>	<p>V Małopolski Turniej Gry w Remika Występ młodzieży z gimnazjum</p>
maj	<p>Zebranie z mieszkańcami domu informujące o programie wycieczki do Wrocławia Piknik majowy Spacer wokół krakowskiego Rynku Dąbrowa Górnicza – festiwal Majówka z piosenkami Anny Tretter Dzień Matki Piknik majowy w zaprzyjaźnionym dps</p>	<p>Ognisko Całodniowa wycieczka Szlakiem Orlich Gniazd i do Częstochowy</p>
czerwiec	<p>Wycieczka do Niepołomic Występ z okazji Dnia Matki i Dnia Ojca Turniej szachowy Wycieczka do Wrocławia Wycieczka do kopalni soli w Bochni Kącik piękności. Zabiegi kosmetyczne dla pań Zabawa taneczna Wycieczka do Ojcowa</p>	<p>Wyjazd do sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Łagiewnikach Wyjazd do innego dps na piknik (poza Kraków) Wyjście do opery na spektakl <i>Rigoletto</i> Piknik świętojański z zaproszonymi gośćmi w ogrodzie domu Piknik Całodniowa wycieczka na przełom Białki Wyjście do opery na koncert <i>Arie oper świata</i></p>
lipiec	<p>Rocznica śmierci Maksymiliana Kolbe. Wyjazd do Oświęcimia Zebrania w sprawie turnusu rehabilitacyjnego w Rabce Zdroju, Mszanie Dolnej, Iwoniczu Zdroju</p>	<p>Ognisko Dwudniowa wycieczka do Tylicza, Muszyny i Krynicy</p>
sierpień	<p>Turnusy rehabilitacyjne w Rabce Zdroju, Mszanie Dolnej, Iwoniczu Zdroju</p>	<p>Wycieczka do Wygiełzowa i Lipowca Całodniowa wycieczka do św. Krzyża i nad zalew Chańcza</p>

wrzesień	Pikniki wrześniowe	<p>Wyjazd do Lanckorony i Stryszowa</p> <p>Wyjazd na piknik do innego dps</p> <p>Wyjazd na „Piknik bez barier” do Sieprawia Ognisko</p> <p>Wyjazd do Mogiły</p> <p>Spotkanie rodzinne z udziałem rodzin i przyjaciół</p> <p>Ognisko z udziałem seniorów z Klubu Seniora z Wróblowic</p>
październik	<p>Krakowskie Spotkania Artystyczne „Gaudium” Stowarzyszenia „Gaudium et Spes”</p> <p>Kąć piękności. Zajęcia kosmetyczne</p> <p>Wyjście do kina na film <i>Katryń</i></p> <p>Wycieczka do Domu Pomocy Społecznej w czeskim Cieszynie</p> <p>Prelekcja na temat higieny jamy ustnej</p> <p>Kąć piękności. Zajęcia kosmetyczne</p> <p>Turniej szachowy w innym dps</p>	<p>Spotkanie urodzinowe – 99 lat minęło</p> <p>Wyjście na operetkę <i>Zemsta Nietoperza</i></p> <p>Wyjście do opery na spektakl <i>Dama Pikowa</i></p> <p>Małopolski Turniej Szachowy</p> <p>Ognisko</p> <p>Wyjazd na cmentarze w celu porządkowania grobów</p> <p>Wyjazd do kina na film <i>Świadectwo</i></p> <p>Turniej gry w szachy</p>
listopad	<p>Zabawa taneczna</p> <p>Dzień Pracownika Socjalnego</p> <p>Zabawa andrzejkowa w innym dps</p> <p>Wróżby andrzejkowe. Projekt w wykonaniu uczniów szkoły podstawowej</p> <p>Zabawa andrzejkowa</p>	<p>Wyjście do teatru na spektakl <i>Komedia bankierska</i></p> <p>Wyjazd do Sieprawia</p> <p>Zabawa andrzejkowa</p>
grudzień	<p>Mikołajki. Odwiedziny uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum</p> <p>Wycieczka do czeskiego Cieszyna. Udział w wystawie prac plastycznych</p> <p>Spotkanie opłatkowe dla mieszkańców i pracowników domu</p> <p>Kolacja wigilijna</p> <p>Zabawa sylwestrowa</p>	<p>Spotkanie mikołajkowe</p> <p>Kiermasz świąteczny na Rynku Głównym</p> <p>Wyjazd do pijalni czekolady</p> <p>Przygotowania do świąt – choinki i stroiki</p> <p>Wigilia</p> <p>Wspólne kolegowanie z młodzieżą z Sieprawia</p>

W DPS 2 wprowadzono procedurę postępowania z osobami nadużywającymi alkoholu, która określa m.in. zachowania pracowników wobec nietrzeźwych (np. zapis o niezakłócaniu spokoju, o schodzeniu na posiłki 15 minut przed zakończeniem ich wydawania i o wzywaniu policji do pomocy, gdy osoba, przede wszystkim pijana, zagraża innym)⁴⁰.

Bardzo istotną częścią usług tej placówki jest działalność pracownika socjalnego. Jak wynika z rozmów z mieszkańcami, są oni zadowoleni z jakości tej pracy, wysoko oceniają osobę zatrudnioną na tym stanowisku:

- Jest niezastąpiona, bardzo zaangażowana w problemy wszystkich – bardzo z niej oddana osoba (Lk 86, 15-letni staż pobytu w DPS 2);
- zawsze mnie wysłucha (Sk 83, 3 lata w DPS 2);
- jest bardzo potrzebna, bo dużo ludzi tutaj potrzebuje pomocy, ja sama jeszcze nie, jeszcze sobie radzę, ale jak przyjdzie ten czas, to się zgłoszę, bo to taka miła osoba (Kk 76, 9 lat w placówce);
- Kiedy przyszedłam po radę bardzo mi to dziecko pomogło, jak dowód zmieniałam, gdy urlop chciałam wziąć i też gdy chciałam, żeby mi dywan w pokoju położyli, no, ale tego już nie załatwiła (Wk 75, 11 miesięcy pobytu w DPS 2);
- Ludzie, którzy tu mieszkają, często stwarzają problemy, których się nie da rozwiązać, a i tak zwalają winę na innych, często na socjalną. Dużo sporów jest wyssanych z palca, jak ktoś ma kłopoty to najpierw sam powinien się z nimi uporać (Bk 63, 5 lat pobytu w DPS 2);
- Bardzo dobrze ze sobą żyjemy, lubimy się. To miła, dobrze ułożona osoba i zawsze bardzo serdecznie się wita (Ck 83, 19 lat pobytu);
- Mądra osoba, widać, że po studiach (K 81, od 9 miesięcy w placówce);
- Jest miła, uśmiechnięta i zawsze mówi wszystkim dzień dobry. Pamiętam, jak wszystko mi wytłumaczyła (Ek 74, od 7 miesięcy w DPS 2).

Ale wśród mieszkańców są także niezadowoleni z działań pracownika socjalnego. Jeden z mieszkańców stwierdził, że nikt nie wie, jaki jest regulamin, nikt również nie zna swoich praw i obowiązków, nie wiadomo też, czym trudni się pracownik socjalny:

Pracownik jest oporny i nie pomaga, nie ma pojęcia o biedzie i sprawach społecznych. Jest niechętny do pomocy, pomaga tylko swoim ulubieńcom. Jest złośliwa i pełna nienawiści względem mieszkańców. Nic nie wie, nigdy nie ma czasu. Ci mieszkańcy, którzy są ze wsi, mają lepiej, a ci z Krakowa gorzej, a my (z Krakowa) się nie podlizujemy – panuje tu jedna wielka dyskryminacja. To jest jedna

⁴⁰ Jak wynika z wywiadu swobodnego, czasem zdarzają się nawet bójkę między mieszkańcami dps: „Mieszkający razem w pokoju mężczyźni pokłócili się o to, że jeden z nich rozlał wodę na podłogę. Rozpoczęła się szamotanina i jeden z nich wyciągnął gaz pieprzowy i spryskał nim przeciwnika. Na miejsce została wezwana policja, pielęgniarka udzieliła pomocy poszkodowanemu. Do czasu przyjazdu policji mężczyźni byli rozdzieleni i pracownik socjalny przeprowadzał z nimi rozmowę. Mężczyźni grozili sobie nawzajem, padły groźby – jeden powiedział drugiemu, że «wepchnie mu nóż w gardło». Pracownik socjalny czekał na przybycie policji. Po spisaniu zeznań zabrano awanturujących się na komisariat. Po ich powrocie do placówki odseparowano ich od siebie”.

mafia i banda – wszystko ukrywa. A ja i tak piszę do „Dziennika” i „Wyborczej”, co tu się wyrabia i nie ustąpie! (Mm 70, w DPS 2 od 7 lat).

Jak widać, w domu pomocy społecznej, jak w każdym innym środowisku użytkowanym przez wiele osób, obok zadowolonych są i niezadowoleni. Trudno sprawić, by wszyscy byli jednakowo szczęśliwi.

Nieco inaczej niż w scharakteryzowanych placówkach dla osób w podeszłym wieku, organizowane jest życie społeczności w placówkach sprofilowanych na świadczenia wobec osób przewlekle chorych. Zadania w nich realizowane mają swą specyfikę, związaną ze złym stanem zdrowia mieszkańców. Obecność osób przewlekle somatycznie chorych nakazuje zwiększenie zakresu opieki medycznej.

Placówka, która istnieje od 1938 roku, jest położona w ładnej, zielonej części Krakowa, 2 km od wzgórza wawelskiego. Dom zbudowany został z przeznaczeniem na schronisko dla bezrobotnych i bezdomnych mężczyzn. Ma swoją historię wojenną, otóż hitlerowcy zarekwirowali budynek, a braci albertynów i część mieszkańców wywieźli do obozu koncentracyjnego w Auschwitz, a tych zdolnych do pracy wysłali na roboty przymusowe w głąb Rzeszy. Budynek stał się szpitalem dla niemieckich żołnierzy. W 1943 roku zgrupowano tam kobiety z przytulisk prowadzonych przez siostry albertynki. Po wyzwoleniu Rada Narodowa miasta Krakowa przejęła opiekę nad domem i nadała nazwę „Zakład dla Nieuleczalnie Chorych”. W 1950 roku państwo przejęło całkowitą opiekę nad zakładem i wydało akt nacjonalizujący, przeznaczając go dla osób przewlekle chorych. W 1952 roku ówczesna Wojewódzka Rada Narodowa powołała do życia stacjonarną placówkę opieki nad osobami dorosłymi. 29 października 1990 roku Zakładowi nadano imię Brata Alberta. Po generalnym remoncie 27 marca 1993 roku zmieniono nazwę na Dom Pomocy Społecznej im. św. Brata Alberta, która obowiązuje do dzisiaj.

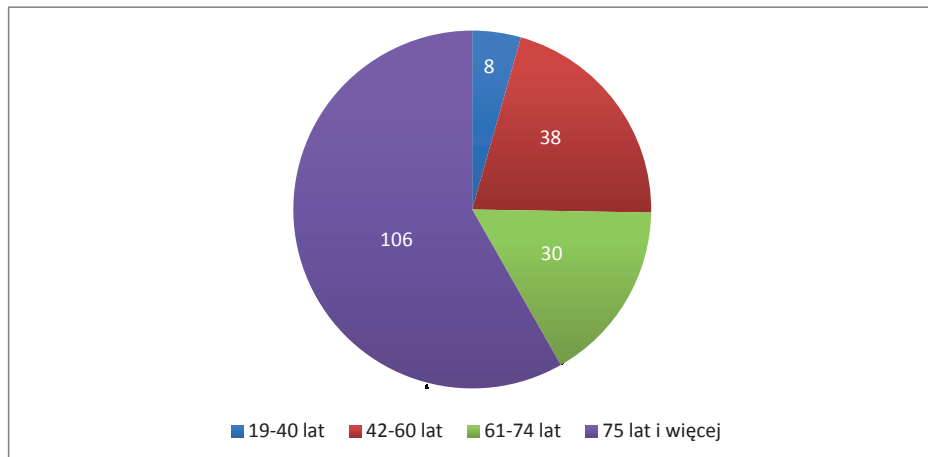
Otacza go blisko hektarowy ogród. Dwukondygnacyjny budynek jest połączony z dwoma parterowymi pawilonami. Wewnątrz znajdują się kuchnia, pralnia, szwalnia, pomieszczenia gospodarcze. Są dwa pokoje dzienne, świetlica, w której mieszkańcy mogą przyjmować wizyty, kuchenki oddziałowe. Placówka posiada dwa samochody przystosowane do przewozu osób niepełnosprawnych.

Budynek przeszedł szereg modernizacyjnych remontów. Pokoje mieszkalne w DPS 3 są jednoosobowe do czteroosobowych (w tym punkcie placówka nie spełnia standardów). Ściany pomalowano pastelowymi kolorami, wnętrza mieszkalne zbliżone są wyglądem do typowych mieszkań. Okna zasłaniają ładnie upięte firanki. Umeblowanie jest estetyczne, schludne, w wielu pokojach pensjonariusze mają własne meble.

W omawianym domu w grudniu 2008 roku przebywały 182 osoby⁴¹, w tym 148 kobiet i 43 mężczyzn, spośród których 71 to osoby leżące (39%).

⁴¹ W roku 1996 mieszkało w nim 198 osób.

Choć dom jest sprofilowany na pomoc osobom przewlekle somatycznie chorym, to 74,72% ogółu mieszkańców stanowią osoby w wieku 61 lat i więcej. Najstarsza osoba spośród mieszkańców urodziła się w 1910 roku (jej setne urodziny przypadają więc na 2010 rok). Od 1950 roku, czyli 59 lat – najdłużej i nieprzerwanie – mieszka w DPS jedna kobieta.



Wykres 26. Przekrój wiekowy mieszkańców DPS 3 dla osób przewlekle chorych somatycznie

Mieszkańcy mają prawo do trzech posiłków dziennie (osoby chorujące na cukrzycę – do czterech). Są dwa zestawy posiłków do wyboru oraz posiłki dietetyczne. Usługi opiekuńcze w domu realizowane są codziennie poprzez udzielanie pomocy mieszkańcom w podstawowych czynnościach, takich jak kąpiel, ubieranie, pielęgnacja, karmienie itp. Zapewniane są świadczenia pracy socjalnej, w tym pomoc w załatwianiu spraw osobistych, dbanie o nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z rodziną i środowiskiem lokalnym.

Placówka proponuje swoim mieszkańcom wiele usług wspomagających. Codziennie czynna jest biblioteka z dużym księgozbiorem (1200 woluminów), czasopismami i płytoteką, funkcjonują bardzo dobrze wyposażony gabinet fizykoterapii, sala gimnastyczna do zajęć rehabilitacyjnych, gabinet masażu. W rehabilitacji bierze udział ok. 60 osób. Prowadzona jest także terapia zajęciowa – każdego dnia uczestniczy w niej około 20 osób, terapia i rehabilitacja przyłóżkowa, zajęcia muzyczne, mieszkańcy mogą brać udział np. w kursie tańca na wózkach organizowanym przez Nowohuckie Centrum Kultury, działa Klub Remika (drużyna remika bierze udział w turniejach gry w karty), można grać w szachy, gry planszowe. Kilkoro artystów malujących ustami lub stopami wystawia swoje dzieła na przeglądach dorobku artystycznego.

Mieszkańcy mają swoje wewnętrzne radio, samodzielnie przygotowują emitowane codziennie 2-godzinne audycje (10⁰⁰–12⁰⁰), podczas których przekazywane są komunikaty dotyczące spraw bieżących, składane są życzenia, czytane powieści i wiersze, odtwarzana muzyka. Mają również dostęp do kom-

puterów⁴² i Internetu. Dla nich organizowane są wycieczki bliskie i dalekie⁴³, ogniska, a w ogrodzie częste wspólne spotkania przy grillu zbudowanym przez pracowników. W życiu kulturalnym domu czynny i systematyczny udział bierze około 60 osób. Odbywają się turnusy rehabilitacyjne i obozy wypoczynko-rehabilitacyjne (w lecie dzięki współpracy z wolontariuszami z Burych Misiów, harcerstwa itd.). Rezydenci bywają w kinach, teatrach, goszczą u siebie artystów np. z koncertami piosenki poetyckiej. W 2008 roku zorganizowano 21 występów różnych grup artystycznych – od przedszkolaków, poprzez grupy młodzieżowe i zespoły seniorskie aż po profesjonalnych artystów. Na terenie placówki działa Rada Mieszkańców, która została wybrana na ogólnym zebraniu mieszkańców. Zgłasza dyrekcji także wszelkie uwagi i zastrzeżenia, co do funkcjonowania domu.

DPS 3 współpracuje z innym placówkami pomocowymi, przedszkolami i szkołami z Krakowa, nawiązał kontakt ze szkołami pracowników socjalnych z Hiszpanii, Włoch i Francji. Współpracuje także ze stacjami telewizyjnymi – jeden z popularnych programów kręcony jest na terenie ośrodka. Statystami bywają mieszkańcy.

Codziennie odprawiana jest msza św. Kapelan składa indywidualne wizyty mieszkańcom. Popołudniami odbywają się nabożeństwa i litanie. Cyklicznie organizowane są „Spotkania z Biblią”. Ponadto mieszkańcy otrzymują wsparcie psychologiczne.

Choć dominującą kategorią wykształcenia jest zaledwie podstawowe, to należy podkreślić, że młodszy mieszkańcy domu przy wsparciu pracowników i wolontariuszy (dowożenie na zajęcia, egzaminy) edukują się, zdobywają wykształcenie średnie, jeden z nich studiuje. Ma w planach podjęcie studiów na drugim kierunku. Placówka zatrudnia 152 osoby, w tym dział socjalno-terapeutyczny – 105 osób. Miesięczny koszt pobytu jednej osoby wynosił w 2008 roku ponad 2600 zł.⁴⁴

Na koniec tego przeglądu przybliżę jeszcze jeden dom dla osób przewlekle somatycznie chorych (DPS 4). Placówka działa od 1992 roku. Zajmuje otoczony zielenią trzykondygnacyjny budynek zaadaptowany w latach osiemdziesiątych XX wieku po hotelu robotniczym. Mieszka w nim 158 osób⁴⁵, w tym 83 kobiety i 75 mężczyzn (wszystkie dane na XII 2008 r.). Osoby leżące stanowią 1/3 ogółu (50 osób, czyli 31,94%). Odsetek osób po 60. r.ż. wynosi 82,92% (131 osób). Średnia wieku kobiet to niemal 81 lat (najmłodsza – 50, najstarsza – 101), mężczyzn – 66,4 lat (najmłodszy – 37, najstarszy – 92). Najdłuższy staż

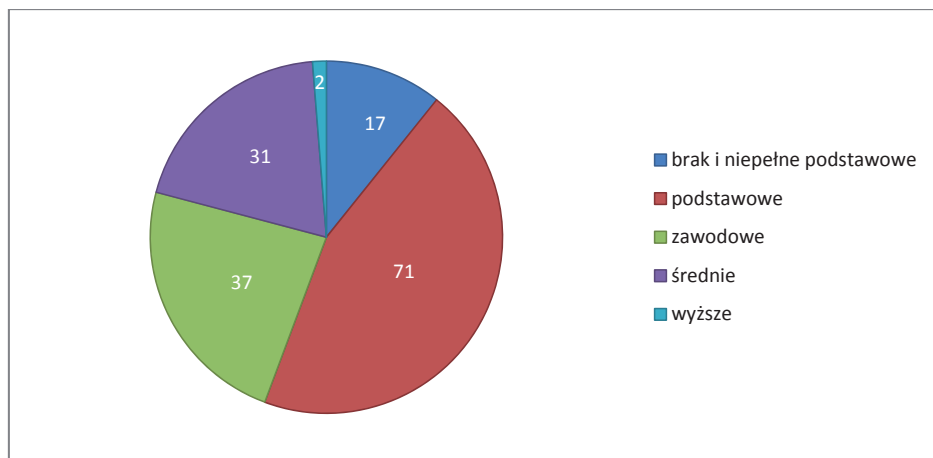
⁴² Ośrodek pozyskał 11 laptopów dla swoich mieszkańców, uczestniczą oni w kursach komputerowych.

⁴³ W 2008 r. – 28 wycieczek.

⁴⁴ DPS finansowany jest z budżetu gminy Kraków – budżetu państwa, którego dysponentem w tym zakresie jest Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego. Za: Statut Domu Pomocy Społecznej im. św. Brata Alberta.

⁴⁵ W 1996 r. – 193 osoby.

pobytu to 19 lat (placówka funkcjonuje od 1990 roku). Najwięcej osób posiada wykształcenie podstawowe (71 osób) oraz zawodowe (37). Dominującymi przyczynami pobytu w domu są zły stan zdrowia, niepełnosprawność, brak wsparcia rodziny, samotność, problem alkoholowy.



Wykres 27. Wykształcenie mieszkańców DPS 4 dla osób przewlekle chorych somatycznie

Interesującym wprowadzeniem w specyfikę usług dps może być opis przypadku udostępniony przez pracownika DPS 4 (PSD 4):

Pani Maria, lat 87. Panna, ma syna. Osoba niepełnosprawna, inwalidka I grupy, porusza się przy pomocy chodzika. Przyjęta do DPS przed 10 laty. Dominujące schorzenia: choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążeniowo-oddechowa, miażdżycy uogólniona, słaby wzrok, bardzo źle słyszy, zespół psychoorganiczny, zwyrodnienia stawów kolanowych i biodrowych. Niesamodzielna, wymaga całodobowej opieki osób drugich. Utrzymuje się z emerytury. Mieszkała z synem w domu jednorodzinnym. Na kilka miesięcy przed przyjęciem do DPS, została zaprowadzona przez syna do notariusza. Tam udzieliła mu pełnomocnictwa do sprzedaży nieruchomości, których była właścicielką, do podpisywania wszelkich dokumentów, do zastępowania w postępowaniach sądowych i administracyjnych, do odbioru korespondencji itp. Następnie syn sprzedał nieruchomość należącą do matki (pieniądze nigdy do matki nie trafiły) i ją porzucił. Kobieta została w domu sama, nie wiedząc, gdzie syn przebywa. Ze względu na wiek i schorzenia nie potrafiła zadbać o regulowanie należności za media (powstały zadłużenia). Egzystowała przez kilka miesięcy dzięki opiece sąsiadki. W trybie przyspieszonym została przyjęta do DPS. Po jakimś czasie zaczęła do Niej napływać korespondencja wzywająca do spłacania kredytów. Okazało się, że syn, na podstawie odcinka emerytury i sfalszowanego podpisu matki (jeszcze przed przyjęciem do DPS, a także na początku pobytu) otrzymał kredyty w bankach na zakup sprzętu AGD (wysokość kredytu wynosiła kilka tysięcy zł). Fałszerstwo zostało zgłoszone na policję, a syn skazany na grzywnę i karę pozbawienia wolności w zawieszeniu. Od 9 lat syn nie odwiedza matki, nie utrzymuje z nią kontaktu, nie wiadomo gdzie

przebywa. Matka za nim tęskni, często prosi, aby do niego zadzwonić lub napisać list. Jednak nie zna numeru telefonu ani adresu. Niekiedy prosi, aby dzwonić na policję, żeby ta odnalazła syna. Nikt się Nią nie interesuje. Pani Maria wspomina syna, zbiera dla niego jedzenie. Zazwyczaj spędza czas w swoim pokoju, lubi rozmawiać z innymi (choć ma bardzo poważne problemy ze słuchem). Regularnie chowa jedzenie dla syna. Gdy opróżnia się Jej szafkę z psujących się produktów żywnościowych, jest pobudzona, ma pretensje pod adresem personelu, że okradła ją „ta zła baba, złodziejka, wariotka”. Lubi pić kawę, do której domaga się kupna co kilka dni kolejnego kilograma cukru. Przez pewien czas przyjaźniła się z innym mieszkańcem placówki – niepełnosprawnym, młodszym od niej o ok. trzydzieści lat. Przyjęła postawę „matkowania”: zapraszała do pokoju na kawę, wręczała „zachomikowaną” żywność, rozmawiała z nim (choć on nie potrafi mówić). Ma poczucie humoru, lubi się śmiać, plotkować, ale gdy wspomina syna zazwyczaj płacze.

Mieszkańcy omawianego DPS 4 mają do swej dyspozycji świetlicę, bibliotekę, rozbudowany gabinet do rehabilitacji, dwa pomieszczenia do terapii, kawiarnię, kaplicę. Warunki lokalowe w ośrodku są dość przyzwoite. Pokoje zajmowane przez mieszkańców są 1-, 2- i 3-osobowe. W budynku znajdują się dwa pomieszczenia do terapii oraz duża sala, zwana „Kuźnią”, mogąca pomieścić w razie potrzeby sporą liczbę osób.

Ośrodek pracuje na podstawie orientacyjnego rozkładu zajęć. Stałymi jego elementami są: poranna msza św., poranny przegląd prasy i wiadomości telewizyjne, godzinne zajęcia terapeutyczne, w których bierze udział ok. 30 osób (arte-, choreo-, poezjo-, muzykoterapia prowadzone przemiennie) oraz w wybrane dni tygodnia dwugodzinna terapia przyłóżkowa, obejmująca 30 osób (rozmowa, czytanie gazet, książek, prace manualne). Aktywizacja mieszkańców odbywa się w toku rehabilitacji leczniczej (20 osób), muzykoterapii (działa wielokrotnie nagradzany 15-osobowy zespół muzyczny „Łanowiacy”), terapii zajęciowej, uczestnictwa w imprezach organizowanych przez i poza domem, współpracy z rodzinami: odwiedziny w DPS, wyjazdy do rodzin, podtrzymywanie korespondencji oraz umożliwiania uczestniczenia w nabożeństwach religijnych. Nie ma ściśle ustalonego programu na poszczególne dni tygodnia, czas zajęć jest traktowany dosyć swobodnie. Latem część zajęć odbywa się na zewnątrz budynku (spacery, „ławeczkowanie”, wspólne muzykowanie itp.). Niektórzy pensjonariusze spotykają się wspólnie popołudniami na grę w karty czy szachy. Dom świadczy także usługi dodatkowe (fryzjer, krawiec, klubokawiarnia). W tabeli 61 przedstawiono zrealizowane w 2008 roku przedsięwzięcia kulturalno-oświatowe.

Tabela 61. Wydarzenia i imprezy kulturalno-oświatowe w DPS 4 (w 2008)

Miesiąc	Wydarzenia
styczeń	Jasełka (występ dzieci ze szkoły podstawowej) Zabawa karnawałowa Wyjazd do innego dps: wspólne kolędowanie Zabawa karnawałowa w Nowohuckim Centrum Kultury Zabawa karnawałowa w innym dps
luty	Kolęda w pokojach mieszkańców Obchody „Światowego Dnia Chorych” – msza św. w sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Łagiewnikach
marzec	Prezentacja multimedialna zdjęć ze wszystkich zabaw karnawałowych Uroczystość z okazji Dnia Kobiet (program artystyczny w wykonaniu mieszkańców) Spotkanie wielkanocne w Nowohuckim Domu Kultury
kwiecień	Program artystyczny z okazji rocznicy śmierci Jana Pawła II Turniej gry w remika w innym dps
maj	Występ dzieci ze szkoły podstawowej – program poświęcony twórczości Adama Mickiewicza Piknik w Domu Samopomocy w Zagórzanach Piknik w innym dps Wyjazd zespołu „Łanowiacy” na XIII Ogólnopolski Festiwal Zespołów Artystycznych Domów Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej
czerwiec	Uroczystość setnych urodzin jednej z mieszkank Wyjście do teatru Trzy pikniki w innych dps Dwa pikniki w innych dps poza Krakowem
lipiec	Prezentacja multimedialna: zdjęcia z imprez
sierpień	bez imprez
wrzesień	Piknik w innym dps Piknik w innym dps poza Krakowem Msza św. w opactwie cysterskim w Mogile
październik	Turniej szachowy w innym dps IV Powiatowe Dni Seniora „Radosna twórczość” – Więckowice Koncert w szkole muzycznej
listopad	Obchody Święta Niepodległości 11 listopada Akademia z okazji 11 listopada – wizyta w innym dps Zabawa andrzejkowa Trzy zabawy andrzejkowe w innych dps Występ zespołu „Andrusy” Wyjazd na cmentarz w Batowicach – na groby zmarłych mieszkańców
grudzień	Wizyta św. Mikołaja Kiermasz świąteczny Festiwal Sacrosong w innym dps Spotkanie opłatkowe z prezydentem miasta Krakowa – Nowohuckie Centrum Kultury Wieczera wigilijna

Najczęściej zgłaszanymi problemami mieszkańców są dolegliwości związane ze złym stanem ich zdrowia. Narzekają na niesmaczne, w opinii części osób, jedzenie. Żalą się na złe relacje ze współmieszkańcami w pokojach, zły stan pomieszczeń sanitarnych (łazienki). Pragną własnego, należącego tylko do nich, „kąta”. Nie widzą perspektyw związanych z przyszłością. Dużym problemem jest nadużywanie alkoholu przez mieszkańców. Podobnie, jak w latach 1995–1996, pojawia się postulat stworzenia odrębnego ośrodka dla osób nadużywających alkoholu, zapewniającego terapię odwykową. DPS wciąż nie spełnia standardów z powodu nieodpowiedniej liczby węzłów sanitarnych (za mało toalet, łazienek, natrysków – 1 łazienka przypada na 8–10 osób), braku odpowiedniej windy, za wąskich drzwi, niskiego wskaźnika zatrudnienia personelu terapeutyczno-opiekuńczego.

Działalność placówki wspiera Stowarzyszenie Pomoc Osobom Starszym i Niepełnosprawnym „Dla Seniora”. W wyniku współpracy z Opus Dei przez kilka lat w okresie letnim przybywały do domu stażystki z Hiszpanii, wspomagając personel (w 2006 r. przyjechały 2 grupy liczące ok. 50 dziewcząt). W placówce nie ma stałego wolontariatu – wolontariusze bywali sporadycznie, przez 2–3 tygodnie.

Wszystkie omówione domy mają swoje witryny internetowe, na których znajdziemy bogactwo informacji na temat ich działalności.

Nie wolno zapominać, że w domach pomocy społecznej mieszkają zwyczajni ludzie. Przybywają tam jako w pełni ukształtowane osobowości, z określonymi przyzwyczajeniami, nawykami, uprzedzeniami. Nie zawsze łatwo jest im się zasymilować z nową społecznością, przystosować do regulaminu, przestać tęsknić:

– Moje wyobrażenie o tym miejscu było inne pod względem ludzi, pensjonariuszy. Bo człowiek myślał, że dom opieki to takie dystygowane miejsce, przychodziła dystygowana pani na wywiad. Ja to myślałem, że będę miał kolegów, że sobie z kimś pogadam, a tu każdy ciągnie w swoją stronę (Wm 79);

– No, jak tu się można zaprzyjaźnić? Jak te ludzie to żadnego poziomu nie mają, taka zbieranina (Rk 73).

Jednak, poszukując serdecznych przyjaźni, mieszkańcy czasem przeżywają coś bardzo wzniosłego – miłość. W domach dla osób starszych nie brakuje pięknych historii miłosnych:

– W Ośrodku, jak w każdym domu, są smutki, radości, sprzeczki i miłości. Poza przyjaźniami międzyludzkimi, dom może się pochwalić jedną ceremonią ślubną. Przyszli państwo młodzi przybyli do placówki ze sporym bagażem doświadczeń życiowych. Przyszły pan młody od początku cieszył się ogromnym powodzeniem u mieszkank. [...] w „oko wpadła” mu pani E. i to z nią postanowił spędzić dalsze lata życia. Na uroczystość zaślubin zaproszeni byli wszyscy pracownicy i mieszkańcy domu. Zdjęcia można oglądać w gablocie na korytarzu [Exp 5].

Kolejna piękna historia stała się udziałem pana J. i pani M. [osamotnionej po śmierci córki – Z.S.].

– Pani M. zrobiło się żal schorowanego, trzymającego się na uboczu człowieka, który dopiero co przeszedł poważną operację oczu. Pomyślała wtedy, że mogłaby się nim zająć, sprawić, aby jego życie było trochę lepsze. Panu J. usłyszany głos kobiety coś przypominał – rozpoznał głos dziewczynki, która mieszkała w pobliskiej wsi, z którą kiedyś się bawił. Chcąc jej pomóc [w rozwiązaniu trudnego życiowego problemu, który nagle się pojawił – Z.S.], zaproponował jej ślub. Pani M. wahała się [...] Ślub miał się odbyć w Urzędzie Stanu Cywilnego. Niestety, podróż do Urzędu przedłużała się. Pani M. powiedziała sobie, że jeśli nie zdążą przed zamknięciem Urzędu, to widocznie ma nie wychodzić za mąż. Pod Urzędem byli pół godziny po zamknięciu, ale ku zaskoczeniu pani M. wszyscy pracownicy oczekiwali na nich w pełnej gotowości [...] Po pięciu latach wspólnego życia pani M. zmarła. Pan J. dziękuje losowi za te pięć pięknych lat wspólnego życia [Exp 5].

Nie zawsze wydarzenia mają swój *happy end*:

– Pan B. darzył panią E. ogromnym szacunkiem i uczuciem. Widzieli to wszyscy mieszkańcy i pracownicy. Para wielokrotnie spotykała się w pokoju terapii zajęciowej, aby wspólnie pooglądać TV, porozmawiać, powspominać przeszłe lata. Pan B. nosił zawsze w kieszeniach jakieś słodkości, aby móc poczęstować ukochaną E. i inne panie. Niestety, pani E. nie odwzajemniała okazywanego jej uczucia. Pewnego dnia, w tajemnicy przed nim, wyjechała z domu i zamieszkała u dalszej rodziny. Nie zostawiła swojemu adoratorowi adresu do korespondencji. Pan B. czekał na jakiś list, martwił się o zdrowie pani E. i skrycie cierpiał. Obecnie w domu mówi się o trzech parach, które „mają się ku sobie” lub, stwierdzając zupełnie obiektywnie, spędzają ze sobą więcej czasu niż przeciętnie. Czy zaryzykują głębsze zaangażowanie, trudno powiedzieć. W każdym razie dom jest przygotowany na organizację kolejnego wesela [Exp 5].

Jak mówi ekspert:

– Sfera kontaktów damsko-męskich okazuje się być bardzo ważna. Co prawda w ciągu 15 lat mojej pracy odbyły się tylko 2 śluby i to jakieś 10 lat temu, to jednak na co dzień widać próby tworzenia się sympatii, przyjaźni. Zdarzają się rywalizacje pomiędzy paniami o pana lub odwrotnie. W codziennych spotkaniach widać, że ludzie chcą i potrzebują rozmawiać i pomagać sobie nawzajem. Przytoczę tu wypowiedź jednej z moich mieszkanki: „Bo gdzie nie idę, tam są ludzie, coś robią, coś pomagają... Trudno tu zdobyć przyjaciela, ale chyba nietrudno zdobyć znajomych. Trzeba tylko chcieć” [Exp 6].

Można jednak zaobserwować tendencję do izolowania się starszych państwa:

– Jedno, co zaobserwowałam, to zmianę w relacjach międzyludzkich – zanikają. Gdy [...] przeprowadziłam badania wśród 20 mieszkańców, to tylko jedna osoba odpowiedziała mi, że utrzymuje kontakty z innymi mieszkańcami. Inna Pani

powiedziała: „Tak jak się spotkamy, to porozmawiamy, ale żeby żyć, to nie. To jednak jest inne życie jak w domu” [Exp 6].

Ciężko jest odnaleźć siebie wśród obcych. Jednak niektórym się to udaje.

Interesująca jest także perspektywa osoby pracującej ze starszymi ludźmi w domach pomocy społecznej, zilustrowana pisemną wypowiedzią jednej z pracownic (PSD 1), a dotyczącą jej doznań związanych ze środowiskiem dps:

– Przed podjęciem pracy miałam pewne wyobrażenia jej dotyczące, biorąc pod uwagę wiedzę jaką nabyłam w szkole, zwłaszcza przez rok studiów, ale po pierwszej praktyce zmieniłam nieco zdanie. Uczyli nas, że jest tak pięknie i cudownie, że każdy ma czas dla pensjonariuszy, że jest miło i przyjemnie, że osoby starsze są chętne do współpracy i w ogóle [...] Pierwszą praktykę miałam z terapii zajęciowej, to się okazało, że pensjonariusze wcale nie tak chętnie uczestniczą w zajęciach, że twierdzą, że się już narobili w swoim życiu i nie chce im się nic już robić, że są schorowani, słabi i nie należy niczego od nich wymagać. Niektórzy jednak pracują na rzecz domu, wykonując różne prace, od pomocy w kuchni po prace plastyczne, które sprzedają np. na regionalnych targach rzemiosła. Z upływem czasu zmieniłam zdanie, dużo zależy od terapeutów, od ich podejścia, czy umieją zachęcić mieszkańców, po prostu czy lubią to, co robią, czy potrafią zmotywować i zmobilizować ich do jakiegokolwiek wysiłku fizycznego, który pomaga im się usprawniać, zająć czas wolny, urozmaicić pobyt w DPS. Na początku było ciężko spamiętać imiona mieszkańców, bo jest ich 80, ale powoli ja się przyzwyczajałam i oni do mnie. Pracownicy dużo pomagają, a osoby starsze lubią rozmawiać, dużo wspominają, opowiadają, lubią obecność drugiego człowieka. Na wiadomość, że pracuję w DPS-ie moi znajomi reagowali różnie. Najczęściej odradzali, mówili: „Gdzie się pchasz? Między staruchów?” [...] Po pierwszym tygodniu praktyk też stwierdziłam, że nie chcę być stara i że ta starość to wielka męka. Każdy na coś choruje, na coś się skarży i różnie sobie z tym radzi, jedni ciągle o tym mówią, inni w ciszy zmagają się z bólem.

O ludziach trzeba dużo wiedzieć, o ich chorobach, żeby im krzywdy nie zrobić, albo wiedzieć jak się zachować w jakiejś sytuacji, pilnować diety, posługiwać się sprzętem, np. przy rehabilitacji – wiedzieć, co do czego służy. Przede wszystkim z tymi ludźmi trzeba dużo rozmawiać, każdy jest inny, ale wszyscy potrzebują zainteresowania i uwagi, bliskości i zrozumienia.

Są różne DPS, zależnie od tego na jakich opierają się zasadach, w niektórych jest tak właśnie, że mają ściśle szpitalny charakter, że wszystko jest sterylne, nie ma miejsca na jakąś indywidualność, wszystkie pokoje wyglądają podobnie. Byłam w trzech DPS i na szczęście tylko w jednym tak było. Ludzie nie wyglądali tam na zadowolonych. Tu, gdzie pracuję, mieszkańcy mają dużo swoich rzeczy, jakieś meble, rzeczy podręczne, do których czują sentyment, kojarzą im się z domem, czymś przyjemnym. Niejednokrotnie pokój takich osób staje się zagrożony i mało komfortowy, ale dzięki temu pensjonariusze czują się lepiej, bardziej „u siebie”. Teraz, jak pracuję tam dłużej, a nie wpadam tylko zrealizować jakąś praktykę, zauważam, że wiele zależy do personelu. Dzięki zgranemu personelowi praca staje się przyjemniejsza i bardziej owocna, jedynym mankamentem tej pracy jest niestety mała satysfakcja finansowa i czasami brak wdzięczności ze strony podopiecznych,

gdyż mają różne schorzenia i potrafią być czasem naprawdę nieprzyjemni. Kontakt z nimi przy codziennej toalecie porannej czasem zaskakuje, ponieważ miewają huśtawki nastrojów i to odbija się bezpośrednio na pracownikach.

Jeśli mogłabym coś zmienić, to właśnie wynagrodzenia, bo są one w tej chwili naprawdę niezachęcające do wykonywania tej pracy i nieproporcjonalne do zakresu zajęć. Niedociągnięciem jest też ograniczona liczba personelu, czasem brakuje pomocy, niektóre osoby są ciężkie, trzeba je niejednokrotnie podnieść, a personelu jest mało. Pojawiają się wtedy nasze problemy z kręgosłupem itp. Nie powiem, że praca nie jest ciężka i często osoby młode rezygnują, cierpią na wypalenie zawodowe, ale budujące jest, gdy pensjonariusz cię chwali, lubi i okazuje sympatię. Jednak trzeba podchodzić do tych osób z dystansem, bo bardzo często umierają i niestety na ich miejsce bardzo szybko pojawiają się następne osoby. Sumując, ważną zaletą takich placówek jest fakt, że osoby te mają stałą opiekę medyczną, socjalną, psychologiczną, że mogą z kimś porozmawiać, побыć, poczuć się potrzebnym.

Inny z narratorów stwierdził:

– Niewątpliwie zamieszkanie starszej osoby w DPS jest dla niej bardzo dużym przeżyciem. Z doświadczenia zawodowego wiem, że osoby, które nie podejmowały samodzielnie decyzji o pobycie w placówce – wpływ na to miała rodzina lub inne osoby, odczuwają duże zagrożenie ograniczenia wolności. Trudno oczekiwać, że taka osoba postawiona wobec narzuconych jej warunków życia zaakceptuje zmianę środowiska zamieszkania. Proces adaptacji tych osób do nowej rzeczywistości narusza ich osobistą godność. Ponadto wśród mieszkańców obserwuję wielorakie postawy, od gotowości do współpracy i wysiłku, przez niepokój i niedowierzanie, aż do całkowitej obojętności, odizolowania się i agresji. Podeszły wiek powoduje również stałe obniżanie się sprawności fizycznej i psychicznej mieszkańców, co w konsekwencji prowadzi do stopniowego zanikania zdolności przystosowawczych, możliwości „walki” o wolność, godność i swoją pozycję w placówce [PSD 3].

W społeczeństwie wciąż krąży wiele mitów, błędnych wyobrażeń dotyczących jakości życia w domach pomocy społecznej. Narracje mieszkanek ilustrują poruszoną kwestię:

– Spotkałam się z taką dziwną sytuacją, że jak byłam teraz w szpitalu, informacja o tym, że mieszkam w domu opieki była jakąś sensacją, to było dla mnie dziwne. Każdy lekarz przylatywał do mnie i dopytywał, czy mieszkam w domu opieki. [...] Nie wiem, dlaczego dla ludzi jest to jakąś sensacją (Lk 86);

– Wszyscy się dziwią, że ja chciałam iść do takiego domu, a ja uważam, że tu naprawdę jest dobrze i zawsze im o tym mówię (Tk 82)⁴⁶.

⁴⁶ Społeczeństwo wykazuje niezwykle niski poziom wiedzy na tematy poruszone w niniejszym opracowaniu. Dominują stereotypy, błędne przekonania, irracjonalny lęk. Media także nie są wolne od grzechu niekompetencji, a właściwie ignorancji – na dowód przytoczę fragment „interwencyjnego” artykułu pochodzącego z brukowego pisma (III 2009): „Dom Pomocy Społecznej przy ul. ... w Krakowie to umieralnia. Ci, którzy tam trafili chodzą głodni, nie starcza im na leki, boją się wyjść z pokoju. [...] na swoje utrzymanie oddają aż 70% emerytury”. Komentując ten fragment, należy przypomnieć, że średni koszt utrzymania miesięcznego jednej osoby przekracza 2000 zł, a świadczenia emerytalno-rentowe najniżej uposażonych

Dzięki programom naprawczym domy osiągnęły wysoki poziom usług bytowych i opiekuńczych. Kilka kwestii pozostało do poprawienia. Warunki socjalno-bytowe zasługują już na wysoką ocenę, należy jednak wzmocnić personel bezpośredniego kontaktu, spowodować, by mógł on koncentrować się na oczekujących ich wsparcia mieszkańcach. Domy mają na to czas do końca 2010 roku.

Co będzie w latach kolejnych? Nie wszystkie placówki zdążą z realizacją programów naprawczych, jednak z uwagi na wysoki poziom potrzeb społecznych nie będzie można zlikwidować domów pomocy społecznej, nawet tych z niedociągnięciami w zakresie standardu podstawowych usług. „Potencjalnym odbiorcą usług opiekuńczych jest przede wszystkim 1,5 miliona ludzi starych mieszkających w gospodarstwach jednoosobowych. Wzrastający popyt na usługi opiekuńcze wynika, obok starzenia się społeczeństwa, z dużej liczby osób niepełnosprawnych”⁴⁷ – 14,3% populacji.

Organizacja życia zbiorowości domów pomocy społecznej jest trudna. Wspólną przestrzeń użytkują osoby z różnych środowisk, z różnym wykształceniem, z bardzo różną biografią, nawykami, upodobaniami. Niektórzy przybywają do placówki zdumieni swoją decyzją, życie bowiem postawiło ich w sytuacji bez wyjścia. Mają ogromne problemy z adaptacją. Inni – stają się rezydentami po świadomym przemyśleniu własnej sytuacji. Ich adaptacja jest łatwiejsza. Część mieszkańców jest aktywna, socjocentryczna, otwarta na współpracę. Większość jednak wykazuje bierne postawy, niejednokrotnie roszczeniowe. Trzeba jednak stwierdzić, że poniekąd personel jest temu winien, modelując bowiem przestrzeń życiową dps, zbyt często „idzie na skróty”, wyręcza mieszkańców niemal we wszystkim. Musi to w konsekwencji przynieść swoiste ubezwłasnowolnienie starszej osoby, ukształtować w niej przekonanie, że inni załatwią wszystkie istotne sprawy, bez koniecznego wysiłku ze strony zainteresowanej jednostki. Tymczasem aktywność rodzi aktywność, bierność przyspiesza bierność. Ta ostatnia jest zdecydowanym wrogiem starości.

wynoszą 600–700 zł, skąd więc pochodzą pieniądze na utrzymanie placówek pomocy? Kłamliwe, okrutne, nieprzemyślane słowa niweczą wieloletni dorobek pracy i poświęcenie kadr pomocy społecznej.

⁴⁷ J. Krzyszkowski, *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się...*, s. 153.

Podsumowanie

Charakterystyka socjodemograficzna dowodzi, iż najstarsi Polacy są grupą o szczególnych cechach: silnym sfeminizowaniu, wyraźnie wyodrębniającej się subpopulacji „starych starych” (wzrastający odsetek osób po 75. r.ż.), niskim wskaźniku skolaryzacji i wysokim stopniu bezradności technologicznej związanej z cywilizacją postmodernistyczną. Są to osoby prowadzące gospodarstwa jednoosobowe, ze skromnymi zasobami finansowymi, o dostrzegalnej niepełnosprawności (deficyty zdrowotne, wielochorobowość zwłaszcza po 70. r.ż.), użytkujące zasoby mieszkaniowe o niedostatecznym komforcie.

Najstarsi z seniorów pamiętają czasy II Rzeczypospolitej i okupacji hitlerowsko-sowieckiej. Udziałem ich biografii były doświadczenia wojenne i towarzyszące 45-letniej epoce PRL-u. Bez wątplenia jest to ciężko doświadczona generacja, zmuszona do nieustannej adaptacji do wciąż zmieniających się warunków. To pokolenie specyficzne, prawdopodobnie niepowtarzalne, głęboko doświadczone przez historię, zintegrowane silnie umocowaną w zbiorowej świadomości wspólnotowością życia w określonych realiach społeczno-politycznych epoki PRL-u, piętnowane odpowiedzialnością za błędy minionego systemu. Czy słusznie? Nie można generalizować, każdy z nas ma własną historię.

Czy społeczeństwo może ignorować potrzeby tego pokolenia, fakt istnienia, prawo do godnej egzystencji? Zdecydowanie nie. Choćby ze względu na odwieczny pokoleniowy przekaz wartości, stanowiący podstawę tożsamości narodowej. Starsi ludzie są nośnikami ponadczasowych, uniwersalnych wartości, których nie można zagubić w dążeniu do modernizowania rzeczywistości społecznej. Postęp techniczny ograniczył ich autorytet w oczach młodszych pokoleń, ale nie pozbawił cennej życiowej mądrości, rozważa, którą chętnie przekazaliby młodym. Chcą być potrzebni, dysponują bowiem potencjałem wiedzy i doświadczenia, jakie może dać tylko wiek: „Gdy umiera stary człowiek, płonie biblioteka” – głosi przysłowie. Chcą być zauważani, chcą uczestniczyć w kreowaniu nowej rzeczywistości, ale brak im wystarczającej siły przebicia, środków, dostępnych mechanizmów egzekwowania praw, instytucjonalnej integracji i wsparcia społecznego w zabieganiu o współuczestnictwo w przemianach systemowych i cywilizacyjnych.

Aktualnie w „pokolenie 60+” wchodzi osoby urodzone już po II wojnie światowej. Współcześni „młodzi-starzy” (*Young Old*), urodzeni w latach czterdziestych XX wieku, wychowywali się w warunkach dużego przyspieszenia

postępu cywilizacyjnego, dorastając w burzliwych obyczajowo latach sześćdziesiątych XX wieku. W wyniku wdrożenia do praktyki edukacyjnej realizacji obowiązku szkolnego są lepiej wykształceni, otwarci na świat. Cechuje ich większa niż dawniej świadomość praw obywatelskich. Osoby te, z racji lepszej orientacji w zawiłościach współczesnej cywilizacji, będą konsekwentniej niż wcześniejsze pokolenia domagały się realizacji swych praw i zaspokojenia potrzeb. Zwiększy się świadomość konsumencka, a także siła nabywcza tej generacji.

Niesie to określone implikacje dla bieżących upodobań, stylu życia, nawyków konsumpcyjnych. Te osoby, ich styl życia, zmieniają dotychczasowe, potoczne, stereotypowe wyobrażenia starości. Rysują nową kreską portret starości wyrażanej już nie w latach życia, a w siłach witalnych i apetycie na życie. Swe preferencje coraz śmieiej przenoszą na szerokie kręgi swych społecznych interakcji, włączają się w kreowanie jakości własnej przestrzeni życiowej, także w wymiarze obywatelskim. Osoby starsze, dłużej niż ich rówieśnicy z poprzednich generacji, utrzymują sprawność funkcjonalną, niezależność decyzyjną i ekonomiczną, odrzucając konwenanse wyznaczone stereotypem społecznym. Coraz silniej zaznacza się ich obecność w przestrzeni społecznej. Nie jest to wyłącznie wymiar ilościowy, ważniejszą kwestią jest świadome włączanie się emerytów w kreowanie indywidualnej i zbiorowej przestrzeni życiowej.

Jeśli porównaniu poddamy dane z dwóch kolejnych narodowych spisów powszechnych (z lat 1988 i 2002), to okaże się, że liczba osób w wieku produkcyjnym wzrosła o milion. Wszystkim tym osobom i następnym, które przechodzą lub przejdą na emeryturę, należy zapewnić świadczenia emerytalne. Tendencja wzrostu udziału ludzi starych w strukturze społecznej będzie miała wpływ na rynek dóbr i usług zaspokajających potrzeby tej grupy osób. Prognozy przewidują, iż zwiększy się popyt na usługi medyczne i farmaceutyki oraz sferę usług dotyczących czasu wolnego¹, a także na oczekiwania wobec systemu świadczeń pomocy społecznej i z zakresu pracy socjalnej z seniorami. Skutkiem równoległym będzie wzrost potrzeb oświatowych społeczeństwa w zakresie wiedzy gerontologicznej i z zakresu pracy socjalnej z seniorami, rynek pracy będzie poszukiwał specjalistów w zakresie szeroko pojętej gerontologii oraz usług opiekuńczych (gerontopedagogika, gerontologia opiekuńcza). Najprawdopodobniej w nieodległej przyszłości ujawnią się problemy wadliwego zaspokajania potrzeb najstarszej generacji, nasilą się problemy zabezpieczenia materialnego oraz medycznego.

Przemiany demograficzne wymuszają redefinicję starości, zmianę jej umownego progu, wydłużenie wieku produkcyjnego, czyli podniesienie granicy wieku emerytalnego. Zmieni się scena polityczna, wskutek konserwaty-

¹ *Prognoza ludności na lata 2003–2030*, GUS, Warszawa 2004, s. 17; [http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/prognozy/Prognoza%20ludnosci%20na%20lata%202003+2030%20\(GUS\).pdf](http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/prognozy/Prognoza%20ludnosci%20na%20lata%202003+2030%20(GUS).pdf) [data dostępu 26.04.2006].

zmu poglądów politycznych społeczeństwa zdominowanego przez „gerontów”, zapewne umocni się rola kościołów i związków wyznaniowych ze względu na wzmożone potrzeby eschatologiczne najstarszych Polaków.

Pomimo światowych, europejskich i krajowych „programów dobrego (aktywnego) starzenia się” w dalszym ciągu jest wiele wciąż nie rozwiązanych problemów społecznych, dotyczących osób starszych. Polityka społeczna stała przed trudnym zadaniem przebudowy systemów społecznych tak, by dysproporcja między grupą produkcyjną i poprodukcyjną nie spowodowała katastrofy gospodarczej przez przeciążenie systemu świadczeń emerytalno-rentowych. W cieniu zagrożeń gospodarczo-ekonomicznych kryje się realna groźba społecznej marginalizacji osób starszych. Starość powoli staje się polską kwestią społeczną. Proces ten w konsekwencji doprowadzić może do dyskryminacji tej kategorii wiekowej, osoby starsze bowiem mają zmniejszoną umiejętność adaptacji do funkcjonowania w warunkach społeczeństwa ciągłej zmiany, małą zdolność do swobodnego pokonywania przeszkód kulturowych i socjoekonomicznych. Aby podnieść wskaźnik kapitału społecznego i intelektualnego seniorów, należy zainwestować w ich aktywizację poprzez zwiększenie zatrudnienia, zwielokrotnienie zaangażowania społecznego, transfer wiedzy, doświadczenia, wartości i umiejętności społecznych, inwestowanie w optymalizujący model polityki społecznej i profilaktykę pomyślnego starzenia się.

Z powyższych faktów należy wysunąć wnioski, co do planowania polityki socjalnej: konieczne są zwiększone inwestycje w kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku, infrastrukturę dostosowaną do potrzeb i możliwości osób w podeszłym wieku, wzmocnienie opiekunów rodzinnych, stworzenie spójnego systemu opiekunów domowych i opieki środowiskowej, i na koniec – po wyczerpaniu wszystkich dostępnych możliwości – w ośrodki wsparcia dziennego, rodzinne domy pomocy i domy pomocy społecznej dla osób starszych.

Zamysłem autorki pracy było rozpoznanie i przedstawienie świadczeń krakowskiego instytucjonalnego systemu pomocy społecznej, kierowanych ku najstarszym obywatelom miasta, w kontekście zmiany demograficznej (regresu demograficznego), wywołanej wzrostem udziału osób w wieku podeszłym w ogólnej populacji miasta i wydłużaniem się trwania przeciętnego życia krakowian.

Zmiany w obszarze polskiej pomocy społecznej zainicjowane zostały z chwilą transformacji ustrojowej w roku 1990. Uchwalono wówczas ustawę o pomocy społecznej, która przesunęła zagadnienia szeroko pojmowanego wsparcia i opieki społecznej z resortu zdrowia do resortu polityki i pomocy społecznej. Kolejną cezurą wyznaczającą zmiany był rok 1999 – powołano wówczas trójstopniowy podział administracyjny kraju i delegowano część zadań z zakresu pomocy społecznej na samorządowe województwa (ROPS), powiaty (PCPR) i gminy (OPS). Ważny etap przemian to rok 2004 (akcesja polski do UE), wówczas bowiem, od 1 maja, zaczęła obowiązywać nowa ustawa o pomocy społecznej, zgodna z unijnymi standardami.

Konkluzje opracowania są następujące:

Polska polityka społeczna wobec starości i wobec osób starszych – w aspekcie funkcji założonych – jest zgodna z polityką Unii Europejskiej, która z kolei zbieżna jest z kierunkami wyznaczonymi przez ONZ. Jednakże w wymiarze funkcji rzeczywistych pozostaje wciąż wiele niedociągnięć.

Ewolucja polityki i świadczeń współczesnego systemu pomocy społecznej generalnie polega na przesuwaniu akcentu z opieki stacjonarnej na świadczenia środowiskowe, z wyręczania na wspieranie. Coraz częściej wysiłki kierowane są ku optymalizacyjnej, regulacyjnej i normalizującej funkcji polityki społecznej oraz profilaktycznej funkcji pomocy społecznej. Wzorcowo kierunek ten realizuje Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.

Natomiast Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w katalogu świadczeń ma przede wszystkim formy kompensacyjne, a więc w dalszym ciągu gmina miejska Kraków pozostaje w interwencyjnym nurcie polityki społecznej. Funkcje założone systemu pomocy społecznej kierowane ku osobom starszym osadzone są na zasadach solidaryzmu społecznego. Ich realizacja ma w konsekwencji przyczynić się do poprawy sytuacji bytowej i społecznej seniorów.

Osoby niesamodzielne otrzymują wsparcie rodzinne, jednak ich opiekunowie pozostają dramatycznie osamotnieni w zmaganiach z trudami towarzyszącymi przewlekłej chorobie członka rodziny. Polskich, krakowskich rodzin w większości nie stać na zatrudnianie zawodowych opiekunów, którzy powinni zostać wyposażeni w umiejętności geragogiczne.

Osoby z niskimi dochodami oraz ze zmniejszonym stopniem sprawności funkcjonalnej mogą korzystać ze wsparcia materialnego oraz usług Ośrodka Pomocy Społecznej, z usług opiekuńczych ośrodków wsparcia dziennego, takich jak np. należące do resortu pomocy społecznej dobrze funkcjonujące dzienne domy pobytu. Potrzeby społeczne są wciąż wyższe niż podaż tego typu usług. W praktyce świadczenia obejmują: zasiłki stałe, okresowe, celowe, poradnictwo specjalistyczne (w tym mediacje), opłacanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe dla osób, które w związku z koniecznością sprawowania długotrwałej opieki nad chorującym członkiem rodziny nie mogą zarobkować, pomoc w zakresie dożywiania, przyznawanie usług opiekuńczych. Kolejne działania obejmują decyzje o dofinansowaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się oraz technicznych, uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych. Pracownicy MOPS decydują o przyznawaniu usług świadczonych w dziennych ośrodkach wsparcia i środowiskowym domu samopomocy, skierowaniu do domu pomocy społecznej, do rodzinnego domu pomocy, sprawieniu pogrzebu osoby zmarłej na terenie gminy miejskiej Kraków na wniosek jej rodziny.

Podstawową powinnością kadr pomocy społecznej jest diagnoza stanu zaspokajania potrzeb klientów i odpowiednie ich kompensowanie. Wykorzysty-

wana w tym celu jest pełna gama świadczeń przewidzianych przez prawo. Analiza wyników badań dowiodła, że służby społeczne działają wielowymiarowo i interdyscyplinarnie. Lepiej niż w przeszłości wykwalifikowane kadry niosą profesjonalną pomoc najstarszym beneficjentom – coraz częściej w postaci pracy socjalnej.

Aktywizującym świadczeniem jest praca socjalna realizowana głównie poprzez *case work*. W praktyce świadczone jest poradnictwo (życiowe i prawne z obszaru usług pomocy społecznej), coraz częściej pojawiają się projekty socjalne, rzadko zawierane są kontrakty socjalne. Podejmowane są próby aktywizacji społeczności lokalnych.

Wyraźnie dostrzegalne są starania o zmianę jakości świadczeń. Można wyznaczyć kilka generalnych trendów tej ewolucji:

1. Rzeczywista profesjonalizacja kadr pomocy społecznej, w tym gerontologicznych, wyraża się w ustawowym nałożeniu powinności uzyskania wykształcenia wyższego na poziomie co najmniej licencjackim oraz wdrożeniu systemu doskonalenia zawodowego (stopnie specjalizacji zawodowej, kwalifikacyjne studia podyplomowe), obligatoryjności samokształcenia pracowników pomocy społecznej (zwłaszcza pracowników socjalnych) – uczestniczenie co najmniej raz na dwa lata w wybranej formie edukacyjnej.

2. W obszarze pomocy społecznej pojawiają się nowe zawody, trend ten znajduje uzasadnienie w nowej jakości potrzeb społecznych starzejącego się społeczeństwa.

3. Przenoszenie akcentu ze świadczeń finansowych i materialnych na wieloaspektową pracę socjalną, wyraźne dążenie do zmniejszania zakresu świadczeń pieniężnych. Dostrzegalne są wysiłki związane ze zmniejszaniem zakresu świadczeń materialnych, najbardziej drenujących budżet gminy. Jednak nadal główne obciążenie systemu związane jest z przydzielaniem i wypłatą zasiłków oraz pomocą rzeczową, których ostatecznym płatnikiem jest podatnik.

4. Podejmowanie kooperacji z podmiotami niepublicznymi i organizacjami pozarządowymi w zakresie zlecenia im zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej, szczególnie sprawowania opieki nad osobami najstarszymi i niepełnosprawnymi. Trend ten nasila się, generując znaczne obniżenie wydatków na świadczenia, przede wszystkim opiekuńcze, lokalnej pomocy społecznej.

5. Dążenie do jak najdłuższego podtrzymywania aktywności i samodzielności starzejącej się jednostki w naturalnym środowisku zamieszkania poprzez zwielokrotnianie dotychczasowych i wprowadzanie nowych form pomocy środowiskowej, takich jak świadczenia ośrodków wsparcia dziennego, catering, projekty socjalne. Coraz powszechniej i kompetentniej stosowane są świadczenia pracy socjalnej, w tym projekty socjalne, które mają na celu profilaktykę patologizacji starości oraz optymalizację przestrzeni społecznej i materialnej życia seniorów.

6. Dążenie do rozbudowy sieci placówek wsparcia dziennego i poprawę ich warunków lokalowych.

7. Dążenie do poprawy warunków oferowanych przez domy pomocy społecznej poprzez realizację programów naprawczych, podniesienie wskaźnika zatrudnienia do poziomu wyznaczonego ustawą.

8. Podejmowanie starań o uruchomienie większej liczby rodzinnych domów pomocy i powierzenie ich prowadzenia podmiotom pozarządowym.

9. Aktywizacja środowisk lokalnych w zakresie działań mających na celu normalizację społeczną osób w podeszłym wieku, inspirowanie działalności grup wsparcia i wzmacniania więzi społecznych w porozumieniu z radami dzielnic, stowarzyszeniami, fundacjami i organizacjami pozarządowymi.

10. Aktywizację społeczności użytkowników placówek pobytu dziennego i domów pomocy społecznej poprzez interesującą ofertę rekreacyjno-kulturalną.

Dominującym i najdotkliwszym problemem klientów MOPS w Krakowie jest ubóstwo. Kolejne grupy problemów najstarszych beneficjentów to bezradność życiowa i zespoły geriatryczne, czyli trapiąca osoby w podeszłym wieku wielochorobowość. Niesłuchanie trudno jest wyzwolić aktywność własną u świadczeniobiorców w podeszłym wieku.

Należy stwierdzić, że maleje odsetek świadczeniobiorców pomocy społecznej w Małopolsce: z 14,4% ogółu starszych Małopolan w 1999 r., poprzez wartość najwyższą (14,9%) w 2003, do 9% w 2007.

Nieznacznie waha się liczba objętych pomocą gospodarstw domowych krakowian – seniorów: z 7345 w 2005 r., przez 6,5 tys. w 2007, do 7011 gospodarstw w 2008, co oznacza, że liczba starszych wiekiem krakowian korzystających ze świadczeń pomocy społecznej jest raczej stała.

Maleje liczba realizowanych godzin opiekuńczych: z 1 138 841 w 1999 roku do 991 730 w 2008 (czyli o 147 111 godzin), rosną natomiast ich koszty (o ponad 2 zł za godzinę w tym samym okresie). Usługi opiekuńcze są obecnie zlecane głównie podmiotom pozarządowym współpracującym z MOPS. Powoduje to w konsekwencji znaczące obniżenie kosztów usług. Liczba beneficjentów usług specjalistycznych waha się: ze 150 osób w 1999 roku wzrosła do 369 osób w 2007 i zmalała do 262 osób w 2008, natomiast wzrasta liczba przyznanych godzin usługowych: z 74 926, poprzez 158 388, do 155 481 w analogicznym przedziale czasowym. Nieznacznie zmalał natomiast koszt godziny usług – z 11,21 zł, poprzez 10,80 zł, do 11,04 zł w 2008 roku.

Pojawiają się nowe formy usług, takie jak np. catering posiłków dla potrzebujących. Jest to ważny trend, zwłaszcza, że społeczeństwo starzeje się intensywnie i należy dołożyć wszelkich starań, by jak najdłużej pomagać poszczególnym osobom w utrzymywaniu samodzielności funkcjonalnej.

Powstają nowe ośrodki wsparcia dziennego – miasto wzbogaciło się o Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów i Dzienny Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych Zgromadzenia Służebnic Najświętszego Serca Jezusowego. Oferta dziennych domów pobytu jest bardzo szeroka i zróżnicowana, zainteresowanie świadczeniami ogromne. Uruchomiono dwa rodzinne domy pomocy

– prowadzone przez Zgromadzenie Sióstr św. Feliksa z Kantalicjo (dla 4 osób) i Caritas (dla 8 osób). Uważam, że tego typu ośrodków powinno być znacznie więcej. Należałoby także wzmocnić kluby seniora.

Domy pomocy społecznej, czyli ośrodki pobytu długoterminowego, są w trakcie realizacji programów naprawczych. Dążenia naprawcze nakierowane są na bazę materialną, ale i na wzrost poziomu usług wspierających i opiekuńczych. Proces standaryzacji usług ma zostać zakończony w 2010 roku. System ten jest wzmocniany przez rodzinne domy pomocy, które w przyszłości powinny stać się pożądaną alternatywą dla dużych domów pomocy społecznej. Publiczne placówki stacjonarne mają konkurencję w rozwijającej się sieci prywatnych domów opieki.

Korzystanie z usług krakowskich domów pomocy społecznej ma tendencję malejącą: z 1430 osób w 1996 roku do 1116 w 2008 (w tym w placówkach dla osób w podeszłym wieku z 269 do 243, a w ośrodkach dla osób przewlekle chorych z 1161 do 873).

W domach pomocy społecznej zauważalny jest trend wydłużania się trwania życia mieszkańców. Zapewne w niedalekiej przyszłości niezbędne okaże się przeprofilowanie usług z pomocowych na opiekuńcze, być może w części placówek na skutek medykalizacji potrzeb pensjonariuszy trzeba będzie uruchamiać oddziały opiekuńczo-lecznicze i hospicyjne.

Przedstawione domy pomocy społecznej zmieniły swoje podejście do rezydentów na bardziej indywidualne, starają się personalizować ofertę. Zaspokajają potrzeby nie tylko opiekuńczo-bytowe, ale i wyższe, rozwojowe. Można wręcz odnieść wrażenie, że pracownicy bardziej niż mieszkańcy angażują się w prace służące podnoszeniu wskaźnika aktywności mieszkańców w ich czasie wolnym.

Zaprezentowane wyniki badań wskazują, że należy podjąć działania, które mogą się przyczynić do lepszego funkcjonowania osoby starszej w domu pomocy społecznej. Oto one:

– Kompetentne objęcie indywidualnym i systematycznie podtrzymywanym wsparciem każdego z mieszkańców. Te działania pozwolą pozyskać informacje o biografii seniora i doświadczeniach uznawanych przez niego za najcenniejsze. Obserwowany i zadeklarowany stan jego zdrowia, nadzieje i obawy – zilustrują aktualną sytuację seniora w aspekcie psychicznym, fizycznym, socjalnym i duchowym. Pełny obraz mieszkańca pozwoli na udzielenie mu skutecznej pomocy na nowym etapie życia poprzez wprowadzenie od pierwszych dni pobytu mieszkańca rehabilitacji geriatrycznej.

– Praca z mieszkańcem wymaga indywidualizacji, różnicowania wymagań, stwarzania pozytywnej motywacji do aktywności, budzenia wiary we własne siły i możliwości. Stosowanie wielorakich form aktywności nie tylko usprawnia psychicznie i fizycznie, ale rozwija zainteresowania i poczucie społecznej użyteczności, umożliwia kontakty społeczne, pozwala na lepszą adaptację do nowych warunków życia, likwiduje nudę i marazm.

– Struktura organizacyjna i przestrzenna placówki musi stwarzać poczucie bezpieczeństwa i spokoju.

– Placówki powinny w większym stopniu wprowadzać urozmaicenia architektoniczne i te związane z wystrojem pokoi mieszkalnych.

– Przy podejmowaniu działań aktywizujących i opiekuńczych należy pamiętać o zachowaniu samodzielności i niezależności, ochrona sfery intymnej ma dla seniorów priorytetowe znaczenie.

– Powinny zostać podjęte zdecydowane i innowacyjne działania dla wzmocnienia oferty terapii przyłóżkowej dla osób obłożnie chorych. Jest to obszar całkowicie zaniedbany, niemal nieobecny w świadomości narratorów. Kontrowersyjna jest rezygnacja z zatrudniania w ośrodkach (nawet dla osób przewlekle chorych somatycznie) lekarzy i pielęgniarek.

– Konieczne wydaje się utworzenie placówki dla osób z problemem alkoholowym i nadużywających substancji psychoaktywnych. Zgodnie z wynikami amerykańskich oraz francuskich badań, uzależnieniem alkoholowym dotkniętych jest 18% mieszkańców placówek opieki oraz szpitali geriatrycznych². Można przypuszczać, iż w Polsce jest podobnie. Brakuje jednak badań na ten temat.

Bardzo dobrze ocenianą zmianą jest wprowadzenie pracowników pierwszego kontaktu. Ośrodki podejmują wysiłki zmierzające do podniesienia kompetencji pracowników, m.in. odpowiedzialnych za opracowanie Indywidualnych Planów Mieszkańców. Niebezzasadne wydaje się rozważenie możliwości zróżnicowania poziomu jakości świadczonych usług, ze względu na wysokość ponoszonych przez mieszkańców opłat.

Generalnie – polska, krakowska pomoc społeczna ewoluuje w dobrą stronę.

² Zob.: P. Bronowski, S. Kluczyńska, M. Sawicka, *Niedostrzegany problem. Problemy alkoholowe u osób starszych*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57), s. 16.

Abstract

The book "Ageing and Old Age in the Dimension of Institutional Support (in Krakow)" is an attempt at a multidisciplinary depiction of issues connected with the characteristics of ageing and old age.

The subject for the research was chosen because of the changes in the demographic structure in Poland, i.e. a rapid increase of population aged 60+ and changes in the sector of social assistance, especially after the administrative reforms of 1999 and joining the European Union by Poland. Polish social policy focused on preventing social exclusion. The Act on Social Assistance, which became valid when Poland joined the European Union in 2004, brought about a number of resolutions which are presently systematically implemented in the social practice and everyday life of Polish citizens – as based on the main assumptions of the social policy aiming at social normalization (inclusion).

The main theses of the research are the following assumptions:

- streamlined Polish social policy is aimed at a group of elderly people who are at the so-called "third age". Active old age is professed first of all by physically fit people, while there are few offers of the so-called "good ageing" for people who are disabled or senile,

- people who are sick, lonely, poor or dependent on others are recipients of the interventionist social policy, the implication of which is the fact that the weight of social assistance is now put on care and compensatory activity,

- the greatest weight of social assistance is still put on public institutions, especially on local (municipal) social assistance institutions,

- the national/public sector of services gradually and in an increasingly wider range is supplemented by support from the non-governmental sector (a network based on associations and organizations of public benefit,) and an environmental sector, which marks the beginning of local coalitions for the so called "good old age".

The subject of the research reported in this book are present benefits of Krakow's institutional social assistance system for the city's oldest citizens as seen against the background of the local social policy.

The fundamental aim of the research was to inquire about the quality of changes which occurred in the system of social assistance in Krakow with respect to the oldest beneficiaries from 1998 to 2008, as seen against the background of wider social phenomena brought about by the fact that Krakow population is ageing and the area and quality of individual and social needs are also changing.

The subject matter of the book involves the following questions:

What are the objectives of the present social assistance system for the elderly citizens?

What are the actual functions of the system from the gerontological perspective?

To what extent do they overlap?

The book consists of several thematic parts.

The first part describes the scale of the inner division of old age as a phase of life. It presents classical theories of ageing in the psychological approach. Based on the literature on the subject, it shows social roles played by an elderly person and offers their new classification. It presents social and demographic analyses which show the progress of ageing of the population in the global, national, and local dimensions, as well as its consequences for individuals and the society. It interprets indicators of the quality of life of the older generation: health condition, functional fitness, and the scope of social interactions. One chapter is devoted to the prophylaxis of "good ageing" as a task of geragogics. An attempt at a synthesis of the well-known theories of ageing is included in this chapter. Selected cultural, educational, and recreational offers for the elderly have been presented. Comments about active ageing policies have been made.

The second part discusses the objectives of the social policy towards old age and towards elderly people and the objectives of the social support system from the gerontological perspective. It presents a historical outline of evolution of the forms of support and assistance in Krakow, discusses present directions of the regional and local social policy towards old age and towards elderly people, analyzes the legal bases of the social assistance system, its functions and tasks, forms and methods of activity (on the basis of the Regional Center of Social Policy, the District Center of Assistance for the Family, and the Municipal Center of Social Assistance.) It analyzes practical aspects of social work directed at dependent old age. It postulates a necessity of academic and post-graduate gerontological education. It points to a necessity of widening the educational offer in training and improving professional skills of the social assistance workers.

The third part is devoted to the actual functions of assistance directed towards the oldest beneficiaries in the environmental and stationary dimension. It shows the activity of individual institutions and selected centers of social assistance: tasks of the Municipal Center of Social Assistance within the scope of material and non-material help, e.g. commissioning and performing services and social work, tasks of day care centers (as seen at the Municipal Day Care Institution,) living space of four selected social assistance institutions for elderly people and for patients with prolonged somatic diseases.

The conclusions of the book are the following:

The Polish social policy towards ageing and the elderly – in the aspect of objectives – has the same dimension as the European Union policy, which in turn is convergent with the directions set by the United Nations. However, in the dimension of actual functions there are still many shortcomings. Senior citizens who are fit and independent can take advantage of many offers, such as universities of the third age, senior clubs, workshops, and other cultural and educational forms of activity. However, participation rate in these forms is low. Dependent people receive family support, but their carers remain dramatically lonely in their struggle with difficulties that accompany a protracted illness of the family member.

In the majority of cases, Polish families in Krakow cannot afford to hire professional carers who should have gerontological and pedagogical skills. Persons with low income and with decreased physical capability can apply for financial support and care services provided by day care institutions, such as well-operating day care homes that belong to the social assistance sector. Social needs are still higher than the supply of such services. Nursing homes, i.e. institutions providing long-term stay, are implementing remedial programs. Remedial tendencies are directed at the

material base, as well as at increasing the level of supportive and care services. The standardization process is expected to be finished in 2010. This system is reinforced by several-member family nursing homes, which in the future should become a desirable alternative to big nursing homes. Public stationary institutions now face competition from a developing network of private nursing homes.

Generally, in spite of many problems, Krakow social assistance evolves in a good direction.

Key words: ageing, old age, social policy towards old age and elderly people, social support, social assistance, social work, support institution, nursing home.

Bibliografia

Źródła

- Prawo o stowarzyszeniach, Dz.U. z 1989 r., nr 20, poz. 104.
- Regulamin Organizacyjny Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, maszynopis.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, Dz.U. nr 34, poz. 405.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. domów pomocy społecznej, Dz.U. z 2005 r., nr 217, poz. 1837.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. nadzoru i kontroli w pomocy społecznej, Dz.U. z 2005 r., nr 61, poz. 543.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. rodzinnych domów pomocy, Dz.U. z 2005 r., nr 153, poz. 1276.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. specjalistycznych usług opiekuńczych, Dz.U. z 2005 r., nr 189, poz. 1598 ze zm.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny, Dz.U. z 2005 r., nr 154, poz. 1289.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę, Dz.U. z 2005 r., nr 86, poz. 739.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej ws. wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie w ramach działalności statutowej placówki zapewniającej całodobową opiekę, Dz.U. z 2005 r., nr 86, poz. 740.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2005 r. ws. standardów kształcenia w kolegiach pracowników służb społecznych, Dz.U. nr 62, poz. 555.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej ws. domów pomocy społecznej. Załącznik nr 1: Standard obowiązujących podstawowych usług świadczonych przez domy pomocy społecznej, Dz.U. z 2000 r., nr 82, poz. 929.
- Rozporządzenie Rady Ministrów ws. wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny oraz wysokości świadczeń rodzinnych, Dz.U. z 2006 r., nr 130, poz. 903.
- Rozporządzenie Rady Ministrów ws. wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2006 r., Dz.U. z 2005 r., nr 177, poz. 1469.

Rozporządzenie Rady Ministrów ws. zasad wynagradzania pracowników samorządowych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych jednostek samorządu terytorialnego, Dz.U. z 2005 r., nr 146, poz. 1222.

Rządowy projekt ustawy o zawodzie pracownika socjalnego z dnia 20 lutego 2008, maszynopis.

Statut Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, maszynopis.

Statut PCPR Powiatu Krakowskiego – Załącznik do Uchwały nr IV/19/99 Rady Powiatu w Krakowie.

Statut Stowarzyszenia UTW w Chrzanowie, maszynopis.

Uchwała nr 130/06 Zarządu Województwa Małopolskiego z 20 lutego 2006 r. – tekst jednolity Statutu ROPS w Krakowie, ze zm., maszynopis.

Uchwała nr LXIII/579/04 Rady Miasta Krakowa z 20 października 2004 r., maszynopis.

Uchwała nr VI/49/99 Sejmiku Województwa Małopolskiego z 29 marca 1999 r. ws. utworzenia Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie, maszynopis.

Uchwała nr XIX/271/04 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 26 kwietnia 2004 r. ws. przyjęcia Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006 – uzasadnienie, maszynopis.

Uchwała nr XL/385/96 Rady Miasta Krakowa z dnia 10 stycznia 1996 r., maszynopis.

Uchwała nr XXXVIII/297/06 Rady Powiatu w Krakowie z dnia 22 lutego 2006 r. ws. Powiatowej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Krakowskim na lata 2006–2010, maszynopis.

Ustawa o opiece społecznej, Dz.U. z 1923 r., nr 92, poz. 725.

Ustawa o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw z dnia 18 lipca 1998 r., Dz.U. nr 117, poz. 756.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. nr 64, poz. 593 ze zm.

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity), Dz.U. z 2004 r., nr 39, poz. 353 ze zm.

Ustawa z dnia 17 października 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. nr 223, poz. 1456.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia, Dz.U. nr 111, poz. 535 ze zm.

Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą administracyjną państwa, Dz.U. nr 106, poz. 668.

Ustawa z dnia 24 lipca 2006 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. nr 139, poz. 992 ze zm.

Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, Dz.U. z 2003 r., nr 15, poz. 148 ze zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135.

Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. nr 228, poz. 2255 ze zm.

- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. nr 180, poz. 1495.
- Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity), Dz.U. z 1998 r., nr 64, poz. 414.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 91, poz. 408.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, Dz.U. z 2004 r., nr 142, poz. 1590 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. nr 220, poz. 1431.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz.U. nr 112, poz. 1198.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity), Dz.U. z 2001 r., nr 142, poz. 1591 ze zm.
- Ustawa z dnia 8 października 1999 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej i ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. nr 90, poz. 1001.
- Załącznik nr 1/I do Uchwały nr XLI/527/2006 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 30 stycznia 2006 r. „Małopolska 2015”, Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013, cz. I i II, maszynopis.
- Zarządzenie nr 1911/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 4 listopada 2004 r. ws. powołania Zespołu zadaniowego ds. określenia kierunków działań dotyczących domów pomocy społecznej w Krakowie, maszynopis.
- Zarządzenie nr 710/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 28 kwietnia 2004 r. ws. przyjęcia i przekazania projektów uchwał Rady Miasta Krakowa ws. przyznania medali „Cracoviae Merenti”.

Opracowania

- Adamski F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2002.
- Aleksander T., *Potrzeby kulturalno-oświatowe ludzi dorosłych*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*, PWN, Warszawa 1992.
- Aleksander T., *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce*, „Rocznik Pedagogiczny” 2001, nr 24.
- Aleksander T., *Życie i działalność Andrzeja Frycza Modrzewskiego*, [w:] Z. Szarota (red.), *Andrzej Frycz Modrzewski. Współczesne odczytanie myśli społeczno-politycznej*, KTE, Kraków 2003.
- Aleksander T., *Andragogika. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Radom–Kraków 2009.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997.

- Auleytner J., *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechniej w Warszawie, Zakłady Graficzne Momag, Warszawa 2002.
- Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Balcerzak-Paradowska B., *Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008.
- Balicka-Kozłowska H., *Potrzeba bezpieczeństwa u ludzi starszych*, „Studia i Materiały IPiSS” 1980, z. 16.
- Bauman Z., *Glokalizacja, czyli komu potrzebna globalizacja a komu lokalizacja*, „Studia Socjologiczne” 1997, nr 3.
- Bąkowski K., *Dzieje Krakowa*, Spółka Wydawnicza Polska w Krakowie, Kraków 1911.
- Becelewska D., *Repetitorium z rozwoju człowieka*, Kolegium Karkonoskie, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2006.
- Bień B., *Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Bień B., *Stan zdrowia i sprawność ludzi starych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Bień B., Wojszel Z.B., Polityńska B., Wilmańska J., *Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych*, „Gerontologia Polska” 1999, nr 7 (3–4).
- Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Sienkiewicz J., *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodziny niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Białystok–Kraków 2001.
- Błądowski P., *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*, „Gerontologia Polska” 1998, nr 6 (3–4).
- Błądowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Wydaw. SGH, Warszawa 2002.
- Błądowski P., *O pomoc w samodzielności*, „Przegląd Powszechny” 2008, nr 10.
- Błądowski P., *Ubezpieczenia społeczne i pielęgnacyjne wobec procesu starzenia się społeczeństwa*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 PLUS” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008.
- Bocheńska M., Kluzowa K., *Problemy ludzi przewlekle chorych w opiniach ludzi udzielających im pomocy w środowisku zamieszkania*, „Państwo i Społeczeństwo” 2007, nr 3 (VII).
- Bogucka M., Samsonowicz H., *Dzieje miast i mieszczaństwa w Polsce przedrozbiorowej*, Ossolineum, Wrocław 1986.
- Bois J.P., *Historia starości. Od Montaigne’a do pierwszych emerytur*, Wydawnictwo Marabut i Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1996.

- Borkowska-Kalwas T., *Ludzie starzy w rodzinie*, [w:] J. Halik (red.), *Ludzie starzy w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Wydaw. Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa 2005.
- Borkowski R., *Refleksja o przemijaniu i przemianach*, [w:] R. Borkowski (red.), *Starość i młodość. Szkice o polityce społecznej i kulturze*, Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne AGH, Kraków 2007.
- Bosacka K., *My nie robimy nic*, „Wysokie Obcasy”, dodatek do „Gazety Wyborczej” z 27.04.2008.
- Bromley D.B., *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1969.
- Bronowski P., Kluczyńska S., Sawicka M., *Niedostrzegany problem. Problemy alkoholowe u osób starszych*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57).
- Buczkowska E., *Rola pielęgniarstwa w opiece długoterminowej nad niesprawnym seniorem w środowisku*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007.
- Butrymowicz B., *Uwarunkowania obszarów i jakości przestrzeni życiowej*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Celary I., *Ludzie starsi w kościele*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wydaw. WSZiM, Sosnowiec 2005.
- Chabior A., *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*, Ośrodek Kształcenia i Doskonalenia Kadr, Instytut Technologii Eksploatacji, Radom–Kielce 2000.
- Czekanowski P., *Sytuacja materialna*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Czekanowski P., Synak B., *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
- Czerniawska O., *Edukacja osób „trzeciego wieku”*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Warszawa–Radom 1996.
- Czerniawska O., *Funkcje środowiska niewidzialnego w andragogice i gerontologii wychowawczej*, „Edukacja Dorosłych” 1997, nr 1.
- Czerniawska O., *Style życia ludzi starszych*, [w:] O. Czerniawska (red.), *Style życia w starości*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 1998.
- Czerniawska O., *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2000.
- Czerniawska O., *Edukacja jako pomoc w rozwoju w ujęciu andragogiki i gerontologii*, [w:] E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 2: *Debata*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

- Czerniawska O., *Szkice z andragogiki i gerontologii*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2007.
- Ćwieluch J., Domagalska K., *Szkola życia po sześćdziesiątce*, „Przekrój” 2005, nr 41.
- Demetrio D., *Edukacja dorosłych*, [w:] B. Śliwerski (red.), *Pedagogika*, t. 3: *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, GWP, Gdańsk 2006.
- Derejczyk J., *Nauka o starzeniu się a polityka zdrowotna wobec ludzi starych widziane z pozycji geriatry*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000.
- Derejczyk J., *Służba zdrowia wobec potrzeb ludzi starszych*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2002.
- Derejczyk J., *Potrzeby zdrowotne osób starszych a polska służba zdrowia*, [w:] B. Tokarz (red.), *My też. Seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004.
- Dębnicka B., *Przesłanki powrotu do czynnego życia zawodowego na emeryturze*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002.
- Dubas E., *Biograficzność w oświacie dorosłych (wybrane stanowiska)*, „Edukacja Dorosłych” 1998, nr 3.
- Dubas E., *Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Dubas E., *Geragogika – dyscyplina pedagogiczna o edukacji w starości i do starości*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wydaw. WSZiM, Sosnowiec 2005.
- Dyczewski L., *Osamotnienie i jego przezwyciężanie*, Folia Paedagogica et Psychologica 14, Universitatis Lodziensis, E. Podgórska, O. Czerniawska (red.), Łódź 1986.
- Dyczewski L., *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Wydaw. KUL, Lublin 1994.
- Dyczewski L., *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002.
- Dziegielewska M., *Życie codzienne ludzi starych*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wydaw. WSZiM, Sosnowiec 2005.
- Dziegielewska M., *O pojęciu „całościowej pedagogiki osób starszych”*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
- Eco U., *Diariusz najmniejszy*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1995.
- Ekel J., Jaroszyński J., Ostaszewska J., *Mały słownik psychologiczny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1965.
- Erenc J., Boczoń J., *Ludzie starzy w samoorganizującym się społeczeństwie – zarys problemu*, „Zeszyty Problemowe Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego” 1993, nr 5.

- Erikson E., *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2000.
- Erikson E., *Dopełniony cykl życia*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2002.
- Ervik R., Helgøy I., Christensen D.A., *Idea and policies on active ageing in Norway and the UK*, „International Social Science Journal” 2008, 58 (190).
- Fabiś A., *Edukacja seniorów – odpowiedź na wymagania współczesności*, „Edukacja Dorosłych” 2006, nr 1–2.
- Fabiś A., Wasiński A., *Aktywność seniorów w Internecie*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2008.
- Frąckiewicz L. (red.), *Problemy pracy i zabezpieczenia społecznego ludzi starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1982.
- Frąckiewicz L., *Karta praw człowieka starego*, IWZZ, Warszawa 1985.
- Frąckiewicz L., *Bariery uczestnictwa ludzi starszych w integracji społecznej*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- „Gerontologia. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi”, O. Czerniawska, E. Woźnicka (red.), 2000, nr 7 (12).
- Gotfryd P., *Seniorzy w mediach*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57).
- Grodziski S., *Historia ustroju społeczno-politycznego w Galicji 1772–1848*, Ossolineum, Wrocław 1971.
- Grotowska-Leder J., *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Gryglewska B., Życzkowska J., *Kompleksowa opieka geriatryczna*, [w:] M. Szlązak (red.), *Sytuacja osób starszych w Polsce w przededniu wejścia do Unii Europejskiej. Materiały konferencyjne*, ROPS, Kraków 2003.
- Halicka M., *Satysfakcja życiowa i jej uwarunkowania*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000.
- Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Akademia Medyczna, Białystok 2004.
- Halicka M., *Człowiek stary w instytucji opiekuńczej. Na przykładzie badań w domach pomocy społecznej na Podlasiu*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Halicka M., *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
- Halicka M., Halicki J., *Praca zawodowa i jej znaczenie w życiu człowieka starego*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.

- Halicka M., Halicki J., *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003.
- Halicki J., *Zastosowanie teorii kompetencyjnej do edukacji seniorów*, „Edukacja Dorosłych” 1997, nr 2.
- Halicki J., *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze*, Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2000.
- Halicki J., *Relacje międzygeneracyjne jako jeden z elementów poszerzających przestrzeń życiową ludzi starszych*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Halicki J., *Geragogika*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.
- Halicki J., *Spoleczne teorie starzenia się*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
- Halicki J., *Starzenie się społeczeństw jako wyzwanie dla andragogiki*, „Gerontologia Społeczna” 2007, nr 1 (2).
- Halik J., *Zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa polskiego*, [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce*, Wydaw. Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
- Havighurst R.J., *Zadania rozwojowe kolejnych okresów życia i warunki wypełniania*, [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1997.
- Hrapkiewicz H., *Potrzeby osób w wieku starszym i próba ich realizacji*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wydaw. WSZiM, Sosnowiec 2005.
- Jankowski D., *Edukacja, aktywność kulturalna, rekreacja ludzi starzejących się*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 PLUS” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008.
- Jagger C., Gillies C., Moscone F. et al., *Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis*, „Lancet” 2008, no 372.
- Jelicz A., *Życie codzienne średniowiecznego Krakowa*, PIW, Kraków 1966.
- Kamiński A., *Wychowanie do starości*, „Zdrowie Psychiczne” 1971, nr 1–2.
- Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, PWN, Warszawa 1982.
- Kantowicz E., *Kształcenie postaw badawczych pracowników socjalnych*, [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych – Centrum AV, Częstochowa 2006.
- Kawula S., *Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego*, [w:] S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna: dokonania – aktualność – perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002.

- Kawula S., *Pedagogika społeczna i jej miejsce wśród nauk pedagogicznych*, [w:] S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna: dokonania – aktualność – perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004.
- Kawula S., *Pedagogika społeczna i jej wyzwania na początku XXI wieku*, [w:] E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 2: *Debata*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Kawula S., Dąbrowski Z., *Diagnozowanie potrzeb opiekuńczo-wychowawczych i kulturalnych środowiska*, Wydawnictwo UMK, Toruń 1980.
- Kędzior J., *Pedagogika społeczna i praca socjalna wobec problemu starzenia się i starości*, [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych – Centrum AV, Częstochowa 2006.
- Kielar M., *Potrzeby w zakresie opieki i pomocy ludziom starym a zadania gerontologii społecznej*, [w:] A. Radziejewicz-Winnicki (red.), *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*, ZSPM-Press, Katowice 1992.
- Klonowicz S., *Oblicza starości*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
- Klonowicz S., *Starzenie się ludności*, [w:] F.W. Rawicka, B. Mariańska, E. Stańczuk (red.), *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986.
- Kluzowa K., *Ludzie starzy w badaniach demograficznych i socjologicznych*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000.
- Kluzowa K., Slany K., *Powtórne małżeństwa osób w starszym wieku w aspekcie demograficznym*, „Problemy Rodziny” 1993, nr 3.
- Kluzowa K., Slany K., *Powtórne małżeństwa osób w starszym wieku w aspekcie socjologicznym*, „Problemy Rodziny” 1993, nr 4.
- Kluzowa K., Slany K., *Obraz polskiej starości w świetle wyników Narodowego Spisu Powszechnego*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.
- Kocemba J., *Biologiczne wyznaczniki starości*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000.
- Kocowski T., *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*, Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków 1982.
- Konieczna-Woźniak R., *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Profilaktyczne aspekty edukacji seniorów*, „Eruditus”, Poznań 2001.
- Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, [CD-ROM] PWN, PRO-media CD, 1998.
- Kostera M., *Antropologia organizacji. Metodologia badań terenowych*, PWN, Warszawa 2003.
- Kowalewska A., *Proces biologicznego starzenia się*, [w:] J. Rzepka (red.), *Problematyka osób w wieku starszym*, GWSP im. kard. Augusta Hłonda, Myślowice 2006.
- Kowalik H., *Jak dożyć 100 lat*, „Przegląd” 2003, nr 4.
- Kowalski S., *Socjologia wychowania*, PWN, Warszawa 1986.

- Kozaczuk L., *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej*, Interart, Warszawa 1995.
- Kozaczuk L., *Kierunki działania domu pomocy społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999.
- Koziół W., *Stacjonarne formy opieki nad ludźmi wymagającymi pomocy społecznej w perspektywie historycznej*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia, vol. XXVI, 12, 2002.
- Kroll B., *Rada Główna Opiekuńcza 1939–1945*, Książka i Wiedza, Warszawa 1985.
- Krzyszkowski J., *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Kronika Krakowa*, pr. zb. pod kier. M.B. Michalika, Wydawnictwo „Kronika”, Warszawa 1996.
- Książek K., *Zagadka starzenia się. Współczesne poglądy na temat możliwości opóźnienia procesu starzenia się*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007.
- Kudela W. (red.), *Z ziemi kazachskiej do Polski... Wspomnienia repatriantów z Kazachstanu, wysiedlonych w latach 30. XX w. w głąb ZSRR. Materiały do dziejów Polaków w ZSRR w XX wieku*, Koło Naukowe Historyków Studentów UJ, AT Group Sp. z o.o., Kraków 2007.
- Kukułowicz T., *Niezwykłość losu kształtująca przestrzeń życiową człowieka*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Kumaniecki K. (opr.), *Słownik łacińsko-polski*, PWN, Warszawa 1965.
- Kupisz-Urbańska M., Broczek K i in., *Ocena sprawności ruchowej polskich stulatków*, „Gerontologia Polska” 2006, t. 14, nr 1.
- Kurzynowski A., *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*, [w:] A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, Wydaw. SGH, Warszawa 2002.
- Kusek R. (opr.), *Przegląd małopolskich organizacji wspierających osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Informator*, Instytut Studiów Strategicznych, Kraków 2007.
- Kuźma J., Szarota Z., *Międzynarodowy Rok Seniorów w Krakowie*, „Konspekt. Czasopismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie” 2000, nr 2.
- Lalak D., *Teoretyczny i praktyczny sens metody indywidualnych przypadków*, [w:] T. Pilch i I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995.
- Lem S., *Szpital Przemienienia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1955.
- Lepalczyk I., Marynowicz-Hetka E., *Tradycje i sytuacja aktualna w kształceniu pracowników socjalnych w Polsce*, „Praca Socjalna” 1990, nr 1–2.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Działanie społeczne na rzecz ludzi starszych w kontekście funkcjonowania stacjonarnych domów pomocy społecznej*, [w:] E. Kantowicz,

- A. Olubiński (red.), *Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2003.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydaw. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006.
- Leśniak J., *Gerontologia*, [w:] K. Wojciechowski (red.), *Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych*, Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków 1986.
- Lisek-Michalska J., Daniłowicz P. (red.), *Zogniskowany wywiad grupowy, studia nad metodą*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007.
- Litawa A., *Opieka domowa nad seniorami w USA na przykładzie stanu Illinois*, „Państwo i Społeczeństwo” 2007, nr 3 (VII).
- Lubryczyńska K., *Uniwersytety trzeciego wieku w Warszawie*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Uniwersytet Warszawski, Instytut Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa 2005.
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 1999.
- Lysy P., Tobiasz-Adamczyk B., *Stan funkcjonalny osób starszych wiekiem poddanych 12-letniej obserwacji*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000.
- Makiełło-Jarża G., *Oblicza starości*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.
- Malewski M., *Andragogika w perspektywie metodologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1991.
- Malinowski H., *Komunikacja w zogniskowanym wywiadzie grupowym*, [w:] J. Lisek-Michalska, P. Daniłowicz (red.), *Zogniskowany wywiad grupowy, studia nad metodą*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007.
- Malinowski L., *Opieka społeczna w Polsce*, [w:] L. Malinowski, M. Orłowska (red.), *Praca socjalna służbą człowiekowi*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998.
- Malinowski L., *Geneza opieki socjalnej w Drugiej Rzeczypospolitej*, [w:] L. Malinowski, M. Orłowska (red.), *Praca socjalna służbą człowiekowi*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998.
- Marcinowicz L., Zajkowska E., *Opieka domowa w Stanach Zjednoczonych*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 3 (II).
- Marynowicz-Hetka E., *Praca socjalna i jej aktualne wymiary*, [w:] E. Marynowicz-Hetka i in. (red.), *Pedagogika społeczna i praca socjalna*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998.
- Marynowicz-Hetka E., *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Marynowicz-Hetka E., *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 2: *Debata*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Marynowicz-Hetka E., Cyrańska E., *Uniwersytet Łódzki*, [w:] E. Trempała, M. Cichosz (red.), *Funkcjonowanie i kierunki rozwoju pedagogiki społecznej w Polsce. Prezentacja ośrodków akademickich*, Wszechnica Mazurska w Olecku, Olecko 2000.

- Mazurczak M., *Informacje o sprawach seniorów*, [w:] M. Mazurczak (red.), *Unia Europejska dla seniorów – Urząd Komitetu Integracji Europejskiej*, Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004.
- Mielczarek A., *Przestrzeń życiowa ludzi starszych w Domu Pomocy Społecznej „Na Skarpie” we Włocławku*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Mielczarek A., *Dom pomocy społecznej ośrodkiem opieki i wsparcia seniora z demencją*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*, Wydawnictwo Marabut i Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1995.
- Mossakowska M., Jaczewska B., *Ile lat ma polski stulatek?* [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Muchnicka-Djakow I., *Czas wolny w Klubie Seniora*, IWZZ, Warszawa 1984.
- Muchnicka-Djakow I., *Kluby Seniora*, [w:] F.W. Rawicka, B. Mariańska, E. Stańczuk (red.), *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986.
- Muszyński H., *Zarys teorii wychowania*, PWN, Warszawa 1976.
- Nelson T.D., *Psychologia uprzedzeń*, GWP, Gdańsk 2003.
- Niecikowska R., Kowalski R. (red.), *Vademecum seniora. Przewodnik po uprawnieniach*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2002.
- Nocuń A., *Teoretyczne podstawy pracy kulturalno-oświatowej*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995.
- Nózka M., *Podnoszenie sprawności i aktywizowanie osób w podeszłym wieku w domach pomocy społecznej*, [w:] J. Perek-Białas (red.), *Aktywne starzenie. Aktywna starość*, Aureus, UJ, Kraków 2005.
- Olech A., Kaźmierczak T., *Mapa zaspokajania potrzeb społecznych*, „Praca Socjalna” 2006, nr 2.
- Olubiński A., *Praca socjalna – aspekty humanistyczne i pedagogiczne*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2006.
- Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydaw. WSP, Olsztyn 1999.
- Orzechowska G., *Miejsce człowieka starszego w środowisku zamieszkania*, [w:] B. Synek (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- Orzechowska G., *Seniorzy wobec marginalności i marginalizacji społecznej*, [w:] K. Białobrzaska, S. Kawula (red.), *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2006.

- Orzechowska G., „*Young-Old*” *Uniwersytet Trzeciego Wieku*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2008.
- Parlak D., *Komunikacja z ludźmi starszymi w ramach relacji opiekuńczo-terapeutycznych*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000.
- Parlak D., *Przestrzeń życiowa ludzi starszych w domach pomocy społecznej (przestrzeń fizyczna domów pomocy społecznej a psychiczne i społeczne funkcjonowanie mieszkańców)*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Pauli J., *Program naprawy państwa. Aktualność myśli Andrzeja Frycza Modrzewskiego*, [w:] Z. Szarota (red.), *Andrzej Frycz Modrzewski. Współczesne odczytanie myśli społeczno-politycznej*, KTE, Kraków 2003.
- Pauli J., Szlązak M., *Programy polityki społecznej na rzecz ludzi starszych*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.
- Perek-Białas J., Ruzik A., Vidovičová L., *Active ageing policies in the Czech Republic and Poland*, „*International Social Science Journal*” 2008, 58 (190).
- Pietrasiański Z., *Rozwój dorosłych*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, Instytut Technologii i Eksploatacji, Warszawa 1996.
- Pietrasiański Z., *Dorośli. Problemy rozwoju*, [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1997.
- Pilch T., *Metoda organizowania środowiska*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995.
- Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- Piotrowski J., *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa 1973.
- Piowowski W., *Słownik katolickiej nauki społecznej*, Wydawnictwo PAX, Warszawa 1993.
- Podgórska J., *Moc siwych głów, czyli jak się dobrze zestarzeć*, „*Polityka*” 2003, nr 15.
- Polkowska D., *Elastyczne formy zatrudnienia – szansa dla osób w starszym wieku*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Półturzucki J., *Edukacja dorosłych za granicą*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń–Warszawa 1998.
- Półturzucki J., *Aleksander Kamiński*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa–Radom 2006.
- Prawa, przywileje i statuta miasta Krakowa (1507–1795)*, t. I, wyd. F. Piekosiński, [w:] *Acta historica res gestas Poloniae illustrantia*, t. VIII, Wydawnictwo Komisji Historycznej Akademii Umiejętności w Krakowie, Kraków 1885.

- Pruszyński J.J. i in., *Ocena stanu funkcjonalnego polskich stulatków – doniesienie wstępne*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 11.
- Radwan-Pragłowski J., Frysztacki K., *Spoleczne dzieje pomocy człowiekowi. Od filantropii greckiej do pracy socjalnej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998.
- Radzewicz-Winnicki A., *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- Radzik T., Prażmowska B., *Zastosowanie skal do oceny sprawności psychoruchowej w planowaniu opieki nad pacjentem w podeszłym wieku*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.
- Rajkiewicz A., *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008.
- Rajska-Neuman A., *Stanowisko kolegium lekarzy specjalistów geriatrici w Polsce w sprawie dyskryminacji osób starszych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] B. Tokarz (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005.
- Regiewicz A., *Popkultura bez dowodu czyli młodość we współczesnej kulturze popularnej*, [w:] R. Borkowski (red.), *Starość i młodość. Szkice o polityce społecznej i kulturze*, Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne AGH, Kraków 2007.
- Rembowski J., *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa–Poznań 1984.
- Riemann F., Kleespies W., *Jak szczęśliwie przeżyć drugą połowę życia*, WAM, Kraków 2006.
- Rocznik demograficzny 2001*, GUS, Warszawa.
- Rocznik demograficzny 2007*, GUS, Warszawa.
- Rosset E., *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa 1967.
- Rutkowiak J., *Rodzice jako dzieci stulecia. Spojrzenie na wizję Ellen Key z perspektywy końca XX wieku*, „Edukacja i Dialog” 1997, nr 7 (90).
- Rybczyńska D.A., Olszak-Krzyżanowska B., *Aksjologia pracy socjalnej – wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1995.
- Rysz-Kowalczyk B., *Pokolenie w fazie późnej dojrzałości. Deformacje cyklu życia a zagrożenia społeczne we współczesnej Polsce*, IPS UW, Warszawa 1995.
- Rzepka J., *Wprowadzenie*, [w:] J. Rzepka (red.), *Problematyka osób w wieku starszym*, GWSP im. kard. Augusta Hłonda, Mysłowice 2006.
- Schimanek T., Woźniak Z., *Coraz starsza Europa – demograficzne oblicze Europy: jego społeczne i gospodarcze konsekwencje*, [w:] M. Mazurczak (red.), *Unia Europejska dla seniorów*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004.
- Schimanek T., Woźniak Z., *Polscy seniorzy w Unii Europejskiej – najważniejsze konsekwencje jakie przyniesie seniorom członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, [w:] M. Mazurczak (red.), *Unia Europejska dla seniorów*, Urząd Komitetu Integracji

- Europejskiej, Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004.
- Semków J., *Wielość wymiarów przestrzeni życiowej ludzi w III wieku*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Demograficznych, Warszawa 1999.
- Sękowski T., *Pomoc psychologiczna a możliwości adaptacyjne człowieka*, Wydawnictwo „Print”, Kraków 1994.
- Silverman D., *Prowadzenie badań jakościowych*, tłum. J. Ostrowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Skalska A., *Najczęstsze schorzenia internistyczne u pacjenta geriatrycznego*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.
- Skibińska E., *Mikroświaty kobiet. Relacje autobiograficzne*, Uniwersytet Warszawski, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Radom–Warszawa 2006.
- Skibińska E., *Proces kształcenia seniorów*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2008.
- Skidmore R.A., Thackeray M.G., *Praktyka pracy socjalnej z jednostkami*, [w:] R.A. Skidmore, M.G. Thackeray (red.), *Wprowadzenie do pracy socjalnej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998.
- Slany K., *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Zakład Wydawniczy „NOMOS”, Kraków 2002.
- Slany K., Baszarkiewicz K., *Związki partnerskie w Polsce w świetle wyników Narodowego Spisu Powszechnego 2002*, [w:] M. Leśniak (red.), *Państwo i społeczeństwo w XXI wieku. Rodzina wobec zagrożeń XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.
- Slany K., Krywult M., *Wybrane aspekty polityki ludnościowej w odniesieniu do populacji osób starszych*, „Problemy Rodziny” 2001, nr 4.
- Smolski R., Smolski M., Stadtmüller E.H., *Słownik encyklopedyczny. Edukacja obywatelska*, Wydawnictwo Europa, Wrocław 1999.
- Starega-Piasek J., *Skutki polityki społecznej wobec osób starych*, „Studia i Materiały IPISS” 1982, z. 16.
- Starega-Piasek J., *O niektórych mitach wokół ludzi starych i starości*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
- Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle programów polityki społecznej wobec osób starszych*, Zespół ds. Osób Starszych WRZOS, Program PHARE Access – Macroproject Warszawa, „Praca Socjalna” 2002, nr 3.
- Straś-Romanowska M., *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 2001.

- Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się. Wprowadzenie*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006.
- Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 1989.
- Synak B., *Ludzie starzy*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 2, pr. zb., Oficyna Naukowa, Warszawa 1999.
- Synak B., Czekanowski P., *Ludzie starzy a pomoc społeczna*, [w:] K. Marzec-Holka (red.), *Pomoc społeczna. Praca socjalna. Teoria i praktyka*, t. I, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2003.
- Synoradzka I., *Pomoc społeczna dla niepełnosprawnych seniorów*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007.
- Szarota Z., *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998.
- Szarota Z., *Ewolucja opieki i pomocy społecznej w Krakowie*, [w:] Z. Brańka (red.), *Opieka i wychowanie w Polsce – problemy u progu XXI wieku*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 1999.
- Szarota Z., *Gerontologia w programach akademickiego kształcenia pedagogicznego*, „Gerontologia Polska” 1999, nr 7 (3–4).
- Szarota Z., *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa w Akademii Pedagogicznej w Krakowie*, „Gerontologia. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi”, O. Czerniawska, E. Woźnicka (red.), 2000, nr 7 (12).
- Szarota Z., *Instytucje i placówki wspierające starość (na przykładzie Krakowa)*, [w:] Z. Brańka (red.), *Podmioty opieki i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2002.
- Szarota Z., *Prawa człowieka starszego*, „Państwo i Społeczeństwo” 2002, nr II.
- Szarota Z., *Przedmowa*, [w:] Z. Szarota (red.), *Andrzej Frycz Modrzewski. Współczesne odczytanie myśli społeczno-politycznej*, KTE, Kraków 2003.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2004.
- Szarota Z., *Portrety starości – analiza hermeneutyczna*, Zeszyty Naukowe Forum Młodych Pedagogów przy Komitecie Nauk Pedagogicznych PAN, A. Domagała-Kręcioch, Z. Szarota (red.), z. 8, Kraków 2004.
- Szarota Z., *Klub seniora jako instytucja kultury*, „Gerontologia Społeczna” 2006, nr 1 (1).
- Szarota Z., *Lęki i niepokoje pokolenia „60+” w kontekście ekskluzji społecznej*, [w:] S. Rogala (red.), *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*, WSZiA, Opole 2007.
- Szarota Z., *Opiekun osoby starszej*, „Państwo i Społeczeństwo” 2007, nr 3 (VII).
- Szarota Z., *Priorytety i kierunki polityki społecznej wobec starości – wymiar globalny, regionalny i lokalny*, [w:] A. Fabiś (red.), *Instytucjonalne wsparcie seniorów*

- *rozwiązania polskie i zagraniczne*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2007.
- Szarota Z., *Społeczne wykluczanie starości – edukacyjna riposta*, [w:] A. Fabiś (red.), *Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych. Edukacja dorosłych wobec zjawisk marginalizacji*, GWSP im. kard. Augusta Hlonda, Mysłówice 2007.
- Szarota Z., *Prawa osób starszych*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57).
- Szarota Z., *Przestrzeń edukacyjna Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, „e-mentor” 2008, nr 3 (25).
- Szarota Z., Litawa A., *Wychowanie w starości jako zadanie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej (na przykładzie Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów w Krakowie)*, [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2008.
- Szatur-Jaworska B., *Społeczna kwestia ludzi starszych*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Społeczne kwestie starości*, IPS, Warszawa 1991.
- Szatur-Jaworska B., *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej*, [w:] T. Pilch i I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995.
- Szatur-Jaworska B., *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna” 1999, nr 9.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2000.
- Szatur-Jaworska B., *Aktywność ludzi starych na polskim rynku pracy*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 11 (3).
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa 2006.
- Szczepska-Pustkowska M., *Kategoria dzieciństwa – od Ellen Key do współczesności*, „Edukacja i Dialog” 1997, nr 7 (90).
- Szczurkiewicz P., *Rozwój psychospołeczny a tożsamość*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998.
- Szlązak M. (red.), *W trosce o seniorów. Opieka stacjonarna nad osobami starszymi w województwie małopolskim. Poradnik*, ROPS, Kraków 2007.
- Szlązak M., Kuczyński R., Śmistek B. (red.), *Poznaj – Sprawdź – Skorzystaj! Małopolski Informator dla Seniorów*, Samarytańskie Towarzystwo im. Jana Pawła II w Zakliczynie, Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie, Kraków–Zakliczyn 2006.
- Szlązak M., Parlak D. (red.), *Proces adaptacji osoby starszej do warunków domu pomocy społecznej*, ROPS, Kraków 2001.
- Szlązak M., Parlak D. (red.), *Seniorzy i dom pomocy społecznej, czyli co trzeba wiedzieć, by podjąć decyzję i dopełnić formalności związanych z zamieszkaniem w pałcówce opiekuńczej*, ROPS, Kraków 2001.

- Szmagalski J., *Metoda grupowa w pracy socjalnej*, [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995.
- Szmagalski J., *Praca socjalna*, [w:] D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999.
- Szmagalski J., *Metody pracy socjalnej w kontekście funkcji prakseologicznej pedagogiki społecznej*, [w:] E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Szukalski P., *Przełamywanie międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002.
- Szukalski P., *Stulatkwowie – szkic demograficzny*, „Gerontologia Polska” 2002, nr 10 (2).
- Szukalski P., *Wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Szukalski P., *Polscy seniorzy w przyszłości*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008.
- Śniadek J., *Konsumpcja turystyczna polskich seniorów na tle globalnych tendencji w turystyce*, „Gerontologia Polska” 2007, nr 1–2.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., *Czynniki warunkujące jakość życia u progu wieku podeszłego. Badania kohortowe*, [w:] K. Slany, A. Małek, I. Szczepaniak-Wiecha (red.), *Systemy wartości a procesy demograficzne*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2003.
- Tokaj A., *Rodzina w życiu seniora a przebieg jego adaptacji do starości*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wydaw. WSZiM, Sosnowiec 2005.
- Tokarz B. (red.), *Jesień moja ulubiona pora roku. Atlas Złotego Wieku*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2003.
- Tokarz B. (red.), *My też. Seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004.
- Tokarz B. (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005.
- Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2003.
- Trafiałek E., *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2006.
- Trafiałek E., *Polska starość*, „Niebieska Linia” 2008, nr 4 (57).
- Tryfan B., *Szczególne problemy ludzi starych na wsi*, [w:] F.W. Rawicka, B. Mariańska, E. Stańczuk (red.), *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986.

- Tryfan B., *Ludzie starsi w systemie pomocy społecznej na wsi w Polsce i UE*, „Gerontologia Społeczna” 2006, nr 1 (1).
- Turlejska B., *Monografia pedagogiczna i studium przypadku*, [w:] S. Palka (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, Wydaw. UJ, Kraków 1998.
- Twardowska-Rajewska J., *Nowoczesna geriatrya*, [w:] J. Rzepka (red.), *Problematyka osób w wieku starszym*, GWSP im. kard. Augusta Hłonda, Mysłowice 2006.
- Twardowska-Rajewska J., *Polipatologia jako przyczyna niepełnosprawności osób w podeszłym wieku*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007.
- Tyszkowa M., *Zadania rozwojowe*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.
- Tyszkowa M., Przetacznik-Gierowska M., *Wybrane koncepcje i teorie rozwoju psychicznego człowieka*, [w:] M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 1996.
- Uramowska-Żyto B., *Medycyna jako wiedza i system działań*, UW, Warszawa 1980.
- Urbaniak B.E., *Starsi pracownicy na rynku pracy UE w perspektywie do 2050 roku*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Urbaniak S., *Problem starzenia się ludności a zadania gminy miejskiej Kraków*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.
- Urbańczyk F., *Problemy oświaty dorosłych*, PZWS, Warszawa 1973.
- Vauchez A., *Duchowość średniowiecza*, Wydawnictwo Marabut, Gdańsk 1996.
- Wachholz L., *Szpitala krakowskie 1220–1920*, Druk W.L. Anczyca i Spółki, Kraków 1921.
- Walden-Gałuszko de K., *Cechy pacjentów w podeszłym wieku: psychologia czy psychopatologia?* [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, KTE, Kraków 2004.
- Wieczorkowska M., *Reklama wobec starości*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Więckowski A., *Etyczne aspekty pracy socjalnej*, „Praca Socjalna” 2002, nr 3.
- Wiśniewska-Roszkowska K., *Gerontologia dla pracowników socjalnych*, PZWL, Warszawa 1982.
- Wiśniewska-Roszkowska K., *Nowe życie po sześćdziesiątce*, IWZZ, Warszawa 1986.
- Wiśniewska-Roszkowska K., *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1989.
- Wojszel Z.B., Bień B., *Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę uro-*

- dzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
- Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P., Poznańska A., *Długość życia i umieralność ludności Polski*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.
- Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Seroka W., *Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.
- Wolska B., *Aktywność ekonomiczna osób w niemobilnym wieku produkcyjnym*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Wolska-Prylińska D., *Projektowanie socjalne*, [w:] E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Wołk Z., *Seniorzy wobec instytucji pomocy*, [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź–Radom 2000.
- Worach-Kardas H., *Wiek a pełnienie ról społecznych*, PWN, Warszawa–Łódź 1983.
- Worach-Kardas H., *Starość jako wyzwanie – aspekt demograficzny i ubezpieczeniowy*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002.
- Woźniak Z., *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań 1987.
- Woźniak Z., *Priorytety w programach gerontologicznych organizacji międzynarodowych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych*, [w:] M. Szlązak (red.), *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*, ROPS, Kraków 2003.
- Wódcz K., *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1998.
- Wysocka E., *Człowiek a środowisko życia, podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007.
- Zadroga A., *W Krakowie to jest (długie) życie!*, „Gazeta Wyborcza”, wydanie krakowskie, 19.12.2008.
- Załużska M., Boczoń J. (red.), *Organizacje pozarządowe w społeczeństwie obywatelskim*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998.
- Zawada G., *Dobre rozwiązanie na trudne chwile*, „Gazeta Wyborcza”, wydanie krakowskie, 17.02.2009.
- Zawadzka A., *Uwarunkowania wychowania do czasu wolnego w rodzinie i w środowisku lokalnym ludzi III wieku*, „Edukacja Dorosłych” 1995, nr 2 (7).

- Zaworska-Niokoniuk D., *Marginalizacja starości w dobie późnonowoczesnego konsumeryzmu – spojrzenie feminologii na media masowe*, [w:] K. Białobrzeska, S. Kawula (red.), *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2006.
- Zierkiewicz E., Łysak A. (red.), *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, MarMar, Wrocław 2005.
- Zimbardo P.G., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Zmiany i rozwój w strukturze ludności w latach 1950–2003*, GUS, Warszawa 2003.
- Zych A.A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999.
- Zych A.A., *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- Zych A.A., Bartel R., *Zur lebenssituation alternder Menschen in Polen in der Bundesrepublik Deutschland – eine komparative Survey-Studie (Sytuacja życiowa ludzi starszych w Polsce i RFN)*, Institut für Heil – und Sonderpädagogik, Giessen, Germany 1988.
- Żak M., *Problemy rehabilitacji geriatrycznej – unieruchomienie, upadki, poruszanie się*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2000.
- Żakowska-Wachelko B., *Zarys medycyny geriatrycznej*, PZWL, Warszawa 2000.
- Baza wiedzy ZUS*, Serwis ZUS; http://www.zus.pl/files/inf_zas.pdf [data aktualizacji 4.09.2008].
- Bień B., *Stan zdrowia i sprawność oraz opieka zdrowotna nad ludźmi starymi w Polsce – zadania dla polityki społecznej wobec starości i ludzi starych*, ekspertyza dla „WRZOS”, Program ACCESS 2002; http://www.wrzos.org.pl/download/Ekspertyzy/B_Bien.pdf [data dostępu 14.04.2003].
- Definicja i rodzaje oraz obszary dyskryminacji*, portal Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce; www.senior.info.pl/?s=main02 [data dostępu 10.01.2005].
- Dochody i warunki życia ludności Polski*, GUS, Warszawa 2008; www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/GUS/PUBL_Dochody_warunki_zycia_ludnosci_polski.pdf [data dostępu 14.02.2009].
- Dotacje z budżetu Wojewody Małopolskiego dla podmiotów uprawnionych realizujących zadania z zakresu pomocy społecznej w roku 2008*; http://www.wrotamalopolski.pl/root_BIP/BIP_w_Malopolsce/root_UW/podmiotowe/Ogloszenia/Ogloszenia+Rozne/2008/wyniki+II+2008.htm [ostatnia aktualizacja 2.12.2008].
- Drugie Światowe Zgromadzenie ONZ na temat Starzenia się Społeczeństw, Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw*, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie na podstawie materiałów UN; <http://www.unic.un.org/pl/ageing/wstep.php> [data dostępu 27.12.2007].
- Dudek J., *Wywiad z W. Godyniem, Świat Polonii, Witryna Stowarzyszenia „Wspólnota Polska”* (b.r.w.); http://www.wspolnota-polska.org.pl/index.php?id=kw4_2_05 [data dostępu 13.01.2009].
- Emerytury i renty*, Serwis ZUS; <http://www.zus.pl/default.asp?p=1&id=52> [data aktualizacji 21.08.2008].

- Employment in Europe 2005*, Recent Trends and Prospects. European Commission, EURES, September 2005; http://ec.europa.eu/employment_social/employment_analysis/employ_2005_en.htm [data dostępu 17.12.2007].
- Employment in Europe 2006* (July 2006), Luxembourg; Office for Official Publications of the European Communities; http://ec.europa.eu/employment_social/news/2006/nov/employment_europe_en.pdf [data dostępu 17.12.2007].
- Employment in Europe 2007* (October 2007), Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Luxembourg; Office for Official Publications of the European Communities; ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3068&langId=en [data dostępu 10.01.2008].
- Eurostat 2005*; http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=fr&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C11/caa15632 [data dostępu 10.12.2005].
- Eurostat 2009*; http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/t_popula/t_pop/t_demo_pop&language=en&product=REF_TB_population&root=REF_TB_population&scrollto=0 [data dostępu 15.02.2009].
- Godność i Posłannictwo Ludzi Starszych w Kościele i w Świecie*, + Stanisław Ryłko sekretarz, James Francis kard. Stafford przewodniczący. Papieska Rada do spraw Świeckich, Watykan, październik 1998 r. (przeł. ks. Stanisław Czerwik), Kielce; www.diecezjalne.katowice.opoka.org.pl [data dostępu 4.02.2003].
- GUS 2004*; http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/demografia/2004/demografia_04.doc; *GUS 2004*; http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/lud_wedlug_plci/30_VI_04/t5.xls [data dostępu 7.05.2005].
- GUS 2005*; http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/stan_struk_teryt/2005/30_06/Tablica5.xlsm [data dostępu 30.06.2005].
- Informacja ws. odpłatności i zasad pobytu w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych*, Rzecznik prasowy dolnośląskiego OW NFZ; <http://www.nfz.gov.pl/new/drukuj.php?artnr=1582&czartnr=0&drukuj=1> [data dostępu 10.01.2009].
- Kapitał intelektualny Polski* (2008), Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, Warszawa, 10 lipca 2008; <http://www.innowacyjnosc.gpw.pl/> [data dostępu 15.10.2008].
- Kinsella Kevin and Wan He (June 2009), *An Aging World: International Population Reports*, U.S. Government Printing Office, Washington 2008, DC; <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf> [data dostępu 1.08.2009].
- Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa i2010. Plan działania w sprawie technologii informatycznych i starzenia się społeczeństwa*, Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, Bruksela, 14.06.2007; http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2007/com2007_0332pl01.pdf [data dostępu 30.06.2007].
- Krajowy Program „Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008–2010”*, MPiPS, Warszawa 2008; <http://www.west-info.eu/media/westCorrespondent/allegati/900/012/18/900.012.18.0001.pdf> [data dostępu 7.01.2009].

- Lipke H., Hryniewicka A., *Raport analiza strategii rozwiązywania problemów społecznych*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2008; <http://www.irss.and.pl/pliki/strategia.pdf>.
- Ludność Łodzi i innych wielkich miast w Polsce w latach 1984–2006*, Urząd Statystyczny w Łodzi, GUS; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_ludnosc_miast.pdf [data publikacji 30.01.2008].
- Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 XII 2006 r. Informacje i opracowania statystyczne*, Departament Statystyki Społecznej GUS, Warszawa 2007; http://www.stat.gov.pl/gus/45_655_PLK_HTML.htm [data dostępu 17.04.2008].
- Lutz W., Mamolo M., Potančoková M., Scherbov S., Sobotka T., *The forces driving unprecedented population ageing*, European Demographic Data Sheet 2008, Vienna Institute of Demography, International Institute for Applied System Analysis, Population Reference Bureau; http://www.oeaw.ac.at/vid/datasheet/download/European_Demographic_Data_Sheet_2008.pdf [data aktualizacji 15.08.2008].
- Małopolski Informator Społeczny* – wortal informacyjny o tematyce społecznej; <http://www.rops.futuro.net.pl> [data dostępu 12.03.2008].
- Mały rocznik statystyczny Polski*, GUS, Warszawa 2008; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_maly_rocznik_statystyczny_2008.pdf [data dostępu 14.09.2008].
- Mały rocznik statystyczny*, GUS, Warszawa 2007; http://www.stat.gov.pl/gus/45_2144_PLK_HTML.htm [data dostępu 10.08.2008].
- Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej. Biuletyn Informacji Publicznej Miasta Krakowa*, BIP MJO; http://www.bip.krakow.pl/?bip_id=304&dok=struktura [dane na 31.10.2006].
- Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw*, Madryt, 8–12 kwietnia 2002; <http://www.unic.un.org.pl/ageing/kierunki.php> [data dostępu 4.03.2004].
- Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*; http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=378&news_id=65; <http://www.mps.gov.pl/userfiles/File/mps/NSIS.pdf> [data dostępu 16.03.2007].
- Narodowy Plan Rozwoju na lata 2007–2013*; www.npr.gov.pl [data dostępu 16.03.2007].
- Nowy ośrodek wsparcia dla osób starszych, MOPS w Krakowie*, zakładka Aktualności z 15 grudnia 2008; http://www.mops.krakow.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=738&Itemid=149 [data dostępu 17.12.2008].
- Papiernik J., *Agenci Podróży – 55 plus bez granic*, 2007; <http://www.pasje.senior.pl/124,0,Agenci-Podrozy-55-plus-bez-granic,2718.html> [data dostępu 6.09.2007].
- People by age classes – Share of total population (%)*, Eurostat 2009; http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/t_popula/t_pop/t_demo_pop&language=en&product=REF_TB_population&root=REF_TB_population&scrollto=0 [data dostępu 24.02.2009].
- Perek-Białas J., *Population Ageing in Europe: Lessons Drawn from EU-projects*, [in:] *Population ageing. Towards an Improvement of the Quality of Life?*, ed. R.C. Schoenmaeckers, L. Vanderleyden, 2009; <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/publicaties/Publicaties/svr-studies/2009-02-17-svrstudie1-2009.pdf> [data dostępu 16.05.2009].

- Pędich W., *Zróźnicowanie regionalne komponentów położenia społecznego i statusu zdrowotnego osób starszych w Polsce*, ekspertyza dla „WRZOS”, Program ACCESS 2002; <http://www.wrzos.org.pl/download/Ekspertyzy/F.W.Pędich.pdf>. [data dostępu 14.04.2003].
- Poakcesyjny Program Wsparcia Obszarów Wiejskich*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=5&news_id=238 [data ostatniej aktualizacji 13.12.2005].
- Policealna Szkoła Pracowników Służb Medycznych i Społecznych nr 3, Kraków; <http://www.msz6.krakow.pl/kontakt.html> [data dostępu 14.11.2008].
- Pomoc społeczna w Małopolsce – 2007 r.*, Raporty, analizy, badania, ROPS w Krakowie; <http://www.rops.krakow.pl/index.php?s=raporty> [data dostępu 23.10.2008].
- Pomoc społeczna. Programy*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; <http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=1139> [data dostępu 23.10.2008].
- Portal wirtualnego Klubu Seniora; <http://www.klubseniora.org> [data dostępu 2.10.2008].
- Press Release ECE/GEN/08/P02*, Komisja Gospodarcza ONZ dla Europy (UNECE), Geneva, 9 May 2008; http://www.unecce.org/pau/_docs/ggp/2008/GGP_2008_GGConf_PressRel.pdf [data dostępu 10.10.2008].
- Prognoza ludności na lata 2003–2030*, GUS, Warszawa 2004; [http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/prognozy/Prognoza%20ludnosci%20na%20lata%202003+2030%20\(GUS\).pdf](http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/prognozy/Prognoza%20ludnosci%20na%20lata%202003+2030%20(GUS).pdf) [data dostępu 26.04.2006].
- Program współpracy Wojewody Małopolskiego z organizacjami pozarządowymi w zakresie pomocy społecznej*, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, Biuletyn Informacji Publicznej; http://www.wrotamalopolski.pl/root_BIP/BIP_w_Malopolsce/root_UW/podmiotowe/Administracja/Programy/Program+wspolpracy+Wojewody.htm [data dostępu 24.11.2008].
- Programme on Ageing. A Demographic Revolution*, United Nations 2007; http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing_demo9.html
- Przejsie z pracy na emeryturę*. Notatka informacyjna GUS, 21 lipca 2007, www.onet.pl.
- Raport roczny 2007 Caritas w Polsce*, Publisher, Fundacja „Pro Caritate”, Warszawa maj 2008; <http://www.jedenprocent.caritas.pl/raport.pdf>.
- Robine J.M., Vaupel J.W., *Supercentenarians: flower ageing individuals or senile elderly?*, „Experimental Gerontology” 2001, no 36; <http://user.demogr.mpg.de/jwv/pdf/science.pdf> [data dostępu 13.12.2007].
- Robine J.M., Vaupel J.W., *Emergence of supercentenarians in low mortality countries*, „North American Actuarial Journal” 2002, no 6/3; <http://www.supercentenarians.org/flyer2.pdf> [data dostępu 13.12.2007].
- Rzecznik prasowy dolnośląskiego OW NFZ, Informacja ws. odpłatności i zasad pobytu w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych; <http://www.nfz.gov.pl/new/drukuj.php?artnr=1582&czartnr=0&drukuj=1> [data dostępu 18.11.2008].
- Schoenmaeckers R.C., *Population ageing. A Global Phenomenon with Multiple Faces*, [in:] *Population ageing. Towards an Improvement of the Quality of Life?*, ed. R.C. Schoenmaeckers, L. Vanderleyden, 2009; <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/publicaties/Publicaties/svr-studies/2009-02-17-svrstudie1-2009.pdf> [data dostępu 16.05.2009].

- Serwis WWW *StatKraK Liczby... Miasto... Mieszkańcy*, Miejski Zarząd Baz Danych; http://msip.um.krakow.pl/statkrak/view/show/view10.asp?tab=k_lud_ludnosc_wg_plci_wieku_v1: [data dostępu 9.12.2008].
- Sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za lata 1999–2008*; <http://www.mops.krakow.pl/statyczne/sprawozdania>.
- Sprawozdanie z działalności PCK w 2007 roku*, Warszawa 2008; http://www.pck.pl/media/repository/pliki/sprawozdania/sprawozdanie_z_dzialalnosci_za_2007_rok.pdf [data dostępu 13.11.2008].
- Sprawozdanie z działalności PCK w 2008 roku*, Warszawa 2008; http://www.pck.pl/media/repository/pliki/sprawozdania/sprawozdanie_z_dzialalnosci_za_2007_rok.pdf [data dostępu 13.11.2008].
- State of the World's Older People 2002*, HelpAge International, London 2002; www.helpage.org [data dostępu 27.10.2006].
- Statystyka za rok 2007*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1173> [data dostępu 23.10.2008].
- Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 13 września 2005 r. dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013*, Ministerstwo Polityki Społecznej; www.mps.gov.pl/index.php?gid=5&news_id=199; <http://www.mps.gov.pl/userfiles/File/mps/strategiaps.pdf> [data dostępu 3.11.2008].
- Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, Departament Pracy i Warunków Życia, GUS, 28.05.2008; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbc/gus/PUBL_syt_gosp_dom_2007.pdf [data dostępu 23.10.2008].
- Sytuacja społeczna w Unii Europejskiej 2004 – Przegląd*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Komisja Europejska – Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans, Eurostat 2005; http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/ssr2004_brief_pl.pdf [data dostępu 2.12.2008].
- Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa*, Załącznik do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 11/2004; http://opiekapaliatywna.org/z11z_2004.pdf [data dostępu 12.03.2006].
- Szczerbińska K., *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce i Europie*, DocEdu Program Edukacyjny Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Program Edukacja i Kultura Leonardo da Vinci; <http://www.docedu.klrwp.pl/print.php?id=135>, [data dostępu 3.01.2009].
- Szewczyk Ł., *Seniorzy spragnieni Internetu*; <http://media2.pl/internet/7635-seniorzy-spragnieni-internetu.html> [data publikacji 24.03.2006].
- Szewczyk Ł., *UPC otwiera Akademię e-Seniora*; <http://media2.pl/internet/25068-upc-otwiera-akademie-eseniora.html> [data publikacji 14.06.2007].
- Szlązak M. (opr.), *Wojewódzki Program Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006*, Sejmik Województwa Małopolskiego, kwiecień 2004; <http://www.rops.krakow.pl/index.php?ks=23&prog=9> [data dostępu 15.06.2006].
- The Ageing of the World's Population*, United Nations Programme on Ageing. A Demographic Revolution: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat 2007; <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing.html> [data dostępu 23.02.2008].

Uchwała nr XXXIII/228/91 Rady Miasta Krakowa z dnia 14 października 1991 r. w sprawie utworzenia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie. Biuletyn Informacji Publicznej Miasta Krakowa; www.cyfronet.krakow.pl/mk/bip/rada/uchwaly/show_pdf.php?id=3573 [data dostępu 3.05.2007].

United Nations Programme on Ageing; <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/index.html>.

Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r., Departament Statystyki ZUS, Warszawa 2008; <http://www.zus.pl/files/dane2007.pdf> [data dostępu 6.02.2009].

Witryna Akademii Pełni Życia; <http://www.apz.kr.k.pl>.

Witryna Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce; <http://www.filantropia.org.pl>.

Witryna amerykańskiego ruchu politycznego; www.graypanthers.org.

Witryna amerykańskiego ruchu społecznego „Czerwone Kapelusze”; www.redhatsociety.com.

Witryna brytyjskiej firmy Christies Care, oferującej opiekę domową osobom starszym i niepełnosprawnym; <http://www.christiescare.pl/pl/carer.php> [stan na 23.01.2007].

Witryna <http://www.ipnet.pl/UTW-komputer-dla-seniora>.

Witryna <http://www.senior.info.pl>.

Witryna http://www.trzeciwiek.kei.pl/program_kursow.htm.

Witryna Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej; <http://www.pkps.org.pl/szansa50.php> [stan na 28.02.2007].

Witryna Stowarzyszenia Pomocy Socjalnej GAUDIUM et SPES; <http://www.gaudium.endor.pl/index1.html>.

Witryna organizacji pozarządowych i pracowników pomocy społecznej, Seniorzy – usługi opiekuńcze; <http://pomocspoleczna.ngo.pl/x/1939;jsessionid=D817362C-0DA8D6B0852B55E7C1EF8F72> [stan na 27.05.2007].

Word Population Prospects: The 2006 Revision, UN Population Division, United Nations Publications, Departament of Economic and Social Affairs, New York 2006; <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/English.pdf>.

World Population Ageing 2007. UN Population Division, Departament of Economic and Social Affairs, New York 2007; <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007> [data dostępu 2.03.2008].

World Population Ageing: 1950–2050, DESA, Population Division, United Nations Publications, New York 2001; <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>.

World Population Prospects. The 1999 Revisions, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, New York 2000; <http://esa.un.org/unpp>.

Wortal Gerontology Research Group, USA; <http://www.grg.org/calment.html>.

Wortal <http://www.grundtvig.org.pl>.

Wortal Instytutu Rozwoju Służb Społecznych; www.irss.and.pl.

Wortal International Federation of Social Workers (IFSW); <http://www.ifsw.org/en/f38000138.html>.

Wortal Laboratorium wiary i kultury OPOKA, http://www.opoka.org.pl/struktury_kosciola/wspolnoty.

Wortal Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej; <http://www.mpips.gov.pl/index.php>.

Wortal Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie; <http://www.rops.krakow.pl/>.

Wójcik A., Herma C., *Omówienie priorytetów działań Komisji Europejskiej w 2002 r.*, Biuletyn analiz UKIE, styczeń 2002; http://www.rcie.lodz.pl/info/dokumenty/05_opracowania/analizy/analiza_8_10.pdf.

Zasady działania ONZ na rzecz osób starszych. Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia; http://www.unic.un.org.pl/rozwój_spoleczny/age1.pdf.

Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce, CBOS, Warszawa 2007; http://www.cbos.pl/SPOSKOM.POL/2007/K_138_07.pdf.

Spis tabel, wykresów i rycin

Tabele

1. Teren badań, respondenci, wdrożone techniki badawcze 17
2. Periodyzacja życia ludzkiego, ujęcie historyczne i współczesne –
wybrane stanowiska 30
3. Fazy starości w ujęciu wybranych autorów 32
4. Struktura demograficzna świata w 2007 46
5. Najstarsze demograficznie państwa świata (w 2007)
– procentowy udział ludności po 60. r.ż. 47
6. Globalny postęp starzenia się 48
7. Grupy wiekowe w wybranych krajach Unii Europejskiej
w 1996 i 2007 51
8. Procentowy udział ludności po 65. r.ż. w Unii Europejskiej,
z podziałem na grupy wiekowe 65–79 oraz 80+ w 2007 53
9. Przeciętne dalsze trwanie życia (*life expectancy*) 60
10. Osoby starsze wg płci, zamieszkania i wieku 61
11. Zmiany w strukturze ludności Polski w latach 1950–2006 62
12. Dzietność i trwanie życia w Polsce. Prognoza do 2030 63
13. Stan cywilny osób w wieku 60+ w 1995 i 2004 64
14. Wykształcenie w wieku 13+ (stan na 31 XII 2007) 66
15. Ludność Polski w wieku 60+ wg płci i poziomu wykształcenia w 2002 67
16. Dochody ludności w Polsce, z uwzględnieniem emerytów i rencistów
(stan na 31 XII 2006) 70
17. Struktura wg wieku osób, którym przyznano emerytury
(stan na XII 2007) 71
18. Świadczenia emerytalne (stan na XII 2007) 74
19. Wysokość przeciętnych miesięcznych dochodów gospodarstw domowych
w pierwszej połowie 2003 75
20. Średni wskaźnik świadczeń emerytalnych wypłacanych wg podstawy
wymiaru (XII 2007) 76
21. Przeciętna miesięczna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS
w latach 2002–2007 76
22. Samoocena stanu zdrowia 65-latków i starszych w perspektywie
badań podłużnych 80
23. Samoocena stanu zdrowia osób w wieku powyżej 60 lat w 2005 81

24. Obszary bezradności osób starszych 120
25. Teorie starzenia się 134
26. Wychowanie do starości – analiza poziomów działania 141
27. Charakterystyka socjodemograficzna słuchaczy chrzanowskiego UTW 148
28. Formy pracy dydaktycznej 150
29. Ramowy plan zajęć UTW – II semestr roku akad. 2008/09 151
30. Kalendarium międzynarodowej polityki społecznej wobec starości (wybór) 196
31. Typy idealne lokalnej polityki społecznej wobec ludzi starych 207
32. Działania podjęte w ramach Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2001–2003 210
33. Działania podjęte w ramach Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006 213
34. Wybrane elementy Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013 w obszarze polityki społecznej wobec starości i osób starszych 220
35. Zatrudnienie w wybranych jednostkach pomocy społecznej w 2007 232
36. Czynniki ryzyka zależności osoby starszej od opieki 234
37. Świadczenia pomocy społecznej 238
38. Organizacje i stowarzyszenia realizujące zadania prosenioralne na terenie Krakowa 241
39. Placówki stacjonarne służące osobom starszym z uwzględnieniem profilu usług 248
40. Pomoc społeczna stacjonarna, w tym dla osób starszych 253
41. Formy usług instytucjonalnej pomocy społecznej dla osób starszych 257
42. Opieka zdrowotna i pielęgnacyjna 262
43. Imprezy w DPS w 2007 289
44. Starsza wiekiem ludność Krakowa z podziałem na płeć (dane na 2007) 291
45. Stan demograficzny miasta Krakowa 292
46. Usługi opiekuńcze środowiskowe w Krakowie 301
47. Usługi opiekuńcze specjalistyczne w Krakowie 306
48. Ośrodki wsparcia dla osób starszych w Krakowie (stan na XII 2008) 308
49. Warunki lokalowe MDDPS w Krakowie 311
50. Tygodniowy plan zajęć w wybranej placówce (DDP 2) 321
51. Propozycje zajęć oferowanych przez MDDPS – na podstawie wybranej placówki (DDP 2) 321
52. Domy pomocy społecznej dla osób starszych w Krakowie (stan na 31 XII 2008) 324
53. Liczba miejsc w krakowskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych somatycznie w latach 1996–2008 325
54. DPS i ich mieszkańcy – porównanie danych za lata 1996 i 2008 326
55. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w krakowskich dps (stan na 2005) 327

56. Rzeczywisty standard usług w krakowskich domach pomocy społecznej (stan na 2005) **330**
57. Plan dzienny w DPS 1 **346**
58. Plan tygodniowy w DPS 1 **347**
59. Plan tygodniowy w DPS 2 **352**
60. Wydarzenia i imprezy kulturalno-oświatowe w DPS 1 i DPS 2 **355**
61. Wydarzenia i imprezy kulturalno-oświatowe w DPS 4 (w 2008) **364**

Wykresy

1. Ludność świata w wieku 60+, 65+, 80+, z uwzględnieniem płci, w 2007 **46**
2. Prognozy demograficzne ONZ dotyczące przyrostu populacji w wieku 65+ **50**
3. Udział procentowy poszczególnych grup wiekowych z wyszczególnieniem płci w Europie (w 2006) **50**
4. Rozkład grup wiekowych w najmłodszych i najstarszych demograficznie państwach Unii Europejskiej na podstawie wartości udziału 65-latków i starszych w populacji generalnej, z uwzględnieniem Polski **51**
5. Populacja wg wieku i płci w 1950, 2000 i 2050 na świecie, w Europie i w Polsce **52**
6. Procentowy udział ludności po 65. r.ż. w Unii Europejskiej, z podziałem na grupy wiekowe 65–79 oraz 80+ (w 2007) **55**
7. Udział poszczególnych grup wiekowych w populacji generalnej Polski (w 2007) **57**
8. Postęp starzenia się w poszczególnych latach i kohortach wiekowych **58**
9. Ludność Polski wg płci i wieku w 2002 i 2030 **58**
10. Odsetek osób w wieku 65+ wg województw w 2007 oraz prognoza na 2030 **60**
12. Świadczenia emerytalne ujęte w umowne przedziały płacowe **75**
13. Samoocena stanu zdrowia mieszkańców miast i wsi w 2001 **80**
15. Opiekunowie rodzinni i pozarodzinni **236**
16. Najczęstsze przyczyny udzielania pomocy w Małopolsce (w okresie I I –31 XII 2007) **238**
17. Odsetek mieszkańców województwa małopolskiego korzystających z pomocy społecznej **239**
18. Liczba osób starszych w ogólnej liczbie mieszkańców domów pomocy społecznej **253**
19. Starsza wiekiem ludność Krakowa w podziale na grupy wieku (stan na 2007) **291**
20. Liczebność zespołów terapeutyczno-opiekuńczych – różnice między stanem założonym a stanem faktycznym **328**
21. Przyczyny decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej, analiza porównawcza opinii mieszkańców dps **339**

22. Staż pobytu mieszkańców w DPS 1 **342**
23. Wykształcenie rezydentów DPS 1 **343**
24. Staż pobytu rezydentów w DPS 2 **349**
25. Wykształcenie mieszkańców DPS 2 **350**
26. Przekrój wiekowy mieszkańców DPS 3 dla osób przewlekle chorych somatycznie **360**
27. Wykształcenie mieszkańców DPS 4 dla osób przewlekle chorych somatycznie **362**

Ryciny

1. Role społeczne człowieka starszego **40**
2. Przestrzeń życiowa i pola aktywności osób trzeciego wieku – kręgi (instytucje) społeczne **96**
3. Przestrzeń życiowa i pola codziennej aktywności w późnej starości – kręgi (instytucje) społeczne **97**
4. Klasyfikacja potrzeb człowieka starego, mieszkańca domu pomocy społecznej **106**
5. Europejska Karta Seniora **126**
6. Inicjatorzy i podmioty polityki społecznej **192**
7. Hierarchiczny układ dokumentów zawierających elementy strategii działań wobec procesu starzenia się i starości **219**
8. Schemat organizacyjny systemu pomocy społecznej w Polsce **225**
9. Karta praw człowieka umierającego **262**
10. Świadczenia domów pomocy społecznej **336**
11. Przestrzeń życiowa domu pomocy społecznej **338**

Spis treści

Wprowadzenie 7

CZĘŚĆ I. STARZENIE SIĘ, STAROŚĆ – WYBRANE ASPEKTY

Rozdział 1. Kryteria wewnętrznej periodyzacji starości	24
1. Wiek biologiczny, wiek kalendarzowy	25
2. Wiek psychiczny. Zadania rozwojowe starości – klasyczne teorie starzenia się w perspektywie psychologicznej	34
3. Wiek społeczny, role społeczne	38
4. Wiek ekonomiczny i socjalny	43
Rozdział 2. Rewolucja demograficzna – ku społecznej starości	45
1. Siwiejąca ludzkość	46
2. Demograficzny i społeczny obraz polskiej starości	56
2.1. Wybrane wskaźniki demograficzne	56
2.2. Wskaźniki społeczno-ekonomiczne	64
3. Jakość życia	78
3.1. Stan zdrowia i sprawność funkcjonalna osób starszych	79
3.2. Sytuacja psychologiczna, postawy wobec starości, style życia w starości	86
3.3. Zakres interakcji społecznych, funkcjonowanie w kręgach i instytucjach społecznych	94
3.3.1. Potrzeby osób starszych	99
3.3.2. Rodzina i społeczność lokalna w życiu seniorów	107
3.3.3. Poczucie marginalizacji a prawa osób starszych	114
Rozdział 3. Profilaktyka gerontologiczna – aspekt pedagogiczny	127
1. Adaptacja do starości – wybrane teorie	127
2. Profilaktyka udanej, aktywnej starości	135
3. Przestrzeń edukacyjna seniorów – wymiar tradycyjny	144
3.1. Uniwersytet Trzeciego Wieku, inne ośrodki wiedzy	145
3.2. Kluby seniora	153
3.3. Instytucje upowszechniania kultury	156
4. Nowe obszary aktywności	158
4.1. Media, usługi	158
4.2. Turystyka i rekreacja, sport	160
4.3. Kompetencje cywilizacyjne i obywatelskie	162

CZEŚĆ II. GERONTOLOGICZNA PERSPEKTYWA POMOCY SPOŁECZNEJ
– FUNKCJE ZAŁOŻONE

- Rozdział 1. Ewolucja opieki i pomocy wzajemnej **168**
1. Historyczne przesłanki opieki i pomocy społecznej **168**
 2. Dzieje opieki i pomocy społecznej w Krakowie **172**
 - 2.1. Pierwsza Rzeczpospolita **172**
 - 2.1.1. Średniowiecze **172**
 - 2.1.2. Odrodzenie **175**
 - 2.1.3. Oświecenie – Królewska Komisja Dobrego Porządku **179**
 - 2.1.4. Niewola i autonomia **180**
 - 2.2. Druga Rzeczpospolita **182**
 - 2.3. Lata II wojny światowej (1939–1945) **184**
 - 2.4. Polska Rzeczpospolita Ludowa (lata 1945–1991) **186**
 - 2.5. Trzecia Rzeczpospolita (pierwsza dekada – do 1 I 1999) **189**
- Rozdział 2. Cele, struktura i aktualne zadania pomocy społecznej
– kontekst gerontologiczny **192**
1. Polityka społeczna wobec starości i wobec osób starszych **193**
 2. Strategie kształtowania polityki społecznej wobec starości
oraz jej efekty. Na przykładzie Regionalnego Ośrodka Polityki
Społecznej w Krakowie **209**
 3. Pomoc społeczna, cele i organizacja – funkcje założone **223**
 - 3.1. Zadania i formy pomocy społecznej wobec osób starszych **226**
 - 3.2. Modele opieki, wsparcie systemowe **232**
 - 3.2.1. Opiekunowie rodzinni **235**
 - 3.2.2. Opiekunowie domowi **239**
 - 3.2.3. Opiekunowie środowiskowi w obszarze
instytucjonalnej pomocy **243**
 - 3.3. Opieka długoterminowa **247**
 - 3.3.1. Opieka stacjonarna w resorcie pomocy społecznej **249**
 - 3.3.2. Opieka poza resortem pomocy społecznej **257**
 4. Praca socjalna a człowiek w podeszłym wieku **263**
 - 4.1. Definicje pracy socjalnej **263**
 - 4.2. Istota i zadania pracy socjalnej **266**
 - 4.3. Kształcenie gerontologiczne pracowników socjalnych **275**

CZEŚĆ III. FUNKCJE RZECZYWISTE POMOCY SPOŁECZNEJ
KIEROWANEJ KU NAJSTARSZYM BENEFICJENTOM

- Rozdział 1. Pomoc społeczna świadczona osobom starszym
przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie
i jego wybrane podmioty **284**
- Rozdział 2. Wsparcie udzielane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Krakowie **290**
1. Pomoc materialna **292**
 2. Świadczenia niematerialne środowiskowe **294**
 3. Środowiskowe ośrodki wsparcia **306**

- 3.1. Standardy wyposażenia i usług w ośrodkach wchodzących w strukturę Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej **310**
- 3.2. Metodyka geragogicznej pracy kulturalno-oświatowej w Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej w Krakowie **312**
- 3.3. Geragogiczna działalność dziennych domów pobytu – wybrane przykłady **318**

Rozdział 3. Opieka długoterminowa – dom pomocy społecznej jako środowisko życia starszej osoby **323**

- 1. Proces standaryzacji usług – ewolucja działań naprawczych systemu stacjonarnej pomocy społecznej **325**
- 2. Poziom świadczeń domów pomocy społecznej **332**
- 3. Funkcje domów pomocy społecznej w zakresie zaspokajania potrzeb mieszkańców – wybrane przykłady **340**

Podsumowanie **370**

Abstract **378**

Bibliografia **381**

Spis tabel, wykresów i rycin **408**

Contents

Introduction 7

PART I. AGEING AND OLD AGE – SELECTED CONTEXT

- Chapter 1. Criteria of inner periodization of old age 24
1. Biological age and calendar age 25
 2. Psychical age. Developmental tasks of old age –
the classical theories of ageing from the psychological perspective 34
 3. Social age and social roles 38
 4. Economic and social age 43
- Chapter 2. Demographic revolution – towards social old age 45
1. Graying humankind 46
 2. Demographic and social image of Polish old age 56
 - 2.1. Selected demographic indicators 56
 - 2.2. Social and economic indicators 64
 3. Quality of life 78
 - 3.1. Health and fitness of elderly people 79
 - 3.2. Psychological situation, attitudes towards old age, and
lifestyles in old age 86
 - 3.3. Range of social interactions, functioning in social circles
and social institutions 94
 - 3.3.1. Needs of elderly people 99
 - 3.3.2. Family and local community in the life of senior citizens 107
 - 3.3.3. Feeling of being marginalized and the rights of elderly
people 114
- Chapter 3. Gerontological prophylaxis – pedagogical aspect 127
1. Adapting to old age – selected theories 127
 2. Prophylaxis of successful and active old age 135
 3. Educational space of senior citizens – traditional dimension 144
 - 3.1. Third Age University and other centers of knowledge 145
 - 3.2. Senior Citizen Clubs 153
 - 3.3. Cultural institutions 156
 4. New fields of Activity 158
 - 4.1. Media and services 158
 - 4.2. Tourism, recreation, and sport 160
 - 4.3. Civilization and citizen competence 162

PART II. GERONTOLOGICAL PERSPECTIVE OF SOCIAL ASSISTANCE – THE OBJECTIVES

- Chapter 1. Evolution of caring for and helping each other **168**
1. Historical premises of social care and assistance **168**
 2. History of social care and assistance in Krakow **172**
 - 2.1. The First Republic **172**
 - 2.1.1. Middle Ages **172**
 - 2.1.2. Renaissance **175**
 - 2.1.3. Age of Enlightenment – the Royal Committee of Good Order **179**
 - 2.1.4. Servitude and autonomy **180**
 - 2.2. The Second Republic **182**
 - 2.3. Years of World War II (1939–1945) **184**
 - 2.4. Polish People’s Republic (years 1945–1991) **186**
 - 2.5. The Third Republic (first decade 1991 – to January 1, 1999) **189**
- Chapter 2. Aims, structure, and present tasks of social assistance – gerontological context **192**
1. Social policy towards old age and towards elderly people **193**
 2. Strategies of shaping social policy towards old age and its results as seen at the Regional Center of Social Policy in Krakow **209**
 3. Social assistance, aims and organization – objectives **223**
 - 3.1. Tasks and forms of social assistance towards elderly people **226**
 - 3.2. Models of care and system support **232**
 - 3.2.1. Family carers **235**
 - 3.2.2. Home carers **239**
 - 3.2.3. Environmental carers within the field of institutional assistance **243**
 - 3.3. Long-term care **247**
 - 3.3.1. Stationary care in the social assistance department **249**
 - 3.3.2. Care outside the social assistance department **257**
 4. Social work and an elderly person **263**
 - 4.1. Definitions of social work **263**
 - 4.2. Essence and tasks of social work **266**
 - 4.3. Gerontological education of social workers **276**

PART III. ACTUAL FUNCTIONS OF SOCIAL ASSISTANCE IN KRAKOW AIMED AT THE OLDEST BENEFICIARIES

- Chapter 1. Social assistance to elderly persons provided by the District Center of Assistance for Families in Krakow and its selected subjects **284**
- Chapter 2. Support provided by the Municipal Center of Social Assistance in Krakow **290**
1. Financial help **292**
 2. Non-material environmental benefits **294**
 3. Environmental support centers **306**

3.1. Standard equipment and services in centers belonging to the Municipal Day Care Nursing Home	310
3.2. Methodology of geragogic cultural and educational work at the Municipal Day Care Nursing Home in Krakow	312
3.3. Geragogic activity of day care nursing homes – selected examples	318
Chapter 3. Long term care – nursing home as life environment of an elderly person	323
1. Processes of standardization – evolution of remedial actions of the stationary system of social assistance	325
2. Level of benefits provided by the nursing homes	332
3. Functions of the nursing homes in satisfying the needs of tenants – selected example	340
Conclusions	370
Abstract	378
Bibliography	381
List of tables, charts and pictures	408

Praca w szeroki interdyscyplinarny sposób traktuje o starości, starzeniu się i konsekwencjach oraz wyzwaniach w tym zakresie pomocy społecznej i pracy socjalnej. Głównym celem Autorki było teoretyczne i empiryczne rozpoznanie jakości zmian, które zaszły w krakowskim systemie pomocy w perspektywie ostatnich lat. Badania i analiza osadzone są na tle szerszych zjawisk społecznych determinujących starzenie się oraz zmianę obszaru i jakości potrzeb jednostkowych i społecznych.

Krystyna Słany

Jest to praca wartościowa nie tylko dla pedagogiki, ale przede wszystkim dla gerontologii. Zastosowanie metody monograficznej, w której wykorzystane zostały różne materiały źródłowe połączone z badaniami jakościowymi, nie było łatwym przedsięwzięciem. A jednak Autorka sprostała temu zadaniu, pokazując nie tylko swój warsztat metodologiczny, ale także znajomość rzeczy i erudycję. Poza wartością poznawczą chcę podkreślić także społeczną użyteczność pracy.

Małgorzata Halicka

Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie
Prace Monograficzne nr 549