



Państwo i Społeczeństwo

RODZINA WOBEC CHOROBY I STAROŚCI

POD REDAKCJĄ GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARŻY

Kraków

2007

**„Państwo i Społeczeństwo” – czasopismo Krakowskiej Szkoły Wyższej
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego**

Rada Wydawnicza:

Klemens Budzowski, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Redaktor naczelny:

Jacek M. Majchrowski

Sekretarz redakcji:

Halina Baszak-Jaroń



Adres redakcji:

ul. Kanonicza 9

31-002 Kraków

tel. (012) 292 74 00, 433 99 00

e-mail: wydawnictwo@kte.pl

Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych. Decyzja o opublikowaniu tekstu uzależniona jest od opinii recenzentów. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów przeznaczonych do druku. Teksty powinny być przesyłane w dwóch egzemplarzach wraz z wersją elektroniczną.

**© Copyright by Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
2007**

ISSN 1643-8299

ISBN 978-83-7188-093-3

KSIĘGARNIA AKADEMICKA

ul. św. Anny 6, 31-008 Kraków

tel./faks (012) 43 127 43, 422 10 33 w. 11-67

akademicka@akademicka.pl

www.akademicka.pl

Recenzent:

prof. dr hab. Krystyna Slany

Adiustacja:

Agnieszka Kutylak-Hapanowicz

Skład i łamanie:

Pracownia DTP „Register”

PAŃSTWO I SPOŁECZEŃSTWO

Grażyna Makiello-Jarża: Przedmowa	3
---	---

CZĘŚĆ PIERWSZA CHOROBA

Jan Szmyd: „Odczytywanie” współczesności – możliwości, ograniczenia, funkcje społeczne i życiowe	7
Zbigniew Orbik: Ontologia bytu chorego	17
Grażyna Makiello-Jarża: Rodzina w obliczu choroby – wybrane zagadnienia	23
Olga Józefik-Chojnacka, Barbara Józefik: Doświadczenie anoreksji psychicznej – perspektywa rodziców pacjentek	29
Maria Bocheńska-Seweryn, Krystyna Kluzowa: Problemy ludzi przewlekłe chorych w opiniach osób udzielających im pomocy w środowisku zamieszkania	41
Tadeusz Aleksander: Terapia kulturowa i edukacyjna wobec choroby	47
Jerzy Gizella: Współczesna literatura jako forma wsparcia społecznego w walce z chorobą	57
Józef Kuźma: Stosunek do umierania i cierpienia – na przykładzie wolontariuszy krakowskiego Hospicjum	65
Małgorzata Kuleta, Monika Wasilewska: Rodzina w żałobie – wpływ doświadczenia utruty na funkcjonowanie rodziny jako systemu	73

CZĘŚĆ DRUGA STAROŚĆ

Urszula Kusio: McDonaldyzacja starości	89
Barbara Szmiągalska: Starość w wypowiedziach młodzieży i dorosłych	97
Patrycja Huget: Poczucie sensu życia ludzi młodych i ich stosunek do starości	107
Zofia Szarota: Opiekun osoby starszej	115
Aleksandra Litawa: Opieka domowa nad seniorami w USA na przykładzie stanu Illinois	127
Alicja Kycia: Ludzie starsi w rodzinach wiejskich a system wsparcia dla nich w pomocy społecznej	139
Dorota Bielec, Agata Kupczyk, Iwona Pająk, Zofia Szarota: Instytucjonalny system wsparcia osób starszych	145
Anna Panek: Aktywność wolnoczasowa seniorów jako profilaktyka, terapia, jako styl i sens życia	159

Grażyna Makiello-Jarża

PRZEDMOWA

Droga, jaką w biegu życia przebywa rodzina, uzależniona jest tak od czynników normatywnych, jak i pozanormatywnych (losowych). Czynniki normatywne to czas historyczny, w którym przyszło nam żyć, i wiek kalendarzowy – na ogół różny dla każdego z członków rodziny.

Choroba należy do czynników losowych – niektórych ludzi omija, innym towarzyszy przez całe życie. Starość może być uznana za normatywny okres życia, ale sam jej przebieg może również zależeć od czynników losowych. Inna jest starość samotna, inna przeżywana w rodzinie. Inaczej przeżywa chorobę człowiek samotny, inaczej ten, który choruje wśród bliskich.

Współczesny świat jest światem młodych i zdrowych. Nastawiamy się wszyscy na wiecznie trwającą młodość, na wieczne zdrowie. Nie potrafimy zatem starzeć się, nie potrafimy chorować. Wydaje się, że w naszej płynnej nowoczesności zgubiliśmy nie tylko umiejętność chorowania i starzenia się, ale także umiejętność towarzyszenia tak chorobie, jak i starości.

Zbiór artykułów oddawanych w ręce Czytelnika składa się z dwóch części. Pierwsza z nich traktuje o chorobie, druga – o starości.

Pierwszych dziewięć artykułów dotyczy różnych aspektów choroby. Jan Szmyd pisze o odczytywaniu współczesności, o możliwościach i ograniczeniach funkcji społecznych i życiowych, w których pewne miejsce zajmuje choroba. Problem ontologii bytu chorego ukazuje Zbigniew Orbik, biorąc za punkt wyjścia stwierdzenia Sorena Kierkegaarda, iż z jednej strony zadaniem człowieka jest „żyć i cieszyć się życiem”, z drugiej – iż „sensem życia jest umieranie”. Grażyna Makiello-Jarża w swym artykule ukazuje, w jaki sposób, opierając się na paradygmacie systemowego rozumienia rodziny, można opisać i zrozumieć wzajemne relacje między chorym a jego bliskimi. Uszczegółowieniem takiego rozumienia relacji rodzinnych jest rozprawa Olgi Józefik-Chojeckiej i Barbary Józefik, prezentująca niezwykle trudne relacje rodzinne (przedstawione z perspektywy rodziców) wynikające z doświadczenia anoreksji psychicznej.

Na pytanie, czego oczekuje chory od osób udzielających mu pomocy, odpowiadają Maria Bocheńska-Seweryn i Krystyna Kluzowa, możliwość pomocy choremu przez prowadzenie kulturoterapii przedstawia Tadeusz Aleksander, zaś na znaczenie literatury pięknej jako formy wsparcia w chorobie zwraca uwagę Jerzy Gizella.

Niezwykle istotne wydaje się przywrócenie należytego miejsca okresowi, w którym życie dobiega kresu. O stosunku do cierpienia i umierania w opinii wolontariuszy krakowskiego hospicjum pisze Józef Kuźma. Jak przeżywać żałobę, jak znieść utratę, w jaki sposób wspierać się w rodzinie – zastanawiają się w ostatnim artykule tej części tomu Małgorzata Kuleta i Monika Wasilewska.

Na część drugą składa się osiem artykułów. Urszula Kusio opisuje starość z perspektywy teorii mcdonaldyzacji społecznej Georgea Ritzera. Nieco bardziej optymistyczne wnioski wynikają z badań Barbary Szmigielskiej, przedstawiającej stosunek do starości młodzieży i osób dorosłych. Podobną problematykę podjęła Patrycja Huget, której artykuł traktuje o poczuciu sensu życia ludzi młodych i ich stosunku do starości.

Kolejne cztery artykuły dotyczą opieki indywidualnej i instytucjonalnej nad ludźmi starymi. Zofia Szarota przedstawia model opieki rodzinnej, środowiskowej i instytucjonalnej. Model opieki domowej nad seniorami w USA, na przykładzie stanu Illinois, opisuje Aleksandra Litawa. O sytuacji ludzi starych na wsi i systemie wsparcia za pośrednictwem pomocy społecznej pisze Alicja Kycia. Charakterystykę instytucjonalnego systemu wsparcia na przykładzie ośrodka regionalnego, powiatowego i miejskiego przeprowadzają Zofia Szarota, Dorota Bielec, Agata Kupczyk i Iwona Pająk. Ostatni w tej części artykuł, autorstwa Anny Panek, traktuje o znaczeniu dla ludzi starych czasu wolnego. Formy jego spędzania mogą stanowić o stylu życia, a pewne rodzaje aktywności mogą być traktowane jako terapia.

CZĘŚĆ PIERWSZA CHOROBA

Jan Szmyd

„ODCZYTYWANIE” WSPÓŁCZESNOŚCI MOŻLIWOŚCI, OGRANICZENIA, FUNKCJE SPOŁECZNE I ŻYCIOWE

1. Tytułem wprowadzenia zaczniemy od stwierdzenia ogólnego:

- Świat współczesny, świat z „tu i teraz”, wymaga nowego „odczytania”, „poznawania i przemyślenia na nowo”. Co oznacza to lapidarne i na pozór trochę przesadne w swej intencjonalności stwierdzenie? Zwłaszcza co znaczy tu zwrot: „odczytywać świat na nowo”? Spróbujmy odpowiedzieć w skrócie na to pytanie. Otóż oznacza ono sięganie do tych sposobów poznawczego i rozumiejącego „odczytywania” rzeczywistości, które umożliwiają ponowoczesne paradygmaty myślowe tworzone obecnie w głównych dziedzinach aktywności intelektualnej i twórczej człowieka, tzn. naukowej, filozoficznej i artystycznej. Przykładowo rzecz biorąc w takich specjalizacjach badawczych, jak fizyka jądrowa, biologia molekularna, informatyka, nauki techniczne, czy pewne dyscypliny filozoficzne, takie jak ekofilozofia, bioetyka, filozofia życia i twórczości. „Odczytywanie na nowo świata”, czyli odnowionego i u efektywnionego – właśnie w oparciu o paradygmaty myślowe wypracowywane przez współczesnych badaczy w niektórych dziedzinach „umysłowego dostępu” do niego – oznacza m.in. możliwość pojmowania świata jako całości, holistyczną jego recepcję, a w każdym razie ogarnianie poznawcze w jego szerszych, poniekąd globalnych wymiarach i aspektach.
- Taki rodzaj przedmiotowo szerszego niż to możliwe do osiągnięcia na gruncie tradycyjnie rozumianych nauk szczegółowych i dyscyplin filozoficznych, poznawania świata, głównie zmian i procesów społecznych, cywilizacyjnych, mentalnych i kulturowych; poznawania z pozycji całościowej epistemologii świata ludzkiego, jest oczywiście rzeczą bardzo trudną i bezprecedensową, ale bezspornie konieczną. Inaczej „zagubienie się w świecie” ludzi współczesnych i nadchodzących pokoleń i ich „dystans rozumienia w stosunku do wytworów bieżącej cywilizacji”, będzie się niepokojąco i niebezpiecznie powiększać¹.

¹ Por. W. Sztumski, *My zagubieni w świecie. Przyczynek do filozofii środowiska życia jako podstawy environmentologii*, Katowice 2006.

Może jeszcze nie jest tak źle, jak piszą niektórzy uczeni, że świat brany w szerszej skali poznawczo „nas przerasta”, że „nad otoczeniem najbliższym jakoś tam panujemy, ale świat szerszy, a co dopiero szeroki – to przekracza nasze możliwości umysłowe”; że „stajemy przed coraz zawilszym światem z tym samym topornym umysłem, dystans więc rośnie”, zwłaszcza do „świata polityki, życia społecznego, zachowań ludzkich”; że „nie mamy tu [...] godnych zaufania hipotez, które wyjaśniałyby to, co było, a tym samym nie mamy narzędzi, żeby przewidywać”².

Może nie jest tak źle, przynajmniej na poziomie opisu naukowego niektórych dziedzin świata ludzkiego. Natomiast co się tyczy rozumienia tego, co się w nim dzieje, to pesymizm poznawczy prawdopodobnie jest uzasadniony. Rozumienie to w szybkim tempie maleje, a cywilizacja współczesna jego możliwości coraz bardziej osłabia. „W naszym jakże skomplikowanym świecie – pisze filozof – nie umiemy znaleźć własnego miejsca, jakiejś radości istnienia; nie potrafimy zrozumieć struktury świata, który tak się zmienił w ciągu ostatnich 70 lat...”³.

Natomiast inny teoretyk współczesności do trudnego do zakwestionowania stwierdzenia dodaje konstatację też raczej bezsporną, stwierdzając, że:

Cywilizacja przełomu wieków XX i XXI [...] charakteryzuje się dehumanizacją, a postępująca technika pozbawia człowieka elementarnej potrzeby zrozumienia otaczającego świata, możliwości jego akceptacji i określenia swojej w nim roli. Statystyczny człowiek w niewielkim stopniu jest w stanie przyswoić sobie w pełnym zakresie cywilizację i pojąć jej techniczne meandry, reprezentowane już nie przez „wielką” technikę, ale przez instrumentarium techniczne najbliższego otoczenia⁴.

I chyba niewiele jest przesady w takim oto dalszym stwierdzeniu, zgodnie z którym „większość z nas nie rozumie świata, to znaczy nie wie, co się dzieje i dlaczego tak właśnie się dzieje [...]”⁵.

Szczególnie duże trudności w rozumiejącym odczytywaniu współczesności, tzn. technicznych i innych zawiłości nowszych i najnowszych wytworów i urządzeń cywilizacyjnych, mają z reguły ludzie starsi; ludzie ukształtowani w sferze swych postaw, mentalności i umiejętności w dobie poprzedzającej „ponowoczesność” – ery zasadniczo odmiennej od całej dotychczasowej ludzkiej przeszłości.

2. Dobrze może byłoby zwrócić uwagę na główne utrudnienia lub wręcz bariery w aktualnym komunikowaniu się ludzi różnych generacji za współczesnością, inaczej mówiąc – w „odczytywaniu” i rozumieniu świata w którym żyją oraz w rozumieniu ich samych w tym świecie.

Tych trudności jest oczywiście wiele i większość z nich związana jest integralnie z głównymi mechanizmami i procesami współczesnej cywilizacji, ma głównie

² B. Chwedeńczuk, *Dialogi z Adamem Schaffem*, Warszawa 2005, s. 144-145.

³ H. Skolimowski, J.K. Górecki, *Zielone oko Kosmosu. Wokół filozofii w rozmowie i esejach*, Wrocław 2003, s. 115.

⁴ L. Radzioch, *Intuicje i obiektywizacje. Z problematyki samostanowienia się przedmiotu filozoficznego*, Katowice 2005, s. 304.

⁵ *Ibidem*.

przedmiotową, a więc obiektywną naturę. Oznacza to m.in. tyle, że człowiek współczesny nie ma większego na niego wpływu i pozostaje wobec niego na ogół bezradny.

Oto niektóre z nich:

- Swoista przemiana świata współczesnego (głównie społeczeństw Zachodu), którą niektórzy autorzy określają mianem **entropii cywilizacyjnej**. Oznacza ona coraz większe komplikowanie się wewnętrzne tej cywilizacyjnej rzeczywistości, jej „bałaganienie się” czy popadanie w coraz większe nieporządki i stany chaosu. Ta cecha cywilizacji, głównie w jej aspekcie społecznym, humanistycznym i moralnym, zaciera jej przejrzystość, osłabia a nierzadko wręcz wyklucza jej rozumienie. Jak pisze jeden z polskich autorów

cała otaczająca nas rzeczywistość nieustannie się komplikuje. Staje się coraz bardziej „bałaganiarska”, coraz mniej czytelna, gdy chodzi o pozyskanie o niej informacji. [...] Ludzie zaczynają nie rozumieć tego, co się dzieje w ich otoczeniu i w nich samych. To prowadzi do irytacji, częściowej dezorientacji i frustracji, [...] na tym tle komplikującej się rzeczywistości powstają stany nieprzystosowania się ludzi do niej⁶.

To może być m.in. punktem wyjścia dla niektórych zaburzeń psychicznych i zakłóceń mentalnych.

- Trudności we właściwym rozeznawaniu się w komplikującym i konfundującym się świecie, a zwłaszcza w głębszym jego rozumieniu znacząco wzmacnia tempo jego **przemian**; tempo podlegające nieustannemu przyśpieszeniu i dokonujące się w niemal wszystkich ważniejszych dziedzinach rzeczywistości społecznej, prawnej, politycznej, technicznej, kulturowej itp. Jest to tempo, którego efekty nie tylko wymykają się możliwości ich percepcji przez przeciętnego człowieka – ze wszystkimi negatywnymi psychologicznymi, społecznymi, egzystencjalnymi konsekwencjami tego stanu rzeczy, ale także w wielu przypadkach wymyka się – co jest niebezpieczne dla przyszłości człowieka, i dla całej obecnej cywilizacji – racjonalnemu sterowaniu i wiarogodnemu przewidywaniu.
- Powszechnie znanym jest już fakt coraz większego nienadążania za cywilizacyjnymi i społecznymi przemianami świata współczesnego nauk społecznych i humanistycznych, wśród nich socjologii, nauk pedagogicznych, psychologicznych, politologicznych i innych.
- Inne poważne utrudnienia w rozumiejącym odczytywaniu współczesności wiążą się, paradoksalnie, ze sposobem wypracowywania i przekazywania o nim informacji, ich uzyskiwania, gromadzenia, porządkowania i komunikowania. Są to na ogół, czego wymownym przykładem jest działalność informacyjna mediów masowych, informacje wybiórcze, pośpiesznie gromadzone i dowolnie strukturalizowane (częściej według kryteriów komercyjnych niż metodologicznych), nierzadko przekazywane według wymogu sensacyjności i w zbytnim, uniemożliwiającym prawidłową ich recepcję, natłoku.

W rezultacie tego, jak się to niekiedy określa „informacyjnego smogu”, czy swoistej „papki informacyjnej” powstaje „zatrucie informacyjne” i „zagubienie in-

⁶ J. Czerny, *Zagrożenia wychowawcze we współczesnym świecie*, Katowice 1999.

formacyjne”. Podmiot poznawczy uzyskuje zdeformowany, szczątkowy i spłycony komunikat o rzeczywistości, zbytnio uproszczony, czy wręcz karykaturalny i zafałszowany jego obraz poznawczy. Przyczyniają się zresztą do jego formułowania nie tylko pośpieszne i nie zawsze rzetelne procedury uzyskiwania danych poznawczych oraz jednostronna działalność informacyjna mediów, ale także najbardziej charakterystyczny wytwór cywilizacji współczesnej w dziedzinie kultury i „konsumpcji duchowej”, tzn. kultura masowa, która z rozpatrywanego tu punktu widzenia nie tylko skutecznie wypiera wartości kultury wysokiej, ale stępia i wypacza u jej odbiorcy kryteria trafnego wartościowania, spłyca i zniekształca orientację aksjologiczną człowieka. Człowiek współczesny przywykł do wszechobecnej kultury masowej, w której wiele wartości uległo degradacji. Kultury, w której traci orientację w tym, co wartościowe, a co mierne. To zaś wpływa negatywnie na życie duchowe człowieka – na, by użyć kluczowego terminu filozofii życia Anny Teresy Tymienieckiej – *ontopoiesis of life*⁷.

Wymienione wyżej trudności w ogólnej percepcji świata współczesnego (ponowoczesnego) przez przeciętnego człowieka, rzutują na jej charakter. Mianowicie jest to percepcja zakresowo ograniczona, przedmiotowo wybiórcza i fragmentaryczna, a pod względem swej skuteczności jest ona na ogół powierzchowna, nie dość wnikliwa i adekwatna. Rzutują też one na ogólną kondycję poznawczą podmiotu owej percepcji. Jest ona osłabiona zdeintegrowana. Innymi słowy, **świat coraz bardziej wymyka się poznawczo człowiekowi** i staje się coraz mniej dlań zrozumiały, a on sam zaś coraz bardziej zdeorientowany i zagubiony w tym świecie.

Niemniej zasygnalizowane tu trudności stają się dla człowieka wyzwaniem. Są zadaniami i problemami do rozwiązania. Zadaniami i problemami bardzo trudnymi, jednakże niemożliwymi do uchylenia i zbagatelizowania, jeśli ów człowiek nadal ma być uznawany za *homo sapiens*, z głównymi przymiotami swego człowieczeństwa. Czyli aktualizuje się z dużą imperatywnością postulat „**odczytywania świata na nowo**”, mówiąc obrazowo – „czytania” go jakby z nowej książki; książki, w której zawarta byłaby w większej mierze niż w dotychczasowych księgach całościowa i wnikliwsza o nim wiedza, a także postawa i orientacja dystansująca go od ofensywnej w obecnym świecie głupoty i irracjonalności.

3. Podstawę poznawczą i stan wiedzy o świecie poprzedzającą wczytywanie się w ową „księgę” można uznać za jedną ze specyficznych odmian autoalienacji, czyli alienacji subiektywnej. Jest to rodzaj: „(wyalienowania człowieka w stosunku do określonego systemu odniesienia)”⁸. Charakteryzują go, jak wykazują badania nad tym osobliwym zjawiskiem, określone właściwości oraz – co nas tu głównie interesuje – powoduje on różnorakie konsekwencje dla życia ludzkiego i jego kondycji zdrowotnej.

Do jego charakterystycznych właściwości zaliczyć można m.in. swoistą bezsilność (*powerlessness*), zaciemnienie lub utratę sensu otaczającej rzeczywistości (*meaninglessness*), poczucie wyobcowania (izolacji) w stosunku do

⁷ Por. A.T. Tymieniecka, *Logos and Life*, t. 1-3, Dordrecht-Boston-London 1989-1990.

⁸ A. Schaff, *Alienacja jako zjawisko społeczne*, Warszawa 1999, s. 142.

niej (*isolation*) oraz doświadczenie obcości samego siebie (*selfstrangement*). Wszystkie te cechy są podmiotowym przejawem tzw. „złej adaptacji” (*re-treatism*) do świata zewnętrznego i siebie samego⁹.

Natomiast do ważniejszych skutków i istotnych korelatów omawianego stanu psychoepistemologicznego zaliczyć można m.in. zarówno określone skutki społeczne i egzystencjonalne, jak i pewne skutki chorobowe lub z pogranicza zdrowia i choroby – od takich czy innych zakłóceń i zaburzeń psychicznych albo somatycznych zaczynając, a na poważnych społecznie i psychicznie generowanych chorobach kończąc.

W lżejszych przypadkach może to być ucieczka w niektóre przejawy tzw. „fałszywej podświadomości”, irracjonalności, apatii, lęku, zmęczenia i zniechęcenia itp. Natomiast w ciężkich przypadkach prowadzić to może – używając terminologii Victora Frankla – do tzw. „pustki egzystencjalnej” (*existential vacuum*), „wyobcowania wobec własnego życia” (*existential vacuum*) albo nawet do utraty tożsamości osobowej. Może też to prowadzić w różne stany anomiczne, to jest do załamania się internalizowanego dotąd systemu wartości i opartych na nich norm postępowania, dezorientacji w kryteriach wyboru norm i wartości, a w konsekwencji – do stanu swoistego chaosu aksjologicznego i moralnego.

Nie da się też wykluczyć i takiej zależności kiedy to – zgodnie z poglądem Ericha Fromma – „neuroza staje się funkcją alienacji”, swego rodzaju ucieczką przed nią. To znaczy, że głęboka deformacja w zakresie poznawczego orientowania się i emocjonalnej z nim więzi przyczyniać się może do niektórych zaburzeń i chorób psychicznych. Na przykład do pewnych zachowań odbiegających od przyjętych norm społecznych (*aberrant behavior* lub *deviant behavior*) czy schizofrenia¹⁰.

W społecznym zaś wymiarze omawiany typ alienacji może stwarzać możliwość ucieczki w sferę postaw zachowawczych i konserwatywnych, co m.in. potwierdza Ryszard Kapuściński na podstawie swych bogatych i wnikliwych obserwacji globalnego reportera. Píše on, że „wysilek zmierzający do uporządkowania obrazu świata, niezależnie jak bardzo byśmy się mylili, jest szalenie ważny. Bo ukierunkowuje myślenie współczesnego człowieka. Bez tego uporządkowania człowiek popada w stan dezorientacji, z którego szuka ucieczki w fałszywą podświadomość, w nacjonalizmy, klaustrofobie, odrzucanie „innego”, urojenia, irracjonalne lęki, w to wszystko, w czym – jak sądzi – może się schronić, nie potrafiąc racjonalnie przetrwać tej megainformacji”¹¹. Z pozycji pogłębionej alasy socjopsychologicznej i kulturologicznej Erich Fromm rozważaną tu zależność ujmując następująco: „Alienacja jako człowieka, nawet jeśli te formy są mniej ekstremalne niż psychoza”¹².

⁹ Por. M. Seemann, *On the meaning of alienation*, „American Sociological Review” 1959, nr 24, s. 783, za: A. Schaff, *Alienacja jako zjawisko...*, s. 156-157.

¹⁰ Por. E. Fromm, *Jenseits der Illusionen*, Zürich 1967, s. 62-63, za: A. Schaff, *Alienacja jako zjawisko...*, s. 188.

¹¹ R. Kapuściński, *Nie ogarniam świata. Z Ryszardem Kapuścińskim spotykają się Witold Bereś i Krzysztof Brunetko*, Warszawa 2007, s. 142.

¹² Por. E. Fromm, *Jenseits der Illusionen...*, s. 64; idem, *Ucieczka od wolności*, Warszawa 1971; idem, *Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki*, Warszawa 1996.

W jakim natomiast zakresie i w jakim stopniu ów wycinkowy i specyficzny aspekt autoalienacji, polegający na drastycznym ograniczeniu i istotnej deformacji poznawczej orientacji człowieka w świecie, w którym żyje, powoduje te rozmaite negatywne skutki społeczne, egzystencjalne i zdrowotne, trudno byłoby w tej skrótowej wypowiedzi ustalić. Nie ulega jednak wątpliwości, że wiele danych empirycznych i ujęć teoretycznych odnoszących się do tej kwestii potwierdza jej znaczący współdział w tym procesie i w związku z tym podjętych tu rozważań na ten temat nie da się potraktować jako bezprzedmiotowe.

4. Na czym więc miałyby polegać podnoszone przez nas nowe odczytywanie świata i jak rozumieć tę chroni on mimo wszystko przed głupotą i irracjonalizmem mądrą orientację w świecie?

Przede wszystkim należy stwierdzić, że interesujące nas tu odczytywanie rzeczywistości nie oznacza ani jakiegoś całkowicie nowego i wyłącznie ludziom nauki polecanego postulatu badawczego, ani też jakiejś radykalnie nowej metody filozoficznego rozpoznawania świata. Inaczej mówiąc, nie oznacza ono tego, czego aktualnie w nauce i filozofii nie ma i w najbliższej przyszłości prawdopodobnie nie będzie. Oznacza ono co prawda trudną, ale w określonej mierze możliwą reorientację zarówno w naturalnym (potocznym), jak i naukowym (głównie w dziedzinie nauk społecznych i humanistycznych) oraz filozoficznym poznawaniu rzeczywistości.

Na każdym szczeblu i w każdej swej płaszczyźnie nowe „odczytywanie” rzeczywistości ma oczywiście inne możliwości i – by tak powiedzieć – niejednakowe zasięgi poznawcze. Wiadomo przecież, że horyzont poznania naturalnego (potocznego) jest ograniczony, a jego zdolność głębszego przenikania w sferę przedmiotu poznawczego czy jego pozazmysłowego oglądu jest stosunkowo niewielka, nie wykraczająca poza granice sensualnego, intuicyjnego i zdroworozsądkowego „odbioru” rzeczywistości.

Także i poznanie naukowe ma swoje, w obecnych czasach, w dobie postmodernizmu, nawet przesadnie ukazywane, różnorakie bariery i ograniczenia, choć, oczywiście, w porównaniu z poznaniem naturalnym jest poznaniem głębszym i bardziej wiarygodnym, aczkolwiek w zakresie swego przedmiotu jest ono bardziej lub mniej wycinkowe i fragmentaryczne.

Natomiast poznanie filozoficzne, mimo takich swoich zalet, jak większa niż w pozafilozoficznych dziedzinach ludzkiego poznania dociekliwość i krytycyzm, przenikliwość i głębia, rozległość horyzontów, a zarazem udane niekiedy docieranie do istoty rzeczy i sensu roztrząsanych w nim aspektów rzeczywistości, też wzbudza wiele, coraz częściej wyrażanych wśród licznych jego krytyków, wątpliwości i zastrzeżeń. Na przykład pytań o to, czy nie jest ono zbyt dowolne, spekulatywne, metodologicznie nie dość ugruntowane, nazbyt hipotetyczne i uogólnione¹³.

Wszystkim tym trzem głównym rodzajom ludzkiego poznania przypisać jednak można, mimo ich ograniczeń, odpowiednią rolę w projektowanej tu koncepcji

¹³ Por. J. Szmyd, *Filozofowanie użyteczne. Studia z filozofii praktycznej*, Bydgoszcz–Kraków 2003, s. 26-33.

nowego „odczytywania” świata ludzkiego, choć, rzecz jasna, niejednakowe mogą być ich możliwości, cele i zadania w ramach tej koncepcji.

I tak w przypadku poznania naturalnego (zdroworozsądkowego) chodzi o to, aby zachować możliwie największy **dystans i krytycyzm wobec zagrożeń docierających do odbiorcy ze strony massmediów** informacji i ich symbolicznych przekazów, **dyskursów ideologicznych i politycznych, języka komercji i konsumeryzmu**. Znane i nasilające się deformacje i zafałszowywania obrazu świata ludzkiego i dziedziny wartości oraz coraz większe stępienie wrażliwości poznawczej, moralnej i estetycznej przez dominujące dziś przekazy danych i znaków o środowisku zewnętrznym i wewnętrznym człowieka są tak duże i destrukcyjne, że wymagają maksymalnego wyłączenia krytycyzmu i zdrowego rozsądku, pełnej mobilizacji, czujności i niezawisłości umysłu już na tym podstawowym poziomie myślenia i wartościowania oraz elementarnego orientowania się w świecie.

Z kolei na szczeblu poznania naukowego wymogi nowoczesnego odczytywania świata dyktują potrzebę zdecydowanego przechodzenia na pozycje badań wielo- i interdyscyplinarnych oraz **radikalnego przyspieszenia rozwoju wyraźnie pozostających w tyle za przemianami cywilizacyjnymi nauk społecznych i humanistycznych**; nauk lepiej niż dotąd przysposobionych do głębszego rozpoznawania mechanizmów i struktur, zmian i przekształceń globalizującego się świata ludzkiego.

Szczególnie silnej stymulacji i przyspieszenia tempa rozwoju wymagają te spośród tych nauk, które częściowo same w sobie są wielodyscyplinarne i mają bezpośrednie zadania praktyczne. Są to m.in. nauki o cywilizacji i procesach globalizujących, o edukacji i wychowaniu, o życiu społecznym i rodzinie. Ich wielo- i interdyscyplinarność, silne powiązania ze sferą praktyki i doświadczeń społecznych, docieranie poznawcze do rzeczywistości poprzez rozległy wachlarz metod i narzędzi poznawczych oraz nastawienie konstruktywne i prospektywne, predysponują je w znacznej mierze do trudnych zadań w zakresie odnowionego odczytywania świata współczesnego.

5. Zwróćmy na koniec uwagę na to, co filozofia, a ściślej mówiąc, określone poznanie filozoficzne może wnieść do omówionego tu programu poznawczo-rozumującego. Rola filozofii w programie działalności poznawczo-rozumującej, zwanej tu odczytywaniem świata na nowo jest prawdopodobnie największa, a w każdym razie nader istotna i niezbywalna. Dotyczy to zarówno niektórych odmian filozofii zastanych, jak i pewnych typów filozofii możliwych, które do tej nowej i bardzo trudnej funkcji można by, jak wskazują na to podejmowane już w tym polu próby, powołać i przysposobić. Ale liczyć się tu mogą jedynie filozofie z tzw. „czynnikiem humanistycznym”, to znaczy filozofie z nastawieniem poznawczym głównie na człowieka – jego naturę i istotę, miejsce i rolę w świecie, życie jednostkowe i zbiorowe, cel i sens egzystencji, świat idei i wartości itp., przy dążności rozpoznawania nie tylko fenomenalistycznie ujawnianych stanów rzeczy, ale głębszych pokładów i wymiarów przedmiotu poznania, jego istoty, sensu, znaczenia itp.

Na tym zaś poziomie filozoficznego poznania włączać się musi jego rozumiejąca i ocenna funkcja, z niezbędnym udziałem intuicji, bezpośredniego doświadcze-

nia, empatii, poczucia wewnętrznego, intelektualno-emocjonalnego wartościowania a nadto także „renowacyjnej” (odnowicielskiej) intencjonalności w stosunku do poznawanego, ocenianego i rozumiejącego „ogarnianego” świata.

Wszystkie te sposoby i możliwości poznawcze przysługują, jak wiadomo, pewnym rodzajom filozofowania (filozofii); przysługują m.in. ze względu na ich zdolność niezbędnego przy omawianym tu sposobie odczytywania rzeczywistości, ogólnego, czy holistycznego ujmowania przedmiotu dociekań poznawczo-rozumiejących.

Przykładowo rzecz biorąc chodzi tu o takie sposoby filozoficznego ujmowania rzeczywistości, które z większym lub mniejszym powodzeniem wypracowano na gruncie dialektyki Platona, intuicjonizmu Bergsona, fenomenologii poznawczej Husserla, doświadczenia bezpośredniego Romana Ingardena, w hermeneutyce Hansa G. Gadamera i Paula Ricoeura, ekofilozofii Henryka Skolimowskiego czy filozofii życia i twórczości Anny Teresy Tymienieckiej oraz w paru jeszcze innych epistemologiach filozoficznych (np. Emmanuela Lévinasa, Martina Bubera, Józefa Tischnera, Józefa Bańki i innych).

Oczywiście dużo pozostaje do zrobienia na rzecz wprzęgnięcia zastanej i przyszłej filozofii w to nowe odczytywanie ludzkiej rzeczywistości. Ale istnieje znaczne prawdopodobieństwo uzyskania na tej drodze pewnego sukcesu, pod warunkiem jednak, że filozofia skutecznie uwolni się od jałowego spekulatywizmu, ciasnego minimalizmu, przestarzałego racjonalizmu, pretensjonalnego akademizmu i obecnych w niej tendencji absolutystycznych.

Tego rodzaju filozofia, jeśli ma podołać stojącym przed nią wyzwaniom, powinna się rodzić, podobnie jak filozofia antyczna, z zadziwienia nad światem, sentymentu dla niego i krytycznej afirmacji, nie zaś z obojętności i nihilistycznej krytyki. Tylko wówczas będzie ona, być może, ten świat poznawczo zgłębić i rozumiejąco ogarnąć; a więc przyczynić się znacząco do właściwego jego odczytywania. Zwraca tu uwagę charakterystyczne stwierdzenie jednego z orędowników tej nowej filozofii:

współcześni filozofowie na ogół nie mają serca do świata, nie czują sentymentu wobec niego. Uważają, że żyją w świecie obojętnym i nijakim. I taka też jest ich filozofia. Warunkiem stworzenia filozofii dobrej i porywającej – stwierdza autor – jest afirmacja świata, a być może też zachwycenie się nim, z tego impulsu rodziła się pierwotna filozofia w okresie greckim (jakże wspinała!). Z tego impulsu rodziły się wielkie filozofie¹⁴.

6. Przedstawiona wyżej koncepcja nowego odczytywania świata współczesnego jest, oczywiście, projektem wstępnym i niedokończonym, roboczo i szkicowo sformułowanym, otwartym na niezbędne uściślenia i konkretyzacje. Przede wszystkim zaś jest ona postulatem określonego kierunku koniecznych poszukiwań, namysłów, prób i rozwiązań ogólnometodologicznych i poznawczych. Ze względu na szczególnie trudne zadania tego projektu, jego złożoność i rozległy wymiar jego

¹⁴ H. Skolimowski, J.K. Górecki, *Zielone oko Kosmosu...*, s. 117.

przedmiotu nie mieści się on w jakimkolwiek tradycyjnym czy klasycznym paradygmacie myślowym a poszukuje swego miejsca w płaszczyźnie nietradycjonalistycznego myślenia epistemologicznego i hermeneutycznego.

Po pierwsze polega on na tym, że łączy w całościowym akcie poznawczym, w przypadku nowoczesnego „odczytywania” świata ludzkiego, wszystkie możliwe rodzaje i szczeble poznania. Od poznania naturalnego poczynając a na filozoficznym kończąc, przyznając im z osobna niezbywalne wartości i autonomię, a równocześnie zakładając, że – jak pisze Władysław Tatarkiewicz – na każdym swym szczeblu ludzkie poznanie się bogaci, w związku z czym niektórzy ludzie kroczą szczebel po szczeblu do możliwie pełnego poznania. Na każdym z nich osiągają coś nowego: na szczeblu naukowym – pogłębienie i uściślenie poznania naturalnego, zaś na szczeblu filozoficznym – syntezę jednego i drugiego. A nadto także osiągając nowe opcje i perspektywy poznawcze, umożliwiające m.in. przybliżenie się rozumiejące do natury bytu, istoty człowieka, sensu i wartości życia, miejsca i roli człowieka w świecie¹⁵.

Po drugie łączy się w nim, czy swoiście integruje, różne poziomy moralnego, humanistycznego, estetycznego – jeśli można tak powiedzieć – poznawczego, a zarazem uczuciowo-intuicyjnego „dostępu” do rzeczywistości.

Zgodnie z przyjętą w tej koncepcji ideą pozytywnego relatywizmu nie absolutyzuje się w nim żadnego z wymienionych kontaktów intelektualnych i emocjonalno-intuicyjnych oraz moralnych z otaczającym nas światem, ale każdą odmianę tego kontaktu uznaje się za bardzo cenną i nieodzowną – zdając, oczywiście, sobie sprawę z ich jakościowych zróżnicowań.

Bo w omawianej tu koncepcji chodzi o możliwą do osiągnięcia integralną wiedzę i o wypracowujący ją wysiłek poznawczy nie na wyodrębnionych i zawężonych płaszczyznach, ale na rozległym polu poznawczym: jednocześnie zdroworozsądkowym, naukowym i filozoficznym, a nadto także emocjonalno-intuicyjnym i humanistyczno-moralnym. Innymi słowy, chodzi o możliwą integrację całego ludzkiego poznania i rozumienia, ze wszystkimi jego odmianami, poziomami i płaszczyznami. Jedynie taka, powiedzmy „totalna integracja” kontaktu poznawczego ze światem może umożliwić jakiś znaczący postęp w głębszym i pełniejszym „odczytywaniu” współczesności.

Po trzecie – omawiany tu projekt poznawczy nie oznacza – o czym już wcześniej była mowa – dowolnej i nieracjonalnej wizji czy niekontrolowanego i fantazyjnego pomysłu. Oczywiście, nie jest on pozbawiony pewnej spontaniczności, a nawet usytuowania na granicy nieprawdopodobieństwa lub nastawienia utopijnego. Dotyczy on wszak nie tyle tego, co jest, ile tego, co powinno być, zakładając jednak sensowność czy wręcz konieczność myślenia projekcyjnie mało prawdopodobnego i utopijnego, a nawet desperacko postulatycznego w odniesieniu do tych dziedzin rzeczywistości ludzkiej, gdzie przejawiają się najważniejsze problemy bytowania człowieka i jego przyszłości. Klęska takiej czy innej utopii nie może zrażać do samej idei utopii, bo ta jest wielkim czynnikiem motorycznym dziejów ludzkich.

¹⁵ Por. W. Tatarkiewicz, *Droga do filozofii i inne rozprawy filozoficzne*, t. 1, Warszawa 1971, s. 13-25.

Pewnie zgodzić się trzeba z stwierdzeniem, że „historia ludzkich społeczeństw, w najlepszym swoim wymiarze, to historia utopii, które ludzie wymyślili i starali się realizować, czasem lepiej, czasem gorzej. Bez tych eksperymentów w poszukiwaniu «państwa niebiańskiego» byliśmy niedaleko od jaskini»¹⁶.

Myśl tę odnieść można także do spraw pozaspołecznych, w tym do spraw poznawczych. Tu także nie byłoby postępu bez śmiałych, ryzykownych i eksperymentalnych projektów.

Być może przedstawiona w tym tekście koncepcja nowego odczytywania świata ludzkiego opartego na możliwie w pełni integrowanym wysiłku poznawczym daje się zaliczyć do tego rodzaju projektów. A jeśli tak, to pytanie o możliwość realizacji, przy doprecyzowaniu i uściśleniu tego projektu, staje się pytaniem uprawnionym. Rzecz jasna, nie ma, i być nie może, jednoznacznej i ostatecznej na nie odpowiedzi; nie ma i być nie może, bo kwestia, której ono dotyczy, jest z natury swej hipotetyczna i ma wysoki, może nadzwyczaj wysoki, stopień trudności. Gdyby jednak się okazało, że zawiera ona choćby częściowe i ograniczone możliwości, to oznaczałoby to, że uzyskujemy nadzieję na poznawczo zaktualizowaną odpowiedź na stare (nowe) pytanie: „gdzie jesteśmy i dokąd idziemy?”. Przy założeniu, że pytamy nie tylko o to „co jest”, ale także o to „co jest możliwe”.

¹⁶ H. Skolimowski, J.K. Górecki, *Zielone oko Kosmosu...*, s. 65.

Zbigniew Orbik

ONTOLOGIA BYTU CHOREGO

Celem artykułu jest uchwycenie ontologicznej struktury bytu ludzkiego jako istoty duchowo-cieleśnej. Zanim przystąpimy do dalszych rozważań, spróbujemy dokonać wyjaśnienia kluczowych występujących tutaj pojęć: *ontologia* oraz *byt chory*.

Termin *ontologia* ma swoją długą tradycję i trudno podać jakieś jedno satysfakcjonujące wszystkich jego znaczenie. Nazwa ta wywodzi się z języka greckiego (gr. *on* – byt + *logos* – nauka, słowo) i oznacza naukę o bycie, czyli o wszystkim, co istnieje. Sam termin pojawił się w literaturze filozoficznej stosunkowo późno, bo dopiero w XVII wieku. Jako pierwszy użył go Rudolf Goclenius w słowniku filozoficznym noszącym tytuł *Lexicon philosophicum quo tamquam clavae philosophiae fors aperiantur*. Największe zasługi w jego spopularyzowaniu ma jednak Christian Wolff, który dzielił filozofię na ontologię, kosmologię i psychologię. Terminu 'ontologia' często używa się zamiennie z terminem 'metafizyka', jednak nie wszyscy myśliciele skłonni są do utożsamiania tych określeń¹. Dla potrzeb tych rozważań przyjmijmy, że ontologia jest nauką filozoficzną, której podstawowym zadaniem jest analiza znaczeń podstawowych pojęć, którymi posługujemy się tak w poznaniu naukowym jak i w życiu codziennym. Wyrażając się bardziej precyzyjnie, za Kazimierzem Ajdukiewiczem możemy określić zadania ontologii „jako dążenie do definicji rzeczowych pewnych terminów opartych na wnikięciu w znaczenie przysługujące tym terminom w języku, z którego je czerpiemy”². Swoje wyniki ontologia uzyskuje poprzez analizę zawartości idei odpowiednich przedmiotów. Jest ona zatem nauką ze wszystkich najogólniejszą, dostarczającą podstaw wszelkim innym naukom.

¹ Zagadnienie sposobu rozumienia terminów 'ontologia' i 'metafizyka' jest dosyć skomplikowane, ponieważ zależy ono od przyjętej tradycji filozoficznej. Można stwierdzić, że termin 'ontologia' jest częściej używany w tradycji niemieckojęzycznej, natomiast 'metafizyka' w anglosaskiej. W tradycji filozofii polskiej o metafizyce chętniej mówią myśliciele związani z filozofią chrześcijańską (neotomizm) odwołujący się do Arystotelesa. Określenia 'ontologia' natomiast częściej używają filozofowie związani z tradycją analityczną. Interesujące rozróżnienia wprowadzają tutaj fenomenologowie, zob. np. R. Ingarden, *Spór o istnienie świata*, t. 1, Warszawa 1960.

² K. Ajdukiewicz, *Zagadnienia i kierunki filozofii*, Warszawa 1983, s. 105.

Drugie z kluczowych dla naszych rozważań pojęcie 'choroby' jest mniej wieloznaczne, a w każdym razie powszechnie używane i zrozumiałe w języku potocznym. Możemy zdefiniować chorobę jako stan, który aktualnie lub potencjalnie zakłóca prawidłowe funkcjonowanie organizmu. To medyczne określenie choroby zostanie przez nas przeformułowane.

Nie chodzi nam bowiem tutaj o prostą opozycję pojęciową zdrowia jako naturalnego stanu organizmu i choroby jako zakłócenia tego stanu. Za tzw. konstruktywistami przyjmujemy, że choroba jest pewnym stanem, który wytwarza się w określonym językowym i społecznym procesie i jest zrelatywizowany do aktów mowy, ideałów, sądów i potrzeb człowieka. Z faktu, że człowiek jest istotą duchową, wynika, że jego sposób istnienia jako zdrowy bądź chory jest również ukonstytuowany w sferze ducha i jego wytworów – kultury. Pojęcia zdrowia i choroby mają zatem, poza sensem czysto medycznym, *resp.* antropologicznym, również sens ontologiczny. Związany on jest z organiczną podstawą duchowego życia człowieka. Człowiek bowiem, żyjąc w naturze, stanowiąc jej część, usiłuje ją nieustannie przekraczać, transcendować ku kulturze, duchowi.

Natura jako taka nie jest ani zdrowa, ani chora, raczej oba te pojęcia są w jej obrębie komplementarne, dopełniające się, charakteryzujące życie jako takie. Choroba bytu ludzkiego w sensie ontologicznym, powtórzmy, polega na sposobie, w jaki człowiek przezwycięża naturę, polega również na jego świadomości. Dopiero jako byt, który usiłuje naturę przekraczać, czyli jako byt duchowy człowiek może być (w sensie ontologicznym) zdrowy lub chory.

Na pewne uprzywilejowanie bytu człowieka zarówno w sferze natury, jak i ducha wskazuje Karl Jaspers, gdy stwierdza:

W wielkich obrazach antycypowano to, czym jest człowiek, jakby on sam już to wiedział. Po pierwsze, umieszczano go w hierarchii istot. Człowiek jako istota zmysłowa stoi najwyżej wśród zwierząt, jako istota duchowa – najniżej wśród aniołów, nie jest jednak ani zwierzęciem, ani aniołem, ale pokrewny jest im obu częścią swojej istoty, wobec każdego z nich uprzywilejowany przez to, czego im brakuje, a co on czerpie z własnego źródła, jako twór samego Boga³.

Punktem wyjścia naszych rozważań mogłyby być słowa wybitnego duńskiego myśliciela, Sørensa Kierkegaarda, który w swoich *Dziennikach* napisał:

Są tylko dwa poglądy na życie, odpowiadające dwoistości, jaką jest człowiek: stworzenie zwierzęce i duch. Zgodnie z pierwszym poglądem zadaniem człowieka jest żyć, cieszyć się życiem i wszystko w nie wkładać. Drugi pogląd jest następujący: sensem życia jest umieranie.

Byt człowieka w tej perspektywie jest „życiem ku śmierci” lub, ujmując to inaczej, jest „chorobą na śmierć”. Wspomniany powyżej Karl Jaspers pisze:

³ K. Jaspers, *Filozofia egzystencji*, przeł. D. Lachowska, A. Wołkowicz, Warszawa 1990, s. 26.

Wszelkie ludzkie życie, działanie, dokonanie, powodzenie ostatecznie ponosi klęskę. Można wprowadzić maskować śmierć, cierpienie, chorobę, przemijanie, lecz w końcu to one są wszechogarniającą ostatecznością⁴.

Szczególnym momentem statusu egzystencjalnego człowieka jest posiadanie ciała. Człowiek jest bytem, któremu przysługuje dwojaki sposób istnienia: naturalny oraz duchowy. Pomimo tego istnienie ludzkie cechuje jedność, której podstawę stanowi świat intencjonalnych wytworów kultury duchowej. Jako twórca kultury człowiek wykracza poza swoją czystą zwierzęcość tworząc świat specyficznie ludzki. Człowiek jest bytem istniejącym w naturze i historii, lecz jest jednocześnie bytem, który naturę tę i historię transcenduje. Istnienie nasze w naturze jest zatem istnieniem chorym, ponieważ żyjąc w niej, nieustannie poza nią wykraczamy – należąc do tego świata (świata natury) jesteśmy bytami „nie z tego świata”. Choroba jest traktowana w tej perspektywie nie jako pewien szczególny stan organizmu, lecz jako specyficzny sposób istnienia człowieka, który jest „bytem ku śmierci”. Samo pojęcie choroby jest tworem intencjonalnym wytworzonym w określonym procesie społecznym i językowym, zatem ukonstytuowanym w sferze duchowych wytworów człowieka.

Człowiekowi jako bytowi choremu towarzyszy w sposób nieunikniony cierpienie, które jest zjawiskiem wielowymiarowym. Podejście medyczne nie wyczerpuje całego fenomenu tego zjawiska. Człowiek cierpi nie tylko fizycznie, kiedy doznaje wrażenia bólu. Cierpimy również duchowo, moralnie. Źródłem tych cierpień może być wyobraźnia, pamięć czy zdolność antycypacji lub sądzenia. Co więcej, cierpienie moralne zdaje się mniej zidentyfikowane i mniej objęte terapią od cierpienia fizycznego. Wszystko to wskazuje na specyficznie ludzki charakter cierpienia. Co prawda, podlegają mu również zwierzęta, lecz jedynie człowiek zdolny jest do teoretycznej refleksji nad tym zjawiskiem, do jego racjonalizacji. Owa racjonalizacja prowadzi nas do najbardziej ludzkiego aspektu cierpienia: do pytania o jego sens. Jan Paweł II pisze:

W głębi każdego z osobna cierpienia doświadczanego przez człowieka, a zarazem u podstaw całego świata cierpień, nieodzownie pojawia się pytanie: dlaczego? Jest to pytanie o powód, o rację, zarazem pytanie o cel (po co?), w ostateczności zaś zawsze pytanie o sens. Pytanie to nie tylko towarzyszy ludzkiemu cierpieniu, ale zdaje się wręcz wyznaczać jego ludzką treść – to, przez co cierpienie jest właśnie ludzkim cierpieniem⁵.

O cierpieniu zwierząt możemy mówić jedynie w sensie wtórnym⁶. W tym momencie należy zadać pytanie o sens nie tyle samego cierpienia, co prowadzi do licznych dyskusji, ile jakichkolwiek teoretycznych analiz poświęconych temu zjawisku. Cierpienie wydaje się bowiem czymś na wskroś złym, z czym należy walczyć, a jego

⁴ *Ibidem*, s. 371.

⁵ Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici Dolores. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, nr 9, Rzym 1984.

⁶ Nie znaczy to oczywiście, że twierdzimy, iż zwierzęta nie cierpią. Ich cierpienie różni się jednak od cierpienia ludzkiego faktem, że nie występuje w tym przypadku poszukiwanie sensu. Ogranicza się ono do przeżywania bólu, któremu również towarzyszą emocje. Różnica jest tutaj jednak zasadnicza.

poznanie winno służyć temu praktycznemu zadaniu. Przytoczmy w tym momencie słowa Francesco Cuccarese, który pisze: „Nie jest łatwo zaakceptować coś, czego się nie rozumie: przyjąć cierpienie, gdy człowiek nie potrafi odpowiedzieć dlaczego się ono zjawia, przyjąć śmierć, kiedy doświadczamy piękna obecnego życia”⁷. W kontekście tych słów filozoficzna refleksja nad cierpieniem również służy celowi praktycznemu: poprzez zrozumienie cierpienia ułatwia jego akceptację, a tym samym przynosi ulgę cierpiącemu. Łatwiej jest bowiem znosić coś, co rozumiemy. W obrębie rozważań filozoficznych pytanie o sens cierpienia wkomponowane jest w problem teodycei – istnienia zła w świecie stworzonym przez dobrego Boga⁸. Wątek ten, jakkolwiek interesujący, nie stanowi głównego przedmiotu naszych zainteresowań w tym tekście i jako taki nie będzie przez nas rozwijany.

Powróćmy do tematu naszych rozważań – ontologicznej sytuacji człowieka jako bytu z natury chorego. Dlaczego możemy określić siebie, w zarysowanej perspektywie ontologicznej, jako byty chore? Jesteśmy bytami chorymi, ponieważ cierpimy jako istoty cielesne, ale również jako istoty duchowe. Nasze istnienie jest istnieniem bytów rozdartych wewnątrz, poszukujących swego urzeczywistnienia i pełni rozwoju jako istoty duchowe, ale urzeczywistnienie to nigdy nie zachodzi faktycznie. Nigdy nie osiągamy zamierzonej pełni, jedności i identyczności własnego bytu, ponieważ zanim to nastąpi, musimy umrzeć. Wyrażając to inaczej, Kultura musi przegrać z Naturą. Człowiek jest, jako byt kulturowy, bytem chorym, w przeciwieństwie do zwierzęcia, które nigdy nie jest naprawdę chore, ponieważ jego choroba lub śmierć to po prostu normalny bieg przyrody, część jej przemian, naturalny składnik życia jako takiego. Zwierzę żyje bowiem wyłącznie w świecie Natury, jest jej integralną częścią.

Byt, życie ludzkie nie daje się zredukować do życia organicznego. Jako byty cielesne jesteśmy skazani na cierpienie, jesteśmy bytami chorymi. Jest to również perspektywa chrześcijańska, czytamy bowiem: „Wszak boleść nie z roli wyszła, ni z ziemi cierpienie wyrosło. To człowiek się rodzi na cierpienie jak iskra, by unieść się w górę”⁹. Natura w sposób nieubłagany i konieczny niesie ze sobą cierpienie. Poprzez cierpienie, którego doświadczamy jako istoty cielesne, uzyskuje potwierdzenie rzeczywistość naszych indywidualnych ciał. Ludzie są bowiem jedynymi istotami żyjącymi, które mają w obrębie natury poczucie własnej integralności i odrębności od reszty świata naturalnego. Jednocześnie, jak zauważa Blaise Pascal „Człowiek jest dla siebie samego najbardziej zadziwiającym przedmiotem w naturze: nie może bowiem pojąć, co to jest ciało, a jeszcze mniej, co to duch, najmniej zaś, w jaki sposób ciało może być spojęne z duchem”¹⁰. Pojęcia ciała, cierpienia, choroby i śmierci w sposób właściwy mają zastosowanie jedynie do bytu ludzkiego. Terminów tych możemy, co prawda, używać również w stosunku do zwierząt, lecz w znaczeniu jedynie analogicznym. Cierpienie, posiadanie ciała czy oczekiwanie śmierci to swo-

⁷ F. Cuccarese, *Zamyślenie nad losem człowieka. Czy człowiek może nadać sens własnemu cierpieniu bez wiary w Chrystusa zmartwychwstałego*, przeł. S. Czerwik, Kielce 1995, s. 142.

⁸ Zob. np. Z. Pucko, *Czy cierpienie ma sens? Teodycea wobec bólu i cierpienia*, Kraków 2004.

⁹ Hi 5, 6-7, [w:] *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, oprac. zespół biblistów pol. z inicjatywy Benedyktynów Tynieckich, Poznań 2003.

¹⁰ B. Pascal, *Myśli*, przeł. T. Żeleński (Boy), Warszawa 1989, s. 70-71.

iscie ludzkie momenty egzystencjalne. Pojęcia te bowiem są wytworem ludzkiej świadomości, są częścią świata kultury będącego próbą samorozumienia człowieka. Wspomniane pojęcia choroby, ciała i śmierci są jednocześnie przejawem świadomości klęski kultury, której przemijające wytwory są jedynie symbolami prawdziwie ludzkiego świata, ku któremu człowiek dąży, lecz którego w obrębie natury, jako istota cielesna, osiągnąć nie jest w stanie – świata czysto duchowego.

Choroba jest zatem symbolem klęski naszego ciała, którego istnienie jest istnieniem chorym, ponieważ nie może ono osiągnąć transcendentnego celu swego istnienia w obrębie Natury. Końcem jego istnienia, niezależnie od podejmowanych wysiłków, aby życie swe utrzymać, jest śmierć. Istotą sposobu istnienia przysługującego ciału jest choroba. Człowiek jest istotą śmiertelną, co znaczy, że jest zawsze w drodze ku śmierci, jest zawsze istotą chorą. Ontologia istnienia chorego jest ontologią istnienia śmiertelnego.

Przytoczone tutaj metafizyczne uwagi mają swoje przełożenie na pojęcia medyczne. Choroba, wbrew potocznemu rozumieniu jej jako zaburzenia normalnego stanu zdrowia, wydaje się przypadkowym przejawem permanentnej, istotnościowej choroby ciała jako takiego, przynależnej do sposobu istnienia bytu ludzkiego. Można to rozumieć w ten sposób, że każda choroba ma charakter symptomatyczny, tzn., że jest przejawem choroby ludzkiego istnienia jako takiego. Choroba jest przyrodzona, naturalna samej istocie życia człowieka, który ontologicznie jest bytem chorym.

Możemy w tym momencie zadać pytanie: czy choroba, z którą w sposób nieuchronny wiąże się cierpienie, które z kolei zawsze jest traktowane jako jakieś zło, doświadczane przez człowieka, decyduje o wartości naszego życia? Oczywiście odpowiedź, jakiej udzielimy na tak postawione pytanie, będzie zależać od przyjętej perspektywy aksjologicznej, wizji człowieka i świata, a nawet naszych osobistych doświadczeń. Możemy zadać inne pytania o relację zachodzącą pomiędzy chorobą, cierpieniem, śmiercią a oceną wartości życia danego człowieka. Czy dla powołania człowieka istotna jest długość jego życia? Czy dla realizacji ostatecznego celu życia człowieka konieczna jest walka z cierpieniem i chorobami oraz przedłużanie życia za wszelką cenę? Oczywiście, to, jak długo żyjemy, ma podstawowe znaczenie dla nas, natomiast wydaje się obojętne dla Natury – czego eksplikacją jest znane powiedzenie, że nie ma ludzi niezastąpionych. Również samo życie, szczególnie w perspektywie chrześcijańskiej, podobnie jak wszystko, co istnieje, uważane jest za najwyższe dobro¹¹, dlatego przyjmuje się, że dobre są wszelkie działania służące jego podtrzymywaniu.

Wydaje się jednak, że do istoty powołania człowieka nie należy w sposób konieczny ani długość jego życia, ani wartość jego przedłużania czy zmniejszanie cierpienia. Nie odnajdujemy bowiem żadnego koniecznego związku pomiędzy wartością naszego życia a jego długością, podobnie jak związku tego nie dostrzegamy pomiędzy wartością życia a rozmiarem i intensywnością dotyczącego go cierpienia. Powołaniem człowieka jest urzeczywistnianie wartości: poznawanie Prawdy, kontemplacja Piękna, czynienie Dobra. To decyduje o wartości naszego życia, a nawet więcej: o naszym człowieczeństwie. Jak trafnie ujął to Roman Ingarden:

¹¹ Św. Augustyn, *Wyznania*, XIII, 28, przeł. Z. Kubiak, Warszawa 1987.

Dopiero przez to, że wytwarza rzeczywistość, która ujawnia lub ucieleśnia w sobie wartości dobra, piękna, prawdziwości i prawa, że pozostaje w swym życiu, a przynajmniej w tym, co w życiu jego jest jedynie ważne, na służbie realizowania wartości w rzeczywistości przez siebie wytwarzanej, dopiero przez to osiąga swe właściwe człowieczeństwo, swe o człowieczeństwie jego stanowiące posłannictwo: staje się człowiekiem pośredniczącym pomiędzy tym, co jest tylko „przyrodą”; a tym, co on jeno w przybliżeniu, jakby w odbłasku może przeczuwać w ujawnionych i ucieleśnionych przez siebie wartościach¹².

Jedynie jako twórcy wartości jesteśmy w stanie zrealizować sens i cel naszego życia i wznieść się ponad poziom naszej zwierzęcości, wykraczając tym samym poza naszą śmierć.

¹² R. Ingarden, *Książeczka o człowieku*, Kraków 1987, s. 37-38.

Grażyna Makiełło-Jarża

RODZINA W OBliczu CHOROBY - WYBRANE ZAGADNIENIA

Paradygmat systemowego ujmowania rodziny pozwala na stwierdzenie, że choroba dotyka nie tylko osobę chorującą, ale na zasadzie przyczynowości cyrkularnej wpływa na wszystkich członków rodziny, a w efekcie na całokształt jej funkcjonowania¹. Różnorodne definicje choroby w jednym są zbieżne – stanowi ona dynamiczną reakcję organizmu na działanie czynników zaburzających jego homeostazę. Zdaniem Anny Titkow² ważnym jest to, że choroba wywołuje poczucie dyskomfortu psychicznego. Wpływa na życie człowieka w sposób przejściowy lub trwały. Każda choroba ma swoją specyfikę, a sygnalizują ją określone symptomy, z których najczęstszym jest ból. Przebieg choroby może być mniej lub bardziej burzliwy, a leczenie mniej lub bardziej skuteczne. Różne są także następstwa, może to być pełny powrót do zdrowia, ale również daleko idące uszkodzenia, dysfunkcje psychiczne lub fizyczne, niekiedy obydwie.

Zarówno przebieg choroby, jak i czas jej trwania wpływają na podejmowanie przez rodzinę nowych zadań, które pozwolą jej na niwelowanie zakłóceń spowodowanych chorobą. Ważnym czynnikiem wpływającym na stosunek rodziny do choroby jest wiek chorego. Inaczej reaguje się na chorobę dziecka, inaczej na chorobę dorosłego (będącego na ogół żywicielem rodziny), jeszcze inaczej na chorobę człowieka starego. Reakcja na chorobę zależy również od czynników niezwiązanych z nią bezpośrednio, takimi jak spójność rodziny, poziom wzajemnej akceptacji, a także rodzaj zasobów psychicznych. Trudno wskazać wszystkie aspekty funkcjonowania rodziny w obliczu choroby. Sądzę jednak, że można wskazać pewne prawidłowości.

¹ B. Tryjarska, *Rodzina w ujęciu systemowym*, [w:] *Rodzice i dzieci – psychologiczny obraz sytuacji problemowych*, red. E. Milewska, A. Szymanowska, Warszawa 2000.

² A. Titkow, *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, Warszawa 1983.

1. Początkowe stadium choroby

Okres, w którym choroba trwa na tyle krótko, że jeszcze nie została postawiona diagnoza. Jest to okres, w którym i chory, i jego rodzina żyją w niepewności, zadając sobie pytania: co to za choroba, jak długo trwa, czy można ją wyleczyć, czy pozostawia po sobie jakieś trwałe następstwa. Są schorzenia funkcjonujące w świadomości społecznej jako choroby o złym rokowaniu, są i takie, o których niewiele wiadomo. Niepokój, a nawet lęk chorego i jego rodziny może być lękiem przed czymś, co jest znane i obciążone opinią choroby o złym rokowaniu, ale również lękiem przed czymś, czego się nie zna, a co wydaje się groźne.

2. Okres postawienia diagnozy

Mogłoby się wydawać, że postawiona diagnoza, kończąc okres niepewności, uspokaja chorego i jego rodzinę. Tak jednak nie jest. Zainteresowani, oczekując na diagnozę i obawiając się jej, mają jednak nadzieję, że będzie ona pomyślna, a niepokojące objawy nie zwiastują niczego groźnego. Diagnoza powoduje szok zarówno dla chorego, jaki jego bliskich. Przekonując się wzajemnie, szukając argumentów o nietrafności diagnozy, starają się jej zaprzeczyć. Często raczej rodzina, nie sam chory starają się zebrać różnorodne dane zmierzające do zmiany diagnozy. Zbierane argumenty „przeciw” pozwalają choć na krótki okres zmniejszyć poczucie zagrożenia. Można przypuszczać, że im bardziej niepomyślna diagnoza, tym więcej starań, aby ją zmienić.

3. Okres zmagania się z diagnozą

Pogodzenie poprzedzone jest buntem. Mam na myśli sytuację, w której diagnoza nie budzi wątpliwości, ale nie ma na nią zgody. Bunt może przybierać różne formy. Chory może przejawiać agresję w stosunku do otoczenia, w tym również do osób bliskich. Ci z kolei mogą się czuć rozżaleni, czując, że starają się ze wszystkich sił pomóc choremu, gdy on okazuje się niewdzięczny.

4. Okres przyjęcia diagnozy i godzenia się na nią

Po wyczerpaniu argumentów i braku ich potwierdzenia, diagnoza zostaje przyjęta. Na ogół wcześniej przyjmuje ją do wiadomości rodzina, bo częściej konsultuje się z lekarzami, pogłębia wiedzę o chorobie i przestaje zaprzeczać, podejmuje walkę, starając się zrobić wszystko, aby leczenie przyniosło efekty. Chory niekiedy jest o tych staraniach informowany, niekiedy nie. Jeśli nie, rodzina zawiera rodzaj przymierza, które ma chorego chronić przed przygnębieniem. W tym okresie i rodzina

i chory kształtują obraz choroby. Zdaniem Ireny Heszen-Klemens³ jest to niezwykle ważny czynnik kształtujący stosunek do choroby (sądzę, że obraz, który tworzy rodzina, nie jest jakimś obrazem zbiorowym, że każdy z członków rodziny konstruuje ten obraz indywidualnie).

5. Okres przystosowywania się do choroby

Przystosowywanie się do choroby polega na zdobywaniu umiejętności chorowania⁴. Jeśli potraktujemy chorobę jako sytuację stresową, uznamy także, że chory uczy się radzenia sobie z nią. Formułuje poznawczą ocenę sytuacji, oceniając ją jako krzywdę, zagrożenie lub wyzwanie i uruchamia mechanizmy radzenia sobie ze stresującą sytuacją choroby. Sądzę, że również rodzina zdobywa umiejętność towarzyszenia choremu, dla niej również sytuacja, w jakiej się znalazła, jest stresowa i musi z nią sobie radzić. Wydaje się, że może odczuwać sytuację choroby jako krzywdę czy zagrożenie lub wyzwanie. Wyzwanie mobilizuje do walki z chorobą, ale także do walki o chorego, o to aby nie poddawał się i nie rezygnował. Rola rodziny jest w tym okresie nie do przecenienia. Im większe są zasoby rodziny, im ona sama bardziej wierzy w możliwość poprawy zdrowia, tym większe daje wsparcie i jej wiara mobilizuje chorego do aktywnego zmagania się z chorobą.

6. Okres, w którym choroba przechodzi w stan przewlekły

W zależności od rodzaju choroby, po pewnym okresie (kilku tygodni, kilku miesięcy) chory ustabilizowany medycznie wraca do domu.

Do tej pory rodzina wspierała, odwiedzała, zdobywała wskazane leki czy też środki pielęgnacyjne, teraz jej rola ulega zasadniczym zmianom. Zmiany te zależą od rodzaju choroby, od jej nasilenia, od stanu fizycznego i psychicznego chorego, od jego wieku, a także od stopnia samodzielności.

Inne problemy napotyka rodzina dziecka chorego na astmę czy cukrzycę, inne gdy z chorobą dziecka czy dorosłego związana jest niesprawność ruchowa, niekiedy tak znaczna, że chory wymaga znacznej pomocy we wszystkich czynnościach codziennych. Trudnym do rozwiązania problemem jest opieka nad chorym z zaburzeniami o charakterze dementywnym. Zadania, które stają przed rodziną, wydają się niekiedy nie do pokonania. Na ogół ktoś z dorosłych członków rodziny zaczyna pełnić funkcję koordynatora, wyznaczającego pozostałym zakres obowiązków. Rodzina się mobilizuje – głównym zadaniem konsolidującym wszystkich jest sprawowanie opieki nad chorym. Zdarza się, że niektórzy członkowie rodziny są tą opieką przeciążeni, inni zaś mogą być chronieni ze względu na wiek, czy też przez uznanie,

³ I. Heszen-Klemens, *Percepcja własnej sytuacji przez chorego i znaczenie tego czynników regulacji zachowania*, [w:] *Psychologia w służbie człowieka – wybór materiałów z XIII Zjazdu Naukowego*, red. Z. Ratajczak, Warszawa 1980.

⁴ K. Gerc, *Organizacja procesu edukacyjno-rehabilitacyjnego w kontekście postaw młodzieży wobec własnej niepełnosprawności*, mpis pracy doktorskiej 2006.

że będą to zadania dla nich za trudne. Czasem tak dobrze zorganizowana opieka nad chorym utrudnia, a nawet uniemożliwia zaspokajanie potrzeb poszczególnych członków rodziny. Od związku emocjonalnego z chorym będzie zależeć, czy opieka będzie sprawowana z własnej woli, czy będzie wymuszona bądź sprawowana po to, aby zasłużyć na akceptację osoby „zlecającej” opiekę. Rodzina uczy się funkcjonowania w nowych warunkach, uczy się także chory, który już wcześniej zaczął wypracowywać postawę wobec choroby. Krystyna Osińska⁵ podzieliła postawy chorych wobec własnej choroby na altruistyczne i egocentryczne. Uważa te pierwsze za postawy twórcze, drugie za pasożytnicze. W każdej z grup wyróżniła osiem postaw częściowych: są to dawca, który sam świadczy pomoc, samarytanin – umiarkowany w ocenie własnej choroby, pomocnik – współdziałający w procesie leczenia, konspirator – wie, że jest ciężko chory, ale tego nie uzewnętrznia, poszukiwacz – szukający w chorobie akcentów twórczych, żołnierz – człowiek odważnie patrzący na chorobę, artysta – przekształcający trudności związane z chorobą w coś pozytywnego, bohater – ktoś, kto stara się oddziaływać na otoczenie i zmieniać je.

Postawy te przenikają się wzajemnie i raczej nie występują w postaci czystej. Również osiem postaw częściowych wyróżniono w postawach egocentrycznych. Są to biorca – czerpiący korzyści z choroby, hipochondryk, który przejawia tendencje do tego, aby zawsze traktować go jako chorego, malkontent – nieakceptujący choroby, odmawiający leczenia, zasłużony to człowiek manifestujący chorobę, statysta – człowiek bierny, żebrak – ten, który nie walczy o własne zdrowie, zawodowiec – ma schematy działania wynikające z długiego chorowania, świętoszek – przypisujący sobie cechy bohaterskie w czasie choroby. Także i te postawy nie występują w postaci „czystej” przez cały czas jej trwania.

Wiele mamy typologii postaw wobec choroby, są one do siebie zbliżone, akcentują istnienie postaw sprzyjających adaptacji i takich, które można określić jako roszczeniowe. Można przypuszczać, że relacje chorego z rodziną są w dużej mierze określone przez jego postawy w stosunku do choroby i do otoczenia. Sądzę również, że, posługując się którąś z typologii postaw chorego wobec własnej choroby, można zaproponować analogiczną typologię określoną jako postawy członków rodziny wobec chorego. Można również wyróżnić postawy altruistyczne i egocentryczne, a wśród tych ostatnich może pojawić się bohater, człowiek zasłużony czy też zawodowiec. Także bliscy chorego mogą traktować jego chorobę jako wyzwanie czy też jako karę. Chory może modyfikować swoją postawę wobec choroby, spostrzegając stosunek do siebie bliskich. Stąd może być agresywny, roszczeniowy, niecierpliwy, ale także spokojny, pogodzony z własną chorobą, starający się, aby w miarę możliwości pomagać rodzinie: pracując w domu, wykonując różne czynności gospodarcze, pomagając dzieciom w nauce.

Należy również zwrócić uwagę na jeszcze jedno zagadnienie – na fluktuację stosunku poszczególnych członków rodziny do chorego w miarę upływu czasu, a jednocześnie na kwestię związaną z pogorszeniem stanu zdrowia chorego. Nie tylko chory może czuć się zmęczony chorobą, zmęczenie odczuwa także rodzina. Zasoby psychiczne ulegają wyczerpaniu – opiekunowie, zamiast coraz lepiej, coraz go-

⁵ K. Osińska, *Umiejętność chorowania*, [w:] *Refleksje nad etyką lekarską*, red. eadem, Warszawa 1990.

rzej radzą sobie z opieką. Można zaobserwować różne reakcje emocjonalne: gniew, wzajemne oskarżanie o brak chęci do sprawowania opieki. Może zacząć dominować postawa określona jako postawa zawodowca – spełnia się czynności opiekuńcze i pielęgnacyjne jakby bezosobowo, co może świadczyć o depersonalizacji. Brak postępów w leczeniu można zacząć przypisywać własnemu brakowi kompetencji. Taki zespół zachowań, opisywany jako syndrom wypalenia, jest na ogół zauważany przez chorego i odczytywany jako niechęć do zajmowania się nim. Konsekwencją może być utrata nie tylko chęci do walki z chorobą, ale chęci do życia.

Oczywiście trudno w krótkim artykule omówić wszystkie problemy związane chorobą w rodzinie. Każda choroba inaczej jest przeżywana przez chorego i jego bliskich. Nie budzi jednak wątpliwości to, że choroba przewlekła stwarza tak dużo problemów, że wiele z nich mogłaby pomóc rozwiązać pomoc profesjonalna. Pomoc ta powinna być kierowana nie tylko w stosunku do chorego, ale także do jego bliskich.

Olga Józefik-Chojnacka, Barbara Józefik

DOŚWIADCZENIE ANOREKSJI PSYCHICZNEJ - PERSPEKTYWA RODZICÓW PACJENTEK

1. Wprowadzenie

Ostatnie trzy dekady przyniosły ogromny wzrost zachorowań na zaburzenia odżywiania się, w tym szczególnie na anoreksję i bulimię psychiczną. Uwarunkowania obu zaburzeń są bardzo złożone i obejmują obok czynników osobowościowych i rodzinnych także czynniki społeczno kulturowe. Obraz kliniczny obu zespołów może przybierać różne nasilenie: od form subklinicznych do stanu zagrażającego życiu. Szczególnie anoreksja psychiczna jest zaburzeniem, które przynosi realne zagrożenie, wskaźniki śmiertelności wahają się bowiem od 10 do 20%. Dodatkowo jest to zespół, który w około 30% przyjmuje formę chroniczną.

Obraz kliniczny, przebieg chorowania, zmiany, jakie występują w zachowaniu osoby chorującej na anoreksję, a zazwyczaj są to dziewczęta lub młode kobiety, budzą u osób bliskich niezrozumienie, zagubienie i poczucie zagrożenia. Odmowa jedzenia i dobrowolne wyniszczanie jest postrzegane jako „sprzeczne z naturą” i wywołują lęk w członkach rodziny, a zwłaszcza rodzicach. Przebieg choroby przynosi zachowania niespójne ze wcześniejszą linią życia ich dziecka, dążącego do spełnienia oczekiwań i wymagań społecznych. Choroba wraz ze zmianami, jakie wnosi w życie rodziny, staje się tym samym szczególnym wyzwaniem dla członków rodziny pacjentek.

Strategie radzenia sobie rodziny z problemem członka rodziny chorującego na anoreksję wydają się kluczowe w leczeniu anoreksji psychicznej, chociaż stosunkowo rzadko stają się przedmiotem systematycznych badań. Częściej badania, dotyczące aspektów rodzinnych, koncentrują się na wybranych elementach dynamiki rodzinnej, które mogą mieć znaczenie jako czynniki ryzyka. Artykuł ten ma na celu zarysowanie, w oparciu o analizę materiału klinicznego i badania jakościowe, podstawowych wątków istotnych dla tego zagadnienia, z odniesieniem ich do teorii i praktyki klinicznej.

2. Rodzina wobec choroby psychicznej i kryzysu psychicznego – perspektywa teoretyczna

Wpływ, jaki choroba psychiczna i głębokie zaburzenia emocjonalne wywierają na funkcjonowanie rodziny, jest bardzo złożony. Proces ten można rozpatrywać z punktu widzenia adaptacji do choroby i sposobu radzenia sobie z wyzwaniem, jakim jest choroba. Inną opcją to rozpatrywanie zjawiska poprzez analizę zmian, które wnoszą w rolę pełnione w rodzinie i wzory funkcjonowania w relacjach rodzinnych. Jeszcze inna to odniesienie się do koncepcji stresu w rodzinie i analiza choroby jako sytuacji trudnej. Koresponduje to z koncepcją brzemienia rodzinnego. Niezależnie od wyboru definicji, a także przyjętego modelu, większość współczesnych autorów wydaje się zgodna w tym, że zjawiska mające miejsce w rodzinie po wybuchu choroby u jednego z członków wywierają silny wpływ zarówno na całą rodzinę, jak i na sam przebieg choroby pacjenta.

W literaturze znajdujemy szczególnie dużo opisów odnoszących się do reakcji rodziny na chorobę psychiczną, jaką jest schizofrenia u jednego z jej członków. Uogólniając te doświadczenia, można postawić tezę, że zmiany, które wywołuje zachorowanie lub kryzys psychiczny u członka rodziny odnoszą się do czterech zasadniczych obszarów, a mianowicie do przeżyć, które ujawniają się tuż po zachorowaniu, konsekwencji społecznych, jakie wnosi choroba, trudności wynikających z objawów i procesu leczenia [de Barbaro, 1992]. Bazując na danych, których dostarczyły badania rodzin pacjentów chorujących na schizofrenię, a zarazem odnosząc się do obrazu klinicznego anoreksji psychicznej, można sformułować pewne teoretyczne założenia dotyczące rodziny skonfrontowanej z problemem jądłowstrętu psychicznego.

2.1. Przeżycia członków rodziny związane z faktem zachorowania jednego z jej członków

Badania nad schizofrenią wskazują, że fakt zachorowania jednego z członków rodziny wyzwała zazwyczaj bardzo silne emocje u jego bliskich. Wielu autorów wskazuje, że sposób, w jaki rodzina radzi sobie z tymi uczuciami, może mieć istotne znaczenie dla radzenia sobie lub nie z sytuacją choroby psychicznej. Doświadczenia kliniczne wskazują, że kluczowym elementem reakcji jest poczucie winy, które pojawia się u większości rodzin. Zauważono, że jest ono znacznie silniejsze u rodziców niż u współmałżonków czy u rodzeństwa chorego, którzy mogą się jedyne obwiniać o sprowokowanie wybuchu choroby [de Barbaro, 1992]. U rodziców może dojść do nasilenia poczucia winy w przypadku, gdy chory wprost oskarża ich o spowodowanie wybuchu choroby lub o spowodowanie hospitalizacji psychiatrycznej. Poczucie winy, często towarzyszące mu poczucie wstydu wraz z reakcją zaprzeczeniową powodują, że rodzice zwykle szukają pomocy na zewnątrz ze znaczną opieszałością. Obwinianie się rodziców za zachorowanie dziecka może być spowodowane uwarunkowaniami kulturowymi – większość rodziców z obszaru kultury zachodnioeuropejskiej ma przeświadczenie, że jeżeli dziecko nie jest takie, jak być powinno, to oni

są za to odpowiedzialni. Czasami procedury diagnostyczne, polegające na zbieraniu danych o rodzinie warunkach życia pacjenta, jego wczesnodziecięcym rozwoju, wywołują u rodziców poczucie winy niezależnie od intencji i przekonań diagnosty. Poziom poczucia winy związany jest także z tym, jak rodzina rozumie przyczyny choroby. Gdy przyczyny choroby będą upatrywane w czynnikach interpersonalnych, poczucie winy będzie na pewno wyższe niż wtedy, gdy rodzice przyczyny choroby będą wiązali z czynnikami biologicznymi czy jakimiś innymi czynnikami zewnętrznymi.

Także popularyzacja wiedzy na temat uwarunkowań zaburzeń psychicznych i trudności emocjonalnych, pokazująca ważność czynników rodzinnych w rozwoju dziecka, może nasilać poczucie winy i odpowiedzialności u rodziców.

Omówione powyżej aspekty wydają się nośne także wobec anoreksji psychicznej [Józefik, 2006]. Czynnikiem dodatkowym jest zagrożenie życia i zdrowia, które wnosi jądłowstręt psychiczny.

Wśród emocjonalnych reakcji rodziców mogą się pojawić również objawy depresyjne. Mogą one być spowodowane niemocą czy bezsilnością rodziców wobec choroby dziecka, jak też przewlekłym czasem trwania choroby, brakiem poprawy, a także ogółem zmian i trudności spowodowanych chorobą. Niekiedy sytuacja choroby wywołuje u rodziców poczucie krzywdy, niesprawiedliwości, że to właśnie ich dotknęło nieszczęście [Lask, Bryant-Waugh, 2000]. Poczucie krzywdy powiązane z brakiem zaufania może przybierać formę wrogości kierowanej do świata, profesjonalistów, innych osób zaangażowanych w proces leczenia, w konsekwencji utrudniając leczenie czy nawet je uniemożliwiając.

2.2. Reakcja środowiska na chorobę i społeczne skutki choroby

Drugim elementem składającym się na swoiste „brzemie” rodziny są społeczne skutki choroby. Jednym z takich skutków jest społeczna ocena funkcjonowania rodziny. W przypadku anoreksji psychicznej mogą to być np. zarzuty pod adresem rodziców o to, że głodzili swoje dziecko, że dopuścili do wyniszczenia nie podejmując żadnych działań zapobiegających rozwojowi choroby. Zarzuty takie mogą być formułowane zarówno przez dalszych członków rodziny, jak i przez znajomych czy nauczycieli uczących pacjentkę. Sam fakt rozpoznania zaburzenia jako wymagającego leczenia psychiatrycznego może powodować u rodziców lęk przed stygmatyzacją. Już w latach 40. i 50. XX w. wielu autorów opisywało piętno społeczne będące efektem choroby psychicznej, a w latach 60. antypsychiatrzy, walcząc przeciwko etykietyzowaniu na konformizm społeczeństwa i psychiatrów jako przyczynę tego stanu rzeczy [de Barbaro, 1992]. Lęk ten może utrudniać podjęcie decyzji o leczeniu dziecka, zwłaszcza gdy wymaga ono pozostania na oddziale psychiatrycznym.

Narastające w rodzicach poczucie niezrozumienia, obawa przed społecznym odrzuceniem mogą w konsekwencji prowadzić do unikania kontaktów społecznych ze znajomymi, jak i z dalszą rodziną. Wycofanie się z życia społecznego, swoista izolacja połączona z narastającymi trudnościami w funkcjonowaniu społecznym pacjentek, nasila mechanizmy podtrzymujące proces chorowania.

2.3. Zachowania związane z obrazem klinicznym i przebiegiem choroby

Kolejne trudności związane są z obrazem klinicznym i przebiegiem choroby. W przypadku anoreksji psychicznej niewątpliwie jednym z trudnych dla rodziców zachowań mogą być częste wahania nastroju, nagłe wybuchy złości czy płaczu. Drażliwość przemieszana z okresami złego nastroju może wywoływać w rodzicach bezradność, obawę przed nawiązywaniem z córką kontaktu, rozpoczynaniem rozmowy. W miarę zawansowania choroby pacjentka zaczyna separować się od rodziny, dużo czasu spędza zamknięta w swoim pokoju. Rodzice mogą przeżywać te zachowania jako utratę więzi z córką, naprzemiennie obwiniając siebie lub ją o zaistniałą sytuację. Taki bolesny dla rodziców stan rzeczy może nasilać niepokój w związku z brakiem wpływu na dziecko, z utratą kontaktu z nim [Józefik, 2006].

Również kontakty z rówieśnikami zostają zazwyczaj przez pacjentkę drastycznie ograniczone. Rodzice na ogół z dużymi obawami przyjmują fakt izolowanie się córki, niechęć do odbierania telefonów, spotkania się ze znajomymi. Zachowania te, będące w kontraście do zachowań przedchorobowych, są wyraźnym wskaźnikiem nasilenia procesu chorobowego.

Jak wiadomo, dla pacjentek z jądłowstrętem psychicznym charakterystyczne jest jedzenie w samotności, ukrywanie jedzenia przed domownikami, spożywanie bardzo małych porcji jedzenia. Bezskuteczne okazują się też próby nakłonienia pacjentek do spożywania nieco większych porcji jedzenia. Wszystkie te zachowania mogą powodować stopniową utratę zaufania do dziecka, a także dążenie do zwiększenia kontroli nad nim. Wszystkie wyżej wymienione zachowania mogą wywoływać poczucie bezradności, zmniejszać poczucie kompetencji rodzicielskich, nasilać niepokój i napięcie emocjonalne [Józefik, 2006].

2.4. Trudności związane z procesem leczenia

Proces leczenia może być także elementem przysparzającym trudności rodzinie. Jak wiadomo, w Polsce, mimo spopularyzowania wiedzy o anoreksji psychicznej, istnieje niedostateczna liczba ośrodków specjalistycznych i specjalistów zajmujących się leczeniem tego zjawiska. Efektem tego mogą być trudności w zdiagnozowaniu choroby jak też trudności w samym procesie leczenia. Wiele rodzin przechodzi przez długi proces poszukiwania właściwego miejsca leczenia. Konsekwencją mogą być zmiany terapeutów czy ośrodka, w którym pacjentka rozpoczyna leczenie i poszukiwanie przez rodziców nowej placówki leczniczej. Częste zmiany terapeutów czy też ośrodków leczniczych mogą być również spowodowane naciskami ze strony samej pacjentki, niezmotywowanej i przerywającej odpowiedzialność za leczenie na inne osoby, jak też brakiem zaufania rodziców do specjalisty z powodu braku szybkiej poprawy stanu zdrowia dziecka.

Innymi trudnościami występującymi w procesie leczenia mogą być względy ekonomiczne. Z powodu braku dostatecznej liczby ośrodków specjalistycznych większość rodzin zmuszona jest dojeżdżać do miejsc prowadzonego leczenia, często pokonując duże odległości. Wiąże się to z nakładami finansowymi, zwłaszcza gdy

rodzina objęta terapią rodzinną uczestniczy w spotkaniach. Inną ważną kwestią jest jej współodpowiedzialność za proces leczenia, np. jeśli została zalecona hospitalizacja, w głównej mierze to rodzice decydują o jej podjęciu. Bardzo często sama pacjentka jest przeciwna tej decyzji i próbuje wymusić na rodzicach jej zmianę. Sytuacja taka jest bardzo obciążająca dla rodziców, może powodować wyrzuty sumienia czy też poczucie winy. Niejednokrotnie się zdarza, że zmieniają oni wcześniej podjętą decyzję, co w konsekwencji opóźnia proces wyzdrowienia.

Do obciążenia wynikającego z leczenia mogą przyczyniać się również postawy specjalistów. Niekiedy osoby prowadzące leczenie dysponują powierzchowną wiedzą na temat znaczenia modeli rodzinnych w etiologii anoreksji psychicznej. W sytuacji takiej terapeuta może wzbudzić w rodzicach poczucie winy, frustrację, wskazując na ich udział w przyczynieniu się do zachorowania córki. Należy wyraźnie zaznaczyć, że postawa obwiniająca rodziców jest błędem.

3. Rodzina wobec anoreksji psychicznej – perspektywa empiryczna

Jak już zaznaczono na wstępie, w literaturze stosunkowo mało analiz dotyczy trudności, jakie rodzina przeżywa w związku z zachorowaniem dziecka na anoreksję psychiczną. Paolo Santonastaro i współbadacze [1997] na podstawie wnikliwego przeglądu piśmiennictwa stwierdzili, że w zasadzie nie ma badań, które zajmowałyby się tym zagadnieniem, co pozostaje w sprzeczności wobec wagi problemu i konsekwencji, jakie wiążą się z zachorowaniem na anoreksję psychiczną. Przegląd literatury z ostatniej dekady pokazuje, że sytuacja ta nie uległa zmianie. Stąd celem badań było wielowymiarowe opisanie doświadczenia anoreksji psychicznej z perspektywy rodziców osoby chorej.

3.1. Narzędzia i osoby badane

Badania były prowadzone w ramach pracy magisterskiej Olgi Józefik¹ i kontynuowane. W badaniach zastosowano metody jakościowe, a mianowicie ustrukturuwany wywiad kliniczny z rodzicami pacjentek z rozpoznaniem anoreksji psychicznej i zdania niedokończone, dotyczące choroby, autorstwa O. Józefik oraz narzędzia ilościowe: Kwestionariusz Depresyjny Becka i Skala Lęku STAI. Ze względu na ograniczone ramy tego artykułu zostanie zreferowany wąski fragment badań odnoszący się do przeżywania choroby i roli systemu wsparcia. Uzyskane dane bazują na narzędziach jakościowych.

Poniższa analiza bazuje na danych uzyskanych od 22 osób: 11 matek i 10 ojców, rodziców dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną (wiek dziewcząt: od 16 do 19 roku życia).

¹ Praca magisterska Olgi Józefik, promotor: doc. dr hab. Dorota Jasiocka, Psychologia Stosowana UJ, Kraków 2002.

3.2. Analiza jakościowa wyników

W oparciu o metody jakościowo formułowane były pytanie szczegółowe odnoszące się do następujących kategorii:

1) Najtrudniejsze aspekty choroby córki

Celem było przedstawienie tych aspektów, które dla badanych były najtrudniejsze w chorobie córki, a także opisanie uczuć rodziców doświadczanych na różnych etapach choroby.

2) Kontakt z innymi rodzinami i pacjentkami chorującymi na anoreksję psychiczną

Ten punkt dotyczył tego, czy badani znali inne rodziny, czy inne osoby mieszkające razem z osobą chorą na anoreksję oraz czy spotkania i rozmowy z tymi rodzinami okazały się pomocne.

3) Możliwość dzielenia się z innymi doświadczeniem choroby córki

Pytania miały na celu zbadanie, czy anoreksja psychiczna była chorobą uznaną przez badanych za wstydliwą, czy też przeciwnie – mogli oni rozmawiać o niej z innymi osobami.

4) Zmiany, które choroba wniosła w życie rodziny

Pytania dotyczyły tego, jak się zmieniło życie rodziców od momentu zachorowania córki i czy w związku z chorobą zauważyli zmiany we własnym zdrowiu psychicznym i (lub) fizycznym.

5) Posiadanie systemu wsparcia

Pytania miały na celu określenie, czy rodzina uzyskała wsparcie od krewnych, przyjaciół, systemu leczącego, szkoły i jeżeli tak, to jakie były jego formy i funkcje.

3.2.1. Przeżywanie anoreksji psychicznej przez rodziców pacjentek

Uzyskane rezultaty dostarczyły obszernego materiału, który można interpretować, odnosząc go do rozumienia anoreksji jako sytuacji trudnej, a więc takiej, która przynosi zagrożenie, zawiera elementy przeciążenia, wiąże się z deprywacją potrzeb, budzi napięcia i konflikty oraz utrudnia realizację zadań i pełnienie ról [Jarosz, 1977].

Anoreksja psychiczna jako zagrożenie

Jak wiadomo, o sytuacji trudnej, mającej charakter zagrożenia, mówimy wtedy, gdy dochodzi do naruszenia jakiejś wartości cenionej przez człowieka, np. życia, zdrowia jego samego lub jego bliskich, własności, pozycji społecznej, poglądów, samooceny.

We wszystkich wypowiedziach badanych rodziców pojawia się dominujący lęk o życie córki. Drugim najczęściej pojawiającym się obszarem silnego niepokoju jest lęk o zdrowie córki i konsekwencje wyniszczenia organizmu. Dodatkowo obawy rodziców budzi przyszłość ich dziecka. Przeżywają niepokój, czy choroba nie będzie miała nawrotów, czy córce uda się prowadzić samodzielne i szczęśliwe życie, założyć własną rodzinę, czy będzie mogła mieć własne dzieci. Inna sfera obaw rodziców jest związana z lękiem przed chorobą psychiczną i stygmatyzacją psychiatryczną.

Kolejne źródło zagrożenia stanowi lęk przed oceną społeczną, przed obwinieniem za chorobę córki. Poniższe cytaty ilustrują opisywane emocje członków rodzin:

„I ten stały lęk, strach przed stratą, śmiercią córki”; „Stale myślimy, boimy się, co będzie z jej zdrowiem, czy organizm to wszystko przetrzyma, czy będzie mogła mieć dzieci...”; „Teraz jest lepiej, ale boimy się, że choroba może w każdej chwili wrócić”; „Mało osób rozumie tę chorobę. Nie rozumieją: jak można nie jeść... Najgorsze to pytania: jak mogli państwo do tego dopuścić?” Cytaty owe uwidaczniają, w jakim stopniu anoreksja psychiczna ma dla rodziców chorego dziecka charakter zagrożenia.

Anoreksja psychiczna jako przeciążenie

Z sytuacją przeciążenia mamy do czynienia, gdy poziom trudności zadania jest na granicy możliwości człowieka. Dotyczy to zarówno sił fizycznych, umysłowych, jak też wytrzymałości nerwowej.

Dane uzyskane w badaniu wskazują, iż dla wszystkich badanych choroba córki ma także charakter sytuacji przeciążenia. Wskazują na to wypowiedzi rodziców odnoszące się do przeżyć i emocji związanych z doświadczaniem anoreksji córki:

„To było małe piekło”; „Ta choroba to była tragedia i nie tak prędko uda się wrócić do normy”; „Nikt nie zrozumie jak się czuliśmy, gdy sam przez to nie przeszedł”; „[...] ta niemoc była okropna, dziecko umiera, a człowiek czeka, czy uda się uratować to dziecko, czy nie”; „Choroba mojej córki jest wielkim dramatem, trudno z tym żyć”.

Wielu rodziców w swoich wypowiedziach określa sytuację choroby jako najtrudniejszy okres w ich życiu, sytuację ekstremalną. Wyrazem bycia w sytuacji przeciążenia było doświadczanie chwilowych załamów, poczucia własnej bezradności, niemocy. Towarzyszyło temu uczucie wzmożonego napięcia, rozdrażnienia, nerwowości. W innych wypowiedziach badani mówią o swoim smutku, przygnębieniu, nieustającym myśleniu o problemie.

Anoreksja jako sytuacja deprywacji

Analiza materiału klinicznego pozwala także na traktowanie anoreksji jako sytuacji deprywacji. Deprywacja ta odnosi się do kilku zasadniczych potrzeb. Pierwszą z nich jest potrzeba bezpieczeństwa. Większość badanych podkreśla, że nieprzewidywalny i zaskakujący początek choroby naruszył porządek ich życia, zachwiał poczucie bezpieczeństwa. Ilustruje to wypowiedź jednej z matek: „To było ogromne zaskoczenie, coś zupełnie niezrozumiałego. Na początku byliśmy przerażeni, nie wiedzieliśmy co robić”. Wcześniejszy rozwój córek, osiągane przez nie sukcesy stanowiły zderzenie z faktem pojawienia się choroby o podłożu psychologicznym („psychicznym”).

Kolejną niezaspokojoną potrzebą badanych jest potrzeba bliskości i przynależności. Pojawienie się anoreksji psychicznej w życiu rodziny, choroby, która wynika z przyczyn psychologicznych i zaczyna się faktem dobrowolnego ograniczenia jedzenia powoduje, że rodzice znajdują się w sytuacji odmiennej, niż rodzice somatycznie chorego dziecka. „Dziwność” zachowań córki, „psychiczne podłoże”

sprawiają, iż rodzice żywią przekonanie, że nie mogą liczyć w pełni na zrozumienie problemu, współczucie i wsparcie. To sprawia, że większość badanych nie dzieliła się swoim doświadczeniem, ograniczyła kontakty społeczne, żyła w swoistej izolacji społecznej. W wypowiedziach badani mówią o doświadczanym poczuciu niezrozumienia ze strony innych osób w związku z chorobą córki. Wydaje się, że wpłynęło to na nasilenie u badanych poczucia osamotnienia i utrudniało możliwość dzielenia się z innymi doświadczeniem choroby. Ilustruje to wypowiedź jednej z matek, pytanej, czy w trudnych momentach chorobowych szuka pomocy u innych osób: „Nie, ludzie raczej nic nie wiedzą o tej chorobie, nie znają jej. Część z nich nigdy nawet nie słyszała o tej chorobie. Szukam pomocy w książkach medycznych”.

Uważna analiza wypowiedzi rodziców wskazuje, że większość z nich w okresach największego nasilenia się objawów doświadczała także poczucia utraty sensu życia. Jest to widoczne w wypowiedzi jednej z matek: „Od momentu zachorowania córki życie straciło dla mnie sens”. W kilku wypowiedziach badanych pojawiły się wątpliwości, czy dobrze wywiązują się z roli rodziców, wskazujące na zachwiane poczucie sensu własnej aktywności, własnych postaw. Przykładem jest wypowiedź jednego z ojców odnosząca się do sytuacji choroby: „Cała ta sytuacja powodowała, że człowiek zaczynał się zastanawiać, czy jest dobrym rodzicem, czy gdzieś nie popełnił błędu”.

Anoreksja jako sytuacja konfliktowa

Na podstawie wypowiedzi badanych rodziców możemy wnioskować, że choroba córki stanowiła dla nich również sytuację konfliktową. Konflikty te dotyczyły kilku zasadniczych obszarów. Pierwszym z nich była sprzeczność między potrzebą działania, rozwiązania problemu a świadomością, że *de facto* rozwiązanie w zasadniczym stopniu jest zależne od motywacji i chęci córki do leczenia.

Drugi obszar konfliktu dotyczył radzenia sobie z agresją córki. Rodzice doświadczały z jednej strony potrzeby wyznaczania córce granic, z drugiej zaś, interpretując wyrażaną złość jako objaw chorobowy, obawiali się podjęcia kroków dyscyplinujących.

Kolejny konflikt związany był z przeżywaniem przez rodziców żalu, złości, że córka nie dość walczy z chorobą, „nie dość się stara” i lękiem, że ujawnienie tej złości mogło by pogorszyć jej stan psychiczny. Poniższy cytat przybliży przeżycia rodziców:

„Jesteśmy prawie wariatami. Staliśmy się bardzo nerwowi, czasami człowiek coś mówi w nerwach, bo już nie wytrzymuje. Potem tego żałuje, bo tak naprawdę tak nie myślał, tylko w złości tak powiedział i boi się, że może jeszcze zaszkodzić i że będzie jeszcze gorzej”.

Anoreksja jako sytuacja utrudnienia

Sytuacje utrudnienia występują wtedy, gdy możliwości wykonania zadania zostają zmniejszone z powodu pojawienia się w sytuacji elementów zbędnych, czyli przeszkód lub z powodu nieobecności jakiś elementów potrzebnych do jej realizacji. Po

dokonaniu analizy klinicznej zebranego materiału, można pokusić się o stwierdzenie, że w przeżyciu badanych choroba córki ma także charakter sytuacji utrudnienia. Samo pojawienie się choroby można rozumieć jako przeszkodę w dotychczasowym życiu badanych rodziców. Jest to przeszkoda, która zaburza dotychczasowy tryb i rytm życia. Specyfika choroby w większości przypadków powoduje, że córki tracą osiągniętą samodzielność, co wymaga od rodziców zwiększonej kontroli i opieki nad nimi. Często córki cechuje nastrój depresyjny, unikają kontaktów z innymi osobami, izolują się, zdarzają się też wybuchy złości, co odczuwane jest przez rodziców jako utrudnienia w porozumiewaniu z nimi albo jako źródło konfliktów. Jak wynika z powyższego opisu, zmiany, które zaszły w zachowaniu córki, jak i w relacjach rodzinnych, spowodowane chorobą zaburzają, utrudniają dotychczas wypracowany przez rodzinę sposób funkcjonowania.

Inną przeszkodą, z którą zetknęli się badani w procesie leczenia córki, jest jej zmniejszony krytycyzm i brak motywacji do leczenia. Z analizy wypowiedzi badanych wynika, że stanowi to dla nich jeden z trudniejszych aspektów choroby. Wydaje się, że powodowane jest to faktem, że rodzice wszelkimi możliwymi sposobami próbują pomóc córce w leczeniu. Tym trudniej jest im zrozumieć, pogodzić się z sytuacją, gdy córka działa przeciw sobie i jednocześnie utrudnia działanie rodzicom. W przeżyciu badanych zaakceptowanie przeszkody, jaką jest negatywne nastawienia córki do leczenia i rezygnacja z walki z nią, jest jednoznaczne z przyzwoleniem na śmierć córki.

Omówione sytuacje trudne są związane z przeszkodami. Na koniec należy zwrócić uwagę, że rozpatrywanie anoreksji jako sytuacji utrudnienia wynika także z braków informacji. Wypowiedzi badanych rodziców świadczą, że mała znajomość choroby, brak wystarczających informacji o jej przyczynach, przebiegu i rokowaniach utrudniają odpowiednie przeżywanie sytuacji i jej rozwiązywanie. Wydaje się, że dla rodziców dużym utrudnieniem jest też znalezienie profesjonalnej pomocy dla córki.

3.2.2. Systemy wsparcia a przeżywanie anoreksji psychicznej u dziecka

Analiza uzyskanego materiału ujawniła, że korzystanie z systemu wsparcia istotnie nie zmniejszyło doświadczanego przez rodziców poczucia bezradności, lęku i przygnębienia (podwyższone wyniki w Kwestionariuszu Becka i STAI, treść wypowiedzi uzyskanych w wywiadzie i teście zdań niedokończonych), mimo że badani w zdecydowanej większości mówili o pozytywnym znaczeniu wsparcia, które otrzymywali. Wielu z nich zaznaczało, że wsparcie ze strony rodziny, znajomych, przyjaciół, rodziców innych pacjentek czy też szkoły było dla nich bardzo ważne, chociaż nie przekładało się na istotną redukcję poczucia bezsilności, lęku i przygnębienia.

Wnioski

Pamiętając o ograniczeniach wynikających z małej liczebności grupy badawczej, można uznać, że otrzymane rezultaty pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Anoreksja psychiczna córki stanowi dla rodziców ogromne brzemię.
2. Dla badanych rodziców najtrudniejszymi aspektami jadłowstrętu psychicznego okazały się: poczucie bezradności, lęk o życie córki, lęk o jej zdrowie i przyszłość oraz pogorszenie relacji z córką.
3. Dla badanych ważne okazało się korzystanie ze wsparcia rodziny, innych osób i instytucji. Mimo że korzystanie z systemu wsparcia jest dla badanych rodziców istotnym emocjonalnie doświadczeniem, nie niweluje ono lęku i przygnębienia rodziców.

Przedstawione wnioski – ze względu na małą liczebność grupy – powinny być weryfikowane w dalszych badaniach, ale już na tym etapie wskazują, że przeżycia rodziców pacjentek powinny stanowić obszar pograbionych analiz. Doświadczenia związane z prowadzeniem prezentowanych badań wskazują, że metodą, która pozwala na opisanie wieloaspektowej sytuacji, w której znajdują się rodzice chorującego dziecka i uzyskanie pogłębionego materiału, są metody jakościowe i one powinny być podstawą w dalszych projektach.

Wnioski praktyczne wynikające z badań

Zebrany materiał kliniczny pozwala także na sformułowanie wniosków natury praktycznej. Odnoszą się one do dwóch zasadniczych obszarów.

1. Pierwszy ważny wniosek, wyłaniający się z badań, dotyczy konieczności uwzględnienia w procesie leczenia doświadczeń, jakie rodzice przeżywają w związku z chorobą dziecka. Badania wskazują, że choroba dziecka jest dla badanych ogromnym brzemieniem i fakt ten powinien być uwzględniony w procesie terapii, poprzez stworzenie przestrzeni pozwalającej na swobodne wyrażenie, odreagowanie uczuć. Niedocenianie przeżyć rodziców może być czynnikiem utrudniającym nawiązanie współpracy z rodziną i zmniejszającym motywację rodziny do uczestniczenia w leczeniu córki. Z tego punktu widzenia szczególnie ważne jest wspieranie rodziców w walce z chorobą córki i wzmacnianie ich kompetencji rodzicielskich.
2. Badania ujawniają wagę posiadania przez rodzinę z systemu wsparcia. Mogą na niego się składać dotychczasowe systemy wsparcia, z jakich korzystała rodzina, ale również stanowić ją mogą rodzice innych pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną. Ze względu na trudności w zrozumieniu mechanizmów zaburzenia przez osoby, które nie doświadczyły problemu bezpośrednio, kontakt z tą ostatnią grupą może mieć szczególne znaczenie. Wydaje się także, że pomoc i zrozumienie ze strony szkoły są w tym trudnym dla rodziny momencie niezwykle istotne, podobnie jak wsparcie ze strony osób profesjonalnie pomagających w rozwiązywaniu problemu [Grunwald, Wesemann, 2007].

Bibliografia:

- B. de Barbaro (1992), *Brzemie rodziny w schizofrenii*, Kraków.
- L. Drożdżowicz, B. de Barbaro (2002), *Obraz rodziny pacjenta psychiatrycznego. Wyniki programu badawczego prezentowanego na zebraniu naukowym Katedry Psychiatrii CMUJ – Kraków*.
- M. Grunwald, D. Wesemann (2007), *Special line consulting for patients with eating disorders and their relatives: analysis of user characteristics and e-mail*, „Cyberpsychological Behavior”, nr 10, s. 57-63.
- M. Jarosz (1978), *Psychologia lekarska*, Warszawa.
- B. Józefik (2006), *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*, Kraków.
- B. Lask, R. Bryant-Waugh (2000), *Anorexia and related eating disorders childhood and adolescence*, Hove–London–New York.
- P. Santonastaso, D. Saccon, A. Favaro (1997), *Burden and psychiatric symptoms an key relatives of patients with eating disorders: a preliminary study*, „Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity”, nr 2(1), s. 44-48.

Maria Bocheńska-Seweryn, Krystyna Kluzowa

**PROBLEMY LUDZI PRZEWLEKLE CHORYCH
W OPINIACH OSÓB UDZIELAJĄCYCH IM POMOCY
W ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA**

Jednym z uderzających paradoksów współczesności jest dostrzegalny – mimo niezaprzeczalnych postępów medycyny – wzrost odsetka osób niepełnosprawnych w poszczególnych społeczeństwach. Do zwiększenia ich udziału przyczynia się niewątpliwie, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych, nasilający się proces demograficznego starzenia się populacji, bowiem w wieku senioralnym, przede wszystkim w późniejszych jego fazach, następuje wyraźny przyrost osób o ograniczonej sprawności. Istotne znaczenie ma też obniżanie się śmiertelności z powodu różnych chorób, dawniej nieuchronnie prowadzących do rychłego zgonu, a dziś opanowanych na tyle, że cierpiące na nie osoby udaje się utrzymać przy życiu, choć często w stanie niepełnej sprawności.

Stan niepełnej sprawności spowodowany czy to starzeniem się organizmu, czy też nie do końca opanowanymi przez medycynę skutkami różnorodnych chorób i urazów – to najczęściej stan przewlekły. Z ostatnich, reprezentacyjnych badań dotyczących stanu zdrowia ludności Polski¹ wynika, że 46% mieszkańców naszego kraju cierpi na przynajmniej jedną chorobę przewlekłą². Przewlekłe stany chorobowe są częściej udziałem kobiet niż mężczyzn, a częstotliwość ich występowania wzrasta wyraźnie wraz z wiekiem (np. wśród osób młodych w wieku 15-29 lat choruje prze-

¹ Badania te zostały przeprowadzone przez GUS w 2004 r. na ponad 40-tysięcznej reprezentacyjnej próbie mieszkańców Polski, a ich wyniki opublikowano w opracowaniach: *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku*, Warszawa 2005 oraz *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 roku*, Warszawa 2007.

² Zob. *Stan zdrowia ludności w przekroju...*, s. 24. Zgodnie z często cytowaną w literaturze przedmiotu definicją sformułowaną przez American Commission on Chronic Illness za choroby przewlekłe uważa się „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe; pozostawiają po sobie inwalidztwo; spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne; wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego nadzoru, obserwacji czy opieki”. Por. F.C. Shontz, *Ciężkie choroby przewlekłe*, [w:] *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*, red. J.F. Garrett, E.S. Levine, Warszawa 1972, s. 300.

wlekłe 26% kobiet i 20% mężczyzn, wśród osób w wieku 30-49 lat – 47% kobiet i 37 mężczyzn, a wśród osób powyżej 70 roku życia – blisko 93% kobiet i 88% mężczyzn). Odmienne są także rodzaje chorób przewlekłych u osób z różnych grup wiekowych. Młodzi ludzie cierpią najczęściej z powodu migren (przede wszystkim kobiety), różnego typu alergii oraz bólów kręgosłupa, u osób w średnim wieku – poza wymienionymi schorzeniami – pojawiają się nerwice, schorzenia tarczycy (częściej wśród kobiet), nadciśnienie oraz choroby wrzodowe (częściej wśród mężczyzn), natomiast osoby najstarsze obciążone są najczęściej brzemieniem różnych schorzeń przewlekłych występujących jednocześnie.

Osoby dotknięte przewlekłą chorobą muszą nie tylko zmagać się z uciążliwościami wynikającymi z biologicznego stanu ich organizmu, ale ponadto stawiać czoło różnym problemom natury psychicznej, będących konsekwencją ograniczonych możliwości działania w różnych dziedzinach, konieczności rezygnacji z pełnienia niektórych ról społecznych itp.³ Oczywiście w zależności od przyczyny przewlekłej choroby, stopnia jej nasilenia, czasu jej trwania, kontekstu rodzinnego i warunków bytowych, sytuacja życiowa ludzi przewlekłe chorych przedstawia się bardzo różnie. Niektórzy z nich nie byłiby w stanie w ogóle egzystować w sensie biologicznym bez stałej opieki ze strony osób trzecich. Innym potrzebna jest pomoc doraźna i obejmująca tylko niektóre sfery codziennego życia.

Środowiskiem, od którego człowiek przewlekłe chory oczekuje w pierwszej kolejności pomocy i które najczęściej do jej świadczenia czuje się zobligowane, jest rodzina. Dziś jednak nie wszystkie rodziny są w stanie (z różnych powodów) zapewnić swoim przewlekłe chorym członkom wystarczającą opiekę i wsparcie. Ze względu na postępujące zatamizowanie społeczeństwa zdarza się też coraz częściej, że ludzie żyją samotnie w jednoosobowych gospodarstwach domowych i gdy poważna, przewlekła choroba uniemożliwi im samodzielne funkcjonowanie, nie zawsze mogą liczyć na pomoc ze strony swego najbliższego, także sąsiedzkiego, otoczenia. W obu wymienionych przypadkach rozwiązaniem staje się skorzystanie z pomocy instytucjonalnej, świadczonej przez wyspecjalizowane placówki stacjonarne, jak np. zakłady opiekuńczo-lecznicze czy domy pomocy społecznej.

Jeśli jednak przewlekłe chory człowiek pozostaje w swoim dotychczasowym miejscu bytowania, zakres udzielanego mu na co dzień wsparcia zależy w pierwszym rzędzie od postawy najbliższego otoczenia (rodziny, przyjaciół, sąsiadów) wobec jego choroby i sytuacji życiowej. Zależy jednak także od sposobu funkcjonowania lokalnych służb społecznych, które są powołane do niesienia ludziom pomocy w różnych ich potrzebach. W każdej gminie działa ośrodek zdrowia, a jego personel w osobach lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarki środowiskowej oraz lekarzy specjalistów (jeżeli tacy są w ośrodku zatrudnieni) jest zobowiązany do troski o zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów przewlekłe chorych. W każdej gminie działa też ośrodek pomocy społecznej, w którego gestii leży udzielanie pomocy osobom i rodzinom m.in. z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby⁴ w postaci za-

³ Por. na ten temat np. A. Gałuszka, *Człowiek przewlekłe chory: aspekty psychoegzystencjalnej*, Katowice 2005, s. 63-64.

⁴ Por. art. 7 pkt 6 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03. 2004 r. (tekst jednolity: Dz.U. nr 64, poz. 593 z późn. zm.).

pewnienia usług opiekuńczych, wsparcia materialnego i (lub) rzeczowego oraz różnych form pracy socjalnej (np. informacji, poradnictwa, terapii itp.). Na terenie gmin funkcjonują również parafie, zapewniające – przez duszpasterską posługę osób konsekrowanych – wsparcie duchowe chorym i ich rodzinom, a niejednokrotnie prowadzące także – przy zaangażowaniu laikatu – różne formy działalności charytatywnej na rzecz tych osób. Najlepsze rezultaty w udzielaniu wsparcia i pomocy mogą być osiągnięte wówczas, jeżeli przedstawiciele poszczególnych służb społecznych nie działają wyłącznie w sposób doraźny i niezależnie od siebie, lecz, pozostając w systematycznym kontakcie z chorymi i ich rodzinami, współpracują ze sobą, tworząc spójny system pomocowy. Nastawienie osób reprezentujących te służby do chorych przewlekle zależy od stopnia rozeznania ich potrzeb i zrozumienia ich problemów. Uzasadnione wydaje się domniemanie, że im głębsza jest znajomość sytuacji chorych, tym bardziej zaangażowane i skuteczne będzie ich działanie pomocowe.

Aby się dowiedzieć, jak postrzegają problemy ludzi przewlekle chorych i jak oceniają udzielaną im pomoc osoby, które mają z nimi częsty kontakt ze względu na pełnione funkcje zawodowe, wiosną 2007 roku przeprowadzono – przy współudziale studentów specjalizujących się w pracy socjalnej – zaprojektowane przez autorki tego tekstu badania socjologiczne na terenie Krakowa oraz kilkunastu miast i gmin wiejskich położonych w województwie małopolskim. W skład badanej zbiorowości weszli przedstawiciele następujących kategorii pomocowych: lekarze pierwszego kontaktu, pielęgniarki środowiskowe, pracownicy socjalni zatrudnieni w lokalnych ośrodkach pomocy społecznej, opiekunki, tj. osoby świadczące usługi opiekuńcze z ramienia instytucji pomocowych oraz kapłani z miejscowych parafii. W sumie przebadano 310 osób, przeprowadzając z każdą z nich wywiad w oparciu o standaryzowany kwestionariusz. Wprawdzie badania nie spełniały wymogu reprezentatywności i miały wyłącznie sondażowy charakter, rzuciły jednak pewne światło na problemy osób przewlekle chorych i zakres udzielanej im pomocy w środowisku zamieszkania.

Osoby badane pytano m.in. o to, o jakich swoich problemach najczęściej wspominają im sami przewlekle chorzy oraz jakie problemy, których chorzy bezpośrednio nie artykułują, dostrzegają oni osobiście, przyglądając im się z pozycji zewnętrznych obserwatorów.

Opinie respondentów na temat problemów ludzi chorych zależą w dużym stopniu od charakteru kontaktów, jakie z nimi utrzymują z racji wykonywanej pracy. Z uzyskanego materiału empirycznego wynika, że nie wszyscy badani mają możliwość poznać bliżej potrzeby i problemy różnych kategorii osób przewlekle chorych, ponieważ nie ze wszystkimi utrzymują w miarę systematyczny i pogłębiony kontakt. Najmniej „rozpoznaną” przez wszystkich badanych kategorią są osoby z dysfunkcjami narządów zmysłu, nieporuszające się samodzielnie. Natomiast z osobami o innych schorzeniach przewlekłych, zarówno tymi, które są w pełni sprawne ruchowo, jak i takimi, które nie poruszają się samodzielnie lub nie opuszczają łóżka, mają kontakt częstszy i nieco lepiej orientują się w ich sytuacji życiowej.

Na podstawie informacji uzyskanych od respondentów można stwierdzić, że przewlekle chorzy mówią najczęściej o swoich problemach zdrowotnych (ponad 95%). Z prawie równą częstotliwością ujawniają, że czują się osamotnieni i niezro-

zumiani przez otoczenie, co wzmacnia w ich świadomości poczucie własnej bezużyteczności. Większość (67%) wspomina o problemach finansowych, wynikających z niedoboru środków niezbędnych do zaspokojenia różnych potrzeb, w szczególności potrzeb zdrowotnych. Ponad połowa (54%) obawia się cierpień spowodowanych złym stanem zdrowia, a 43% mówi o swoim lęku przed śmiercią. Dla ponad 1/3 przewlekle chorych problem stanowią trudności w realizacji ról rodzinnych, a także trudności w załatwianiu formalności związanych z uzyskiwaniem świadczeń należnych osobie niepełnosprawnej. Co czwarty przewlekle chory podkreśla wynikające z choroby ograniczenia w pełnieniu ról zawodowych.

Na częstotliwość wspominania przez przewlekle chorych o określonych problemach, z którymi się borykają, mają niewątpliwie pewien wpływ ich wyobrażenia i przekonania na temat możliwości zrozumienia tych problemów przez osoby udzielające im pomocy, a pełniące różne role zawodowe. Z badań wynika, że podczas rozmów z nimi chorzy eksponują przede wszystkim takie problemy, które mają wyraźniejszy związek z realizowanymi przez te osoby rolami zawodowymi i z tego względu mogą być przez nie lepiej rozumiane. Dobrą ilustrację stanowią tu takie problemy, jak lęk przed śmiercią czy trudności w dostępie do świadczeń należnych osobie przewlekle chorej (por. tab. 1). Ze swego lęku przed śmiercią chorzy zwierzają się najczęściej kapłanowi i lekarzowi, a więc tym osobom, które z racji wykonywanych funkcji mają z tym faktem egzystencjalnym szczególnie częsty kontakt i są w stanie lepiej niż inni pomagający ich przeżycia zrozumieć, a ponadto zachować dyskrecję. Natomiast o trudnościach w dostępie do należnych świadczeń wspominają przede wszystkim tym przedstawicielom służb społecznych, którzy lepiej orientują się w procedurach uzyskiwania owych świadczeń, tzn. pielęgniarkom, lekarzom i pracownikom socjalnym.

Tabela 1. Problemy artykułowane przez przewlekle chorych osobom pomagającym według kategorii zawodowej pomagających (w %)*

Typ problemu	Kategoria zawodowa				
	Lekarz	Pielęgniarka	Opiekunka	Pracownik socjalny	Ksiądz
Problemy zdrowotne	100.0	100.0	88.0	91.6	76.1
Problemy finansowe	81.3	86.0	72.0	90.3	38.8
Poczucie własnej bezużyteczności	33.9	44.4	48.0	36.1	32.8

Trudności w wypełnianiu ról rodzinnych	23.7	34.9	24.0	34.7	37.0
Trudności w wypełnianiu ról zawodowych	23.7	12.7	6.0	31.9	7.5
Poczucie osamotnienia i niezrozumienia przez innych	68.0	60.5	66.0	68.0	62.3
Trudności z dostępem do należnych świadczeń	49.1	47.6	24.0	47.2	15.0
Lęk przed cierpieniem	47.0	60.5	44.0	23.6	53.7
Lęk przed śmiercią	42.0	38.1	26.0	29.2	49.2
Ogółem	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Uwaga: wartości procentowe nie sumują się do 100 ze względu na możliwość wskazania więcej niż jednego problemu

Opinie uczestników badań na temat problemów osób przewlekle chorych pokrywają się w zasadzie ze stanem rzeczy, o którym mówią sami chorzy. Różnica polega jedynie na tym, że respondenci w sposób bardziej zdecydowany niż sami chorzy wskazują źródła niektórych istotnych problemów swoich podopiecznych. Choć żaden z nich nie neguje, że głównym problemem osób przewlekle chorych jest niekorzystny stan ich zdrowia, a większość uważa także, że niekorzystna sytuacja materialna, to ponad połowa jest również zdania, że istotną przyczynę cierpień chorych stanowią nie zawsze prawidłowe relacje rodzinne. W wielu rodzinach dostrzegalny jest bowiem, jak podkreślają badani, brak emocjonalnego ciepła i pełnej akceptacji człowieka przewlekle chorego, a co najwyżej tolerowanie jego obecności. Chory, zdając sobie sprawę z takiego nastawienia do siebie, utwierdza się w przekonaniu, że jest dla swej rodziny ciężarem, a to nie wpływa korzystnie na jego samopoczucie i samoocenę. Wielu chorych posiadających rodzinę, ale niemieszkających wraz z nią, przeżywa deprymujące uczucie samotności. Bywa jednak i tak, jak zauważyli badani, że niektórzy chorzy mieszkający z rodziną pod wspólnym dachem doznają z jej strony różnych szykan, które można by nawet uznać za przejawy przemocy.

Wiele do życzenia pozostawia także, zdaniem respondentów, poziom zainteresowania służb społecznych działających w społecznościach lokalnych problemami osób przewlekle chorych. Ich potrzeby nie zawsze są w dostatecznym stopniu dostrzegane i zaspokajane, a wskaźnikiem tego stanu rzeczy są utrudnienia w dostępie do różnego typu świadczeń i instytucjonalnych form pomocy. Wprawdzie w badanych społecznościach lokalnych funkcjonują placówki, których działalność jest nastawiona m.in. na zaspokajanie potrzeb ludzi chorych i w założeniu powinny one tworzyć zintegrowany system pomocowy, ale w praktyce najczęściej tak się nie dzieje. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest, jak twierdzą respondenci, niewystarczająca współpraca pomiędzy poszczególnymi ogniwami systemu. I choć zapewne ich krytyczne opinie są uzasadnione, można by – odwołując się do zebranych podczas badań materiałów – postawić pytanie, czy aby oni sami, jako reprezentanci określonych placówek, nie przyczyniają się do utrwalania krytykowanej sytuacji? Z materiałów tych wynika bowiem, że – generalnie biorąc – wiedza respondentów na temat zakresu i form działania placówek pomagających chorym innych niż ta, w której sami pracują, jest dość ograniczona, a stopień zainteresowania rozwijaniem współpracy – niewielki. Najbardziej korzystnie prezentuje się pod tym względem kategoria pracowników socjalnych, którzy nie tylko najlepiej orientują się w działaniach podejmowanych na rzecz osób przewlekle chorych przez przedstawicieli innych służb społecznych, ale, występując w roli prowadzących przypadki tych osób, włączają do współpracy innych profesjonalistów.

Dokonując oceny stopnia zaspokojenia potrzeb osób przewlekle chorych w środowisku zamieszkania respondenci podkreślali także, że istnieje zbyt małe zainteresowanie ich losem ze strony otoczenia społecznego. Choć trudno jednoznacznie określić, jaki zakres logiczny nadawali temu pojęciu, z ich wypowiedzi można pośrednio wywnioskować, że mieli na myśli – oprócz samych rodzin chorych, także środowisko sąsiedzkie czy wspólnoty parafialne, które w mniejszych miejscowościach obejmują praktycznie członków całej społeczności lokalnej.

Spojrzenie na problemy ludzi przewlekle chorych przedstawione w tym tekście wyłącznie przez pryzmat opinii osób, które mają z nimi kontakt wynikający z przesłanek formalno-instytucjonalnych, jest jedynie wyrazem realizacji przyjętego założenia badawczego, nie zaś przekonania autorek, że zastosowane ujęcie pozwala na ukazanie pełnego obrazu tych problemów. Aby je głębiej poznać, należało by na nie spojrzeć także z perspektywy samych chorych, a także członków ich rodzin. Są to wątki tematyczne, które niewątpliwie warto byłoby podjąć w kolejnych badaniach.

Tadeusz Aleksander

TERAPIA KULTUROWA I EDUKACYJNA WOBEC CHOROBY

1. Geneza terapii

Zarówno lekarze, jak i przedstawiciele innych kategorii zawodowych związanych z lecznictwem, od wielu lat zwracają uwagę na trzy niepokojące zjawiska, których doświadcza człowiek hospitalizowany – często przez długi czas – w instytucjach zamkniętej opieki zdrowotnej, tj. w klinikach i szpitalach. Pierwsze to niekiedy złe samopoczucie pacjenta o nadwątlonym zdrowiu. Ogarnia go niejednokrotnie strach i przerażenie, obawa o przyszłość i niepewność dotycząca efektów leczenia. Prześladowają go myśli o tym, co pozostawił w domu i pracy zawodowej na czas leczenia. Myśli te potęgowane są u niego przez monotonię spowodowaną bielą szpitalną, wykonywaniem tych samych codziennych czynności porządkowo-pielęgniacyjnych w salach, obserwacją zachowania pacjentów często przestraszonych zabiegami leczniczymi, treścią rozmów toczonych pomiędzy chorymi, w czasie których wyolbrzymiane są niejednokrotnie przez rozmówców informacje o zabiegach leczniczych i ich skutkach.

Zjawisko drugie to duża ilość, niekiedy nawet nadmiar, czasu wolnego, który zostaje pacjentom po zabiegach leczniczych i wykonaniu innych koniecznych czynności. Poczucie nadmiaru czasu niektórym pacjentom wydłuża bezsenność, myśli o czekających ich zajęciach w domu i pracy itp. Nad tym rozmyślają często ekonomiści, zwracając uwagę na straty (gospodarcze) poszczególnych osób, spowodowane zmarnowaniem czasu. Zastanawiają się nad nim także psychologowie, zwłaszcza kliniczni oraz pedagodzy – głównie społeczni – zwracając uwagę na jego negatywne skutki w postaci powstawania zjawiska wspomnianego poczucia nudy szpitalnej, okazji do rozmów na tematy niepożądane dla pacjentów, niepotrzebnego rozmyślania, w czasie którego rodzą się czarne myśli i pesymistyczne wizje dalszych losów poszczególnych chorych.

Ponadto czas pobytu w klinice czy szpitalu na leczeniu oznacza dla ludzi wielu zawodów popadnięcie w stan beczynności, który spowodować może nie tyl-

ko częściowy zanik umiejętności zawodowych, ale także spore osłabienie ogólnej sprawności umysłowej i fizycznej, potrzebnej do efektywnego wykonywania pracy zawodowej i funkcjonowania w życiu codziennym.

By tym trzem niekorzystnym zjawiskom zapobiegać, zmniejszyć cierpienia pacjentów – a co najważniejsze – przyspieszyć proces poprawy ich zdrowia, wypracowano w ciągu wieków¹ różne formy zajęć profilaktycznych, takich jak gimnastyka czy elementy turystyki i rozmaitych prac praktycznych. Ponadto w szpitalach i klinikach europejskich wdrożono rozmaite formy kontaktu pacjentów z kulturą i treściami oświatowymi. Z reguły zabiegi te, traktowane jako spora innowacja w praktyce szpitalnej, nazywa się kulturoterapią, określaną jako wykorzystywanie treści kultury do tworzenia środka terapeutycznego w leczeniu chorych. W praktyce kulturoterapia to organizowanie intencjonalnych form kontaktu pacjentów z kulturą i sztuką oraz treściami oświatowymi (wiedzą). Wszystko po to, by z jednej strony uprzyjemnić mu pobyt w szpitalu lub klinice, z drugiej odciągnąć jego uwagę od negatywnych myśli, a nade wszystko zaś zintensyfikować i przyspieszyć jego leczenie.

2. Cele kulturoterapii

Podobnie jak wcześniej wypracowane różne formy „łagodnego” leczenia (stosowanie przyjaznego pacjentom wystroju sal – szczególnie ważne w przypadku sal dla dzieci, rozgłaszanie pacjentów w pomieszczeniach szpitalnych, otaczanie klinik i szpitali zielenią, urządzenie miejsc do spacerów i przechadzek), jak przemyślana pomoc pacjentowi przebywającemu w klinice i szpitalu, kulturoterapia to ważny element szerszego procesu, jakim jest humanizacja medycyny i lecznictwa. W owej humanizacji, pojmowanej jako czynienie pobytu w klinice i szpitalu bardziej przyjaznym dla chorego a całego procesu leczenia łagodniejszym, bliższym naturze i oczekiwaniom pacjenta, częściej zwraca się uwagę na potrzeby i naturę leczącego się człowieka. Wszystko po to, by w niektórych przypadkach zapobiec powstawaniu złego samopoczucia u pacjentów, a w innych takie samopoczucie osłabiać i neutralizować. Dzieje się tak przez kontakt z wieloma obszarami kultury: muzyką (muzykoterapia), sztukami plastycznymi (arteterapia) – tak znacząco stymulującymi proces leczenia u osób chorych psychicznie, sportem i ćwiczeniami fizycznymi (fizykoterapia), pracą (ergoterapia) i – umownie nazywając – wiedzą (biblioterapia, bo pacjenci głównie przez czytelnictwo zdobywają informacje i wiedzę). Celem tych zajęć w klinikach i szpitalach jest profilaktyka i przeciwdziałanie szpitalnej nudzie, wrażeniu monotonii. Kolejnym celem jest przeciwdziałanie szpitalnemu lękowi i powstawaniu czarnych myśli, które niezwykle często i łatwo nachodzą pacjentów. Nie bez znaczenia jest także cel w postaci przeciwdziałania popadaniu pacjentów w beczynność, grożącą zanikiem umiejętności zawodowych z powodu długiej ho-

¹ Wydaje się, że za początek zorganizowanej działalności w tym zakresie uznać należy inicjatywę Kościoła katolickiego, gdzie powołano do życia specjalną instytucję w postaci diakonów (gr. *diakonis* = sługa), którzy jako pomocnicy lokalnego biskupa opiekowali się chorymi i biednymi. W opiece tej uciekali się często oni do działań pozamedycznych. W XIX w. w szpitalach krajów anglosaskich i skandynawskich zaczęto tworzyć biblioteki dla pacjentów.

spitalizacji. Dodać też do tego można też cel „pozytywniejszy” w postaci wdrażania pacjentów do uczestnictwa w kulturze i pogłębianie u nich zainteresowania nią.

3. Podstawy prawne

Dzisiaj istnieją już podstawy prawne pozamedycznej działalności dotyczącej pacjentów klinik i szpitali. Związane są one na razie z opieką duszpasterską i biblioterapią. Wskazuje na to treść Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz Ustawa z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej. W pierwszej z nich (art. 19) czytamy, że pacjent w klinice i szpitalu ma prawo do opieki duszpasterskiej. Natomiast w drugiej z wymienionych (art. 26) prawodawca informuje, że w celu zapewnienia obsługi bibliotecznej specjalnych grup użytkowników „[...] prowadzone są biblioteki w zakładach opieki zdrowotnej i w domach pomocy społecznej [...]”. Zezwala ona także podmiotom organizującym imprezy artystyczne i rozrywkowe na działalność objazdową, co stwarza możliwość organizowania stosownych imprez kulturalnych także dla pacjentów w klinikach i szpitalach.

Nieco szczegółowiej kwestię bibliotek dla pacjentów hospitalizowanych reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2000 r. Zobowiązuje ono zakłady opieki zamkniętej do zapewnienia odpowiedniego, stałego pomieszczenia na bibliotekę, określa jej poziom organizacyjny (punktu bibliotecznego) w takim zakładzie – uzależniając go od liczby pacjentów – oraz określa sposób organizowania czytelnictwa osobom chorym.

Jeszcze dokładniej sprawy pozamedycznej opieki nad pacjentami, a więc i organizowania kulturoterapii, rozstrzygają regulaminy porządkowe poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej. W niektórych z nich, stosownie do ich specyfiki, zamieszczone są rozstrzygnięcia na temat zadań i obowiązków określonych pracowników w omawianym zakresie oraz instrukcje organizacyjne dotyczące prowadzenia różnych form kulturoterapii. Studia nad tymi szczegółowymi dokumentami wielu klinik i szpitali zdają się wskazywać na docenianie kulturoterapii w tych instytucjach. Praktyka zaś dowodzi, że mimo różnych przeszkód i trudności w wielu instytucjach (robi się to bez zaangażowania środków finansowych poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, z powodu zakazu ustawowego), czyni się w zakresie kulturoterapii sporo.

4. Warunki organizacyjne

Działalność ta organizowana jest w klinikach i szpitalach przez rozmaite instytucje (z treści cytowanej Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wynika – o czym wspomniano wyżej – że koszty jej nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej) takie, jak: instytucje kultury (biblioteki, domy i centra kultury), sztuki (instytucje muzyczne, teatry, muzea, galerie sztuki), rozmaite stowarzyszenia (kultury fizycznej, artystyczne), związki twórcze (np. literatów), grupy hobbistyczne (np. filatelistów),

stowarzyszenia regionalne, różnego rodzaju fundacje (np. Fundacja „Marzenie”, angażująca się w organizowanie zajęć dla dzieci w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie). W organizowanie różnych form pozamedycznego oddziaływania na pacjentów angażowany bywa w różnych zakładach zamkniętej opieki zdrowotnej personel pielęgniarstwa (dawniej zatrudniano w niektórych klinikach i szpitalach pracownika kulturalno-oświatowego), księża oraz wolontariusze. Liczba takich pracowników i sposób angażowania się w tę działalność zależą od zrozumienia jej potrzeb przez dyrekcję oraz poziomu przekonania o jej przydatności personelu klinik i szpitali.

W klinikach i szpitalach wygospodarowano specjalne miejsca i pomieszczenia dla organizowania różnych form pozamedycznego oddziaływania na pacjenta w jego czasie wolnym. Są to: tereny zielone (parki, skwery, alejki, deptaki, ścieżki spacerowe, place zabaw, zwłaszcza dla dzieci itp.), baseny, kaplice i ich zaplecze, sale gimnastyczne (sale do ćwiczeń rehabilitacyjnych), świetlice, sale konferencyjne, pomieszczenia bibliotek itp.

W większości klinik i szpitali w pomieszczeniach tych zgromadzono rozmaity sprzęt oraz pomoce oświatowe i artystyczne. Przykładem są odbiorniki radiowe i telewizyjne, zbiory książek i prasy oraz taśm i płyt z nagraniami (w bibliotekach), urządzenia do ćwiczeń w salach gimnastycznych i na placach zabaw, komplety gier świetlicowych, niekiedy też magnetowidy i komputery (z dostępem do Internetu). Stosunkowo nieźle w pomoce do zajęć wyposażone są sale do zajęć wolnoczasowych dla dzieci w dużych klinikach i szpitalach, są to zwłaszcza gry, zabawki i różnego typu klocki. Oczywiście jest, że do wielu zajęć kulturoterapeutycznych wykorzystywany jest sprzęt (np. instrumenty muzyczne, aparatura nagłaśniająca) instytucji artystycznych prezentujących swój dorobek w klinikach i szpitalach.

5. Formy kulturoterapii

Działalność na rzecz wsparcia pacjentów przebywających na leczeniu w klinikach i szpitalach przybiera kilka form². Przypomnieć na nasz użytek wypada, że przez formę rozumieć tutaj należy rodzaj działania: sportowego, edukacyjnego, kulturalnego, artystycznego czy też rekreacyjnego, którego uczestnikami są pacjenci pozostający na leczeniu w klinikach i szpitalach. Dokonuje się wielorakich podziałów form, zależnie od rodzaju przyjętego kryterium. Ze względu na liczbę uczestników można wyodrębnić formy indywidualne (czytelnictwo, spacer) i zbiorowe (prelekcja, spotkanie z literatem, gra ruchowa). Zaś odwołując się do kryterium rodzaju i intensywności wysiłku wkładanego w zajęcia, podzielić je można na intensywne i ekstensywne (niejako pogłębiające i poszerzające rozwój umysłowy uczestników).

Nie wnikając w dalsze klasyfikacje form, wymieńmy najpospolitsze. Chyba najprostsza z nich, a zarazem bardzo ważną dla pacjentów, to rozmowy z lekarzami i pielęgniarkami na temat postępowania po zabiegu oraz realizowana w ich toku edukacja na temat leczenia poszczególnych jednostek chorobowych. Ważną rolę te-

² Formy te są znacznie bardziej rozwinięte w sanatoriach, co spowodowane jest lepszym stanem zdrowia i większą z reguły ilością czasu wolnego pensjonariuszy.

rapeutyczną wobec osób hospitalizowanych pełnią też rozmowy przeprowadzane z nimi przez kapłanów w czasie odwiedzin w szpitalach i klinikach. Rozmowy te są ważną i znaczącą formą edukacji i wsparcia obawiających się o swój los pacjentów. Oczywiście efektywność ich zależy od poziomu i jakości tej formy pomocy i wsparcia osób przebywających w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej.

Do starych i sprawdzonych form kulturoterapii w wielu klinikach i szpitalach należą prelekcje i pogadanki oraz spotkania z tzw. ciekawymi ludźmi: literatami, muzykami, plastykami, twórcami popularnych filmów, podróżnikami itp. Formy te, tj. zarówno wykłady popularne, jak i spotkania z ludźmi wybitnymi, mają swoją specyfikę metodyczną i organizacyjną. Muszą być na ogół krótkie i atrakcyjne w treści i sposobie przeprowadzenia. Mimo krótkiego czasu trwania i sporadyczności (ze względu m.in. na koszty) przyczyniają się wyraźnie do poznania przez uczestników wielu zjawisk z różnych dyscyplin nauki oraz rozmaitych obszarów kultury i sztuki.

Chyba najszerzej rozwiniętą formą kulturoterapii w klinikach i szpitalach jest czytelnictwo. Realizowane przy jego pomocy wsparcie pacjentów nazwano biblioterapią. Refleksja na temat organizacji i funkcji czytelnictwa w zakładach opieki zamkniętej jest mocno rozwinięta w wielu krajach, najmocniej, jak się wydaje, w Czechach, gdzie również doprowadzono do perfekcji jego możliwości terapeutyczne. Oddziaływanie na pacjenta za pomocą czytelnictwa realizuje się nawet w przypadkach najcięższych schorzeń nadcisnieniowych i terminalnych. Biblioterapia polega na stosowaniu lektury książek i czasopism jako środka terapeutycznego w leczeniu chorych. W tym celu w klinikach i szpitalach naszego kraju zorganizowana została sieć bibliotek (biblioteki główne, ich filie i punkty biblioteczne na oddziałach). Wypracowano dobrą strategię (kryteria) doboru książek dla pacjentów, adekwatnie do ich możliwości i do wskazań czytelnicznych. Dopracowano się także sensownej i oryginalnej metodyki pracy bibliotekarza z chorym czytelnikiem (w tym i sposobu docierania z książką do chorego w łóżku). Badania, jak i liczne doświadczenia praktyczne wskazują na dużą efektywność terapeutyczną dobrze zorganizowanego czytelnictwa.

Inne formy działalności na rzecz stymulowania procesu wyzdrowienia realizowane w klinikach i szpitalach wiążą się z kulturą fizyczną. Są to spacerzy i gimnastyka zdrowotna oraz rehabilitacyjna (dostosowana do możliwości pacjenta wynikających z rodzaju jego choroby), spacerzy i krótkie wycieczki (wyłącznie dla zainteresowanych), aerobik, zabawy i gry ruchowe itp. Przeciwdziałają one różnego rodzaju schorzeniom fizycznym i zanikowi sprawności motorycznej, jakie powoduje bezruch chorego oraz poprawiają jego samopoczucie.

Do często organizowanych zajęć dla pacjentów należą koncerty i przedstawienia³. Koncerty dawane są przez na ogół małe grupy wokalnie-instrumentalne z instytucji artystycznych (filharmonie, teatry muzyczne i operowe, orkiestry kameralne, grupy regionalne i narodowościowe itp.). Natomiast przedstawienia polegają na prezentowaniu się małych grup teatralnych (zawodowych i amatorskich), kabareto-

³ Specjalne miejsce wśród omawianych form zajmują nabożeństwa odprawiane codziennie w kaplicach (kościółkach) klinik i szpitali.

wych, teatrów jednego aktora, zespołów szkolnych itp. Nasilenie liczby koncertów i przedstawień dla pacjentów w klinikach i szpitalach następuje w okresie świąt Bożego Narodzenia. Wtedy to wiele zespołów artystycznych odgrywa w tych instytucjach jasełka i inne scenki obrzędowe. Cieszą się one dużą popularnością, zwłaszcza u dzieci i młodzieży.

W klinikach i szpitalach od lat zadomowiło się także radio i telewizja, a odbiór za ich pośrednictwem informacji i programów artystycznych należy do częstszych zajęć pacjentów. Audycji radiowych pacjenci najczęściej słuchają indywidualnie. Niejako dla odmiany, program telewizyjny oglądany jest najczęściej zbiorowo w pomieszczeniach świetlicowych i jadalniach.

Coraz bardziej popularna współcześnie w klinikach i szpitalach jest terapia przez pracę (ergoterapia). Polega ona na angażowaniu pacjentów w wykonywanie różnych prac pomocniczych, np. pomoc bibliotekarzowi w obsłudze czytelników, przygotowaniu koncertów i przedstawień dla pacjentów. Wspomnieć również należy i o tym, że sporo pacjentów, by zagospodarować czas wolny, podejmuje różnego rodzaju – w miarę możliwości – indywidualne zajęcia. Jedni uczą się do egzaminów, inni (głównie pracownicy naukowcy) czytają zaległe rozprawy, a nawet piszą prace naukowe. Jeszcze inni dyskutują, wspominając swoje – niejednokrotnie bogate – doświadczenia życiowe i zawodowe. Pewna część pacjentów w czasie choroby oddaje się – często w ciszy – głębokiemu namysłowi nad swym życiem i postępowaniem, a następnie, po wyjściu z kliniki czy ze szpitala, niejednokrotnie zmienia je.

Trzeba przyznać, że obecnie zarówno w naszym kraju, jak i za granicą nadal poszukuje się nowych form szpitalnej kulturoterapii, stale powiększając ich listę. Do nowych należy wypróbowana już w Kalifornii śmiechoterapia, której istotą jest stosowanie kuracji poprzez humor, ironię, żart i autoironię. W przypadku dzieci i młodzieży coraz intensywniej rozwijaną formą kulturoterapii staje się bajkoterapia polegająca – jak sama nazwa wskazuje – na czytaniu i opowiadaniu bajek i baśni chorym w tym wieku rozwojowym. Na pomysłowy eksperyment w tym zakresie odważyła się Dyrekcja Szpitala Dziecięcego w Kielcach (1997 r.). Miejscowa instruktorka teatralna zaproponowała dzieciom w szpitalu zajęcia z dramy. Początkowo dzieci były przestraszone, chowały się po kątach, bały się wyjść na środek (przerażało je słowo „drama”, co sygnalizuje potrzebę starannego doboru ofert zajęć – nawet jeśli chodzi o nazwę – dla wyczulonych na wszystko pacjentów w klinikach i szpitalach). Z czasem w ich oczach było coraz mniej lęku i zaczęły pytać prowadzącą o porę przyjscia następnego dnia. Zauważono, że dzięki udziałowi w tych zajęciach, u hospitalizowanych dzieci zmniejszyło się uczucie lęku i osamotnienia⁴.

Ilość i jakość realizowanych działań kulturoterapeutycznych zależy od wielkości kliniki czy szpitala (na ogół w większych dzieje się w tym zakresie znacznie więcej), ich typu (a zatem rodzaju), stanu i wieku pacjentów. Jeśli chodzi o wiek, wskazać trzeba na szczególną troskę o organizowanie pozamedycznego wsparcia pacjentów w szpitalach dla dzieci. Przykładem może służyć Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, który uznać wypada za wzorcowy w tym zakresie. Zadba-

⁴ Informacja uzyskana od doc. dr. Marka Świecy z Akademii Pedagogicznej w Kielcach, znanego pasjonata edukacji przez dramę.

no w nim o wystrój sal (tapety na ścianach z misiami i kwiatkami) wyposażonych w meble oraz zabawki i klocki. Dla najmłodszych zorganizowano tam przedszkole, dla starszych – różne formy zastępcze nauczania szkolnego. Urządza się też dla nich zabawy ruchowe oraz rozmaite zajęcia rozrywkowe, występy zaproszonych zespołów muzycznych i teatralnych (także dziecięcych i młodzieżowych), organizuje dla nich teatryk, a odwiedzająca szpital grupa artystyczna o wymownej nazwie „CW Clown”, od czasu do czasu zabawia dzieci leczone na różnych oddziałach rozmaitymi sztuczkami. Rozległy jest tam wachlarz prac plastycznych (twórczych) organizowanych przez dzieci. Trwałym elementem wsparcia dzieci w walce z chorobą stały się w tym szpitalu specjalne turnusy rehabilitacyjne.

6. Zasady organizacyjne

Wieloletnie organizowanie działań terapeutycznych omawianych w tym opracowaniu doprowadziło do wytworzenia kilku zasad ich realizacji. Pierwsza z nich to założenie, że działania te muszą być szczegółowo konsultowane z lekarzem. Wszystkie bowiem formy kulturoterapii i innych działań terapeutycznych muszą być dostosowane do rodzaju i stanu choroby oraz możliwości osób chorych. Nie wszyscy pacjenci mogą korzystać z każdej formy terapii i związanego z nią wsparcia. O tym, które rodzaje zajęć wolnoczasowych są wskazane dla pacjenta, a jakich należy unikać, najtrafniej orzeknie lekarz opiekujący się chorym. Z tej wypływa druga zasada, formułowana jako postulat: o tym, że poszczególne formy kulturoterapii muszą być dostosowane do specyfiki choroby i potrzeb kulturalno-oświatowych pacjentów. Zasada następna sprowadza się do postulatu dobrowolności. Uczestnictwo chorych w oferowanych im zajęciach terapeutycznych musi być w pełni dobrowolne. Można jedynie spokojnie i ostrożnie zachęcać lub budzić nimi zainteresowanie chorych. Stosowanie w tym obszarze przymusu nie tylko nie wróży działalności terapeutycznej sukcesu, ale może pogłębić niechęć do niej, a nawet wywołać uraz do wykonywania określonych niekiedy bardzo potrzebnych czynności.

W działalności tej wypracowano też zasadę preferencji treści pozytywnych nad negatywnymi. Znaczy to, że w jej toku zapoznaje się pacjentów (przypomina im) z treściami o wydźwięku pozytywnym i jednoznacznie optymistycznym. Natomiast unika się omawiania zagadnień pesymistycznych, przypominania tego, co może się okazać dla pacjenta przykre i niekorzystne. Zasada ta dotyczy treści książek, wygłaszanych prelekcji, organizowanych koncertów i przedstawień. W niektórych klinikach i szpitalach w organizowaniu omawianej działalności stosuje się też zasadę sięgania do pomocy organizatorskiej samych pacjentów, jeśli pozwala na to ich stan. Oni to, zwłaszcza lżej chorzy i rekonwalescenci, niejednokrotnie postulują i współorganizują niektóre zajęcia, trafiając z reguły bardzo celnie (ich treścią i formą) w potrzeby i oczekiwania pacjentów.

Niewątpliwie ważna w organizowaniu tych zajęć jest zasada atrakcyjności. Decyduje o niej dobór treści oraz ich forma organizacyjna. Treści przekazywane i opracowywane na tych zajęciach muszą być wartościowe (książki w bibliotekach

klinik i szpitali, treść wygłaszanych w tych instytucjach prelekcji dla pacjentów, program organizowanych koncertów i przedstawień itp.).

Realizacja działań kulturoterapeutycznych według wymienionych zasad staje się warunkiem ich efektywności wyrażonej w poziomie wsparcia pacjentów w walce z chorobą.

7. Funkcje społeczne kulturoterapii

Charakteryzowane w tym opracowaniu pozamedyczne oddziaływania na pacjentów pełnią, niezależnie od ich wieku i rodzaju leczonego schorzenia, liczne funkcje. W pierwszym rzędzie osłabiają one poczucie nadmiaru wolnego czasu, umożliwiają zagospodarowanie tego czasu, a przez to przeciwdziałają odczuwaniu nudy i monotonii szpitalnej. Pozwalają one, przynajmniej czasowo, zapomnieć o chorobie, oddziałują na nich odprężająco, zapobiegają powstawaniu „czarnych myśli”, które niejednokrotnie nacierają pacjentów. Są profilaktyką negatywnych następstw długiego leczenia (np. przez ruch i ćwiczenia gimnastyczne zapobiega się odleżynom). Osłabiają też proces zaniku, wskutek przerwy w pracy, umiejętności zawodowych. Ale wdrażają też pacjentów do prawidłowego uczestnictwa w kulturze i kształtują u nich nawyki w tym zakresie. Najważniejszą z funkcji jest ta, która polega na wspieraniu chorego człowieka w walce z chorobą, a zarazem wyraża się w niesieniu pomocy pacjentom w przezwyciężeniu choroby. Wspierają go – jak widać – różne formy kontaktu z kulturą fizyczną, sztukami plastycznymi, muzyką, teatrem, literaturą oraz nauką (wiedzą).

8. Możliwość optymalizacji

Funkcje działalności pozamedycznej realizowane w klinikach i szpitalach, zwłaszcza stymulowanie przez nią procesu powrotu pacjenta do zdrowia, upoważnia do snucia wniosków o potrzebie jej dalszego rozwoju. Wspieranie tego rozwoju wyrażać się powinno w poprawie infrastruktury służącej tej działalności. Szczególnie chodzi o infrastrukturę (sale, sprzęt, pomoce) w małych szpitalach, zaniedbanych w tej dziedzinie. Istnieje też potrzeba zatrudnienia, przynajmniej w dużych klinikach i szpitalach, specjalnego pracownika do organizowania (i koordynowania) kulturoterapii, tak jak zatrudnia się w nich duchownych, bibliotekarzy, przedszkolanki i nauczycieli (szpitale i kliniki dziecięce), dobrze przygotowanego do organizowania takiej akcji wśród pacjentów. W mniejszych zakładach lecznictwa zamkniętego obowiązki takie można przypisać sprawnej w działaniu pielęgniarce lub nawet pracownikowi administracyjnemu, odpowiednio przysposobionemu do omawianych w tym tekście czynności.

Doskonalić trzeba także metodykę i organizację terapeutycznej działalności, poszerzać jej formy organizacyjne. Do działań takich należy pozyskać przychyłność lekarzy, pielęgniarek, a nawet samych pacjentów. Mogą oni skutecznie wesprzeć prace na rzecz poszerzenia i doskonalenia kulturoterapii w klinikach i szpitalach.

W tym celu należy rozwinąć wymianę doświadczeń pomiędzy pracownikami w różnych instytucjach opieki. Wymiana taka mogłaby się też dokonywać poprzez publikowanie doświadczeń na łamach pisma kulturalno-oświatowego).

Niebezzasadnym wydaje się także postulat kontynuowania prac i starań o objęcie opieką kulturoterapeutyczną rekonwalescentów po opuszczeniu klinik czy szpitali (zajmują się tym doskonale niektóre sanatoria). Wtedy mogłyby ją organizować dla ludzi z różnych miejscowości lokalne placówki kultury (biblioteki, domy i centra kultury) oraz instytucje artystyczne (muzyczne, teatry, galerie sztuki) itp. O tym, że jest to możliwe i skuteczne, przekonują m.in. doświadczenia kilku teatrów amatorskich utworzonych z osób, które wcześniej zmagaly się z chorobą psychiczną.

Bibliografia:

Seniorzy w społeczeństwie XXI w., red. M. Krobicki, Z. Szarota, Kraków 2004.

J. Stochmialek, *Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle teorii poznania*, [w:] *Człowiek istota nieznana*, red. E. Dubas, Łódź–Płock 2005, s. 141-156.

Z. Żukowska, *Styl życia a zagrożenia zdrowia jednostki i społeczeństwa w rozwijającej się cywilizacji*, [w:] *Pedagogika społeczna*, red. E. Marynowicz-Hetka, Warszawa 2007, s. 534-551.

Jerzy Gizella

WSPÓŁCZESNA LITERATURA JAKO FORMA WSPARCIA SPOŁECZNEGO W WALCE Z CHOROBA

Termin 'wsparcie społeczne' pojawił się w literaturze fachowej w latach 70. ubiegłego wieku i od tamtego czasu gra ważną rolę w badaniach dotyczących wpływu stresu na psychiczne i fizyczne funkcjonowanie człowieka, szczególnie ludzi ubogich, bezrobotnych, wychowujących dzieci niepełnosprawne, ludzi wymagających wszelkich form terapii z powodu wad rozwojowych. Wykazano w nich m.in., że ludzie otoczeni empatią, rodziną i troską społeczną, w tym organizacyjną, przyjaciółmi, należący do licznych stowarzyszeń i wspólnot, w tym religijnych, cieszą się lepszym zdrowiem i lepiej sobie radzą w sytuacjach stresowych niż osoby samotne.

W klasycznej literaturze psychologicznej, dotyczącej wsparcia społecznego, istnieją cztery podstawowe kategorie wsparcia:

- 1) wsparcie emocjonalne – oparte na empatii, miłości i zaufaniu,
- 2) wsparcie instrumentalne – oparte na zachowaniach pomocnych, które wspomagają materialne potrzeby jednostki,
- 3) wsparcie informacyjne – oparte na zasobach informacji użytecznych w strategiach radzenia sobie z problemami osobistymi i środowiskowymi,
- 4) wsparcie ewaluatywne – zawierające przekazy ważne z punktu widzenia samooceny i porównań społecznych.

W przypadku literatury beletrystycznej zachodzą trzy rodzaje wsparcia, z wyjątkiem instrumentalnego. Wykorzystuje się je w psychoterapii klinicznej (psychodrama), biblioterapii (terapia nerwicy lękowych, bajkoterapia, terapia upośledzeń umysłowych, terapia osób niepełnosprawnych i inwalidów, osób ze schorzeniami przewlekłymi i chronicznymi, w terapii osób starszych i samotnych itp.), noologoterapii (terapii zaburzeń poczucia sensu i celu w życiu). Książki z pogranicza fikcji i faktu, książki popularnonaukowe, monografie chorób napisane językiem literackim, pozwoliły przełamać mur obojętności wokół chorego oraz choroby, dostrzec w pacjencie człowieka, który zasługuje na miłość i współczucie, empatię i zrozu-

mienie jego odmienności. Działalność oraz twórczość Antoniego Kępińskiego są tego najlepszym przykładem, tym bardziej wymownym, że autor sam zmagał się ze śmiertelną chorobą i mimo tego potrafił do ostatnich chwil życia w nadludzki niemal sposób kontynuować pracę twórczą. Takie powieści jak *Lot nad kukulczym gniazdem* Kena Keseya, *Ptasiek* Williama Whartona, *Opowieści o zwyczajnym szaleństwie* Petera Zelenki, *Deszczowy człowiek* Leonore Fleischer, *Piękny umysł* Sylvii Nasar czy *Oblęd* Jerzego Krzysztonia wnoszą i wnoszą, także jako adaptacje filmowe, poszerzenie wiedzy o schorzeniach, które jeszcze do niedawna wykluczały dotkniętych nimi ludźmi z udziału w życiu społecznym, przełamują fobie i uprzedzenia „normalnych” do ludzi „wrażliwych inaczej”. Samo wymienianie tytułów dzieł i nazwisk autorów, którzy wnieśli do literatury nieoceniony wkład, świadectwo heroicznym zmaganiom z upośledzeniem czy nierzadko totalnym niezrozumieniem, zajęłoby kilka stron referatu – od *Historii mego życia* Helen Keller czy książek polskiego autora, ociemniałego i bezrękiego, Michała Kaziowa do *Poczwarki* Doroty Terakowskiej czy powieści Anny Soboлевskiej *Cela. Odpowiedź na zespół Downa*. Bez udziału książki trudno dziś sobie wyobrazić skuteczną terapię wielu schorzeń, defektów oraz upośledzeń. Literatura jest nieocenioną pomocą także w autoterapii, zwłaszcza osób starszych i samotnych, których z każdym rokiem przybywa w naszym starzejącym się społeczeństwie. Długowieczność w skali masowej to stosunkowo świeże zjawisko, wymagające nowych metod i strategii wsparcia społecznego, zwłaszcza kiedy tradycyjne więzi społeczne i rodzinne ulegają dynamicznym zmianom, a najczęściej rozluźnieniu oraz osłabieniu. Poza wyspecjalizowanymi kierunkami psychoterapii i instytucjami, które kształcą specjalistów istnieje szeroka sfera oddziaływania literatury na każdego człowieka. Można przyjąć, że sporo ludzi – mimo kryzysu literatury, spadku czytelnictwa i szerzącej się niechęci do czytania u młodszych – ciągle uważa książkę za swojego najbliższego doradcę i przyjaciela.

Szczególne miejsce zajmuje literatura w walce z chorobami terminalnymi, nieuleczalnymi. Wystarczy przywołać klasyka tej formy wsparcia, amerykańskiego nowelistę O. Henry’ego (William Sydney Porter, 1862-1910), którego nowela *Ostatni liść* do dziś jest kanwą niezliczonych adaptacji filmowych i radiowych, realizowanych na całym świecie, także w Polsce. Młoda, umierająca na gruźlicę dziewczyna wierzy, że będzie żyła tak długo, jak ostatni liść na drzewie, które ogląda za oknem. Stary malarz przeziębiony z wysiłku, dostaje zapalenia płuc, i umiera. Ale dziewczynie przywraca nadzieję i ratuje – pozwala jej przezwyciężyć kryzys i chorobę. Podobne szlachetne motywy znajdziemy u Alberta Camusa w *Dżumie*, z powtórzoną paradoksalnym odwróceniem ról i szans na przeżycie. Nowela *Kamizelka* Bolesława Prusa to jeden z najlepszych utworów literackich, jakie napisano na temat miłości, czułości i oddania, głębokich uczuć łączących dwoje ludzi usiłujących przedłużyć wzajemną nadzieję w walce z nieubłaganą chorobą.

Tak jak w wiekach średnich, największe żniwo zbierały zarazy i epidemie, tak w XIX w. i do połowy XX w. największym problemem była gruźlica. Pisał o ludziach dotkniętych nią (i równocześnie noszących piętno odrzucenia) Tomasz Mann w *Czarodziejskiej Górze*, a z polskich pisarzy – którzy sami najczęściej zmagali się z gruźlicą – Stefan Żeromski w *Ludziach bezdomnych*, Zbigniew Uniłowski we *Wspólnym pokoju*, Jarosław Iwaszkiewicz w *Brzezynie*, Sergiusz Piasecki w *Bogom*

nocy równi, Michał Choromański w licznych powieściach, dramatach i opowiadaniach, Janusz Krasieński w dylogii powieściowej *Na stracenie* i *Twarzą do ściany*. W tej ostatniej dowiadujemy się o dodatkowej torturze, jaką stosowano w czasach stalinowskich – do cel odsiadujących długoterminowe wyroki „ułaskawionych” przez Bieruta więźniów politycznych dodawano chorych z otwartą gruźlicą, którzy zarażali współwięźniów i w ten sposób wykonywali na sobie i na nich prawdziwy wyrok śmierci. Na leczenie antybiotykami trzeba sobie było szczególnie zasłużyć.

Z gruźlicą, tyfusem i głodem zmagali się zamknięci w konclagrach oraz gułagach. Lekarze (współwięźniowie) i zwykli więźniowie walczyli w beznadziejnej sytuacji o to, żeby ratować kogo się tylko da, przedłużyć choć o jeden dzień pobyt w szpitalnym lazarecie. Nie brakuje świadectw literackich o tych wspaniałych ludziach i ich często z góry przegranej walce: *Oddział chorych na raka* Aleksandra Sołżenicyna, *Inny świat* Gustawa Herlinga-Grudzińskiego czy *Człowiek człowiekowi wilkiem* Janusza Bardacha – służą za przykłady podejmowania często skrajnej, nadludzkiej walki o życie drugiego człowieka, bez względu na kary i konsekwencje jakie groziły lekarzom czy pielęgniarcom za wykrycie pomocy skazańcom. O heroizmie walki w KL Auschwitz świadczy podobna, jeśli nie jeszcze większa liczba świadectw w językach całej Europy, w tym klasyczne wspomnienia Stanisława Grzesiuka, więźnia hitlerowskich kacetów pt. *Na marginesie życia*, wydane po raz pierwszy w 1964 r., wielokrotnie potem wznawiane i tłumaczone na wiele języków. Wiele podobnych świadectw zgromadziły *Zeszyty Oświęcimskie* „Przeglądu Lekarskiego”.

Gruźlica była „literacką” chorobą numer jeden od początku wieku XIX aż do lat 50. XX w. – dziś taką rolę pełnią przede wszystkim choroby nowotworowe. Literatura piękna ma ogromną rolę w przybliżeniu tego, czym jest wiadomość o nieuleczalnej często chorobie dla chorego i jego najbliższych. Najbardziej znanym przykładem, który stał się kanwą do niezwykle popularnego obrazu filmowego, jest *Opowieść miłosna* (*Love story*). Zarówno książka Ericha Segala (1970) jak i film Arthura Hillera stały się niejako matrycą podobnych rozwiązań artystycznych – całego gatunku romansowego. Ostatnie dekady to prawdziwy urodzaj na literaturę poświęconą zmaganiom z tą chorobą. Wskazać jednak trzeba zasadniczą zmianę kontekstu, w którym powstaje dzisiaj sztuka i literatura. Panującą filozofię współczesnego człowieka w ostatnim półwieczu zdominowały wartości indywidualne i społeczne w sensie aksjologicznym: hedonizm, utylitaryzm, narcyzm i egoizm. W literaturze powstają dziesiątki dzieł, które preferują życie pełne podbojów, sukcesów, nie kończącego się, bezmyślnego życia „na luzie”, bezkarnego optymizmu, zabawy. Choroba i starość spychane są na margines, wypierane ze świadomości, napełniają strachem i są synonimem klęski materialnej i duchowej. Chyba nieprzypadkowo w powieści Magdy Dygat *Biedna Pani Morris* starość jest traktowana symbolicznie przez bohaterkę jak kara za grzech, za życie pełne wyrachowania, jako następstwo skrajnego egoizmu i niezdolności do prawdziwych uczuć.

Nieziemną popularnością cieszą się wszelkie pamiętniki i relacje znanych oraz popularnych postaci ze świata medialnego, którym przyszło zmagać się z terminalną chorobą. Wszyscy ci autorzy podkreślają, że zetknięcie z bezlitosną diagnozą

powoduje gwałtowne skierowanie się ku życiu, ku innym ludziom, ku wartościom, które zgubili w pogoni za sukcesem i karierą zawodową. Przykładów jest mnóstwo – przypomnieć wystarczy choćby książkę Kamila Durczoka i Piotra Mucharskiego *Wygrać życie*, biografię wielokrotnego zwycięzcy kolarskiego wyścigu Tour de France Lance'a Armstronga, *Mój powrót do życia. Nie tylko o kolarstwie*, prozę autobiograficzną dziennikarki i pisarki Krystyny Kofty – *Lewa, wspomnienie prawej*. W tej ostatniej bardzo dużo można przeczytać o roli przyjaciół, szczególnie przyjaciółki – dziennikarki Małgorzaty Domagałik – w mobilizowaniu do walki z chorobą. Wspaniałym autoportretem „silnej kobiety” jest autobiograficzny esej o umiejętności życia z rzadką i ciężką chorobą – *To jest wasze życie* Małgorzaty Baranowskiej, z głównym przesłaniem sprowadzonym do zadania sobie podstawowego pytania „Co robić?” a nie „Dlaczego?”, „Dlaczego ja?”. Nie zawsze walka kończy się zwycięstwem – istnieje pokaźna ilość świadectw walki przegranej z chorobą – pamiętnik studentki polonistyki UAM (Joanna Drażba, *Za parawanem powiek*) czy Tamary Zwierzyńskiej-Matzke i Svena Matzke *Czasami wołam w niebo*. W tej ostatniej dzielnym i wspomagającym ukochaną żonę do ostatniej chwili był przede wszystkim jej mąż, Sven.

Na świecie literatura piękna jest wprzęgnięta w wiele akcji społecznych z udziałem popularnych aktorów i dziennikarzy jak np. Breast Friends, która ma wspomagać oraz propagować rolę wsparcia w walce z chorobą nowotworową. Ostatnio do tej światowej akcji została włączona polska autorka Anna Mazurkiewicz z powieścią *Jak uszczypnie będzie znak* (2003). Warto zwrócić uwagę, że jest to program ściśle literacki, w odróżnieniu od programów opartych na poradnikach fachowych z zakresu psychoonkologii czy psychoneuroimmunologii, np. program Simontona. Wielu pacjentów uskarżało się, że książki-poradniki są pisane w surowej, poważnej tonacji, a zwalczanie choroby wymaga sporej dawki humoru, czasem wręcz ironii i autoironii – tej dostarcza najpełniej literatura piękna i film. Leczenie śmiechem – śmiechoterapia stała się znanym projektem teoretycznym i empirycznym w Instytucie Raka na Uniwersytecie w Loma Linda (LLU) w Kalifornii. Na swojej stronie internetowej autorzy programu informują o głównym celu tej terapii – redukowaniu czasu spędzonego w stanie gniewu, złości, lęku i depresji, jakie łączą się z momentem ustalenia diagnozy. W instytucie tworzy się Bibliotekę Śmiechu dla pacjentów – kolekcjonuje pełne bezpretensjonalnego humoru filmy i książki.

Należałoby się spodziewać, że najlepszego wsparcia chorym kobietom powinien udzielić nurt literatury kobiecej zwany feministycznym. Jeśli najlepszą grupą wsparcia jest przede wszystkim rodzina – to w tym nurcie prozy głównym wrogiem kobiety i rodziny jest niezmiennie mężczyzna (Kinga Iwasiów, Manuela Gretkowska, Kinga Dunin), a często i dzieci. Mastektomia jest często powodem do konstruowania żartobliwych konceptów językowo-sytuacyjnych, a chemioterapia i naświetlanie stają się towarzyskimi bonmotami. Demonicznie wygląda też obraz rodziny w powieściach młodych prozaików – Kuczoka, Odiji, Sieniewicza, Olszewskiego, Shutego, Nahacza czy Siemiona. Czytelnik w książkach tych stosunkowo młodych autorów nie znajdzie ani budujących przykładów, ani zachęty do myślenia o założeniu rodziny. Wręcz odwrotnie. Podobnie jest także z przedstawieniem starości – odrażającej i skłaniającej wyłącznie do szyderstwa. O takim szczególnym przykładzie

można mówić w przypadku prozy Piotra Czernieckiego *Ojciec odchodzi* (z wyraźnym nawiązaniem do głośnej książki Tadeusza Różewicza pt. *Matka odchodzi*), powieści środowiskowej i paszkwilu literackiego na wirtualne pokolenie JPIL, opisującego oczami krakowskich dandysów, bywalców studenckich klubów i modnych pubów atmosferę ostatnich dni życia Jana Pawła II. Nie ma też szczęścia – także w oczach krytyki literackiej – literatura poświęcona chorym na AIDS. Odrażający obraz środowiska gejowskiego w ostatnich latach przedstawił Michał Witkowski w powieści *Lubiewo*. Mało przekonująca pod względem literackim jest antologia polskich opowiadań pt. *Trafieni. Siedem opowiadań o AIDS* (Agnieszka Drotkiewicz, Izabela Filipiak, Natasza Goerke, Marek Kochan, Sławomir Shuty, Mariusz Sieniewicz, Michał Witkowski) czy proza „metroseksualna” Maćka Millera *Pozytywni*. O wiele lepiej zostały ocenione z punktu widzenia problematyki wsparcia klasyczne już dzisiaj anonimowe wyznania chorej „Juliette” – *Dlaczego ja? Zwierzenia młodej współczesnej kobiety*.

Wydaje się, że wspomniane wcześniej antyrodzinne i destrukcyjne tendencje znalazły ostatnio silną artystyczną przeciwwagę, która z powodzeniem przełamuje pokoleniową modę, niedojrzałość i niefrasobliwość w traktowaniu tematu choroby i starości w polskiej współczesnej literaturze. Do takich autorów można zaliczyć Jacka Dehnela, 26-letniego autora powieści *Lala*, podejmującej trudny temat dojrzewania więzi ponadgeneracyjnych, rozumienia innych ludzi, w tym nieodwracalnego procesu starzenia się, choroby i śmierci. Temat opieki nad chorym i umierającym w hospicjum emigrantem z Polski podejmuje powieść Bronisława Świderskiego *Asystent śmierci*. Autobiograficzna proza Świderskiego (ur. w 1946), emigranta, który od 1970 r. mieszka w Danii, stara się wydobyć z procesu umierania wszystko to, co przeciwstawia się uprzedmiotowieniu i bezdusznemu procesowi urzędowej opieki nad osobami starymi i opuszczonymi. Jest to szczególnie ważny głos w dyskusji z narastającymi we współczesnym świecie tendencjami do legalizacji procesu eutanazji.

Motywy walki z nieuleczalną chorobą pełnią ważną rolę w prozie Elżbiety Wojnarowskiej. W powieści *Anemony* główna bohaterka traci po kolei męża, pracę, zdrowie, miłość dziecka i poczucie sensu oraz celu życia. Jedyne ratunkiem i źródłem ukojenia może być powrót do domu rodzinnego. We wszystkich omawianych utworach właśnie możliwość powrotu we wspomnieniach do atmosfery rodzinnej dzieciństwa i domu rodzinnego pełni funkcję spoiwa między przeszłością i przyszłością, przynosi spokój i ukojenie, a nawet rozwiązanie uporczywych, trudnych i najtrudniejszych pytań. I choć tematyka tych utworów daleka jest często od optymizmu, pełna gorzkich refleksji i zwątpienia – ostateczny bilans jest pozytywny. Nawet w beznadziejnych sytuacjach obcości, przegranej, choroby i klęski pojawia się ktoś, kto potrafi zrozumieć, wysłuchać, pocieszyć. Czasem jest to ktoś bliski emocjonalnie, bliski rodzinnie, czasem zupełnie obca osoba, która przeszła w życiu podobne doświadczenie. Ta książka wydaje się duchowo bardzo bliska nieprawdopodobnej historii Rubena Gallego *Białe na czarnym*. Ten urodzony w Moskwie syn Wenezuelczyka i Hiszpanki wychowywał się w sowieckich domach dziecka dla upośledzonych dzieci, skąd trafił od razu do domu starców i został skazany na śmierć przez

zagłodzenie – przetrwał i opisał swoje przeżycia (książka została uznana za rosyjską książkę roku 2003).

Nie zawsze wsparcie literackie pełni funkcję pozytywną – np. w *Pętli* Marka Hłaski dobre rady i stereotypowe reakcje przyjaciół zamiast pomóc w zerwaniu z nałogiem pijaństwa i podjęciem leczenia w poradni antyalkoholowej doprowadzają bohatera, Kubę, do samobójstwa. W podobny sposób potraktował nałóg narkotykowy Tomasz Piątek w powieści *Heroina* – ta książka w swojej wymowie jest bardzo dwuznaczna: skutki uzależnienia od narkotyku są odstrasżające, ale rodzaj przeżyć, których dostarczają przeciętnym ludziom, warto próbować i ryzykować, bo nic innego nie zastąpi narkotykowego transu i aksjologicznego luzu, tak rzadkiego w świecie ekonomicznych rygorów i bezwzględnej konkurencji. Czy w podobnej atmosferze nie był przedstawiany nałóg pijaństwa, w który popadł Konsul w powieści *Pod wulkanem* Malcolma Lovry'ego? Pograżanie się w nałogu to niemal kolejne stopnie wtajemniczenia w niewidoczną dla zwykłych śmiertelników metafizyczną tajemnicę bytu. Doprowadzony do skrajnej degradacji fizycznej i duchowej bohater tej prozy w niemal symboliczny sposób ginie na śmietniku zakłuty nożami przez pospolitych rzezimieszków. Umiera jednak – według jednej z sugestii autora – w błogim przekonaniu, że dostępuje wniebowstąpienia.

Wydaje się, że uzależnienia są przedstawiane często w dwuznacznej otoczce, na tyle dwuznacznej, że zamiast obrzydzenia i potępienia raczej wnoszą posmak mistycznej przygody, zachęty do intelektualnej gry ze sobą i ze swoim ciałem, choć prawdziwymi ofiarami są przede wszystkim najbliżsi, w tym ukochane osoby. Zamiast odwagi mamy do czynienia z pseudobohaterstwem, błazenadą, megalomanią i wielką niedojrzałością, z zaprzeczeniem wiary w ludzką mądrość i solidarność. Tej moralnej dwuznaczności pozbawione są niemal w stu procentach książki poświęcone chorobom terminalnym i starości. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z typową spekulacyjną ucieczką przed skomplikowanymi a często urojonymi problemami psychicznymi, w drugim przypadku zagrożenie życia staje się natychmiastowe, wyjątkowo dotkliwe, konkretne w jego każdym aspekcie. Diagnoza brzmi jak wyrok śmierci. Człowiek staje samotnie do walki z ciałem i z czasem. Literatura piękna czy autobiograficzna nie zastąpi medycyny oraz wiary, ale pomaga zrozumieć mroczne tajemnice życia. Przygotowuje na ból, cierpienie, samotność, które są nieodłącznym cieniem każdej chwili radości i ceną każdego sukcesu, każdej wspólnej przeżytej chwili szczęścia.

W tak delikatnej i subtelnej materii, jaką jest literatura piękna, trudno stawiać jakieś bardziej ogólne czy podsumowujące wnioski. Nie wiadomo jaki rodzaj czy gatunek literacki może stanowić najlepsze wsparcie dla chorego i jaki rodzaj wsparcia. Czasem jest to tylko dramatyczna biografia pisarza, podobieństwo tragicznego życia: przywołać wystarczy choćby nazwiska z obszaru najbliższego nam językowo – Haliny Poświatowskiej, Andrzeja Bursy czy Edwarda Stachury. Nie prowadzi się badań, w jakiej proporcji do ilości wszystkich motywów powstaje literatura poświęcona chorobom i upośledzeniom, który kraj w takiej ewentualnej klasyfikacji przoduje. I nie w tym zawiera się sedno literatury wsparcia. Wystarczy często, że ulubiony autor po prostu pisze interesująco o innych ludziach i o świecie, poszerza wspólną percepcję i wrażliwość, zdolność rozumienia i odczuwania, zaraża humo-

rem i optymizmem. Mówiąc inaczej – dobra i mądra literatura jest zawsze pomocą dla chorych i zdrowych.

Bibliografia

- L. Armstrong, S. Jenkins, *Mój powrót do życia. Nie tylko o kolarstwie*, Warszawa 2003.
M. Baranowska, *To jest wasze życie*, Warszawa 2005.
J. Bardach, K. Glesson, *Człowiek człowiekowi wilkiem. Przeżyłem gułag*, Kraków 2002.
P. Czerski, *Ojciec odchodzi*, Kraków 2006.
J. Dehnel, *Lala*, Warszawa 2006.
J. Drażba, *Za parawanem powiek*, Poznań 1999.
A. Drotkiewicz i in., *Trafieni. Siedem opowiadań o AIDS*, Warszawa 2005.
K. Durczok, P. Mucharski, *Wygrać życie*, Kraków 2005.
M. Dygat, *Biedna Pani Morris*, Kraków 2002.
R.G. Gallego, *Białe na czarnym*, Kraków 2005.
S. Grzesiuk, *Na marginesie życia*, Warszawa 2006.
Juliette [pseud.], *Dlaczego ja? Zwierzenia młodej współczesnej kobiety*, Wrocław 1989.
K. Kofta, *Lewa, wspomnienie prawej*, Warszawa 2003.
J. Krzysztoń, *Obłąd*, Warszawa 2005.
A. Mazurkiewicz, *Jak uszczypnie będzie znak*, Warszawa 2007.
M. Miller, *Pożytywni*, Kraków 2005.
T. Piątek, *Heroína*, Wołowiec 2002.
E. Segal, *Opowieść miłosna*, Kraków 2004.
B. Świdorski, *Asystent śmierci*, Warszawa 2007.
E. Wojnarowska, *Anemony*, Poznań 2004.
T. Zwierzyńska-Matzke, S. Matzke, *Czasami wołam w niebo*, Warszawa 2002.

Netografia

www.laughterremedy.com
www.llu.edu/news/expressions/spring99/whole.pdf
www.simonton.pl

Józef Kuźma

**STOSUNEK DO UMIERANIA I CIERPIENIA
– NA PRZYKŁADZIE WOŁONTARIUSZY
KRAKOWSKIEGO HOSPICJUM**

*Śpieszmy się kochać ludzi
tak szybko odchodzą [...]*

ks. Jan Twardowski

Wprowadzenie

Człowiek żyjący obecnie w czasach postindustrialnych musi sprostać wielu nowym wyzwaniom ery globalizacji opartej na wiedzy. Uwikłany w problemy codzienności zazwyczaj nie zastanawia się nad kresem swojego życia.

Dopiero w obliczu poważnej choroby własnej lub kogoś bliskiego przychodzi czas na refleksję. Wielu z nas zaczyna stawiać sobie wówczas podstawowe pytania: czym jest życie, jaki był jego sens?, czym jest umieranie, czy jego nieodłączną cechą musi być ból i cierpienie? Seniorzy zaczynają dokonywać bilansu swojego życia, ważą swoje osiągnięcia i porażki. Innymi słowy, zaczynają filozofować. Niektórych zaś ludzi śmierć zaskakuje znienacka, zanim zdążą się zastanawiać nad tymi filozoficznymi kwestiami. Większość ludzi być może nigdy sobie nie odpowie na te ważne pytania związane z jakością życia. Na jakość życia składają się wszystkie jego etapy. Tak samo ważny jest okres prenatalny, niemowlęcy, dziecięcy, młodzieńczy, dorosły, jak i starczy. Z punktu widzenia społecznego szczególnie ważny jest okres dziecięcy i młodzieńczy, a z pozycji jednostki bodajże najważniejszy jest okres senioralny.

Wybrane stanowiska tanatologii filozoficznej dotyczące umierania, cierpienia i śmierci

Na przestrzeni dziejów społeczeństwa w różnorodny sposób podchodziły do problemu umierania i cierpienia, a zwłaszcza aktu śmierci. W ujęciu tradycyjnym śmierć stanowiła naturalną kolej ludzkiej egzystencji. Ludzie świadomi swego końca wspólnie z najbliższą rodziną i sąsiadami przygotowywali się na tę ostatnią chwilę życia. Krewni, przyjaciele i sąsiedzi przychodzili, aby pożegnać osobę umierającą. Człowiek, umierając, wydawał czasem polecenia, udzielał konkretnych rad, prosił także o wybaczenie za złe uczynki. Przeżywanie ostatnich chwil odbywało się w skupieniu i atmosferze wiary. Podobne ujęcie śmierci prezentuje francuski antropolog Philippe Ariès¹, podkreślając znaczenie obrzędów i powagę sytuacji umierania i zgonu.

Współcześnie w wielu krajach mniej rozwiniętych umieranie i śmierć nadal przeżywane są wspólnotowo oraz w atmosferze mistycznego przeżycia religijnego w ścisłym związku z wyznawaną wiarą. Niektóre elementy tradycyjnego podejścia do śmierci można jeszcze zauważyć w polskich mniejszych wspólnotach, zwłaszcza wiejskich.

Natomiast w rozwiniętych społecznościach, zwłaszcza w dużych miastach, można zauważyć dość radykalne odejście od tradycyjnych postaw i obrzędów związanych z umieraniem i aktem zgonu. Śmierć jest w tych rodzinach eliminowana z życia społecznego. Ludzie starzy swoje ostatnie chwile przeżywają w samotności, w salach szpitalnych, za parawanem czy w izolatce lub w zakładach opieki społecznej, z dala od rodziny i przyjaciół. Niektóre rodziny nadal organizują uroczyste pogrzeby i stypy, niejednokrotnie przypominające biesiady ślubne. Jednak w większości rodzin zamieszkałych w miastach coraz częściej odchodzi się od uroczystych pogrzebów.

W środowisku rodzinnym, zwłaszcza w obecności dzieci, coraz rzadziej mówi się o zjawisku śmierci i umierania. Zamiast przyzwyczajać dzieci do śmierci jako naturalnej kolei życia, stosuje się wiele eufemizmów, używając raczej łagodnych słów na fakt odejścia bliskiej osoby. Nowoczesne surrealistyczne podejście do prawdy o umieraniu i zgonie ma polegać na unikaniu mówienia wprost o śmierci lub negacji jej istnienia.

Z drugiej strony śmierć jest częstym tematem w sztuce, muzyce, literaturze i w mediach. Masowe środki przekazu (kino, telewizja i Internet) prezentują przypadki śmierci brutalnych i gwałtownych. Nieustannie pokazują śmiertelne wypadki, kataklizmy oraz zabójstwa. Tak tworzy się nowa medialna kultura śmierci.

Krótki przegląd stanowisk tanatologii filozoficznej

Platon uznawał dualizm istoty ludzkiej, składającej się z duszy i materii, uważał, że egzystencja fizyczna to efekt harmonii duchowej. Śmierć dla Platona była rozwiązaniem konfliktu wynikającego z poczucia obcości duszy w stosunku do ciała. Była

¹ P. Ariès, *Śmierć odwrócona*, [w:] *Antropologia śmierci – myśl francuska*, przeł. S. Cichowicz, J.M. Gozdimirski, Warszawa 1993, s. 227-228.

pozytywnym wydarzeniem, wręcz oczekiwanym i pożądanym. Natomiast lęk związany z odejściem z ziemskiego padolu mógł wystąpić, gdy człowiek nie był świadomy swej własnej istoty lub wtedy, gdy nadawał zmysłom wiodące znaczenie².

Epikur – filozof życia, jako cel najwyższy wysuwał szczęście indywidualne człowieka, a filozofię traktował jako czynność, która za pomocą dociekań i rozumowania ma zapewnić szczęśliwe życie. Dzielił ją na trzy główne części: teorię przyrody (fizyka), naukę o zasadach i drogach poznania przyrody i człowieka (kanonika) oraz naukę o osiąganiu przez człowieka szczęścia (etyka), którą uważał za najważniejszą część swojej filozofii. W koncepcji filozoficznej Epikura śmierć to całkowity zanik czucia.

Przeświadczenie, że śmierć jest niczym, miało powodować lepsze docenienie samego życia, oraz rezygnacji człowieka z pragnienia nieśmiertelności, która była złudnym oczekiwaniem wtopienia się w pozazmysłowy wymiar bezkresowego czasu. Jak konkludował Epikur,

śmierć, najstraszniejsze z nieszczęść, wcale nas nie dotyczy, bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma. Wobec tego śmierć nie ma żadnego związku ani z żywym, ani z umarłym, tamtych nie dotyczy, a ci już nie istnieją³.

Zgon świadczył o odejściu całkowitym i nieodwracalnym, a zatem nie było żadnej pośmiertnej ekspiacji. „Raz się zrodziliśmy, dwa razy rodzić się nie będziemy. Mija życie i więcej nie wraca”. Według Epikura życie jest jedno i należy z niego korzystać w miarę swych możliwości⁴.

Lucjusz Anneusz Seneka postrzegał śmierć jako przejaw równości ludzi i sprawiedliwości natury wobec środowiska społecznego. „W związku z tym, że los dobra wspólne źle porozdzielał, czyniąc jednych poddanymi, a drugich panami, to śmierć wyrównuje te wszystkie różnice. Z tej perspektywy zgon jest dobrem pożądanym”⁵.

Dla św. Augustyna śmierć była prozą życia w ciele zmierzającym ku unicestwieniu, bowiem już od chwili narodzin dokonywały się ciągłe przemiany zbliżające do kresu⁶. Właśnie filozofia średniowiecza ukształtowała chrześcijańskie rozumienie śmierci. Według tej filozofii byt ludzki ma dwa wymiary: istnienie cielesne, przemijające, związane z życiem doczesnym oraz wieczne życie duszy, która tylko tymczasowo ożywia ciało. Śmierć nie stanowi końca człowieka, a jest przejściem do nowego pośmiertnego życia. Choć każdy musi umrzeć, to nikt nie umiera całkowicie. Głównym celem egzystencji ludzkiej jest zbawienie. Dziś, w odróżnieniu od średniowiecznych konstatacji, teolodzy chrześcijańscy twierdzą, że człowiek jako istota nieśmiertelna i przeznaczana do wiecznego życia w Bogu zasługuje na spe-

² M. Adamkiewicz, *Zagadnienia śmierci w bioetyce*, Warszawa 2002, s. 148.

³ D. Laertius, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, przeł. J. Krońska, K. Leśniak, W. Olszewski, Warszawa 1968, s. 645.

⁴ K. Leśniak, *Epikureizm jako doktryna socjologiczna*, „Myśl Filozoficzna” 1956, nr 1, *passim*.

⁵ M. Adamkiewicz, *op. cit.*, s. 152.

⁶ *Ibidem*, s. 59.

cialne względy, ponieważ posiada szczególną godność. W związku z tym człowiek jako podmiot przerasta świat, górując nad przyrodą, jej zjawiskami, ma w sobie element nieśmiertelności.

Na temat istoty śmierci i cierpienia wypowiadali się wybitni myśliciele, jak Michel de Montaigne, Blaise Pascal, Fryderyk Nietzsche, Jean Paul Sartre, Martin Heidegger i inni, których nie będę cytował ze względu na ograniczone ramy mojego tekstu.

W związku z tematem mojego referatu na uwagę zasługują myśli wypowiedziane przez Karla Jaspersa, który m.in. pisał

... w narodzinach i śmierci zamknięte jest każde żywe istnienie. Lecz jedynie człowiek wie o tym [...]; śmierć stoi przed każdym. Ponieważ jednak nie wiemy, kiedy przyjdzie, żyjemy tak jakby nigdy nie miała nadejść. Jako żyjący właściwie w nią nie wierzymy, chociaż jest dla nas rzeczą najważniejszą [...].

Dopiero w momencie utraty kogoś bliskiego człowiek odkrywa tymczasowość. Obserwacja umierania czyni je realnością. Śmierć wyzwala spotęgowany strach w trakcie jej trwania. Pierwszy typ lęku spowodowany jest samym procesem umierania. Jest to związane z cierpieniem podczas choroby czy starości.⁷

Zdaniem Vladimira Jankělěvitcha

... śmierć z jednej strony ukazuje się jako zjawisko nieskończone, bezwymiarowe. Natomiast z drugiej staje się zdarzeniem zwyczajnym, zachodzącym empirycznie na naszych oczach [co explicite rozumieją lekarze będący świadkami umierania wielu pacjentów – przyp. J.K.]. Zanik życia jest realną oczywistością, przysparzającą wielu kłopotów i w żadnym wypadku nie można jej określić jako banalne doznanie [...]. Człowiek bądź uwzględnia tylko prawo natury negując tajemnicę, bądź pada na kolana wobec tajemnicy, negując zjawisko. Przeciwność obu punktów widzenia ułatwia jednak tylko uciekanie się do wszelkiego rodzaju wykrętów, tworzenia jakichś przybliżeń, konwencji, eufemizmów, które są do naszej dyspozycji, by utwierdzić nas w błędnych sądach⁸.

Ks. Józef Tischner dostrzegał tragizm śmierci, wspólny wszystkim umierającym. Z bliskiej odległości, z ludzkim współczuciem śledziliśmy też Jego osobiste zmagania z nieuleczalną chorobą, bólem i cierpieniami. Rozróżniał On pojęcie

umierania – rozciągnięte na całe życie od skonania rozumianego jako właściwą śmierć. Umieranie jest przynależne ludzkiej egzystencji od chwili narodzin po zgon. Cechą charakterystyczną dla umierania jest ciągły proces dokonującego się pustoszenia życia, stopniowego wyniszczania. Umieranie nadaje śmierci sens tragizmu.

Zauważył także ogromną świadomość pustki, niedającą się niczym zapełnić, w momencie kiedy śmierć dosięga kogoś bliskiego⁹. Do tajemnicy śmierci nawiązy-

⁷ *Ibidem*, s. 80.

⁸ V. Jankělěvitch, *Tajemnica śmierci i zjawisko śmierci*, [w:] *Antropologia śmierci...*

⁹ K. Bukowski, *Śmierć i nieśmiertelność a religie i filozofie współczesne*, Wrocław 1993, s. 21.

wał Jan Paweł II w swoich licznych homiliach i encyklikach. Zwracał m.in. uwagę „na zjawisko zatajania śmierci”.

Przyczyny lęku przed śmiercią i umieraniem

W odróżnieniu od zjawiska śmierci czy zgonu, proces umierania czy konania jest bardziej dostępny i zrozumiały od strony naukowej. Józef Makselon pisze, że

lęk jest jednym z najczęściej używanych terminów do określenia postaw wobec śmierci. Podstawowe źródło lęku wiąże się z instynktem zachowania życia i gatunku. Ludzie odczuwają trwogę wobec śmierci, bowiem niszczy ona bardzo radykalnie i drastycznie życie. Jest to lęk biologiczny. Kolejnym źródłem obaw jest perspektywa rozliczenia się z życiem¹⁰.

Z punktu widzenia Józefa Makselona „cierpienie nieodłącznie wiąże się z ludzkim bytowaniem. Człowiek doznaje cierpienia nie tylko fizycznego, kiedy bezpośrednio doświadcza bólu, ale także poprzez wyobraźnię, pamięć, zdolność do antycypacji oraz sądzenia”. Makselon za Osińską podaje najważniejsze przejawy słabości oraz mocy człowieka w cierpieniu. Są to: lęk i ucieczka; rozpacz; akceptacja i odwaga¹¹. Jacek Łuczak podaje następującą definicję cierpienia:

[...] to przykre, bolesne odczucie uwarunkowane utratą, chorobą, zwłaszcza długotrwałą, postępującą, zagrażającą życiu. Źródłem cierpienia są te wszystkie przykre doświadczenia, przeżycia, które obniżają jakość życia, wpływają dezintegrująco na całość osoby ludzkiej, dotyczą nie tylko ciała (objawy somatyczne), ale wszystkich obszarów ludzkiej egzystencji: myślenia, emocji, więzi społecznych, sytuacji finansowej i nade wszystko zranionej duchowości (ból egzystencjalny)¹².

Z badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2001 r. wynika, że 60% ludzi nie boi się śmierci, zaś 32% przyznało się do obaw związanych ze śmiercią, a 8% nie udzieliło na ten temat odpowiedzi¹³.

W związku z tym chciałbym również przytoczyć opinię mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Tarnowie na ten temat, zawartą w pracy magisterskiej Katarzyny Wójcickiej, w całości poświęconej problemowi samotności ludzi w starszym wieku. Z badań tych, przeprowadzonych w 2007 roku w Akademii Pedagogicznej w Krakowie, wynika m.in., że na 60 objętych badaniami pensjonariuszy jedynie 10% obawia się śmierci, 37,7% ciężkiej choroby i cierpienia, 23,7 % całkowitej niepełnosprawności i zależności od drugiej osoby. Warto jednak nadmienić, że aż

¹⁰ J. Makselon, *Specyfika postaw wobec śmierci*, Warszawa 1981, s. 120-123.

¹¹ Idem, *Spotkanie w sytuacji cierpienia*, Kraków 1993, s. 51-52 i n., *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Psychologiczne*, z. 9.

¹² J. Łuczak, *Cierpienie*, [w:] *Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Matki Teresy w Zabrze*, Zabrze 2000, s. 9.

¹³ W. Derczyński, *Komunikat o umieraniu i śmierci*, [on-line], www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/KOM146/HTM.

66,6% badanych seniorów podczas pobytu w domu pomocy społecznej czuje się samotnie¹⁴.

Opieka hospicyjna szansą na godne umieranie ludzi

Hospicjum stwarza obecnie w miarę optymalne warunki dla godnego umierania człowieka we współczesnym egoistycznym świecie. Ruch hospicyjny rozciąga kompleksową opiekę nad ludźmi znajdującymi się w ostatniej fazie nieuleczalnej choroby. Podmiotami opieki paliatywnej jest *Pacjent* wraz z najbliższą rodziną (o ile taką ma). W hospicjum najważniejsze są potrzeby i prawa pacjenta.

Potrzeby są realizowane w zakresie somatycznym, emocjonalnym, psychicznym, socjalnym i duchowym poprzez indywidualne podejście do chorej osoby¹⁵. Dają one każdemu choremu realną szansę na godne umieranie i śmierć, zgodnie z prawami zawartymi w Karcie Praw Człowieka Umierającego¹⁶.

W opiece hospicyjnej ważne jest działanie zespołowe. W skład zespołu opieki paliatywnej oprócz rodziny i przyjaciół wchodzi również: lekarz, pielęgniarka, ksiądz, psycholog, pracownik socjalny, a także terapeuta, rehabilitant, farmaceuta, dietetyk, wolontariusze, którzy zaspokajają różne potrzeby chorego zarówno cielesne jak i duchowe¹⁷.

Rola wolontariatu w służbie umierającemu na przykładzie badań w Krakowskim Hospicjum Św. Łazarza

W tym artykule chciałbym się powołać na zrealizowaną pod moim kierunkiem naukowym pracę magisterską Grażyny Zgutki, napisaną w Instytucie Nauk o Wychowaniu AP w Krakowie¹⁸. Badaniami, które przeprowadzono w 2003 r., objęto łącznie 78 osób, w tym 37 wolontariuszy i 41 uczestników kursu dla wolontariuszy, opiekunów chorych. W grupie wolontariuszy było 18 kobiet i 19 mężczyzn, natomiast wśród kursantów było aż 32 kobiety i tylko 9 mężczyzn. Z badań tych, przeprowadzonych metodą sondażu diagnostycznego i analizy porównawczej, na uwagę zasługują następujące wnioski:

- wśród trzech najważniejszych motywów, które spowodowały podjęcie posługi hospicyjnej, na pierwszym miejscu zarówno wolontariusze, jak i kursanci wy-

¹⁴ K. Wójcicka, Problem samotności ludzi w starszym wieku – na przykładzie mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Tarnowie, Praca magisterska napisana pod kier. prof. J. Kuźmy, Archiwum Akademii Pedagogicznej im. KEN, Kraków 2007.

¹⁵ K. Lemanowicz, *Podstawowe wskazówki dla hospicyjnego zespołu opieki domowej*. Stowarzyszenie Hospicjum, Poznań 1999.

¹⁶ M. Górecki, *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa 2000, s. 215-216.

¹⁷ A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Katowice 2000.

¹⁸ G. Zgutka, *Posługa hospicyjna a stosunek do śmierci, umierania i cierpienia – na przykładzie doświadczeń wolontariuszy Krakowskiego Hospicjum św. Łazarza*, Praca magisterska przygotowana pod kier. prof. J. Kuźmy, Archiwum Akademii Pedagogicznej w Krakowie, *passim*.

- mienili przeżycia religijne, a na drugim i dalszych współczucie dla chorych i cierpiących, zbliżenie do tajemnicy śmierci, umierania i cierpienia oraz chęć bycia potrzebnym;
- z korzyści, jakich się spodziewają, wolontariusze wymieniali: satysfakcję z niesienia pomocy drugiemu człowiekowi oraz zbliżenie do tajemnicy śmierci, umierania i cierpienia, a kursanci: radość z niesienia pomocy oraz zdobytą praktykę w zakresie pomocy przy chorym;
 - najczęstsze odpowiedzi na pytanie o konkretne zadania podejmowane w posłudze hospicyjnej to: rozmowy, pielęgnacja i karmienie chorego, dodatkowo wolontariusze wskazywali na towarzyszenie osobie umierającej;
 - wśród ważnych kompetencji zdobytych w Hospicjum kursanci wymieniali: wzbogacenie wiedzy przez opiekę nad terminalnie chorym oraz umiejętność cierpliwego słuchania, dyskrecja i doświadczenie życiowe;
 - najczęściej pojawiającą się odpowiedzią dotyczącą oceny własnego przygotowania była: „ciągle się dokształcam”;
 - wśród cech osobowych predysponujących do posługi najczęściej wymieniano cierpliwość, a kursanci również odpowiedzialność;
 - wolontariuszom najtrudniej jest przygotować chorego do odejścia, kursanci najczęściej wskazywali na trudności wywołane brakiem wiedzy metodycznej;
 - pomimo dużego stopnia trudności zdecydowana większość wolontariuszy nie rozważa możliwości zrezygnowania z posługi w hospicjum i z pomagania ludziom nieuleczalnie chorym;
 - uczucia towarzyszące podczas opieki nad umierającymi to refleksja nad sensem życia oraz współczucie; wolontariusze częściej niż kursanci wskazywali na radość z możliwości pomocy bliźniemu. Kursanci w większości łączą umieranie z czasem na pojednanie;
 - myślenie o własnej śmierci wpływa na zrozumienie jej sensu. Wolontariuszom łatwiej jest zrozumieć i zaakceptować sprawy dotyczące umierania, ponieważ mają uregulowany, spokojny stosunek do tej kwestii;
 - zdaniem uczestników badań sondażowych – zgodnie z zasadą opieki hospicyjnej – chory ma prawo do poznania, jeśli tego się domaga – prawdy o swoim stanie zdrowia;
 - ciągłe spotkania ze śmiercią w hospicjum uczą, jak cenną wartością jest życie. Dlatego większość wolontariuszy jest przeciwna eutanazji i samobójstwom; hospicjum jest miejscem, gdzie lęk przed chorobą i umieraniem zostaje zlikwidowany, bowiem chory umiera tam z godnością.

Wśród postulatów pedagogicznych Zgutka m.in. proponuje:

- przełamywanie tabu śmierci, umierania i cierpienia;
- łagodzenie „znieczulicy” społecznej wobec ludzi naznaczonych stygmatem śmierci;
- podejmowanie w szkołach, w trakcie godzin wychowawczych, tematyki śmierci, aby uwrażliwić młodych ludzi na godne umieranie ich bliskich.

W obecnych czasach, kiedy to cywilizacja humanistyczna jest wypierana przez cywilizację antyhumanistyczną i „kulturę śmierci”, opieka paliatywna w zespołach domowej czy dziennej opieki hospicyjnej lub też w hospicjach stacjonarnych może stać się coraz powszechniejszą alternatywą dla wielu umierających ludzi. Dzięki zapewnieniu wszechstronnej opieki w warunkach domowych lub zbliżonych do rodzinnych człowiek jak to chyba przesadnie określano „brzmi dumnie”, może godnie dokończyć swojego żywota.

Małgorzata Kuleta, Monika Wasilewska

RODZINA W ŻAŁOBIE – WPŁYW DOŚWIADCZENIA UTRATY NA FUNKCJONOWANIE RODZINY JAKO SYSTEMU

Wobec myśli poruszającej się zawsze pośród pojęć wzajemnie
zależnych, śmierć jest dziurą rozrywającą wszelki układ,
niszczącą wszelkie porządki, rozbierającą każdą całość
(Emmanuel Lévinas)

Wprowadzenie

Śmierć kogoś bliskiego jest jednym z najbardziej tragicznych – jeśli nie najtragiczniejszym – zdarzeniem w życiu. Reakcja żalu po stracie rozpatrywana bywa zazwyczaj przede wszystkim w odniesieniu do jednostek – subiektywnego doświadczenia opłakującej zmarłego osoby; zdecydowanie mniej uwagi poświęca się żałobie ujmowanej z perspektywy funkcjonowania systemu rodzinnego jako pewnej spójnej i dynamicznej całości (złożonej z powiązanych ze sobą wzajemnie elementów, stanowiącej jednakże coś więcej niż tylko sumę części składowych). Jednym z powodów potrzeby uwzględnienia tej perspektywy jest fakt, że większość strat, jak i indywidualnych reakcji na nie, występuje w szerszym kontekście, który oddziałuje na sposób przeżywania żałoby i który sam, pod wpływem zmian związanych z utratą, ulega przekształceniom. Śmierć jednego z członków rodziny zakłóca dotychczasową homeostazę, stanowiąc wyzwanie dla całego systemu. Nerozwiazane kwestie żałoby mogą przyczynić się do patologizacji rodziny, wpływając na przeżywanie żalu i separacji w następnych pokoleniach.

Na podstawie przeglądu literatury postaramy się przedstawić wybrane zagadnienia dotyczące wpływu doświadczenia utraty na funkcjonowanie systemu rodzinnego. Koncentrując się na reakcji żałoby w rodzinie, jej uwarunkowaniach i konsekwencjach, zamierzamy wskazać na płynące stąd implikacje praktyczne, istotne w działaniach prewencyjnych i terapeutycznych.

Śmierć w rodzinie – „śmierć rodziny”

Śmierć – choć jest zjawiskiem naturalnie wpisanym w bieg ludzkiego życia – nie jest jako zjawisko naturalne spostrzegana, ani akceptowana. „Śmierć – pisze Alfonso di Nola – zawsze wywołuje wrażenie zachwiania ładu i rozpadu rzeczywistości” [2006, s. 186]. Owo poczucie utraty dotychczasowej równowagi, zerwania ciągłości i „pograżenia w chaosie” jest charakterystyczne przede wszystkim dla żałobników najbliższych zmarłemu. Skoro życie każdego człowieka powiązane jest z życiem innych ludzi, „kiedy umiera ukochana osoba, nie tracimy po prostu «kogoś», ale tracimy część samych siebie i zestaw naszych założeń na temat świata ulega zachwianiu” [Parkes, 2001, s. 298]. „Doświadczeniu utraty osoby bliskiej – zdaniem Ernesto De Martino – odpowiada doświadczenie utraty świata, który jawi się jako dziwny, obojętny, mechaniczny, sztuczny, teatralny, nierzeczywisty, oniryczny, bez znaczenia, niematerialny i tym podobne.” [cyt. za: di Nola, 2006, s. 186]. A doświadczenie to stanowi nie tylko, jako ucieleśnienia świata dostępnego percepcji i jego „osobisty dramat pograżonych w żałobie krewnych, lecz oznacza również rozpad i kres normatywnego porządku, na którym opiera się rodzina, a także upadek domu dotychczasowego sensu [di Nola, 2006, s. 187]. Na przykład w lamentach żałobnych kultur ludowych często strata ważnego krewnego jest porównywana do zniszczenia czy zawalenia się domu – występuje tu stereotypowy obraz obalonej kolumny, belki, drzewa przynoszącego owoce czy sztandaru: „Przewróciło się drzewo, upadła podpora i dom został zrujnowany” [fragment lamentu wdowy, cyt. za: di Nola, 2006, s. 112]. Subiektywnym przeżyciom utraty, braku i trwogi w obliczu nieznanego towarzyszą konkretne zmiany, jakie śmierć jednego z członków poczyniła w życiu całej rodziny, zagrażając jej organizacji, stabilności i ciągłości – jej tożsamości i rozwojowi. Stojąca w obliczu tych nieuniknionych przemian rodzina może przekazać role i funkcje pełnione przez zmarłego jednemu lub podzielić je między kilku pozostałych członków rodziny lub też znaleźć kogoś spoza systemu – „zastępczego członka rodziny”; może także zaistnieć sytuacja, w której role i funkcje pełnione dotąd przez zmarłego nie zostaną w ogóle na nowo obsadzone, bądź system rodzinny się rozpadnie [Parkes, 1972, za: Ostoja-Zawadzka, 1999]. Niezależnie od tego, który z przedstawionych wariantów radzenia sobie ze stratą będzie miał miejsce, rodzina nią dotknięta nigdy już nie będzie taka sama. Każda zmiana w rodzinie na skutek śmierci jej członka jest „symbolem śmierci rodziny samej w sobie”, wyznaczając pozostałym podstawowe zadanie ustanowienia nowej – innej niż dotychczasowa - rodziny [Greaves, 1983, za: Worden, 1991].

Wiele do zaoferowania w zrozumieniu wpływu, jaki śmierć wywiera na rodzinę, mają teorie systemowe. Zgodnie z tym podejściem

każdą rodzinę można uznać za naturalny system społeczny, charakteryzujący się sobie tylko właściwymi cechami, wykształconym zestawem zasad, obfitością ról przydzielonych i przypisanych jej członkom, zorganizowaną strukturą władzy, rozwiniętymi subtelными formami jawnej i ukrytej komunikacji oraz wypracowanymi sposobami negocjowania problemów pozwalającymi na skuteczną realizację różnych zadań. Związki pomiędzy członkami tej mikrokultury, głębokie i wielopoziomowe, opierają się w znacznej mierze

na wspólnej historii, wspólnych uwewnętrznionych spostrzeżeniach i przekonaniach o świecie oraz wspólnym poczuciu celu. W obrębie tego systemu jednostki są ze sobą związane silnymi, trwałymi i wzajemnymi więziami uczuciowymi i poczuciem lojalności, których natężenie zmienia się w czasie, lecz może utrzymywać się w ciągu całego życia rodziny [H. Goldenberg, I. Goldenberg, 2006, s. 3].

To właśnie z uwagi na owe „przekraczające bariery czasu i przestrzeni” wzajemne relacje pomiędzy poszczególnymi elementami systemu, zmiana jakiegokolwiek z nich w sposób nieunikniony pociąga za sobą zmianę innych elementów i w efekcie – całego systemu rodzinnego. Co więcej,

oprócz relacji między wchodzącymi w jej skład członkami sama rodzina jest ciągle powiązana z większymi systemami w sposób dwukierunkowy, a wzajemna zależność pomiędzy rodziną i tymi systemami społecznymi może wyraźnie świadczyć o tym, na ile udane jest funkcjonowanie rodziny [H. Goldenberg, I. Goldenberg, 2006, s. 75].

Zwrócenie uwagi na szerszy kontekst funkcjonowania rodziny wiąże się z uznaniem znaczenia jej miejsca w społeczeństwie i czasie historycznym dla możliwości stawienia czoła zarówno normalnym wyzwaniom rozwojowym, jak i nieprzewidzianym kryzysom.

Wielu autorów jest zdania, że każda rodzina (choć może przejawiać zachowania dysfunkcyjne podczas długotrwałego, silnego stresu) ma w sobie siły i zasoby pozwalające jej na odzyskanie równowagi po przeżytych nieszczęściach – „pewien potencjał rozwoju i naprawy w odpowiedzi na cierpienie, zagrożenie, przeżycie traumatyczne czy kryzys” [Walsh, 1998, za: H. Goldenberg, I. Goldenberg, 2006, s. 9]. Tym, co w istotny sposób wpływa na „prężność” (*resilience*) rodziny, jej kompetencje i możliwości uruchomienia „mechanizmów samokorygujących” jest – zdaniem Walsh [1998, za: H. Goldenberg, I. Goldenberg, 2006, s. 10]:

(1) spójny, pozytywny system przekonań, dostarczający wspólnych wartości i założeń wskazujących, gdzie szukać znaczenia i jak postąpić w przyszłości, (2) procesy organizacyjne rodziny (skuteczność organizowania zasobów) „amortyzujące” stres oraz (3) zbiór rodzinnych procesów komunikacyjnych, które są wyraźne, konsekwentne i zgodne, a przy tym tworzą klimat wzajemnego zaufania i otwartej ekspresji między członkami rodziny.

Innymi słowy, rodziny bardziej prężne (zdrowe) cechuje pozytywna tożsamość jej członków (poczucie własnej wartości, godności, kontroli, użyteczności oraz zakorzenienia, ciągłości, znaczenia) i autonomia (szanowanie indywidualnych różnic i odrębnych potrzeb poszczególnych osób), skuteczne komunikowanie się (jasność i łatwość porozumiewania się, wyrażania uczuć oraz wyraźnie określone oczekiwania, co do ról i relacji w rodzinie), wzajemność w dawaniu wsparcia i skuteczne strategie rozwiązywania problemów oraz połączenie ze światem zewnętrznym (utrzymywanie więzi, dostęp do zasobów społeczności) [Sztander, 1993; H. Goldenberg, I. Goldenberg, 2006].

Każda rodzina w ciągu całego cyklu życiowego staje wobec różnorodnych, oczekiwanych bądź niespodziewanych wyzwań. Duży stres wywołany śmiercią jednego z członków rodziny (zwłaszcza tą nagłą) może spowodować, że rodzina – podobnie jak jednostka – będzie wykazywać zaburzenia charakterystyczne dla procesu żałoby, przechodzić od odmowy uznania straty do jej akceptacji, „popadając niekiedy w depresję, lęk lub konflikt rodzinny” [H. Goldenberg, I. Goldenberg, 2006, s. 11]. W sytuacji destabilizacji, zerwania ciągłości i emocjonalnego chaosu pomocne bywają rytuały żałobne jako środki ustanawiające jakieś poczucie stabilności, społecznego wsparcia i kontynuacji z kulturową i rodzinną tradycją [Shapiro, 1995]. Będąca konsekwencją śmierci żałoba staje się pragmatycznym sposobem uporania się ze stratą, stanowiącym ujęcie dla bólu i rozpacz, nadającym jakąś strukturę i kierunek działaniom, umożliwiającym komunikację z innymi [Castle, Philips, 2003; di Nola, 2006].

Żałoba w rodzinie – uwarunkowania reakcji żalu po stracie bliskiej osoby

Zjawisko żałoby od dawna budziło zainteresowanie badaczy różnych dyscyplin naukowych. Samo pojęcie „żałoba” stosowane bywa w dwojakim znaczeniu: dla określenia 1) usankcjonowanych społecznie zachowań publicznych – kulturowo ustalonego sposobu postępowania po stracie, bądź 2) psychologicznej reakcji osoby opłakującej zmarłego, jej indywidualnych doświadczeń (opisywanych też w terminach „reakcja żałoby”, „przeżywanie utraty” itp.), [por. Lis-Turlejska, 1989]. Podobnie Alfonso di Nola, definiując żałobę jako „zbiór trwających przez określony czas praktyk społecznych i procesów psychicznych spowodowanych śmiercią jakiejś osoby” [2006, s. 13], odróżnia ją od zjawiska „opłakiwania”, którym to terminem określa „wewnętrzne przeżycia udręki towarzyszące żałobie”.

Z punktu widzenia psychologii i psychiatrii żal po stracie jest naturalną, złożoną i długotrwałą reakcją na śmierć bliskiej osoby, rozpoczynającą się od zaprzeczania, a zakończoną (w swym optymalnym przebiegu) pogodzeniem się zarówno z zewnętrznymi wydarzeniami, jak też wewnętrznymi zmianami wywołanymi utratą [Graves, 1978, za: Lis-Turlejska, 1989], opisywaną w kategoriach depresji bądź stresu [W. Stroebe, M.S. Stroebe, 1987].

Model depresji koncentruje się na emocjonalnej odpowiedzi na śmierć bliskiej osoby i czynnikach warunkujących normalną *versus* patologiczną reakcję. I tak np. Erich Lindemann w swym klasycznym badaniu [1944; za: Lis-Turlejska, 1989] wyróżnił pięć typowych reakcji na utratę: 1) dolegliwości somatyczne; 2) zaabsorbowanie wyobrażeniami, częste poczucie, że widzi się lub słyszy utraconą osobę; 3) poczucie winy, wypowiadanie stwierdzeń oskarżających siebie za to, co się stało; 4) gniewna irytacja, odbieranie obecności innych ludzi jako drażniącej; 5) pobudzone, chaotyczne, bezcelowe zachowanie. Wielu autorów przyjmuje za Freudem, że uporanie się z intensywnymi uczuciami po stracie jest trudnym, wieloetapowym procesem, który wymaga czasu, energii i wysiłku – czymś w rodzaju „pracy” (*grief work*), jaka musi być wykonana, aby żałoba mogła dobiec końca. Dokończona żałoba oznacza, że ludzie pogrążeni w żalu, którzy doświadczają początkowo swoistego „zatrzymania czy zawieszenia wszelkiej życiowej aktywności”, odzyskują na nowo

zainteresowanie życiem, przystosowują się do nowych warunków i pełnienia nowych ról, a znalazłszy dla osoby zmarłej „nowe miejsce we własnym życiu”, potrafią o niej myśleć i mówić bez uczucia intensywnego bólu [por. Worden, 1991; Dodziuk, 2001]. Powodzenie w realizacji „pracy nad żalem” wytycza tzw. normalny przebieg reakcji żałoby, niepowodzenie (pojmowane jako jej niepodjęcie, opóźnienie, zatrzymanie lub przerwanie) wiąże się z zaburzeniem procesu żałoby¹. Patologiczna reakcja żałoby różni się od normalnej zarówno tempem przechodzenia przez kolejne etapy (wówczas mówi się np. o żałobie zahamowanej, przewlekłej, chronicznej), jak i jakością i intensywności doznań (jak w żałobie wyolbrzymionej bądź przeciwnie – zamaskowanej) [por. Lis-Turlejska, 1989]. Osoby, które nie przepracowały żalu po stracie, podatne są na uraz rezydualny, stan transkryzysowy lub upośledzenie funkcjonowania [James, Gilliland, 2005], co może mieć groźne konsekwencje dla ich psychicznego i fizycznego zdrowia, a nawet życia. Najważniejszymi przeszkodami są tutaj chęć uniknięcia intensywnego cierpienia, lęk separacyjny, utrata wzmocnienia, utrata kontroli – wyuczona bezradność, spostrzegane jako czynniki sprzyjające patologizacji reakcji żałoby [za: Schulz et al., 1997].

W modelach stresu z kolei żałoba ujmowana jest jako stresujące – krytyczne zdarzenie życiowe, które stanowi wyzwanie dla zdolności zaradczych jednostek [W. Stroebe, M.S. Stroebe, 1987]. W tych ujęciach stres z powodu straty spostrzegany jest jako złożona interakcja między indywidualnymi i sytuacyjnymi czynnikami, uwarunkowana osobistymi i społecznymi zasobami żałobników. Zakres, w jakim te zasoby są lub nie są im dostępne wpływa na to, jak poradzą oni sobie ze stratą członka rodziny. Tak więc rozwiązanie kryzysu żałoby uznaje się tutaj za proces zdeterminowany przez czynniki protekcji (np. dobrze funkcjonująca sieć wsparcia społecznego) i ryzyka (np. dodatkowe stresy czy nieefektywne sposoby radzenia sobie) [Schulz et al., 1997]. Do dysfunkcyjnych strategii zaradczych można zaliczyć m.in. długotrwałe zaprzeczanie i izolowanie się od bolesnych tematów, wycofywanie z kontaktów społecznych bądź projekcję negatywnych uczuć na inne osoby z otoczenia, a także „ucieczkę w chorobę” czy „ucieczkę w pracę” oraz nadużywanie środków uspokajających, alkoholu itp. [Abeles et al., 2004]. Niezmiernie ważne jest zrozumienie znaczenia, jakie w przezwyciężaniu żalu pełnią czynniki tkwiące w szerszym środowisku – większym systemie.

Zgodnie z podejściem systemowym, proces żałoby przebiega na wielu poziomach (indywidualnym, rodzinnym i społecznym), a siła wywołanego przez śmierć kogoś bliskiego urazu i trudności z poradzeniem sobie ze stratą mogą zależeć od wielu czynników. Wśród nich wymienia się najczęściej: 1) charakter i znaczenie więzi ze zmarłą osobą; 2) okoliczności rozstania i rodzaj straty (śmierć naturalna, nagła, samobójstwo lub morderstwo); 3) poprzednie doświadczenia utraty i sposób uporania się z nimi; 4) konkurencyjne stresy – zmiany związane ze śmiercią i inne kryzysy, jakim trzeba stawić czoła oraz możliwość uzyskania wsparcia społecznego;

¹ Istnieje wiele propozycji klasyfikacji wskaźników patologii reakcji żałoby [por. np. Lindemann, 1944; Worden, 1991; James, Gilliland, 2005; Sanders, 1996; O'Connor, 1994; Lis-Turlejska, 1989], a wśród nich do najczęściej wymienianych należą objawy zaburzeń psychicznych (jak depresja, myśli samobójcze, impulsy autodestrukcyjne, fobie, napady paniki) i somatycznych (obecność choroby fizycznej) oraz tzw. reakcje zniekształcone, jak np. reakcje rocznicowe, mumifikacja, identyfikacja ze zmarłym czy nadmierna idealizacja jego osoby.

5) stan fizycznego i psychicznego zdrowia warunkujący poziom dotychczasowego funkcjonowania oraz zdolności adaptacji; 6) zmienne społeczno-kulturowe – przynależność do subkultury etnicznej i religijnej, dominujące normy i obyczaje żałobne [por. Dodziuk, 2001; Sanders, 1996; O'Connor, 1994; Worden, 1991].

Indywidualną reakcję żałoby determinują ponadto cechy osobowości i zmienne, takie jak np. wiek, płeć, samoświadomość, zależność, umiejętności społeczne, uogólnione przekonania na temat życia i śmierci oraz kontekst rodzinny. Z kolei do specyficznych czynników wpływających na stopień zakłócenia i przebieg żałoby rozpatrywany na poziomie rodzinnym można zaliczyć: 1) strukturę rodziny (organizację podsystemów i granic); 2) pozycję, rolę i funkcje pełnione przez zmarłego; 3) stadium cyklu rozwoju, w którym aktualnie znajduje się rodzina (zwłaszcza jeśli chodzi o tzw. etapy przejściowe i związane z nimi obciążenia); 4) więzi uczuciowe (emocjonalną integrację rodziny); 5) wzorce komunikacji; 6) strategie osiągania celów oraz 7) historię rodziny, mity rodzinne i przekazy międzypokoleniowe – jej „mikrokulturę” [za: Worden, 1991].

Na poziomie społeczno-kulturowym istotne są tutaj możliwości i ograniczenia związane ze środowiskiem społecznym, ekonomicznym i politycznym oraz dziedzictwo kulturowe i system wierzeń wpływających na podejście do śmierci w ogóle, znaczenie przypisywane utracie, zdolność opłakiwania zmarłego oraz możliwość i styl dalszego życia [McGoldrick et al., 1989].

Śmierć w rodzinie, szczególnie nagła, wywiera dynamiczny nacisk na system rodzinny, stanowiąc wyzwanie dla potrzeby porządku i sensu, wymagając fundamentalnego, ponownego oszacowania strategii życiowych. Każda jednostka, chociaż doświadcza żalu autonomicznie, faktycznie projektuje na innych członków systemu rodzinnego swoje uczucia, co może reaktywować stare konflikty, pogłębiać brak zrozumienia i prowokować podziały wewnątrz rodziny. Niekiedy taka mało zintegrowana rodzina może ujawniać minimalne oznaki żalu, jednak w późniejszym czasie jej członkowie mogą wykazywać różne symptomy zaburzeń fizycznego, emocjonalnego, poznawczego czy społecznego funkcjonowania (np. zachowania typu *acting-out* mogą tu być spostrzegane jako „ekwiwalent smutku”). Rodziny, które są zintegrowane emocjonalnie, otwarte na dyskusje o zmarłym i wyrażanie uczuć związanych ze stratą (w tym też poczucia zagrożenia i trwogi), radzą sobie w sytuacji śmierci bardziej efektywnie [Worden, 1991]. Niemniej, jak wykazały badania nad żałobą, wychodzenie z tego stanu może trwać latami, a całkowite „wyzdrowienie” może nie być możliwe. „Jedno jest pewne – konkluduje Catherine Sanders [1996] – tego rodzaju bólu nie da się przeżyć w przyspieszonym tempie, nie można go też unikać”. To wszystko sprawia, że wewnętrzna praca rodziny odbywa się pod wpływem „straszliwej presji” [Handsley, 2001]. Nasuwa się zatem pytanie: jak można wspomóc rodzinę w przejściu żałoby?

Pomoc rodzinie w przezwyciężeniu żalu po stracie

Pomoc rodzinie w przezwyciężeniu kryzysu utraty opiera się – podobnie jak interwencja indywidualna – na założeniu, że odbycie bolesnej pracy związanej z żałobą

jest niezbędnym, koniecznym warunkiem psychicznego i fizycznego zdrowia. Celem oddziaływań jest rozwiązanie problemu separacji poprzez taką organizację sytuacji, aby w atmosferze bezpieczeństwa i wsparcia mogło dojść do konfrontacji z myślami i uczuciami, a także sytuacjami i przedmiotami związanymi ze zmarłą osobą [Worden, 1991]. Dzięki obecności całej rodziny, staje się możliwa analiza relacji każdego z jej członków ze zmarłym, a także wzajemnych między nimi powiązań i wpływów, określenie zasięgu zmian, jakie wystąpiły w rodzinie po śmierci, ocena stopnia zakłócenia jej funkcjonowania, stosowanych strategii zaradczych i poziomu przystosowania. Sytuacja taka stwarza szczególne możliwości oddziaływania nie tylko w odniesieniu do opłakujących stratę jednostek, ale także wobec dążącego do powrotu do równowagi systemu rodzinnego, z uwzględnieniem szerszego kontekstu społeczno-kulturowego. Co więcej, spotkania z całą rodziną stwarzają okazję do zachęcania i uczenia rodziców, by mogli służyć własnym dzieciom jako przykład (modele roli) w radzeniu sobie ze stratą [Abeles et al., 2004].

Waga psychoedukacyjnego aspektu procesu pomagania w przezwycięzeniu żalu po stracie jest podkreślana przez wielu autorów, postulujących położenie szczególnego nacisku na „normalność żałoby” i informowanie klientów o jej typowym przebiegu oraz uczenie adekwatnych – zdrowych sposobów reagowania w sytuacji utraty [za: McBride, Simms, 2001]. Nie przeczy to tezie, że „klinicyści powinni być ostrożni w określaniu tego, co normalne, oceniając reakcję rodziny na śmierć” [McGoldrick et al., 1989, s.160]. Tak jak jednostki, tak i całe rodziny oraz społeczności mogą różnić się bardzo pod względem sposobów doświadczania i wyrażania żalu po śmierci kogoś bliskiego. Uznanie tego faktu prowadzi do sformułowania dwóch kolejnych zaleceń ogólnych, z których pierwsze odnosi się do potrzeby uwzględnienia i akceptacji owych różnic w przeżywaniu żałoby, drugie zaś dotyczy konieczności dostosowania interwencji terapeutycznych do sposobu reagowania klientów w sytuacji utraty [Abeles et al., 2004; McGoldrick et al., 1989; Worden, 1991].

Uszanowanie i akceptacja różnic w przeżywaniu żałoby

Każdy człowiek przeżywa śmierć kochanej osoby w bardzo wyjątkowy, sobie tylko właściwy sposób; ma własną wizję wydarzenia i zajmuje osobistą wobec niego postawę, nadając mu subiektywne znaczenie. „To jest zawsze indywidualne przejście, nawet jeżeli dzielone z członkami rodziny” [Bonfantini, Motta, 2004, s. 32]. Ważne jest zaakceptowanie tych indywidualnych różnic w przeżywaniu żałoby przez osoby pomagające i uczynienie ich zrozumiałymi także dla pozostałych członków rodziny, którzy mogą być zaniepokojeni odmiennym zachowaniem bliskich (np. matka może krytycznie odnosić się do postępowania syna, który po śmierci ojca nie okazuje bezpośrednio smutku i staje się bardzo aktywny poza domem; syn – martwić się o matkę, która „nadmiernie” rozpacza jeszcze cztery miesiące po pogrzebie). To, że poszczególne osoby w rodzinie mogą przechodzić proces żałoby w swój własny sposób i w swoim własnym tempie stwarza konieczność ochrony przed lękiem i odrzuceniem tych jej członków, którzy wyłamują się z rodzinnego wzorca, cierpiąc „za mało” czy „za krótko” lub „za długo” i „za długo” [por. Worden, 1991]. Podobnie

całe rodziny mogą różnić się między sobą w przepracowywaniu żałoby w zależności od zdolności do wyrażania i tolerowania uczuć, rodzinnej historii i tradycji, specyficznego kontekstu społecznego i dziedzictwa kulturowego [por. McGoldrick et al., 1989; Parkes, Laungani, Young, 2001]. Ważne jest, by osoba pomagająca poznała system wartości i wierzeń charakterystycznych dla grupy etnicznej, do której przynależy rodzina oraz dowiedziała się, jaka jest jej postawa wobec wymaganych rytuałów. Znajomość tego może dostarczyć cennych wskazówek do pracy – np. fakt niedopełnienia pośmiertnego rytuału może się przyczynić do przeżywania przez rodzinę poczucia niedokończonych sprawy i winy [McGoldrick et al., 1989]. Uszanowanie odmienności danej rodziny w przeżywaniu żałoby oznacza uszanowanie jej wartości i płynących z nich norm postępowania w sytuacjach utraty oraz uszanowanie czasu potrzebnego na emocjonalne przystosowanie się do straty. Może to w praktyce polegać na zachęcaniu członków rodziny, by sami zdecydowali, w jaki sposób (gdzie i kiedy) rozstają się z kochanym krewnym i upamiętnią jego śmierć [McGoldrick et al., 1989].

Dostosowanie interwencji do etapu procesu żałoby, na którym aktualnie znajduje się rodzina

W pomocy rodzinie ważna jest także synchronizacja rodzaju i częstotliwości oddziaływań z fazami żałoby oraz tempem, w jakim są one pokonywane, a to z kolei zależy od wielu innych czynników – m.in. od rodzaju śmierci (np. większa intensywność spotkań będzie wskazana w przypadku nagłej śmierci, zwłaszcza samobójczej oraz w momentach krytycznych, szczególnie trudnych emocjonalnie) [McBride, Simms, 2001].

Istnieje wiele różnych propozycji wyodrębnienia faz w procesie żałoby [por. James, Gilliland, 2005]. Jedną z bardziej użytecznych w sytuacji pracy z całą rodziną jest klasyfikacja uwzględniająca trzy najważniejsze etapy: fazę szoku, dezorganizacji i reorganizacji [McBride, Simms, 2001; Dodziuk, 2001]. Dostosowanie interwencji do etapu żałoby, na którym aktualnie znajduje się rodzina oznacza uwzględnienie charakterystycznych właściwości danej fazy i zrozumienie związanych z nią potrzeb członków rodziny oraz adaptacyjnych funkcji ich reakcji (tj. tego, że ekspresja symptomów jest częścią procesu żałoby), bez ponaglania do przejścia do następnego etapu. McBride i Simms [2001] przedstawili istotne aspekty pomagania rodzinie w sytuacji żałoby z uwzględnieniem zarówno przebiegu całego procesu, jak i poszczególnych zadań, jakie muszą być wypełnione, aby kryzys utraty został rozwiązany.

I tak w *fazie szoku* – dla której charakterystyczne jest zaprzeczanie i unikanie tematu straty – pogrążeni w swym smutku żałobnicy są jakby w stanie odrętwienia, funkcjonują w sposób mechaniczny, automatycznie wykonując codzienną aktywność. Ważne jest, by zrozumieć, że zazwyczaj potrzebują oni wówczas emocjonalnego dystansu, nie poszukują osobistej bliskości ani z osobami z zewnątrz, ani w ramach rodziny i nie potrafią też skorzystać z emocjonalnego wsparcia. Trwanie w poczuciu zawieszenia czasu, czy wręcz nierzeczywistości może służyć izolacji od

przytłaczających uczuć związanych z żałobą, które z całą intensywnością dochodzą do głosu dopiero w następnej fazie.

Fazę dezorganizacji, stanowiącą największe wyzwanie dla rodziny i osób wspomagających, cechuje bardzo intensywne doświadczanie różnorodnych emocji związanych ze stratą (jak np. głęboki smutek, lęk, złość, poczucie winy lub obwinianie zmarłego i innych ludzi, ból, samotność, tęsknota, przygnębienie, stany depresyjne i zmiany nastrojów). To właśnie wtedy żałobnicy potrzebują intymnych relacji, które pozwalają im wentylować te emocje i mogą w związku z tym poszukiwać okazji do mówienia o zmarłym, ale mogą też – w obawie by nie potęgować cierpienia innych członków rodziny czy też nie narażać się na dezaprobatę – unikać takich sytuacji konfrontacji z silnymi uczuciami. Co więcej, intensywność doświadczanego bólu może budzić niepokój, że nie uda się go skontrolować, nie będzie sobie można z nim poradzić (osoby mogą mieć wrażenie, że zaczynają „wariować”), co dodatkowo osłabia motywację do dzielenia się własnymi przeżyciami właśnie w momencie, kiedy ich ekspresja staje się tak ważna ze zdrowotnego punktu widzenia. Doświadczanie żalu (niezależnie od tego, czy uzewnętrznione czy nie) wpływa na zdolność członków rodziny do wypełniania swoich ról, zakłóca funkcjonowanie rodziny, której wewnętrzna struktura, hierarchia, równowaga i rozwój zostały wskutek śmierci zaburzone (np. rodzice mogą mieć trudności z dyscyplinowaniem dzieci). W pomocy rodzinie na tym etapie żałoby, obok wspierania w przepracowaniu bolesnych uczuć, ważne jest rozeznanie w zakresie zmian, jakie wystąpiły w codziennym funkcjonowaniu poszczególnych członków rodziny oraz możliwości i sposobów przywrócenia równowagi.

W *fazie reorganizacji* żałobnicy mogą nadal jeszcze przeżywać głębokie uczucia związane ze stratą ukochanej osoby, ale siła ich ekspresji i długość trwania ulega zmniejszeniu. Oznaki żałoby stają się mniej widoczne, pojawia się stopniowa adaptacja do życia bez utraconej osoby, następuje zmiana w sposobach zachowania i podejmowanych rodzajach aktywności. Wraz z ustanowieniem nowej relacji ze zmarłym pojawiają się dla członków rodziny nowe perspektywy i możliwości nawiązywania znaczących kontaktów ze światem zewnętrznym. Powracając do normalnego życia, zaczynają oni uczestniczyć w coraz szerszych sieciach społecznego wsparcia i funkcjonować na poziomie porównywalnym z tym przed utratą. Ważne z terapeutycznego punktu widzenia jest to, by pamiętając o trudnych, krytycznych momentach w przebiegu żałoby (jak np. „ważne daty” – rocznica śmierci, pierwsze święta czy uroczystości rodzinne bez utraconej osoby), udzielać w nich szczególnego wsparcia i otuchy, traktując nawroty żalu z cierpliwością i spokojem – nie jako wyraz patologii czy przerwania procesu żałoby, ale normalne sytuacje w jej przebiegu. Proces żałoby nie jest jednostajnym progresem, stąd przydatna w praktycznej ocenie postępów rodziny na drodze odzyskiwania równowagi po starcie jest koncentracja na – związanych z etapami – zadaniach.

Wspieranie w wypełnianiu zadań żałoby

Efektywna pomoc rodzinie w kryzysie utraty wymaga rozeznania, jakie zadania zostały już przez nią wypełnione, a jakie jeszcze mają być wykonane, aby żałoba

mogła zostać zakończona i dostosowania interwencji w zależności od tej diagnozy. Worden [1991] wymienia cztery zadania żałoby: 1) zaakceptować realność straty, 2) przepracować ból z powodu utraty, 3) przystosować się do środowiska, w którym nie ma tej osoby, 4) wycofać emocjonalną energię z relacji ze zmarłą osobą i ulokować ją w innym związku – zacząć normalnie żyć bez niej.

Pierwsze zadanie – *akceptacja realności śmierci i utraty* – stanowi subtelny, trudny do oceny proces rozciągnięty w czasie i przebiegający na wielu poziomach. Wskaźnikami jego rozpoczęcia mogą być zmiany obserwowane w postawie wobec utraty – stopniowe włączanie tematu śmierci i osoby zmarłego do rodzinnych konwersacji, coraz częstsze używanie czasu przeszłego (a nie teraźniejszego) podczas mówienia o nim, coraz większy dystans emocjonalny wobec przedmiotów i miejsc z nim związanych (w przeciwieństwie do występujących początkowo zachowań mających na celu unikanie kontaktu bądź krótkowe trzymanie się rzeczy traktowanych jako symbole utraty) – coraz większa zdolność do separacji od „obiektu przeszłościowego”. Tym, co wydaje się szczególnie ważne w pomocy przy realizacji tego zadania, jest koncentracja na kontekście i okolicznościach śmierci (zachęcanie członków rodziny do podzielenia się osobistymi doświadczeniami związanymi z utratą i wspomnieniami o zmarłym) oraz ewokacja uczuć (używanie symboli – np. zdjęć, kaset lub innych rzeczy z nim związanych). Poprzez wyrażanie swej gotowości do wysłuchania tych bolesnych historii, terapeuta przyłącza się do rodziny, redukując jej izolację i ustanawia wspierającą relację z żałobnikami, gdzie w atmosferze gwarantującej bezpieczeństwo, bliskość i przyzwolenie na ekspresję bólu – dochodzi do konfrontacji z rzeczywistością utraty – z faktem, że ukochana osoba już nie powróci.

Drugie zadanie żałoby – *przepracowanie bólu z powodu utraty* – wymaga od członków rodziny, by wzajemnie się wspierając, pozwolili sobie i innym na swobodne wyrażenie związanych ze śmiercią wszystkich intensywnych uczuć, dzielili się swym bólem i akceptowali różnice w ekspresji żalu, jakie mogą między nimi zaistnieć. Zadaniem osoby pomagającej jest natomiast zatroszczenie się o bezpieczeństwo zarówno jednostek, jak i całego systemu rodzinnego poprzez koncentrację na relacji każdego z członków rodziny ze zmarłym, jak i z innymi krewnymi. Oprócz zachęcania do dzielenia się osobistymi doświadczeniami, ważne są tu interwencje ukierunkowane na redukcję niepewności, lęku i poczucia winy (niektórzy członkowie rodziny mogą czuć presję, by przestać się już „użalać nad sobą”, inni – paradoksalnie – mogą przeżywać dyskomfort z powodu lepszego samopoczucia) oraz wzbudzenie nadziei na przyszłość i wspieranie zmian dotyczących wewnętrznej struktury rodziny (hierarchii pozycji, ról, granic), mających na celu przywrócenie równowagi systemowi. Często pomocne w promowaniu przejścia do następnego zadania może się okazać zaangażowanie szerszego systemu wsparcia (np. członków dalszej rodziny, przyjaciół, sąsiadów itp.).

Przystosowanie do środowiska, w którym nie ma tej osoby – to trzecie zadanie żałoby, które służy przejściu z fazy dezorganizacji do fazy organizacji i polega na zdaniu sobie sprawy, jakie zmiany spowodowała śmierć członka rodziny w codziennym, praktycznym funkcjonowaniu jednostek i całego systemu oraz na ustanowieniu nowych indywidualnych i interpersonalnych wzorów zachowań, nowych relacji, delegowaniu nowych ról, wyznaczenia nowych celów i nowych strategii ich osią-

gania – wypracowania nowego stylu życia rodziny. Oddziaływania pomocowe koncentrują się tu na stawianiu wyzwań przed rodziną, która nadal doświadcza smutku po stracie, ale staje się coraz bardziej świadoma konieczności zmian i efektywna w codziennym funkcjonowaniu. Ważne na tym etapie jest wspieranie poszczególnych jej członków w podejmowaniu ryzyka wkraczania w nowe obszary aktywności i przyjmowaniu odpowiedzialności za własne życie.

Ostatnie – czwarte zadanie żałoby to *wycofanie emocjonalnej energii z relacji z osobą zmarłą i ulokowanie jej w innym związku*. Realizując to zadanie, członkowie rodziny kierują swoją uwagę na ponowne ustanowienie intymnych relacji – zarówno ze zmarłym, jak i z żywymi. Wyznaczając zmarłemu nowe miejsce w swoim świecie, odpowiadające jego zmienionemu statusowi, mogą oni angażować się w inne relacje. Doświadczenie utraty ma mniejszy wpływ na codzienne funkcjonowanie rodziny. Pomoc w wypełnieniu tego zadania polega na kontynuowaniu wspierania rodziny w jej radzeniu sobie z utratą poprzez zachęcanie jej członków do zakończenia – choćby w jakiejś symbolicznej formie (np. listu) – niedokończonych spraw w relacji ze zmarłym (chodzi tu przede wszystkim o zadośćuczynienie, wybaczenie, wyrażenie stwierdzeń ważnych emocjonalnie [por. Dodziuk, 2001] i ostatecznego z nim rozstania (pomocne bywa przeprowadzenie unikalnego rytuału pożegnania oraz opracowanie sposobu upamiętnienia zmarłego, np. stworzenie książki pamiątkowej). Warto zwrócić uwagę na możliwe poczucie winy u żałobników i potrzebę podkreślenia, że owo „rozstanie ze zmarłym” nie oznacza zapomnienia go – rozstania ze wspomnieniami o nim, ale z własnym bólem i jest konieczne po to, by możliwe stało się normalne funkcjonowanie.

Istotę tego zjawiska doskonale oddają słowa Alfonso di Noli:

[...] w wielu kulturach proces opłakiwania kończy się godnym uwagi zjawiskiem przekształcenia zmarłego w przodka. Dopiero wtedy chaos uczuć cechujący stosunki żywych ze zmarłym zostaje ostatecznie uspokojony, a faza opłakiwania zamknięta. Zmarły powoduje w jakiś sposób reakcje lęku, żalu i dręczące poczucie zubożenia i straty, jest więc negatywnym bohaterem dramatu. Natomiast przodek przeniesiony zostaje do wymiaru istnienia jednoznacznie oddzielonego od rzeczywistości świata żyjących, traci swe niepokojące cechy i zyskuje pozytywną funkcję opiekuna i stróża grupy żyjących. Dzięki temu rozpacz i cierpienie zostają ukojone, a więź ze zmarłym nabiera charakteru pogodnego i krzepiącego [di Nola, 2006, s. 24].

Wielu innych autorów podkreśla znaczenie duchowego wymiaru w przemianach relacji ze zmarłym [por. Castle, Philips, 2003].

Podsumowując, oddziaływania wobec całej rodziny stanowią ważną formę pomocy w przystosowaniu się do sytuacji utraty poprzez stymulację i ukierunkowanie uczuć, ułatwienie komunikacji i wzmocnienie interpersonalnych więzi w bezpiecznym środowisku, a także poprzez uczenie jej członków skutecznych sposobów radzenia sobie z kryzysem wywołanym śmiercią bliskiej osoby. Dzięki temu istnieje większe prawdopodobieństwo, że jej efekty nie będą doraźne, ale mogą sięgać przyszłych sytuacji, a nawet przyszłych pokoleń.

Uwagi końcowe

Powszechnie uznaje się, że nowoczesne, postindustrialne społeczeństwa, które przestały traktować śmierć jako konieczne zjawisko naturalne, cechuje postawa protestu wobec śmierci [za: James, Gilliland, 2005]. Już w początkach XX w. – pisze Ariès [1989] – wytworzył się mechanizm psychologiczny, który wyeliminował śmierć z życia społecznego, pozbawił ją charakteru publicznego i uczynił aktem prywatnym, zastrzeżonym początkowo dla kręgu bliskich osób, z którego z czasem wyłączona została nawet rodzina. Obecne zmiany w zakresie postaw wobec śmierci – opisywane jako wyłaniające się z indywidualistycznej, nastawionej konsumpcyjnie i hedonistycznie kultury – zmierzają do zminimalizowania, a wręcz „skasowania żałoby” [Ariès, 1989].

Tradycyjne obyczaje żałobne zostały w przeważającej mierze zarzucone, a rytuały kremacji czy grzebani straciły wiele ze swojego znaczenia emocjonalnego, które w przeszłości czyniło je źródłem pociechy i wsparcia dla oplakujących, a nie ciężką próbą i przejściem [Parkes et al., 2001, s. 14].

Ów „zmierzch żałoby” – zmniejszenie wiary w rytuały, preferencja ceremonii kameralnych, unikanie przeżywania wspólnotowego i publicznego wyrażania uczuć (nawet na pogrzebach) – przyczynia się do tego, że brakuje wskazówek i wzorców jak reagować na śmierć kogoś bliskiego i jak pocieszać osieroconych [Ariès, 1989; Castle, Philips, 2003]. „Nasze społeczeństwo jest społeczeństwem tłumionego płaczu, i w rezultacie boleść nie znajduje już ujścia za pomocą tradycyjnych, zbiorowych rytuałów i musi być łagodzona w indywidualnej i milczącej próbie przetrwania własnego cierpienia” [di Nola, 2006, s. 133].

Wraz z zanikaniem umiejętności stawiania czoła śmierci i rozwojem wspólnych, powiązanych z indywidualizacją i instytucjonalizacją żałoby sposobów radzenia sobie, wzrasta niebezpieczeństwo patologizacji reakcji żalu po stracie. Jest rzeczą znamioną – jak zauważa Ariès – że podczas gdy społeczeństwo uważa żałobę za zjawisko „chorobliwe”, według psychologów, dla których właśnie tłumienie żalu jest czymś niebezpiecznym, żałoba z jej rytuałami staje się czymś niezbędnym [Ariès, 1989]. Z tej perspektywy szczególnie ważne wydaje się, by – dostrzegając wartość odrobienia bolesnej pracy nad żalem po stracie – terapeuci nie koncentrowali się wyłącznie na osieroconych jednostkach, ale – traktując śmierć jako zdarzenie, które osłabia całą wspólnotę – orientowali się na cały system rodzinny, funkcjonujący w szerszym kontekście społecznym i podejmowali starania, by przywrócić mu dawną jedność, ciągłość, prężność i „moc samouzdrawiania” w obliczu kryzysów życiowych, nawet tak trudnych jak śmierć jednego z jego członków.

Bibliografia

- N. Abeles, T.L. Victor, L. Delano-Wood (2004), *The Impact of an Older Adult's Death on the Family*, „Professional Psychology: Research and Practice” 35 (3), s. 234-239.
- P. Ariès (1989), *Człowiek i śmierć*, Warszawa.

- M. Bonfantini, M. Motta (2004), *Od poczwarki do motyla. Jak przezwyciężyć ból śmierci i żaloby*, Poznań.
- J. Castle, W. Philips (2003), *Grief Rituals: Aspects that Facilitate Adjustment to Bereavement*, „Journal of Loss and Trauma” 8, s. 41-71.
- A. di Nola (2006), *Triumf śmierci i antropologia żaloby*, Kraków.
- A. Dodziuk (2001), *Żal po stracie czyli o przeżywaniu żaloby*, Warszawa.
- H. Goldenberg, I. Goldenberg (2006), *Terapia rodzin*, Kraków.
- J.S. Graves (1978), *Differentiating grief, mourning and bereavement*, „American Journal of Psychiatry” 135, s. 874-875.
- C.C. Greaves (1983), *Death in the family: A multifamily therapy approach*, „International Journal of Family Psychiatry” 4, s. 247-259.
- S. Handsley (2001): „But what about us?” *The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships*, „Mortality” , 6(1), s. 9-29.
- R.K. James, B.E. Gilliland (2005), *Strata osobista. Żaloba i smutek po stracie*, [w:] *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*, Warszawa.
- E. Lindemann (1944), *Symptomatology and management of acute grief*, „American Journal of Psychiatry” 101, s. 141-148.
- M. Lis-Turlejska (1989), *Problematyka przeżywania utraty w psychologii klinicznej*, „Przegląd Psychologiczny”, t. XXXII, nr 3, s. 749-759.
- J. McBride, S. Simms (2001), *Death in the Family: Adapting a Family Systems Framework to the Grief Process*, „The American Journal of Family Therapy” 29, s. 59-73.
- M. McGoldrick, P. Hines, E. Lee, N.G. Petro (1989), *Rytuały żałobne. Jak kultura kształtuje przeżywanie śmierci*, [w:] *Mity i rzeczywistość terapii rodzin*, red. R. Praszquier, t. 3, nr 134, Warszawa.
- N. O'Connor (1994), *Pożegnanie miłości. Jak przetrwać stratę ukochanej osoby*, Warszawa.
- K. Ostojka-Zawadzka (1999), *Żaloba w rodzinie*, [w:] *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Kraków.
- C.M. Parkes (1972), *Bereavement. Studies of grief in adult life*, London.
- C.M. Parkes (2001), *Pomaganie umierającym i opłakującym*, [w:] *Przemijanie w kulturach. Obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie*, red. C.M. Parkes, P. Laungani, B. Young, Wrocław.
- C.M. Parkes, P. Laungani, B. Young (2001), *Śmierć i żaloba*, [w:] *Przemijanie w kulturach. Obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie*, red. C.M. Parkes, P. Laungani, Young B., Wrocław.
- C. Sanders (1996), *Powrót nadziei. Jak sobie poradzić z cierpieniem i pustką po stracie bliskiej osoby*, Gdańsk.
- E.L. Shapiro (1995), *Grief in family and cultural context: Learning from Latino families*, „Cultural Diversity & Mental Health” 1(2), s. 159-176.
- R. Schulz et al. (1997), *The effects of bereavement after family caregiving*, „Aging & Mental Health” 1(3), s. 269-282.
- W. Stroebe, M.S. Stroebe (1987), *Bereavement and health: the psychological and physical consequences of partner loss*, New York.
- W. Sztander (1993), *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa.
- F. Walsh (1998), *Strengthening family resilience*, New York.
- W. Worden (1991), *Grief counseling & grief therapy. A handbook for the mental practitioner*, New York.

CZEŚĆ DRUGA STAROŚĆ

Urszula Kusio

MCDONALDYZACJA STAROŚCI

Paradygmat mcdonaldyzacji – wprowadzenie w problematykę

W środowisku socjologów panuje dosyć zgodne przekonanie, że prognozy raczej im się nie udają. Współczesny proces depopulacji Europy zdaje się to przekonanie potwierdzać. Bo chociaż to zadziwiające, ale jeszcze na początku minionego wieku procesy wymierania społeczeństw nie były brane pod rozwagę nawet przez najtęższe umysły epoki. Niebezpieczeństwa nie dostrzegali także obdarzeni tak wybuchającą fantazją ludzie, jak pisarze *science fiction*. Przeciwnie, niepokoiły ich przerosty demograficzne, a w związku z tym brak żywności, wody i przestrzeni.

Tymczasem historia nie zna przypadku, aby ponad 40% mieszkańców jednego kraju było w wieku powyżej 60 lat, a tylko 13% – w wieku poniżej 14. A taka jest prognoza na najbliższe lata dla Włoch i Hiszpanii. Wizja ta budzi zrozumiałą niepokój; gdy wskaźnik przyrostu naturalnego oscyluje wokół 1, populacja rodzima danego kraju zmniejsza się z każdym pokoleniem o połowę. Otóż do 2050 r. ponad 10% mieszkańców Austrii, Belgii, Finlandii, Grecji, Szwajcarii będą stanowić mieszkańcy powyżej 80 roku życia. Natomiast liczba ludności między 60 a 80 rokiem życia będzie się wahać między 20 a 30%¹. Już teraz w wielu krajach, i to po raz pierwszy w ich historii, żyje mniej osób w wieku poniżej 15 lat niż ludzi, którzy ukończyli 65 lat i starszych: tak jest na przykład w Japonii (14% osób w wieku poniżej 15 lat wobec 20% ludzi, którzy ukończyli 65 lat), również w Niemczech (odpowiednio 15% i 18%)².

Europa nigdy – mimo dwu wojen światowych w minionym stuleciu – nie przeżywała tak długiego okresu kurczenia się liczby ludności. Eksperci muszą sięgać wstecz, aż do okresów epidemii ospy w XIV w., aby znaleźć coś porównywalnego. To dramatyczne odwrócenie piramidy wieku będzie miało ogromne konsekwencje

¹ U. Kusio, *Kulturowy wymiar starzenia się współczesnych społeczeństw*, [w:] *Kulturowe wyzwania XXI wieku. Szkice z socjologii, antropologii o psychologii społecznej*, red. eadem, Lublin 2005, s. 104.

² J.C. Chesnais, *Ginący kontynent*, „Forum” 2006, nr 4.

we wszystkich obszarach ludzkiej aktywności. Ów potencjał powinien być wykorzystywany, nie tylko w oczywisty dla wielu ludzi sposób, jakim byłoby podwyższenie wieku emerytalnego. Proces starzenia się społeczeństw domaga się od nas zmian w dziedzinie szeroko rozumianej kultury społecznej, w rozumieniu wartości ludzi starych w życiu społecznym i wreszcie w rozumieniu starości przez samych ludzi starych.

Do opisu i interpretacji przeobrażeń dokonujących się, przynajmniej w części populacji ludzi starych, wykorzystane zostanie pojęcie mcdonaldyzacja. W życiu społecznym istnieją sfery, w których socjologom łatwiej jest rejestrować zło niż dobro, do nich należy starość. Założono, że użycie do analiz terminu 'mcdonaldyzacja' do szansę na zachowanie względnej równowagi aksjologicznej.

Termin ten coraz częściej jest wykorzystywany do opisu i kategoryzacji współczesnej rzeczywistości. Wydaje się wręcz ustanawiać swoisty paradygmat, w obrębie którego są wyjaśniane zjawiska i procesy dziejące się obecnie. Pojęcie 'mcdonaldyzacja' zostało stworzone i rozpowszechnione przez amerykańskiego socjologa Georga Ritzera. W latach 70. XX w. pracował nad swoją teorią, która pozostawała pod przemożnym wpływem prac niemieckiego socjologa Maksa Webera i jego poglądów na temat racjonalizacji. Weber za wzorcowy przykład racjonalizacji uważał biurokrację. Nie negując korzyści płynących z racjonalizacji, skupił uwagę na zagrożeniach, jakie ze sobą niesie. Przeczuwał bowiem, że systemy racjonalne są nieludzkie i że zniewalają. Przewidywał możliwość, zgoła prawdopodobieństwo, że zrationalizowaniu będą podlegać stopniowo coraz to nowe obszary życia społecznego, aż w końcu zostaniemy opłatanі siecią racjonalnych instytucji. Kiedy systemy racjonalne zapanują nad naszym życiem całkowicie, stwierdzimy, że znaleźliśmy się w żelaznej klatce racjonalności, której nie będziemy w stanie otworzyć. Racjonalność stanie się nieracjonalna.

Weber wykazał w swoich badaniach, że zachód stworzył odrębny rodzaj racjonalności. We wszystkich społeczeństwach, w tym czy innym okresie, istniała jakaś forma racjonalności, żadne jednak nie doszło do czegoś, co Weber nazwał racjonalnością formalną³. I właśnie tę racjonalność ma na myśli Ritzer, gdy pisze o procesie mcdonaldyzacji lub ogólniej, o procesie racjonalizacji.

Na początku lat 80. Ritzer, jak sam twierdzi, zaczął kojarzyć Weberowską teorię racjonalizacji z niepokojąco szybko rosnącą liczbą restauracji szybkich dań. McDonald's stawał się wszechobecny i odciskał coraz silniejsze piętno nie tylko na gastronomii, ale także na innych dziedzinach życia społecznego. Pod wpływem tych obserwacji Ritzer napisał w roku 1983 esej pod tytułem *Mcdonaldyzacja społeczeństwa*⁴. Z niego oraz z powstałej kilka lat później książki o tym samym tytule dowiadujemy się, że koncepcja mcdonaldyzacji jest rozszerzeniem Weberowskiej teorii racjonalizacji. Tak jak dla Webera modelem racjonalizacji była biurokracja, tak dla Ritzera paradygmatem mcdonaldyzacji staje się restauracja szybkich dań. Na czym to polega? Mcdonaldyzacja to proces stopniowego upowszechniania się zasad

³ M. Weber, *Gospodarka i społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej*, Warszawa 2002, s. 1015.

⁴ G. Ritzer, *Mcdonaldyzacja społeczeństwa*, Warszawa 1997, s. 11.

działania restauracji dań we wszystkich dziedzinach życia społecznego w Stanach Zjednoczonych oraz na całym świecie⁵.

Mcdonaldyzacja oddziałuje na sposób, w jaki zdobywamy wykształcenie, pracujemy, podróżujemy, spędzamy czas wolny, traktujemy rodzinę, starzejemy się, słowem, na każdą sferę naszego życia. Warto dodać, że obaj wspomniani wyżej autorzy pojęcia 'racjonalny', 'racjonalizacja' traktują odmiennie niż to zazwyczaj ma miejsce. Na ogół przypisujemy tym określeniom pozytywne konotacje, jeśli coś jest racjonalne to znaczy dobre, przemyślane, zaplanowane. Omawiani socjologowie nadają tym pojęciom wydźwięk ujemny. Racjonalny to tyle co schematyczny, skanalizowany. Racjonalizacja jest synonimem zdehumanizowania; sprowadza ludzkie relacje do taśmy montażowej.

W tę optykę widzenia problemu wpisuje się Zygmunt Bauman, zwłaszcza że swoją książką *Nowoczesność i zagłada*, w której dowodzi, że Holocaust jest ucieleśnieniem teorii Webera, jest przykładem współczesnej racjonalności biurokratycznej. Holocaust jest wytworem zachodniej cywilizacji, więcej nawet: jak wykazuje Bauman, nie stanowił żadnego wynaturzenia, lecz pozostawał w pełnej zgodności z tym wszystkim, co wiemy o tej cywilizacji, z jej duchem, priorytetem i immanentną wizją świata. Do Holocaustu nie mogło dojść w społeczeństwach wcześniejszych, mniej zrjonalizowanych. Maszyną racjonalności zaprzężono do realizacji celu, którego nieracjonalność przekracza wszelkie wyobrażenia. Bezduśne i bezrefleksyjne systemy racjonalizacji formalnej pod postacią procesu mcdonaldyzacji wytwarzają sytuacje, w których ważniejszy jest sam system, a nie człowiek w systemie⁶.

Webera niepokoiła nieracjonalność systemów formalnie zrjonalizowanych, takich właśnie jak biurokracja, ale chyba silniejsze obawy budziło w nim coś, co nazywał „żelazną klatką racjonalności”. Biurokratyczne struktury zniewalają człowieka i obdzierają z człowieczeństwa. Przewidywał, że społeczeństwa będą się coraz bardziej racjonalizowały i coraz więcej dziedzin życia społecznego zostanie podporządkowanych zasadom racjonalności. Przestrzegał przed społeczeństwem, którego członkowie, zamknięci w zrjonalizowanych strukturach organizacyjnych będą mogli przenosić się tylko z jednej takiej struktury do drugiej, a więc ze zrjonalizowanej instytucji oświatowej do zrjonalizowanego zakładu pracy, ze zrjonalizowanego miejsca wypoczynku do zrjonalizowanego domu. Społeczeństwo będzie opłacane niewidoczną siecią zrjonalizowanych struktur⁷.

Według Ritzera dobrym przykładem potwierdzającym zasadność obaw wybitnego socjologa jest współczesna racjonalizacja wypoczynku. Wydawać by się mogło, że wypoczynek powinien być ucieczką od racjonalizacji codziennego życia. Tymczasem okazuje się, że wszystkie drogi ucieczki od racjonalizacji też stopniowo uległy zrjonalizowaniu – zostały objęte tymi samymi zasadami organizacyjnymi, co biurokracja i restauracje szybkich dań⁸.

W każdym obszarze dominuje efektywność, kalkulacyjność, przewidywalność i manipulacyjność. Efektywnie, czyli szybko i skutecznie. Wykonywanie tylko jed-

⁵ *Ibidem*, s. 17.

⁶ Z. Bauman, *Nowoczesność i zagłada*, Warszawa 1992, s. 54.

⁷ *Ibidem*, s. 52.

⁸ D. MacCannell, *Turysta. Nowa teoria klasy późniejszej*, Warszawa 2002, s. 27-54.

nej czynności w określonym czasie jest bardzo nieefektywne. Dlatego, słuchając książki nagranej na kasecie (tradycyjna lektura jest nieefektywna), należy gotować obiad, prowadzić samochód bądź się gimnastykować. A jeśli gimnastyka, to tylko na urządzeniu, które wskaże nam, ile spaliliśmy kalorii, ile tkanki tłuszczowej, a ile mięśniowej i jaki mamy puls. Im więcej bowiem mamy informacji, tym efektywniej działamy, czyli dobieramy optymalne środki do osiągnięcia konkretnego celu.

Kalkulacyjność natomiast to w języku kolokwialnym opłacalność. Przy tym wyznaczniku ilość staje się surogatem jakości. Sieć McDonald's często pokazuje, jak rośnie liczba sprzedanych hamburgerów w różnych miejscach na ziemi, informując w ten sposób potencjalnych klientów nie tylko o sukcesie firmy, ale milcząco im sugerując związek między liczbą sprzedanych hamburgerów a ich jakością. Przy tej zasadzie zdaje się być jedynym sposobem na opisanie świata.

Wyznacznik przewidywalności, jak żaden inny, jest silnie związany z ludzką naturą, z konieczną dla człowieka potrzebą bezpieczeństwa i stabilizacji. Dlatego społeczeństwa racjonalne przykładają wagę do dyscypliny, systematyzacji, rutynizacji i stałości zachowań. W społeczeństwach racjonalnych ludzie lubią wiedzieć, co ich za chwilę czeka, wielu woli wykonywać przewidywalne, powtarzalne czynności. Wbrew powszechnym opiniom, badania dowodzą, że tylko nielicznych przeraża monotonia taśmy montażowej. Wyznacznik przewidywalności jest obecny we wszystkich współczesnych instytucjach, przejawia się to m.in. tym, że wszystkie rozporządzenia utrwalone są na piśmie. Praktycznie nie istnieją sytuacje, do których nie wymyślono formularza, a załatwienie sprawy zwykle sprowadza się do jego wypełnienia. Nasze społeczne życie to działanie w oparciu o wcześniej wymyślone scenariusze, których prawdziwa kariera rozpoczęła się w firmach ubezpieczeniowych.

I wreszcie ostatnia zasada procesu mcdonaldyzacji – manipulacyjność wszystkim i wszystkimi. Człowiek powinien być istotą zewnątrzsterowaną. W zracjonalizowanym, uporządkowanym i przewidywalnym świecie to właśnie istota ludzka jest głównym źródłem chaosu, zamieszania i nieporządku. To ona może zachorować i nie przyjść do pracy, to ona może zginąć w wypadku i nie wywiązać się ze zobowiązań, to ona może mieć rodzinne problemy, a wtedy staje się mniej wydajna i nieefektywna. Człowieka trzeba z systemów racjonalnych eliminować jeśli to możliwe.

Taki świat, takie społeczeństwo, dla ludzi zwłaszcza starych może wydać się obce, wręcz wrogie. Jak więc ci ludzie sobie radzą, jak funkcjonują w tych zmcdonaldyzowanych schematach, czy są w nich spychani na społeczny margines, czy też znajdują dla siebie miejsce? Przywykliśmy do opinii, że starość przedstawia człowieka na boczny tor, że człowiek stary, to człowiek zbędny, bo brzydki i chory. To, używając określenia Baumana, społeczny odpad⁹. W zmcdonaldyzowanym społeczeństwie konsumentów wszystko jest traktowane jako dobro do nabycia. Wszystko ma wartość, dopóki daje przyjemność, wszystko może (a nawet powinno) zostać w końcu zastąpione czymś nowym. Nic nie opiera się temu zjawisku: ani przedmioty, ani teorie naukowe, przekonania czy wierzenia. Nawet relacje międzyludzkie traktowane są instrumentalnie. Gdy tylko pojawi się nowy produkt, stary traci

⁹ Z. Bauman, *Zbędni, niechciani, odrzuceni – czyli o biednych w zamożnym świecie*, „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2.

wartość. Konsumpcja nie polega bowiem na posiadaniu, lecz na nabywaniu nowego w jak najszybszym tempie.

Być starym w McŚwiecie

Czy seniorzy potrafią funkcjonować w owych zmcdonaldyzowanych schematach? Można odpowiedzieć prawie brutalnie: nie mają wyjścia! Bywa jednak, że dobrowolnie poddają się rytmowi kultury przyspieszania, chociażby poprzez rytm życia rodziny, rytm życia swoich dzieci i wnuków. Starość zmcdonaldyzowana niekoniecznie goni młodość, nadążając wbrew sobie za tempem cywilizacyjnych przemian. Starość zmcdonaldyzowana próbuje zrozumieć otaczający świat, wiedząc, że nie może żyć wbrew niemu.

Osoby starsze stanowią bardzo zróżnicowaną populację pod względem cech społecznych, kulturowych, warunków bytowych i kondycji zdrowotnej, zarówno w skali świata, jak i konkretnych społeczeństw narodowych. Ludzie starzy z przełomu wieków w sposób istotny różnią się od swoich poprzedników. W cywilizowanej części świata dostali dwie cenne rzeczy: emeryturę i opiekę medyczną. Są więc zdrowsi, aktywniejsi, lepiej wykształceni, o większych możliwościach i umiejętnościach organizowania czasu wolnego. Współcześni seniorzy są najbogatszymi w dziejach świata. Są na tyle inni, że socjologowie mówią o „nowej starości”, to cała generacja, której wiek metrykalny w ogóle nie zgadza się z wiekiem biologicznym, ani psychicznym. Najstarsza generacja współczesnych społeczeństw nie tylko społeczliwie oferuje swoje życiowe doświadczenie, dając się traktować przedmiotowo, ale również coraz aktywniej domaga się podmiotowego traktowania. Grupa ta, rosnąc w siłę, w niektórych krajach rozwiniętych zyskuje coraz silniejszą reprezentację polityczną i wysuwa coraz bardziej zdecydowane roszczenia. Jedna z polskich emerytek, pod wpływem zorganizowanej przez m.in. „Gazetę Wyborczą” akcji „Rodzić po ludzku”, chce zorganizować równie szeroko zakrojony program pod hasłem „Umierać po ludzku”. To odpowiedź ludzi starych na zmcdonaldyzowane systemy szpitalne, gdzie umierają otoczeni maszynami zamiast bliskimi osobami.

Obecne starzenie się społeczeństw wymusza rewolucyjne wręcz zmiany w percepcji starości, a zwiększająca się akceptacja dla kulturowej różnorodności i odmienności sprzyja „nowej waloryzacji” ludzi starych, poprawie ich społecznego wizerunku. Zamiast traktować starzenie się współczesnych społeczeństw jako zagrożenie czy kryzys, można to zjawisko spróbować analizować w kategoriach największej w historii szansy na wprowadzenie innowacji i możliwość spojrzenia na życie społeczne z innej, nowej perspektywy. Wydaje się uzasadnione twierdzenie, że rynek, producenci towarów i usług jako jedni z pierwszych zareagowali na te przeobrażenia i wykorzystują nową szansę. Szybko dokonali rzeczowej kalkulacji: statystyczny obywatel Europy odchodzi na emeryturę w wieku około 60 lat, średnia długość życia mieszkańca tego kontynentu to sporo ponad osiemdziesiątkę, tak więc na emeryturze, wcale nie z pustym portfelem, żyje jeszcze ćwierć wieku. Świadczenia niemieckiego emeryta po 35 latach pracy to 70% pensji bez podatku, czyli około 2 tys. euro. W Anglii to zaledwie 20% pensji z ostatniego roku pracy, ale blisko

80% ludzi korzysta z funduszy emerytalnych, co znakomicie poprawia ich sytuację. Również polskim emerytom nie wiedzie się najgorzej, chociaż wciąż uchodzą u nas za najbardziej pokrzywdzonych. Z danych GUS za 2004 rok wynika, że emerytom żyje się coraz lepiej. Mają średnio 869 zł miesięcznego dochodu i – paradoksalnie – zajmują drugą pozycję wśród najlepiej zarabiających grup społecznych, zaraz po pracujących na własny rachunek z 935 zł dochodu. Powielamy i utrwalamy wizerunek biednego i chorego emeryta, który jednak w pewnych segmentach rynku radzi sobie całkiem sprawnie.

Amerykański ekonomista Simon Kuznets wykazał, że głównym motorem długoterminowego wzrostu gospodarczego jest demografia, ponieważ popyt jest bezpośrednio związany z ewolucją liczby młodych gospodarstw domowych. To właśnie one ciągną konsumpcję (mieszkanie, wyposażenie, infrastruktura) oczywiście, jeżeli mają pracę i dysponują odpowiednią siłą nabywczą¹⁰. A jeżeli młodych brakuje bądź nie mają pracy? Dla grupy produkcyjnej ludzie starzy już jawią się jako nowi konsumenci. Na nowego klienta następuje reorganizacja wielu dziedzin rynku. Tak już jest w turystyce, tak w przyszłości będzie w obsłudze prawnej, finansowej czy gastronomii. Pojawiają się nowe segmenty dóbr i usług, które zmieniają kulturowy i ekonomiczny obraz życia społecznego. Pewien ekspert od usług pogrzebowych stwierdził, z nieprzyzwoitym w takiej sytuacji optymizmem: „Złoty wiek przemysłu usług pogrzebowych jeszcze przed nami”. Już teraz ocenia się, że tego rodzaju usługi to obszar pochłaniający rocznie 8 mld dolarów w samych tylko Stanach Zjednoczonych. Interes kwitnie, więc firmy przekwalifikowują się na ten lukratywny i rozwijający się rynek. Często oferują nie tylko usługi pogrzebowe, ale cały kompleks towarów i działań towarzyszących, a dzięki wprowadzonym systemom ratalnym, coraz więcej klientów może z propozycji korzystać. W tej branży zaczęto sięgać do reklam i w ogóle zasad mcdonaldyzacji. Najłatwiej sprzedać radość, paradoksalnie również w tej sferze. Tak więc wcale nierzadko organizuje się stypy na plaży, a przedsiębiorczy Japończycy planują wesołe miasteczko śmierci, urządzone na wzór kluczowego elementu w mcdonaldyzowanym świecie, jakim jest Disney World. Przedsiębiorca pogrzebowy z Osaki proponuje wręcz pogrzebowe widowisko.

Trumna na wózku sterowanym elektronicznie zsuwa się po 50-metrowym zboczu wzgórza skapana w blasku laserowych promieni i przy akompaniamencie pieśni śpiewanych przez mnichów i rodzinę zmarłego. Dojechawszy do końca hali, trumna – spowita gęstą mgłą suchego lodu – wjeżdża w półokrągły tunel, żeby ostatecznie zniknąć w zaświatach¹¹.

Coraz większym uznaniem cieszy się również pomysł wmurowania w nagrobek panelu LCD, który wyświetla filmy upamiętniające zmarłego. Brzmi to szokująco, ale stoi za tym długa tradycja. Najstarsze znane z historii portrety trumienne pochodzą ze starożytnego Egiptu – już wtedy ludzie czuli potrzebę symbolicznego powstrzymania przemijania przez utrwalenie twarzy zmarłego. Ta idea bliska jest

¹⁰ J.C. Chesnais, *op. cit.*, s. 33.

¹¹ G. Ritzer, *op. cit.*, s. 290-291.

także Polakom, przecież portrety trumienne naszych Sarmatów to skarb europejskiego malarstwa barokowego. I wtedy też dbano o to, by zmarły wyglądał „jak żywy”.

W latach 2006-2007 upowszechniło się korzystanie przez Internet z nowej usługi, jaką jest sprzątanie grobów. Zlecniodawcami są nie tylko zapracowani ludzie w wieku produkcyjnym, którzy z różnych względów nie mogą jechać w drugi koniec Polski czy do kraju przodków. O realizację usługi proszą także seniorzy, bo podróż jest zbyt uciążliwa lub kosztowna. Wbrew stereotypom przekonaniom ludzie starzy doskonale wiedzą, że świat się zmienia, a próba obstawania przy „starym” byłaby dowodem, najłagodniej mówiąc, braku rozsądku.

Koniunkturę wyczuł także rynek kosmetyczny i farmaceutyczny. Już dziś kosmetyki do cery dojrzałej dają producentom połowę przychodu ze sprzedaży wszystkich środków pielęgnacyjnych. Ze statystyk wynika, że apteki odwiedzają najczęściej emeryci, nie tylko wykupując na receptę konkretne lekarstwa, ale zaopatrując się w różne parafarmaceutyki, które mają upiększać, wspomagać, zapobiegać. Firmy farmaceutyczne traktują seniorów jako swoich najważniejszych klientów. Coraz odleglejsza staje się więc wizja starego człowieka, do której przyzwyczaiła nas przeszłość i stereotypy. Szpetota schorowanego ciała, słabnąca sprawność umysłu i fizyczne niedołęstwo w połowie XXI w. mają być zjawiskiem marginalnym. Długości życia ma nieodłącznie towarzyszyć jego coraz wyższa jakość. Starość stanie się kwestią decyzji, a nie wieku.

Badacze obawiający się starczej recesji powinni pamiętać, że coraz więcej osób zachowuje siły vitalne do późnego wieku; zjawisko to nazywane jest powtórным rozkwitem seniorów. Ludzie ci robią wszystko to, czego nie udało im się zrobić w młodszym wieku. 50 tys. osób studiuje w Europie na uniwersytetach Trzeciego Wieku, coraz częściej seniorzy podróżują, zwiedzają, są ciekawi nowych doznań. Niemieccy emeryci noszą koszulki ze sloganami: „Jestem na emeryturze – nie mam czasu”.

W tym kontekście starzenie się społeczeństw jawi się jako wielki potencjał, a nie kryzys. Eksperci od marketingu wiedzą o tym i wskazują na coraz nowe obszary do zagospodarowania. W dobie „baby boom” pomysł na kalendarz ze starszami zapowiadającymi kolejne miesiące roku zapewne nie znalazłby realizatorów. W roku 2006 ukazał się taki kalendarz, który powstał przy pomocy Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej oraz Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce. Pani uosabiająca grudzień liczy 91 lat i z zapałem oddaje swojej pasji – malarstwu. Starość nie musi być brzydka i ukrywana, można ją pokazać ładnie i czule, a potem sprzedać.

Również twórcy reklam odkryli ludzi starych, jako tych, którzy mogą przyciągnąć uwagę potencjalnych klientów. Nie tylko w tym tradycyjnym ujęciu, że dziadek z wnuczką łowią ryby i piją herbatę Sage, ale i w sposób przełamujący stereotypy, wręcz przewrotny. Oto reklama chipsów Lay's – tak kuszą zapachem i wyglądem, że każdy chce je mieć tylko dla siebie, dziadek z balkonikiem w takim wyścigu nie ma szans. Starość może być dowcipna i wesoła, a nie dramatyczna i bolesna.

Klient, którym interesuje się rynek, to nie tylko bogaty Europejczyk. To także przeciętny emeryt należący do Klubu Seniora, który organizuje wycieczki krajoznawcze, kursy komputerowe i wybory Miss Złotego Wieku, a na przyjemności

i rozrywkę jest gotów wydać ostatnie pieniądze. Za miesiąc przecież znowu zostanie emeryturę, to najpewniejsze źródło dochodu.

Firmy, które nie reagują na te demograficzne zmiany, boleśnie to odczuwają. Levi's narzeka, że rynek młodzieżowy kurczy się szybciej niż džinsy, które firma ta produkuje – te zmiany zmusiły ją do zamknięcia trzech fabryk w Europie już w 1999 r. Dlatego też znika niepisane tabu świata biznesu, które dawało młodości monopol na kreowanie rynkowego wizerunku firmy. We Włoszech, drugim po Japonii najszybciej starzejącym się społeczeństwie świata, projektanci tacy jak Prada, Gucci, Armani od pięciu lat wprowadzają specjalne linie dla tzw. klientów dojrzałych. Ubrania są mniej obcisłe, z wyżej położonym pasem, mniejszym dekoltem. Natomiast Ericsson i Nokia już sprzedają powiększone modele telefonów komórkowych, ułatwiające trafienie palcem w klawisze¹². Reaguje również rynek spożywczy. Firma Nestlé zwiększyła rozmiary nadruków na swych produktach, ze względu na wiekowego klienta. Dla jego komfortu sprzedaje w Europie mocniejsze odmiany kawy i kakao, ponieważ ludzie starsi mają mniej wrażliwe kubki smakowe¹³. Staje się oczywiste, że przegra na rynku ten, kto nie potraktuje emeryta jako poważnego klienta.

Pewnie niejedna babcia czy dziadek z początku minionego wieku byłiby mocno zdziwieni, dowiadując się, że przyjdą czasy, w których o Nocy Świętojańskiej, czerwcowej nocy miłości, mało kto będzie pamiętał, a panny wianków na wodę puszczać nie będą. Minął wiek i niejeden starszy pan daje starszej pani w lutowy dzień Walentynkę.

Prognozy się często nie sprawdzają, zwłaszcza te wybiegające w odległą przyszłość, co nie znaczy, że socjolog z tego obowiązku jest zwolniony. Pytanie, czy przyjdzie taki czas, kiedy aktywnie zaczniemy świętować Halloween, nie jest pozbawione zasadności. Silne przeobrażenia w rodzinie, związane z rozluźnieniem więzi wewnątrzrodzinnych, ruchliwością rodziny, dają bardzo zróżnicowane konsekwencje. Coraz rzadziej dzieci dorastają w obecności dziadków, coraz rzadziej dziadkowie chorują i umierają w obecności wnuków. Słabną uczucia, które rodzi zwykła, codzienna bliskość. Odwiedzenie grobu może nabrać charakteru formalnego, a nie emocjonalnego obowiązku. A obowiązek formalny w zindonaldyzowanym świecie realizuje się się dzięki nowym komunikatorom.

¹² U. Kusio, *op. cit.*, s. 108.

¹³ *Ibidem*.

Barbara Szmigielska

STAROŚĆ W WYPOWIEDZIACH MŁODZIEŻY I DOROSŁYCH

Psychologia biegu życia (*life-span*) podkreśla wieloaspektowość i wielokierunkowość zmian zachodzących w okresie starości (nazywanej w tym nurcie *późną dorosłością*). Dzięki takiemu podejściu starość przestała być na gruncie psychologii kojarzona z degeneracją, okresem oderwanym od poprzednich etapów życia czy też z utratą zdolności adaptacyjnych. Podkreśla się, że zmiany biologiczne, społeczne i psychiczne, dokonujące się na starość, są w szerokim zakresie uwarunkowane wcześniejszymi doświadczeniami jednostki, które w dużym stopniu warunkują indywidualny przebieg starości. Ale wiele zmian zachodzących w okresie starości, podobnie jak w innych okresach rozwojowych, ma charakter powszechny. Należą do nich przede wszystkim zmiany w zakresie biologicznego starzenia się organizmu oraz społecznego funkcjonowania ludzi starych. Wskazuje się też na wspólne ludziom starym zmiany w wymiarze psychologiczno-podmiotowym, np. takie, które dotyczą potrzeb, postaw i emocji oraz takie, które są związane z funkcjonowaniem intelektualnym [Straś-Romanowska, 2002]. Wielu autorów podejmowało próbę opisanie tych wspólnych zmian dokonujących się w okresie starości umieszczając ją na życiowym kontinuum. Na przykład Anna Brzezińska [2000], odwołując się do koncepcji Newmanów, opisuje następujące obszary rozwoju charakterystyczne dla okresu późnej dorosłości: radzenie sobie z niekorzystnymi fizycznymi zmianami organizmu, podjęcie nowych ról, akceptacja życia (bilans życiowy, refleksyjna postawa wobec własnej biografii), kształtowanie i krystalizacja poglądu na temat śmierci. Robert Havighurst [1983, za: Brzezińska, 2000] wskazuje na zadania rozwojowe typowe dla starości: przystosowanie się do pogarszającego się stanu zdrowia i słabnięcia sił fizycznych, do emerytury i niższych dochodów, przystosowanie się do śmierci partnera, ustalenie wyraźnej przynależności do swojej grupy wiekowej i ustanowienie satysfakcjonującego standardu życia. Właściwa postawa wobec tych zadań i adekwatne sposoby ich rozwiązania kształtują obraz starości, pozwalają osiągnąć równowagę oraz dobre przystosowanie. Próby opisanie sposobów funkcjonowania ludzi starych podejmowali różni badacze, koncentrując się zwykle na zmia-

nach w zakresie osobowości oraz funkcjonowaniu społecznym. Poniżej przedstawię wybrane dwie koncepcje.

Dennis Bromley [1969] wyróżnił pięć typów postaw przystosowania się w starszym wieku. *Postawa konstruktywna*: jednostka cieszy się życiem, pozytywnie ocenia przeszłość, ma przyjazne stosunki z innymi, jest pogodzona z utratą pracy i ze swoją starością, a wizję śmierci przyjmuje bez rozpacz; *postawa zależności*: jednostka jest dobrze przystosowana, ale w dużym stopniu liczy na pomoc, zarówno materialną, jak i emocjonalną ze strony innych, jest zadowolona z ukończenia pracy zawodowej i czuje się zwolniona z odpowiedzialności; *postawa obronna*: jednostka jest na co dzień jest samowystarczalna i na ogół odrzuca pomoc innych. Jest przesadnie opanowana, skrupowana zwyczajami i konwenansami, pełna lęków i pesymistycznie nastawiona do świata, a myśl o śmierci zagusza stałą aktywnością; *postawa wrogości*: jednostka jest agresywnie nastawiona do otoczenia, podejrzliwa, skłonna do rywalizacji, a jednocześnie niezadowolona z kontaktów z innymi. Przyczyn własnych niepowodzeń upatruje w czynnikach zewnętrznych, jest krytycznie nastawiona do objawów starzenia się, nie lubi młodych i boi się śmierci; *postawa wrogości skierowanej na samego siebie*: jednostka jest niezadowolona ze swojego życia, jest pasywna, pogodzona ze starością, ale przesadnie ocenia jej objawy, zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Życie traktuje jako czas przetrwania do nieuchronnej śmierci.

Grażyna Makiełło-Jarża [2004] twierdzi, że oblicza współczesnej starości (wyróżnia ich siedem) można ułożyć na kontinuum: od starości wzniosłej do zdegradowanej. *Starość wzniosła* występuje zdaniem autorki niezwykle rzadko (doświadczyli jej Jan Paweł II i Matka Teresa z Kalkuty). Jest to starość wspaniała, pogodna, pokorna i służąca każdemu człowiekowi. To starość mędrców, którym dane było odnaleźć Boga, sens życia i śmierci. *Starość wspaniała* to starość twórcza. Wtedy ludzie dokonują największych osiągnięć w różnych dziedzinach życia, poszukują sensu istnienia i sensu śmierci, dzielą się zdobytą wiedzą i doświadczeniem z młodym pokoleniem. *Starość pogodna* to starość przyjmująca ze spokojem fakt przemijania, utraty sił i zdrowia, a także zmian w pozycji społecznej. Ludzie tak przeżywający starość pozytywnie bilansują dotychczasowe życie, są otwarci na innych, potrafią ich słuchać, doradzać i nieść pomoc. *Starość powszednia* jest jednocześnie najbardziej powszechna. Zdaniem autorki występują w niej elementy ze wszystkich innych „rodzajów” starości. Występują w niej zarówno chwile zgorzknienia jak i momenty wzniosłe i wspaniałe, a ich proporcje zależą od wspólnych i indywidualnych doświadczeń każdego pokolenia. *Starość zgorzkniała* dotyka ludzi, którzy włożyli ogromny wysiłek nie tylko we własny rozwój, ale także byli mocno zaangażowani w życie rodzinne, zawodowe i społeczne, a na starość zostali opuszczeniu i spotyka ich obojętność. Zdaniem Makiełło-Jarży współcześnie żyjący ludzie starzy w naszej rzeczywistości bardzo często znajdują się w takiej właśnie sytuacji. *Starość zagubiona* jest typowa dla ludzi, u których postępujące procesy biologicznego starzenia się organizmu wpływają niekorzystnie na codzienne funkcjonowanie. Chodzi tu o problemy w zakresie procesów poznawczych, a zwłaszcza pamięci. Problemom tym często towarzyszy poczucie zagubienia i lęk przed światem, w którym staremu człowiekowi coraz trudniej się odnaleźć. *Starość zdegradowana* odnosi się do lu-

dzi, którzy na skutek procesów degeneracyjnych utracili zdolność rozumienia siebie i świata i są skazani na innych.

Chociaż przedstawione wyżej propozycje sposobów przeżywania starości powstały w dość znacznym odstepie czasu, to zarówno Bromley [1969], jak i Makiełło-Jarża [2004] pokazują konstruktywne i niekonstruktywne sposoby funkcjonowania ludzi starych. Oboje autorzy podkreślają też, że przyjęte przez nich kategoryzacje nigdy nie występują w czystej postaci – w każdym jednostkowym przypadku starość w różnych jej fazach mogą charakteryzować zarówno wzloty, jak i upadki, zadowolenie i niezadowolenie.

W psychologii biegu życia podkreśla się, że przeżywanie starości jest uwarunkowane dotychczasowym życiem jednostki i miejscem, jakie w danej kulturze przypisuje się człowiekowi staremu. Sposób funkcjonowania seniorów zależy nie tylko od wielokierunkowych zmian związanych ze starzeniem się organizmu, ale również od identyfikacji z rolą człowieka starego, która jest w dużej mierze wyznaczana przez przyjęte w danym społeczeństwie wyobrażenia o starości.

Starość znają wszyscy, począwszy od dzieci do ludzi starych włącznie, a wiedza ta nabywana jest przez całe życie na podstawie różnych źródeł: kontaktów z ludźmi starymi, literatury, filmów, reklam itp. Na podstawie tych źródeł każdy człowiek spostrzega starość w specyficzny sposób, ale podobnie jak wiele zjawisk społecznych jest ona spostrzegana także stereotypowo. Wiadomo, że spostrzeganie społeczne w dużym stopniu odzwierciedla postawy wobec osób czy grup będących przedmiotem tego spostrzegania – dlatego w wielu badaniach na temat miejsca starości w społeczeństwie podejmowano próby określenia stosunku ludzi w różnym wieku do starości [Kaczanowska, Huget, 2004; Rembowski, 1973; Susułowska, 1989; Zając-Lamparska, 2007].

Schmidt i Boland [1986, za: Zych, 1999] stereotypowe wyobrażenia o starości ujęli w następujące wzory osobowe: *wzorowy dziadek* (zdolny, mądry, wyrozumiały), *mędrzec* (inteligentny, nastawiony na przyszłość), *patriarcha* (dojrzały emocjonalnie i społecznie, zaangażowany w życie dzieci), *typ człowieka słabego* (powolny, słaby fizycznie, nieaktywny seksualnie), *typ człowieka bezrobotnego* (biedny, bojaźliwy, żyjący skromnie), *typ człowieka samotnego* i (lub) *osamotnionego* (nieufny, nastawiony na przeszłość, konserwatywny, zacofany), *typ człowieka wyłączonego społecznie* (uzależniony od rodziny, wymagający pomocy i opieki, delikatny, chorowity), *typ wścibskiego sąsiada* (oszczędny, plotkarz, oschły, chciwy, snobistyczny), *typ człowieka zniechęconego* (nieszczęśliwy, budzący współczucie, zaniedbany, hipochondryczny, czekający na śmierć), *typ włóczęgi* (brudny, pozbawiony uczuć, będący ciężarem dla ogółu), *typ złośliwca i skąpca* (zgorszchniały, naprzykrzający się, zawistny, egoistyczny i egocentryczny). Stwierdzili też, że w społeczeństwie amerykańskim dominują negatywne wyobrażenia na temat starości (wyróżnili ich pięć); pozytywnych jest mniej (wyróżnili tylko trzy) i występują częściej u ludzi młodych.

Maria Susułowska [1989] dokonała przeglądu badań nad stereotypowymi wyobrażeniami na temat starości. Z przeglądu tych badań wynika, że w kulturze zachodniej dominują negatywne stereotypy na temat starości. Jest ona kojarzona z biernością, wyizolowaniem jednostki ze społeczeństwa, skazaniem jej na pomoc

innych oraz oczekiwaniem nieuchronnej śmierci. Wyniki tych badań pokazują także, że młodzież ma bardziej negatywny stosunek do ludzi starych; wraz z wiekiem obraz starości staje się bardziej pozytywny. Susułowska przeprowadziła szeroko zakrojone badania nad spostrzeganiem starości przez osoby w różnych okresach rozwojowych (od dzieci 6-letnich poczynając, a na 80-latkach kończąc). Były to badania prowadzone z uwzględnieniem oprócz zmiennej wieku także płci i środowiska. Podstawową metodą zastosowaną w badaniach był ukierunkowany wywiad, który dotyczył: cech charakteryzujących starość, wyobrażeń o konieczności niesienia pomocy ludziom starym, czasowego prognozy starości oraz wyobrażeń osób badanych o własnej starości.

W badaniach tych ustalono interesujące zależności pomiędzy ocenianymi aspektami starości a wiekiem badanych środowiskiem. W tym miejscu zwrócić uwagę tylko na te wyniki, które dotyczyły poglądów młodzieży i dorosłych na aspekty starości, będące przedmiotem moich badań. Susułowska stwierdziła, że wraz z wiekiem przesuwają się w górę dolna granica wieku, który jest uznawany za początek starości: młodzież umieszcza ją w przedziale pomiędzy 40 a 70 rokiem życia.; natomiast dorośli pomiędzy 60 a 70. Jednocześnie wraz z wiekiem wzrasta tendencja do kojarzenia starości z właściwościami jednostki. (np. zdrowie i wydolność fizyczna, nastrój, pozycja społeczna itp.), a nie z wiekiem chronologicznym. Zjawisko to częściej występowało w środowisku miejskim. Jeśli chodzi o opis cech człowieka starego, to powyżej 15 roku życia przybiera w opisach starości cech związanych z aktywnością społeczną i psychiczną, podczas gdy we wcześniejszych okresach wskazywane cechy dotyczą głównie wyglądu i zdrowia osób starych. Także wraz z wiekiem zauważalny był wzrost określeń pozytywnych. Ponadto u starszej młodzieży (19-letniej) bardzo często pojawiała się refleksja nad wyższością ludzi starych nad młodymi w zakresie doświadczenia życiowego i mądrości. W okresie średniej dorosłości obraz starości był wiązany przede wszystkim ze zmianami biologicznymi oraz wynikającymi stąd konsekwencjami dla pozycji seniorów. Jednocześnie u osób tych zauważalna była skłonność do idealizowania obrazu człowieka starego, co zdaniem Susułowskiej może być związane z identyfikowaniem się tych osób ze zbliżającą się starością.

Badania własne

Stosunek społeczeństwa do ludzi starych jest uzależniony nie tylko od czynników ekonomicznych, kulturowych, ale także od wieku ludzi, dla których starość w różnych okresach ich życia oznacza coś innego. Jak wynika z przedstawionego przeglądu koncepcji przebiegu starości, a także z badań nad postawami wobec starości, przeważają w tej dziedzinie wyobrażenia i emocje negatywne. Brak jest natomiast zgodności co do pozytywnego obrazu tego okresu życia – z jednych badań wynika, że nasila się on z wiekiem, z innych, że częściej występuje u ludzi młodych. Warto zatem badać te postawy nadal, po pierwsze w celu sprawdzenia, na ile w dobie współczesnych zmian społeczno-ekonomicznych ulegają one zmianom, i po drugie po to, aby na podstawie wyników takich badań podejmować działania edukacyjne

na temat starości. Celem podjętych badań było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o to, jak współcześnie ludzie młodzi, których od starości dzieli jeszcze całe dorosłe życie i ludzie dorośli, stojący u progu starości, spostrzegają i oceniają ten okres życia człowieka i czy ich poglądy różnią się od tych, które opisano na podstawie badań wcześniejszych.

Osoby badane

60 adolescentów w wieku 16-18 lat ($M=17,1$) – uczniowie LO: 27 dziewcząt i 33 chłopców. 49 dorosłych w wieku 43-51 lat ($M=46,7$): 29 kobiet i 20 mężczyzn

Narzędzie i procedura

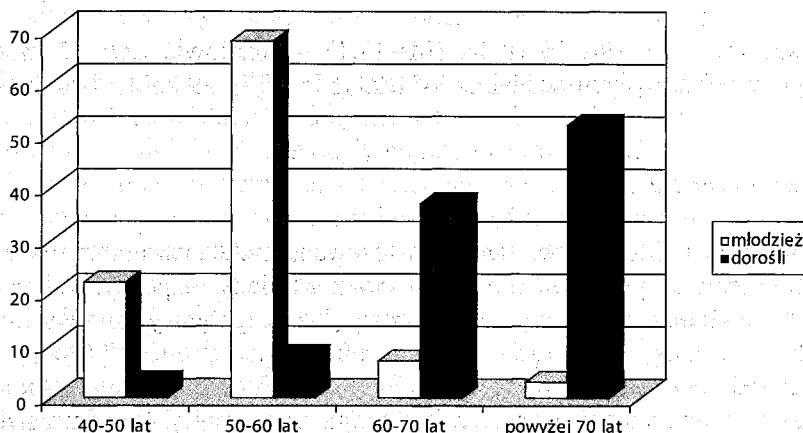
Badania miały charakter indywidualny. Zastosowana została ustrukturyzowana rozmowa, której celem było: *ustalenie progu starości* (Kiedy rozpoczyna się starość? Podaj wiek), *opisanie symptomów starzenia się* (Jakie są objawy starzenia się człowieka? Po czym poznać starość?); *zdefiniowanie pojęcia „starość”* (Podaj własną definicję starości) *ocena pozycji społecznej ludzi starych* (Jaką pozycję w społeczeństwie polskim zajmują ludzie starzy: niską, średnią czy wysoką? Podaj uzasadnienie swojej odpowiedzi), *określenie miejsca starości w życiu badanych*: 1) Czy mieszkasz z kimś w wieku starczym? Opisz swoje relacje z tą osobą; 2) Czy myślisz o starości? (często, rzadko, nigdy); Czego dotyczą te rozmyślenia? 3) Czy planujesz swoją starość? (często, rzadko, nigdy), Czego dotyczą te plany? 4) Czy korzystasz z doświadczeń ludzi starych? (często, rzadko, nigdy). W jaki sposób? Czego dotyczą te doświadczenia? 5) Czy problem starości jest obecny w Twoich rozmowach z innymi ludźmi? (często, rzadko, nigdy). Co jest tematem tych rozmów?

Wyniki i dyskusja

Materiał zebrany w indywidualnych rozmowach jest bardzo obszerny. W tym artykule, ze względu na jego ograniczony charakter, zostaną przedstawione jedynie odpowiedzi badanych na główne pytania zawarte w wywiadzie. Wyników analizy jakościowej rozbudowanych wypowiedzi badanych tutaj nie przedstawiam.

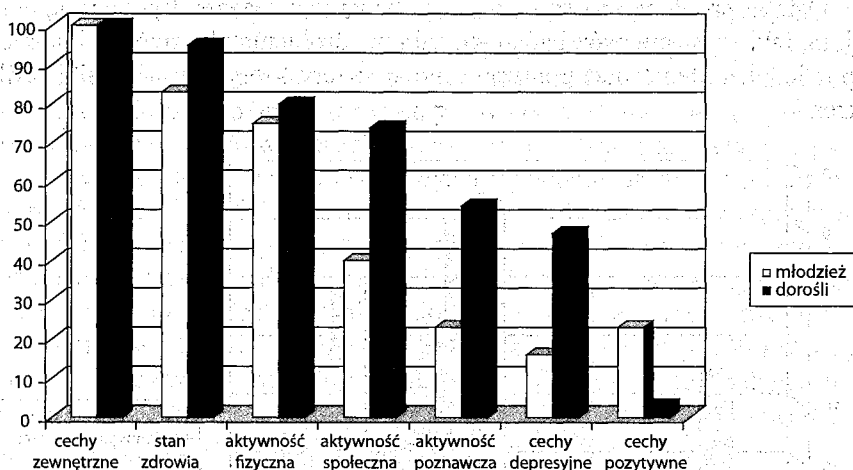
Na podstawie analizy empirycznej zostały wyodrębnione kategorie odpowiedzi na poszczególne pytania. Obliczono procentowe wskaźniki dla tych kategorii w grupach wiekowych i płciowych. Jeśli nie było różnic płciowych, wyniki porównano ze względu na wiek badanych. Różnice płciowe w obu grupach wiekowych dotyczyły odpowiedzi na pytanie o miejsce starości w życiu badanych. W odniesieniu do pozostałych kategorii nie było różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami i dlatego przedstawione są one łącznie. Różnice sprawdzono za pomocą testu istotności różnic pomiędzy dwoma wskaźnikami struktury.

W literaturze przedmiotu brak jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o początek starości: rozpiętość wynosi aż 30 lat (od 45 do 75 roku życia). Rozbieżności te wynikają z różnych kryteriów starości, indywidualnego tempa starzenia się oraz złożonego obrazu starości. Z badań nad postawami starości wynika także, że ludzie w różnym wieku podają odmienny próg starości. W prezentowanych tu badaniach potwierdziła się prawidłowość, że im człowiek starszy, tym starość w jego ocenie jest bardziej odległa. Dane te ilustruje wykres 1.



Wykres 1. Początek starości w ocenie młodzieży i dorosłych

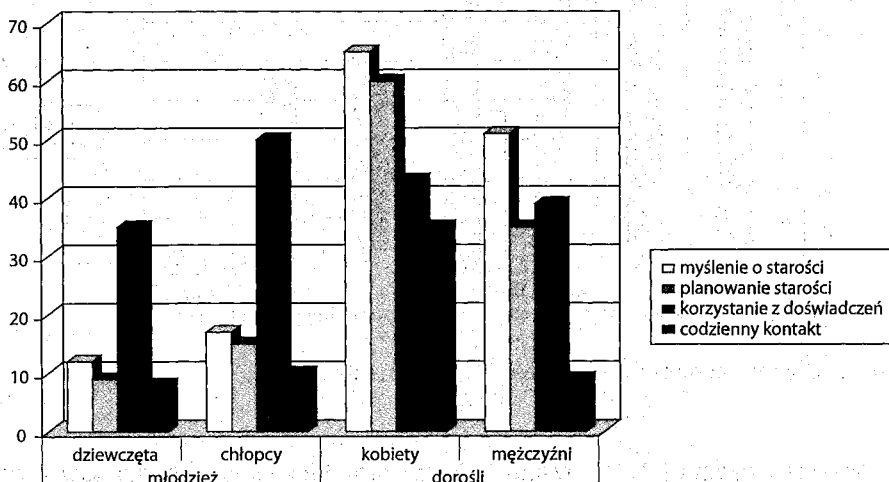
Wszystkie różnice pomiędzy oceną młodzieży i osób dorosłych, przedstawione na tym wykresie są statystycznie istotne (a poziomie od $p < 0,01$ do $p < 0,0001$). Wynik ten jest zgodny z temporalną organizacją doświadczeń życiowych jednostki, która przejawia się, m.in., w ocenach długości trwania własnego życia w różnych perspektywach czasu: przeszłego, teraźniejszego i przyszłego [Trempała, 2000]. Wydaje się, że nie tylko nieuchronność zbliżającej się starości, ale przede wszystkim negatywny jej stereotyp sprawia, że osoby dorosłe umieszczają jej początek znacznie później niż młodzież. Z analizy wypowiedzi badanych oraz definicji starości jakie formułowali wynika, że młodzież podobnie jak dorośli relatywizuje pojęcie starości i jej początek wiąże z cechami człowieka, a nie tylko z wiekiem kalendarzowym. Wynik ten jest zgodny z tym, co stwierdziła w swoich badaniach Susułowska [1989]. Wypowiedzi na temat cech i przejawów starości zostały ujęte w siedem kategorii. Dane na ten temat ilustruje wykres 2.



Wykres 2. Objawy starości w ocenie młodzieży i dorosłych

Wszyscy badani (100%) wskazywali na biologiczne aspekty starości związane z wyglądem zewnętrznym, a prawie wszyscy na pogarszający się stan zdrowia i zmniejszoną sprawność fizyczną (około 80%). Można więc stwierdzić, że biologiczny wymiar starzenia się i starości ma charakter uniwersalny i jest on obecny w myśleniu zarówno ludzi młodych, jak i tych, którzy stoją u progu starości. Warto zwrócić uwagę, że przejawy biologicznego starzenia się obecne są w stereotypach na temat starości i zawsze mają one zabarwienie negatywne. Jeśli chodzi o pozostałe przejawy starości, wystąpiły różnice pomiędzy młodzieżą a osobami dorosłymi. Osoby dorosłe w porównaniu z młodzieżą w większym zakresie wskazywały na zmniejszoną aktywność społeczną (74% do 40%) i poznawczą ludzi starych (54% do 23%) oraz częściej przypisywały im cechy depresyjne (47% do 16%). Natomiast młodzież częściej niż osoby dorosłe wskazywała na pozytywne cechy starości (23% do 3%). Różnice są istotne na poziomie od $p < 0,01$ do $p < 0,0001$. Ogólnie można więc stwierdzić, że w ocenie starości dominuje jej wymiar biologiczny (oceniany negatywnie), natomiast wraz z wiekiem przybywa negatywnych ocen w ocenie aspektu psychospołecznego. Jest to wynik rozbieżny z uzyskanym przez Susułowską [1989]. Jak to wyjaśnić? Wydaje się, że jedną z przyczyn może być obecnie gorsza sytuacja ludzi starych niż 20 lat temu. Marginalizacja starości w społeczeństwie szybkich zmian społecznych i gospodarczych jest prawdopodobnie częściej spostrzegana przez ludzi dorosłych, którzy już w obecnym wieku są spychani na ten margines, chociażby przez konieczność przechodzenia na wcześniejszą emeryturę. Różnica pomiędzy badanymi grupami widoczna jest także w ocenie pozycji ludzi starych w naszym społeczeństwie. 76% dorosłych i 30% młodzieży określiło tę pozycję jako niską, 20% dorosłych i 58% młodzieży jako średnią, a tylko 1% dorosłych i 12% młodzieży twierdzi, że starzy ludzie mają wysoką pozycję społeczną. 3% dorosłych stwierdziło, że ludzie starzy nie mają żadnej pozycji, nawet niskiej, bo są jedynie „zakałą, zawadą” itp.

Ostatni problem, którego dotyczyło badanie, związany był z próbą określenia miejsca, jakie w życiu osób badanych zajmują problematyka starości i ludzie starzy. Wypowiedzi na ten temat pogrupowano w cztery kategorie, a wyniki te ilustruje wykres 3.



Wykres 3. Miejsce starości w życiu młodzieży i dorosłych

Wypowiedzi na temat obecności starości w życiu badanych różniły się zarówno w grupach wiekowych, jak i płciowych. Adolescenci najczęściej mówili o korzystaniu z doświadczeń i mądrości ludzi starych (około 40%). Pozostałe z wyróżnionych kategorii, tj. myślenie o starości i jej planowanie oraz kontakty codzienne z ludźmi starymi wystąpiły w wypowiedziach młodzieży rzadko (kilkanaście procent). Natomiast wszystkie wyróżnione kategorie były częściej obecne w wypowiedziach ludzi dorosłych: dorośli znacząco częściej od adolescentów myślą o starości oraz planują własną starość (różnice istotne na poziomie $p < 0,01$), natomiast w podobnym zakresie korzystają z doświadczeń ludzi starych. Ponadto dorośli mężczyźni równie rzadko jak adolescenty kontaktują się na co dzień z ludźmi starymi, natomiast dorosłe kobiety robią to znacząco częściej od wszystkich pozostałych badanych ($p < 0,001$). Z wypowiedzi tych kobiet wynika, że to na nich spada w rodzinach obowiązek zajmowania się starymi rodzicami, zarówno własnymi, jak i męża. Chociaż nie przedstawiam tu szczegółowych analiz uzasadnień wypowiedzi badanych, to chciałabym zwrócić uwagę na różnice w wypowiedziach związanych z planowaniem własnej starości. Ludzie dorośli w planach tych zwracali uwagę głównie na fakt zapewnienia sobie opieki ze strony dzieci lub instytucji oraz dostępu do świadczeń zdrowotnych. Natomiast osoby młode odwoływały się przede wszystkim do aspektu materialnego (wybór pracy, która zapewni dochody wystarczające na godną emeryturę, wybór funduszy emerytalnych itp.) oraz do dbania o zdrowie (właściwe odżywianie, aktywność fizyczna). W przypadku dorosłych widać odniesienie własnych planów do istniejących realiów – ludzie w okresie średniej dorosłości bardzo często opiekują się

osobami starszymi i na co dzień doświadczają problemów, które w niedługim czasie mogą ich dotknąć. Wypowiedzi adolescentów – przynajmniej w pewnym zakresie – można wyjaśnić edukacją młodego pokolenia nastawioną na planowanie własnego życia w aspekcie ekonomicznym i zdrowotnym w perspektywie całego życia.

Podsumowując, należy stwierdzić, że uzyskane w badaniach wyniki są w dużym stopniu zbieżne z przedstawionymi wyżej wynikami badań innych autorów: w ocenie współczesnej młodzieży i osób dorosłych nadal dominuje negatywny obraz starości i nadal najwięcej jej symptomów dotyczy sfery biologicznej. Ponadto w prezentowanych badaniach okazało się, że młodzież ma bardziej pozytywny stosunek do starości niż osoby dorosłe. Jest to wynik podobny do ustalonego w badaniach amerykańskich, natomiast odwrotny do uzyskanego przez Susułowską [1989] i w innych, podsumowanych przez nią, badaniach zachodnich. Z wypowiedzi badanej przeze mnie młodzieży wynika także, że widzi ona konieczność i sens podejmowania różnych działań w swoim życiu, po to, by lepiej przeżyć własną starość.

Na podstawie uzyskanych wyników można sformułować wnioski na temat edukacji społeczeństwa w zakresie starości: po pierwsze, powinna ona mieć miejsce na wszystkich etapach rozwoju, po drugie, powinno ona polegać na uświadamianiu całemu społeczeństwu nie tylko problemów i praw ludzi starych, ale przede wszystkim pozytywnych aspektów starości. Po trzecie, badania pokazują, że rację miał Skinner [2004], twierdząc, że najlepiej przygotować się do starości, gdy się jest jeszcze młodym, bo można wiele zrobić, by była ona szczęśliwa: „Starość przypomina trochę obcy kraj. Jeśli odpowiednio się przygotujesz, zanim do niego dotrzesz, to będziesz mógł przeżyć więcej przyjemnych chwil” [Skinner, 2004, s. 15].

Bibliografia

- D.B. Bromley (1969), *Psychologia starzenia się*, przeł. Z. Zakrzewska, Warszawa.
- A. Brzezińska (2000), *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa.
- A. Kaczanowska, P. Huget (2004), *Spostrzeganie starości przez dzieci i młodzież*, [w:] M. Korbicki, Z. Szarota, *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, Kraków.
- G. Makiello-Jarża (2004), *Oblicza starości – refleksje psychologa*, [w:] M. Korbicki, Z. Szarota, *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, Kraków.
- J. Rembowski (1973), *Ludzie starzy w postawach młodzieży*, „Problemy Rodziny” nr 2, s. 23-26.
- B.F. Skinner, M.E. Vaughan (2004), *Przyjemnej starości*, przeł. J. Siuta, Kraków.
- M. Straś-Romanowska (2000), *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa, t. 2, s. 263-293.
- M. Susułowska (1989), *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa.
- J. Trempała (2000), *Modele rozwoju psychicznego*, Bydgoszcz.
- L. Zając-Lamparska (2007), *Utajone postawy wobec osób starszych, przejawiane w grupach wiekowych wczesnej, średniej i późnej dorosłości*, [w:] XVI Ogólnopolska Konferencja Psychologii Rozwojowej. Materiały konferencyjne, Poznań.
- A. Zych (1999), *Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej*, Katowice.

Patrycja Huget

POCZUCIE SENSU ŻYCIA LUDZI MŁODYCH I ICH STOSUNEK DO STAROŚCI

Późna dorosłość, nazywana potocznie starością należy do najbardziej zróżnicowanych okresów w ontogenezie. Ustalenie prawidłowości, dotyczących przeżywania ostatniego etapu życia sprawia badaczom wiele trudności, przede wszystkim ze względu na wzrost znaczenia różnic indywidualnych. Na przeżywanie starości w dużym stopniu mają wpływ: stan zdrowia, sytuacja rodzinna, materialna, jak również poczucie kontroli nad własnym życiem oraz satysfakcja z dotychczasowego życia. Helen Bee zwraca uwagę na pewne cechy osobiste, pozwalające przewidzieć poziom szczęścia i zadowolenie z życia starszych ludzi. Zalicza do nich m.in.: ekstrawersję, wysoką samoocenę, przekonanie o byciu zdrowym, niezależnie od stanu rzeczywistego oraz posiadanie przyjaciół i wsparcia społecznego¹. Zatem przeżywanie starości zależy w pewnym stopniu od indywidualnych cech człowieka.

Charakter zmian psychicznych w okresie późnej dorosłości zależy również od doświadczeń we wcześniejszych okresach życia – w dzieciństwie, młodości i wczesnej dorosłości. Pewien wpływ na przeżywanie własnej starości ma również stosunek społeczeństwa do ludzi w podeszłym wieku. Na przestrzeni wieków ich spostrzeganie przez młodsze pokolenia podlegało licznym zmianom. W społeczeństwach prehistorycznych i rolniczych starzy ludzie cieszyli się szacunkiem i uznaniem. Pełnili rolę nauczycieli i przekazywali młodym normy społeczne, zwyczaje i tradycję. W czasach feudalnych posiadanie przez ludzi starych majątku i pełnienie przez nich godności państwowych sprawiało, że byli otaczani szacunkiem². Wysoka pozycja starszych ludzi jest charakterystyczna przede wszystkim dla społeczeństw tradycyjnych, w których symbolizują oni ciągłość doświadczeń pokoleń i wzmacniają poczucie własnej wartości grup społecznych.

¹ H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań 2004.

² T. Nelson, *Psychologia uprzedzeń*, Gdańsk 2003.

Wraz z postępowaniem medycyny oraz rozwojem przemysłu spadła użyteczność starszych ludzi. Ich pozycja uległa zmianie wraz z wydłużeniem się okresu życia. Społeczeństwo zinstytucjonalizowało tę zmianę, wprowadzając obowiązek przejścia na emeryturę³.

Współcześnie starość często reprezentuje w świadomości społecznej brak sprawności fizycznej, utratę zdrowia i śmierć. Obraz człowieka starego i starości wytworzony przez ludzi młodych jest w pewnym stopniu zdominowany przez lęk przed własną starością i śmiercią.

Wojciech Kołodziej, analizując wyniki badań prowadzonych w USA w latach 90. XX wieku w celu określenia stosunku do starości zwrócił uwagę na istnienie różnorodnych uprzedzeń, mających wpływ na spostrzeganie ludzi w podeszłym wieku. Edd Palmore wyróżnił osiem pozytywnych stereotypów, odnoszących się do tej grupy wiekowej: mądrość, pogoda ducha, uprzejmość, swobodny sposób bycia, zaufanie, wpływowość, władza polityczna i staranie o zachowanie młodości. Z drugiej jednak strony ludzie kierują się negatywnymi uprzedzeniami, łącząc fakt bycia człowiekiem starszym z takimi cechami jak wrogość i nienawiść do innych. Innym szkodliwym stereotypem jest stereotyp infantyilizacji, opierający się na przekonaniu o spadku wraz z wiekiem wydolności umysłowej i fizycznej⁴. Można więc stwierdzić, że stosunek społeczeństwa do starości jest niejednoznaczny.

W związku z postępującym starzeniem się społeczeństw wysoko rozwiniętych krajów świata wzrasta zainteresowanie problematyką późnej dorosłości. Proces starzenia się człowieka opisuje kilka kategorii wieku. Wyróżnia się wiek kalendarzowy, którego wyznacznikiem jest liczba przeżytych lat, wiek biologiczny, wyznaczony ogólną sprawnością organizmu oraz wiek psychologiczny, związany ze zmianami osobowości oraz z pełnionymi rolami społecznymi. Nie ma jednak związku pomiędzy wiekiem kalendarzowym i biologicznym a pojawieniem się zmian psychicznych, charakterystycznych dla późnej dorosłości.

Wyniki badań psychologicznych, prowadzonych w ostatnich latach, nie ograniczają się do charakterystyki regresywnych zmian funkcji psychicznych, ale wskazują przede wszystkim na możliwości rozwojowe starszych ludzi⁵. Badania zmian procesów psychicznych w późnej dorosłości wskazują na możliwość ich stymulacji i modyfikacji, niezależnie od wieku.

Współcześnie przeważa rozumienie starości jako okresu tak samo ważnego jak wszystkie poprzednie w rozwoju człowieka. Przykładem teorii, wychodzącej poza wąskie rozumienie rozwoju – od urodzenia do okresu dorastania – jest koncepcja psychospołecznego rozwoju, mającego charakter epigenezy opracowana przez Erika H. Eriksona. Zasada epigenezy mówi, że każdy organizm ma swój podstawowy plan rozwoju, według którego powstają poszczególne organy. Każda z części organizmu powstaje we właściwym sobie okresie. Autor prezentuje własną charakterystykę etapów rozwoju człowieka, która uwzględnia specyfikę konkretnego wieku oraz wiąże

³ *Ibidem*, s. 400.

⁴ W. Kołodziej, *Stereotypy dotyczące starzenia się i ludzi w podeszłym wieku*, [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczyk, Lublin 2006, s. 96-97.

⁵ M. Straś-Romanowska, *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:], *Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2000.

doświadczenia ośmiu kryzysów w jedną całość. Twierdzi, że w rozwoju człowieka istnieje podstawowy plan, który określa wrażliwość jednostki na szczególny rodzaj doświadczeń i informacji i wskazuje, jakie aspekty rozwoju mają swoje okresy dominacji w poszczególnych etapach⁶. Najważniejszym zadaniem w późnej dorosłości jest osiągnięcie integralności ego. Aby ją osiągnąć, człowiek musi odkryć, że świat i jego egzystencja mają swój porządek oraz zaakceptować swoje życie. Brak integralności ego prowadzi do lęku przed śmiercią. Rozpacz, jak pisze Erikson, wyraża się w uczuciu, że zostało już niewiele czasu, by rozpocząć nowe życie i spróbować innych dróg do integracji⁷.

Sens życia w okresie adolescencji

W drugiej fazie adolescencji, okresie łączącym dzieciństwo z dorosłością, zmiany rozwojowe umożliwiają jednostce określenie swojego miejsca w świecie. Dzięki zmianom w zakresie myślenia i zainteresowaniom egzystencjalnym młody człowiek wykracza poza aktualne stosunki społeczne, buduje indywidualny system wartości i osiąga zdolność stawiania sobie odległych celów. Próbuje odpowiedzieć na pytania: po co i dlaczego istnieje, kim powinien być i do czego powinien dążyć. W tym okresie jednostka stoi przed trudnym wyborem budowania własnej tożsamości poprzez kształtowanie osobowych i społecznych wartości, nadających życiu sens. W wyniku zmian fizycznych, spowodowanych dojrzewaniem płciowym, tożsamość dziecka przestaje spełniać już swoją funkcję. Jednostka zaczyna odczuwać potrzebę odkrycia sensu własnego życia.

Kazimierz Obuchowski definiuje tę potrzebę jako właściwość człowieka, która powoduje, że bez zaistnienia w jego działalności życiowej takich wartości, które mogą zostać uznane przez niego za nadające sens życiu, nie może on prawidłowo funkcjonować⁸.

Potrzeba sensu życia rozwija się w kilku fazach. Pierwsza faza – identyfikacji – przypada na okres adolescencji i charakteryzuje się szukaniem gotowych wzorów, z którymi młody człowiek się utożsamia. W drugiej fazie – kosmicznej – jednostka próbuje budować pierwsze, mgliste koncepcje życia. Koncepcje ulegają często zmianom, m.in. ze względu na nieumiejętność właściwej oceny swoich możliwości. W ostatniej fazie – realizacji – pojawia się pytanie: jaki sens ma moja działalność?

Z psychologicznego punktu widzenia mówi się o potrzebie sensu i poczuciu sensu życia. Potrzeba sensu należy do metapotrzeb i odnosi się do wszelkich przejawianych potrzeb i wszystkich motywacji. Potrzeba sensu jest właściwością potencjalną, podlegającą rozwojowi i stanowiącą źródło aktywności człowieka. Spełnienie potrzeby sensu poprzez aktywność poznawczą i emocjonalną prowadzi do poczucia sensu. Poczucie sensu wyrasta zatem z doświadczeń indywidualnych⁹.

⁶ E.H. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 2000.

⁷ *Ibidem*, s. 280.

⁸ K. Obuchowski, *Przez galaktykę potrzeb: psychologia dążeń ludzkich*, Poznań 1995, s. 210.

⁹ W. Prężyńska, *Spoleczno-religijne odniesienia dla poczucia sensu życia i psychoterapii*, [w:] *Człowiek – Wartości – Sens*, red. K. Popielski, Lublin 1996.

Viktor Frankl twierdził, że człowiek szuka w życiu przede wszystkim sensu. Według niego sens życia można tylko odkryć, natomiast nie można go stworzyć ani wynaleźć. Ludzka wiara w sens życia jest przede wszystkim kategorią transcendentną. Aby uczynić swoją egzystencję sensowną, jednostka musi przyjąć pewną hierarchię wartości, którą będzie starała się realizować¹⁰.

Badania własne

Głównym celem podjętych badań była analiza związku pomiędzy poczuciem sensu życia ludzi młodych a ich stosunkiem do starości i ludzi starszych. Sformułowano następujące pytania szczegółowe:

1. Czy młodzi ludzie uważają, że ich życie ma sens?
2. Jak często myślą o sensie własnego życia?
3. Jakie wartości codzienne nadają ich życiu sens?
4. Jaki jest stosunek ludzi młodych do starości i ludzi starszych?
5. Czy istnieje związek pomiędzy poczuciem sensu życia a stosunkiem do starości?

W badaniach posłużono się kwestionariuszem ankiety, opracowanym w oparciu o narzędzie Janusza Mariańskiego „Młodzież a sens życia”¹¹. Pytania obejmowały następujące zagadnienia: poczucie sensu życia, ważność problemu sensu życia, wartości dające życiu sens, stosunek do starości. Ankieta została podzielona na dwie części. W pierwszej części badani odpowiadali na pytania dotyczące sensu życia, natomiast w drugiej wyrażali swój stosunek do starości i ludzi starszych.

Badania zostały przeprowadzone wśród 80 studentów pierwszego roku polonistyki UJ w kwietniu 2007 r.

Wyniki badań własnych

Tabela 1. Poczucie sensu życia ludzi młodych

Kategorie odpowiedzi	Badani (n = 80)	%
Moje życie ma sens	59	73
Moje życie nie ma sensu	21	27

Wśród badanych 73% zaakceptowało twierdzenie, mówiące o sensie ich życia, natomiast 27% – odrzuciło. Zdecydowana większość badanych uważa, że ich życie ma sens.

¹⁰ V. Frankl, *Problem sensu*, „W Drodze” 1993, nr 11, s. 43–49.

¹¹ J. Mariański, *Miedzy nadzieja a zwatpieniem*, Lublin 1998.

Tabela 2. Częstotliwość myślenia o sensie życia

Kategorie odpowiedzi	Badani (n=80)	%
Bardzo często	19	23,75
Często	42	52,5
Rzadko	13	16,25
Bardzo rzadko	0	0
Nigdy	0	0
Trudno powiedzieć	6	7,5

Spśród wszystkich badanych 52,5% zastanawia się często nad sensem własnego życia, a 23,75% bardzo często. W grupie 80 studentów nie ma jednostek, które nigdy nie zastanawiały się nad sensem życia. Natomiast 16,25% badanych rzadko zastanawia się nad sensem własnego życia.

Tabela 3. Wartości codzienne nadające życiu sens

Wartości codzienne nadające sens życiu	Badani (n=80)	%
Miłość, wielkie uczucie	57	71,25
Zdobycie ludzkiego zaufania i przyjaciół	46	57,5
Poczucie, że jest się przydatnym w społeczeństwie	17	21,25
Szczęście rodzinne	46	57,5
Pieniądze, dobrobyt, komfort życia	13	16,25
Wykształcenie, dążenie do wiedzy	32	40
Praca, w której można się realizować	25	31,25
Bogactwo wrażeń i doświadczeń	30	37,5
Własna indywidualność, umiejętność bycia sobą	44	55
Wiara w jakąś ideę	6	7,5
Głęboka wiara religijna	22	27,5
Pozostawienie po swoim życiu trwałego śladu	12	15
Spokojne życie bez niespodzianek	5	6,25
Działanie i dążenie do wybranego celu	22	27,5

Badanie wartości nadających sens życiu zostało przeprowadzone w oparciu o przedstawioną badanym listę 14 wartości odnoszących się do różnych sfer ludzkiego życia. Badani mogli wybrać najwyżej pięć najbardziej cenionych wartości, spośród tych, które wiążą się z sensem ludzkiego życia.

Analizując dane zawarte w tabeli 3, można stwierdzić, że wśród wartości, nadających sens życiu najwyższe miejsce zajmuje miłość oraz wielkie uczucie. Na tę wartość wskazuje 71,25% badanych. Na kolejnych miejscach znajdują się: szczęście rodzinne (57,5%), zdobycie ludzkiego zaufania i przyjaciół (57,5%), umiejętność bycia sobą (55%) oraz wykształcenie, dążenie do wiedzy (40%). Niżej są cenione takie wartości, jak: spokojne życie (6,25%), wiara w jakąś ideę (7,5%), pozostawienie po sobie trwałego śladu (15%), pieniądze, dobrobyt i komfort życia (16,25%), poczucie, że jest się przydatnym w społeczeństwie czy głęboka wiara religijna (27,5%).

Można więc stwierdzić, że wśród wartości nadających sens życiu ważne miejsce zajmują udane miłość, życie rodzinne oraz bliskie kontakty z innymi ludźmi, gwarantujące zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa.

Badanie stosunku do starości i ludzi starych zostało przeprowadzone w ten sposób, że badani mogli ustosunkować się do dziewięciu twierdzeń dotyczących starości i ludzi starych.

Tabela 4. Stosunek do starości

Stosunek do starości i ludzi starszych	Badani (n=80)	%
Starość jest okresem, w którym można realizować plany i marzenia	40	50%
W okresie starości można nadal korzystać z życia	60	75%
Przejsięcie na emeryturę nie musi być stresującą zmianą w życiu	43	53,75%
Starość jak każdy etap życia ma swoje zalety i wady	77	96,25%
Starość to okres, w którym można być naprawdę sobą	23	28,75%

Analizując dane, przedstawione w tabeli 4 można stwierdzić, że stosunek badanych do starości jest pozytywny. 96,25% młodych ludzi zgadza się z twierdzeniem, że starość jak każdy etap w życiu ma swoje zalety i wady, natomiast 75%, że w okresie późnej dorosłości można nadal korzystać z życia. Jednak tylko 50% badanych uważa, że można w tym okresie realizować plany i marzenia. Najmniej badanych (28,5%) dostrzega w okresie starości czas, w którym jednostka może pozwolić sobie na wyrażanie własnej indywidualności.

Tabela 5. Stosunek do ludzi starych

Stosunek do starości i ludzi starszych	Badani (n=80)	%
Starsi ludzie mają niezwykłą zdolność do rozwiązywania problemów życiowych	27	33,75%
Starsi ludzie mają wiele powodów do zadowolenia z życia	60	75%
Starsi ludzie trafnie oceniają rzeczywistość i służą innym radą	22	27,5%
Poczucie szczęścia i życiowej satysfakcji ludzi starych zależy od poczucia kontroli swojego życia	50	62,5%

Analizując stosunek do ludzi starych, można stwierdzić, że najczęściej są oni spostrzegani jako zadowoleni z życia (75%). Natomiast młodzi ludzie nie doceniają doświadczenia, zdolności oceny rzeczywistości i ludzi i rozwiązywania problemów ludzi w okresie starości.

Poniżej przedstawiono przykłady wypowiedzi badanych, charakteryzujących późną dorosłość.

Kobieta, 20 lat: „W dzisiejszym świecie (tj. kultura zachodu) nie docenia się ludzi starych, ich doświadczenia i mądrości. Szkoda”.

Kobieta, 20 lat: „Według mnie starość ma swoje wady i zalety. Wydaje mi się, że póki człowiek jest zdrowy, to starość ma więcej zalet. Na emeryturze odpoczywa się, robiąc tylko to, co się lubi. Ktoś, kto miał wcześniej wiele spraw na głowie, może zwolnić i zająć się sobą. Nie ma nic zaplanowanego na każdy dzień, nie musi się spieszyć, nie stresuje się pracą ani dziećmi, które mają już własne rodziny. Wydaje mi się, że wtedy człowiek jest naprawdę wolny”.

Kobieta, 20 lat: „Uważam, że starość to bardzo cenny, choć jednocześnie najtrudniejszy okres w życiu człowieka. Cenny, bo jest się bogatym w doświadczenia i przeżycia, a trudny, bo zdaje się sprawę, że być może nigdy już się ich nie powtórzy”.

Kobieta, 20 lat: „Do starości należy przygotowywać się przez całe życie. Trzeba mieć poczucie, że ona istnieje. Człowiek sam decyduje, z jakiej perspektywy będzie patrzył na swoje życie – czy będzie z niego dumny, czy będzie się go wstydził. Choć nie na wszystko człowiek ma wpływ w swoim życiu, powinien jednak wierzyć, że nawet te niechciane rzeczy powinny być wykonane tak, by kiedyś być z nich dumnym”.

Zofia Szarota

OPIEKUN OSOBY STARSZEJ

Celem opracowania jest przedstawienie modeli opieki rodzinnej, środowiskowej i instytucjonalnej oraz zakresu zadań opiekunów człowieka starego, rekrutujących się z najbliższej rodziny, środowiska i instytucji wyspecjalizowanych w tych działaniach.

Modele opieki

Każda starsza osoba, z racji posiadania obywatelstwa, ma prawo do usług i świadczeń instytucji powszechnie dostępnych, możliwość zagospodarowywania i użytkowania przestrzeni publicznej we wszystkich sferach życia. Ze względu na specyfikę podeszłego wieku powołano nowe lub podjęto wysiłek wzmocnienia i modernizacji istniejących instytucji, działających w intencji zaspokajania istotnych potrzeb starszego i najstarszego pokolenia. Funkcjonują one w koncentrycznie ujętych wymiarach przestrzeni życiowej, poczynwszy od środowiska domowego, rodzinnego, poprzez społeczność sąsiedzką, 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 pracy¹.

¹ Do późnej starości pracują rolnicy [Tryfan, 2006, s. 29-30], podobnie osoby wykonujące wolne zawody, naukowcy. Zaprzestanie pracy zawodowej związane z przejściem na emeryturę jest znaczącym etapem w życiu człowieka. W Polsce jedynie 1,7% osób w wieku emerytalnym jest aktywnych zawodowo. Przyczyną zaprzestania pracy zawodowej najczęściej jest osiągnięcie wieku emerytalnego i zły stan zdrowia. Dla większości osób przejście na emeryturę jest wydarzeniem radosnym. Nie zmienia to faktu, że wiąże się to 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 hobbystycznym [Haliccy, 2002].

Istotną rolę w świadczeniu usług osobom w podeszłym wieku odgrywają ich opiekunowie. Wśród modeli opieki należy wyróżnić:

- a) opiekę rodzinną (krewnych i powinowaconych),
- b) domową (nieformalną – sąsiedzka, znajomych, osób opłacanych prywatnie, organizacji pozarządowych),
- c) środowiskową (dzienne domy pomocy społecznej, ośrodki samopomocy),
- d) instytucjonalną, w tym świadczoną w formie kontraktowanych usług opiekuńczych w domu oraz w formie usług kompleksowych w placówce wsparcia (np. dom pomocy społecznej lub ośrodek wsparcia), realizowaną przez wykwalifikowany personel.

Największym problemem społecznym ludzi starszych jest samotność. Często senior znajduje się w niekorzystnej sytuacji we własnej rodzinie, bowiem w toku licznych i szybkich przemian przeobrażeniu ulega także model rodziny. Znikają wielopokoleniowe klany, w których osoby starsze mogły liczyć na opiekę i troskliwe zainteresowanie. Problem pojawia się wówczas, gdy starszy człowiek staje się nie-sprawny i zaczyna obarczać rodzinę swoją niesamodzielnością.

Starość zależna, wymagająca opieki, determinowana jest szeregiem czynników, najczęściej występujących łącznie i sprzężonych. Małgorzata Halicka wyróżniła czynniki zdrowotne i społeczne (Tabela 1).

Tabela 1. Czynniki ryzyka zależności od opieki osoby starszej

Zdrowotne	Spoleczne
Przewlekła choroba somatyczna lub psychiczna Zespoły geriatryczne Upośledzenie zmysłów Kalectwo Niedożywienie Zaawansowana starość	Samotne zamieszkiwanie Złe warunki bytowe Bezdzielnosc Zła sytuacja socjalna (ubóstwo) Zespoły utraty (wdowieństwo, rozwód, odejście dzieci) Pełnienie roli głównego opiekuna osoby nieprawnej Nadużycia, zaniedbania, przemoc w rodzinie Wydarzenia losowe (wypadek, pożar, kradzież)

Źródło: opracowanie własne na podst.: Halicka, 2006, s. 244.

Najbardziej dramatyczne sytuacje mają miejsce, gdy czynniki zdrowotne wielokrotnie są negatywnym oddziaływanie czynników społecznych i socjalnych.

Opiekunowie rodziny

Rodzina pełni w życiu człowieka starego ważną rolę, a w hierarchii wartości Polaków zajmuje wysoką pozycję [Slany, 2002, s. 200-207], jest postrzegana jako niezastąpiona grupa wsparcia. Fakt ten korzystnie sytuuje miejsce i społeczną rolę starych ludzi w tradycyjnych układach rodzinnych. 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 (funkcja gospodarcza).

Innym czynnikiem ekonomicznym spajającym więzi rodzinne jest niezależność finansowa starszych rodziców. Dzięki środkom z renty lub emerytury nie stanowią ciężaru dla swoich dzieci, lecz mogą je wspierać (funkcja ekonomiczna). W przypadku gdy rodzina boryka się z ubóstwem, bezrobociem, emerytura bądź renta osoby starszej staje się głównym źródłem dochodu rodziny, tym samym umacniając jego pozycję w rodzinie. Możliwość wspierania dzieci bywa dla ludzi starszych źródłem satysfakcji, a także dowodem użyteczności [Szatur-Jaworska, 1999].

Rodzina jest miejscem, w którym seniorzy mogą utrzymywać stałe i bliskie kontakty z osobami należącymi do młodszych pokoleń (funkcja emocjonalno-ekspresyjna), uczestnicząc w ważnych rodzinnych wydarzeniach i uroczystościach. Kształtują się w niej więzi międzypokoleniowe, poczucie uczestnictwa w życiu społecznym (funkcja socjalizacyjna). Doświadczenie życiowe osób starszych, znajomość tradycji rodzinnej i narodowej, wiedza i umiejętności są potrzebne i bezcenne (funkcja wychowawcza i kulturowa). 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 (funkcja opiekuńcza).

Zmiany zachodzące we współczesnych modelach życia rodzinnego, które dotyczą struktury, stylu życia, zmniejszonej liczby dzieci, rozłącznych relacji międzypokoleniowych, tzw. miłości „na dystans”, powodują, że człowiek starszy może czuć się zagubiony, bowiem zdecydowanie 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 mędrca, nosiciela tradycji, doradcy.

Pomimo tych rozterek polskie rodziny 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.

W polskiej rodzinie przeważają dobre stosunki osób starszych z rodziną, oparte na wzajemnym świadczeniu usług i międzypokoleniowych więziach emocjonalnych [por. Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 90-93; Tryfan, 2006, s. 29-32], bowiem seniorzy

polscy żyją częściej w rodzinach swych dzieci niż samotnie². Rodzinni opiekunowie rekrutują się spośród najbliższych krewnych podmiotu opieki, są nimi 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% [Czekanowski, Synak, 2006, s. 184]. 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 mała [Bień et al., 2001, s. 20 i n.].

Coraz częściej sama rodzina oczekuje pomocy z zewnątrz – zwłaszcza wtedy, gdy sprawuje opiekę nad chorym przewlekłe lub terminalnie. Wówczas to spotyka się w wielu instytucjach społecznych opiekunów desperacko poszukujących wsparcia dającego wytchnienie, szanse złuzowania z całodobowego często, ostrego dyżuru [Woźniak 1997, s. 22].

W polskiej rzeczywistości rodzina nie znajduje dostatecznej pomocy instytucjonalnej w sprawowaniu opieki i pielęgnacji nad człowiekiem starszym i niepełnosprawnym [Tryfan, 2006; Czekanowski, Synak, 2006, s.184-189; Halicka, 2006, s. 249-252; Wojszel, Bień, 2006, s. 347-348].

Rodzinni opiekunowie mogą się zrzeszać w stowarzyszeniach lub działać w grupach wsparcia: opiekunów osób dementywnych, trwale niepełnosprawnych lub nieuleczalnie chorych (np.: Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimer), jednak ich przynależność do stowarzyszeń jest bardzo rzadka³.

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 rodzeństwem [Art. 17. 1. pkt 9, Art. 42. 1-6 Ustawy o pomocy społecznej, Dz.U. nr 64, poz. 593 ze zm.]. Rodzina może starać się także o udzielenie pomocy finansowej i rzeczowej, zasiłku stałego, realizację zleconych usług (Ośrodek Pomocy Społecznej) lub dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych (Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie). Jednakże pomoc (tak pieniężna, jak i niematerialna) otrzymywana od państwa, instytucji samorządu terytorialnego czy nawet pomoc charytatywna uzyskiwana od organizacji III sektora, ma w naszym kraju niewielkie znaczenie.

² Narodowy Spis Powszechny z 2002 r. pozwolił odnotować nowe zjawisko społeczno-demograficzne – nasila się proces singularyzacji życia osób starszych, zwłaszcza w miastach (41,1% ogółu mieszkańców miast po 65 roku życia). Wiek podtrzymuje tradycję wspólnego zamieszkiwania pokoleń, ale i tam niemal 1/3 osób starszych prowadzi jednoosobowe gospodarstwo domowe (30,9% ogółu osób w wieku emerytalnym). Por. Kluzowa, Slany, 2004, s. 116.

³ Szerzej na temat organizacji i inicjatyw prosenioralnych: [Niecikowska, Kowalski (red.), 2002]; [Szlązak, Kuczyński, Śmistek (red.), 2006].

Opiekunowie domowi

Osoba starsza (lub jej rodzina) może zwrócić się o pomoc do organizacji pozarządowych, które wykonują usługi na zlecenie ośrodków pomocy społecznej lub zakładów opieki zdrowotnej, jak i osób prywatnych. Do najbardziej znanych organizacji należą: Caritas Polska, prowadząca stacje opieki nad mieszkańcami danej parafii, organizując opiekę pielęgniarскую i higieniczną w domu i wypożyczając sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny; Polski Czerwony Krzyż, świadczący usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, higieniczne, pomoc rzeczową; Polski Komitet Pomocy Społecznej, realizujący usługi gospodarcze, w tym sprzątanie, pomoc w pracach domowych, przygotowywanie lub dostarczanie posiłków. Należy zaznaczyć, że w grupie organizacji pozarządowych licznie występują zgromadzenia (np. zakonne) oraz stowarzyszenia lub wspólnoty np.: im. św. Brata Alberta czy Fundacja na rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy.

Jeśli rodzina nie jest w stanie roztoczyć samodzielnej opieki nad seniorem i nie jest podmiotem pomocy społecznej, 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 USA i w niektórych krajach UE, np. Wielkiej Brytanii).

Zadania opiekuna domowego osoby starszej i (lub) niepełnosprawnej polegają głównie na asystowaniu podopiecznym w ich niezależnym życiu, na pomaganiu, wyręczaniu. Można podzielić je na trzy grupy czynności:

- związane z opieką, tj. zgodne z zaleceniami dozowanie leków, pomoc we wstawianiu z łóżka, ubraniu się, umyciu, dojściu do toalety,
- związane z dotrzymywaniem towarzystwa, czyli wspólne spędzanie czasu, towarzyszenie w codziennych czynnościach, ewentualne spacerowanie,
- związane z prowadzeniem domu, tj. zakupy, dobór jadłospisu, przygotowanie i podawanie posiłków, drobne porządki, załatwianie spraw w urzędach, prowadzenie samochodu.

Opiekunowie środowiskowi

Do najważniejszych problemów ludzi starszych można zaliczyć samotność, chorobę, inwalidztwo, życie w ubóstwie, poczucie nieprzydatności. Rodzina, która w sferze emocjonalnej wypełniała całe życie, usamodzielnia się, a partner często umiera. Wszystkie te problemy wskazują na istniejącą marginalizację osób starszych jako zbiorowości, czego przykładem może być stopniowe eliminowanie ich z aktywnego życia zawodowego i społecznego w momencie przekraczania granicy wieku emerytalnego. Osoby starsze boją się nie tylko chorób i niepełnosprawności, ale także osamotnienia i nietolerancji. Wraz z wiekiem człowiek słabnie. Ma to swój negatywny skutek nie tylko dla osoby starzejącej się. Wsparcie powinno wówczas nadejść ze strony środowiska lokalnego.

Obszar działania opiekunów środowiskowych obejmuje pielęgnowanie oraz higienę osobistą ludzi chorych i niesamodzielnych (mycie, kąpienie, czesanie, gole-

nie, ubieranie, ślanie łóżka i zmiana pościeli oraz bielizny osobistej osobie unieruchomionej w łóżku, prowadzenie najprostszych ćwiczeń rehabilitacyjnych uzgodnionych z lekarzem), udzielanie pierwszej pomocy w przypadkach zagrożenia zdrowia i życia podopiecznego, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego i zaspokajaniu codziennych czynności i potrzeb życiowych (robienie zakupów, sprzątanie, gotowanie, pranie), pomoc w utrzymywaniu kontaktów z otoczeniem, poradnictwo. Ważnym zadaniem jest mobilizowanie podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego i rozwijanie jego zainteresowań, zachęcanie do zwiększania jego samodzielności życiowej, doradzanie w planowaniu i organizacji gospodarstwa domowego, kontaktowanie się 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 [Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, Dz.U. nr 34, poz. 405].

W obszarze usług zdrowotnych ważne miejsce zajmuje promocja i profilaktyka, czyli propagowanie wiedzy o starości, związanych z nią problemów zdrowotnych. Organizowane są kursy dla osób pielęgnujących chorych, wypożyczalnie sprzętu pielęgnacyjnego. Chory lub niesamodzielny senior może oczekiwać krótkookresowej opieki podczas nieobecności rodziny w domu, pielęgnacji. Usługi te świadczą pielęgniarki środowiskowe.

W środowisku lokalnym siłami społecznymi, poprzez grupy samopomocowe lub z inicjatywy OPS lub PCPR są prowadzone stołówki, jadłodajnie, świetlice i kluby, „objazdowe” biblioteki (głośna lektura książek, książki „audialne” – na kasetach), organizowane są odwiedziny w domu starszej osoby i jej wizyty u innych, transport, pomoc w przemieszczaniu się (np. do lekarzy, do punktów wyborczych, utrzymywane są centrale telefoniczne służące nagłym wezwaniom do osób samotnych). Ponadto proponuje się seniorom ofertę spędzania wolnego czasu, w tym rekreacyjną oraz kulturalno-oświatową (np. wczasy na działce, kluby seniora), istnieje też współpraca z innymi placówkami. Niestety, nie wszystkie te formy występują równocześnie, najczęściej opieka środowiskowa ogranicza się do jednej, dwóch spośród wymienionych [Szarota, 2002].

Nieocenioną rolę w opiece nad najstarszymi osobami odgrywają wolontariusze, realizujący w środowisku lokalnym lub w instytucji nieodpłatnie szereg usług opiekuńczych dla 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.

Opieka instytucjonalna świadczona w domu

W dziedzinie usług opieki instytucjonalnej jednostki samorządu terytorialnego, na mocy Ustawy o pomocy społecznej [2004], realizują szereg działań opiekuńczych. Na poziomie PCPR są to: organizacja mieszkań chronionych, zapewnienie opieki w domu pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym, organizowanie specjalistycznego poradnictwa prawnego, psychologicznego, rodzinnego. Natomiast OPS prowadzi lub zlecają usługi opiekuńcze, świadczone w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy, a rodzina jest w stanie jej tego zapewnić. Obejmują one trzy kategorie:

- 1) usługi gospodarcze, w tym robienie zakupów, sprzątanie, gotowanie lub dostarczanie gorącego posiłku, załatwianie spraw w urzędach, w miarę możliwości również zapewnianie kontaktów z otoczeniem (opiekunowie GOPS, PKPS),
- 2) pielęgnacyjne, w tym opieka higieniczna, mycie, kąpanie, ubieranie, pomoc dla osób chorych podczas krótkotrwałej nieobecności rodziny, dozowanie leków, zapobieganie powstawaniu odleżyn, odparzeń, karmienie (pielęgniarki środowiskowe, opiekunki PCK),
- 3) specjalistyczne, w tym zalecona przez lekarza pielęgnacja, rehabilitacja fizyczna, terapia, świadczona przez specjalistów, czyli pielęgniarki, rehabilitantów, asystentów osób niepełnosprawnych, psychologów, terapeutów, pracowników społecznych.

Usługi można zakontraktować w gminnym ośrodku pomocy społecznej, ich świadczenie następuje w mieszkaniu lub domu seniora albo – w sytuacji bezradności, niesamodzielności, niepełnosprawności – w placówkach i instytucjach pobytu dziennego lub stałego.

OPS-y ponadto organizują poradnictwo prawne i psychologiczne, pomagają w staraniach o miejsce w placówkach pomocy, prowadzą domy pomocy społecznej, środowiskowe domy/kluby samopomocy i domy pomocy społecznej.

Formą półstacjonarnej opieki są domy pomocy społecznej, należące do grupy tzw. środowiskowych ośrodków wsparcia [Art. 51 Ustawy o pomocy społecznej]. Skierowani przez OPS seniorzy (głównie osoby samotne lub samotnie gospodarujące) spędzają w nich część dnia, rozwijając i zaspokajając własne zainteresowania. W takim domu, w asyście wykwalifikowanego personelu, są świadczone różne usługi bytowo-opiekuńcze oraz wspomagające (np. pralnia, fryzjer, rehabilitacja, terapia zajęciowa). Dzienny Dom Pobytu zapewnia pomoc społeczną, stwarza warunki do samoorganizacji uczestników, zapewnia kontakt z innymi ludźmi, zajęcia rekreacyjne, posiłki oraz dla osób z ograniczoną możliwością poruszania się transport z i do miejsca zamieszkania, organizowana i udostępniana jest bogata oferta kulturalno-oświatowa. Użytkownicy wracają po południu do miejsca stałego zamieszkania. Ta oferta jest bardzo dobrym rozwiązaniem, pozwalającym na utrzymywanie 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 [Bielec, 2007].

W środowiskach miejskich funkcjonują także kluby seniora, bardzo udana forma zaspokajająca potrzeby kulturalno-oświatowe i afiliacyjne swoich członków [Szarota, 2006, s. 9-19].

Ponadto usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane są przez kolejne typy ośrodków wsparcia, do których należą: ośrodki wsparcia dziennego pobytu lub całodobowego okresowego pobytu, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy [Art. 51 Ustawy o pomocy społecznej]. Te formy kompensują w środowiskach wiejskich świadczenia dziennych domów pomocy społecznych.

Ustawodawstwo przewiduje funkcjonowanie tzw. mieszkań chronionych [Art. 53 Ustawy o pomocy społecznej], w których zakwalifikowana osoba może przebywać do czasu znormalizowania się jej sytuacji życiowej, jednak w rzeczywistości społecznej bardzo rzadko spotyka się tę formę.

Opieka instytucjonalna świadczona w placówkach pobytu stałego

Formą całodobowej opieki są domy pomocy społecznej, o różnych profilach usług: dla osób w podeszłym wieku, dla osób przewlekle somatycznie chorych, dla dorosłych przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie [Art. 56 Ustawy o pomocy społecznej].

Zainteresowana osoba występuje do ośrodka pomocy społecznej z wnioskiem o przyznanie miejsca w domu pomocy społecznej, pracownik socjalny przeprowadza rodzinny wywiad środowiskowy, po pozytywnej kwalifikacji osoba starsza przeprowadza się do przyznanej jej placówki. Standard usług regulowany jest właściwym rozporządzeniem. Mieszkaniec DPS ma prawo do korzystania ze wszystkich świadczeń przewidzianych statutem i regulaminem placówki, w tym prawo do usług tzw. opiekuna oraz pracownika bezpośredniego kontaktu [Szarota, 1998, 2004].

Do zadań opiekuna w domu pomocy społecznej należą: pomoc i towarzyszenie człowiekowi w codziennych czynnościach i higienie osobistej, pomoc w ślaniu łóżka, zmianie bielizny pościelowej, asystowanie 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, kryzysowych [Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej].

Najnowszą propozycją usług opiekuńczych świadczonych w ramach pomocy społecznej są rodzinne domy pomocy społecznej. Ich zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki dla trzech do ośmiu osób, wymagających z powodu wieku

wsparcia w tej formie. RDPS świadczy całodobowe usługi opiekuńcze zapewniające udzielanie 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, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych, kontakty z otoczeniem, 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, wyżywienie (co najmniej trzy posiłki dziennie, także uwzględniające dietę) i odpowiednie warunki sanitarne (środki czystości, przybory toaletowe itp.). Osoby lub rodziny, które zgłoszą gotowość prowadzenia RDPS zawierają z gminą porozumienie, które określa obowiązki obu stron. Opłatę za pobyt w rodzinnym domu ponosi osoba przebywająca w tym domu lub jej rodzina. Wysokość tej opłaty ustala prowadzący dom w porozumieniu z gminą.

Opiekunowie osób starszych pracują także w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz Zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Są to generalnie świadczenia medyczne i pielęgniarские, kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub odpłatne.

Usługi ZOL obejmują leczenie, pielęgnację, rehabilitację w ramach opieki długoterminowej dla osób przewlekle chorych lub dla przewlekle chorych psychiatrycznie. Niektóre ZOL świadczą opiekę paliatywną. Większość świadczy także pracę lub usługi socjalne.

ZPO to placówka stacjonarna, w której prowadzi się całodobową opiekę, obejmującą świadczenia o charakterze opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego. Pobyt pacjenta w Zakładzie ma charakter okresowy. Czas pobytu wyznaczają potrzeby pacjenta.

Formą opieki nad starszą osobą jest także hospicjum oraz ośrodki opieki paliatywnej. Opiekunowie i wolontariusze tam zatrudnieni uczestniczą w kursach kształtujących szczególne umiejętności potrzebne w pracy z osobami nieuleczalnie chorymi. Głównym celem opieki jest afirmacja życia, do ostatnich chwil jego trwania.

Profesjonalizacja usług opiekuńczych

W ostatnim czasie zaczęły pojawiać się oferty edukacyjne kierowane do kandydatów na opiekunów osób starszych. Są to przede wszystkim kursy organizowane szkoły policealne, przez urzędy pracy, agencje pośrednictwa pracy, Katolickie Centrum Edukacji Młodzieży KANA (praca w krajach UE), Polski Komitet Pomocy Społecznej⁴.

⁴ 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, niepełną i niepełnosprawną; wsparcie psychologiczne w celu podniesienia kompetencji społecznych; zajęcia praktyczne – pielęgnacja przyłóżkowa; opiekę w trakcie aktywiza-

W treściach kształcenia występują m.in. zagadnienia: 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.

Do zadań asystenta osoby niepełnosprawnej należy współtworzenie programów rehabilitacji i pomocy osobie niepełnosprawnej, doradzanie w zakresie usług medycznych, rehabilitacyjnych, 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 i 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 [Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej].

Odnotować należy fakt licencjackich specjalności oferowanych przez uczelnie wyższe, takich jak. np. asystent osoby niepełnosprawnej, na których liczba godzin kursu gerontologii obejmuje 60 godzin dydaktycznych [Asystent Osoby Niepełnosprawnej, Akademia Pedagogiczna im. KEN w Krakowie]. W planach Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej jest uruchomienie specjalności Terapia zajęciowa i opieka rodzinna.

Zakończenie

Zadaniem opiekunów osób starszych jest optymalizacja warunków życia seniorów poprzez dbałość o wysoką jakość życia, pomoc w zaspokajaniu depriwowanych potrzeb, stwarzanie pól aktywności społecznej, kulturalnej, edukacyjnej, dążenie do normalizacji (inkluzji) 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 wymagających usług opiekuńczych, stworzyć system wsparcia udzielanego rodzinom – najważniejszym, a najbardziej osamotnionym opiekunom nieformalnym, rozbudować środowiskową sieć wsparcia społecznego w oparciu

o kadry zatrudnione w powiatowych centrach pomocy rodzinie, ośrodkach pomocy społecznej. Należy także zintensyfikować kształcenie kadr opiekunów instytucjonalnych, w tym na poziomie studiów wyższych zawodowych.

Bibliografia

- D. Bielec (2007), *Praca socjalna w Miejskich Dziennych Domach Pomocy Społecznej*, niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem Zofii Szaroty, Kraków, INoW AP im. KEN.
- B. Bień et al. (2001), *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodziny niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Białystok–Kraków.
- P. Czekanowski, B. Synak (2006), *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce*, [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, red. M. Halicka, J. Halicki, Białystok.
- M. Halicka (2006), *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, red. M. Halicka, J. Halicki, Białystok.
- M. Halicka, J. Halicki (2002), *Praca zawodowa i jej znaczenie w życiu człowieka starego*, [w:] *Polska starość*, red. B. Synak, Gdańsk.
- K. Kluzowa, K. Slany (2004), *Obraz polskiej starości w świetle wyników Narodowego Spisu Powszechnego*, [w:] *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, red. M. Krobicki, Z. Szarota, Kraków.
- A. Leszczyńska-Rejchert (2005), *Człowiek starszy i jego wspomaganie: w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn.
- R. Niecikowska, R. Kowalski (red.) (2002), *Vademecum Seniora. Przewodnik po uprawnieniach*, Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (2001), Dz.U. nr 34, poz. 405.
- K. Slany (2002), *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków.
- Z. Szarota (2006), *Klub seniora jako instytucja kultury*, „Gerontologia Społeczna”, nr 1.
- Z. Szarota (1998), *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej*, Kraków, *Prace Monograficzne. Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie*, nr 253.
- Z. Szarota (2002), *Instytucje i placówki wspierające starość (na przykładzie Krakowa)*, [w:] *Podmioty opieki i wychowania*, red. Z. Brańka, Kraków.
- Z. Szarota (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe AP, *Prace Monograficzne*, nr 396.
- B. Szatur-Jaworska (1999), *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 9.
- M. Szlązak, R. Kuczyński, B. Śmistek (red.) (2006), *Poznaj – Sprawdź – Skorzystaj! Małopolski Informator dla Seniorów* nr 1, Kraków–Zakliczyn. Publikacja dostępna na stronach internetowych ROPS w Krakowie: www.rops.krakow.pl/publikacje/rops_47.pdf.
- B. Tryfan (2006), *Ludzie starsi w systemie pomocy społecznej w Polsce i UE*, „Gerontologia Społeczna”, nr 1.
- Ustawa o pomocy społecznej* (2004), Dz.U. nr 64, poz. 593.
- Z.B. Wojszel, B. Bień (2006), *Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce*, [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, red. M. Halicka, J. Halicki, Białystok.

Z. Woźniak (1997), *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*, Poznań.

Portal Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej www.pkps.org.pl/szansa50.php – 28 II 2007.

Seniorzy – usługi opiekuńcze, www.pomocspoleczna.ngo.pl/x/1939;jsessionid=D817362C0DA8-D6B0852B55E7C1EF8F72 – portal organizacji pozarządowych i pracowników pomocy społecznej – 27 V 2007.

www.christiescare.pl/pl/carer.php – strona internetowa brytyjskiej firmy Christies Care, oferującej opiekę domową osobom starszym i niepełnosprawnym – 23 I 2007.

Aleksandra Litawa

OPIEKA DOMOWA NAD SENIORAMI W USA NA PRZYKŁADZIE STANU ILLINOIS

W artykule przedstawiono założenia organizacyjne opieki domowej oraz kilka istotnych danych dotyczących osób starszych zamieszkujących stan Illinois. Głównie zagadnienie ukazane zostało na tle ogólnej, społeczno-demograficznej charakterystyki populacji seniorów w USA. Zabieg ten, zdaniem autorki, pozwala spojrzeć na opiekę domową z odpowiedniej perspektywy, jako na istotną część składową szeroko rozumianej opieki długoterminowej.

Ilościowa charakterystyka populacji seniorów amerykańskich

ONZ wyróżnia trzy fazy rozwojowe struktury społeczeństwa:

- I faza „młoda” – kiedy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosi mniej niż 4%;
- II faza „dojrzała” – osoby w podeszłym wieku stanowią od 4% do 7% ogółu społeczeństwa;
- III faza „stara” – ponad 7% społeczeństwa to seniorzy.

Kiedy ludzi powyżej 65 roku życia jest w społeczeństwie ponad 10%, występuje zjawisko zaawansowanej starości społeczeństwa¹.

Zgodnie z raportem *65+ in the United States: 2005*² wydanym przez rząd Stanów Zjednoczonych w grudniu 2005 r., w 2003 r. w USA żyło 35,9 mln osób w wieku 65 lat i więcej, co wynosiło 12% populacji całego kraju, liczącego ponad 300 mln obywateli. Z tego największą liczbę – 18,3 mln – stanowiły osoby w wieku od 65 do 74 lat; na drugim miejscu znalazły się osoby z przedziału wiekowego między 75

¹ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Kraków 2004, s. 29.

² W. He et al., *U.S. Census Bureau, 65+ in the United States: 2005, Current Population Reports*, Washington DC 2005.

a 84 rokiem życia – 12,9 mln; najmniej, bo 4,7 mln, odnotowano osób w wieku 85 lat i więcej. Dane przedstawiono w tabeli 1.

Przy opracowywaniu jakichkolwiek danych statystycznych dotyczących USA nie można zapominać, iż kraj podzielony jest na stany, z których każdy posiada odmienną politykę społeczną, sytuację demograficzną itd.

Tabela 1. Przedziały wiekowe i liczebność osób starszych w USA

Wiek seniorów	Liczba seniorów (w mln)
65-74	18,3
75-84	12,9
85 i więcej	4,7
łącznie	35,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. He et al., *op. cit.*

Demografowie USA w roku 2000 wyróżnili dziewięć stanów, w których populacja osób mających ukończony 65 rok życia i więcej wynosiła ponad milion obywateli. Były to: Kalifornia, Floryda, Nowy Jork, Teksas, Pensylwania, Ohio, Illinois, Michigan, New Jersey. Te same stany odznaczały się największą populacją seniorów 10 lat wcześniej, w roku 1990. Dla porównania, stanem o najmniejszej liczbie osób starszych była Alaska (ponad 35 tys. seniorów)³.

Tabela 2. Stany o największej liczbie seniorów w 2003 r.

Lp.	Stan	Liczba	Odsetek
1.	Kalifornia	3 595 658	10,6 %
2.	Floryda	2 807 597	17,6%
3.	Nowy Jork	2 448 352	12,9%
4.	Teksas	2 072 532	9,9%
5.	Pensylwania	1 919 165	15,6%
6.	Ohio	1 507 757	13,3%
7.	Illinois	1 500 025	12,1%
8.	Michigan	1 219 018	12,3%
9.	New Jersey	1 113 136	13,2%
...			
51.	Alaska	35 000	5,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. He et al., *op. cit.*

³ *Ibidem*, s. 119, 120.

Tabela 3. Najstarsze demograficznie stany USA w 2003 r.

Lp.	Stan	Liczba	Odsetek
1.	Floryda	2 807 597	17,6%
2.	Pensylwania	1 919 165	15,6%
3.	Zachodnia Virginia	276 895	15,3%
4.	Iowa	436 213	14,9%
5.	Północna Dakota	94 478	14,7%
6.	Rhode Island	152 402	14,5%
7.	Maine	183 402	14,4%
8.	Południowa Dakota	108 131	14,3%
9.	Arkansas	374 019	14,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. He et al., *op. cit.*

Natomiast w czołówce stanów o największym odsetku seniorów (powyżej 14%) znalazły się Floryda, Pensylwania, Zachodnia Virginia, Iowa, Północna Dakota, Rhode Island, Maine, Południowa Dakota oraz Arkansas. Dokładne zestawienie liczbowe ukazano w tabeli 3.

Po dokonaniu analizy procentowego udziału osób starszych w populacji każdego ze stanów⁴ okazuje się, że w 46 z 51 stanów kohorta osób po 65 roku życia przekracza 10%. Taki wynik, zgodnie z klasyfikacją ONZ, decyduje o zaawansowanej starości demograficznej społeczeństwa. W pozostałych stanach (Teksasie, Kolorado, Georgii, Utah) odsetek osób starszych wynosi ponad 7%, co kwalifikuje je do miana społeczeństwa „starego”. Stosunkowo najmłodszym pod względem demograficznym stanem jest Alaska – odsetek seniorów mieści się w przedziale od 4% do 7%, co oznacza, że tamtejsze społeczeństwo wkroczyło w fazę dojrzałą.

Mimo że największą liczbę seniorów odnotowano w Kalifornii, to na Florydzie stanowią oni największy odsetek populacji stanu. Południowe i zachodnie rejonny USA kuszą emerytów nie tylko cieplejszym klimatem, ale również niższymi niż na wschodzie czy w centrum kraju kosztami życia. Wielu seniorów z mniej słonecznych rejonów wiosnę i lato spędza w domu, a na chłodniejsze pół roku przenosi się właśnie na Florydę.

Tak radzi sobie również zamożniejsza część półtoramilionowej populacji osób starszych stanu Illinois. Ci, którzy z różnych przyczyn nie mogą pozwolić sobie na podobne rozwiązanie, stają, często wraz z rodzinami, przed dylematem: zostać we własnym domu czy zamieszkać w jednym z domów opieki? Problem ten dotyczy szczególnie seniorów prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe.

⁴ *Ibidem*, s. 120.

Opieka długoterminowa nad osobami starszymi

Powiększający się odsetek osób starszych w USA zrodził potrzebę znalezienia alternatywnych rozwiązań, spełniających wymagania pozostających w różnej kondycji fizycznej i psychicznej seniorów. Działania mające na celu stworzenie optymalnych warunków życia tym osobom oraz zapewnienie im zgodnych z ich oczekiwaniami i potrzebami udogodnień zaowocowały powstaniem różnych rodzajów środowisk wsparcia, z których każde proponuje emerytom inny zakres usług.

Osoby w podeszłym wieku wymagające opieki długoterminowej zazwyczaj dzieli się na dwie grupy. Pierwszą określa się mianem seniorów „instytucjonalizowanych”, czyli tych, którzy przebywają w różnego rodzaju domach pomocy czy ośrodkach stałego pobytu. Grupa druga to osoby korzystające z opieki pozaformalnej i pozainstytucjonalnej, na którą składa się pomoc sąsiadów, rodziny, płatnych dostawców usług oraz opieki środowiskowej.

Do instytucji świadczących usługi opiekuńcze należą domy pomocy o różnych profilach. Biorąc pod uwagę kryteria sprawności fizycznej i umysłowej oraz kondycji zdrowotnej osób starszych, wśród propozycji do nich kierowanych wyszczególnić można osiem typowych form:

1. *Active Adult Communities* – wspólnota aktywnych i niezależnych emerytów pozostających w dobrej kondycji zdrowotnej;
2. *Independent Living* – niezależne życie we wspólnocie samodzielnych i aktywnych seniorów wymagających od czasu do czasu drobnej pomocy w czynnościach codziennych;
3. *Congregate Care* – opieka zbiorowa dla osób samodzielnych, aczkolwiek potrzebujących wsparcia z zewnątrz, polegającego na „doglądaniu” i planowaniu ich aktywności w kolejnych dniach;
4. *Assisted Living* – opieka polegająca na „doglądaniu” seniora, propozycja dla osób potrzebujących pomocy w pracach codziennych, ale niewymagających stałej opieki pielęgniarstwa;
5. *Continuing Care* – opieka ciągła dla seniorów wymagających stałej opieki wynikającej ze złego stanu zdrowia i konieczności rehabilitacji zdrowotnej;
6. *Nursing Home* – klinika dla osób wymagających stałej opieki ze względu na niedowład fizyczny bądź niepełnosprawność psychiczną oraz dla tych, którzy nie radzą sobie z czynnościami życia codziennego;
7. *Alzheimer Care* – forma opieki kierowana do seniorów dementyjnych lub dotkniętych chorobą Alzheimera;
8. *Rehabilitation Care* – w ramach opieki osoba starsza korzysta z usług rehabilitacyjnych, terapii ruchowej, leczenia logopedycznego, terapii zajęciowej⁵.

Najpopularniejszą w USA formą opieki instytucjonalnej jest *nursing home*. Kliniki tego rodzaju są zarejestrowane i kontrolowane przez Stanowe Departamenty Zdrowia Publicznego.

⁵ Strona internetowa serwisu Retirement Homes & Communities – USA/ Canada, [on-line], www.retirementhomes.com/homes/needs.html – 10 III 2007.

Kliniki te oferują zespół dyplomowanych pielęgniarek, a opieka zdrowotna odbywa się pod nadzorem lekarskim⁶.

Szacuje się, że w 2000 roku w USA około 1600 tys. osób w wieku 65 lat i więcej przebywało właśnie w *nursing homes*⁷. To niewiele, jeśli spojrzeć na ogólną liczbę seniorów w tym kraju. Zestawienie liczbowe rezydentów klinik w wybranych stanach ukazano w tabeli 4.

Tabela 4. Liczba seniorów przebywających w klinikach w wybranych stanach

Stan	Liczba seniorów przebywających w klinikach
Kalifornia	107 802
Illinois	80 765
Alaska	660
USA	1 557 800

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. He et al., *op. cit.*

Obok seniorów będących klientami usług „zinstytucjonalizowanych” istnieje grupa, którą tworzą osoby nie korzystające z usług żadnej instytucji stałego pobytu. Są oni użytkownikami w głównej mierze opieki pozaformalnej, na którą składa się system świadczeń opieki środowiskowej (m.in. szpitale dzienne, środowiskowe usługi pielęgnacyjne, ośrodki dziennej opieki dla dorosłych) wzmocniony pomocą najbliższych członków rodziny oraz opieka domowa, o której szerzej będzie mowa w dalszej części artykułu.

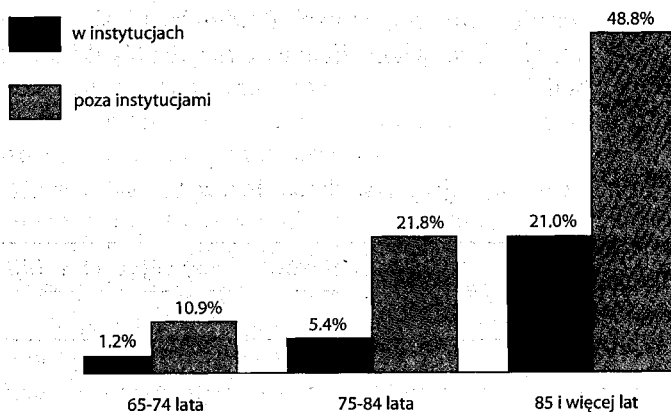
Procentowe zestawienie osób starszych korzystających i niekorzystających z instytucjonalnych form opieki długoterminowej ukazano na wykresie 1. Korzystających z instytucjonalnych form opieki jest nieporównywalnie mniej, niż tych, którzy z niej nie korzystają, bez względu na przedział wiekowy. Jak zatem radzi sobie większa część Amerykanów dotkniętych niepełnosprawnością bądź niezdolnością do w pełni samodzielnego życia w podeszłym i zaawansowanym wieku? Szacuje się, że około 70-80% seniorów pozostających na starość we własnym domu otrzymuje regularną pomoc od przyjaciół, rodziny, sąsiadów, a także osób świadczących usługi pomocy odpłatnie⁸.

⁶ Strona internetowa United States Department of Health & Human Services (Ministerstwa Zdrowia i Usług Społecznych), [on-line], www.healthinaging.org/agingintheknow/chapters_ch_trial.asp?ch=15 – 10 III 2007.

⁷ W. He et al., *op. cit.*, s. 158

⁸ *Ibidem*, s. 66

Wykres 1. Odsetek osób korzystających z instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form opieki długoterminowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie W. He et al., *op. cit.*

Opieka domowa

Alternatyw dla stacjonarnych domów opieki jest kilka. Jednak najpowszechniejszą pozostaje tzw. opieka domowa. Pod tym pojęciem (ang. *Home Care*) kryje się szeroki zakres usług zdrowotnych i socjalnych. Usługi te adresowane są do osób niepełnosprawnych, kalekich, przewlekłe chorych, jak również dochodzących do zdrowia, które potrzebują opieki medycznej, pielęgniarstwa, socjalnej czy terapeutycznej. W ramach opieki domowej można uzyskać również pomoc natury gospodarczej, pielęgnacyjnej oraz specjalistycznej.

W Polsce opiekę nad niesprawnymi osobami starszymi w ich środowisku domowym pełnią przede wszystkim członkowie najbliższej rodziny – partner i dzieci podopiecznego, wspierani czasem przez dalszych krewnych⁹. W Stanach Zjednoczonych usługi w ramach opieki domowej zapewniane są głównie przez licencjonowane instytucje świadczące usługi w zakresie opieki domowej, do których zalicza się:

- agencje domowej opieki zdrowotnej (*Home Health Agencies*)
- hospicja (*Hospices*)
- agencje pomocy i opieki nad domem (*Homemaker and Home Care Aide Agencies*)
- prywatne agencje pielęgniarstwa (*Staffing and Private – Duty Agencies*)
- agencje stowarzyszone z aptekami (*Pharmaceutical and Infusion Therapy Companies*)

⁹ B. Bień et al., *Podsumowanie – postulowane kierunki zmian w modelu opiekuńczym nad ludźmi starszymi i rodziną w Polsce*, [w:] *Starość pod ochroną. Opiekunowie Rodzinni Niesprawnych Osób Starszych w Polsce. Porównawcze Studium Środowiska Miejskiego i Wiejskiego*, red. B. Bień, Kraków 2001, s. 145.

- agencje stowarzyszone z wytwórcą sprzętu medycznego (*Durable Medical Equipment and Supply Dealers*)¹⁰.

Nadzór merytoryczny nad organizacjami świadczącymi usługi opieki domowej w stanie Illinois sprawują trzy ministerstwa: Zdrowia Publicznego (*Illinois Department of Public Health*), Usług Społecznych (*Illinois Department of Human Services*) oraz Departament do spraw Starości (*Illinois Department on Aging*)¹¹, wszystkie z główną siedzibą w Springfield.

Koszty usług świadczonych przez agencje domowej opieki zdrowotnej pokrywa *Medicare* (gwarantowany przez państwo system obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych dla ludzi od 65 roku życia) bądź *Medicaid* (program opieki zdrowotnej dla ludzi o niskich dochodach, regulowany przez rząd federalny i poszczególne stany), prywatne firmy ubezpieczeniowe, takie jak np. *Blue Cross*, *Blue Shield* czy *US Healthcare* i w dużej mierze również pacjent, z własnych zasobów¹².

Oprócz wymienionych instytucji opiekę domową świadczą osoby prywatne, które mają zawodowe kompetencje poparte certyfikatami: pielęgniarki, terapeuci, pracownicy socjalni, dietetycy i in. Wszelka odpowiedzialność związana z zatrudnieniem i późniejszą pracą takiej osoby od początku do końca spoczywa na kliencie, czyli seniorze potrzebującym pomocy, bądź na jego najbliższych.

W ramach opieki domowej starszy człowiek może korzystać z usług lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, logopedów, terapeutów zajęciowych, dietetyków, asystentów do pomocy w czynnościach życia codziennego, opiekunów domu, towarzyszy czasu wolnego oraz wolontariuszy¹³.

Lekarze odwiedzają pacjenta w jego domu, stawiają diagnozę i prowadzą leczenie na tych samych zasadach, co w szpitalach czy prywatnych gabinetach. Współpracują również z dostawcami usług opiekuńczych, ustalają, które z nich są pacjentowi potrzebne i z jaką częstotliwością, a następnie rozpisują plan opieki. Plan jest aktualizowany przynajmniej raz na dwa miesiące. W przypadku opieki paliatywnej przynajmniej raz na miesiąc.

Pielęgniarki zapewniają usługi, do których konieczne są odpowiednie kwalifikacje: zastrzyki, kroplówki, opatrywanie ran. Pełnią funkcje doradczyń i opiekunek, a także koordynują pracę pozostałych osób zaangażowanych w plan domowej opieki nad pacjentem. Ponadto pielęgniarka ma za zadanie informować lekarza prowadzącego o wszelkich zmianach zachodzących w stanie zdrowia pacjenta oraz prowadzić dokładną dokumentację przeprowadzanych zabiegów¹⁴.

Kolejną grupą pracowników opieki domowej są fizjoterapeuci. Ich rolą jest odbudowanie zdolności osoby starszej do poruszania się poprzez masaże i ćwiczenia fizyczne, a także uczenie pacjenta odpowiednich technik chodzenia i poruszania się. Pracownicy socjalni oceniają sytuację socjalną i emocjonalną seniora, służą też

¹⁰ Strona internetowa portalu National Association for Home Care & Hospice (Narodowego Związku Opieki Domowej i Hospicyjnej) [on-line], www.nahc.org/famcar_who.html – 2 III 2007.

¹¹ Strona internetowa portalu porad prawnych *Illinois Legal Aid*, [on-line], www.illinoislegalaids.org – 30 III 2007.

¹² Por.: L. Marcinowicz, E. Zajkowska, *Opieka domowa w Stanach Zjednoczonych*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 11, s. 122.

¹³ Strona internetowa portalu National Association for Home Care & Hospice, [on-line], www.nahc.org.

¹⁴ L. Marcinowicz, E. Zajkowska, *op. cit.*, s. 122

pacjentowi i jego rodzinie radą i pomocą w korzystaniu z zasobów społecznych. Logopedzi pracują nad odbudowaniem uszkodzonego na skutek operacji czy wylewu narządu mowy. Terapia obejmuje ćwiczenia normalizujące oddychanie, przełykanie, kontrolę odpowiednich mięśni. Pacjentom z dolegliwościami natury fizycznej bądź emocjonalnej terapeuci zajęciowi pomagają utrzymać aktywność w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Wdrażają osoby w podeszłym wieku do korzystania ze sprzętu ułatwiającego i umożliwiającego zachowanie niezależności na dłużej: posługiwanie się uchwytyami w łazienkach, nakładkami na toaletę, krzesłami pod prysznic itp. Dietetycy doradzają pacjentowi, jak się odpowiednio odżywiać, asystenci do pomocy w czynnościach życia codziennego pomagają osobie potrzebującej wstać z łóżka, ubrać się, umyć, czy samodzielnie korzystać z toalety. Do zadań opiekunów domu należy utrzymanie porządku w miejscu zamieszkania seniora, pranie, przygotowanie posiłku, robienie zakupów, a towarzysze czasu wolnego zapewniają asystę seniorowi, który z różnych, zazwyczaj zdrowotnych, przyczyn nie może pozostawać sam w domu. Niektórzy asystują klientowi w codziennych obowiązkach, większość jednak ma za zadanie po prostu czuwać nad jego bezpieczeństwem.

Największe pole do działania mają wolontariusze, spotykają się bowiem z różnymi potrzebami seniorów. W zależności od doświadczenia i posiadanych kwalifikacji ich usługi mogą polegać na dotrzymywaniu towarzystwa, wsparciu emocjonalnym, poradnictwie, opiece, buchalterii domowej czy transporcie¹⁵.

Wizyty wybranych pracowników opieki domowej odbywają się regularnie, w zależności od potrzeb seniora. Z usług świadczonych w ramach ogólnej opieki domowej, czyli szeroko rozumianej pomocy, korzystać mogą osoby w różnym wieku, z różnymi problemami zdrowotnymi. Szacuje się jednak, że około 50% wszystkich klientów opieki domowej to osoby powyżej 65 roku życia¹⁶.

Do zdrowotnej opieki domowej osoby starsze są kierowane przez lekarzy, pielęgniarki, pracowników socjalnych, terapeutów, a także rodziny, które zauważyły taką potrzebę i same zwracają się do odpowiednich agencji. Zanim jednak agencja domowej opieki zdrowotnej rozpocznie świadczenie swoich usług, osoba zainteresowana musi otrzymać skierowanie od lekarza. Jest to wymagane zarówno przez prawo, jaki i instytucje pokrywające część lub całość kosztów. Następnym etapem jest wyznaczenie wizyty pielęgniarskiej w celu dokładnego określenia potrzeb klienta. Podczas wizyty pielęgniarka przygotowuje plan opieki, który następnie zostaje sprawdzony, zatwierdzony i podpisany przez lekarza prowadzącego¹⁷.

Przy omawianiu zjawiska opieki domowej nie można pominąć faktu zatrudniania opiekunów drogą nieformalną, żeby nie powiedzieć: wbrew prawu. Popyt na usługi tychże jest ogromny, a wiąże się to z niższymi, czasem blisko o połowę, kosztami usług – takiemu pracownikowi nie trzeba bowiem opłacać składek ubezpieczeniowej. Opiekunowie z „czarnego rynku” (zazwyczaj są nimi kobiety) pochodzą przede wszystkim z krajów Europy wschodniej i Rosji. Często przebywają na terenie USA nielegalnie, a co za tym idzie, nie mają pozwolenia na pracę, zdarza się, że sła-

¹⁵ Strona internetowa portalu National Association for Home Care & Hospice...

¹⁶ L. Marcinowicz, E. Zajkowska, *op. cit.*, s. 122.

¹⁷ Strona internetowa portalu National Association for Home Care & Hospice...

bo albo w ogóle nie mówią po angielsku, nie mają często kwalifikacji opiekuna czy pielęgniarki. Zatrudnienie takiej osoby wiąże się z ryzykiem poniesienia przez pracodawcę konsekwencji prawnych. Sporej części Amerykanów to jednak nie zraża.

Aby lepiej zrozumieć specyfikę pracy opiekuna osoby starszej, warto przyjrzeć się jej przez pryzmat konkretnych przypadków. Poniżej przedstawiono charakterystykę sytuacji trzech seniorów amerykańskich, którzy zdecydowali się pozostać w swoich domach i zatrudnić opiekunki do pomocy. Dane gromadzono w różnych miejscach stanu Illinois w latach 2003-2006. Obserwacja sytuacji poszczególnych seniorów, wywiady przeprowadzone z pielęgniarkami, członkami rodzin seniorów, opiekunkami i z samymi seniorami pozwoliły stworzyć trzy studia przypadku.

Opisy przypadków

Przypadek pierwszy

Simeon H. (72 lata), mieszka sam w domu jednorodzinnym w Homewood, jest osobą o pełnej sprawności poznawczej. Ma jedną córkę, która mieszka i pracuje w tym samym miasteczku i wraz z mężem i dziećmi często go odwiedza.

Po tym, jak pan Simeon zwichnął staw biodrowy, nie może już niezależnie funkcjonować. Po upadku trafił na 10 dni do *Nursing Home*, wkrótce potem wrócił do domu. Porusza się tylko przy pomocy balkonika, nie może prowadzić samochodu ani za dużo chodzić. Dodatkowo cierpi na artretyzm. Decyzję o zatrudnieniu opiekunki podjęła córka.

Do zadań opiekunki należy: wspólne spędzanie czasu z seniorem, pomoc przy wstawaniu z łóżka, myciu i ubieraniu się, gotowanie, pranie, lekkie sprzątanie, asystowanie przy spacerach wokół domu, podawanie leków. Raz w tygodniu odwiedza seniora pielęgniarka, ale gdy widzi u niego stabilną sytuację zdrowotną i emocjonalną, zaczyna pojawiać się rzadziej.

Między opiekunką a podopiecznym zawiązują się silne związki emocjonalne. Rozwiązanie kontraktu następuje w skutek śmierci klienta.

Przypadek drugi

Ernest L. (82 lata), mieszka z synem w domu jednorodzinnym w Orland Park. Pozostałe dzieci – córka i drugi syn – odwiedzają go sporadycznie. W wyniku upadku zwichnął obojczyk. Pojawił się niedowład lewej ręki i kłopoty z utrzymaniem równowagi, oprócz tego ma również zaawansowaną cukrzycę. Chodzi o lasce, przy większych odległościach korzysta z wózka inwalidzkiego. Trudno pogodzić mu się ze swoim losem, tym bardziej że rok wcześniej stracił żonę. Tęskni do poprzedniego życia, w związku z tym miewa stany depresyjne. Do pana Ernesta przychodzi na podstawie lekarskiego zlecenia pielęgniarka, odwiedza go dwa razy w tygodniu, waży go, mierzy mu tętno, czasem zabiera na spacer, ale przede wszystkim z nim rozmawia.

Decyzję o zatrudnieniu opiekunki, początkowo wbrew woli ojca, podejmuje syn (stan wolny, lat 50). Zadania opiekunki to: wspólne spędzanie czasu, pomoc przy wstawaniu, ubieraniu się, myciu, korzystaniu z toalety; podawanie leków i zastrzyków z insuliną, gotowanie zgodne z zalecaną dietą, lekkie sprzątanie, pranie, robienie zakupów, asystowanie przy codziennych spacerach wokół domu, pomoc w wykonywaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych, zawożenie prywatnym samochodem seniora do lekarza, towarzyszenie przy wyjściach do restauracji z rodziną bądź przyjaciółmi.

Przypadek trzeci

Dorothy P. (84 lata) mieszka w Joliet, w jednym z apartamentów placówki opieki zbiorowej (*Congregate Care*). Ma dwóch synów, którzy stosunkowo rzadko ją odwiedzają. Jest osobą dementywną, po wylewie, ma częściowo sparaliżowaną lewą część ciała, dlatego głównie porusza się na wózku inwalidzkim. Te ograniczenia nie zniechęcają jej jednak do aktywnego spędzania czasu w placówce. Mimo że jest przykładem seniorki „zinstytucjonalizowanej”, synowie zdecydowali o dodatkowym zatrudnieniu opiekunki.

Rola opiekunki ogranicza się do czuwania nad bezpieczeństwem starszej pani, podawania leków, pomocy przy wstawaniu z łóżka, ubieraniu się, toalecie i higienie oraz pamiętania o codziennej partyjce pokera (!), o terminach wizyt u fryzjera czy lekarza, a czasem też o porze posiłków. Opiekunka wraz z podopieczną uczestniczy we wszystkich atrakcjach oferowanych przez dom pobytu, np. w wyprawach do centrów handlowych. Posiłki i sprzątanie zapewnia placówka, opiekunce pozostaje więc zatroszczyć się o to, by seniorka zjawiała się wszędzie na czas.

We wszystkich trzech przypadkach opiekunki trafiły do domów seniorów z zatrudnienia nieformalnego, były one Polkami w wieku od 23 do 50 lat. Wszyscy opisywani seniorzy wywodzili się z tzw. średniej klasy społecznej i za każdym razem to oni byli płatnikami usług. Status materialny emerytów amerykańskich jest nieporównywalnie wyższy niż w Polsce. Przeciętnego seniora w Stanach stać na wydatki związane z opieką nad nim, a życie na emeryturze nie wiąże się z oglądaniem każdego dolara i wybieraniu pomiędzy lekami a jedzeniem, tak jak to bywa, niestety, w naszym kraju.

Mimo odmiennej sytuacji zdrowotnej poszczególnych seniorów, obowiązki opiekunek były bardzo podobne. W głównej mierze polegały na pomocy osobie starszej w najprostszych czynnościach życia codziennego. Nade wszystko liczyło się jednak wspólne spędzanie czasu opiekunki z seniorami, dawanie im poczucia, że jest ktoś, kto o nich myśli i zawsze nad nimi czuwa. Dlatego każdy opiekun osoby starszej, niezależnie od kwalifikacji, powinien odznaczać się przede wszystkim dużą cierpliwością, wyrozumiałością i empatią.

Podsumowanie

Wzrastający odsetek amerykańskiej starości demograficznej zrodził potrzebę modernizacji polityki społecznej w sektorze opieki nad osobami w podeszłym wieku. W celu zmniejszenia kosztów związanych z opieką długoterminową nad seniorami, już w latach 60. minionego wieku zaczęto zwracać się ku alternatywnym i tańszym rozwiązaniom: opiece środowiskowej i domowej. Dzisiaj podstawą opieki geriatrycznej i socjalnej w Stanach Zjednoczonych staje się pomoc osobom starszym w ich miejscu zamieszkania¹⁸.

Samodzielne życie człowieka w wieku emerytalnym jest trudne. Ciało, a niejednokrotnie też umysł, coraz częściej zawodzą. To, co niegdyś było drobną czynnością, w starości przekształca się w problem wymagający od seniora działania ponad jego siły. Oprócz sfery fizycznej osobie w podeszłym wieku dokuczają również myśli i lęki natury egzystencjalnej. Świadomość własnej bezradności i zależności od innych wzbudza u starszego człowieka skrajne uczucia: od wdzięczności za ofiarowaną opiekę, poprzez obawę, że może jej zabraknąć, aż do złości i frustracji, że musi z tej pomocy korzystać. Dobrze, gdy opieka najbliższych jest procesem naturalnym, wynikłym z tradycji rodzinnej, bowiem to właśnie w środowisku rodzinnym senior otrzymuje optymalne warunki życia i rozwoju¹⁹. Model rodziny wielopokoleniowej w Stanach Zjednoczonych jest rzadkością, więc na jej opiekę osoba starsza nie zawsze może liczyć.

Mimo bogatej oferty zinstytucjonalizowanych form opieki dla ludzi starszych w Stanach Zjednoczonych większość Amerykanów w podeszłym wieku deklaruje, że chce na starość pozostać we własnym domu. Biorąc pod uwagę fakt starzenia się populacji w USA – szacuje się, że liczba osób w wieku 65 lat i powyżej przez najbliższe 25 lat podwoi się²⁰ – śmiało można sądzić, że zapotrzebowanie na opiekę domową będzie wciąż rosło. Zatrudnienie opiekuna czy korzystanie z usług agencji opieki domowej pozwala ludziom starszym zachować samodzielność, niezależność i aktywność na dłużej, mimo wszelkich dolegliwości. Zamieszkanie z opiekunem daje seniorom namiastkę życia rodzinnego, a pozostanie w swoim domu, zamiast przeprowadzki do obcej instytucji, znacznie łagodzi skutki przejścia w ostatnią fazę życia.

¹⁸ Por.: A. Zych, *Formy opieki i pomocy dla ludzi starszych w Polsce i w innych krajach*, [w:] *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej. Materiały konferencyjne*, Kraków 2003, s. 42.

¹⁹ Z. Szarota, *op. cit.*, s. 95.

²⁰ J. Mathewson, *Give senior citizens an incentive to keep working longer*, „Chicago Sun-Times” 2006, 30 V, s. 33.

Alicja Kycia

ŁUDZIE STARSZY W RODZINACH WIEJSKICH A SYSTEM WSPARCIA DLA NICH W POMOCY SPOŁECZNEJ

Mimo ciągle postępującego rozwoju nauk zajmujących się badaniem problemów wieku starszego i bogatszej wiedzy o potrzebach osób w podeszłym wieku – sytuacja naszych seniorów – czy tych mieszkających w miastach, czy na wsi – nie zmienia się w sposób znaczący.

Mając na uwadze fakt, że ludzi starszych ciągle przybywa i obserwujemy zjawisko tzw. starzenia się społeczeństw – szczególnie w krajach rozwiniętych pod względem społecznym i ekonomicznym (Japonia, Stany Zjednoczone Ameryki, Niemcy) oraz państwach budujących nowe struktury wewnętrzne, będących w trakcie transformacji społeczno-ustrojowej (Węgry, Czechy i Polska), życie przeciętnego obywatela tych państw stosunkowo się wydłuża, dlatego też istnieje konieczność dostosowania działań z zakresu polityki społecznej do potrzeb starszej generacji naszego społeczeństwa.

Chcąc mówić o zaspokajaniu potrzeb ludzi starszych i o dostosowywaniu systemu pomocy społecznej do ich specyficznej sytuacji, należy przypomnieć czym jest starość i jakie procesy jej towarzyszą? Władimir Frolkis – gerontolog, stwierdza, że „starzenie się jest jednym z prawidłowych etapów rozwoju osobniczego, polegającym na zachodzących wraz z wiekiem zmianach morfologicznych i czynnościowych, a prowadzącym do stopniowego ograniczenia możliwości adaptacyjnych ustroju [...]”. Definiuje on starość jako „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 się ustroju do zmieniających się warunków środowiska wewnętrznego i zewnętrznego”¹.

Z kolei Pędzich pisze, że „jest to naturalny, długotrwały proces fizjologiczny zachodzący w osobniczym rozwoju żywych organizmów, w tym także człowie-

¹ S. Klonowicz, *Oblicza starości*, Warszawa 1979, s. 11.

ka². Zgodnie z definicją słownika socjologicznego pojęcie starości to ostatnia faza społeczno-biologicznego życia jednostki. W kręgu kulturowym naszego kraju jest to okres po ukończeniu 60 roku życia. Indywidualne odczuwanie starości zależy w znacznym stopniu od cech osobowościowych jednostki i społecznych oczekiwań oraz wymagań. Są bowiem ludzie starzy wiekiem, o których mówi się, że są wiecznie młodzi.

Zatem starość nie jest jednakowa dla wszystkich. Każdy starzeje się inaczej, przyjmując określoną postawę wobec swojego życia. Wprawdzie jakość starości wyznaczana jest wielorakimi społeczno-ekonomicznymi uwarunkowaniami, to istotną rolę w jej kształtowaniu odgrywa, indywidualizujący się osobniczy, wcześniejszy styl życia, jego poziom, nawyki, potrzeby, psychiczne i materialne przygotowanie do tego okresu³.

Faktem jest jednak to, że osoba w podeszłym wieku nie może zostać wyleczona ze starości, podobnie jak większość ludzi nie może oczekiwać, że zostanie ochroniona przed tym stanem wynikającym z normalnego toku życia. Poszczególni ludzie starzeją się w różny sposób, z różną szybkością i odmiennie odnoszą się do zjawisk występujących z wiekiem. Na wiek przeżycia ma wpływ wiele czynników, poczynając od epoki, w której ktoś przychodzi na świat, poprzez uwarunkowania rodzinne, przynależność etniczną i płeć, aż po styl życia i współczesną technologię.

W dawnych społeczeństwach ludzie starzy odgrywali różne role i w zależności od tych ról, na ten okres w życiu oczekiwano z radością bądź z ogromnym niepokojem. Indianie niektórych szczepów zabijali swoich starców (obowiązek ten spadał na najstarszego syna) lub pozostawiali ich w dżungli. Mieszkańcy Ziemi Ognistej w czasie głodu zabijali i zjadali stare kobiety. Natomiast Chińczycy od tysięcy lat otaczali szacunkiem ludzi starych, podobnie i w starożytnej Grecji odnoszono się z szacunkiem do swoich starców, jednak hołdowano tylko młodości.

Współcześnie, mając wiedzę o tym, że starość może mieć różne oblicza: czasem to smutne, bolesne pełne samotności, rzadziej to radosne, pogodne pełne życia i aktywności, większość ludzi obawia się tego okresu życia. Boją się utraty poczucia bezpieczeństwa, zdolności rozwiązywania własnych problemów, przygniata ich wizja bezradności, izolacji społecznej oraz niedołężności w codziennej egzystencji.

Stosunek społeczeństw całego świata do problemu starości ulega ciągłym przemianom, tak też dzieje się i w naszym kraju. Niestety obserwujemy ciągłą degradację rangi sędziwego wieku, który niegdyś budził szacunek ze względu na wiążącą się z nim mądrość wynikającą z doświadczenia życiowego. Powodem tego jest m.in. zanikanie więzi między pokoleniami, niechęć do niesienia pomocy osobom starszym. W tej sytuacji coraz częstszym zjawiskiem jest samotność osób w podeszłym wieku, które często nie radzą sobie w codziennym życiu. Nie dotyczy to tylko osób samotnych, ale także rodziców nierzadko kilkorga dzieci. Obecnie, niezależnie czy jest to środowisko miejskie, czy wiejskie, dzieci z konieczności pozostawiają swoich rodziców i wyjeżdżają w poszukiwaniu zatrudnienia dla siebie i swoich rodzin.

² W. Pędzich, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1996, s. 5.

³ W. Ratyński, *Problemy ludzi starszych*, [w:] idem, *Problemy i dylematy polityki społecznej*, t. 2, Warszawa 2003, s. 418.

A nawet te, które pozostają w miejscu zamieszkania rodziców, nie mają wystarczającej ilości czasu, aby się nimi odpowiednio opiekować, gdyż w pracy zawodowej muszą wykazać się dyspozycyjnością.

W sytuacji niewydolności opiekuńczej rodzin w stosunku do osób starszych oraz w związku z procesem starzenia się ludności w Polsce i wzrostem populacji w wieku starszym, ważne w stosowanych systemach świadczeń stają się usługi. Rozeznanie potrzeb dokonywane przez pracowników socjalnych zatrudnionych w instytucjach pomocy społecznej świadczy o wielkim zapotrzebowaniu społecznym na usługi. Diagnoza ta wykazuje, że różnego rodzaju usługi są niezbędne – jeśli nie dla każdego człowieka starego, to z pewnością dla każdego starego człowieka samotnego i niedołąźnego. W przypadkach pełnego osamotnienia czy daleko posuniętego znie- dołąźnienia, nawet dość wysoki dochód, zapewniający pełne zaspokojenie potrzeb materialnych osoby, nie rozwiązuje jeszcze trudności w organizowaniu jej codzienne- go życia. Z tego też względu świadczenia w formie usług opiekuńczych niezbędne są także dla osób posiadających środki utrzymania. Organizowanie i doskonalenie różnych form usług zawiera wiele walorów, m.in. to, że fakt pozostawienia osoby starszej w jej dotychczasowym środowisku (zamiast umieszczenia jej w szpitalu czy w domu pomocy społecznej) wpływa korzystnie na jej stan psychiczny i fizyczny.

W Polsce stworzenie usług opiekuńczych zapoczątkowano w 1961 r. przez organizacje społeczne, tj. Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Pomocy Społecznej, Ligę Kobiet, Koło Gospodyń Wiejskich. Aktualnie tymi usługami opiekuńczymi zajmują się ośrodki pomocy społecznej i organizacje pozarządowe. W ramach zadań obowiązkowych każda gmina zobowiązana jest do zapewnienia odpowiedniej opieki dla osób tego potrzebujących. Pomoc ta przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub z innych przyczyn wymagają szczególnej troski otoczenia, jak również tym, którzy wymagają opieki, a rodzina nie może im jej zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczną, pielęgnacyjną oraz podtrzymywanie kontaktów społecznych. Często odbywają się na zasadzie pomocy sąsiedzkiej, tzn. pomoc świadczy osoba znana, zamieszkująca w niedalekim sąsiedztwie. Inną formą pomocy są specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami, także w podeszłym wieku. Ich rodzaje dostosowane są do określonego schorzenia i obejmują: pomoc w funkcjonowaniu w społeczeństwie, pielęgnację, rehabilitację fizyczną, wspieranie psychologiczne, terapeutyczne. Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczą osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu, a w szczególności pielęgniarki, pracownicy socjalni, rehabilitanci, psycholodzy, terapeuci zajęciowi itp. Osoby te mają odpowiednie przygotowanie w zakresie wiedzy o jednostkach chorobowych w zaburzeniach psychicznych, funkcjonowaniu lecznictwa psychiatrycznego, a także umiejętności postępowania w terapii, opiece i pielęgnacji. Organizowanie specjalistycznych usług opiekuńczych ma na celu zagwarantowanie osobom niepełnosprawnym, w tym także starszym, pozostającym w swoim środowisku możliwości korzystania z pomocy specjalistów, jak również pomoc rodzinom w pełnieniu przez nie funkcji opiekuńczej wobec niesprawnych ich członków. Kolejna forma pomocy kierowana do starszych i ich rodzin, to domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku – zwane potocznie „domami spokoj-

nej starości” lub też domy dla innej kategorii mieszkańców, w których także mogą znaleźć się osoby starsze, np. dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla niewidomych itp. Są to jednostki o charakterze stacjonarnym, znajdujące się w powiatowych strukturach pomocy społecznej. Ich zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki mieszkańcom i zaspokajanie ich potrzeb bytowych i społecznych⁴. Domy pomocy społecznej to miejsca, w których osoby starsze powinny być umieszczane w absolutnej konieczności, kiedy już nie jest możliwa pomoc w środowisku ich zamieszkania. Opierając się na doświadczeniu zawodowym, stwierdzam, że mimo ciągle podnoszonych standardów w domach pomocy społecznej osoby kierowane tam bardzo niechętnie godzą się na to ostateczne rozwiązanie. W myśl maksymy „nie przesadza się starych drzew” wolą pozostać we własnym miejscu zamieszkania, w znanym otoczeniu i tak dożyć kresu swojego życia.

Coraz częstszą formą pomocy dla ludzi starszych – tu w przeważającej części w środowiskach miejskich – są dzienne domy pomocy, które dają kompleksową pomoc osobom starszym, które znalazły się w trudnych warunkach życiowych, w mieszkaniu o gorszym standardzie lub odczuwały wewnętrzną potrzebę kontaktów towarzyskich. Placówki te umożliwiają im spędzenie czasu w lepszych warunkach socjalnych, wśród własnego środowiska, zapobiegają stresom, uczuciu izolacji i osamotnieniu, poprawiają samopoczucie. Stanowią bardzo dobrą pomoc dla ludzi mniej sprawnych o ograniczonej samodzielności.

Skoro system pomocy społecznej w Polsce kieruje jednakową pomoc do osób starszych mieszkających w miastach jak i do tych mieszkających na wsi, na czym polega różnica w spędzaniu ostatniego etapu życia w tych dwóch środowiskach, bo niewątpliwie taka różnica istnieje?

Po pierwsze wynika ona z częstszego umiejscowienia placówek świadczących osobom starszym w środowiskach miejskich, w wyniku czego osoby te mają lepszy dostęp do tych usług. Drugim i znacznie ważniejszym powodem są rodziny tych osób, ich tradycje, kultura, styl życia oraz stosunek do życia samych rolników.

Rodzina to dla człowieka starszego nieodzowne zaplecze dla zaspokajania jego niezbędnych potrzeb. Rodzina rolnicza stanowi nierozdzielalną całość z warsztatem pracy, czyli gospodarstwem. Gospodarstwo rolne do niedawna wymagało wspólnego zamieszkiwania co najmniej dwu dorosłych pokoleń, prowadzących jedno gospodarstwo domowe. Sytuacja taka zapewniała oparcie na wypadek choroby członka rodziny, stwarzała jednak wiele konfliktów międzypokoleniowych. Obecnie tendencja ta się cofa, ale napotykamy jeszcze wiele przykładów takich rodzin. System wartości w rodzinach wiejskich w znacznej mierze opiera się na aktywności i zdolności do pracy w rolnictwie.

Agrotechnika i automatyzacja zmniejszyły znaczenie wiedzy praktycznej przekazywanej z pokolenia na pokolenie. Procesy te nieodwracalnie nadszarpnęły autorytet, silną pozycję rolnika seniora – właściciela gospodarstwa. W tej sytuacji wspólne zamieszkiwanie kilku pokoleń jest już jedynie efektem konieczności, a nie kwestią świadomego wyboru.

⁴ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. nr 64, poz. 593.

Również szacunek rolnika do samego siebie kształtowany jest w oparciu o jego przydatność do pracy w gospodarstwie. W związku z tym aktywność zawodowa osób mieszkających na wsi i trudniących się rolnictwem jest znacznie dłuższa niż ludzi mieszkających w mieście i nierzadko trwa ona do późnej starości jeśli stan zdrowia na to pozwala. Wydłużony okres aktywności zawodowej i związana z tym częsta praca fizyczna powodują, że rolnicy dłużej zachowują sprawność ruchową, lepiej także oceniają swój stan zdrowia niż ludność pozarolnicza – oceny te nie są poparte niestety żadnymi badaniami.

Szczególną grupę w środowisku wiejskim stanowią starsi rolnicy, mieszkający samotnie. Jest to zjawisko dosyć często występujące, z wielu powodów: samotnego życia, wyjazdu dzieci w poszukiwaniu pracy czy też życia w konflikcie rodzinnym. Osoby te starają się utrzymywać dość ożywione kontakty z otoczeniem, licząc na pomoc sąsiedzką, przyjacielską w przypadku zaistnienia takiej potrzeby, jednak kontakty te stają się z czasem coraz bardziej zdawkowe, gdyż pomoc ta jest coraz mniej chętnie udzielana. Sytuacja ulega zmianie, gdy ofiarują swoje gospodarstwa i dorobek swojego życia w zamian za opiekę: wówczas na jakiś czas mogą być spokojni o swoją przyszłość. Rzeczywistość bywa czasem jednak okrutna, bo w miarę upływu czasu są oni traktowaniu jako zbędny dodatek do tych przekazanych gospodarstw.

Osoba starsza na wsi, trudniąc się pracą na roli przez niemal całe życie, nie ma możliwości rozwijania swoich zainteresowań i pasji życiowych. Mimo że jej wiek emerytalny jest taki sam jak jej rówieśników w mieście, to świadczenia osiągnane przez rolników w tym wieku stają się najczęściej częścią składową budżetu całej rodziny wspólnie zamieszkującej, a aktywność w zawodzie rolniczym jest nadal kontynuowana, w miarę zdrowia.

W momencie utraty możliwości aktywnego włączania się w pracę, osoba taka traci swoją pozycję w rodzinie, zaczyna się proces jej izolacji. Niezależnie od możliwości rodziny w zapewnieniu niezbędnych potrzeb osoby starszej, od warunków, w jakich ona przebywa, nikt nie troszczy się szczególnie o wsparcie dla starszego pokolenia. Nikt nie szuka pomocy w instytucjach pomocy społecznej, bo wzory zachowań są takie, że to rodzina zapewni byt swoim seniorom. Nierzadko jest to byt urągający warunkom ludzkim, gdyż brak czasu dla osób starszych doprowadza do tego, że są one niedożywione, zaniedbane pod względem higienicznym, trudno wspominać w tej sytuacji o potrzebach wyższego rzędu, jakim są kontakty społeczne, potrzeba obcowania z innymi ludźmi.

Reasumując, należy stwierdzić, że okres starości w Polsce, niezależnie czy tej spędzanej w mieście, czy na wsi nie napawa optymizmem. Mało aktualnym stają się powiedzenia „życie zaczyna się po sześćdziesiątce” bądź „wesołe jest życie staruszka”. Bowiem będąc mieszkańcem wsi, żyjącym w wielopokoleniowej rodzinie można czuć się samotnym, odizolowanym, jak również mieszkając w mieście, mając większe możliwości równie dotkliwie można odczuć swoją samotność.

Okres starości niezależnie od miejsca zamieszkania jest narażony na przeżywanie kryzysów emocjonalnych, ważne jest to na ile będziemy przygotowani na ich przyjmowanie i jacy ludzie znajdą się w naszym otoczeniu w tych trudnych dla nas chwilach.

Dorota Bielec, Agata Kupczyk, Iwona Pająk, Zofia Szarota

INSTYTUCJONALNY SYSTEM WSPARCIA OSÓB STARSZYCH

Celem artykułu jest przedstawienie instytucjonalnego systemu wsparcia osób starszych w kontekście diagnozy zakresu prosenioralnej polityki społecznej i jakości pracy socjalnej realizowanej w małopolskiej i krakowskich instytucjach pomocy społecznej.

Metodologia

Badania prowadzono w małopolskich i krakowskich instytucjach pomocy społecznej. W Regionalnym Ośrodku Pomocy Społecznej (ROPS) poddano analizie strategię kształtowania polityki społecznej wobec starości i ludzi starszych. Diagnoza działań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) skupiła się na rozpoznaniu zadań w zakresie działalności prosenioralnej. W Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej (MOPS) i jego ośmiu filiach analizowano pracę socjalną w ujęciu generalnym, odwołując się do działalności sześciu miejskich dziennych domów pomocy społecznej (MDDPS) i dziesięciu domów pomocy społecznej (DPS) dla osób starszych. Badania prowadzono w latach 2006 i 2007. Wdrożoną strategią badawczą była monografia odnosząca się do opisu pracy socjalnej kierowanej ku najstarszym beneficjentom jako zjawisku społecznemu. Posłużono się wywiadem eksperckim oraz wywiadem skategoryzowanym, ankietą, badaniem dokumentów, obserwacją bezpośrednią i uczestniczącą. Badaniami objęto łącznie 51 pracowników pomocy społecznej oraz 160 beneficjentów placówek sektora pomocy społecznej po 60. roku życia, w tym 110 osób po 75. roku życia (kategoria – najstarsi ze starych). Wyniki badań¹ pozwalają na sformułowanie konkretnych wniosków.

¹ D. Bielec, Praca socjalna z najstarszymi członkami społeczeństwa w Miejskich Dziennych Domach Pomocy Społecznej w Krakowie, Kraków 2007; A. Kupczyk, Praca socjalna na rzecz najstarszych beneficjentów pomocy społecznej (na przykładzie wybranych instytucji), Kraków 2007; I. Pająk, Praca socjalna w domach pomocy społecznej dla osób starszych w Krakowie, Kraków 2007 [niepublikowane prace magisterskie, Wydział Pedagogiczny AP im. KEN w Krakowie, promotor: Zofia Szarota].

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

Działania ROPS na rzecz Seniorów są wielokierunkowe. Obejmują oddziaływanie na opinię społeczną w kontekście uznania starości za jedną z kwestii społecznych. W tym celu realizowane są konkretne projekty adresowane do realizatorów i podmiotów polityki społecznej. Weryfikacja stereotypów dotyczących starości połączona jest z polityką antydyskryminacyjną. Analizie poddano udokumentowane rezultaty realizacji wojewódzkich programów polityki i pomocy społecznej wobec starości na lata 2001-2003 i 2004-2006. Efektem działalności były cztery ogólnopolskie konferencje i jedna międzynarodowa: *Rozwiązywanie problemów osób starszych – polskie i europejskie systemy wsparcia; Sytuacja osób starszych w Polsce w przededniu wejścia do Unii Europejskiej; Aktywność organizacji pozarządowych w działaniu na rzecz osób starszych; Postępy w gerontologii i geriatryi – Człowiek stary w środowisku*. Przygotowano dziewięć publikacji (*Małopolski Informator dla Seniorów; Proces adaptacji osoby starszej do warunków domu pomocy społecznej; Ludzie starsi i dom pomocy społecznej, co trzeba wiedzieć; Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej – materiały konferencyjne*; cztery biuletyny *es. O.* poświęcone działaniom na rzecz starszych osób; informator: *Poznaj – Sprawdź – Skorzystaj*). W ramach doskonalenia zawodowego kadr pomocy społecznej do pracy z ludźmi starymi przygotowano 422 pracowników pomocy społecznej województwa małopolskiego. Przy wsparciu merytorycznym i finansowym Ośrodka zostało zrealizowanych 55 projektów lokalnych. Utworzono internetową bazę projektów – *Małopolski Katalog Inicjatyw na rzecz Seniorów – My, Seniorzy* oraz *Małopolski Informator Społeczny o podmiotach działających w sferze socjalnej*. Powołano Zespół Inicjatywno-Doradczy ds. Realizacji Programu².

ROPS posiada rozbudowaną sieć współpracy obejmującą organizacje pozarządowe, jednostki pomocy społecznej, instytucje kultury i edukacji (np. uniwersytety trzeciego wieku), media etc. Jednak podczas realizacji strategii polityki społecznej Ośrodek napotyka na wiele trudności. Podstawowym problemem jest deficyt środków i kadr. Pomimo tych trudności, ROPS oddziałuje pośrednio na poprawę efektywności świadczeń pracy socjalnej poprzez włączanie w swe działania organizacji pozarządowych, dokształcanie i doskonalenie zawodowe osób, które mają wpływ na modelowanie rzeczywistości społecznej, a przede wszystkim poprzez ciągle sygnalizowanie, że kwestia ludzi starych jest kwestią społeczną. Równocześnie z przeprowadzonej obserwacji uczestniczącej wynikają wnioski na temat braku pozytywnego nastawienia i wręcz niechęci do angażowania się części pracowników terytorialnych jednostek pomocy społecznej w wypracowanie założeń wojewódzkiego programu na rzecz starszych mieszkańców Małopolski.

Strategia kształtowania polityki społecznej wobec starości i ludzi starych opiera się na przekonaniu, że najskuteczniejsze są działania podejmowane w celu kształtowania warunków do samodzielnego zaspokajania potrzeb ludzi starszych. ROPS kieruje się w polityce społecznej trzema fundamentalnymi zasadami: subsydiarności,

² Wojewódzki Program Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2001-2003, 2004-2006. Strona internetowa Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, [on-line], www.rops.krakow.pl/sid=9&sid=3 – 27 II 2006.

czyli wsparciem, wykorzystaniem potencjału środowiska lokalnego, kompleksowości oceny potrzeb oraz zasadą lokalności uwzględniającej opinię społeczności lokalnej³. Ponadto, przy konstruowaniu długofalowych programów, bierze pod uwagę zadania, które można wpisać w formułę czterech „P”: ochrona (ang. *protection*), prewencja (ang. *prevention*), partycypacja (ang. *participation*), promocja (ang. *promotion*)⁴.

ROPS nie sięgał dotąd po fundusze europejskie przeznaczone na działania pro-senioralne. Podjął intensywne starania o pozyskanie owych środków. Opracowano narzędzie diagnozujące zapotrzebowanie OPS i PCPR na środki finansowe niezbędne do realizacji działań planowanych w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Eksplorowane są potencjalne obszary wsparcia, potrzeby edukacyjne pracowników, warunki niezbędne do aktywnego uczestnictwa w Programie.

W nowym Programie na lata 2007-2013 będą podejmowane działania innowacyjne metodycznie, przy udziale szerszego niż dotąd grona współpracowników rekrutujących się spośród organizacji trzeciego sektora. Należy stwierdzić, że optymalizacja działań zależy w dużym stopniu od samych seniorów, osoby starsze muszą być zaangażowane w wypracowanie założeń Programu, modelowanie i wpływanie na kształt polityki społecznej. Oferta ROPS odpowiada rzeczywistym potrzebom najstarszych członków społeczeństwa. Ośrodek stworzył elastyczny system, w którym beneficjenci uczestniczą w procesie decyzyjnym.

ROPS jest instytucją otwartą na współpracę, a także pomoc wszystkim tym, którzy pragną urzeczywistniać priorytety polityki społecznej wobec starości i ludzi starych. Sukces Ośrodka jest pochodną profesjonalizmu kadr w nim pracujących. Jako podmiot odpowiedzialny za kształtowanie polityki społecznej wobec starości i ludzi starych, bardzo dobrze wywiązuje się ze swojej misji.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

PCPR w zakresie zadań prosenioralnych realizuje określone Ustawą⁵ programy w dziedzinie pomocy społecznej głównie poprzez organizowanie i zapewnienie usług o określonym standardzie w DPS o zasięgu ponadgminnym oraz kierowanie osób ubiegających się o przyjęcie do DPS; działalność informacyjną, poradniczą, edukacyjną; opracowywanie powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych. Prowadzone badania pozwalają stwierdzić, że PCPR jest instytucją, którą cechuje brak otwartości i nieumiejętność zaistnienia jako podmiot podejmujący inicjatywy na rzecz najstarszych mieszkańców powiatu krakowskiego⁶. Odniesienie się do efektywności działań PCPR wymagałoby woli i zaangażowania się instytucji w dialog z badaczami.

³ E. Lucyper, K. Lucyper, *Wybrane zagadnienia polityki społecznej wobec osób starszych*, [w:] *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, red. A. Fabiś, Sosnowiec 2005, s. 137-138.

⁴ T. Schimanek, Z. Woźniak, *Europa (dla) seniorów – polityka społeczna Unii Europejskiej wobec ludzi starszych*, [w:] *Unia Europejska dla seniorów – publikacja Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej i Stowarzyszenia Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce*, red. M. Mazurczak, Warszawa 2004, s. 4-7.

⁵ Art. 19 Ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej, Dz.U. nr 64, poz. 593.

⁶ Dokumenty udostępnione do analizy, m.in. Statut PCPR Powiatu Krakowskiego – Załącznik do Uchwały Nr IV/19/99 Rady Powiatu w Krakowie.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Praca socjalna realizowana w MOPS jest szeroko pojmowana przez interlokutorów. Kryją się w niej znaczenia wyznaczone koncepcją J. Szmagałskiego i E. Marynowicz-Hetki, dotyczące stosowania metametody w pracy socjalnej⁷. Pracownicy stwierdzali, że wszystko, co robią, można nazwać pracą socjalną – z wyłączeniem pracy administracyjnej. Zatem pracownik socjalny, w opinii respondentów, jest koordynatorem działań, przewodnikiem, podejmuje działania wspierające, kierujące, podtrzymujące, informujące, towarzyszące, opiekuńcze, medacyjne i motywacyjne⁸.

Istotne zmiany w ofercie świadczeń pracy socjalnej na rzecz najstarszych beneficjentów pomocy społecznej nastąpiły wraz z utworzeniem Zespołów Problemowych do spraw Osób Starszych i Niepełnosprawnych. Pracownicy zajmują się konkretnymi problemami, są wyspecjalizowani, ściśle ukierunkowani, co ułatwia rzetelną diagnozę i planowanie właściwych działań pomocowych.

Oferta świadczeń pracy socjalnej oceniana jest przez reprezentantów obu grup badawczych dobrze i bardzo dobrze – świadczenia pracy socjalnej są adekwatne do potrzeb najstarszych beneficjentów pomocy społecznej. Ze względu na wzrastającą liczbę seniorów i nowe potrzeby, system świadczeń podlega ciągłemu rozwojowi.

Skuteczność udzielanych świadczeń pracy socjalnej, determinowana sytuacją socjalno-bytową i psychofizyczną seniora, zależy w dużym stopniu od klienta. Jedne osoby są mobilne, uczestniczą w życiu społecznym. Tym klientom oferowane są usługi środowiskowe. W stosunku do osób dotkniętych skutkami chorującej, niepełnosprawnej starości, działania są ukierunkowane na opiekę (usługi gospodarcze, opiekuńcze, pielęgnacyjne, specjalistyczne). Optymalna sytuacja ma miejsce, gdy świadczenia pomocowe różnicują strategie postępowania z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb klienta oraz zasad: autonomii, opieki, organizacji i integracji⁹.

Następuje oczekiwana ewolucja pracy socjalnej – od bierności, roszczeniowej postawy klienta do jego angażowania we współpracę w rozwiązywaniu problemu. Pojawiają się i zwiększają działania pomocowe (nie – jak dotąd – opiekuńcze), aktywizujące, integrujące, utrzymujące w środowisku, kontrakt, projekt socjalny, nowe formy pomocy etc. Dominującą i najbardziej efektywną metodą pracy z najstarszymi beneficjentami pomocy społecznej jest metoda indywidualnych przypadków, która prowokowana jest przez sytuację życiową osoby starszej. Trudno jest pracownikom socjalnym zastosować z seniorami metodę pracy grupowej, a czasem jest to wręcz niemożliwe. Jeżeli się udaje, wtedy przybiera to postać projektu socjalnego. Metoda projektowania socjalnego jest jeszcze w małym zakresie rozpowszechniona. Wynika to z deficytu czasu i niewystarczającego przygotowania pracowników socjalnych, by zrealizować projekt spełniający wymogi formalne i poprawnościowe pod względem merytorycznym. Pracownicy socjalni w rzeczywistości realizują nieformalne projek-

⁷ J. Szmagałski, *Metody pracy socjalnej w kontekście funkcji prakseologicznej pedagogiki społecznej*, [w:] *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Marynowicz-Hetka, Warszawa 2006, s. 412-414.

⁸ Por. B. Szatur-Jaworska, *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej*, [w:] *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995, s. 121; A. Michalska, O potrzebie poszerzania ról pracownika socjalnego [wystąpienie na konferencji z okazji 15-lecia działalności MOPS w Krakowie pt. *Ciągłość i zmiana w pomocy społecznej i pracy socjalnej w dobie globalizmu*, Kraków, 16 IV 2007].

⁹ J. Auleytnier, *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Warszawa 2002, s. 346-347.

ty socjalne, które są najczęściej inicjatywą przełożoną na konkretne działanie, akcję, przedsięwzięcie, wycieczkę, spotkanie etc. Metoda pracy środowiskowej realizowana jest przez pracowników socjalnych poprzez rozeznanie potrzeb, dokonywanie zmian w środowisku lokalnym danej osoby starszej (rodzina, sąsiedzi, znajomi).

Kolejną formą pomocy środowiskowej na rzecz osób starszych są świadczenia miejskich dziennych domów pomocy społecznej (MDDPS). Przeprowadzona kwerenda literatury wskazuje, że dotychczas nie zostały one dokładnie zbadane.

Domy dziennego pobytu zaczęły powstawać w latach 70. XX w., jako odrębne jednostki, powoływane przez PKPS, spółdzielnie mieszkaniowe¹⁰. W Krakowie inicjatorem powołania DDP był w latach 80. XX w. Zakład Opieki Zdrowotnej (ZOZ) oraz krakowska spółdzielczość mieszkaniowa. Cztery placówki (z wyjątkiem Dziennego Domu nr 2 i 6) wydierżawiły lokale od Spółdzielni Mieszkaniowej *Domy Pogodnej Jesieni*, która była przeznaczona dla rencistów, inwalidów oraz emerytów¹¹. Pod względem architektonicznym budynki Spółdzielni były dostosowane do potrzeb osób starszych. Spółdzielnia zapewniała lokatorom świetlice, biblioteki, gabinety rehabilitacyjne, zabiegowe oraz całodobową opiekę lekarską i pielęgniarczą¹². W połowie lat 90. XX w. zarząd Spółdzielni wycofał pomoc medyczną. W 1996 r. połączono wszystkie Dzielne Domy i powołano zakład budżetowy Miejskie Dzielne Domy Pomocy Społecznej, a w 2000 r. przekształcono go w jednostkę budżetową. Obecnie MDDPS pod względem merytorycznym podlegają MOPS, a pod względem finansowym Urzędowi Miasta Krakowa.

Tabela 1. Wykaz MDDPS w Krakowie

L.p.	Numer Domu	Adres
1.	Dom nr 1	ul. Sas-Zubrzyckiego 10
2.	Dom nr 2	ul. Kielecka 20 (ul. Ks. Gurgacza 5)
3.	Dom nr 3	ul. Korczaka 4
4.	Dom nr 4	ul. Sudolska 7 a
5.	Dom nr 5	ul. Nad Sudołem 32
6.	Dom nr 6 (Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów)	os. Szkolne 20

¹⁰ J. Muchnicka-Djakow, *Klub Seniora*, [w:] F.W. Rawicka, B. Mariańska, E. Stańczuk, *Encyklopedia Seniora*, Warszawa 1986, s. 140.

¹¹ Informacje o funkcjonowaniu Spółdzielni *Domy Pogodnej Jesieni*, [on-line], www.spoldzielniemieszkaniowe.pl/main/spoldzielnia-mieszkaniowa-domy-pogodnej-jesieni, 140, 127 – 23 II 2007 [strona internetowa spółdzielni mieszkaniowych].

¹² O. Molska, *Ku pogodnej jesieni* [wycinek artykułu z „Dziennika Polskiego” z 1974 r. – w archiwum MDDPS nr 5].

W Krakowie funkcjonuje sześć MDDPS (tab. 1) oraz pięć Klubów Seniora, które są filiami Domów. Najnowszą placówkę oddano społeczności Krakowa 3 listopada 2006 r. Jest nią Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów (Dzienny Dom nr 6). Obecnie Dzienny Dom nr 2 funkcjonuje w nowym lokalu na ul. Ks. Gurgacza 5.

MDDPS znajdują się na etapie ciągłego rozwoju. Rozszerzona została oferta, zwiększyła się liczba miejsc przez utworzenie nowych placówek. Pełny rozkwit usług ograniczony jest szczupłością finansów. MDDPS pozyskują dodatkowe fundusze od rad dzielnic i sponsorów.

W oparciu o kryteria standaryzacji DPS zaproponowane przez Zofię Szarotę¹³ opracowano autorski model jakości usług i wyposażenia w MDDPS. Wyróżniono w nim kryteria dotyczące wyposażenia (warunki lokalowe, zasady funkcjonowania i wymagania wobec profesjonalizmu personelu) oraz świadczonych usług (terapia zajęciowa, oferta kulturalno-oświatowa i usługi rehabilitacyjne). Maksymalnie dzienne domy mogły uzyskać 80 punktów. Najwięcej punktów uzyskał DD nr 1, a pozostałe placówki otrzymały 61-50,5 punktów (po przeniesieniu do nowego lokalu DD nr 2 liczba punktów wzrosła do 63,5).

Dzienne domy są zróżnicowane pod względem wszystkich usług. Prowadzone są różnorodne rodzaje terapii zajęciowej, ale poszczególne placówki różnią się liczebnością ich form. We wszystkich placówkach dobrze prowadzona jest choreoterapia, ergoterapia, arteterapia (głównie prace manualne) oraz terapia indywidualna. Występują deficyty w zakresie biblioterapii, muzykoterapii. Wprowadzanie różnorodnych form terapii zajęciowej uzależnione jest od liczby zatrudnionych instruktorów o wykształceniu artystycznym oraz zainteresowania daną formą samych użytkowników. Maksymalną liczbę 11 punktów uzyskały Dzienny Dom nr 1 i nr 3. Pozostałe dzienne domy otrzymały od 6 do 7 punktów.

Oferta kulturalno-oświatowa MDDPS jest bardzo szeroka. Propozycje kulturalno-oświatowe MDDPS dotyczą: wyjść do instytucji i placówek upowszechniania kultury; prelekcji i podobnych form edukacyjnych; spotkań towarzyskich, uroczystości religijnych, zabaw, imprez na świeżym powietrzu; wycieczek; spotkań ze społecznością innych DD i klubów seniora oraz wspólne oglądanie TV i filmów. Lista propozycji ciągle jest poszerzana. Bogactwo oferty jest wynikiem inwencji pracowników oraz współpracy z placówkami kulturalno-oświatowymi. Najbliżej wzorca jest Dzienny Dom nr 1, który otrzymał 20 punktów w 21-punktowej skali. Pozostałe placówki uzyskały 16-18 punktów, z wyjątkiem nowo powstałego Dziennego Domu nr 6 (8 punktów).

Poziom usług rehabilitacyjnych jest różny dla poszczególnych placówek. Dobrze zorganizowana jest kinezyterapia (leczenie poprzez ruch). Niedostatecznie rozwinięta jest fizykoterapia (leczenie z wykorzystaniem czynników fizycznych). Jakość rehabilitacji zależy od warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny i możliwości finansowych. Najszerzy wachlarz usług fizjoterapeutycznych (22 punkty w 25-punktowej skali) występuje w DD nr 1 *Socius*, który jako jedyny ma siłownię. Po 18 punktów otrzymały DD nr 4 i nr 6. Najmniej, bowiem pięć punktów,

¹³ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Kraków 1998, s. 88-91.

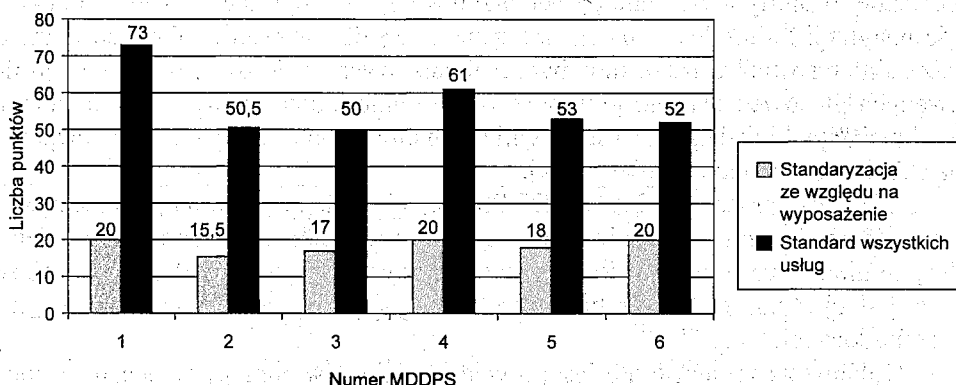
uzyskał DD nr 3, który nie posiada odrębnej sali rehabilitacyjnej. Po przeniesieniu Domu nr 2 do nowego lokalu liczba punktów zwiększy się z 11 do 19.

Zauważa się braki w dostosowaniu budynków do potrzeb osób starszych oraz braki w warunkach lokalowych, zwłaszcza dotyczy to odrębnych sal do terapii zajęciowej i rehabilitacji. Zapewne w najbliższym czasie jakość wyposażenia MDDPS ulegnie poprawie, dzięki stopniowemu likwidowaniu barier architektonicznych oraz uzupełnianiu wyposażenia.

Wśród pozostałych form pomocy występuje poradnictwo świadczone przez prawnika. Planowane jest też zatrudnienie innych specjalistów.

Seniorzy korzystają z obiadów. W pełni zadowolonych z tej usługi jest 40 spośród 50 przebadanych osób, doceniając obfitość, walory zdrowotne i smakowe oraz, w granicach 46-49 odpowiedzi, estetykę podania posiłków.

W zakresie usług opiekuńczych najczęściej świadczone są usługi domowe (doszranianie obiadów dla użytkowników DD działających w blokach Spółdzielni *Domy Pogodnej Jesieni*) i higieniczno-pielęgnacyjne, rzadziej usługi fryzjerskie i krawieckie. Najwięcej usług opiekuńczych świadczą DD nr 3 i nr 4.



Rycina 1. Poziom usług i wyposażenia w MDDPS

Pracownicy bezpośredniego kontaktu są należycie przygotowani do pracy z osobami starszymi. Spośród 21 przebadanych pracowników 13 kształciło się w kierunku pracy socjalnej i pedagogiki. Personel podejmuje różne formy doskonalenia zawodowego, zwłaszcza z zakresu terapii zajęciowej i pracy socjalnej. W ofercie dokształcania personelu MDDPS zauważa się jednak poważne braki¹⁴. Większość personelu w MDDPS pracuje na niepełnych etatach. Liczba pracowników bezpośredniego kontaktu (4-6 osób) jest niewystarczająca w stosunku do liczby użytkowników, która waha się w poszczególnych placówkach od 74 do 114 osób (dane z października 2006 r.).

¹⁴ Wojewódzki Program Szkolenia i Doskonalenia Zawodowego Kadr Pomocy Społecznej na lata 2004-2006, strona internetowa Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, [on-line], www.rops.krakow.pl/index.php?s=szkolenia&re=1 – 27 III 2007.

Użytkownicy darzą pracowników zaufaniem: „mamy świetne kierownictwo i dyrektora też”; „wspaniały personel”; starają się nam pomóc”; „nieocenieni ludzie”; „pełni poświęcenia”.

Opinie respondentów dowodzą, że pobyt w MDDPS wpływa na poprawę jakości życia użytkowników, sprzyja rozszerzaniu zakresu interakcji społecznych, poprawie stanu psychicznego i wzmacnia kondycję psychiczną. Należy zaznaczyć, że aktywność osób starszych korzystających z usług DD związana z realizacją zainteresowań nie uległa zwiększeniu (w porównaniu do czasu sprzed przyścia do MDDPS), natomiast nastąpiły zmiany w zakresie preferowanych form spędzania czasu wolnego z biernych na aktywne. MDDPS są placówkami otwartymi na otoczenie. Współpracują z instytucjami kulturalno-oświatowymi, przedstawicielami służb porządkowych. Nawiązywane są kontakty ze sponsorami, innymi placówkami senioralnymi w kraju i za granicą.

Postulatami optymalizującymi są: rozwój terapii zajęciowej (głównie biblioterapii, muzykoterapii), wyrównanie poziomu usług rehabilitacyjnych oraz poprawa warunków lokalowych i likwidacja barier architektonicznych. Ważnym postulatem jest zwiększenie liczby etatów i uzupełnienie programów kształcenia kadr pomocy społecznej o oferty kierowane do personelu MDDPS. Sugeruje się większą otwartość instytucji kulturalnych na starszą generację i dostosowanie oferty do potrzeb oraz zainteresowań, a także możliwości finansowych seniorów. Powstanie sprofilowanych placówek dla seniorów oraz skorzystanie z doświadczeń innych państw w zakresie opieki nad osobami starszymi w ich otoczeniu przyczyni się do polepszenia standardów opieki środowiskowej.

O tym czy praca socjalna w MDDPS jest należycie realizowana, 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”.

Kolejnym z zadań MOPS jest prowadzenie domów pomocy społecznej stanowiących jedną z form instytucjonalnej, stacjonarnej pomocy społecznej. Spośród 10 przebadanych DPS-ów, siedem przeznaczonych jest dla osób przewlekle somatycznie chorych (symbol A), a trzy dla osób w podeszłym wieku (symbol B). Siedem z badanych placówek było publicznych, prowadzonych przez Gminę Kraków, a trzy to ośrodki niepubliczne, prowadzone na zlecenie Gminy.

W krakowskich DPS-ach przebywało łącznie 2213 osób, z czego 1266 mieszkało w placówkach dla osób starszych. Zbiórczym opracowaniem danych jest tabela 2. Standard usług świadczonych w badanych DPS-ach jest zróżnicowany. Przy określaniu ich poziomu, wzięto pod uwagę zarówno elementy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej dotyczące standardu podstawowych usług¹⁵, jak i kryteria dodatkowe. Rozpatrywanie poziomu usług jedynie z uwzględnieniem wyznaczników zawartych w standaryzacji powoduje, iż niektóre bardzo dobrze działa-

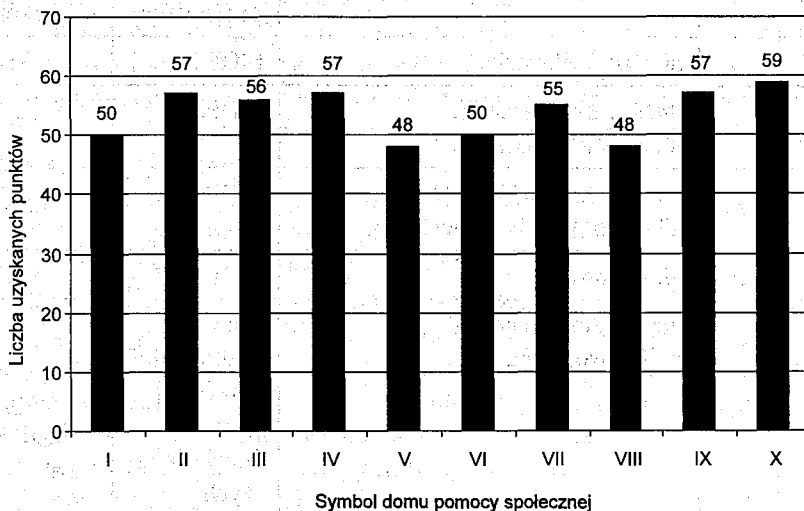
¹⁵ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U. nr 217, poz.1837, § 6.1, § 6.2.

jące DPS-y wypadają gorzej, niż te, które spełniają standardy, choć nie oferują nic ponad określone w nich minimum.

Tabela 2. Badane DPS dla osób starszych – stan na XII 2006 r.

Symbol DPS	Typ	Adres	Podmiot prowadzący	Liczba mieszkańców
I	A	ul. Radziwiłłowska 8	MOPS	64
II	A	im. św. Brata Alberta, ul. Nowaczyńskiego 1	MOPS	176
III	A	im. L. i A. Helclów („Dom Ubogich”), ul. Helclów 2	MOPS	475
IV	A	ul. Łanowa 39	MOPS	155
V	A	im. św. Antoniego, ul. Krowoderska 7	Prowincja Matki Bożej Anielskiej Zakonu Braci Mniej- szych	52
VI	A	im. A. Żychowskiego, ul. Łanowa 43a	MOPS	47
VII	A	Sióstr Służebniczek Staromiejskich NMP NP, ul. Podgórkki Tynieckie 96	Zgromadze- nie Sióstr Służebni- czek NMP NP; Prowin- cja Krakow- ska	50
VIII	B	ul. Praska 25	MOPS	93
IX	B	Seniora-Naftowca, ul. Kluzeka 6	MOPS	90
X	B	im. S. Godynia, ul. Sołtysowska 13d	Fundacja „Zdrowie dla Budow- lanych”	64
Razem				1266

Dodatkowo wyodrębnione kryteria dotyczyły funkcjonowania DPS-ów, lokalizacji placówek, świadczonych usług (m.in. rodzajów terapii zajęciowej, oferty wolnoczasowej) oraz liczebności i kompetencji zatrudnionej kadry. Bazując na koncepcji Zofii Szaroty¹⁶, opracowano skalę, według której zmierzono jakość oferowanych usług. Maksymalnie poszczególne DPS-y mogły uzyskać 67 punktów. Szczegółowe dane prezentuje rycina 2.



Rycina 2. Poziom usług oferowanych przez krakowskie DPS-y

Placówką znajdującą się najbliżej ideału jest DPS im. Stanisława Godynia, oznaczony symbolem X. Jest to nowy ośrodek, spełniający wszystkie elementy standaryzacji. Spośród pozostałych najwyżej plasują się DPS-y IV i IX oraz II. Spełniają one wyznaczone kryteria w 85,07% i otrzymały po 57 punktów. Najniższy poziom usług oferują DPS-y V i VII. Spełniają 71,64% wyznaczonych czynników i uzyskały po 48 punktów.

Największy problem DPS-ów stanowią niewystarczające warunki lokalowe. Metraż pokoi jedno- i wieloosobowych jest zbyt mały w stosunku do wymagań zawartych w standaryzacji i oczekiwań mieszkańców. Brakuje pokoi jednoosobowych oraz pokoi gościnnych. Również warunki sanitarne panujące w DPS-ach pozostawiają wiele do życzenia. Liczba łazienek i toalet jest niezgodna ze standardami, są one nie w pełni dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Nie zlikwidowano barier architektonicznych w większości budynków oraz ich otoczeniu (brakuje podjazdów, wind, nie usunięto progów, nie poszerzono drzwi do pokoi).

Duży problem stanowią braki kadrowe warunkujące efektywność pracy DPS-ów. W związku ze standaryzacją powołano zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, powstała też nowa funkcja – pracownik pierwszego kontaktu. Wyniki badań ukazują,

¹⁶ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność...*

że wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych jest niewystarczający. Zastrzeżenia budzi także ich skład osobowy. Dyrekcje niektórych DPS-ów, zapewne dążąc do poprawności sprawozdawczej dotyczącej spełnienia programów naprawczych, włączają do nich osoby nie zawsze kompetentne, które nie mają związku z terapią czy opieką (np. kucharka, księgowa, intendent, konserwator itp.). Nieuzasadniona obecność tych pracowników w statystykach pozwala na podwyższenie wymaganego przez standaryzację wskaźnika zatrudnienia, ale nie gwarantuje świadczenia usług na odpowiednim poziomie.

Określone standardy usług nie zostały w pełni spełnione, mimo to sam proces ujednolicania jakości świadczeń przyczynił się do wyrównania zakresu oraz wzrostu poziomu usług i w widoczny sposób spowodował polepszenie warunków życia mieszkańców. Nastąpiła zdecydowana poprawa warunków mieszkaniowych i sanitarnych panujących w placówkach. Określenie w standaryzacji wymaganej powierzchni pokoi mieszkalnych oraz ich wyposażenia przyczyniło się do rozgęszczenia mieszkańców oraz modernizacji budynków i pokoi mieszkalnych. Zwiększenie liczby pracowników oraz posiadanie przez nich wymaganych kwalifikacji gwarantuje mieszkańcom lepszą, dostosowaną do ich potrzeb opiekę, a z drugiej strony poprawia warunki pracy personelu i pozwala im efektywniej wykonywać powierzone obowiązki.

Bez względu na typ domu zadaniem placówek opieki całodobowej jest zapewnienie mieszkańcom świadczeń w zakresie potrzeb bytowych, usług opiekuńczych i wspomagających. Na szczególną uwagę zasługują dobrze rozwinięta rehabilitacja ruchowa (kinezyterapia, fizykoterapia), terapia zajęciowa (arte-, biblio-, muzyko-, choreo-, ergoterapia) oraz bogata oferta dotycząca spędzania wolnego czasu (np. wycieczki, zabawy taneczne, organizacja świąt, konkursy, koncerty muzyczne, wyjścia do teatru, muzeów, ogrodu zoologicznego, obchody uroczystości, zabawy towarzyskie, gry stolikowe, zajęcia integracyjne, grillowanie, pikniki, spotkanie międzydomowe, spacer, rejsy statkiem, pielgrzymki, turnusy rehabilitacyjne, wyświetlanie filmów, kółka komputerowe). Dzięki temu jest możliwa rewitalizacja oraz maksymalna aktywizacja osób starszych.

W placówkach oferowane są także świadczenia dodatkowe (np. kluby, kawiarenki, sklepiki, fryzjer, kosmetyczka), wykraczające poza minimum zawarte w standaryzacji, co świadczy o tym, że DPS-y starają się wychodzić naprzeciw potrzebom mieszkańców.

Uzyskane wyniki skonfrontowano z badaniami Szaroty prowadzonymi w krakowskich domach pomocy społecznej w latach 1995-1997¹⁷. W ciągu 10 lat, placówki, których oferta odbiegała od wymagań zawartych w standaryzacji, rozszerzyły zakres świadczeń, dostosowując je do obowiązujących norm. Natomiast ośrodki świadczące usługi zgodne ze standardami postarały się o rozszerzenie zakresu propozycji w ramach usług podstawowych. Mimo wielu zmian, jakie nastąpiły w perspektywie 10 lat (duże remonty, modernizacja budynków i węzłów sanitarnych), krakowskie DPS-y nie są w stanie zapewnić seniorom godziwych warunków ani mieszkaniowych, ani sanitarnych, które byłyby zgodne z obowiązującymi standar-

¹⁷ *Ibidem*, s. 80-138.

dami. W ciągu tych lat w Krakowie powstał tylko jeden nowy dom pomocy społecznej (X), przeznaczony dla 64 seniorów. Mimo że jest to nowa placówka, oddana do użytku w 2003 r., nie jest bez wad. Ośrodek został wybudowany przy minimalnych kosztach, a budynek nie do końca dostosowano do takiej działalności. Wszystkie standardy są spełnione, lecz brakuje pomieszczeń socjalnych dla pracowników, którzy tłoczą się w kilku pokojach, poza tym sala terapeutyczna jest bardzo mała, brakuje także magazynu. Pracownicy ponieśli też porażkę metodyczną – mieszkańcy wykazują postawy roszczeniowe.

Analiza literatury pozwala na stwierdzenie, że każdy z pracowników, który dba o rozwój potencjału, wzmacnianie sił, wzbogacanie życia seniorów, uchronienie ich od poczucia bezużyteczności czy osamotnienia, wykonuje pracę socjalną¹⁸. Badania ukazują, że pojęcie to nie jest właściwie rozumiane przez personel krakowskich placówek. Niestety, w opinii respondentów praca socjalna polega głównie na prowadzeniu dokumentacji i załatwianiu spraw urzędowych. Należy to przekonanie jak najszybciej zmienić.

Trzeba też jak najszybciej zrealizować brakujące elementy programów naprawczych. W związku z niewystarczającą liczbą zatrudnionych w DPS-ach osób, należy zatrudnić dodatkowy personel, w szczególności socjalno-terapeutyczny oraz zwiększyć ofertę doksztalcania i doskonalenia zawodowego. Z powodu wzrastającego wieku seniorów przebywających w placówkach opieki całodobowej, domy te zaczyna się przekwalifikowywać w hospicja. Zostają wyodrębnione oddziały dla osób paliatywnie chorych i leżących, którym oferuje się głównie usługi pielęgnacyjne. Postuluje się dbanie o ciągłe wzbogacanie oferty terapii, ze szczególnym uwzględnieniem terapii przyłóżkowej, która w krakowskich placówkach jest absolutnie zaniedbana.

Wnioski

Instytucjonalny system wsparcia dla osób starszych funkcjonuje raczej poprawnie. Kierunki polityki społecznej zostały właściwie wyznaczone a główne kierunki zmian w opiece nad najstarszymi mieszkańcami Krakowa idą w dobrą stronę.

Postuluje się wzmocnienie działań prosenioralnych na szczeblu powiatu i rozszerzenie oferty pomocy środowiskowej w zakresie mieszkań chronionych, rodzinnych domów dla osób starszych, cateringu i usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania.

Aby przeciwdziałać izolacji i marginalizacji osób starszych, powinny zostać podjęte działania zmierzające ku większemu otwarciu placówek opieki dziennej i całodobowej na środowisko oraz zintensyfikować współpracę z rodzinami mieszkańców DPS-ów. Bardzo dużym problemem jest osamotnienie i depresja osób star-

¹⁸ Por. E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna...*, s. 356-360; P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, *Praca socjalna z ludźmi starymi w środowisku zamieszkania i instytucjach*, [w:] *Podstawy gerontologii społecznej*, red. P. Błędowski, M. Dziegielewska, B. Szatur-Jaworska, Warszawa 2006, s. 186-196; B. Szatur-Jaworska, *Teoretyczne podstawy...*, s. 107-110.

szych. Należy podjąć intensywne działania w celu diagnozy środowiskowej i stworzenia programów pomocowych.

Obecnie duży nacisk kładzie się na podmiotowe traktowanie seniorów oraz zachowanie godności i intymności osób starszych. Mogą liczyć na indywidualne traktowanie oraz dostosowanie oferty świadczeń do swych potrzeb. Istnieje potrzeba zminimalizowania czynności administracyjnych pracowników MOPS, by umożliwić realizację istoty pracy socjalnej. Czynności pracowników socjalnych powinny zmierzać w stronę maksymalnej aktywizacji i rewitalizacji seniorów, co pozwoli im dłużej zachować samodzielność, sprawność i niezależność.

Anna Panek

AKTYWNOŚĆ WOLNOCZASOWA SENIORÓW JAKO PROFILAKTYKA, TERAPIA, JAKO STYL I SENS ŻYCIA

Twórcza działalność i rola pracy osób w wieku starszym

Tajemniczy proces starzenia się nie jest równoznaczny ze schodzeniem w ciemną dolinę; o wiele bardziej przypomina wspinanie się na ostatni szczyt, przed którym trzeba odłożyć każdy zbędny bagaż. Oczywiście wspinaczka na szczyt jest męcząca. Jednak szczyt wiele również obiecuje: szeroki widok, który uzyskuje się tylko tam; inną perspektywę; spojrzenie na przebytą drogę; dystans do tego, co się za sobą pozostawiło; oddech, nowe widzenie; wolność od tego, co przygniata; być może nowe nastawienie do codzienności.

Theresia Hauser, *Zeit inneren Wachstums*.

Die späteren Jahre, Kösel 1997.

Ktoś nazwał kiedyś starość czasem pożegnań. Spostrzeżenie to wydaje się słuszne. Rzeczywiście, w okresie starości przychodzi się nam niejedną raz pożegnać: z życiem zawodowym, z pewnymi rolami społecznymi i rodzinnymi, z rówieśnikami, partnerem, przyjaciółmi, którzy odchodzą wcześniej niż my. To ujęcie starości nie powinno jednak zdominować perspektywy, w jakiej starość widzimy, gdy stajemy się coraz starsi. Mimo to starość pociąga za sobą konieczność pewnej życiowej reorientacji, a raczej nowej orientacji, polegającej na znalezieniu nowych wartości i celów. Nie chodzi tutaj tylko o to, co potocznie rozumie się pod pojęciem „aktywna starość”. A więc zajęcie się wreszcie długo odkładanym hobby, rzetelne poszerzenie swej wiedzy, pogłębienie dawnych i nawiązanie nowych kontaktów, robienie tego, na co wcześniej nie było czasu.

Aktywna starość może mieć także głębsze znaczenie, np. w sensie poszukiwania odpowiedzi na pytanie: kim jestem? czyli określaniu własnej tożsamości. Niektórzy wprawdzie powątpiewają, czy w okresie starości potrzebne jest jeszcze ludziom poszukiwanie i określanie własnej tożsamości. Wydaje się, że przecież stary człowiek już od dawna wie, kim jest. Być może wielu osobom nietrudno będzie udzielić takiej odpowiedzi. Z pewnością jednak nie wszystkim. Ponadto każdy etap życia stawia przed człowiekiem pewne zadania, czegoś od niego wymaga. Nie inaczej starość. Upływające lata nie zwalniają od obowiązku pracy nad sobą. Teraz właśnie jest dobry czas na to, by się dookreślić, może jeszcze coś zmienić, poprawić, a sprzyja temu czas wolny, który wypełnia ich przestrzeń życiową.

Czas wolny osób starszych

Czas wolny to ta część czasu, która jest poza pracą, która jest zużytkowana na podnoszenie kwalifikacji, wypoczynek, naukę, pracę społeczną oraz wszechstronny rozwój osobowości. Pojęcie czasu wolnego nie jest pojęciem dnia dzisiejszego, gdyż występowało już od starożytności, czas wolny powinien być treścią naszych zajęć. Jednak kategoria ta została wyodrębniona wraz z rozwojem cywilizacji¹. Według Józefa Rembowskiego determinanty przywiązania wagi do wielkości i form wykorzystania czasu wolnego są znacznie szersze niż dawniej i zdaniem autora wyznaczają je²:

- a) wzrastająca intensywność pracy przemysłowej,
- b) wynalazki nowej techniki wymagają podnoszenia kwalifikacji,
- c) potrzeby, które wzrastają i są związane z kulturą i rozrywką, domagające się racjonalnego wykorzystania czasu wolnego.

Czas wolny ma do spełnienia funkcje, które w okresie starości nabierają szczególnego znaczenia. Szerszą typologię czasu wolnego przedstawiam w książce *Zrozumieć starość* (za Z. Dąbrowskim). Według niego zajęcia w czasie wolnym pełnią funkcje³:

- edukacyjną, czyli bezinteresowne niewymuszone poszerzanie wiedzy,
- wychowawczą, polegającą na wspomaganiu kształcenia osobowości zgodnie ze wzorami zalecanymi w danej kulturze,
- integracyjną, polegającą na umocnieniu więzi rodzinnej, integracji grup rówieśniczych, towarzyskich,
- rekreacyjną, polegającą na wykonywaniu tych czynności, które przyczyniają się do usuwania objawów zmęczenia lub zniechęcenia,
- kompensacyjną w stosunku do treści i rodzaju czynności wykonawczych w czasie pracy, nauki i w życiu codziennym.

Wiele problemów ludzi starszych wynika z tego, że jest im trudno pokonać obiektywne, jak i subiektywne trudności, a więc: poczucie osamotnienia, świadomość mniejszej atrakcyjności zewnętrznej, trudności materialne, poczucie nieuży-

¹ J. Rembowski, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Poznań 1988, s. 84.

² *Ibidem*, s. 68.

³ A. Panek, Z. Szarota, *Zrozumieć starość*, Kraków 2000, s. 20; Z. Dąbrowski, *Czas wolny dzieci i młodzieży*, Warszawa 1966.

teczności. Powoduje to, że człowiek starszy izoluje się od otoczenia, wycofuje się z życia aktywnego. Ludzie starsi muszą sobie uświadomić te czynniki, które powodują, że okres starości będzie wartościowy i może być źródłem ich twórczej działalności. Zostanie doceniony przez rodzinę oraz środowisko lokalne⁴. Według Hanny Baścik-Danisz takimi czynnikami, które ułatwiają podejmowanie twórczej aktywności są: „doświadczenie, większy dystans do życia, refleksyjność, posiadanie różnorodnego dorobku (zawodowego, społecznego, hobby), duma z powodzenia dzieci, radość z wnuków i okazywanie miłości i czasu wolnego rodzinie, przyjacielom, sobie oraz rozwijanie swoich zainteresowań”⁵.

Umiejętność zagospodarowania czasu wolnego i wypełnienie go takimi czynnościami, które wzbogacą naszą osobowość, jest nie tylko zależne od samego człowieka, ale od rodziny, szkoły, środowiska lokalnego. Wczesny okres życia, nawyki, które się wtedy kształtują warunkują jakość aktywności w późniejszym życiu. Stwarzają możliwość podjęcia samorealizacji i samowychowania⁶. Podejmują je zwykle ci, których w młodości zabierano do kin, bibliotek, muzeum, klubu sportowego i parku. Wychowanie do czasu wolnego to ingerencja w cztery sfery aktywności: społecznej, umysłowej, artystycznej i fizycznej, poprzez wczesne zachęcanie jednostki do uczestnictwa w klubach, stowarzyszeniach, placówkach kulturalno-wychowawczych. Wśród form aktywności seniorów często wymienia się formy zorganizowane przez kluby, placówki opiekuńcze, domy kultury, zespoły artystyczno-muzyczne, regionalne, teatralne, plastyczne. Istnieją również koła zainteresowań osób starszych, ale przy odpowiednio zorganizowanej pomocy doradczej. Wśród form spędzania wolnego czasu wymienia się udział w uniwersytetach Trzeciego Wieku, które kierują swoją działalność bezpośrednio do osób starszych, zaspakajają potrzeby poznawcze słuchaczy, jak również stwarzają możliwość zaspokojenia potrzeby kontaktu emocjonalnego z innymi osobami.

Aleksander Kamiński⁷ uważa, że czas wolny ludzi starszych to czas nieograniczony obowiązkami zawodowymi czy też rodzinnymi, a zatem może być on dowolnie spożytkowany. W ostatnich 10 latach, w okresie intensywnych przemian społeczno-gospodarczych naszego kraju, styl życia ludzi starszych nie uległ istotnym zmianom⁸. Model spędzania przez nich czasu wolnego był tradycyjny i taki pozostał. Z przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w 1989 r. badań wynika, że ludzie starsi najczęściej spędzali swój wolny czas w sposób bierny. Około 79% codziennie oglądało programy telewizyjne, 78,5% słuchało radia, z czynnego wypoczynku korzystała znacznie mniejsza liczba ludzi starszych. Co najmniej raz w tygodniu spacerowały 29% osób badanych, działką zajmowało się 22,5%, hobby 12,1%, gimnastyką poranną 5,6%, wycieczkami rowerowymi 4,9%.

W przeprowadzonych kilka lat później badaniach reprezentatywnych okazało się, że postawy badanych osób starszych wobec form spędzania wolnego czasu wciąż niewiele się zmieniły. Nadal dominował bierny styl spędzania czasu i odbioru

⁴ *Ibidem*, s. 31.

⁵ *Ibidem*.

⁶ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Kraków 2004, s. 59.

⁷ A. Kamiński, *Czas wolny i jego problematyka społeczno-wychowawcza*, Warszawa 1965.

⁸ B. Synak, *Polska starość*, Gdańsk 2002, s. 204.

kultury. Tendencje pasywnego stylu życia ludzi starszych w Polsce potwierdzają wyniki badań prowadzonych przez Małgorzatę Halicką i Jerzego Halickiego oraz samą autorkę. Wynika z nich, że osoby starsze nadal preferują bierny styl życia, głównie na oglądaniu telewizji i słuchaniu radia⁹. Stosunkowo często poświęcają swój wolny czas na czytanie, ale nie książek, a gazet. Formy spędzania wolnego czasu najbardziej preferowane, czyli telewizja i radio, nie są uważane za najważniejsze. W hierarchii ważności spacerowanie oraz praca w ogródku są traktowane przez seniorów jako najważniejsze. Jednak sprzęt radiowo-telewizyjny jest w każdym domu, a korzystanie z niego nie wymaga wysiłku i to ta forma spędzania czasu wolnego jest najłatwiejszą i najbardziej popularną.

Aktywność rekreacyjno-sportowa w opinii seniorów jest najbardziej doceniana, jednak angażowanie się w tę formę aktywności uzależnione jest od nawyków wyniesionych z lat wcześniejszych, jak również od kondycji, kulturowego wzoru starości i dostępności urządzeń rekreacyjnych.

Z badań przeprowadzonych przez wspomnianych autorów wynika, że w hierarchii ważności działalność społeczna uzyskała najniższą rangę, natomiast polityczna nie została uznana za działalność mającą wartość.

Wyniki zgromadzonych badań pozwalają wyróżnić za Halicką i Halickim pięć typów aktywności preferowanych w czasie wolnym przez ludzi starszych¹⁰:

- aktywność rekreacyjno-hobbistyczna, która sprowadza się do spacerów, zajęć sportowych, pracy w ogródku, uprawiania zajęć hobbistycznych, jak malarstwo czy muzyka, wyjścia do kina, teatru,
- aktywność receptywna – czyli oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie gazet, książek, realizowana domu,
- aktywność zorientowana publicznie – typ aktywności, który sprowadza się do działalności społecznej i politycznej, także publicznej działalności w parafii,
- aktywność integracyjna – aktywność, która przybiera formę spotkań i różnych postaci działań, najczęściej o charakterze naukowo-szkoleniowym, towarzyskim oraz usługowa działalność charytatywna. Do tej formy zalicza się spotkania w klubach seniora, w kołach gospodyń, doksztalcanie się w uniwersytetach Trzeciego Wieku, spotkania z przyjaciółmi.
- inne rodzaje aktywności – pojedyncze formy aktywności wskazywane przez badanych, które nie mieszczą się w wyżej omówionych typach.

Z przeprowadzonych badań wynika, że aktywne formy spędzania czasu wolnego przez polskich seniorów nie mają charakteru powszechnego. Niestety styl ludzi starszych w Polsce można określić jako bierny i monotony¹¹.

Niezmierznie ważne jest wychowanie do czasu wolnego i aktywność zajęciowa, są to bowiem czynniki zapobiegawczo-rehabilitacyjne w starości. Potrzebne jest też rozwijanie aktywności i zainteresowań pozazawodowych¹². Szczególnie w starości czas wolny, którego tak wiele osób ma w nadmiarze, może również stać się źródłem

⁹ *Ibidem*, s. 205-207.

¹⁰ *Ibidem*, s. 207.

¹¹ *Ibidem*, s. 217.

¹² H. Szwarz, T. Walońska, T. Łobożewicz, *Rekreacja i turystyka ludzi w starszym wieku*, Warszawa 1988, s. 43.

pułki, osamotnienia, nudy i całkowitego braku zadowolenia z życia. Natomiast aktywność zajęciowa, która jest niezwykle ważna, często jest organizowana w różnych klubach dla osób starszych. Można stwierdzić, że organizowane są różnego rodzaju pogadanki, odczyty, wieczorki towarzyskie, wspólne oglądanie telewizji, występy towarzyskie, wspólne oglądanie i komentowanie filmów, co stanowi ważny element aktywizacji psychicznej starego człowieka¹³.

Instytucje wspierające rozwój starszego człowieka oraz instytucje i placówki pomocy osobom starszym

Z Raportu o rozwoju społecznym – *Polska 1999*, przygotowanym przez UNDP w ramach Programów Narodów Zjednoczonych do spraw Rozwoju, starość w Polsce nie jest ani godna, ani aktywna. Według Raportów złe samopoczucie deklarowało w Polsce 30% ludzi starszych w miastach i 40% na wsi.

Ubóstwo połączone z nieuniknioną w starszym wieku ograniczoną sprawnością, z zagrożeniem chorobowym, a często także i z samotnością tworzy izolację i wykluczenie tej grupy społecznej.

Marginalizacja ludzi starszych ma inne źródła i przejawy, niż w przypadku ludzi młodych i zdolnych do działania¹⁴. Trudniej ją identyfikować, ponieważ nie jest ani agresywna ani nie zagraża społeczeństwu. Z reguły jest niewidoczna. Bardzo czytelnym sygnałem jej występowania jest nieobecność: w życiu publicznym, teatrach, kinach, kawiarniach, ośrodkach wypoczynkowych, w placówkach kultury, a nawet w sklepach. Ludzi starych nie ma tam, gdzie tętni życie, gdzie można nawiązać kontakt z ludźmi. To nie prawda, że wolą nic nie robić, siedzieć przed telewizorem: ich po prostu na to nie stać lub po prostu boją się kontaktu z niezrozumiałym światem zewnętrznym¹⁵.

W krajach Europy Zachodniej dbałość o dobrą kondycję psychiczną najstarszych polega na otwartości systemu edukacyjnego, tworzeniu placówek integracyjnych, angażowaniu ich w działalność samopomocową, umożliwieniem podróży, udostępnieniu kultury, a przede wszystkim dostępie do opieki zdrowotnej, rehabilitacji i środków umożliwiających realizację rozległych potrzeb. Marginalizacja trzeciego pokolenia ograniczona jest tam także odpowiednią edukacją. Na przykład w Wielkiej Brytanii edukacja ma charakter sprawnego ruchu społecznego, a w Niemczech z powodzeniem popularyzuje się turystykę międzynarodową¹⁶. Generalnie ludzie starzy zasługują na szczególną uwagę.

W Polsce funkcjonują różne instytucje i placówki upowszechniania oświaty i kultury, w których osoby starsze mogą zaspokoić swe potrzeby i zainteresowania kulturalne i edukacyjne.

¹³ *Ibidem*, s. 43.

¹⁴ E. Trafiałek, *Uniwersytety Trzeciego Wieku wobec ekskluzji społecznej ludzi starych*, „Edukacja Dorosłych” 2003, nr 3, s. 24.

¹⁵ *Ibidem*, s. 25.

¹⁶ *Ibidem*.

Zajęcia są prowadzone przez instruktorów amatorskiego ruchu artystycznego, kulturalnego, oświatowego oraz wolontariuszy i społeczników, często są to emeryci¹⁷. Tymi placówkami i instytucjami są: kluby seniora, uniwersytety Trzeciego Wieku, domy kultury.

Interesującą propozycją edukacyjną i wolnoczasową są uniwersytety Trzeciego Wieku, które w Polsce powstały w 1975 r. Każdy taki uniwersytet jest zarejestrowany jako stowarzyszenie i posiada ogólnopolski regulamin oraz stanowi część Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Organizacja uniwersytetów Trzeciego Wieku zależy w dużym stopniu od aktywności samorządu słuchaczy. Współpracują z uczelniami wyższymi oraz z instytucjami doskonalenia zawodowego. Kadra dydaktyczna składa się z wykładowców akademickich, lekarzy oraz prawników. Często na wykłady zapraszani są goście: dziennikarze, artyści, pracownicy samorządu oraz przedstawiciele lokalnej inteligencji. Polskie uniwersytety Trzeciego Wieku działają w dwóch nurtach androedukacji: angielskim, ekstensywnym, którego cechą jest upowszechnianie wiedzy i francuskim, intensywnym, który ma wpływ na osobowość uczestników¹⁸.

Nurt intensywny działa w Polsce od 1982 r. przy Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Jako jedyny w Polsce i jeden z nielicznych w świecie wpisuje się w program edukacji permanentnej, która skierowana jest do osób starszych¹⁹. Rok akademicki trwa od października do czerwca. Wykłady odbywają się cztery razy w tygodniu na I roku, roczniki II, III spotykają się dwa razy w tygodniu na seminariach i konwersatoriach. Nie stawia się żadnych ocen, a zaliczenia dostaje się na podstawie notowania treści wykładów oraz pisania prac semestralnych. Dla najbardziej ambitnych i aktywnych seniorów stworzono samokształceniowe koła naukowe.

Treści działalności edukacyjnej wynikają z potrzeb intelektualnych rencistów i emerytów. Podstawową funkcją jest zaspakajanie potrzeb intelektualnych, społecznych, emocjonalnych, artystycznych i kulturalnych²⁰. Program uniwersytetów Trzeciego Wieku obejmuje różne dziedziny wiedzy: głównie są to nauki humanistyczne, takie jak: historia, archeologia, filozofia, literatura, języki obce, kultura języka oraz nauki biologiczno-medyczne i społeczne. Spotkania uniwersyteckie obejmują ogółem około 60 godzin zajęć. Studenci mogą również należeć do zespołów literackich, plastycznych, wokalnie-muzycznych, tkackich, gimnastycznych. Krakowski Uniwersytet Trzeciego Wieku prowadzi działalność naukową, przygotowuje różne konferencje, oraz działalność wydawniczą, która prezentuje najciekawsze prace studentów.

W krajach Europy Zachodniej edukacja ustawiczna traktowana jest jako działalność przynosząca korzyść zarówno jednostkom, jak i całemu społeczeństwu, jako warunek rozwoju społecznego, forma przeciwdziałająca bezrobociu, jako nowy styl życia i skuteczna metoda likwidowania izolacji społecznej. W większości europejskich uniwersytetów Trzeciego Wieku funkcji integracyjnej nadaje się też rangę

¹⁷ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna...*, s. 74.

¹⁸ *Ibidem*, s. 76.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Ibidem*.

większą niż edukacyjnej²¹. W Niemczech funkcjonują trzy placówki dla seniorów i wszystkie mają również charakter integracyjny. Są to uniwersytety ludowe, centra szkoleniowe, akademie dla seniorów i otwarte dla wszystkich wiekowych placówki szkolnictwa wyższego.

Człowiek, poszukując sposobów zaspokojenia swoich potrzeb i dążąc do samorealizacji, staje się uczniem uniwersytetów Trzeciego Wieku. Idea uniwersytetów dotyczy ludzi w wieku dojrzałym i starszym, którzy widzą sens swojego życia w uczestniczeniu w różnorodnych formach zajęć. Uczestnictwo to opiera się na pewnych specyficznych czynnikach. Jest to: mądrość życiowa, tożsamość i czas wolny w tym okresie²². Głównym czynnikiem warunkującym pozytywne nastawienie do starości jest mądrość. Nie jest ona utożsamiona z inteligencją czy wykształceniem.

Za prekursora w tej dziedzinie uważa się Baletsa z Instytutu Maxa Plancka w Berlinie. Czołowego przedstawiciela psychologii *life-span*, czyli takiego kierunku w psychologii rozwojowej, który zakłada, że rozwój jednostki nie kończy się z chwilą uzyskania biologicznej dojrzałości, lecz trwa nadal²³. Psychologia *life-span*, czyli biegu życia uważa, że rozwój człowieka starzejącego się polega na tym, że staje on wobec nowych zadań życiowych, wybiera strategię. I właśnie wykorzystanie doświadczeń w funkcjonalnym uwarunkowaniu jest mądrością życiową. Balets, aby wyjaśnić pojęcie mądrości, wprowadza pojęcie szeroko rozumianej wiedzy, która obejmuje:

- wiedzę deklaratywną – to wiedza dzięki, której „wiemy, że...”
- wiedzę proceduralną – dzięki, której „wiemy, jak...”

Wiedza deklaratywna obejmuje opis faktów i zależności między nimi, wiedza proceduralna obejmuje sposoby działania oraz umiejętności i zdolności.

Człowiek starzejący się posiada zwykle taką mądrość, którą czerpie z doświadczeń, zadań, które postawiło przed nim życie. Również chętnie dzieli się tą mądrością z młodym pokoleniem, udziela im rad i wskazówek. Mądrość życiowa pozwala także człowiekowi starszemu na pogłębienie własnych procesów psychicznych, np. takich, jak: samoświadomość ujęta jako stan wiedzy o sobie, swoich relacjach z otoczeniem²⁴. To właśnie mądrość pogłębia samoświadomość człowieka starszego, a ta zaś opiera się na samopoznaniu i autoanalizie. Samopoznanie jest warunkiem kierowania własnym rozwojem. Pozwala ocenić i ustalić relacje pomiędzy własną siłą życiową a realnymi możliwościami. Autoanaliza zaś łączy się szczególnie w okresie starości z autorefleksją, która oznacza umiejętność samooceny dotychczasowej drogi życiowej²⁵. Tak więc dzięki mądrości człowiek dąży do mądrych wyborów, przemyślanych decyzji, cierpliwości i nieuległości. Również warunkuje ich pozytywne postawy w stosunku do starości. Pozytywne nastawienie do starości to nie postrzeganie jej przez pryzmat chorób i niedoległości, ale jako prezent od życia²⁶.

²¹ E. Trafiałek, *op. cit.*, s. 27

²² G. Łój, *Stymulatory rozwoju ucznia Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, „Nauczyciel i Szkoła” 2003, nr 1-2, s. 60.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ *Ibidem*, s. 62.

²⁶ *Ibidem*.

Drugim czynnikiem, obok mądrości, odgrywającym dużą rolę w pełniejszym przeżywaniu starości jest poczucie tożsamości człowieka starzejącego się. Tożsamość to zespół wyobrażeń, sądów, uczuć, wspomnień i projekcji podmiotu, które odnosi do siebie²⁷. Teoria Ericsona opiera się właśnie na tożsamości. Według niego człowiek w ciągu życia przeżywa kryzysy, dylematy rozwojowe, które można nazywać kryzysami tożsamości. Ericson wyróżnia w swojej koncepcji osiem stadiów cyklu życiowego człowieka, czyli osiem kryzysów tożsamości. Ostatni występuje w okresie starzenia się i jest to integralność „ego” lub rozpacz.

Uważa on, że jeśli osobowość człowieka starszego została dobrze zintegrowana, to w okresie starzenia się ma on poczucie spełnienia i sukcesu życiowego, ma poczucie własnej wartości i jest nastawiony na rozwój. Natomiast ci, których osobowość cechowała się dezintegracją, odnieśli porażkę, mają poczucie niespełnienia, cechuje ich rozpacz i chorobliwy wręcz lęk przed śmiercią.

Tak więc tożsamość w życiu człowieka starzejącego się jest bardzo ważnym czynnikiem i spełnia funkcję przystosowawczą. Jeśli kryzys został rozwiązany pomyślnie, to jednostka ma poczucie bezpieczeństwa, wynikające z tego, że widzi sens własnych działań. Ma poczucie własnej wartości, akceptuje siebie, swoje wady związane z fizycznym starzeniem się organizmu. Natomiast gdy kryzys został rozwiązany negatywnie, człowiek w okresie starości wycofuje się świadomie z ról, które wcześniej pełnił. Nie akceptuje siebie, swoich deficytów, ułomności. Zamiast przystosować się do zmieniających się warunków popada w konflikty z różnymi grupami społecznymi²⁸.

Starość, tak jak dzieciństwo czy dojrzałość, coś zabiera, a coś daje. Ważne jest, aby człowiek w tym czasie nie trzymał się mocno swych dawnych wartości, nie dostrzegając nowych, które pojawiają się przed nim. Taką wartością jest czas wolny, którego ludziom młodym, zapracowanym w życiu codziennym zawsze brakuje. Przecież człowiek w wieku poprodukcyjnym zakończył gonitwę za karierą, pieniędzmi i może na wszystko spojrzeć inaczej, z dystansem. Na tym polega w dużej mierze „mądrość życiowa”²⁹.

Czas płynie szybko i wolno, i nie można tego pogodzić. Powinien być wypełniony, aby życie w okresie starości miało sens. To właśnie dobre zorganizowanie czasu wolnego decyduje o sensie i jakości życia w okresie starości. Zajęcia powinny być tak dobrane do ich potrzeb i możliwości, aby pozwoliły na zdobycie sukcesu.

Idea uniwersytetów Trzeciego Wieku opiera się na tym założeniu. Studentami tych uniwersytetów są ludzie nawet po 80-tym roku życia. Badania wykazały, że około 80% słuchaczy to ludzie o wewnętrznym poczuciu kontroli. Rozwijając swoje możliwości w uniwersytetach, jednocześnie zaspakajają potrzebę samorealizacji. Uniwersytety Trzeciego Wieku nie kształtują mądrości życiowej człowieka starszego. Relacja jest odwrotna³⁰. To mądrość życiowa warunkuje podjęcie nauki w uniwersytetach Trzeciego Wieku i staje się siłą sprawczą popychając człowieka do działania. Pomagają także seniorom w odkrywaniu własnej tożsamości. Człowiek

²⁷ *Ibidem*, s. 63.

²⁸ *Ibidem*, s. 64.

²⁹ *Ibidem*, s. 63.

³⁰ *Ibidem*, s. 65.

starszy uczy się dla siebie. Uczenie się w tym wieku przynosi mu same korzyści: pamięć, która jest często ćwiczona, pozostaje dłużej sprawna. Zajęcia prowadzone w uniwersytetach nadają sens ludzkiemu życiu, aktualizują możliwości, zdolności i talent starszego człowieka. Tak więc uczeń w wieku emerytalnym to swoisty styl przeżywania starości. Uczeń w takim wieku potrafi zdobyć wiedzę i wykorzystać ją w praktyce, w oparciu o życiową mądrość. Pozwala to mu to na twórcze organizowanie czasu wolnego oraz na rozwiązywanie kryzysu tożsamości.

Ciekawy pomysł na życie podsuwa Olga Czemiawska. Bazą dla XXI w. jest, jej zdaniem, uczenie się przez całe życie: uczyć się, aby poznać; uczyć się, aby działać, uczyć się, aby żyć wspólnie, uczyć się, aby być. Nie chodzi tu tylko o uczestniczenie w formach edukacyjnych, ale uświadomienie sobie, że sytuacje edukacyjne tworzy samo życie, o otwarcie się na siebie, na innych i na świat. W ten sposób uczenie się stanie się sposobem na życie, stylem życia³¹. Według amerykańskiego gerontologa Harry'ego R. Moody szczególnie starszy człowiek powinien uczyć się, aby zrozumieć siebie, otaczający świat, aby zrozumieć innych. Aktywność edukacyjna może przejawiać się w pisaniu i reinterpretacji przeszłości. W Polsce kontynuacją wypracowanego stylu poprzez uczenie się coraz częściej staje się uczestnictwo osób starszych w uniwersytetach Trzeciego Wieku. Ich postawa imponuje i zachęca do naśladowania. W starszym wieku nauka może przebiegać wieloma drogami: samotnie, we dwoje, w grupie; dla siebie, rodzin czy wnuków; w zdrowiu, dla jego podtrzymania i w chorobie. Jest to zawsze gotowość do wędrowania przez życie, aby było ono piękniejsze.

Są również inne placówki, wspierające rozwój seniorów. Kluby seniora są placówkami cieszącymi się ogromną popularnością, lecz najczęściej są dostępne tylko w miastach. W Polsce zaczęły funkcjonować w latach 60. XX w., w Europie wcześniej, bo już po II wojnie światowej. Są formami przeciwdziałającymi samotności, społecznej izolacji, zbędności, wspierają możliwości intelektualne osób starszych. Polskie kluby seniora działają w dwóch rodzajach: klubów – zakładowych i środowiskowych. Różnica między nimi jest taka, że członkami tych pierwszych są emeryci danego przedsiębiorstwa lub klubu, natomiast do tych drugich uczęszczają osoby starsze, które zamieszkują tę samą okolicę. Pieczę nad placówkami środowiskowymi sprawują organizacje samorządowe, społeczne, lokalne (np. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów lub gmina, rada miasta, spółdzielnia mieszkaniowa, parafia)³².

Kluby seniora organizują różnorakie zajęcia: kursy edukacyjne, koła zainteresowań i hobbystyczne, zorganizowane formy wypoczynku i rekreacji, różnorodne konkursy, gry towarzyskie, wieczorki taneczne, zapoznawcze, wspólne oglądanie telewizji, wideo. Ponadto organizowane są wycieczki krajoznawcze, pikniki, zwiedzanie muzeum, wyjścia do kina i teatrów. W placówkach organizowane są też spotkania z okazji świąt, pogadanki, dyskusje na temat zdrowia, diety, higieny, prawa (emerytury i renty). Inicjowane są też różne społeczne kwesty, z których do-

³¹ G. Orzechowska, *Przygotowanie do starości*, „Edukacja Dorosłych” 2003, nr 3, s. 17.

³² *Ibidem*, s. 75-76.

chód przeznaczony jest na potrzeby osób chorych, samotnych lub z rodzin wielodzietnych.

Członkowie klubu sami decydują o godzinach spotkań, o organizowanych zajęciach, często zapraszają gości, organizują różne imprezy. Uroczyście obchodzą Dzień Seniora. Działalność klubu jest możliwa dzięki dotacjom i darom.

Instytucjami odgrywającymi ważną rolę w kreowaniu i zaspokojeniu zainteresowań są domy kultury, w których organizowane są dla osób starszych wszelkiego rodzaju spotkania towarzyskie i okolicznościowe, wycieczki, prowadzona jest gimnastyka, działają sekcje zainteresowań, kabarety, zespoły pieśni i tańca, chóry seniorów. U uczestników wszystkich omawianych form spędzania wolnego czasu wzrasta poziom aktywności życiowej, a przede wszystkim komunikacja między uczestnikami placówek. Jak wiadomo, osoby starsze wymagają większej opieki lekarskiej ze względu na wiek i zachorowania, urazy i schorzenia, które w związku z tym się pojawiają. Jednak często ich na to nie stać i w efekcie powoduje to częstsze ich zachorowania i co gorsze, częstszą śmierć z takich powodów.

Nasuwa się pytanie, jak radzić sobie z pogłębiającym się procesem marginalizacji ludzi starych. Opisane propozycje wydają się pewną alternatywą rozwiązywania tego problemu społecznego. Aktywność wolnoczasowa seniorów musi być wykształcona od najwcześniejszych lat życia. Musi być ona postrzegana jako nowy obowiązujący styl życia, który w okresie starości daje ogromne możliwości zarówno profilaktyczne jak i terapeutyczne.