

Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego



Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego

Praca zbiorowa

Katowice 2014



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Recenzent

Dr hab. Piotr Szukalski

Redakcja

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

Projekt okładki i stron środkowych

Krzysztof Ciupek

**Redakcja, korekta,
skład, łamanie i przygotowanie do druku i druk**

OMIKRON Sp. z o.o.

www.omikron.net.pl

Copyright © by Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

Publikacja wydana w związku z działalnością Obserwatorium Integracji Społecznej, w ramach realizacji zadania „Wsparcie Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej w zakresie utworzenia Obserwatorium Integracji Społecznej” projektu 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji”, działania 1.2 „Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej”, priorytetu I „Zatrudnienie i integracja społeczna” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

ISBN 978-83-926737-2-9

SPIS TREŚCI

WSTĘP 8

CZĘŚĆ I: ZAGADNIENIA TEORETYCZNE

*Identyfikacja wyzwań w obszarze polityki społeczno-gospodarczej
w Polsce w kontekście procesu starzenia się populacji* 16

Bożena Zasepa

Tworzenie warunków sprzyjających aktywności ludzi starszych 32

Maria Zrałek

*Finansowanie systemu ubezpieczeń społecznym w Polsce
i w wybranych państwach Unii Europejskiej* 46

Roman Garbicz

Wymiary cyberwykluczenia osób starszych 64

Michał Kaczmarczyk

Nie dajmy się zaskoczyć starości 78

Lidia Zuber-Dzik

*Problemy egzystencjalne osób starszych w konfrontacji
z własną śmiertelnością* 93

Artur Fabiś

CZĘŚĆ II: PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ NA RZECZ SENIORÓW

*Światowe, europejskie i krajowe inicjatywy
na rzecz osób starszych* 108

Barbara Mikołajczyk

*Diagnoza, program, działanie. Wobec starości w środowiskach lokalnych
(przykład Częstochowy)* 124

Ryszard Majer

<i>Jak zorganizować seniorów i zachęcić ich do aktywności społecznej? Na przykładzie Ośrodka Pomocy Społecznej w Czerwionce-Leszczynach</i>	137
Izabela Malik	

CZĘŚĆ III: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA A ZDROWIE OSÓB STARSZYCH

<i>Aktywność fizyczna sposobem na pomyślne starzenie się człowieka</i>	148
Izabela Zając-Gawlak, Dariusz Pośpiech	

<i>Znaczenie aktywności ruchowej w profilaktyce zdrowia starszych osób i charakterystyka najczęściej stosowanych form fitnessu</i>	163
Lidia Kuba, Emilia Korz	

<i>Prawidłowy trening siły mięśniowej dla seniorów.....</i>	178
Sandra Kaduk, Michał Wilk	

CZĘŚĆ IV: PRZESTRZEŃ PRZYJAZNA SENIOROM

<i>Miasto przyjazne osobom starszym na przykładzie SANGERHAUSEN</i>	194
Agnieszka Labus	

<i>Analiza porównawcza pokoi pacjentów starszych na przykładzie wybranych szpitali geriatrycznych</i>	220
Iwona Benek	

O AUTORACH	238
-------------------------	-----

WSTĘP

Dostrzegając wyzwania zmieniającej się sytuacji demograficznej, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego od kilku lat zajmuje się problematyką związaną ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa oraz jego implikacjami w życiu społeczno-gospodarczym. Owocem naszych zainteresowań są badania, publikacje, a także konferencje podejmujące tematy z dziedziny gerontologii¹. Przedsięwzięcia, które podejmuje ROPS z pomocą Obserwatorium Integracji Społecznej skupiają się nie tylko na diagnozowaniu i opisie aktualnej sytuacji, ale także na prognozowaniu oraz tworzeniu rekomendacji, tzw. dobrych praktyk mających na celu poprawę jakości życia seniorów zamieszkujących województwo oraz ich społeczną aktywizację. Wszelkie działania podejmowane w tym kierunku mają kluczowe znaczenie dla dobrostanu województwa śląskiego, którego społeczeństwo starzeje się, w odniesieniu do reszty kraju, w bardzo dynamiczny sposób.

Efektywność tworzenia planów mających na celu dostosowanie infrastruktury społecznej do potrzeb osób starszych oraz skuteczność ich

¹ Serdecznie zachęcamy do zapoznania się z innymi materiałami Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej i działającego w jego ramach Obserwatorium Integracji Społecznej (OIS), które dotyczą zagadnienia starości i seniorów w województwie śląskim. Na stronie internetowej ROPS, w zakładce *Do pobrania* można znaleźć raport z badania ilościowego przeprowadzonego w 2012 roku pt. „Seniorzy w województwie śląskim”. Ponadto w zakładce projektu OIS zamieszczone zostały materiały z konferencji z lat 2011 i 2012 poświęconych głównie zagadnieniom starości oraz konferencji pośrednio nawiązującej do tego tematu, która odbyła się w 2013 roku.

wdrożenia zależy od interdyscyplinarnej współpracy osób, których zainteresowania wiążą się z gerontologią. Należą do nich reprezentanci rozmaitych dziedzin, itd. lekarze, fizjoterapeuci, socjologowie, psychologowie, demografowie, politolodzy, ekonomiści, pracownicy socjalni i politycy, w szczególności politycy społeczni, a także architekci, czy nawet dekoratorzy wnętrz. Mając na uwadze dużą rangę współdziałania i wartość idei konstruktywnej dyskusji ukierunkowanej na wymianę poglądów, w 2012 roku zorganizowano pierwszą edycję Kongresu „Obywatel Senior”, przy którego realizacji współpracowali przedstawiciele różnych środowisk, w tym nauki, medycyny, polityki społecznej i środowisk pomocowych oraz władz samorządowych. Jak się okazało, doceniono inicjatywę organizatorów, a Kongres od tamtej pory stał się ważnym punktem w wojewódzkim kalendarzu wydarzeń dotyczących polityki senioralnej. Idea, która od początku przyświeca organizatorom tej imprezy, wiąże się z przeciwdziałaniem wykluczaniu seniorów z życia społecznego oraz z budzeniem świadomości społecznej, zwłaszcza poprzez przełamywanie krzywdzących stereotypów o osobach starszych i docenianie ich potencjału opartego nie tylko na wiedzy, ale przede wszystkim na doświadczeniu.

Właśnie przy okazji pierwszej edycji Kongresu, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej poszerzył współpracę z ekspertami w zakresie polityki senioralnej. W jej efekcie narodziła się potrzeba wydania publikacji zawierającej teksty zarówno naukowe, jak i popularnonaukowe adresowane nie tylko do osób zawodowo zajmujących się opieką nad ludźmi starszymi i decydentów w sprawach polityki społecznej, czy do społeczności akademickiej i naukowców, ale nade wszystko do samych seniorów oraz ich rodzin. Konieczność ta wiązała się także z chęcią przybliżenia szerszej zbiorowości zagadnień związanych z demograficznym starzeniem się społeczeństwa i jego skutkami, a także z pragnieniem wieloaspektowego przedstawienia czynników mających wpływ na aktywność i jakość życia osób starszych. Publikacja, którą

oddajemy w Państwa ręce, jest pomyślną realizacją tych potrzeb, dzięki czemu z przyjemnością oddajemy ją do Państwa dyspozycji.

Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego to zbiór tekstów zróżnicowanych pod względem zawartości teoretycznej i praktycznej. Niemniej jednak, to właśnie w różnorodności ujęć tematu starości tkwi siła niniejszej publikacji. Czytelnik znajdzie w niej zarówno omówienia teoretyczne, jak i prezentacje dobrych praktyk, a także porady dotyczące zachowania sprawności fizycznej oraz równowagi psychicznej w okresie starości. Wskazówki te, choć adresowane przede wszystkim do seniorów i ich opiekunów, mogą okazać się wartościowe także dla osób będących jeszcze w przededniu jesieni życia. Ponadto nasza publikacja pozwoli osobom młodym, niekoniecznie związanym ze środowiskiem naukowym, zrozumieć, że starość, jako naturalna część egzystencji, nie musi być smutna i zniedołężniała. Podobnie jak jesień nie musi być ciemna, zimna i posępna. W kraju, gdzie panuje powiedzenie „złota polska jesień”, powinniśmy właśnie tak widzieć starość, jako wesołą, kolorową i chociaż już nie upalną – wciąż ciepłą i piękną. Przede wszystkim zaś powinniśmy umożliwić, poprzez nasze prosenioralne działania, takie jej postrzeżenie.

Prezentowana publikacja została podzielona na cztery tematyczne części. W pierwszej znajdują się artykuły, które w sposób syntetyczny wyjaśniają istotę zjawiska starzenia się populacji Polski, jego przyczyny i skutki oraz wskazują cele, które powinna sobie stawiać i do których powinna dążyć krajowa i regionalna polityka społeczno-gospodarcza w obliczu dokonujących się przekształceń demograficznych. Takim tekstem jest artykuł Bożeny Zasepy pt. *Identyfikacja wyzwań w obszarze polityki społeczno-gospodarczej w Polsce w kontekście procesu starzenia się populacji*, w którym autorka poza prezentacją danych demograficznych przedstawia największe wyzwania dotyczące starzenia się społeczeństwa oraz artykuł Marii Zrałek pt. *Tworzenie warunków sprzyjających aktywności ludzi starszych*, która skupia się przede wszystkim na dezyderatach polityki senioralnej. Podobny wydźwięk ma opracowanie Romana Garbca, który przedstawiając różnorodne systemy ubezpieczeń

społecznych w wybranych krajach Wspólnoty, wskazuje propozycje zmian w zakresie finansowania polskiego systemu ubezpieczeń społecznych (artykuł pn. *Finansowanie systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce i w wybranych państwach Unii Europejskiej*). Ponadto początkowa część zawiera opracowania dotyczące sytuacji seniorów, w tym barier, z którymi przychodzi im się zmagać. O ograniczeniach ludzi starszych w dostępie do informacji i tzw. nowych mediów pisze Michał Kaczmarczyk w tekście pt. *Wymiary cyberwykluczenia osób starszych*, natomiast na trudnościach codzienności, troskach egzystencjalnych oraz dylematach związanych z pełnieniem nowych ról społecznych (emerytów, seniorów, dziadków, wdowców itd.) skupiają się Lidia Zuber-Dzik w tekście pt. *Nie dajmy się zaskoczyć starości* oraz Artur Fabiś w *Problemach egzystencjalnych osób starszych w konfrontacji z własną śmiertelnością*.

Kolejna część dotyczy uchwalanych programów i rezolucji oraz podejmowanych na ich podstawie działań w ramach polityki senioralnej, zarówno na szczeblu lokalnym, regionalnym, państwowym, jak i międzynarodowym. Z punktu widzenia obowiązującego prawa i inicjatyw legislacyjnych, zagadnienie starości ujmuje Barbara Mikołajczyk w tekście *Światowe, europejskie i krajowe inicjatywy na rzecz osób starszych*, natomiast na zagadnieniach praktycznych, tj. już realizowanych przedsięwzięciach, mających na celu aktywizację osób starszych w wybranych gminach, piszą kolejno Ryszard Majer w tekście pt. *Diagnoza, program, działanie. Wobec starości w środowiskach lokalnych (przykład Częstochowy)* oraz Izabela Malik w artykule pt. *Jak zorganizować seniorów i zachęcić ich do aktywności społecznej? Na przykładzie Ośrodka Pomocy Społecznej w Czerwionce-Leszczynach*.

Następny blok opracowań obejmuje zagadnienia odnoszące się do możliwości fizycznych seniorów i profilaktyki zdrowotnej, a także zawiera szereg porad dotyczących racjonalnego, dopasowanego do wieku, wysiłku fizycznego. O odpowiednich dla osób starszych ćwiczeniach oraz

o ich wpływie na zdrowie i jakość życia piszą Izabela Zając-Gawlak z Dariuszem Pośpiechem w artykule pt. *Aktywność fizyczna sposobem na pomyślnie starzenie się człowieka* oraz Lidia Kuba wraz z Emilią Korz przedstawiające pozytywny wpływ odpowiednio skomponowanych zajęć fitness na sprawność fizyczną seniorów (*Znaczenie aktywności ruchowej w profilaktyce zdrowia starszych osób i charakterystyka najczęściej stosowanych form fitnessu*). Z nieco innej strony, ujmując kwestię wysiłku fizycznego i jego dobroczynnych skutków dla procesów starzenia Michał Wilk oraz Sandra Kaduk, pisząc o treningu siłowym w *Prawidłowym treningu siły mięśniowej dla seniorów*.

Z kolei ostatnia część publikacji odnosi się do zagadnienia przestrzeni przyjaznej osobom starszym, dopasowanej do ich możliwości ruchowych i poznawczych, a także odpowiadającej ich potrzebom. Blok ten obejmuje dwa artykuły, z których pierwszy dotyczy skali całego miasta – tekst Agnieszki Labus pt. *Miasto przyjazne osobom starszym na przykładzie SANGERHAUSEN*, drugi zaś skupia się na przestrzeni wewnętrznej, tj. pokojach szpitalnych, w których, na czas udzielania pomocy medycznej, mieszkają seniorzy – opracowanie Iwony Benek pn. *Analiza porównawcza pokoi pacjentów starszych na przykładzie wybranych szpitali geriatrycznych*.

Ufamy, że niniejszy zbiór artykułów spotka się z Państwa zainteresowaniem i będzie stanowił inspirację do dalszych efektywnych działań na rzecz osób starszych w naszym województwie. Mamy także nadzieję, że prezentowana publikacja wzbogaci Państwa wiedzę o nowe konteksty polityki senioralnej i przyczyni się do podjęcia refleksji nad rzeczywistością, w której funkcjonują seniorzy. Życzymy dobrej i owocnej lektury.

*Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
Województwa Śląskiego*

CZĘŚĆ I: ZAGADNIENIA TEORETYCZNE

Bożena Zasepa

Identyfikacja wyzwań w obszarze polityki społeczno-gospodarczej w Polsce w kontekście procesu starzenia się populacji

Wprowadzenie

Proces starzenia się populacji krajów wysokorozwiniętych jest faktem i powinien być nie tylko powodem formułowania pesymistycznych scenariuszy ludnościowych i eksponowania jego negatywnych konsekwencji. Można postrzegać go także jako jedno z wyzwań motywujących do zmiany w zakresie koncepcji polityki społecznej i gospodarczej, w kierunku tworzenia warunków do pomyślnego starzenia się i generowania wzrostu gospodarczego. Proces ten, polegający na wzroście liczby osób w starszym wieku i ich udziału w ogólnej liczbie ludności, przy jednoczesnym spadku liczby i udziału dzieci i młodzieży, jest jedną z najważniejszych determinant działań uprzedzających, jakie obserwujemy w Europie w ostatnich latach w sferze społeczno-gospodarczej (np. podwyższanie wieku emerytalnego, promowanie aktywnego starzenia i solidarności międzygeneracyjnej). Jest również kontekstem organizującym cele i kierunki działania polityk krajowych i wspólnotowych w perspektywie długookresowej.

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie obszarów polityki społecznej i gospodarczej, które wymagają zredefiniowania celów i kierunków działania w obliczu procesu starzenia się społeczeństw, co

wiąże się z koniecznością większego niż dotychczas uwzględnienia osób starszych, ich rodzin oraz podmiotów/instytucji działających w obszarze zaspokajania ich potrzeb w gronie beneficjentów poszczególnych rozwiązań. Warto przy tym zaznaczyć, iż przedstawiony w artykule zakres problemów zawiera w sobie trzy rekomendowane przez ekspertów aspekty polityki społecznej, prowadzonej w warunkach starzenia się ludności: politykę wobec starzenia się ludności, politykę wobec ludzi starych i politykę wobec starości². Objętość artykułu i przekonanie o konieczności równoległego prowadzenia wymienionych polityk, przesądziły o wyborze obszarów analizy.

1. Proces starzenia się populacji – przyczyny, skala, konsekwencje

Proces starzenia się populacji (starzenie demograficzne), czyli wzrost odsetka (bez względu na płeć) osób powyżej 60. lub 65. roku życia³, jest konsekwencją przemian w zakresie wzorców rozrodczości i umieralności. Ostatnie dwa stulecia to zmiana reżimu reprodukcji populacji (odnawialności pokoleń) z modelu reprodukcji rozrzutnej (duża liczna zgonów i urodzeń żywych) na model reprodukcji oszczędnej (spadek liczny zgonów i urodzeń żywych). Przemiany te, ujęte w model przejścia demograficznego, łączą się również z koncepcją przejścia epidemiologicznego i zdrowotnego. Konsekwencją tych dwóch ostatnich przejść jest wydłużenie parametru przeciętnego trwania życia, poprawa stanu zdrowia i odroczenie momentu pojawiania się chorób chronicznych⁴.

²Szatur-Jaworska B., Zasady polityki publicznych w starzejących się społeczeństwach, w: Szatur-Jaworska B. (red.), Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje, Biuletyn RPO nr 5, Biuro RPO, Warszawa 2013, s. 9; Błędowski P., Polityka wobec osób starych-ciele i zasady, w: Ciura G., Zgliczyński W. (red.), Starzenie się społeczeństwa polskiego, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Studia BAS Nr 2(30) 2012, s. 202 i następane.

³ Granica starości przyjmowana w Europie to z reguły 60 lat. ONZ rekomenduje przyjęcie progu 65 lat (granica akceptowana w USA i Wielkiej Brytanii). W polskiej statystyce publicznej coraz częściej przyjmuje się próg 65+, zgodny z klasyfikacją populacji ze wzg. na biologiczne grupy wieku (0-14 lat, 15-64 lata, 65 lat i więcej, w tym 80 lat i więcej).

⁴ Szukalski P., Starzenie się ludności-wyzwanie XXI wieku, w: Szukalski P. (red.), Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się, ISP, Warszawa 2009, s. 18-22.

W ostatnich dekadach mamy jednakże do czynienia, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, z tzw. **drugim przejściem demograficznym (reprodukcją zawężoną)**, którego przejawem jest m.in. takie natężenie liczby urodzeń, które nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń (dominujący trwale ujemny przyrost naturalny, wskaźnik dzietności poniżej 2,10-2,15 dziecka na 1 kobietę w wieku rozrodczym) oraz zmiana wzorców małżeńskości. Na przebieg procesu starzenia się ludności wpływ mają również procesy migracyjne oraz zdarzenia nadzwyczajne (np. kryzysy społeczne, ekonomiczne, polityczne, zmiany kulturowe), których konsekwencją jest m.in. falowanie ruchu naturalnego czy zmiana wzorców małżeńskości, wykazująca pozytywną relację ze zmianami w zakresie płodności.

Przemianę wzorca procesu rozrodczości można w najprostszy sposób analizować przez pryzmat skali urodzeń żywych (w liczbach bezwzględnych lub poprzez ogólny współczynnik urodzeń żywych) oraz przemiany wzorca płodności (ogólny współczynnik dzietności wg grup wieku, współczynniki reprodukcji brutto i netto, średni wiek rodzenia dziecka/pierwszego dziecka). Wzorzec umieralności najczęściej, na potrzeby oceny skali i dynamiki starzenia się populacji, charakteryzuje się poprzez parametr przeciętnego trwania życia, z podziałem na płeć i parametr uśredniony (przeciętna liczba lat dalszego życia dla osób w określonym wieku). Zestawienie danych statystycznych z dłuższych okresów czasu, odnoszących się do powyższych procesów, pozwala formułować wnioski dotyczące kierunku i tempa zmian. Właściwy kontekst rozważaniom nad procesem starzenia się populacji nadaje także analiza informacji pochodzących z prognoz demograficznych i tak wyniki **prognozy demograficznej dla Polski** na lata 2008-2035 zakładają spadek liczby urodzeń żywych (z blisko 388 tys. w 2007 roku do 272,5 tys. w 2035 roku), ujemny przyrost naturalny na poziomie minus 178 090 w roku 2035 (minus 5,0 na 1 tys. ludności), spadek odsetka kobiet w wieku rozrodczym w populacji ogółem (z 25,5 w roku 2007 do 20,1 w 2035) i niekorzystną zmianę w strukturze tej grupy wieku (w 2035 roku kobiety w wieku 35-49 będą stanowiły 49,1% kobiet w wieku 15-49 lat),

dalsze, chociaż mniej dynamiczne wydłużanie parametru trwania życia (mężczyźni 77,1 lat, kobiety 82,9 lat, co oznacza wydłużenie parametru o 6 lat dla mężczyzn i o 3 lata dla kobiet w stosunku do parametrów z 2007 roku oraz zmniejszenie dystansu między płciami z ponad 8 do 6 lat) oraz wzrost mediany wieku (granica wieku, którą połowa populacji już przekroczyła, a druga jeszcze nie osiągnęła)⁵ populacji⁶ z 37,3 lat w 2007 roku do 47,9 lat w roku 2035.

Bezpośrednią konsekwencją demograficzną tak kształtujących się procesów demograficznych, wzmacnianych w Polsce ujemnym saldem migracji zagranicznych, jest zmniejszanie się liczby ludności oraz zmiany struktury wieku populacji. Do oceny skali zaawansowania procesu starzenia się stosuje się najczęściej tradycyjne **wskaźniki struktury wieku**, z których najpopularniejsze to: współczynnik starości demograficznej (relacja ludzi w starszym wieku: 60+, 65+, 80+ do ogólnej liczby ludności), współczynnik obciążenia demograficznego (relacja liczby osób w wieku nieprodukcyjnym - 0-17 lat - oraz poprodukcyjnym - 60+K/65+M - do liczby osób w wieku produkcyjnym - 18-59K/64M⁷), mediana wieku ludności oraz liczba ludności w wieku 65+ na 100 osób w wieku 0-14 lat.

Wg prognozy demograficznej dla Polski do roku 2035⁸ (wariant realistyczny) liczba ludności zmniejszy się z 38 092 tys. w 2010 roku do niespełna 36 mln. Przewiduje się, że w perspektywie roku 2035 udział osób w wieku poprodukcyjnym będzie wynosił 26,7%, co oznacza jego

⁵ Parametry przeciętnego trwania życia w 2012 roku: dla mężczyzn 72,4 lata, dla kobiet 80,9 lat. Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009, s. 152, 302-304, 318-320, 323, dostępny na stronie:

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf (dostęp: marzec 2013); Rocznik Statystyczny RP 2012, GUS, Warszawa 2013, tabl. 26(142).

⁶ Mediana powyżej 35 lat jest uznawana za charakterystyczną dla społeczeństw starzejących się.

⁷ W przyszłości prawdopodobnie należy oczekiwać modyfikacji parametru wieku poprodukcyjnego, co wiąże się wydłużaniem okresu aktywności zawodowej (stopniowe podwyższanie i wyrównywanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn). GUS w ciągu dalszym stosuje dotychczasową metodologię. Zastosowano ją także w artykule przy prezentacji danych statystycznych odnoszących się do ekonomicznych grup wieku.

⁸ Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009, s. 240, dostępny na stronie: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf (dostęp: marzec 2013).

wzrost o prawie 11 pkt. proc. w porównaniu do roku 2007 (16,0%). Najmłodsze roczniki - osoby w wieku przedprodukcyjnym 0-17 lat, będą w 2035 roku stanowiły zaledwie 15,7% ogółu ludności (w porównaniu do 2007 roku oznacza to spadek o 4 pp.).

Pogarsza się także relacja pomiędzy poszczególnymi grupami wieku w populacji. Współczynnik obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym zwiększy się z 56 w 2007 roku, do 74 w roku 2035⁹. Udział ludności wg biologicznych grup wieku kształtował się/będzie się kształtował następująco¹⁰:

- ludność w wieku 0-14 lat: 2007 rok-15,5%; 2020 rok-15,6%; 2035 rok-12,5%;
- ludność 65+: 2007 rok-13,5%, 2020 rok-18,4%, 2035 rok-23,2%;
- ludność 80+: 2007 rok-3%, 2020 rok-4,1%, 2035 rok-7,2%.

Zmianie ulegnie tym samym relacja między pokoleniem „wnuków i dziadków”. W 2007 roku na 100 osób w wieku 0-14 lat przypadało 87 osób w wieku 65 lat i więcej. Dla roku 2020 wskaźnik ten przyjmie wartość ok. 118, natomiast w 2035 roku 185¹¹.

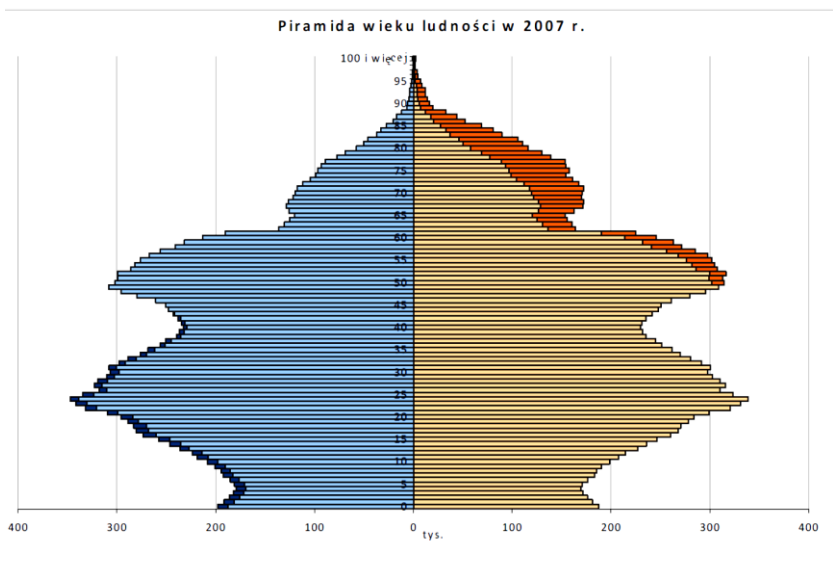
Często wykorzystywanym w demografii modelem analizy zmian w liczbie ludności ze względu na płeć i wiek, jest **piramida wieku ludności**. Poniższe dwa wykresy prezentują piramidy wieku dla roku 2007 i 2035.

⁹ Obciążenia cząstkowe kształtują się następująco: w roku 2007 na 100 osób w wieku produkcyjnym 31 osób w wieku przed produkcyjnym i 25 w wieku poprodukcyjnym, dla 2035 roku odpowiednio 27 i 46. Prognoza ludności..., s. 311.

¹⁰ Tamże, s. 219.

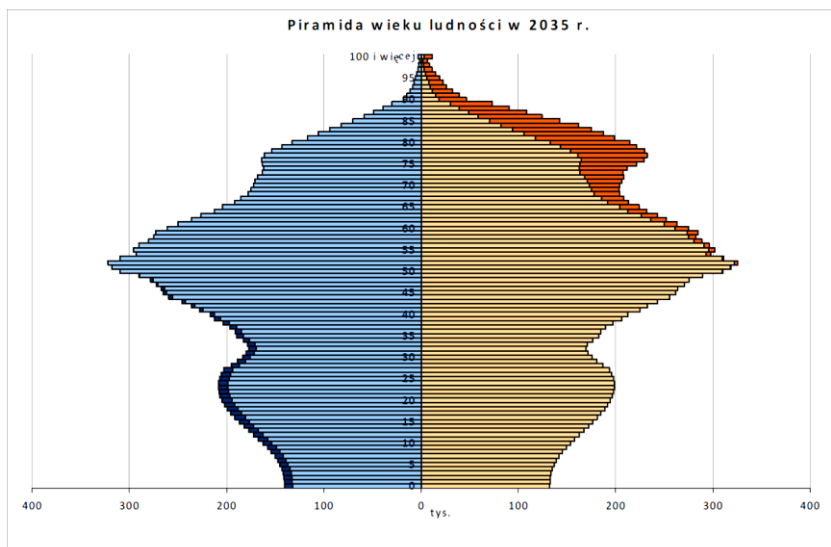
¹¹ Tamże, s. 204.

Wykres 1 Piramida ludności wg płci i wieku w roku 2007



Źródło: Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009, s. 6.

Wykres 2 Piramida ludności wg płci i wieku w roku 2035



Źródło: Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009, s. 7.

Kształt piramidy dla roku 2035 wyraźnie wskazuje na regres demograficzny, charakterystyczny dla społeczeństw starzejących się, co

powinno już teraz przełożyć się na podjęcie odpowiednich działań w ramach polityk publicznych.

Konsekwencje procesu starzenia się mają charakter wieloaspektowy. W obszarze ekonomicznym wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym spowoduje większe obciążenie grupy aktywnych zawodowo w związku z koniecznością zapewnienia wydolności finansowej systemu emerytalno-rentowego oraz systemu usług społecznych. Wzrośnie zatem wartość współczynnika obciążenia ekonomicznego (relacja między liczbą osób w wieku poprodukcyjnym a liczbą osób w wieku produkcyjnym) i współczynnika obciążenia demograficznego (relacja między grupą ludności w wieku nieprodukcyjnym a liczbą ludności w wieku produkcyjnym). Postarzenie zasobów pracy wpłynie także na konkurencyjność gospodarki oraz siłę nabywczą konsumentów; zmieni się zapotrzebowanie na określone dobra i usługi. Wątpliwości budzi możliwość utrzymania wzrostu gospodarczego w społeczeństwie, które z racji regresywnej struktury ludności wg wieku będzie prawdopodobnie mniej innowacyjne, mniej produktywnie i mniej skłonne do ryzyka w porównaniu do obecnego.

W obszarze opieki zdrowotnej zwiększy się zapotrzebowanie na usługi specjalistyczne, świadczone w sposób ciągły i często w placówkach leczenia zamkniętego. Konsekwencją wydłużania się życia będzie wzrost liczby osób niepełnosprawnych i zależnych, co wpłynie na zwiększenie zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne.

Wyzwaniem staje się utrzymanie wydolności systemów świadczeń społecznych (zwłaszcza pracowniczego systemu emerytalnego). Dłuższa aktywność zawodowa będzie powodowała konieczność wypłacania wyższych świadczeń. Efekt ten może zostać nieco złagodzony poprzez fakt, iż trwanie życia wydłuża się głównie w okresie starości. Będzie to oznaczało konieczność podzielenia kwoty uprawnień i środków emerytalnych przez większą liczbę miesięcy niż dotychczas, ale nie zmienia to faktu, iż szansę na jej pobieranie będzie miała coraz większa

liczba uprawnionych¹². Innymi słowy, zapewnienie wydolności finansowej systemów emerytalnych będzie wymagało znaczących nakładów finansowych. Należy pamiętać także o konieczności sfinansowania/dofinansowania przez budżet państwa świadczeń dla grup zawodowych, mających uprawnienia do świadczeń z systemu zaopatrzeniowego (służby mundurowe, wojsko zawodowe, sędziowie, prokuratorzy) oraz dla rolników.

Dłuższe pozostawanie na rynku pracy spowoduje konieczność przeformułowania w ramach rodziny roli i formy transferów międzypokoleniowych (zwłaszcza w formie czasu poświęcanego na opiekę nad wnukami). To tylko nieliczne zmiany, z jakimi przyjdzie się zmierzyć polityce społecznej i gospodarczej, o czym nieco szerzej w dalszej części artykułu.

2. Starzenie się ludności wyzwaniem dla polityki społeczno-gospodarczej

Świadomość nieuchronności procesu starzenia się staje się jednym z najistotniejszych uwarunkowań polityki społecznej i gospodarczej w krajach europejskich. W zasadzie możemy mówić o 3 komplementarnych politykach, które powinny organizować działania podejmowane nie tylko w sferze publicznej: polityce wobec starzenia się, polityce wobec ludzi starych i polityce wobec starości.

Polityka wobec starzenia się to taki system działań, który ma rozwiązać lub ograniczyć problemy wynikające ze wzrostu odsetka ludzi starych w społeczeństwie (funkcjonowanie rynku pracy, obszar zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia, edukacja do starości, polityka migracyjna). **Polityka wobec starości** opiera się na przekonaniu, iż starość jest jedną z faz życia i w związku z tym jej celem (polityki) jest wspieranie jednostek w radzeniu sobie z problemami, które mogą się w

¹² Co wynika z przyjętej w systemie formuły świadczenia zależnego od ilości zgromadzonych zapisów składkowych na koncie w ZUS i kapitałów w OFE oraz przewidywanej długości życia w momencie przechodzenia na emeryturę (formuła zdefiniowanej składki).

jej trakcie pojawić, zapewnienie starości pozycji równoprawnej z innymi fazami życia, kształtowanie jej pozytywnego wizerunku i przygotowanie do niej młodszych pokoleń¹³.

Polityka wobec osób starszych jest skierowana na interesy i potrzeby osób starszych i ich rodzin, żyjących w danym czasie i na danym obszarze. Opiera się na rozpoznaniu potrzeb i zaplanowaniu konkretnych działań, by umożliwić tym osobom przede wszystkim w miarę samodzielne życie i zapewnić im poczucie przynależności do społeczeństwa¹⁴. Mówiąc o zadaniach polityki społecznej wobec ludzi starych, odnosimy się do obszarów, które można uznać za najbardziej istotne z punktu widzenia realizacji następujących celów¹⁵:

- umożliwienia osobom starszym samodzielnego życia, poprzez indywidualizację i dostosowanie świadczeń do ich potrzeb,
- podniesienia ich standardu życia, dzięki udoskonaleniu systemów świadczeń materialnych i usługowych,
- zapewnienia im stabilnej pozycji w strukturze społecznej, poprzez działania sprzyjające integracji, partycypacji, upodmiotowieniu i samodzielności oraz
- przygotowania jednostek i społeczeństw, w tym społeczności lokalnych, do starości.

Powyższe cele dają możliwość identyfikacji obszarów działania, istotnych w procesie zaspokajania potrzeb seniorów. W literaturze przedmiotu¹⁶ wskazuje się, iż do najistotniejszych obszarów należą: usługi w zakresie zdrowia (w tym kwestia rehabilitacji), pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, utrzymaniu samodzielności i kontaktów społecznych, działania dotyczące stylu życia (czas wolny, aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna), aktywność zawodowa,

¹³ Szatur-Jaworska B., *Zasady polityk...*, s. 9-10; Błędowski P., *Polityka wobec ...*, s. 205-206.

¹⁴ Tamże, s. 9, tamże s. 206.

¹⁵ Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH Monografie i Opracowania nr 510, Warszawa 2002, s. 219.

¹⁶ Między innymi: Szukalski P. (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP, Warszawa 2009; Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH Monografie i Opracowania nr 510, Warszawa 2002; Kałuża D., Szukalski P. (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2010.

usługi opiekuńcze oraz poradnictwo dotyczące różnych aspektów funkcjonowania osób starszych w społeczeństwie.

Jednym z głównych zadań polityki społecznej staje się zatem stworzenie warunków do **aktywnego starzenia się**, które wg definicji OECD z 1998 roku jest identyfikowane jako „zdolność ludzi do tego, by mimo upływu lat wieść produktywne życie w sferze społecznej i gospodarczej. Oznacza to, że ludzie potrafią dokonywać elastycznych wyborów w zarządzaniu swoim czasem na przestrzeni życia-czasem poświęcanym na naukę, pracę, odpoczynek i zapewnienie opieki innym”¹⁷. Ludzie starzy napotykać jednak przeszkody utrudniające im prowadzenie aktywnego życia (stan zdrowia, nieelastyczne rynki pracy, bariery edukacyjne, stereotypy społeczne). Polityka aktywnego starzenia się powinna przede wszystkim pomagać w przewyżnianiu tych przeszkód¹⁸ w zidentyfikowanych, kluczowych obszarach.

Zdrowie to pełnia dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki, która umożliwia adaptację do zmieniającego się otoczenia (wymiar definicyjny rekomendowany przez WHO). To jedna z najważniejszych wartości wskazywanych przez ludzi, która znalazła odzwierciedlenie w art. 68 (również art. 69) polskiej Konstytucji. Ochronę zdrowia w Polsce traktuje się generalnie jako prawo człowieka. Obywatele (i grupy zrównane w prawach), niezależnie od sytuacji materialnej, powinni mieć zapewniony równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczególną opiekę władze publiczne zapewniają dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Ponadto osobom niepełnosprawnym władze publiczne są zobowiązane udzielić pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy i komunikacji społecznej.

Zdrowie jest warunkiem niezbędnym do podejmowania i kontynuowania aktywności zawodowej, utrzymania samodzielności i

¹⁷ Za: Perek-Białas J., Worek B., Aktywne starzenie się. Aktywna starość-określenie pojęć, w: Perek-Białas J. (red.), Aktywne starzenie się. Aktywna starość, Wyd. Aureus, Kraków 2005, s. 13.

¹⁸ Tamże, s. 13.

aktywności w podeszłym wieku. W tym kontekście na podkreślenie zasługuje promowanie rozwiązań, które mają na celu oferowanie dostępnych, odpowiednich jakościowo i przystępnych cenowo usług zdrowotnych. Ich zakres powinien dotyczyć zarówno działań o charakterze prewencyjnym, leczniczym, jak i rehabilitacyjnym. Bariery, jakie możemy zidentyfikować w tym obszarze, to m.in. zróżnicowanie dostępu do świadczeń w układzie terytorialnym, trudności w uzyskaniu świadczeń specjalistycznych oraz niewielki zakres działań profilaktycznych.

Usługi opiekuńcze to głównie świadczenie niepieniężne z pomocy społecznej, obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, m.in. opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz (w miarę możliwości), zapewnienie kontaktów z otoczeniem osobie starszej, która w tym zakresie wymaga pomocy innych osób. Wymiar i zakres usług jest zależny od stanu zdrowia osoby starszej, jej sytuacji rodzinnej, sprawności psychofizycznej oraz możliwości udzielenia wsparcia przez rodzinę i środowisko. Usługi opiekuńcze mają szczególne znaczenie dla osób samotnych, z zaburzeniami psychicznymi, chorych i niepełnosprawnych. Kierunek działań w omawianym zakresie powinien koncentrować się na podniesieniu ich jakości, środowiskowym wymiarze oraz włączeniu w ich dostarczanie innych, poza publicznym, sektorów. Tematem wartym ponownego podjęcia jest rozważenie możliwości wprowadzenia **ubezpieczenia pielęgnacyjnego**, które pozwoliłoby na zapewnienie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych osobom, które w okresie aktywności zawodowej mogłyby ponieść dodatkowy koszt ochrony ubezpieczeniowej.

Jednym z kluczowych celów polityki społecznej staje się również wspieranie jak najdłuższej **aktywności zawodowej**. Wydłużenie wieku emerytalnego do 67 lat w perspektywie roku 2040 dla kobiet i 2020 dla mężczyzn powoduje, iż wyzwaniem staje się promowanie modelu rynku pracy, który sprostałby temu zadaniu. Wymóg dłuższej aktywności zawodowej wymaga m.in. wdrożenia, na poziomie przedsiębiorstw

strategii zarządzania wiekiem oraz umożliwienia poszerzania, aktualizacji i zmiany kwalifikacji zawodowych¹⁹. Ze strony władz publicznych konieczne jest stworzenie ram prawnych i organizacyjnych, pozwalających na wydłużenie okresu aktywności zawodowej oraz wspierających osoby w wieku przedemerytalnym w poszukiwaniu pracy. Osoby 50 plus są jedną z grup najbardziej narażonych na bezrobocie, zwłaszcza długookresowe. Rozważenia, głównie na poziomie lokalnym, będzie wymagało wykorzystanie w omawianym zakresie potencjału sektora ekonomii społecznej.

Dłuższa aktywność zawodowa wiąże się także z wyższym wymiarem świadczeń społecznych zależnych od opłacania składek ubezpieczeniowych. **Obszar zabezpieczenia społecznego** jest bowiem silnie powiązany, poprzez system składek i podatków, z rynkiem pracy i zatrudnieniem. Zapewnienie świadczeń społecznych pozwalających na godną egzystencję jest nie tylko wypełnieniem zapisów ustawowych, ale także warunkiem zapewnienia spójności społecznej oraz realizacji jednego z podstawowych praw człowieka, jakim jest prawo do godnego życia.

Starzenie się populacji w sensie ekonomicznym postrzegane jest jako bariera dla wzrostu gospodarczego i problem związany z rosnącymi kosztami utrzymania osób starszych oraz zaspokajania ich specyficznych potrzeb. Odpowiedzią na te obawy i szansą jest koncepcja **srebrnej gospodarki** (*silvereconomy*), opartej na zaspokajaniu potrzeb wyłaniających się ze starzenia się ludności. Jej kluczowe obszary dotyczą zapewnienia jak najdłuższej aktywności zawodowej, jak najdłuższej samodzielności, zagospodarowania czasu wolnego seniorów, dbałości o zdrowie i image, zapewnienia integracji społecznej oraz dostarczenia specyficznych dla wieku usług finansowych. Tak zdefiniowane obszary

¹⁹ Szerzej o roli przedsiębiorstw w gospodarce krajów starzejącej się w: B. Zasepa, Przedsiębiorstwa społecznie odpowiedzialne w obliczu procesu starzenia się ludności, w: Etyczny wymiar odpowiedzialnego biznesu i konsumeryzmu na początku XXI wieku, L. Karczewski, H.A. Kretek (red.), Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu, Racibórz 2013, s. 269.

stanowią pola do podejmowania działań przez wszystkie sektory gospodarki i podmioty działające na ich styku²⁰.

Ostatni prezentowany w artykule obszar, istotnie związany z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia, a w związku z tym z rosnącym odsetkiem osób starszych w społeczeństwie, to obszar powiązany z szeroko pojętą **aktywnością edukacyjną, społeczną i kulturalną**. Aktywność edukacyjna, zwłaszcza w większych miastach może odbywać się poprzez udział w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Jeżeli jednak uznać edukację nieformalną za bardziej dostępną dla szerokiego grona osób starszych, należy wskazać na edukacyjną rolę takich podmiotów jak kluby seniora, domy dziennego pobytu czy podejmowanie działalności w organizacjach społecznych (wolontariat). Ich zasadnicza funkcja nie polega na wypełnianiu funkcji edukacyjnych, ale przebywanie z ludźmi i wspólne działanie posiada niewątpliwie taki walor. Podmioty te pełnią istotną rolę w zakresie promowania aktywności społecznej i kulturalnej, należy zatem wspierać wszystkie te inicjatywy, które mają na celu uaktywnienie i zintegrowanie osób starszych wokół wspólnych działań. Ideą, którą należy rozwijać jest idea wolontariatu, zwłaszcza w układzie relacji międzypokoleniowych. Władze publiczne powinny nie tylko sprzyjać samoorganizacji i aktywności seniorów, ale przede wszystkim wspierać ją i promować.

Na koniec warto podkreślić, iż **problemy starości i ludzi starych powinny być rozwiązywane głównie na poziomie społeczności lokalnych**. Społeczności te w sposób najbardziej efektywny są w stanie zaspokoić potrzeby, kształtować warunki do życia i budować przyjazne środowisko społeczne dla i z ludźmi starszymi. Ewentualne rozproszenie działań wobec tej grupy społecznej na szczeblu krajowym, może być przewyciężone w wymiarze lokalnym. Nic nie stoi na przeszkodzie, by w ramach programów lub strategii rozwiązywania problemów

²⁰ Szukalski P., Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012, s. 111-112; S. Golinowska, Srebrna gospodarka-ekonomiczny wymiar procesu starzenia się populacji, (w:) Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje, B. Szatur-Jaworska (red. naukowa), Biuletyn RPO nr 5, Biuro RPO, Warszawa 2013, s. 134.

społecznych uwzględnić osoby starsze, jako wyodrębnioną grupę beneficjentów działań lokalnych lub/i ponadlokalnych.

Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych przejawia się w podejmowaniu różnych form aktywności na rzecz tej grupy społecznej na obszarze działania samorządu terytorialnego w ramach jego zadań własnych i zleconych oraz lokalnych inicjatyw. Powinna być zatem nastawiona nie tylko na rozwiązywanie problemów socjalnych i bytowych, ale także na zapewnienie atrakcyjnej dla nich oferty spędzania czasu wolnego, przy wykorzystaniu form integracji między- i wewnątrzpokoleniowej²¹. Według Piotra Błędowskiego typy lokalnej polityki społecznej wobec osób starszych mieszczą się między dwoma skrajnymi modelami: modelem interwencji (wobec najsłabszej ekonomicznie i znajdującej się w najtrudniejszej sytuacji życiowej grupy osób starych) oraz modelem optymalizującym zaspokojenie potrzeb oraz integrację społeczną²². Jednakże polityka ta, niezależnie od przyjętego modelu, powinna jasno zdefiniować swój zakres podmiotowy i uwzględniać specyfikę terytorialną, zidentyfikowaną w oparciu o diagnozę potrzeb i oczekiwań osób starszych.

Podsumowanie

Polska w kolejnych dekadach będzie jednym z tych krajów, w których proces starzenia się populacji będzie najszybszy. Jest to jednak proces, na który mimo jego nieuchronności i skali, można oddziaływać. Artykuł prezentował proces starzenia się w kontekście wybranych obszarów polityki społecznej i gospodarczej oraz wyzwań, stojących przed ich realizatorami. Wzrost odsetka osób starszych w społeczeństwach europejskich jest jednak nie tylko istotny z punktu widzenia działań podejmowanych w tym zakresie. Przygotowanie do starości demograficznej będzie wymagało przewartościowania myślenia o roli seniorów w społeczeństwie, społeczności lokalnej i rodzinie również

²¹ Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna*, s. 199, 212.

²² Tamże, s. 199-204.

przez samych adresatów. „Senior przyszłości” w myśleniu o sobie i swoim miejscu w życiu, częściej niż obecnie będzie przyjmował postawę aktywnego starzenia się. Wynika to ze zmian, które następują i dotyczą wszystkich faz życia człowieka. Polityka społeczna i rynek w najbliższych dziesięcioleciach powinny uwzględniać te zmiany, by dopasować ofertę usług, świadczeń społecznych, infrastruktury społecznej oraz rynek pracy do innej, niż obecna rzeczywistości.

Bibliografia:

1. Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Monografie i Opracowania nr 510, SGH, Warszawa 2002.
2. Błędowski P., *Polityka wobec osób starych-cele i zasady*, (w:) *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, G. Ciura, W. Zgliczyński (red.), Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Studia BAS Nr 2(30) 2012.
3. Golinowska S., *Srebrna gospodarka-ekonomiczny wymiar procesu starzenia się populacji*, (w:) *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, B. Szatur-Jaworska (red. naukowa), Biuletyn RPO nr 5, Biuro RPO, Warszawa 2013.
4. *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, D. Kałuża, P. Szukalski (red.), Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2010.
5. Perek-Białas J., Worek B., *Aktywne starzenie się. Aktywna starość-określenie pojęć*, (w:) *Aktywne starzenie się. Aktywna starość*, J. Perek-Białas (red.), Wyd. Aureus, Kraków 2005
6. *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, GUS, Warszawa 2009, (http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf).

7. *Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035* (http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_PL_2008-2035.pdf).
8. *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, P. Szukalski (red.), ISP, Warszawa 2009.
9. *Rocznik Statystyczny RP 2012*, GUS, Warszawa 2013.
10. Szatur-Jaworska B., *Zasady polityk publicznych w starzejących się społeczeństwach*, (w:) *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, B. Szatur-Jaworska (red. naukowa), Biuletyn RPO nr 5, Biuro RPO, Warszawa 2013.
11. Szukalski P., *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.
12. Szukalski P., *Starzenie się ludności-wyzwanie XXI wieku*, (w:) *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, P. Szukalski (red.), ISP, Warszawa 2009.

Maria Zrałek

Tworzenie warunków sprzyjających aktywności ludzi starszych

Starzenie się społeczeństwa pociąga za sobą wielorakie konsekwencje (społeczne, ekonomiczne, polityczne, kulturowe), ale jest też wyzwaniem dla kreowania rozwiązań w taki sposób, by społeczeństwo polskie mogło w przyszłości normalnie funkcjonować. Szczególną uwagę należy zwrócić na starsze generacje, bowiem tempo przyrostu ludności w wieku poprodukcyjnym wg prognozy demograficznej GUS będzie się intensywnie zwiększać. Polska staje się krajem „siewających głów”.

Problem konsekwencji starzenia się społeczeństw został dostrzeżony przez Unię Europejską, która w dniu 14 września 2010 r. ogłosiła rok 2012 Europejskim Rokiem Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej²³. Przesłaniem tej inicjatywy było wskazanie nie tylko na wyzwania wynikające ze zwiększającej się liczby osób starszych, ale przede wszystkim unaocznienie znaczącego wkładu, jaki starsze pokolenia mogą wnieść dla całego społeczeństwa. W dużym stopniu jest to uwarunkowane stworzeniem warunków umożliwiających jak najdłuższe utrzymanie ich dobrego stanu zdrowia, aktywności i niezależności. Obecnie w polityce senioralnej lansujemy aktywność we wszystkich możliwych polach funkcjonowania starszego człowieka i z

²³ Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 roku w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (Dz. Urz. UE L246 z 23.9.2011 roku).

pewnością jest to bardzo potrzebne. Światowa Organizacja Zdrowia uznała aktywne starzenie się jako proces tworzenia optymalnych możliwości w zakresie zdrowia, uczestnictwa i bezpieczeństwa, mających na celu poprawę jakości życia ludzi w okresie starości. Aktywne starzenie się pozwala ludziom wykorzystać potencjał, jakim dysponują, uczestniczyć w życiu społecznym, lecz następować to może jedynie w warunkach zapewniających odpowiednią ochronę i dających poczucie bezpieczeństwa i opieki. Takie ujęcie aktywnego życia osób starszych wskazuje na konieczność wielowymiarowego podejścia we wsparciu ludzi starszych we wszystkich obszarach życia społecznego.

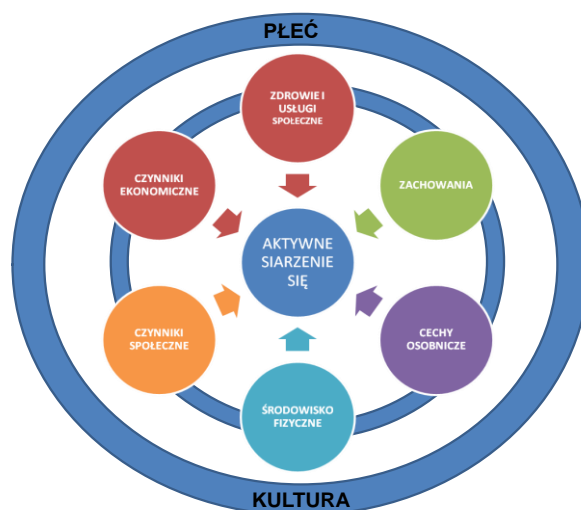
Każdy człowiek w ciągu swojego życia przejawia różnorodne formy aktywności. W typologii aktywności zaproponowanej przez Małgorzatę Halicką i Jerzego Halickiego wyodrębnione zostało 5 głównych typów aktywności:

1. rekreacyjno-hobbistyczny, przejawiający się spacerami, zajęciami sportowymi, pracą w ogródku lub działce, realizowaniem swojego hobby, wyjściami do kina, teatru lub na koncerty,
2. receptywny, charakteryzujący się oglądaniem telewizji, słuchaniem radia, czytaniem książek i prasy, co najczęściej wiąże się z pobytem w domu,
3. zorientowany publicznie, który sprowadza się do realizowania działalności społecznej i politycznej oraz działalności w związkach wyznaniowych,
4. integracyjny, ujawniający się głównie spotkaniami o charakterze naukowo-szkoleniowym, towarzyskim oraz działaniami usługowymi, charytatywnymi,
5. grupujący inne rodzaje aktywności, nie wypełniające kryteria wymienionych typów.²⁴

²⁴ M. Halicka, J. Halicki, Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych, w: Polska starość, red. B. Synak, Gdańsk 2002, s. 207.

Oczywiście rodzaje i poziom aktywności ludzi starszych zmieniają się w miarę procesu starzenia. Warunkują ją zarówno czynniki wewnętrzne, takie jak płeć, posiadane wykształcenie, stan zdrowia, ukształtowane nawyki spędzania czasu wolnego, dotychczasowe doświadczenia życiowe, jak i zewnętrzne, wynikające z sytuacji życiowej, poziomu zamożności, dostępnej oferty zagospodarowania czasu wolnego, poczucia bezpieczeństwa publicznego, występujących barier architektonicznych oraz wynikających z postępu cywilizacyjnego, rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych.

Rys. nr 1 Czynniki warunkujące aktywność ludzi starszych



Źródło: Global Age-friendly Cities: a Guide, 2007, dostępny na: www.who.int, s.5

Jak widać, liczne wyznaczniki zdrowego i aktywnego starzenia się leżą poza systemem ochrony zdrowia i dotyczą otoczenia życia ludzi starszych. Niewątpliwie słaba kondycja fizyczna, niepełnosprawność, trudności w orientacji przestrzennej, brak poczucia bezpieczeństwa publicznego, ale także występowanie barier architektonicznych i urbanistycznych powodują, że osoby starsze spędzają w mieszkaniu coraz więcej czasu. Ludzie starsi o ograniczonych możliwościach poruszania się i wychodzenia z domu mają automatycznie zawężony zakres

aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i w konsekwencji zagrożone są społecznym wykluczeniem. Z badań CBOS²⁵ wynika, że wśród osób starszych największą popularnością cieszą się przede wszystkim pasywne formy spędzania czasu wolnego jak oglądanie telewizji (98%), słuchanie radia (81%), czytanie książek, prasy (80%). Istotne znaczenie ma świadczona różnorodna pomoc rodzinie (opieka nad członkami rodziny (44%), prowadzenie domu (34%) itp.). Popularne jest też prowadzenie życia towarzyskiego zarówno w mieszkaniu (87%) jak i poza domem (76%), chodzenie do kościoła (81%).

Z tego też względu szczególnie dużo uwagi należy poświęcić tworzeniu odpowiednich warunków dobrego funkcjonowania w mieszkaniu i jego najbliższym otoczeniu. W sferze mieszkaniowej podstawowym zagadnieniem jest dostosowanie wielkości i wyposażenia mieszkania do potrzeb ludzi starszych, a także prowadzenie polityki umożliwiającej utrzymanie osób starszych w ich dotychczasowym środowisku lokalnym oraz ułatwiającej integrację społeczną w zróżnicowanych formach mieszkalnictwa dla tej grupy ludności. Adaptacja mieszkań do potrzeb jego mieszkańców to przede wszystkim usuwanie występujących różnego rodzaju przeszkód, takich jak bariery architektoniczne, brak wind, wąskie korytarze i wejścia utrudniające poruszanie się osobom o ograniczonych możliwościach fizycznych.

Ważnym działaniem na rzecz komfortowego, niezależnego i bezpiecznego funkcjonowania człowieka starego we własnym mieszkaniu jest wykorzystanie nowych rozwiązań opartych na nowoczesnych technologiach informatycznych. Są one tym bardziej istotne, ponieważ umożliwiają i wspomagają opiekunów osób starszych w opiece nad nimi.

Potrzeba zastosowania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych wspierających ludzi starszych jest jednym z priorytetów Unii Europejskiej, która uznała tego typu rozwiązania za

²⁵ CBOS Sposoby spędzania czasu na emeryturze, BS/106/2012

kluczowy czynnik umożliwiający osobom starszym dłuższe utrzymanie kontaktów społecznych oraz prowadzenie aktywnego i niezależnego życia. W czerwcu 2007 r. Komisja Wspólnot Europejskich podjęła decyzję o zainicjowaniu planu zwiększenie liczby osób w wieku emerytalnym korzystających z nowych mediów. W komunikacie „*Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa i2010. Plan działania w sprawie technologii teleinformatycznych i starzenia się społeczeństwa*”²⁶ podkreślono, iż „ICT (*Information and Communications Technology*) może pomóc osobom starszym poprawić jakość życia, zachować lepsze zdrowie oraz dłużej żyć samodzielnie. Pojawiają się innowacyjne rozwiązania pomagające w przeciwdziałaniu problemom związanym z pamięcią, wzrokiem, słuchem i mobilnością, które nasilają się z wiekiem. ICT pozwalają również starszym ludziom pozostać aktywnymi w pracy lub w ich społeczności. Zaangażowanie Unii Europejskiej w tym zakresie dotyczy współfinansowania wspólnego programu „Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym” (*Ambient Assisted Living, AAL*)²⁷ realizowanego przez 20 państw członkowskich UE i 3 kraje stowarzyszone. Program ten koncentruje się na badaniach stosowanych mających na celu opracowanie przeznaczonych dla osób starszych produktów i usług wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne, które umożliwiają im dobre funkcjonowanie a tym samym większą aktywność, samodzielność i dobre samopoczucie. Zastosowane w programie AAL rozwiązania obejmują m.in.

- *inteligentne przestrzenie mieszkalne*, wykrywające i łagodzące problemy występujące u osób w podeszłym wieku, takie jak utrata pamięci, błądzenie, problemy zdrowotne;

²⁶ Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, *Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa i2010. Plan działania w sprawie technologii teleinformatycznych i starzenia się społeczeństwa*, KOM 2007, nr 332 wersja ostateczna.

²⁷ Dostępny na: www.aal-europe.eu

- *inteligentne produkty*, takie jak podłogi wyposażone w czujniki i obuwie z siłownikami, wykrywające upadki lub zapobiegające im, wisiorki służące do uruchamiania alarmów pomocy socjalnej, czy urządzenia przypominające o konieczności zażycia tabletki;
- *cyfrowe usługi informacyjne*, obejmujące m.in. sferę bezpieczeństwa, monitorowanie stanu zdrowia (e-zdrowie) i zdalnej opieki (teleopieka).

Oprócz rozwiązań dotyczących innowacji związanych z mieszkaniami, ogromną rolę odgrywają działania nastawione na tworzenie przestrzeni osiedla, dzielnicy, miasta przystosowanej do potrzeb ludzi starszych. Warunkiem większej aktywności ludzi starszych jest przyjazne środowisko zamieszkania. To głównie dzielnica jest terenem życia społecznego, licznych kontaktów i intensywnej wymiany usług i informacji, dla ludzi starszych z racji mniejszej mobilności jest przestrzenią znaną i przyswojoną, w której dobrze funkcjonują. Większość z nich może, pomimo występujących ograniczeń, poruszać się poza domem i realizować różne zadania, począwszy od zakupów, załatwiania spraw urzędowych, korzystania z sieci usług społecznych, realizacji praktyk religijnych, a kończąc na zróżnicowanych formach zagospodarowania czasu wolnego. Także zaangażowanie ludzi starszych w różnego rodzaju lokalne inicjatywy społeczne, odradzanie się idei społeczności lokalnych koncentruje się w sąsiedztwie miejsca zamieszkania. Zachęcanie do aktywnego stylu życia wymaga przygotowania terenów sportowo-rekreacyjnych (boisk, kortów, ścieżek zdrowia, tras rowerowych, wydzielonych miejsc umożliwiających ćwiczenia gimnastyczne dla ludzi w różnych grupach wieku, w tym specjalnie przygotowanych dla ludzi starszych, itp.) zlokalizowanych w niewielkiej odległości od mieszkania. Z przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii²⁸ interdyscyplinarnych badań wynika, że dla ludzi starszych

²⁸ Konsorcjum I'DGO (*Inclusive Design for Getting Outdoors*) trzech ośrodków akademickich w Edynburgu, Warwick i Salford wspierane przez rząd i przemysł koncentruje się na identyfikacji najbardziej skutecznych sposobów kształtowania dostępności środowiska zewnętrznego dla osób starszych.

ułatwieniami poruszania się w przestrzeni publicznej są niewysokie krawężniki, równa powierzchnia dróg i chodników, bezpieczne, wyposażone w regulacje świetlną i dźwiękową przejścia przez drogę, gęsto rozstawione ławki umożliwiające krótki odpoczynek, dobre, zrozumiałe oznakowanie, przystanki transportu publicznego wyposażone w ławki w zadaszonych wiatach, a także obecność ogólnodostępnych toalet. Te udogodnienia są ważne dla osób starszych, ponieważ często przebywają oni w lokalnym otoczeniu, niezależnie od pory roku, a podstawową formą przemieszczania się jest chodzenie. Głównymi powodami wychodzenia z domu są spotkania towarzyskie, aktywność fizyczna oraz potrzeba kontaktu z naturą. Dlatego też tak ważną rzeczą jest stworzenie warunków umożliwiających swobodne przemieszczanie się i przebywanie w sąsiedztwie własnego mieszkania. Na dobrą jakość środowiska, zachęcającą osoby starsze do przebywania poza domem duży wpływ ma również estetyka przestrzeni, w której przebywają.

Odrębną kwestią jest uzależnienie partycypacji ludzi starszych w inicjatywach lokalnych o charakterze rozrywkowo-kulturalnym adresowanych i realizowanych w środowisku zamieszkania od poczucia bezpieczeństwa publicznego. Wskazane wyżej badania dokumentują, że strach przed staniem się ofiarą przestępstwa i niepożądanymi zachowaniami młodych ludzi (zwłaszcza działających w grupach) powoduje, że starsi ludzie boją się wychodzić poza mieszkanie i najbliższe otoczenie domu, co w praktyce doprowadza do ich automarginalizacji. Z obawy przed agresją zamykają się bowiem w swoich mieszkaniach, ograniczają kontakty społeczne i zajmowane dotychczas pola aktywności. Badania te wykazały również, że w otoczeniu, w którym osoby starsze czują się komfortowo i bezpiecznie, poprawia się ich stan zdrowia i ogólne poczucie jakości życia.

Aktywnemu życiu osób starszych sprzyjać mogą czynniki środowiskowe i społeczne. W projekcie *Age-friendly Cities* (Miasto Przyjazne Wiekowi) zainicjowanym przez Światową Organizację Zdrowia wymienia się trzy główne grupy takich czynników. I tak w

aspekcie *uczestnictwa* lokuje się tworzenie pozytywnego wizerunku osób starszych, dostęp do informacji, dostęp do środków transportu publicznego i prywatnego, możliwość aktywnego uczestnictwa w życiu kulturalnym, edukacji i wolontariacie oraz usunięcie wszelkich barier fizycznych otoczenia (schody, brak podjazdów, wind itp.). Jeśli chodzi o aspekt *zdrowotny*, to głównymi czynnikami są: stworzenie programów i warunków umożliwiających aktywny wypoczynek, szeroko dostępna i dostosowana opieka medyczna, dobrze rozbudowana sieć wsparcia społecznego oraz kwestie dobrej jakości powietrza i wody. Istotnym aspektem jest *bezpieczeństwo i niezależność*. W tym zakresie wymienionych jest bardzo dużo czynników, wśród których najważniejsze to dostęp do odpowiedniego i taniego mieszkania, bezpieczne i dobrze oznakowane drogi, bezpieczne dzielnice, ochrona przed przemocą i wiktyzacją, dostępność do wszystkich instytucji publicznych, a także możliwości zatrudnienia i elastycznych metod pracy.

Również ważnym aspektem jest pełna akceptacja osób starszych przez wszystkie instytucje i organizacje funkcjonujące w miastach, przejawiająca się uznaniem różnorodności osób starszych i szanowaniem dokonywanych przez nich wyborów oraz decyzji dotyczących stylu życia, a także promowaniem udziału seniorów we wszystkich obszarach życia społecznego i elastycznym reagowaniem na wszystkie zmiany potrzeb i preferencji związanych z wiekiem.

Jednakże najważniejszą zaletą kreowania *Miasta Przyjaznego Wiekowi* jest wprowadzenie zasady konsultacji z przedstawicielami osób starszych, zarówno przy identyfikacji głównych fizycznych i społecznych barier aktywnego starzenia się, jak i przy opracowaniu, wdrażaniu i ocenie lokalnych planów działania na rzecz tworzenia warunków pełnoprawnego aktywnego funkcjonowania ludzi starszych.

W przedstawieniu czynników wspomagających aktywne starzenie się ogromną rolę odgrywa stan zdrowia ludzi starszych. Jest rzeczą naturalną, że dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności, zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Nie oznacza to

oczywiście, iż osoby takie nie mogą przejawiać różnych form aktywności. Rozmiar zjawiska niepełnosprawności osób starszych dokumentują badania GUS dotyczące stanu zdrowia ludności Polski w 2009 r.²⁹ Wynika z nich, że poważnym problemem jest występowanie różnego rodzaju ograniczeń w grupie najstarszych seniorów. Natomiast w młodszych grupach wieku 60-69 i 70-79 lat bez ograniczeń w samoobsłudze jest odpowiednio 85,4% i 67,4%, natomiast w obszarze wykonywania czynności domowych udział osób sprawnych jest już mniejszy i dla wskazanych grup wiekowych wynosi 67,7% oraz 38,6%. Zwiększanie potencjału zdrowotnego staje się szczególnie ważne w kontekście aktywności zawodowej. Podwyższanie wieku przechodzenia na emeryturę wymagać będzie dwóch niezmiernie ważnych działań – poprawy stanu zdrowia pracowników i umożliwienia im przekwalifikowania do prac zgodnych z ich możliwościami psychofizycznymi. W sferze zdrowia potrzebna będzie, jak podkreśla Stanisława Golinowska³⁰ rewolucyjna zmiana – przejścia od paradygmatu polegającego na koncentracji uwagi i środków na leczenie chorób coraz droższymi i bardziej skomplikowanymi metodami do paradygmatu promocji zdrowia (czyli wzmacniania potencjału zdrowotnego) i prewencji. Przeprowadzone przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy badania, których celem było zidentyfikowanie czynników determinujących poziom zdolności do pracy osób starszych, mierzonej wskaźnikiem zdolności do pracy (WAI – *Work Ability Index*)³¹, wskazują, iż w zależności od płci już po 40. r. ż. (kobiety) lub po 50. (mężczyźni) następuje obniżenie się poziomu wydolności fizycznej pracowników, co w konsekwencji może powodować „ucieczkę” na emeryturę lub rentę inwalidzką. Z badań wynika, że szansą wykorzystania potencjału pracowników jest

²⁹ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011, s.154.

³⁰ Golinowska S., Społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji, w: Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa, Kleer J. (red.), Polska Akademia Nauk, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus, Warszawa 2008, s.45.

³¹ Bugajska J., Makowiec-Dabrowska T., Starzejące się społeczeństwo a aktywność zawodowa, Bezpieczeństwo Pracy nr 12, 2005, dostępny na www.ciop.pl/17744; oraz prezentacja Prof. dr hab. med. Danuta Koradecka, Wiek a zdolność do pracy, CIOP – PIB.

zmniejszenie obciążenia starszych pracowników poprzez stosowanie rozwiązań technicznych polegających na eliminowaniu lub ograniczaniu ciężkiej pracy fizycznej, kształtowaniu ergonomicznych stanowisk pracy oraz stosowaniu rozwiązań organizacyjnych takich jak rotacja okresowa pracowników między stanowiskami pracy lub zmiana stanowiska pracy i elastyczny czas pracy. Szansą utrzymania starszych pracowników w sferze zatrudnienia jest więc szkolenie ich w celu zdobywania nowych umiejętności i kompetencji. A zatem kolejną sferą wzmacniającą aktywność ludzi starszych jest edukacja ustawiczna. Idea „*uczenia się przez całe życie*” (*Lifelong Learning*) staje się wyzwaniem w dobie społeczeństwa informacyjnego, pozwala nadążać za gwałtownymi zmianami, rozumieć otaczający świat i radzić sobie w zmieniającej się rzeczywistości. Dokumentem zwracającym uwagę na wieloaspektowość całożyciowego uczenia się jest Decyzja Parlamentu i Rady ustanawiająca *Program działań w zakresie uczenia się przez całe życie*³². Tylko człowiek podejmujący wyzwania edukacyjne ma wpływ na przebieg swojego życia. We współczesnym świecie szybkie zmiany w dziedzinie technologii, gospodarki, kultury, polityki wymagają umiejętności przystosowania się do zmieniającej się rzeczywistości. Ludzie starsi są jednak mniej podatni na akceptacje zmian, trudniej też dostosować się im do nowych wymagań. Są też w większym stopniu zagrożeni formą analfabetyzmu w postaci braku dostępu do rozwiązań informatycznych i możliwości ich użytkowania. Ci, którzy nie potrafią posługiwać się komputerem, pozbawieni są podstawowych informacji i udogodnień dostępnych wyłącznie w formie cyfrowej. Rewolucja informatyczna oraz pojawienie się nowych narzędzi komunikacji, z jednej strony, stwarzają więc nieograniczone możliwości dostępu do różnego rodzaju informacji i usług, z drugiej zaś rodzą coraz większe ryzyko „luki komunikacyjnej”, która w szczególności dotyczy osoby starsze. Brak umiejętności

³² Parlament i Rada UE, Decyzja nr 1720WE z dnia 15 listopada 2006 r. ustanawiająca program działań w zakresie uczenia się przez całe życie (COD 2005/0153), Dz.U. L327 z 24.11.2006, s. 45.

posługiwania się nimi izoluje osoby starsze i powoduje, iż czują się oni bezradni i zagubieni. W ten sposób zostają zagrożeni „cyfrowym wykluczeniem” (*digital divide*). Sytuację taką dokumentują badania Diagnozy Społecznej 2011. Wskazują one, że emeryci i renciści stanowią najmniej liczne grupy dysponujące dostępem do komputera, Internetu i telefonu komórkowego.

Tab. 1 Wykorzystanie cyfrowych technologii informacyjno-komunikacyjnych w poszczególnych grupach wieku (w %)

Wiek	Komputer	Internet	Telefon komórkowy	Smartfon	Niekorzystający	Korzystający ze wszystkich trzech nowych technologii
Ogółem	63,9	63,2	87,4	25,1	11,6	61,3
16-24 lat	96,8	96,6	98,1	49,2	0,6	94,3
25-34 lat	88,8	88,4	98,3	43,3	1,0	86,2
35-44 lat	82,5	82,3	97,6	31,3	1,7	80,7
45-59 lat	56,1	55,2	90,5	14,0	8,3	52,8
60-64 lat	37,0	35,5	80,4	7,5	18,5	33,7
65 i więcej	14,7	14,1	55,1	3,6	44,0	12,8

Źródło: Batorski D., Polacy wobec technologii cyfrowych – uwarunkowania dostępności i sposobów korzystania, w: Czapiński J., Panek T. (red.), Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków, RMS, Warszawa 2013, s. 341.

Jednym z istotnych ogniw procesu uczenia się ludzi starszych jest uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Utarło się przekonanie, że jest to główna forma edukacji ludzi starych. Jednakże placówki te obecnie nie zaspokajają potrzeb większości osób starszych.

UTW cieszą się ogromnym zainteresowaniem wszędzie tam, gdzie powstały. Jednakże UTW stały się instytucjami elitarnymi, do których dostęp jest utrudniony ze względu na dużą liczbę chętnych. Stąd też potrzeba wspierania wszelkich form aktywności edukacyjnej skierowanej do osób starszych i poszerzania oferty dla tej grupy ludności. Jak podkreśla P. Drucker, „[...] prawdziwe uczenie się dotyka istoty bycia człowiekiem. Dzięki uczeniu się przeobrażamy samych siebie. Dzięki uczeniu się jesteśmy w stanie zrobić coś, czego inaczej nie bylibyśmy w stanie zrobić. Dzięki uczeniu się postrzegamy świat i nasze z nim relacje. Dzięki uczeniu się rozwijamy nasze możliwości twórcze, stajemy się częścią twórczych procesów, procesów życia. W każdym z nas tkwi głód tego rodzaju nauki”.³³

Rozpatrując zatem najważniejsze obszary problemów, ale też i wyzwania stojące przed wszystkimi „aktorami” życia społecznego odpowiedzialnych za tworzenie warunków aktywizujących osoby starsze należy wskazać na następujące kwestie.

1. Obniżenie poziomu materialnego emerytów warunkować będzie poziom konsumpcji dóbr i usług (w tym edukacyjnych) osób starszych.
2. Niezbędne jest podnoszenie kapitału ludzkiego, bowiem w sytuacji wydłużania aktywnego życia zawodowego do 67 lat istnieć będzie permanentna potrzeba podnoszenia własnych kwalifikacji, przekwalifikowania i zdobywania nowych kompetencji tak, by pomimo zmniejszenia sił witalnych utrzymać się na rynku pracy.
3. Niewielki odsetek osób w wieku 55+ uczestniczących w jakichkolwiek formach kształcenia, niezbyt duże zaangażowanie w życie społeczne stanowią wyzwanie dla działań podnoszących kapitał społeczny.

³³ Drucker P., Natchnienie i fart czyli Innowacja i przedsiębiorczość, Wyd. EMKA, Warszawa 2004, s.29, cyt za: Suchacka M., Szczepański M. S., Kreatorzy i konsumenci wiedzy. Wobec nowej rzeczywistości, Zeszyt Nr 10, Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Gospodarka oparta na wiedzy, Rzeszów 2007, s. 146-147.

4. Niezbędność wspierania działań na rzecz zmniejszenie wykluczenia cyfrowego osób starszych
5. Konieczność wspierania rozwiązań zwiększających motywację seniorów do aktywności fizycznej i wyboru zachowań prozdrowotnych
6. Niezbędne jest aktywizowanie osób starszych do działań samopomocowych, a także zapobieganiu ich izolowaniu się. Wskazane jest zatem rozszerzenie oferty spędzania czasu wolnego, szczególnie w środowisku lokalnym, zwiększenie działalności wolontarystycznej. Ogłoszenie przez Komisję Europejską roku 2011 Europejskim Rokiem Wolontariatu nie przyniosło w Polsce widocznego przełomu we wzroście aktywności osób starych.
7. Rozwój partycypacji społecznej osób starszych mającej na celu zwiększenia udziału osób starszych w życiu publicznym, społecznym, gospodarczym, kulturalnym i politycznym.

Realizacja tych postulatów leży w gestii samorządu terytorialnego, organizacji reprezentujących interesy i potrzeby osób starszych, a także samych osób starszych. Niebagatelna rolę odgrywać mogą także kościoły i związki wyznaniowe.

Bibliografia:

1. Batorski D., *Polacy wobec technologii cyfrowych –uwarunkowania dostępności i sposobów korzystania*, (w:) Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, RMS, Warszawa 2013.
2. Bugajska J., Makowiec-Dąbrowska T., *Starzejące się społeczeństwo a aktywność zawodowa*, *Bezpieczeństwo Pracy* nr 12, 2005, dostępny na

www.ciop.pl/17744; oraz prezentacja Prof. dr hab. med. Danuta Koradecka, Wiek a zdolność do pracy, CIOP - PIB

3. CBOS, *Sposoby spędzania czasu na emeryturze*, BS/106/2012
4. Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 roku w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, Dz. Urz. UE L246 z 23.9.2011r.
5. Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady UE, nr 1720WE z dnia 15 listopada 2006 r. ustanawiająca program działań w zakresie uczenia się przez całe życie, COD 2005/0153, Dz.U. L327 z 24.11.2006
6. Drucker P., *Natchnienie i fart czyli Innowacja i przedsiębiorczość*, Wyd. EMKA, Warszawa 2004 w: Suchacka M., Szczepański M.S., *Kreatorzy i konsumenci wiedzy. Wobec nowej rzeczywistości*, Zeszyt Nr 10, Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Gospodarka oparta na wiedzy, Rzeszów 2007.
7. Global Age-friendly Cities: a Guide, 2007, dostępny na: www.who.int,
8. Golinowska S., *Spoleczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji*, (w:) *Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa*, Kleera J. (red.), Polska Akademia Nauk, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus, Warszawa 2008,
9. Halicka M., Halicki J., *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, w: *Polska starość*, (red.) B. Synak, Gdańsk 2002,
10. Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, *Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa i 2010. Plan działania w sprawie technologii teleinformatycznych i starzenia się społeczeństwa*, KOM 2007, nr 332 wersja ostateczna. nieopublikowany w Dzienniku Urzędowym.
11. Program „Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym” (Ambient Assisted Living, AAL, dostępny na www.aal-europe.eu.
12. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011,

Roman Garbiec

Finansowanie systemu ubezpieczeń społecznym w Polsce i w wybranych państwach Unii Europejskiej

Wstęp

Standardy z zakresu finansowania systemów zabezpieczenia społecznego w skład którego wchodzi ubezpieczenia społeczne obejmują trzy podstawowe metody finansowania świadczeń: ubezpieczeniową, zaopatrzeniową i opiekuńczą. Rozwój polityki społecznej i zastosowane rozwiązania w ostatnich latach spowodowały, że powstały nowe metody finansowania tego systemu jako efekt rozszerzającego się kryzysu finansów publicznych i odchodzenia od założeń państwa dobrobytu. Państwa gwarantującego zaspokajanie wszystkich podstawowych potrzeb członków społeczeństwa. W XXI wieku w niektórych źródłach zaczęto wyodrębniać jeszcze dodatkowo wśród metod finansowania zabezpieczenia społecznego metodę kapitałową i oszczędnościową. Europejskie standardy w systemach ubezpieczeń społecznych przewidują trzy podstawowe podmioty finansujące ten system: ubezpieczonych, pracodawców i państwo, co nie oznacza, że w niektórych krajach Unii Europejskiej nie występują także inne źródła finansowania systemu.³⁴ Standardy przewidują dwie formy uczestnictwa w systemie: obowiązkową typową dla systemów repartycyjnych (publicznych) i

³⁴ Przykłady różnych sposobów finansowania zaprezentowane zostaną w punkcie 3 niniejszego opracowania.

dobrowolną typową dla systemów kapitałowych. Udział podmiotów finansujących system przejawia się w postaci opłacania składek (ubezpieczeni i pracodawcy) i dotacji (państwo). Dlatego często uważa się, że obowiązkowa forma składek na ubezpieczenie społeczne to inna forma podatku tzw. parapodatek.³⁵

Celem niniejszego opracowania jest prezentacja skali i struktury finansowania systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce i w wybranych państwach Unii Europejskiej. Wybór państw unijnych dokonany został na podstawie kryterium stosowanego modelu polityki społecznej³⁶, tak aby analiza porównawcza sposobów finansowania systemów ubezpieczeń społecznych pokazała różnice pomiędzy polskim systemem, a systemami stosowanymi w najlepiej rozwiniętych gospodarczo państwach Unii Europejskiej.

Polski system ubezpieczenia społecznego składa się z 4 podstawowych rodzajów ubezpieczenia: emerytalnego gdzie ochraniane jest ryzyko starości, rentowego gdzie ochraniane jest ryzyko długotrwałej niezdolności do pracy (powyżej 182 dni) oraz śmierci tzw. żywiciela rodziny, chorobowego gdzie ochraniane jest ryzyko krótkotrwałej niezdolności do pracy (do 182 dni) w razie choroby lub macierzyństwa i wypadkowego gdzie ochraniane jest ryzyko wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Wśród tych ryzyk szczególną konstrukcję prawno-organizacyjną przybrało ubezpieczenie emerytalne w skład którego wchodzi 3 filary: pierwszy w formie systemu publicznego (obowiązkowego), drugi w formie prywatnej-obowiązkowej i trzeci w postaci prywatnego dobrowolnego zabezpieczenia starości. Taka szczególna i rozbudowana formuła organizacji tego systemu wynika z

³⁵ Zob. R. Garbicz, *Efektywność finansowa systemów ubezpieczeń społecznych na przykładzie wybranych państw Unii Europejskiej*, (w:) *zarządzanie finansami, Upowszechnianie i transfer wyników badań*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2012, s.628,629. .

³⁶ Jako podstawę przyjęto podział modeli polityki społecznej stosowany przez G. Esping - Andersena, który dzielił te modele na konserwatywne (przykładem takiego państwa są m.in. Niemcy, Holandia, Francja), liberalne (przykładem takiego państwa jest Wielka Brytania, Irlandia), socjaldemokratyczne (przykładem takiego państwa są Szwecja i Dania). Dodatkowo zaprezentowano także państwo z tzw. modelu śródziemnomorskiego (klasycznym przykładem są tutaj Włochy, Hiszpania).

konieczności finansowania świadczeń społecznych w znacznej wysokości i w długich lub bardzo długich okresach czasu.

1. Składki w publicznej części polskiego systemu ubezpieczeń społecznych

Reforma ubezpieczeń społecznych, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 roku zmieniła zarówno filozofię tych ubezpieczeń (w miejsce systemu repartycyjnego wprowadziła system mieszany repartycyjno-kapitałowy), jak i podstawy ich finansowania.

W polskim publicznym systemie ubezpieczeń społecznych wyróżnia się cztery rodzaje ubezpieczeń społecznych, od każdego z tych rodzajów ubezpieczenia opłaca się składkę w ściśle określonej wysokości, a mianowicie:

- ubezpieczenie emerytalne – 19,52% (procentowy wskaźnik odnosi się do osiąganego wynagrodzenia lub dochodu zwanej w ustawie podstawą wymiaru składki),
- ubezpieczenie rentowe – 8 %,
- ubezpieczenie chorobowe - 2,45%,
- ubezpieczenie wypadkowe - od 0,40% do 8,12%.³⁷

Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe uzależnione jest od tzw. stopnia wypadkowości, czyli ilości wypadków przy pracy w danej firmie.

Składki na poszczególne rodzaje ubezpieczeń społecznych wpłacane są do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Najistotniejszą zmianą w organizacji Funduszu Ubezpieczeń Społecznych było wyodrębnienie w nim następujących funduszy:

1. Emerytalnego, z którego finansowane są wypłaty emerytur w I filarze.
2. Rentowego, z którego finansowane są: renty z tytułu niezdolności do pracy (w tym spowodowane wypadkami w drodze do i z pracy), renty

³⁷ Zob. art. 22 ustawy z 13.10.1998 roku *O systemie ubezpieczeń społecznych*, DzU Nr 137 poz. 887 wraz ze zmianami.

szkoleniowe (w przypadku niemożności wykonywania przez ubezpieczonego dotychczasowego zawodu), renty rodzinne (w tym spowodowane wypadkami w drodze do i z pracy), dodatki do rent rodzinnych dla sierot zupełnych, dodatki pielęgnacyjne, zasiłki pogrzebowe (za ubezpieczonych, emerytów i rencistów oraz członków ich rodzin), koszty prewencji rentowej, świadczenia zlecone ZUS do wypłaty a podlegające finansowaniu z budżetu państwa.³⁸

3. Chorobowego, z którego finansowane są: zasiłki chorobowe (w tym spowodowane wypadkami w drodze do i z pracy), zasiłki macierzyńskie, zasiłki opiekuńcze, zasiłki wyrównawcze, świadczenia rehabilitacyjne (w tym spowodowane wypadkami w drodze do i z pracy).

4. Wypadkowego, z którego finansowane są świadczenia spowodowane wypadkami w pracy lub chorobą zawodową: jednorazowe odszkodowania dla poszkodowanego lub członków jego rodziny (w przypadku śmierci ubezpieczonego), renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem w pracy lub chorobą zawodową, renty szkoleniowe (w przypadku niemożności wykonywania przez ubezpieczonego dotychczasowego zawodu z powodu wypadku), renty rodzinne (w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy), zasiłki wyrównawcze, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłki chorobowe (jeżeli choroba spowodowana jest wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową), dodatek pielęgnacyjny, dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej.

2. Wysokość składek w prywatnej części polskiego systemu ubezpieczeń społecznych

Wysokość składki w sektorze prywatnym polskiego systemu ubezpieczeń społecznych (II filar emerytalny) wynosiła 7,3% podstawy wymiaru składek (od 1999 r. do 2012 r.). Obecnie składka ta jest dzielona na 2 części, z których jedna przekazywana jest do OFE - jej wielkość jest

³⁸ Zob. art. 55 ustawy z 13.10.1998 roku, *O systemie ubezpieczeń społecznych* Dz. U. 1998 Nr 137 poz. 887.

zmienna w latach 2012-2016 wynosi od 2,3% do 3,3% a od 2017 ma wynosić 3,5%. Druga zaś część składki przekazywana jest na tzw. subkonto w ZUS (jest to różnica pomiędzy składką w wysokości 7,3% opłacaną do 2012 roku a wysokością składki w kolejnych latach. Wysokość składki do OFE w latach od 2012 roku; do końca 2012 r.-2,3%, do końca 2013 r.- 2,8%. do końca 2014 r.-3,1%. do końca 2016 r.-3,3%. od 2017 r.-3,5 %.³⁹

W kolejnej części niepublicznej polskiego systemu ubezpieczeń społecznych (III filar emerytalny) składkę w pracowniczym programie emerytalnym dzieli się na podstawową i dodatkową. Tę pierwszą finansuje pracodawca i nie może ona przekroczyć 7% wynagrodzenia pracownika. Składka podstawowa nie jest wliczona do wynagrodzenia stanowiącego podstawę składek na ubezpieczenie społeczne. Wysokość składki dodatkowej określa się kwotowo lub procentowo od wysokości wynagrodzenia pracownika i jej wysokość określa pracownik w deklaracji uczestnictwa jeśli umowa zakładowa tego nie zakazuje. Wysokość składki dodatkowej może być zmieniana poprzez zmianę deklaracji uczestnictwa. Składka dodatkowa jest potrącana z wynagrodzenia pracownika po jego opodatkowaniu.⁴⁰

W kolejnych formach III filaru emerytalnego (IKE- Indywidualne Konto Emerytalne, IKZE- Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego) nie występuje klasyczna składka lecz zastępuje ją wpłata do instytucji finansowej organizującej taką formę oszczędzania.

Wpłaty dokonywane na IKE w danym roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej trzykrotności prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok,

³⁹ Zob. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 listopada 2009 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. Nr 205/2009, poz.1585, art. 22.

Aktualnie po zmianach dokonanych od 2013 roku wysokość składki na II filar wynosi 2,95%, a różnica pomiędzy 7,3% i aktualną wysokością (2,95%) przekazywana jest na indywidualne subkonto ubezpieczonego w ZUS-ie.

⁴⁰ Zob. art. 25 ustawy z 20.04.2004 roku *O pracowniczych programach emerytalnych*, Dz. U. 2004 Nr 116 poz. 1207 wraz ze zmianami..

określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym.⁴¹

Natomiast wysokość wpłat na IKZE nie może przekraczać kwoty 4% rocznej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne za rok ubiegły. W przypadku gdy kwota ta nie przekroczy 12-krotności minimalnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym kwotę tę można podwyższyć do tego pułapu.

3. Finansowanie ubezpieczenia społecznego w wybranych państwach Unii Europejskiej

Finansowanie zabezpieczenia społecznego realizowane jest za pomocą kilku metod: zaopatrzeniowej, ubezpieczeniowej, opiekuńczej. Metoda ubezpieczeniowa oparta na regule pokrywania świadczeń przez składki może być realizowana przez odmienne techniki, a mianowicie poprzez jednolitą składkę opłacaną w całości na wszystkie objęte ochroną ryzyka społeczne czy też technika oddzielnych składek na każdy rodzaj ryzyka. Ostatnią możliwą techniką stosowaną w ubezpieczeniach jest połączenie co najmniej 2 rodzajów ryzyka i wspólne opłacanie składki. Przykładem pierwszej techniki opłacania składek jest system brytyjski, przykładem na drugą technikę opłacania składek jest system polski (z pewnym wyjątkiem), a przypadki łączenia ryzyk społecznych w jeden rodzaj ubezpieczenia i wspólną składkę występują w systemie niemieckim czy też szwedzkim. W polskim systemie ubezpieczeń społecznych występuje też przypadek takiej połączonej techniki finansowania ryzyka społecznego, a mianowicie ubezpieczenie chorobowe, gdzie skumulowane zostało ryzyko choroby i macierzyństwa. Istotny wpływ na diagnozę sposobu finansowania systemów ubezpieczeń społecznych ma fakt, że systemy te obejmują zróżnicowane elementy i różnią się między sobą zakresem ochrony. W niektórych państwach system ubezpieczeń społecznych obejmuje takie rodzaje ubezpieczeń jak od bezrobocia,

⁴¹ Zob. art.11-12 ustawy z 20.04.2004 r. *o indywidualnych kontach emerytalnych*, Dz.U. Nr 116, poz. 1205.

rodzinne, rodzicielskie czy też pielęgnacyjne. Rodzaje te nie występują w polskim systemie ubezpieczeń społecznych. Poniżej scharakteryzowane zostaną sposoby finansowania systemów ubezpieczenia społecznego w wybranych państwach Unii Europejskiej.

Dania

Duński system zabezpieczenia społecznego charakteryzuje się tym, że większość wydatków związanych z zabezpieczeniem społecznym finansowana jest z podatków, i tak np.:

- Świadczenia z tytułu choroby i macierzyństwa:
 - świadczenia rzeczowe - finansowane z podatków,
 - świadczenia pieniężne - składki płacone na Fundusz Rynku Pracy przez pracowników i pracujących na własny rachunek pokrywają wydatki na codzienne zasiłki⁴².
- Świadczenie z tytułu niedołęstwa (świadczenie pielęgnacyjne) - finansowane z podatków,
- Świadczenia z tytułu inwalidztwa - finansowane z podatków i z Funduszu Rynku Pracy (lokalne podatki pokrywają 65% wydatków, państwo pokrywa resztę),
- Świadczenia z tytułu starości i śmierci żywiciela rodziny:
 - powszechna emerytura - finansowana z podatków,
 - dodatkowa emerytura (ATP) - finansowana ze składek⁴³.
- Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych - odszkodowania finansują pracodawcy. Składki na to ubezpieczenie (płacone przez pracodawców) różnią się w zależności od stopnia ryzyka,
- Świadczenia z tytułu bezrobocia - zasiłki dla bezrobotnych płacone są przez państwo. Jednakże składki od ubezpieczonych i pracodawców wpłacane na Fundusz Rynku Pracy pokrywają

⁴² Pracodawcy pokrywają zasiłki w 1 i 2 tygodniu choroby.

⁴³ Składka wynosi 30 € (223,25 DKK) miesięcznie, z czego 1/3 płaci pracownik a 2/3 pracodawca.

wydatki państwa na te zasiłki (wliczając w to także wcześniejszą emeryturę)⁴⁴.

- Świadczenia rodzinne - finansowane z podatków⁴⁵.

Francja

W 2012 roku składki na ubezpieczenie emerytalne powszechne we Francji wynoszą 14,95% (z czego 6,65% płaci pracownik, a 8,30% pracodawca), przy osiąganym wynagrodzeniu do 36372 euro rocznie), a dodatkowo 1,70% składkę płaci pracodawca i 0,10% składkę płaci pracownik gdy osiąga wyższe wynagrodzenie. Ze składki na ubezpieczenie emerytalne wypłacane są także świadczenia wdowie i sieroce.

Składki na ubezpieczenie rentowe, chorobowe i macierzyńskie we francuskim systemie ubezpieczeń społecznych wynoszą 13,55%, z czego 0,75% płaci pracownik, a 12,80% pracodawca.

Składki na ubezpieczenie wypadkowe są zróżnicowane i uzależnione od liczby zatrudnionych osób i stopnia ryzyka wypadkowego opłacane są przez pracodawców i liczone od wysokości wynagrodzeń. Od godzin ponadwymiarowych opłata na to ubezpieczenie wynosi od 0,5 do 1,5 euro za każdą godzinę, Składka na ubezpieczenie przed bezrobociem wynosi 6,40% (z czego 2,40% płaci pracownik, a 4% pracodawca). Pułap uwzględniany do obliczania składki wynosi 12124 euro miesięcznie (148128 euro rocznie). Składka na ubezpieczenie rodzinne wynosi 5,40% i opłaca ją w całości pracodawca.

Dodatkowo do podstawowego systemu ubezpieczeń pobierane są inne należności, a mianowicie:

- 7,5% od dochodów od ubezpieczonych i samo zatrudnionych,
- 8,2% od dochodów od kapitału i zysków,

⁴⁴ Składki od ubezpieczonych są niskie a ich poziom ustalany jest co roku na podstawie maksymalnej stawki dziennego zasiłku.

⁴⁵ Zob. R. Garbiec, E. Chrzan, *System ubezpieczeń społecznych w Danii*, (w:) *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część II*, R. Garbiec (red.), Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011, s.55-57 oraz www.zus.pl/default.asp?p=2&id=751.

- 6,9% sum inwestowanych oraz uzyskanych korzyści z gier,
- 6,6% od emerytur i rent,
- 6,2% od świadczeń dla bezrobotnych, świadczeń macierzyńskich, ojcowskich, chorobowych i wypadkowych.

Ponadto do mieszanych systemów pobierane są należności:

- 30% składka od zysków z gier i ryzyka inwestycyjnego,
- 3,3% składka od podatku korporacyjnego,
- 3,4% od dochodów inwestycyjnych,
- 8,2% od pułapów ustalonych dla pracodawców na wspólne systemy rentowe,
- od 4,25% do 20% od wynagrodzeń i podatków dla osób nie opłacających podatku VAT,
- 0,13% składki solidarnościowej od spółek i dodatkowo 0,03% składka dla nich od obrotów powyżej ustalonego limitu,
- 50% składka od świadczeń uzyskiwanych razem ze świadczeniami rehabilitacyjnymi oraz świadczeniami związanymi z emeryturami dla osób podejmujących dodatkowe zatrudnienie,
- opłata zryczałtowana (20%) od wynagrodzeń zwolnionych od opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, ale uwzględniana do systemu ubezpieczeń społecznych,
- składki i podatki od przemysłu farmaceutycznego i biologicznego,
- podatek VAT od produktów i usług medycznych, opłat licencyjnych i produktów tytoniowych, napojów alkoholowych,
- opłata od telefonów komórkowych.

Natomiast do systemów uzupełniających opłacane są dodatkowo następujące składki:

- 1% składki solidarnościowej dla służby cywilnej od środków na świadczenia dla bezrobotnych,
- 0,3% składka od pracodawców na ubezpieczenie długookresowe,
- 1,1% i 0,3% na fundusz solidarnościowy od wpływów inwestycyjnych.

Dodatkowo pobierane są składki dla zrównoważenia deficytu systemu ubezpieczeń społecznych i pobierane są one od 0,5% wpływów do systemu ubezpieczeń społecznych i określonych świadczeń rodzinnych.⁴⁶

Hiszpania

Składki na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe, macierzyńskie w Hiszpanii w 2012 roku opłacają pracownicy i pracodawcy. Składka ta wynosi 28,3%, z tego 4,7% płaci pracownik, a 23,6% płaci pracodawca. Składkę na ubezpieczenie wypadkowe opłaca pracodawca. Składkę na ubezpieczenie od bezrobocia opłaca pracownik i pracodawca w wysokości 7,05%, z czego 1,55% płaci pracownik, a 5,50% pracodawca. Ponadto pracodawca płaci w wysokości 0,2% składkę na Fundusz Gwarantowanych Wynagrodzeń.⁴⁷

Holandia

Składka na ubezpieczenie emerytalne oraz wdowie i sieroce w Holandii w 2012 r. dla pracowników wynosi 18,50 z czego na ubezpieczenie emerytalne 17,90%. a na ubezpieczenie wdowie i sieroce 0,60% i opłacana jest przez ubezpieczonych.

Składki na podstawowe ubezpieczenie rentowe w 2012 roku wynoszą 5,1% wynagrodzenia i są opłacane przez pracodawców. Dla młodych osób ubezpieczonych w systemie Wajong świadczenia te pokrywane są z podatków.

W 2012 roku składki na ubezpieczenie chorobowe i macierzyńskie oraz od bezrobocia wynoszą 1,70% i płacone są przez pracodawców do Funduszu Ponadwymiarowych Wynagrodzeń. Składka na ubezpieczenie od bezrobocia wynosi 2,76% i płacona jest także przez pracodawcę. W Holandii nie ma wyodrębnionego ubezpieczenia wypadkowego⁴⁸.

⁴⁶Zob. R. Garbiec, *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część I*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011, s.11,15.

⁴⁷ Tamże, s.34.

⁴⁸ Zob. R. Garbiec, *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część I*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011, s.48-53 oraz <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>, 11.09.2013.

Irlandia

W Irlandii opłacana jest jedna składka na ubezpieczenia społeczne. Z tytułu opłacania tej składki wypłacane są świadczenia ubezpieczeniowe w tym świadczenia zdrowotne. W przypadku deficytu środków na świadczenia są one uzupełniane przez państwo. Wysokość składki wynosi dla pracowników 4.00 % dla osób z wynagrodzeniem do 356 euro tygodniowo. Dla osób zarabiających powyżej 356 euro, a mniej niż 1443 euro wysokość składki opłacanej przez pracodawców wynosi 4,25% (z czego 0,3% wpłacana jest na Narodowy Fundusz Szkoleniowy) od przychodów do 356 euro tygodniowo i 10,75% od wynagrodzenia tygodniowego powyżej tej granicy (z czego 0,7% wpłacana jest na Narodowy Fundusz Szkoleniowy). Nie ma maksymalnego rocznego pułapu składki. Osoby zarabiające więcej niż 1443 euro tygodniowo opłacają dodatkowo 1% składkę na świadczenia rzeczowe z tytułu choroby i macierzyństwa⁴⁹.

Niemcy

Składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w Niemczech w 2013 r. wynosi 18,90%, z czego połowę płaci pracodawca, a połowę sam ubezpieczony. Górny limit podstawy wymiaru wynagrodzenia, od którego odprowadzana jest składka, wynosi 69 600 euro. Składkę na ubezpieczenie wypadkowe płaci pracodawca w wysokości uzależnionej od stopnia ryzyka w firmie.

Obecnie składki na ubezpieczenie macierzyńskie i chorobowe w 2012 r. wynoszą 15,50%, z czego pracodawca płaci 7,3%, a ubezpieczony 8,2%.. Górna podstawa wymiaru składki wynosi 47250 euro. Dodatkowo możliwe jest opłacanie 2% składki na ubezpieczenie chorobowe do indywidualnych funduszy chorobowych.

⁴⁹ Zob. R. Garbiec, K. Łazorko, *System ubezpieczeń społecznych w Irlandii*, (w:) *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część II*, R. Garbiec (red.), Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011, s.115-118 oraz [http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOC/DATABASE/comparative Table Search.jsp](http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOC/DATABASE/comparative%20Table%20Search.jsp) , 11.09.2013.

Składka na ubezpieczenie od bezrobocia wynosi 3%, z czego 1,5% płaci pracodawca, a 1,5% płaci sam ubezpieczony. Górne ograniczenie składki wynosi w 2013 r. 69600 w starych landach i 58800 w nowych landach. Składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne wynosi 2,05%, z czego 1,025% płaci pracodawca, a 1,025% płaci ubezpieczony. Także 2,05% na to ubezpieczenie płacą emeryci i renciści. Składkę dodatkową w wysokości 0,25% od wynagrodzenia podlegającego oskładkowaniu opłacają osoby od 23 roku życia urodzone w 1940 r. i później. Górny pułap wynagrodzenia, do którego opłaca się składkę na ubezpieczenie pielęgnacyjne, wynosi 47250 euro⁵⁰.

Szwecja

W 2012 roku składkę na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w Szwecji płacą się w wysokości 10,21% (tylko pracodawcy i samo zatrudniający) oraz składkę w wysokości 7% powyżej pułapu 8,07 podstawy wymiaru (53295 euro) wszyscy przekraczający ten poziom dochodu. Składkę na ubezpieczenie wypadkowe w wysokości 0,3% płacą pracodawcy i samo zatrudniający się od wynagrodzenia. Składkę na ubezpieczenie wdowie i sieroce w wysokości 1,7% płacą pracodawcy i samo zatrudniający się od wynagrodzenia. Składka na ubezpieczenie od utraty pracy wynosi dla pracodawców 2,91%, a dla samo zatrudnionych 0,37%. Dodatkowo ponad 2 miliony osób (w 2011 roku) ubezpieczonych było w dodatkowych funduszach na wypadek utraty pracy. Składki na ubezpieczenie chorobowe, macierzyńskie i rentowe opłaca pracodawca w wysokości 4,98%, a samo zatrudniający się w zależności od okresu wyczekiwania i tak: 1 dzień- 4,98%, 7 dni-4,44% (liczone od dochodów powyżej 7,5 krotności podstawy, 14 dni-4,35%, 30 dni-4,18%, 60 dni-3,97%, 90 dni-3,82%. Natomiast ubezpieczenie rodzinne w wysokości

⁵⁰ Zob. R. Garbiec, *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część I*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011, s.78 oraz <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>, 11.09.2013.

2,6% opłacają w jednakowej wysokości zarówno pracodawcy jak i samo zatrudnieni.⁵¹

Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii w 2012 roku opłacana jest składka łączna na ubezpieczenie chorobowe, macierzyńskie rentowe, emerytalne (emerytura z państwowego systemu zaopatrzenia emerytalnego) i od bezrobocia oraz na przeżycie, a jej wysokość jest uzależniona od poziomu wynagrodzenia. Pracownicy płacą 12%, jeżeli są członkami planu emerytalnego to 10,6% od wynagrodzenia tygodniowego pomiędzy 146 a 817 GBP. W przypadku osiągnięcia dochodu powyżej 817 funtów tygodniowo są zobowiązani do opłacania dodatkowej składki w wysokości 2%. Natomiast pracodawcy płacą 13,8% powyżej tygodniowego wynagrodzenia 144 GBP. Pracodawcy otrzymują 3,4% bonifikatę od rządu dla pracowników, którzy uczestniczą w planie emerytalnym.⁵²

Włochy

Składki na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, wdowie i sieroce (płacone razem) we Włoszech wynoszą 33%, z czego 9,19% płaci ubezpieczony, a 23,81% pracodawca. W 2012 roku składki na ubezpieczenie chorobowe i macierzyńskie wynosiły dla pracowników fizycznych 2,68% (w tym 0,46% w przemyśle i 0,24% w handlu) i są płacone przez pracodawców. Natomiast dla pracowników urzędników składka na ubezpieczenie macierzyńskie wynosi 0,46% w przemyśle i 0,24% w handlu i również płacone są przez pracodawców.

Składka na ubezpieczenie wypadkowe opłacana jest przez pracodawcę w zależności od stopnia ryzyka w sektorach zawodowych. Składka na

⁵¹ Zob. R. Garbiec, *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część I*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011, s.104-107 oraz <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>, 11.09.2013.

⁵² Zob. R. Garbiec, *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część I*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011, s.143-144 oraz <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>, 11.09.2013.

ubezpieczenie od bezrobocia wynosi 1,61%. Składkę na ubezpieczenie rodzinne opłaca pracodawca w wysokości 2,48%. Dodatkową składkę na ubezpieczenie społeczne w przemyśle (z wyjątkiem budownictwa) opłaca pracodawca i wynosi ona 2,28%, w tym samym sektorze gospodarki funkcjonuje jeszcze extra dodatkowa składka w wysokości 0,90% (z czego 0,30% opłaca sam ubezpieczony). Dodatkowo jeszcze w budownictwie występuje także składka dodatkowa w wysokości 5,20% opłacana przez pracodawcę i extra dodatkowa składka w wysokości 0,90% (z czego 0,30% opłaca sam ubezpieczony)⁵³.

Jak zaprezentowano powyżej, sposoby finansowania systemów ubezpieczeń społecznych w krajach Unii Europejskiej i ich skala są bardzo zróżnicowane. Uzależnione są one przede wszystkim od rodzaju stosowanego modelu polityki społecznej i obejmują praktycznie całe ich spektrum od modelu konserwatywnego (np. Niemcy, Francja, Holandia), poprzez model socjaldemokratyczny (np. Szwecja, Dania), model śródziemnomorski (np. Hiszpania, Włochy) po model liberalny (np. Irlandia, Wielka Brytania).

Podsumowanie

Na podstawie analizy zaprezentowanych sposobów finansowania systemów ubezpieczeń społecznych można stwierdzić, że skala i struktura finansowania tych systemów jest zróżnicowana i zależna zarówno od wyboru ryzyk społecznych chronionych w ramach danego systemu jak i możliwości ich finansowania uzależnionych od stosowanego modelu polityki społecznej.

W takich państwach jak Hiszpania, Holandia, Włochy czy też Niemcy podstawowe systemy ubezpieczeń społecznych są nieco inaczej skonstruowane niż w naszym kraju, gdyż obejmują dodatkowo inne

⁵³ Zob. R. Garbicz, *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część I*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011, s.166-167 oraz <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>, 11.09.2013.

rodzaje ryzyka jak na przykład ryzyko bezrobocia (Holandia, Niemcy, Hiszpania) czy też ryzyko niedołąstwa (Niemcy, Dania). A ich system finansowania obejmuje wyodrębnione (lub nie) składki na świadczenia z tego tytułu. W krajach Unii Europejskiej wysokości składek na ubezpieczenia społeczne są w większości przypadków niższe niż w Polsce⁵⁴. Państwa realizujące model konserwatywny takie jak np. Niemcy czy Holandia mają znacznie wyższy poziom opłacanych składek niż w krajach o modelu liberalnym. W państwach takich jak na przykład Francja, gdzie mamy do czynienia z modelem niezwykle hojnym pod względem poziomu świadczeń socjalnych znaleziono szereg dodatkowych źródeł finansowania podstawowego systemu ubezpieczeń społecznych. W państwach realizujących model liberalny polityki społecznej takich jak Irlandia czy Wielka Brytania wysokość składek na system ubezpieczeń społecznych jest nie tylko znacznie niższa niż w innych krajach ale nie są w nim także wyodrębnione poszczególne rodzaje ryzyka społecznego. Charakterystyczną cechą systemów realizujących model socjaldemokratyczny jest finansowanie świadczeń społecznych w znacznej części przez podatki, a nie przez składki na ubezpieczenia społeczne (szczególnie widoczne jest to w systemie duńskim). Interesująco skonstruowany został system szwedzki (oparty na modelu socjaldemokratycznym), który obejmuje szereg ryzyk społecznych w tym odmienne niż w Polsce ubezpieczenie rodzicielskie, a sposób jego konstrukcji i efektywność funkcjonowania może stanowić przykład do naśladowania.

W Polsce na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wielokrotnieniu uległa kwota środków przekazywanych przez państwo do publicznego systemu ubezpieczeń społecznych, a zwłaszcza do systemu emerytalnego. Przeprowadzana z ogromnym szumem marketingowym reforma w 1999 roku nie tylko nie poprawiła (póki co) sytuacji FUS, ale horrendalnie ją

⁵⁴ Efektywność finansowa funkcjonowania systemów ubezpieczeń społecznych w takich państwach jak Niemcy, Szwecja czy Wielka Brytania jest znacznie wyższa niż w Polsce. Szczegółowa analiza efektywności finansowej tych systemów została zaprezentowana w monografii R. Garbca wydanej w 2013 roku pod tytułem *„Efektywność finansowa publicznego systemu ubezpieczeń społecznych Polsce po reformie w 1999 roku.”*

pogorszyła. Przyczyna takiego stanu rzeczy jest niedoszacowanie skutków wprowadzonej reformy (zbyt wiele osób zapisało się do II filaru spośród osób w wieku 30 –50 lat ⁵⁵ co zwiększyło tzw. deficyt systemowy⁵⁶), ogromnie przewartościowano wysokość składki przekazywanej z ZUS do OFE, nie przewidziano braku konkurencji pomiędzy OFE, nie przewidziano ogromnych skutków działań promocyjnych, nie zrjonalizowano wydatków w systemie repartycyjnym⁵⁷, przeszacowano możliwości finansowania deficytu systemowego przez środki pochodzące z prywatyzacji. Przewidywane efekty reformy emerytalnej z założenia były odległe w czasie, ale sposób jej wprowadzenia i przyjęte rozwiązania (radykalne obniżenie wysokości świadczeń nowego systemu emerytalnego i zwiększające się kwoty dopłat z budżetu państwa do FUS) nie napawają optymizmem co do jej dalszego funkcjonowania w obecnym kształcie.

Aktualne rozwiązania systemowe w Polsce w zakresie finansowania systemu ubezpieczeń społecznych nadal wymagają istotnych zmian, pomimo wprowadzenia ostatnio możliwości przenoszenia się ubezpieczonych pomiędzy I a II filarem. Warto by - zdaniem autora- wykorzystać rozwiązania stosowane w innych państwach i rozważyć możliwość wprowadzenia nasypujących zmian systemowych: ujednoczyć składkę na cały katalog ryzyk społecznych chronionych w polskim systemie ubezpieczeń społecznych (wprowadzenie odrębnych wysokości składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń nie poprawiło efektywności finansowej systemu), wprowadzić indywidualne konto społeczne dla wszystkich ryzyk społecznych (obecnie takie rozwiązanie funkcjonuje tylko w ubezpieczeniu emerytalnym) by każdy ubezpieczony korzystał ze wszystkich składek opłacanych w systemie oraz ujęcie ryzyka

⁵⁵ Był to efekt zbyt optymistycznej działalności marketingowej rządu, która zapowiadała znaczne korzyści przy przejściu do tego filaru nawet osobom, które ze względu na wiek (krótki okres ubezpieczenia) nie mogą liczyć na duże powiększenie środków przekazanych do OFE

⁵⁶ Deficyt środków z tytułu konieczności przekazywania składki do OFE przez co automatycznie zmniejsza się ilość środków na wyłata bieżących świadczeń repartycyjnych.

⁵⁷ Racjonalizowanie wydatków winno polegać na zmniejszeniu liczby osób uprawnionych do świadczeń wcześniejszych i pomostowych, zwiększenie wieku emerytalnego, zmianie parametrów wypłacanych świadczeń.

niedołężstwa w katalogu chronionych ryzyk w polskim systemie ubezpieczeń społecznych, a także znaleźć inne dodatkowe źródła finansowania systemu.

Bibliografia

1. Garbiec R., *Efektywność finansowa systemów ubezpieczeń społecznych na przykładzie wybranych państw Unii Europejskiej*, (w:) *zarządzanie finansami, Upowszechnianie i transfer wyników badań*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2012.
2. Garbiec R., *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część I*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011.
3. Garbiec R., Chrzan E., *System ubezpieczeń społecznych w Danii*, (w:) *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część II*, R. Garbiec (red.), Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011.
4. Garbiec R., Łazorko K., *System ubezpieczeń społecznych w Irlandii*, (w:) *Systemy ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej część II*, R. Garbiec (red.), Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2011.
5. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 listopada 2009 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych
Dz. U. Nr 205/2009, poz.1585.
6. Ustawa z 13.10.1998 roku, *O systemie ubezpieczeń społecznych* Dz. U. 1998 Nr 137 poz. 887.

7. Ustawa z 20.04.2004 roku *O pracowniczych programach emerytalnych*, Dz. U. 2004 Nr 116 poz. 1207.
8. Ustawa z 20.04.2004 roku *O indywidualnych kontach emerytalnych*, Dz. U. Nr 116, poz. 1205.
9. www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVE TABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp
10. www.zus.pl/default.asp?p=2&id=751.

Michał Kaczmarczyk

Wymiary cyberwykluczenia osób starszych*

Wśród najważniejszych czynników opóźniających w Polsce wyłanianie się społeczeństwa informacyjnego – obok niedostatecznego rozwoju bazy technicznej niezbędnej do upowszechniania się usług internetowych – wymienić należy niski poziom kultury informatycznej, determinowany nie tylko barierami o charakterze infrastrukturalnym (nieumiejętność korzystania z sieci spowodowana brakiem dostępu do Internetu), ale także – a często przede wszystkim – czynnikami społecznymi i psychologicznymi. Świadczy o tym profil demograficzny polskich internautów, który uwidacznia znaczące dysproporcje w korzystaniu z sieci (i kultury informatycznej) wśród różnych grup wieku. Według najnowszego raportu Centrum Badania Opinii Społecznej „Korzystanie z Internetu” obecność w Internecie jest czymś naturalnym i niemal powszechnym wśród najmłodszych respondentów, a wraz z wiekiem odsetek internautów maleje. Zdecydowana większość regularnych użytkowników sieci to osoby mające nie więcej niż 44 lata. W grupie 45–54 lata z Internetu korzysta 52 proc. badanych, wśród osób mających 55–64 lata – 34 proc., a wśród najstarszych już tylko co jedenasty⁵⁸. Podobne wyniki przynosi raport „Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec Internetu” pod redakcją Dominika

* Niniejszy tekst stanowi skróconą wersję rozdziału pt. „Seniorzy w społeczeństwie informacyjnym. Wokół problemu cyberwykluczenia”, opublikowanego w monografii „Przestrzeń starości”, pod red. M. Zrałek, Sosnowiec 2012

⁵⁸ Korzystanie z Internetu. Komunikat z badań Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012.

Batorskiego i Jana M. Zająca. W opinii autorów raportu, opartego na analizie wyników badań empirycznych, spośród blisko 13 mln obywateli RP po pięćdziesiątce ponad 10 mln (78 proc.) nie korzysta z Internetu. Mimo obserwowanego w ostatnich latach wzrostu liczby użytkowników sieci, w grupie wieku 50+ przyrost ten był znacznie wolniejszy, a głównym czynnikiem przyczyniającym się do poprawy wyników w populacji seniorów było „wchodzenie” kolejnych roczników do grupy 50+. Ponadto seniorzy częściej niż przedstawiciele innych grup wieku przestawali korzystać z sieci. Pod względem dostępu osób w wieku 50+ do Internetu Polska zajmuje ostatnie pozycje wśród krajów Unii Europejskiej⁵⁹.

Analiza powyższych wyników prowadzi do konkluzji, iż mimo nieznacznego wzrostu liczby internautów w wieku senioralnym, grupa ta pozostaje niejako poza sferą zjawisk i procesów społecznych związanych z rozwojem Internetu i budowaniem fundamentów społeczeństwa informacyjnego, tworząc kategorię osób cyfrowo wykluczonych. Termin „wykluczenie cyfrowe”, odnoszący się do jednego z wymiarów wykluczenia społecznego, wywodzić należy z angielskiego *digitaldivide*, co w dosłownym tłumaczeniu oznacza cyfrowy podział. Pojęcie to upowszechniła politolog Pippa Norris, która w swojej pracy „Digital Divide: Civic Engagement, Information Poverty, and the Internet Worldwide” zwracała uwagę, iż w społeczeństwach krajów rozwiniętych wyraźnie uwidacznia się nowy podział społeczny: na tych, którzy posiadają dostęp do nowoczesnych środków komunikacji, oraz na tych, którzy takim dostępem nie dysponują. Początkowo podział cyfrowy odnoszono przede wszystkim do możliwości korzystania z Internetu. Z czasem tacy badacze jak Paul Joseph DiMaggio czy Eszter Hargittai rozszerzyli zakres tej problematyki na szeroko rozumiany dostęp do nowych technologii, wprowadzając pojęcia cyfrowej nierówności i cyfrowej deprivacji. W tym kontekście zaczęto mówić o zupełnie nowej stratyfikacji społecznej występującej w społeczeństwie informacyjnym.

⁵⁹ Batorski D., Zająć J. M., Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec Internetu, Warszawa 2010.

Wirtualizacja i multimediatyzacja dzisiejszego świata powodują, że wykorzystywanie nowych technologii, a zwłaszcza Internetu, staje się powszechne we wszystkich dziedzinach życia, zarówno w wymiarze publicznym, jak również zawodowym czy prywatnym. Globalna sieć komputerowa i nowoczesne narzędzia informatyczne, znajdujące zastosowanie w tworzonym przez nią środowisku, stały się powszechnym i nieodzownym elementem współczesności – na nich opiera się rozwój gospodarczy, społeczny i polityczny, one też – w coraz większym stopniu – zapewniają właściwe funkcjonowanie mechanizmów demokracji i partycypacji obywatelskiej, gwarantują dostęp do informacji i komunikacji, służą realizacji procesów ekonomicznych (tak w skali mikro, jak i makro), a nawet sprzyjają powstawaniu nowego typu więzi społecznych, których środowiskiem stały się portale społecznościowe, takie jak Facebook czy Nasza-klasa. Dla społeczeństwa informacyjnego – w najszerzej skali korzystającego z informacji w formie zdigitalizowanej i znajdującego dla nich zastosowania niemal we wszystkich sferach życia – dostęp do nowych technologii oraz świadome i efektywne stosowanie ich na co dzień, stanowi warunek zapewniający prawidłową jakość warunków życiowych⁶⁰. Z tych powodów cyberwykluczenie w grupie 50+ stanowi jeden z ważniejszych problemów społecznych współczesnej Polski i powoduje to poważne konsekwencje dostrzegalne we wszystkich obszarach systemu ogólnospołecznego. W niniejszym artykule skoncentrujemy się na analizie zjawiska wykluczenia cyfrowego seniorów w odniesieniu do trzech wybranych sfer: dostępu do informacji, dostępu do usług publicznych oraz partycypacji politycznej.

W społeczeństwie i państwie demokratycznym jednym z rudymenarnych praw obywatelskich jest prawo do informacji. Jego implementacja umożliwia obywatelom aktywny udział w życiu publicznym i kontrolę władz państwowych czy samorządowych, a pośrednio gwarantuje obywatelom ochronę przed nadużyciami władzy czy nieefektywnym zarządzaniem środkami publicznymi. Prawo do

⁶⁰ Tomczyk Ł., Edukacyjne formy przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu, dostępny na: www.spolecznieodpowiedzialni.pl, [dostęp: 22 grudnia 2010].

informacji gwarantują zarówno akty prawa międzynarodowego (Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Deklaracja Podstawowych Praw i Wolności, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych), jak i powszechnie obowiązujące akty prawa krajowego: Konstytucja RP (art. 61), Ustawa o dostępie do informacji publicznej oraz Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie Biuletynu Informacji Publicznej. Realizację prawa do informacji zapewnia w RP przede wszystkim obowiązywanie dwóch ostatnich aktów prawnych, które nakładają na określone podmioty, m.in. organy władzy publicznej oraz organy samorządów gospodarczych i zawodowych (art. 4)⁶¹, obowiązek udostępniania informacji dotyczących spraw publicznych oraz ustalają zasady i tryb udostępniania tych informacji. Ponadto, przywołane regulacje zobowiązują organy władzy publicznej oraz jednostki samorządowe do utworzenia tzw. biuletynów informacji publicznej, które składają się na ujednoczony system stron internetowych, stworzony w celu powszechnego udostępniania informacji publicznej.

Jeden z najważniejszych instrumentów gwarantujących obywatelom dostęp do informacji publicznej ma charakter narzędzia wirtualnego – korzystanie z BIP wymaga dostępu do Internetu oraz odpowiedniego poziomu kultury informatycznej, gwarantującego sprawne i efektywne korzystanie z funkcjonalności biuletynu. Za pośrednictwem Internetu organy władzy publicznej kierują do obywateli przekaz, którego celem jest poszerzenie zasobu wiedzy odbiorców na temat procesów i mechanizmów sprawowania władzy, praw obywatelskich, możliwości uczestniczenia w życiu publicznym itp. Urzeczywistnieniu prawa do informacji na poziomie lokalnym, regionalnym czy krajowym służą także serwisy internetowe organów państwowych czy jednostek samorządowych – ich funkcjonowanie w sieci stworzyło zupełnie nowe standardy w zakresie przejrzystości struktur zarządzania poszczególnymi instytucjami publicznymi, urzeczywistniając zasadę jawności życia

⁶¹ Ustawa z dnia 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. 2001, nr 112, poz. 1198 z późn. zm).

publicznego. Niekorzystanie z sieci, bez względu na jego przyczyny, stanowi poważną barierę w dostępie do informacji, w tym informacji publicznej – najważniejszej z punktu widzenia jakości demokracji i procesów kreowania społeczeństwa obywatelskiego. Zjawisko wykluczenia cyfrowego jest przeto zagrożeniem dla realizacji postulatu równości w dostępie do informacji, który z kolei stanowi warunek równoważności głosu każdego obywatela, równości szans w dostępie do życia publicznego i partycypacji obywatelskiej. Wszystko to ujemnie wpływa na poziom świadomości obywatelskiej osób cyberwykluczonych, ich wiedzę, postawy i zachowania polityczne (publiczne), a w szerszej perspektywie – poziom i charakter kultury politycznej całego społeczeństwa (w którym seniorzy, a zatem grupa o najwyższym wskaźniku wykluczenia cyfrowego, stanowią 13 procent populacji).

Institucje publiczne często traktują swoje witryny internetowe jako nadrzędny kanał komunikacji z odbiorcami własnych działań, uznając, że przekazanie wiadomości za pośrednictwem sieci czyni zadość realizacji zadań informacyjnych w danej dziedzinie. Jest to szczególnie istotne w przypadku samorządów lokalnych – serwis www bywa dla nich często jedynym narzędziem polityki informacyjnej. Przepisy prawne nie zobowiązują samorządu lokalnego do prowadzenia szeroko rozumianej polityki informacyjnej i ograniczają się jedynie do nałożenia nań obowiązku przekazywania informacji na temat swojej działalności. Władza lokalna nader często czyni to w oparciu o instrumenty internetowe. Dostępu do tak upowszechnionej informacji pozbawione są osoby cyberwykluczone. Co więcej, bywa, iż nie mają one możliwości wyzyskania alternatywnych źródeł informacji, tracąc w ten sposób możliwość skorzystania z fundamentalnego, konstytucyjnie gwarantowanego prawa obywatelskiego.

Negatywne konsekwencje społeczne wykluczenia cyfrowego ludzi starszych, związane z ograniczonym dostępem do usług publicznych, potęguje rozwój e-administracji. Pod pojęciem tym rozumieć należy użycie przez administrację aplikacji internetowych oraz innych technologii informacyjnych, połączonych z procesami, które wdrażają te

technologie, aby usprawnić dostęp do informacji administracji oraz usług lub wprowadzić ulepszenia w działalności administracji w zakresie skuteczności, wydajności, jakości usługi itp. Pojawiające się tu pojęcie administracji rozumieć należy szeroko, e-administracja bowiem obejmuje usługi oferowane przez jednostki sektora budżetowego, które wychodzą poza administrację publiczną i dotyczą m.in. służby zdrowia, instytucji ochrony prawnej, uczelni wyższych itd. Elektroniczna administracja oznacza więc w istocie elektroniczny system informacji i usług publicznych⁶². „Najważniejszym zadaniem, przed jakim stoi elektroniczna administracja, jest świadczenie usług publicznych drogą elektroniczną. Zamówienie wizyty lekarskiej przez Internet, złożenie deklaracji podatkowych przez osoby fizyczne i prawne za pomocą kliknięcia myszką, wyrobienie nowego dowodu bez wychodzenia z domu – to tylko przykłady takich usług. Ich udostępnianie ma służyć usprawnieniu kontaktów obywateli z władzami wszystkich szczebli i przyspieszeniu procedur załatwiania spraw urzędowych” – pisze Dorota Grodzka⁶³. Proces budowy e-administracji przebiega w Polsce powoli, napotykać na istotne bariery wpływające negatywnie na jego dynamikę. W opublikowanym w 2010 roku przez Organizację Narodów Zjednoczonych rankingu rozwoju e-administracji, Polska zajęła 45. miejsce na świecie – w stosunku do roku 2008 odnotowała spadek o 12 pozycji. Najsłabsze wskaźniki dotyczą obszaru usług administracyjnych dostępnych online (50. miejsce) oraz dostępności infrastruktury telekomunikacyjnej (53. miejsce). Nie zmienia to faktu, iż strategia rozwoju e-administracji jest stopniowo implementowana (m.in. dzięki wsparciu działań z tym związanych z funduszy Unii Europejskiej, Funduszu Schengen i Norweskiego Mechanizmu Finansowego), a narzędzia internetowego dostępu do usług publicznych znajdują zastosowanie w coraz szerszym zakresie, zwłaszcza w dużych miastach⁶⁴.

⁶²Sakowicz M., How to Evaluate E-Government? Different Methodologies and Methodes, dostępny na: www.unpan1.un.org, [dostęp: 27 grudnia 2010].

⁶³Grodzka D., E-administracja w Polsce, Infos, 2007, nr 18.

⁶⁴Przykładem udanego projektu z zakresu e-administracji jest uruchomiony w 2002 roku w Krakowie portal „Wrota Małopolski”, stanowiący platformę dającą obywatelom i podmiotom

Zgodnie z obowiązującymi w Unii Europejskiej standardami usługi administracji, z których obywatele mogą skorzystać *on-line*, obejmują: rozliczenia podatkowe, pośrednictwo w poszukiwaniu pracy, ubezpieczenia społeczne, wydawanie dokumentów tożsamości, rejestrowanie pojazdów, wydawanie pozwoleń na budowę, przyjmowanie zgłoszeń na policji, wydawanie aktów stanu cywilnego, rejestrowanie w procedurze rekrutacyjnej na wyższe uczelnie, zgłaszanie zmiany miejsca zamieszkania. Do najczęściej wdrażanych rozwiązań w zakresie e-administracji w Polsce należą:

1. **elektroniczne urzędy** – platformy dające obywatelom i przedsiębiorstwom możliwości załatwiania spraw urzędowych *on-line*. Znajdują one zastosowanie przede wszystkim w instytucjach samorządowych, urzędach wojewódzkich, urzędach i izbach skarbowych, zakładach ubezpieczeń społecznych oraz urzędach statystycznych i pozwalają m.in. na składanie wniosków, aktualizowanie danych osobowych, rejestrowanie działalności gospodarczej, składanie zeznań podatkowych czy przeszukiwanie ofert pracy.
2. **elektroniczne biblioteki** – aplikacje umożliwiające korzystanie z katalogów bibliotecznych *on-line* oraz dające dostęp do zdigitalizowanych zbiorów.
3. **e-przychodnie** – systemy, dzięki którym możliwe jest elektroniczne rejestrowanie się do lekarza, rezerwowanie badań czy przekazywanie wyników drogą e-mailową. W dalszej perspektywie system zapewniać ma spersonalizowaną obsługę pacjentów i archiwizowanie wszystkich danych medycznych w jednym systemie.

gospodarczym województwa dostęp do regionalnych zasobów informacyjnych oraz możliwość korzystania z usług świadczonych przez urzędy administracji publicznej. „Wrota Małopolski” obejmują dwa powiązane ze sobą portale: informacyjny, obejmujący moduły tematyczne „Wizytówka Małopolski”, „Edukacja”, „Kultura”, „Mapy GIS-GPS”, „Niepełnosprawni”, „Przedsiębiorczość”, „Praca”, „Środowisko i obszary wiejskie”, „Turystyka i sport”, „Zdrowie” i „Aktualności” oraz obywatelski, tworzony przez Cyfrowy Urząd i Małopolski Biuletyn Informacji Publicznej.

4. **wirtualne dziekanaty** – systemy umożliwiające studentom elektroniczne uzyskiwanie informacji dotyczących uczelni i toku studiów oraz realizowanie czynności administracyjnych związanych ze studiowaniem. Wirtualne dziekanaty pozwalają m.in. na sprawdzanie planów zajęć i terminów zjazdów, przeglądanie ocen, monitorowanie wpłat czesnego, uzyskiwanie informacji o przyznanych stypendiach, sprawdzanie przynależności do danej grupy studenckiej, sprawdzanie swoich danych osobowych, nawiązywanie kontaktu z dziekanatem oraz wykładowcami, wyszukiwanie godzin pracy wykładowców, wydruk protokołów egzaminacyjnych, zdalne wystawianie ocen, wypełnianie ankiet dotyczących jakości kształcenia itp.

W dobie rozwoju e-administracji osoby nie mające dostępu do Internetu oraz umiejętności korzystania z nowych technologii zostają odcięte od coraz bardziej liczących się w przestrzeni społecznej kanałów komunikacji instytucjonalnej, a co za tym idzie – od możliwości szybkiego, sprawnego i efektywnego załatwienia spraw z wielu obszarów życia codziennego. W ogromnym stopniu dotyczy to osób starszych, spośród których najczęściej rekrutują się klienci Zakładu Ubezpieczeń Społecznych czy pacjenci szpitali i przychodni zdrowia. Wprowadzane w tych placówkach elektroniczne udogodnienia są przeto niedostępne dla większości ich potencjalnych beneficjentów. Owa niedostępność dotyczy wszystkich funkcjonalności platform elektronicznej administracji, a zatem nie tylko wymiaru informacyjnego (dostęp do publikacji na stronach www), ale także interakcyjnego (możliwość komunikowania się drogą elektroniczną z urzędami) czy integracyjnego (dostęp do portali udostępniających informacje pochodzące z różnych urzędów i baz danych oraz ułatwiające realizację czynności urzędowych *on-line* w jednym miejscu, w sposób skoordynowany i uproszczony, na zasadzie „jednego okienka”). Wykluczeni cyfrowo, nie czerpiąc z możliwości, jakie daje e-administracja, pozostają poza sferą związanych z nią korzyści, takich jak: wygoda (dostępność urzędu w dowolnym czasie i miejscu, wszystko w

jednym miejscu, szybkie reakcje), lepsza jakość obsługi klienta, dostęp do większej ilości lepszych jakościowo informacji⁶⁵ czy niższe koszty obsługi biurowej. Skutki wykluczenia cyfrowego w wymiarze korzystania z elektronicznej administracji są najsilniej odczuwalne w przypadku tych procedur, które opierają się wyłącznie lub niemal wyłącznie na nowych technologiach i – realizowane w środowisku wirtualnym – nie przewidują alternatywnych rozwiązań starego typu. Dotyczy to np. rejestracji i korzystania z zasobów w bibliotekach cyfrowych czy obsługi procesu rekrutacji i kształcenia w szkołach wyższych. W przypadku uczelni, które na coraz szerszą skalę wdrażają technologie e-learningowe, realizacja obowiązków studenckich oraz wykonywanie czynności administracyjnych związanych z tokiem studiów, często nie jest możliwa bez wykorzystania internetu i technologii informatycznych. Stanowi to istotną barierę dla osób starszych, które – chcąc skorzystać np. z oferty studiów niestacjonarnych – muszą przynajmniej w podstawowym zakresie opanować umiejętność obsługi komputera. Co więcej – narzędzia komunikacji elektronicznej bywają stosowane także w praktyce funkcjonowania uniwersytetów trzeciego wieku, dotyczą zatem tej części oferty szkół wyższych, która adresowana jest wyłącznie lub niemal wyłącznie do seniorów. Za pomocą poczty e-mail słuchacze UTW otrzymują plany i terminy zajęć czy ustalają przydziały do konkretnych grup słuchaczy. Wprowadzenie obok narzędzi elektronicznych uczelnie udostępniają seniorom tradycyjne kanały komunikacji, ale ich funkcjonalność i efektywność jest często niższa (np. pierwszeństwo w zapisach na zajęcia mają osoby korzystające z poczty e-mail), a do tego w środowisku studentów UTW powstają niekorzystne psychologicznie podziały na grupę „zdigitalizowaną” (bardziej nowoczesną, sprawną technologicznie) i „analogową” (tradycyjną, nie radzącą sobie z nowinkami technologicznymi).

Wykluczenie cyfrowe seniorów można również rozpatrywać w kontekście rozwoju tzw. demokracji elektronicznej, która jest zjawiskiem szerszym niż e-administracja i dotyczy większości sfer systemu

⁶⁵ E-administracja w perspektywie kontroli, dostępny na: www.eurosai-it.org, [dostęp: 27 grudnia 2010].

politycznego. Brak dostępu do nowych technologii oraz nieumiejętność korzystania z nich w życiu społecznym powoduje wszakże, iż cyberwykluczeni pozbawieni są możliwości partycypowania z życiem publicznym w jego nowoczesnych, elektronicznych formach, co skutkuje nie tylko powstaniem bariery w implementacji fundamentalnego w demokratycznym państwie prawa do informacji (problem omówiony powyżej), ale także ograniczeniem możliwości korzystania z innych praw obywatelskich, zwłaszcza tych o charakterze politycznym.

Pojęcie demokracji elektronicznej rozumiane jest niejednoznacznie. W najbardziej ogólnym sensie oznacza ono zastosowanie technologii informacyjno-telekomunikacyjnych dla zwiększenia uczestnictwa obywateli w procesach demokratycznych, zarówno w ujęciu ilościowym, jak i w formie realnego wpływu wywieranego przez jednostki na funkcjonowanie instytucji publicznych⁶⁶. Krzysztof Wereszczyński wskazuje na trzy znaczenia pojęcia demokracji elektronicznej: 1) teledemokrację rozumianą jako możliwość wykorzystania nowych technologii w procedurach demokratycznych o charakterze plebiscytowym; 2) cyberdemokrację rozumianą jako system umożliwiający dialog, dyskurs i aktywną partycypację opartą na sieci, narzędzie budujące wspólnoty, umożliwiające komunikację „wielu z wieloma”; 3) demokratyzację elektroniczną polegającą na ulepszaniu demokracji, a nie zastępowaniu formy przedstawicielskiej, „wzmacnianiu” demokracji nowym kanałem przepływu informacji. Głównym celem takiego postrzegania demokracji elektronicznej jest sprawienie, aby sieć stała się elementem usprawniającym przepływ informacji między społeczeństwem a władzą dla wzmocnienia systemu demokratycznego⁶⁷.

W praktyce funkcjonowania instytucji demokratycznego państwa i społeczeństwa Internet znajduje coraz szersze zastosowanie jako

⁶⁶ Grodzka D., E-demokracja ...

⁶⁷ Wereszczyński K., Demokracja elektroniczna jako obszar powszechnej edukacji obywatelskiej, (w:) Dąbrowski M., Zajac M. (red.) E-edukacja dla rozwoju społeczeństwa, Warszawa 2008, s. 34.

instrument wspomagający rządzenie oraz dający obywatelom dostęp do rozmaitych form udziału w życiu publicznym. Opierając się na opracowaniach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), można wskazać trzy poziomy wykorzystania nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych w demokratycznej przestrzeni społeczno-politycznej: informowanie, konsultowanie oraz aktywne uczestniczenie w kształtowaniu polityki. Sieć jest zatem nie tylko nośnikiem informacji o polskiej scenie politycznej i funkcjonujących na niej podmiotach, ale także środkiem organizowania się grup społecznych, miejscem prowadzenia społecznych konsultacji, przestrzenią artykulacji potrzeb i interesów oraz prowadzenia debaty publicznej⁶⁸. Jak słusznie zauważa Dorota Grodzka, dzięki nowym technologiom zarówno obywatel, jak i organizacje oraz grupy społeczne mają większe możliwości prezentacji swoich argumentów, stosunkowo łatwo bowiem jest nagłośnić wybraną sprawę czy pozyskać dla niej poparcie⁶⁹. „Nowe technologie mogą ułatwić obywatelom angażowanie się w proces ustawodawczy, zwiększyć możliwość wpływania na tematy toczących się debat oraz proponowania własnych rozwiązań (np. elektroniczna inicjatywa ustawodawcza)⁷⁰”. Należy jednak zauważyć, iż rozwój owych technologii sprzyja powstawaniu nowych form wykluczenia, związanych z brakiem możliwości i/lub kompetencji partycypowania w e-demokracji, co osłabia nie tylko efektywność funkcjonowania demokracji elektronicznej jako takiej, ale demokracji w ogóle. Powoduje bowiem niekorzystne zjawiska społeczne w postaci tworzenia grup-enklaw wolnych od dostępu do innowacji, a co za tym idzie – nie uczestniczących w procedurach dzięki nim osiągalnych. Tworzą się zatem takie struktury, które utrudniają funkcjonowanie demokratycznych stosunków społecznych, zagrażają spójności społecznej

⁶⁸ D. Grodzka, E-demokracja... Zob. także: Obywatele jako partnerzy. Podręcznik OECD na temat informowania, konsultacji i udziału społeczeństwa w podejmowaniu decyzji politycznych, Warszawa 2001.

⁶⁹ D. Grodzka, E-demokracja...

⁷⁰ Tamże.

oraz stanowią zagrożenie dla zasady równości w dostępie do instytucji, mechanizmów i procesów demokratycznych.

Pomimo wielu inicjatyw mających na celu zbudowanie w Polsce społeczeństwa informacyjnego, nadal trudno zaklasyfikować je do kategorii społeczeństw z informatyzowanych. Ma na to wpływ nie tylko niedostatecznie rozwinięta infrastruktura technologiczna, ale również niski poziom kompetencji informatycznych społeczeństwa, w tym coraz liczniejszej w nim grupy osób w wieku senioralnym. Skuteczne i efektywne rozwiązanie problemu wykluczenia cyfrowego wymaga aktywności ze strony wszystkich sektorów państwa: publicznego (w tym samorządowego), rynkowego, organizacji non-profit oraz uczelni wyższych. Od 17 lipca 2010 r. obowiązuje w Polsce Ustawa z dnia 7 maja 2010 roku o wspieraniu rozwoju usług⁷¹ i sieci telekomunikacyjnych, zawierająca kompleksowe regulacje sprzyjające ułatwieniu i usprawnieniu procesu inwestycyjnego w telekomunikacji oraz rozwojowi konkurencji na rynku telekomunikacyjnym, a także szereg rozwiązań prawnych dotyczących aktywizacji w prowadzeniu działalności w zakresie telekomunikacji jednostek samorządu terytorialnego oraz przedsiębiorstw wykonujących zadania z zakresu użyteczności publicznej⁷². Dzięki niej jednostki samorządu terytorialnego otrzymały kompetencje do świadczenia usług z wykorzystaniem posiadanej infrastruktury telekomunikacyjnej na rzecz prywatnych przedsiębiorców czy mieszkańców⁷³. Pod rządami nowej ustawy samorządy posiadają możliwość dostarczania obywatelom usług internetowych po zaniżonych cenach lub za darmo, a finansowanie gminnego Internetu następować może z subwencji z budżetu państwa, dotacji celowej na realizację zadań

⁷¹Ustawa z dnia 7 maja 2010 r. o wspieraniu rozwoju usług i sieci telekomunikacyjnych (Dz. U. 2010, nr 106, poz. 675 z późn. zm.).

⁷² www.mi.gov.pl [dostęp: 21 grudnia 2010].

⁷³Czubkowska S. , Gminy z szybkim internetem to wyjątki na mapie Polski, dostępny na: www.biznes.gazetaprawna.pl, [dostęp: 21 grudnia 2010].

zleconych, funduszy unijnych, przychodów z tytułu prowadzenia działalności telekomunikacyjnej, podatków od osób fizycznych oraz środków własnych jednostek samorządu terytorialnego. Ale polityka ograniczania cyberwykluczenia i niwelowania jego konsekwencji winna koncentrować się nie tylko na hasle „dostęp do Internetu dla wszystkich”, ale przede wszystkim na postulacie „umiejętności informatyczne dla wszystkich”. Strategia Rozwoju Społeczeństwa Informatycznego w Polsce do 2013 roku zakłada szerokie wsparcie środowisk zagrożonych wykluczeniem cyfrowym poprzez identyfikowanie i likwidowanie barier edukacyjnych, organizacyjnych, ekonomicznych i geograficznych powodujących wykluczenie z możliwości korzystania z technologii informacyjnych. Niwelowanie zagrożeń związanych z wykluczeniem cyfrowym seniorów wymaga - przede wszystkim od samorządów - m.in. realizacji programów upowszechniania dostępu do Internetu oraz kreowania kompetencji informatycznych w grupie 50 plus (środki na realizację tego rodzaju programów będą dostępne także w ramach nowej perspektywy finansowej Unii Europejskiej rozpoczynającej się w 2014 roku), włączania treści dotyczących roli Internetu w życiu społecznym do programów uniwersytetów trzeciego wieku czy realizacji kampanii społecznych kształtujących wiedzę oraz postawy zrozumienia i akceptacji dla rozmaitych zastosowań sieci w życiu prywatnym i publicznym. Przewiduje się, że dzięki tym i innym działaniom z każdym kolejnym rokiem w stopniu zauważalnym zwiększać się będzie grupa użytkowników Internetu w wieku senioralnym, co wydaje się mieć fundamentalne znaczenie nie tylko w kontekście rozwoju społeczeństwa informacyjnego, ale jakości demokracji i życia społecznego w najbardziej szerokim sensie.

Bibliografia

1. Batorski D., Zająć J. M., *Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec internetu*, Warszawa 2010.
2. Czubkowska S. , *Gminy z szybkim internetem to wyjątki na mapie Polski*, dostępny na: www.biznes.gazetaprawna.pl, [dostęp: 21 grudnia 2010].
3. *E-administracja w perspektywie kontroli*, dostępny na: www.eurosai-it.org, [dostęp: 27 grudnia 2010].
4. Grodzka D., *E-administracja w Polsce*, Infos, 2007, nr 18.
5. *Korzystanie z Internetu. Komunikat z badań Centrum Badań Opinii Społecznej*, Warszawa 2011.
6. Sakowicz M., *How to Evaluate E-Government? Different Methodologies and Methodes*, dostępny na: www.unpan1.un.org, [dostęp: 27 grudnia 2010].
7. Tomczyk Ł., *Edukacyjne formy przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu*, dostępny na: www.spolecznieodpowiedzialni.pl, [dostęp: 22 grudnia 2010].
8. Ustawa z dnia 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. 2001, nr 112, poz. 1198 z późn. zm).
9. Ustawa z dnia 7 maja 2010 r. o wspieraniu rozwoju usług i sieci telekomunikacyjnych (Dz. U. 2010, nr 106, poz. 675 z późn. zm.).
10. Wereszczyński K., *Demokracja elektroniczna jako obszar powszechnej edukacji obywatelskiej*, (w:) Dąbrowski M., Zająć M. (red.) *E-edukacja dla rozwoju społeczeństwa*, Warszawa 2008, s. 34.
11. www.mi.gov.pl [dostęp: 21 grudnia 2010].

Lidia Zuber-Dzik

Nie dajmy się zaskoczyć starości

Życie inne zaczyna się po 60-tce

Zamysł wzbogacenia Kongresu Seniora o warsztaty psychologiczne, propagujące ideę przygotowywania się do starości, zrodził się w środowisku Pani Rzecznik Praw Obywatelskich, Profesor Ireny Lipowicz. Jest to wartościowa idea, która skutkować może nie tylko poprawą jakości życia seniorów, ale i polepszeniem komunikacji oraz solidarności międzypokoleniowej. Takie przekonanie sprawiło, iż podjęłam się tego zadania.

Nie jest to zadanie łatwe. Bowiem „jesień życia” każdego człowieka ma zawsze swój indywidualny klimat i koloryt. Bagaż niepowtarzalnych doświadczeń życiowych sprawia, że – tak jak każdy człowiek inaczej przeżywa swoje życie - tak też inaczej się starzeje. Uogólnienia są tym trudniejsze, że wiek biologiczny nie pokrywa się z reguły z wiekiem psychologicznym. Można przecież spotkać „młodych starców” i „starych młodzieńców”. Nie bez znaczenia jest też potoczne spostrzeżenie starości w kategoriach regresu, ograniczeń i nieszczęść.

Mimo istniejących przeszkód, psychologia dysponuje wiedzą będącą w stanie pomóc w pomyślnym starzeniu się, którego symbolem może być slogan: „życie zaczyna się po 60-tce”! Przy czym liczyć się należy z tym, że życie w tym okresie ulega wielu zmianom. Jest po prostu *inne*, co nie musi oznaczać, że gorsze. *„Tajemniczy proces starzenia się nie jest równoznaczny ze schodzeniem w ciemną dolinę; o wiele bardziej*

*przypomina wspinanie się na (...) szczyt, przed którym trzeba odłożyć każdy zbędny bagaż....*⁷⁴. Ta metafora przekonuje, że starzenie się nie wyklucza progresu i rozwoju, można osiągnąć jeszcze wiele, choć nie bez trudu i rozważań.

Refleksja nad zmianami i problemami życiowymi, czy typowymi kryzysami emocjonalnymi wieku senioralnego, do której zapraszam, może pomóc w opanowaniu „sztuki” dojrzałego życia.

Kres kariery zawodowej – bilans „zysków i strat”

Jednym z przełomowych wydarzeń życiowych jest rozstanie się z pracą zawodową. Warto nadmienić, że w potocznym ujęciu, jak i w niektórych koncepcjach ukazujących etapowość życia ludzkiego, przejście na emeryturę jest uznawane za próg starości⁷⁵.

Jeśli praca przez lata zajmowała ważne miejsce w czyimś polu życiowym, to zaistniałe zmiany są ogromne. Mimo niewątpliwych korzyści związanych z odciążeniem od obowiązków zawodowych, okazuje się, że wypełnienie zyskanego czasu, adaptacja do nowej roli i często obniżonego statusu, to jedno z niełatwych wyzwań i jednocześnie źródło dyskomfortu psychicznego. Niezależnie od tego typu trudności, ogólny bilans psychologicznych „zysków i strat” związanych z zaprzestaniem lub kontynuowaniem pracy zawodowej przemawia na rzecz tej drugiej ewentualności. W świetle wiedzy psychologicznej to aktywność zawodowa, a nie beczynność zdaje się być dobrym remedium na starość.

Zatem warto przyjrzeć się, co praca daje człowiekowi. Poza dostarczaniem środków materialnych, praca porządkuje przebieg dnia (strukturyzuje dzień), wymusza aktywność (trzeba się „zebrać”), dostarcza doznań (coś się dzieje), zapewnia kontakty społeczne (nie

⁷⁴ Hauser T. (1997) za: Błachnio A., *Pytanie o jakość życia w kontekście rozważań nad naturą starości* (w:) Obuchowski K. (red.), *Starość i osobowość*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz, 2002, s. 18.

⁷⁵ Kielar-Turska M., *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia* (w:) Strelau J. (red.), *Psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.

jestem sam), daje możliwość wywierania wpływu i doświadczania sprawstwa (coś zależy ode mnie), jest źródłem własnej tożsamości (należę do grupy zawodowej) i statusu społecznego (jestem „kims”), buduje poczucie własnej wartości (jestem w czymś dobry i jestem potrzebny) i tak dalej⁷⁶. Te profity niesie praca na każdym etapie życia. Stąd teza, że warto być czynnym zawodowo (lub para-zawodowo) jak najdłużej. Oczywiście dopóki zadania pracy odpowiadają indywidualnym możliwościom człowieka.

Spoleczne uprzedzenia i stereotypy dotyczące złej jakości pracy osób starszych nie znajdują w psychologii potwierdzenia. Badania pokazują⁷⁷, że na ogół seniorzy pracują równie dobrze, choć inaczej (wolniej, ale systematycznie i wytrwale) niż młodzi. Mimo że procesy przetwarzania informacji (myślenia) są mniej sprawne, to wynikające stąd braki nadrabiają, odwołując się do doświadczenia. Choć generalnie wolniej się uczą, to trzeba zaznaczyć, że uczą się inaczej, bowiem – operując konkretami i nawiązując do wcześniejszej wiedzy – osiągają niezłe rezultaty.

Jednakże w kontekście współczesnych realiów rynku pracy, chcąc być czynnym zawodowo, należy w każdym wieku starać się i dbać o własną atrakcyjność jako pracownika. Uczenie się i nadążanie za „nowym” jest efektywniejsze, jeśli chodzi o utrzymanie się na rynku pracy, niż liczenie na złudny przywilej przysłowiowego „dociągnięcia” do emerytury. Bo nie wiek, a wiedza stała się głównym miernikiem kondycji pracownika.

Gdy czas „to już nie pieniądz” – róbmy swoje

Wczesna i późna dorosłość, jako etapy życia, różnią się od siebie tym, że czas wolny, który przez lata był „towarem luksusowym”, w wieku emerytalnym dewaluuje się i niekiedy mamy go za dużo. Wypoczynek i

⁷⁶ Sęk, H., Kowalik, S.(red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1999.

⁷⁷ Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.

bezczytność w nadmiarze nie są dobrodziejstwem, gdyż pociągają za sobą nudę i znużenie. Natomiast aktywne formy, choć męczą fizycznie, dodają sił i wigoru.

Oczywiście w czasie wolnym można robić różne rzeczy, tak jak różne są nasze upodobania, potrzeby, okoliczności życiowe i - co ważne – nasze wybory. Warto jednak zastanowić się nad czasem, który umyka kontroli. Tak łatwo przecież można zapatrzyć się lub zasłuchać się, a czas płynie. Programy telewizyjne czy radiowe dostarczając informacji i przeżyć mogą stać się lekarstwem na nudę, samotność, pustkę życiową. Dlatego fikcyjny świat wciąga, a nawet uzależnia. Istnieje wtedy niebezpieczeństwo, że rzeczywistość kreowana w świecie medialnym staje się rzeczywistością odbiorcy. Innymi słowy, wtedy łatwo można stać się obiektem manipulacji, przez co osobiste wybory i opinie staną się mniej autonomiczne⁷⁸.

Może więc warto dbać o to, aby być panem swego czasu. Przeznaczyć go na poszerzanie wiedzy, nabywanie nowych umiejętności, realizację hobby, aktywność ruchową, czy zawieranie nowych przyjaźni. Można też zdecydować się na gest ofiarowywania własnego czasu innym. Angażowanie się w pomaganie, w różne formy wolontariatu - to godne polecenia, alternatywne sposoby bronięcia się przed osamotnieniem i jego dalszymi konsekwencjami.

Znów we dwoje - transformacja relacji małżeńskich

Kolejną sferą, w której następują liczne zmiany w wieku senioralnym, są relacje rodzinne. Naturalną konsekwencją rozstania się z pracą zawodową jest zmiana zasad przebywania i sposobu funkcjonowania w domu. Kilkudziesięcioletni rytm dzielenia dnia na czas w pracy i czas w domu zanika. Zazwyczaj wtedy dorosłe dzieci zdążyły już opuścić „domowe gniazdo” (o tym poniżej). W rezultacie osoby będące w trwałych związkach, małżonkowie, wracają do dawnego układu

⁷⁸ Pratkanis A., Aronson E., *Wiek propagandy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.

- są znów we dwoje, a środowisko domowe staje się głównym miejscem przebywania.

Wspólna „druga młodość” ma z pewnością wiele blasków, ale ma też cienie. Początki bycia cały dzień razem z świeżo emerytowaną "drugą połową" zazwyczaj są trudne. Utrwalone przez lata obszary działań i strefy wpływów męża lub żony w domu mogą prowadzić do konfliktów, rodzić negatywne emocje. W tej sytuacji konieczne staje się powtórne „dotarcie się”, wypracowanie nowych form i zasad współbycia. Nie zawsze się to udaje i nie wszystkie związki pokonują te i inne trudności, które niesie nowa faza życia. Ułatwieniem w tworzeniu zdrowych relacji z pewnością będzie refleksja nad przyczynami nieporozumień, otwartość na zmiany, czy też tendencja do ustępstw i pomagania. Przy czym podstawową rolę w tym procesie odgrywać będzie pozytywne nastawienie (miłość) do partnerki/partnera.

O tym, że konstruktywna transformacja relacji małżeńskich w wieku dojrzałym jest możliwa, świadczą obserwacje długoletnich par małżeńskich. Stwierdza się⁷⁹, że na ogół wraz z upływem lat zacieśnia się więź małżeńska. Ponadto zauważa się wzrost wzajemnego zaufania, zwiększenie się liczby wspólnych spraw a także wzrost wzajemnej akceptacji. Co ważne, związki nestorów są stabilne i cechują się głębokim wzajemnym przywiązaniem.

Ewolucja relacji z dorosłymi dziećmi

Seniorzy są z reguły rodzicami dorosłych dzieci. Kontakty z dziećmi są ważnym elementem ich życia. Wiele wnoszą w życie jednej i drugiej strony - emocje, wiedzę, wsparcie, pomoc. Często zawierają element wymiany „świadczeń”. W pewnym stopniu stanowią namiastkę utraconych szerszych kontaktów społecznych. Aby relacje z dziećmi na tym etapie życia były satysfakcjonujące, warto zwrócić uwagę na pewne znaczące procesy z przeszłości.

⁷⁹ Kowgier A., *Życie intymno-emocjonalne osób starszych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.

Życie rodzinne ma swoją dynamikę. Rozpoczyna się podjęciem roli małżeńskiej i roli rodzica. Później rola rodzica zmienia się stosownie do tego, czy dziecko jest małe, w wieku szkolnym, dorastające, usamodzielniające się, czy w końcu dorosłe. Opieka i kontrola z biegiem lat ustępują miejsca relacjom partnerskim.

Jednakże proces uniezależniania się dziecka od rodziców, owo powtórne „przecięcie pępowiny”, choć konieczny, nie jest łatwy dla żadnej ze stron⁸⁰. Rodzice są jednak w większym stopniu odpowiedzialni za jego wynik – stąd niniejsza refleksja po to, by uniknąć błędów. Proces ten, nasilony w okresie dorastania, wiąże się często z buntem, silnymi emocjami, nieprzewidywalnymi zachowaniami i z reguły „boli”. Bowiem potrzeba rodziców, by utrzymać wpływ na dziecko, istnieje i z trudem podlega racjonalnym regułom. Kusi perspektywa, by życie dziecka stało się „tą lepszą repliką” naszego życia.

Jeśli potrzeba ta jest zbyt duża, uniezależnienie się może się nie udać. Zazwyczaj jest to efekt niezdrowych relacji z tak zwanymi toksycznymi rodzicami. W rezultacie dorosły potomek „nie ma własnego życia”, żyje na warunkach dyktowanych przez rodziców, pod presją ich ocen, oczekiwań, wymagań. We wzajemnych relacjach dominują wówczas pretensje, żale, wymagania, niespełnione oczekiwania. Związki tego typu będą więc dla starzejących się rodziców częstym źródłem dyskomfortu i trudnych emocji. Natomiast, jeśli „dobre dzieci” spełniają toksyczne oczekiwania i nie zrywają więzów zależności, wówczas to one płacą wysoką cenę w postaci niepowodzeń w związkach z partnerami życiowymi.

Udane uniezależnienie się to zamiana więzi zależnościowych w więzi bez podtekstów, akceptujące autonomię każdej ze stron. Wówczas dorosłe dziecko żyje i dostaje prawo, by żyć własnym życiem, a w relacjach z rodzicami kieruje się własnym „chcę”, a nie wymuszonym „powiniennem”. Wzajemne poszanowanie odrębności i niezależności osobistego życia czyni związki pomiędzy młodszymi i starszymi

⁸⁰ Wojdyła E., *My, rodzice dorosłych dzieci*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2007.

członkami rodziny bardziej satysfakcjonującymi. Z perspektywy psychologii utrzymanie pewnego stopnia niezależności przez nestorów i borykanie się z "trudami codzienności" (adekwatnie do możliwości) jest korzystniejsze niż wygoda "rezydenta". Przeświadczenie, że dzieci ma się po to, by mieć opiekę na starość⁸¹, to element stereotypowego spostrzegania starości. Jeśli relacje rodziców z dorosłymi dziećmi są zdrowe, to częstotliwość udzielanej sobie wzajemnie pomocy i jej formy ulegają ewolucji tak, by - jeśli potrzeba - przyjąć formę jednostronną, w postaci opieki.

„Puste gniazdo”

W kolejnym kroku warto zwrócić uwagę na trudności emocjonalne, jakie niesie za sobą faza „pustego gniazda”⁸². Rozpoznaje się ją wówczas, gdy najmłodsze lub jedyne dziecko opuszcza dom rodzinny i rozpoczyna samodzielne życie. Dzieje się to zazwyczaj na przedpolu wieku senioralnego.

Opuszczeni rodzice reagują w taki sam sposób, jak inni w sytuacji rozstania z bliskimi. Odczuwają pustkę, osamotnienie, obniżenie nastroju. Sporo zmienia się w ich życiu. Czasem dramatycznie zmienia się ich rola, co w naszej kulturze szczególnie dotyczy matek, które nie angażowały się w pracę zawodową. Wiele z nich traci wtedy sens swojego życia, którym było oddanie i poświęcanie się dzieciom. Należy podkreślić, że żal i kryzys po rozstaniu z dziećmi jest reakcją adekwatną, ale przemijającą. W obiektywnej ocenie założenie własnego „domu” przez potomka jest przecież sytuacją pożądaną. Tak więc rodzicielskie, a zwłaszcza matczyne, „serce mówi NIE, a rozum TAK”.

Konstruktywne odnalezienie się w nowej sytuacji jest kolejnym wyzwaniem człowieka, który zmierza ku jesieni swego życia. Zrozumienie nowej sytuacji dorosłego dziecka, jego obciążeń, zadań, czy

⁸¹ Zdziarski M., *Starsi rodzice.pl. Recepta na dobrą starość*, Krakowska Akademia Profilaktyki, Kraków 2012

⁸² Wojciechowska L., *Syndrom pustego gniazda: dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2008.

hierarchii wartości, może pomóc w zbudowaniu sobie nowego modelu funkcjonowania pozbawionego koncentracji na dzieciach. Zgoda na rzadsze lub częstsze kontakty („jak im pasuje”) nie oznacza mniejszej miłości, a jedynie zmianę jej przejawów, bo przecież „miłość cierpliwa jest”. Często sytuacja opuszczenia zostaje zneutralizowana, gdy pojawiają wnuki i częściowo „zasiedlają opuszczone gniazdo”. Jest to jednak znów tylko rozwiązanie czasowe, bo i w stosunkach z nimi pojawią się w przyszłości epizody rozstaniowe.

Głębszy problem pojawia się wtedy, jeśli ktoś nie potrafi zaakceptować faktu, że dzieci bezpowrotnie opuściły dom rodzinny i stara się świadomie lub nieświadomie zmienić zaistniały stan. Sprzyjają temu nieprzepracowane więzi zależnościowe w relacji rodzic – dziecko, o których była mowa powyżej. Powstaje wówczas skomplikowana psychologicznie sytuacja i jest wielce prawdopodobne, że niestety, będzie ona generować trudności w związkach dorosłego dziecka.

Nowi członkowie w rodzinie - nowe relacje i zadania

Do szczęśliwych zdarzeń rodzinnych w dojrzałej fazie życia człowieka należą te, gdy przybywa bliskich - dzieci znajdują partnerów życiowych, rodzą się wnuki. Wejście w rolę teściowej, teścia to wyzwanie. Rola dziadków jest łatwiejsza.

Treść kawałów o teściowych odkrywa często istotę trudnych relacji pomiędzy matkami a partnerami ich dzieci. Zarówno trójkąt: matka, syn, synowa (dwie kobiety kochające jednego mężczyznę), jak i trójkąt: matka, córka, zięć (dwie kobiety o diametralnie różnym stosunku do tego samego mężczyzny), wróży kłopoty.

Rzecz w tym, że relacje z teściami nie muszą być nieudane. Warto nad nimi popracować. Chociaż zależą od bardzo wielu różnorodnych czynników, to zachowanie pewnych zasad⁸³ pomoże w osiągnięciu ich poprawności. Jedną z nich jest uzgodnienie, a potem szanowanie, granic

⁸³ Stewart J., *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.

osobistego terytorium psychologicznego. Granice te jedni ustawiają bliżej, inni dalej, ale generalnie młodzi muszą mieć obszar „swojego”, swojej prywatności, którego rodzice – teściowie nie powinni przekraczać („wtrącać się”). Kolejną ważną zasadą, szczególnie istotną w relacjach matka – syn – synowa, jest niedopuszczenie do dylematu, która z kobiet jest dla mężczyzny ważniejsza? Rozsądna matka akceptuje pierwszeństwo synowej (w myśl sakramentalnej przysięgi). Również dobrą zasadą jest szanowanie wyborów, tych już dokonanych i tych rozważanych przez młodych, oraz danie im prawa do popełniania błędów. Powściągliwość w ocenianiu i wartościowaniu z reguły dobrze wpływa na relacje interpersonalne, więc w relacjach z synową czy z zięciem też jest wskazana. Dobrej komunikacji sprzyja też unikanie dawania rad. Wprawdzie charakter każdego związku zależy od wszystkich osób, które w nim uczestniczą, więc poprawność jednej strony interakcji nie gwarantuje końcowego sukcesu, a jedynie mu sprzyja.

Na koniec uwag kilka o relacjach z trzecim pokoleniem, o relacjach z wnukami. Ten związek z reguły nasycony jest miłością. Dziadkowie są kochani, a także kochają i to bezwarunkowo. Przejmując część obowiązków rodzicielskich zyskują poczucie przydatności, spełnienia. Są z reguły cierpliwymi, oddanymi ale też liberalnymi wychowawcami. Poza licznymi korzyściami, z rolą dziadków wiąże się ryzyko konfliktów z rodzicami wnucząt z powodu różnic w praktykach wychowawczych. Jednak, jeśli dziadkowie właściwie oceniają swą rolę jako osób wspomagających wychowanie oraz rozwój dziecka i nie zawłaszczają sobie praw rodziców, konflikty są do rozwiązania.

Warto nadmienić, że zbytne angażowanie się nestorów w kontakty z wnukami, kosztem innych relacji społecznych, nie jest wskazane. Badania wykazały⁸⁴, że im więcej kontaktów z wnukami, tym dziadkowie mają gorszy bilans życiowy, są mniej zadowoleni. Nie należy więc zaniedbywać kontaktów i związków z osobami w równym wieku.

⁸⁴ Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.

Utrata bliskich, wdowieństwo – żal po stracie i odmiana sytuacji życiowej

W gamie emocji towarzyszących życiu człowieka swoje miejsce ma lęk. Okazuje się, że rośnie on wraz z wiekiem. Z upływem życia nasila się lęk przed chorobą, która uzależnia od opieki innych i lęk przed śmiercią⁸⁵, co nie dziwi. Doświadczenie żegnania na zawsze bliskich i znajomych nie jest bowiem rzadkie, gdy lat przybywa. Przychodzi też kiedyś trudny moment, jakim jest śmierć współmałżonka. To jeden z większych przełomów życiowych. Bowiem poza żalem, bólem, smutkiem i osamotnieniem wdowieństwo niesie za sobą ogrom zmian życiowych.

Naturalną reakcją na śmierć jest żaloba⁸⁶, która z reguły pozwala na rozłożone w czasie poradzenie sobie z traumą. Przechodzi ona przez trzy etapy. W pierwszym (3-4 tygodnie) – najpierw pojawia się szok, niedowierzanie, oszołomienie i pustka, a potem smutek lub ewentualnie zaprzeczanie. Drugi – pośredni – etap (trwa przeciętnie 3-8 miesięcy), poza depresyjną aurą, ciągłym powracania do scen z życia zmarłej osoby i dozą poczucia winy, cechuje się poszukiwaniem nowej tożsamości. Osoba zaczyna się „uczyć bycia wdową/wdowcem”. Trzeci etap (następuje około 1 do 2 lat po śmierci), to odzyskiwanie równowagi, pogodzenie się z sytuacją braku drugiej osoby i reorganizacja życia.

Owa reorganizacja jest heroicznym wyzwaniem dla nestorów. Z uwagi na zmianę sytuacji życiowej wdowieństwo wymusza konieczność wypracowania nowych sposobów funkcjonowania i nowych sposobów radzenia sobie. Przykładowo, konieczne staje się przejście zwyczajowych obowiązków zmarłego partnera w domu (wobec domu), więc przybywa pracy. Zwiększa się zakres odpowiedzialności, bo nie ma z kim konsultować decyzji, nie ma kto pomóc. Odpadają wspólne formy aktywności, więc pozostaje perspektywa samotnych wyjazdów, zakupów, czy załatwiania formalności. Wyzwania wiążą się też z samotnością i

⁸⁵ Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.

⁸⁶ Badura-Madej W. (red.), *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania, żaloby*, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1993.

pogorszeniem się sytuacja materialnej. Konstrukttywne wyjście z kryzysu owdowienia zakłada otwarcie się na ludzi i nawiązywanie nowych znajomości, szczególnie z osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji, czyli wśród nestorów. Zaś racjonalizacja kosztów życia poprzez wprowadzenie konkretnych zmian zdaje się być oczywistym sposobem poprawienia sytuacji materialnej osób samotnych.

„Mieć” czy „być”?- gdy przychody maleją, a wydatki rosną

Zmianą, nastawioną na racjonalizację wydatków, może być zamiana mieszkania (domu) na mniejsze ale z wygodami dostosowanymi do wieku i łatwiejsze do utrzymania. Nie jest to łatwe, bo rzekomo „starych drzew się nie przesadza”. Skoro jednak wymienione rozwiązanie załatwia wiele problemów, może warto je planować we wcześniejszych latach życia, by nie było zaskoczeniem w wieku podeszłym.

Gdy z biegiem życia przychody maleją, a wydatki rosną, warto przeanalizować te ostatnie. W wieku senioralnym dużą część wydatków pochłaniają leki. Może to prawda, że „zdrowie nie ma ceny” ale farmaceutyki, te zalecane przez lekarzy, jak i te „cudowne”, znane z reklam, kosztują. Proszę zauważyć, jak intensywnie są reklamowane środki farmaceutyczne dostępne bez recepty. Adresatami tych reklam są osoby dojrzałe. Może warto, by zaporą przed agresywnym marketingiem farmaceutycznym stała się idea zdrowego, aktywnego starzenia się.

Zdrowy styl życia i aktywność fizyczna to „super lekarstwo” o szerokim spektrum pozytywnych skutków w obszarze zdrowia i sprawności fizycznej, dobrostanu psychicznego oraz relacji społecznych. Nie musi ono być bardzo kosztowne. W tym kontekście cieszy rosnąca popularność „nordic walking”, możliwość jazdy na rowerze po coraz liczniejszych (dzięki środkom unijnym) ścieżkach rowerowych lub dostępność (niestety, dość ograniczona) siłowni na świeżym powietrzu. Na wędrujących nestorów czekają też liczne szlaki turystyczne, choćby te w dolinach górskich. Niestety, dostęp do pływalni bywa trudniejszy i kosztuje ale wart jest rekomendacji.

Dawanie i przyjmowanie pomocy

Aby nie dać się zaskoczyć starości, warto odpowiednio wcześniej pomyśleć o zgromadzeniu „kapitału” wsparcia i pomocy. Procesy starzenia się mają swoje prawa. Najlepsza profilaktyka nie zapobiegnie w pełni negatywnym zjawiskom. Faktem jest, że wraz z wiekiem rośnie ryzyko obniżenia się sprawności, samodzielności i zaradności życiowej. Dlatego opieka i pomaganie wpisane są w sytuację człowieka leciwego. Rzecz w tym, że może on być odbiorcą, jak również dawcą pomocy. Pomaganie to realnie czyniony wysiłek dla dobra danej osoby, ale też przekazywanie jej własnych zasobów⁸⁷. Wielu nestorów może się dzielić swoją wiedzą, umiejętnościami, czasem, a to nieocenione zasoby.

Przy czym zarówno przyjmowanie, jak i udzielanie pomocy, nie jest sprawą łatwą. Nie każdy chce pomoc otrzymywać, (np. wyżej wspomniano o lęku przed chorobą wymagającą pomocy innych), nie każdy chce jej udzielać. Warto zauważyć, że każda strona relacji pomocowej może doznać satysfakcji, ale jednocześnie narażona jest na pewne przykrości. Odbiorca pomocy może odczuwać wyższość pomagającego i zagrożenie dla poczucia własnej godności, może bać się niedyskrecji, dopatrywać się złych intencji, mieć poczucie długu itd. Dlatego nie chce, by mu pomagano, choć wymagać tego może obiektywna sytuacja. Osoba świadcząca pomoc może odczuwać zmęczenie (pomaganie męczy), obciążenie psychiczne (stres pomagania), doświadczać niewdzięczności, bać się odpowiedzialności itd. Te i inne powody hamować mogą pomaganie.

Determinanty zachowań pomocowych są złożone. Jedną z dość oczywistych jest norma wzajemności – „Ty mi pomagasz, ja pomogę Tobie”; „pomagam Tobie, Ty pomożesz mnie”. Eliminuje ona wiele niedogodności sytuacji pomagania. Myślę, że można z niej uczynić filozofię gromadzenia kapitału pomocy na późne lata życia, na zasadzie: „pomagaj gdy możesz, a kiedyś pomogą Tobie”. Zgodnie z tą myślą,

⁸⁷ Otrębska-Popiołek K., *Człowiek w sytuacji pomocy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1991.

warto angażować się w wieku przedsenioralnym w życie środowiska osób starszych, przykładowo świadcząc pomoc w transporcie, załatwianiu formalności i spraw urzędowych, czy w obsłudze urzędzeń. Można traktować to jak wkład wniesiony do „banku pomocy”, który w stosownym czasie zaprocentuje.

Godną polecenia lokatą na tzw. stare lata jest utrzymywanie dobrych relacji z członkami lokalnej społeczności (sąsiedzi, Pani ze sklepu, Pan z parkingu, ...). Ogólnie, więzi międzyludzkie, to skarb i potencjalne źródło wsparcia społecznego. Podtrzymywanie przyjaznych relacji oraz nawiązywanie nowych znajomości i szukanie przyjaznego środowiska społecznego jest godną polecenia zaporą przed samotnością, izolacją i ograniczeniem aktywności życiowej.

Spełnianie marzeń, chwytanie szans ...

Wiek senioralny ma swoje przywileje, takie jak poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego i finansowego, dostatek czasu i całkiem sporo możliwości. Jest to dobry okres na realizację planów i marzeń, chociażby tych, których urzeczywistnienie w epoce PRL było bez szans, albo tych, na które nie pozwalały obowiązki rodzinne lub zawodowe. To odpowiedni czas na podróże, rozrywkę, rozwój talentów, zainteresowań, czy uczenie się nowych rzeczy.

Faktem jest, że spełnianie marzeń cieszy ale źródłem zadowolenia mogą też być zdarzenia, związane z życiem codziennym. Warto umieć wykorzystywać takie szanse, że cieszyć może przytulenie kota, spacer z psem, kolorowe liście na drzewach, smaczna potrawa, kolorowa apaszka, wygodny fotel. Małe sprawy mogą dawać wiele radości, dzięki czemu jesień życia może być pogodna.

Małych spraw mogą też dotyczyć plany. Badania⁸⁸ wykazały, że wraz z wiekiem rośnie lęk przed planowaniem. Brak planów jest atrybutem stagnacji. Póki planujemy mamy szansę na rozwój. Tak więc

⁸⁸ Susułowska M., „Psychologia starzenia się i starości”, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.

ważnym elementem dobrej starości jest dbałość o to, by także na tym etapie życia mieć wciąż swoje „jutro”, a nie koncentrować się na „wczoraj”.

Można i warto przygotować się do roli seniora

Powyżej wspomniano jedynie o wybranych zmianach życiowych, problemach i trudnościach emocjonalnych pojawiających się nieuchronnie wraz z upływem lat. Zwrócono uwagę, że w świetle wiedzy psychologicznej, niektóre strategie i sposoby radzenia sobie z nimi są godne polecenia z racji dalekosiężnych skutków dających podwaliny pod lepszą jakość naszej jesieni życia. Warto więc o nich pamiętać.

Niestety, nie można uznać, że stanowią kompletny przepis na udaną starość. Bowiem niepowtarzalność i bogactwo osobistych doświadczeń sprawiają, że w życiu każdego człowieka jest jeszcze wiele innych spraw i okoliczności, które wyznaczają sytuację psychologiczną seniora. Dlatego też każdy ma niejako swój koloryt jesieni życia, a jej barwy - wprawdzie tylko po części - ale jednak zależą od nas.

Głównym przesłaniem niniejszego tekstu jest wskazanie w jak dużym stopniu psychologiczna jakość starości zależy od nas samych. Można i warto starać się wypracować ją zawczasu. Zatem nie dajmy się zaskoczyć starości.

Bibliografia

1. Badura-Madej W. (red.), *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania, żałoby*, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1993
2. Kielar-Turska M., *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia* (w:) Strelau J. (red.), „Psychologia”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.

3. Kowgier A., *Życie intymno-emocjonalne osób starszych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
4. Obuchowski K. (red.), *Starość i osobowość*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002.
5. Otrębska – Popiołek K., *Człowiek w sytuacji pomocy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1991.
6. Pratkanis A., Aronson E., *Wiek propagandy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
7. Sęk, H., Kowalik, S.(red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1999.
8. Stewart J., *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
9. Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
10. Wojciechowska L., *Syndrom pustego gniazda: dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2008.
11. Wojdyło E., *My, rodzice dorosłych dzieci*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2007.
12. Zdziarski M., *Starsi rodzice.pl. Recepty na dobrą starość*, Krakowska Akademia Profilaktyki, Kraków 2012.

Artur Fabiś

Problemy egzystencjalne osób starszych w konfrontacji z własną śmiertelnością

Niniejszy tekst koncentruje się wokół problemów egzystencjalnych, które w wyjątkowy sposób nabierają znaczenia w późniejszych okresach rozwojowych człowieka. Gdy człowiek osiąga dojrzałość, nabiera jednocześnie gotowości do konfrontacji z problemami natury egzystencjalnej, pojawiającymi się z coraz większym nasileniem z biegiem lat. Dzieje się tak za sprawą specyficznych możliwości transcendowania, którą w starości J. M. Erikson nazywa „*transcendentyzmem*”. Osiągnięcie tego stanu oznacza „przekroczenie, wzniesienie się, doskonalenie i niezależność od wszechświata i czasu. Zakłada również wyjście poza wszelką ludzką wiedzę i doświadczenie”⁸⁹, pozwala na konfrontowanie się z pytaniami o Boga, sens istnienia, ale także ułatwia zrozumienie życia tu i teraz. Takie możliwości wydają się więc niezbędnym elementem dojrzałości. Dojrzałość w starości znaczy tyle, co gotowość podejmowania decyzji opartych na refleksji, na przemyśleniu uwarunkowań, konsekwencji własnych działań. Cechą dojrzałości jest odpowiedni poziom przystosowania społecznego, przejawiający się między innymi wyważoną relacją z innymi, wspieraniem innych. W odniesieniu do samego siebie wyraża się budowaniem spójnej historii życia z wyraźnie nakreślonymi celami, sensem istnienia, akceptacją własnej skończoności. Postawą dojrzałości,

⁸⁹ E. H. Erikson, *Dopelniony cykl życia*, Helion, Gliwice, 2012, s. 150.

w końcu, jest także racjonalne postępowanie wobec wielu bodźców, w szczególności tych intelektualnych, skłaniających do refleksji. P. Oleś przyjmuje nawet, że kryterium dojrzałości specyficzne dla starości to „zdolność opanowania lęku przed śmiercią, skierowanie aktywności osobistej na wartości nieprzemijające przy zachowanej zdolności cieszenia się z życia i dawania wsparcia innym”⁹⁰. To właśnie dojrzały ludzie starsi stali się podmiotami autorskiego projektu badawczego⁹¹, który miał na celu zebranie refleksji na temat swojego życia w perspektywie własnej śmierci⁹², a analiza zebranych danych posłużyła za podstawę do napisania niniejszego artykułu. I. D. Yalom określa troski egzystencjalne mianem „trosk ostatecznych” i zalicza do nich śmierć, izolację, sens życia (i jego brak) oraz wolność. W analizowanym badaniu seniorzy zostali skonfrontowani z tą pierwszą, najbardziej oczywistą troską - śmiercią. Poproszeni zostali o napisanie przemyśleń w formie listu, których intelektualnym bodźcem było hasło „*moje życie - moja śmierć*”. Analiza tekstów pozwoliła, między innymi, przyjrzeć się strategiom przygotowania się do śmierci, formom radzenia sobie ze stratą czy próbom dokonywania bilansu życiowego. W niniejszym tekście skoncentrowano się jedynie na konotacjach osób starszych z wyobrażeniem własnej śmierci, uchwyconych w ich listach. Tworzą one zestawienie szeregu najistotniejszych problemów, z którymi muszą zmierzyć się ludzie dojrzały, nie pozostawiając takiego bodźca jak wyobrażenie własnej śmierci, bez refleksji.

Konotacje, jakie wzbudziły refleksje o własnej skończoności, można zawęzić do pięciu podstawowych zjawisk. **Lęk** wzbudza zarówno proces umierania, jako ostatni etap życiowy poprzedzający zgon, ale

⁹⁰ P. K., Oleś, *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Scholar Warszawa, 2003, s. 256.

⁹¹ Badania jakościowe pod kierunkiem A. Fabisia, na próbie 20 seniorów w wieku 60-81 lat. Analiza listów napisanych przez seniorów do wybranego adresata inspirowanych myślą przewodnią: „*Moje życie-moja śmierć*”, przeprowadzonych w roku 2011 roku na Śląsku.

⁹² Por. A. Fabiś, *Człowiek dojrzały wobec trosk egzystencjalnych*, *Edukacja Dorosłych* 2/2013

także sama śmierć. Każdy lęk jest naturalnym uczuciem, stanem pobudzenia emocjonalnego wywołanym jakimś zagrożeniem. W przypadku lęku tanatycznego podłożem jest poczucie zagrożenia podstawowej wartości - własnego życia. Konotacja **samotności**, a w szczególności **osamotnienia** daje się zauważyć w relacjach seniorów pobudzonych świadomością własnej skończoności. Obawy budzi myśl o samotnym umieraniu, czy o pozostaniu samemu na ostatnim etapie życia, a dla wielu narratorów godna (dobra) śmierć tożsama jest z umieraniem w otoczeniu domowym, wśród bliskich. Sama śmierć przedstawiana jest raczej jako zjawisko pokonujące rozłąki i jednocześnie niwelujące negatywne uczucie osamotnienia - jest stanem, w którym człowiek ponownie spotyka się z tymi, którzy już odeszli z „tego świata”. **Bilans życia** jest w cyklu życia zjawiskiem występującym głównie w starości. Jest bezpośrednim czynnikiem kreującym wyobrażenie o skończoności. Biografia człowieka dojrzałego w bezpośredni sposób rzutuje na obraz własnej śmierci. Choć badani nie używali tego terminu, to pobudzeni myślą o własnym unicestwieniu wielokrotnie dokonywali bilansu swojego życia na kartach listów. Same refleksje związane z bilansowaniem własnego życia pojawiać się mogą we wcześniejszych fazach rozwojowych człowieka, ale to w starości dochodzi do pogłębionej analizy bogatej w doświadczenia biografii. Świadomość śmierci każe myśleć o najtrudniejszych, najbardziej niezrozumiałych zjawiskach, takich jak **cierpienie**, które wzbudza lęk szczególnie w postaci ciężkiej choroby i samego momentu umierania. Ostatnią, z omawianych, problematyk wzbudzonych refleksją nad własną skończonością jest **wiara i życie religijne**. Postawa wobec śmierci w dużej mierze zależy będzie od tego, jakie jest wyobrażenie tego, co po niej następuje, jak postrzegane jest „dalsze życie”, po tym ziemskim i czy w ogóle takie życie istnieje.

Wszystkie z wyżej wymienionych problemów egzystencjalnych wydają się mieć uzasadnione miejsce wśród najważniejszych trosk związanych z ludzką skończonością, ze względu na rolę jaką pełnią w życiu człowieka. Mianowicie, pobudzane świadomością śmierci przeobrażają się w oręż w konfrontacji z nią. Stać się mogą bowiem

mechanizmami nie tyle obronnymi przed wizją własnej przemijalności, co pomocnymi w jej zaakceptowaniu. Zgodnie z Teorią Opanowania Trwogi⁹³ lęk przed śmiercią, a w zasadzie mechanizmy uruchamiane przez ten lęk, stanowi bufor łagodzący konfrontację z własną śmiertelnością. Podobnie dzieje się z religią, jest ona pewnym światopoglądem, stanowiącym fundament działań, dzięki któremu zyskujemy nieśmiertelność - ta w naturalny sposób łagodzi myśli o ziemskim przemijaniu. A czy inaczej jest z bilansem życia? Ten subiektywny proceder stanowić może także swoiste narzędzie łagodzenia lęku przed śmiercią. Ludzie, którzy bilans życia mają dodatni, łatwiej rozliczają się z życia, przyjmując zbliżającą się śmierć ze spokojem. Przecież przeżyli swoje życie, jak mogli najlepiej, albo przynajmniej poprawnie, więc i łatwiej jest zgodzić się na kolejny, naturalny, choć ostatni, etap istnienia. Jest to jednak czysto subiektywny proces. Wystarczy wytłumaczyć sobie przed samym sobą z wszystkich czynów, nadając im pozytywnego znaczenia, by bez obciążenia zmierzyć się z nadchodzącą śmiercią. Nie jest to jednak takie proste, gdy wewnętrzne przekonanie o dokonanych dobru nie jest silne, a obrazy wyrządzonego zła dominują nad pozytywnymi dokonaniem.

Lęk jest zjawiskiem powszechnie występującym, jest uczuciem dyskomfortu. W przypadku lęku przed skończonością odwołuje się do najbardziej fundamentalnego konfliktu egzystencjalnego, jest więc emocją wywołaną chęcią zachowania swojego życia, z jednoczesną świadomością nieuchronności unicestwienia. To przede wszystkim lęk przed nieznanym, choć najbardziej pewnym zdarzeniem czekającym każdego człowieka. Lęk tanatyczny można podzielić na lęk przed samym procesem odchodzenia ze świata żywych i z wiązanymi z tą sytuacją

⁹³ A. Fabiś (2011), *Teoria Opanowania Trwogi i jej implikacje dla opieki i wsparcia w starości*, w: A. Fabiś, M. Muszyński (red.), *Spoleczne wymiary starzenia się*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, tom IV, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Administracji, Bielsko-Biała; M. Rusaczyk (red.) 2008, *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, Scholar Warszawa

uwarunkowaniami oraz lęk przed nieuniknionym i absolutnie niepoznanym fenomenem nieistnienia.

„A co będzie potem? Nie wiem i nie chcę wiedzieć. Być może nicłość, a być może będę mogła spotkać się ze swoimi najbliższymi. Nikt z „tamtego” świata nie powrócił i nie powiedział jak „tam” jest. Jestem osobą wierzącą i mam nadzieję, że „tam” będę szczęśliwa.” (Teresa)

Choć każdy lęk, jak twierdzi A. Kępiński⁹⁴, jest w gruncie rzeczy lękiem przed śmiercią, to lęk tanatyczny występuje jako obawa przed śmiercią jako stanem oraz przed samym aktem umierania. Człowiek uruchamia wiele mechanizmów psychologicznych, by poradzić sobie z tym paraliżującym poczuciem skończoności. Zaprzecza, tłumy, przenosi lęki na bardziej racjonalne zjawiska czy w końcu unika konfrontacji intelektualnej z problemami natury egzystencjalnej.

„Śmierć jest dla mnie oczywistością, ponieważ każdy musi umrzeć. Nie ominie to nikogo. Boję się śmierci, ale póki jestem zdrowa i silna psychicznie to staram się o tym nie myśleć.” (Wiesława)

Bilans życia jest nieuchronną czynnością analityczną i wartościującą, podejmowaną przez osoby dojrzałe, jest nawet swego rodzaju cechą konstytutywną starości. „Zestarzeć się jest przywilejem. Pozwala komentować życie, które możemy przeżyć w retrospekcji. W miarę upływu lat retrospekcje zawierają coraz więcej, a przywoływane sceny i działania stają się coraz bardziej prawdziwe i bliskie. Czasami nawet odległe sceny i doświadczenia są zadziwiające, a ich ponowne przeżywanie może być czymś bardzo wyczerpującym”⁹⁵. R. N. Butler⁹⁶ (1963) nazwał to zjawisko przeglądem życia. Bilansowanie jest procesem

⁹⁴ Por. A. Kępiński, *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.

⁹⁵ E. H. Erikson, *Dopełniony cykl życia*, Helion, Gliwice, 2012, s. 151.

⁹⁶ Por. R. N. Butler, *The life review: An interpretation of reminiscence in the aged*. „*Psychiatry*”, 1963, 256, s. 65-76.

bardzo indywidualnym, subiektywnym. Jednak należy być ostrożnym przypisując starości cechę refleksyjności gdyż, jak przekonuje H. Bee⁹⁷, nie ma jednak niezbitych dowodów na to, że osoby starsze są bardziej skłonne do wspomnień, a niektóre formy wspomnień częściej występują u osób starszych. U schyłku istnienia człowiek stawia sobie pytanie o sens własnego życia, o jego jakość, o to czy wykorzystał je w odpowiedni sposób, czy bilansuje się ono dodatnio. Pomaga to w konfrontacji z przemijaniem, w perspektywie eriksonowskiego, ósmego etapu rozwojowego jest niezbędnym działaniem, by osiągnąć integralność ego, a nie bez znaczenia wydaje się także dla prawidłowego przebiegu dziewiątego etapu, zaproponowanego przez J. Erikson, w którym gerotranscendencja jest wyznacznikiem dojrzałości. Bliskość śmierci stawia także pytanie o dawne konflikty, możliwości naprawienia wyrządzonych krzywd o możliwości zapomnienia tego, co się nie udało, ewentualnej rekompensaty poszkodowanym. Jednocześnie mechanizmy obronne pomagają przeżywać życie na nowo z innej perspektywy, perspektywy, która może łagodzić wcześniejszą krytyczną samoocenę, albo przeciwnie – poddawać w wątpliwość pozytywne niegdyś doświadczenia.

„Czy jest za późno, aby to naprawić? Czy coś znaczy dla Was ten czas mojego wzrastania w wierze, kiedy nie ma Was już w domu, kiedy macie swoje domy, kiedy rodzą się Wam dzieci - moje wnuki? Prawdopodobnie obdarzyłam Was tym, co sama otrzymałam w swoim rodzinnym domu.” (Patrycja)

„Nie boję się śmierci, bardziej podsumowania życia” (Janina)

⁹⁷ Por. H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Pruszyński i S-ka, Poznań 2004.

Samotność jest zjawiskiem pojawiającym się w życiu człowieka od samego początku jego przybycia na świat. Jest szczególnym uczuciem i przybiera skrajną formę w momencie umierania. Umieranie jest najbardziej indywidualnym, najbardziej samodzielny, odosobnionym aktem. Seniorzy boją się umierać w samotności, najczęściej podkreślają, że tę chwilę chcieliby spędzić wśród najbliższych. Ale samotność jest wpisana w codzienność życia w starości, jest nawet jego niezbędnym elementem. L. Dyczewski przekonuje, że samotność „jest stanem, w którym człowiek prowadzi największą refleksję nad istnieniem, poszukuje sensu świata, własnego życia i swojego działania – wytycza nowe cele”⁹⁸. Samotność pozwala więc zrozumieć sens życia i śmierci, pozwala przygotować się do odpowiedzi na pytania natury egzystencjalnej. E. Dubas określa samotność „specyficznym fenomenem ludzkiej egzystencji, szczególną cechą ludzkiego doświadczenia, szczególną manifestacją skomplikowania osobowości człowieka.”⁹⁹ A manifestacja ta według Autorki wyraża się w antynomii: „z jednej strony, istota usilnie pragnąca bliskiego kontaktu z innymi ludźmi, najpełniej przejawiającego się w miłości i przyjaźni, z drugiej zaś strony, unikająca, odtrącająca ich w poszukiwaniu innych budujących go więzi: z samym sobą, z przyrodą czy absolutem”¹⁰⁰. I choć samotność ma zdaniem Autorki zwykle negatywny wymiar, to występować może ona także jako pozytywny rozwojowy czynnik, gdy jest samotnością z wyboru i postrzegana jest jako szansa, zadanie rozwojowe czy jako łaska. Samotność stwierdzić można obiektywnie, ale może przejawiać się jako ukryte wewnętrzne doświadczenie jednostki. Samotność można wybrać, natomiast osamotnienie jest przykrym uczuciem braku kogoś bliskiego, kogoś ważnego, które doświadczane jest wbrew sobie.

⁹⁸ L. Dyczewski, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Lublin 1994, s. 87.

⁹⁹ E. Dubas, *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2000, s.110.

¹⁰⁰ Tamże.

„Tyle razem przeżyliśmy, tyle razem spędziliśmy ze sobą chwil tych dobrych i tych złych... w domu ta ciągła cisza - jest po prostu nie do zniesienia. Młodych ciągle nie ma, wiecznie zabiegani, a mi zostało tylko chodzenie do Ciebie na cmentarz.” (Zyta)

„Dzieci mało mnie teraz odwiedzają - nie mają czasu, ciągle gonitwa za pieniędzmi, karierą - kiedyś tego nie było. Ale staram się zrozumieć syna - takie teraz czasy. Wiesz Gosiu, że Piotrek jest lekarzem - jestem z niego bardzo dumna, pomaga przecież ludziom. Jestem teraz trochę samotna, dlatego cieszę się, że mnie odwiedziłaś, a ja mogę Ci pomóc, bo wy chyba młodzi nie lubicie starszych osób? Sama za bardzo ich nie lubię, ciągle przynudzają, a jak rozmawiają to tylko o chorobach.” (Stefania)

Cierpienie przybiera charakter zarówno fizycznego dyskomfortu, jak również udreki psychicznej. Przeraza zarówno myśl o dolegliwościach fizycznych i o konieczności zdania się na innych w opiece na starość oraz wyobrazenie duchowego balastu. Choć seniorzy, wyrażając się o bezpośrednio o cierpieniu, mają na uwadze przede wszystkim ten pierwszy rodzaj cierpienia, to, analizując całe teksty, łatwo odnaleźć odniesienia do dyskomfortu psychicznego jako przejawu cierpienia. Zresztą, jak zauważają badacze problematyki, cierpienie fizyczne będzie zawsze podłożem do bólu psychicznego, ale cierpienie psychiczne nie musi łączyć się z fizycznymi dolegliwościami. Jednocześnie istotne w ogóle wydaje się pytanie o sens cierpienia, to pytanie zadają sobie nie tylko seniorzy, szukając odpowiedzi nie tylko we własnych rozważaniach lecz także zgłębiając myśli wybitnych filozofów, czy wsluchując się w głos Kościoła. Cierpienie może więc przybrać wiele form i być tubą Boga, który pragnie w ten sposób wskazać na zło, by obudzić sumienie ludzkości, jakby chciał tego C.S. Lewis¹⁰¹. Może też

¹⁰¹ Por. C.S., Lewis, *Problem cierpienia*, Esprit, Kraków 2010.

być drogą do znalezienia sensu życia, poprzez nadanie cierpieniu sensu, jak przekonuje V.E. Frankl¹⁰².

„Gdy leżałam w szpitalu podczas choroby, trochę cierpiałam, przychodziły mi takie myśli, że mogłabym sobie umrzeć. (...)Wszystko mnie na świecie drażni i przeszkadza, nawet gdy słońce za długo świeci. Nie lubię spotykać się z ludźmi. Żyję w samotności. Nie czerpię radości z życia. Może przyczyną tego jest mój mąż, który za dużo pije. Gdyby choroba mi się przywróciła i miałabym przechodzić wszystko od nowa, to wolalabym wtedy umrzeć, żeby się długo nie męczyć. Chciałabym umrzeć szybko i bezboleśnie.” (Dorota)

„Najwięcej boję się cierpienia, które nie opuści mnie w czasie choroby do końca życia. Boję się bólu, na który nie będzie ulgi, żebym mogła mniej cierpieć. Czy po to człowiek musi cierpieć, by doznać wybawienia? Niestety, trzeba z losem się pogodzić. Każdy ma swoje przeznaczenie i nie mamy na to wpływu.” (Teresa)

Życie religijne jest istotnym elementem egzystencji człowieka starego. Przekonanie o nieśmiertelności, które w jakiejś formie zapewnia każda religia, odpędza efektywnie natrętne refleksje o skończoności. Szczególnie istotne jest zaangażowanie religijne, gdy śmierć rozpoznawana jest jako własna. Każda religia musi się zmierzyć z tajemnicą śmierci „Wiara w Boga zasługuje na miano religii dopiero wtedy, gdy towarzyszy jej zbiór wyobrażeń na temat tego, co następuje po życiu doczesnym, przeświadczenie o istnieniu porządku nadnaturalnego, eschatologia... Religia, która nie roztaczałaby wizji życia pośmiertnego, nie byłaby prawdziwą religią”¹⁰³. Wiara jest wartością, którą dzielą się osoby starsze, pragną wyposażyć swoich bliskich w taką

¹⁰² Por. V. E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Przeł. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca Warszawa 2009.

¹⁰³ V. Jankêlêvitch, *To, co nieuchronne*, Przeł. M. Kwaterko, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005, s.37.

wiarę, jaką sami posiadają, do jakiej dojrzeli, którą zdobywali i pielęgnowali przez całe życie.

„Stan mojego zdrowia nie pozwala co prawda, żebym chodziła do kościoła, ale ja mam Kościół w sercu i codziennie modłę się do Boga. Ale nie modłę się ze strachu przed śmiercią, modłę się za dzieci, za syna, wnuki, synową.... Teraz mam dużo czasu na modlitwy, własne przemyślenia, na rozmowy z Bogiem.” (Stefania)

„Kiedy oglądam nasze wspólne zdjęcia, myślę: moje poprzednie życie już nigdy nie będzie jak dawniej. Wiem, że znalazłeś spokój i ukojenie, ale poczucie straty i brak twojej obecności są bardzo dotkliwie. Nie umiem o tym mówić. Jeżeli niebo jest pełnią, to muszę tam być razem z Tobą. Twoja żona.” (Franciszka)

Starzenie się człowieka jest niezmiennym zbliżaniem się do końca egzystencji. Naznaczone jest świadomością bliskości nieuchronnego końca – własnej śmierci. Dojrzałość człowieka starego stanowi podstawę do zmierzenia się z problemami egzystencjalnymi, wywołanymi świadomością ludzkiej skończoności. Ta świadomość budzi lęk tanatyczny - przed samą śmiercią i przed procesem umierania. Podobnie problemem jest osamotnienie jako stan destrukcyjny i samotność, która jest jednocześnie warunkiem konfrontacji z troskami egzystencjalnymi. Wyobrażenie własnego cierpienia i cierpienia innych pojawia się jako konotacja z własną śmiertelnością u badanych osób, stanowiąc nie tylko przerażającą wizję męczarni, ale stając się jednocześnie narzędziem do zrozumienia świata i odnalezienia wartości wyższych. Dojrzałość, do której człowiek dąży w cyklu życia, pozwala na konfrontacje z najbardziej trudnymi troskami życiowymi. Starość jest takim etapem życia, które z racji bliskości śmierci stawia człowieka wobec wielu problemów, dylematów, rozterek egzystencjalnych, dążeń do zrozumienia

świata i poznania Absolutu. To czas gerotranscendencji¹⁰⁴ – wychodzenia poza to co ludzkie, zacierania granicy pomiędzy tym co było, co jest i co będzie, zapotrzebowania na refleksję. Samotność, zaangażowanie w życie duchowe (często o charakterze religijnym), ciągła konfrontacja z cierpieniem i śmiercią najbliższych skłaniają do refleksji, do bilansowania życia, by podjąć trud „spojrzenia śmierci prosto w twarz¹⁰⁵”.

„Na chwilę obecną świadomość tego, że śmierć może przyjść w każdym momencie, dodaje mi siły. Chce mi się więcej. Mam ochotę podróżować, być bliżej natury, rodziny, otwierać się na ludzi i cieszyć każdym dniem. Zderzenie mojego umysłu z myślami o śmierci pozwalają poznawać mi świat bardziej, niż kiedykolwiek. Kiedy człowiek nie zdaje sobie sprawy z tego, że dany dzień może być jego ostatnim - marnuje go. Ja, dzięki swoim przeżyciom, a przede wszystkim wiekowi, potrafię się cieszyć z tego, co mam, co ofiaruje mi każdy dzień. Staram się żyć lepiej, zgodnie ze swoją naturą i przekonaniem. Różany krzew, który kwitnie przed moim domem jest dla mnie czymś zupełnie innym, niż dla reszty ludzi. Cieszę się z tego, że kwitnie.” (Józef)

Bibliografia:

1. Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Pruszyński i S-ka, Poznań
2. Butler R. N. (1963), *The life review: An interpretation of reminiscence in the aged*. “Psychiatry”, 256, 65-76

¹⁰⁴ Por. E. H. Erikson, *Dopełniony cykl życia*, Helion, Gliwice, 2012.

¹⁰⁵ „Nie możesz patrzeć prosto w twarz słońcu ani śmierci” Francois de La Rochefoucauld

3. Dubas E. (2000), *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
4. Dyczewski L. (1994), *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Lublin.
5. Fabiś A. (2011), *Teoria Opanowania Trwogi i jej implikacje dla opieki i wsparcia w starości*, w: A. Fabiś, M. Muszyński (red.), *Społeczne wymiary starzenia się*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, tom IV, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Administracji, Bielsko-Biała.
6. Erikson E. H. (2012), *Dopełniony cykl życia*, Helion Gliwice.
7. Frankl V. E. (2009), *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Przeł. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca Warszawa.
8. Jankêlêvitch V.
9. Lewis C.S. (2010), *Problem cierpienia*, Esprit, Kraków.
10. Jankêlêvitch V., *To, co nieuchronne*, Przeł. M. Kwaterko, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005
11. Kępiński A. (2002), *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
12. Lewis C.S. (2010), *Problem cierpienia*, Esprit, Kraków.
13. Oleś P. K., (2003), *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Scholar Warszawa.
14. Rusaczyk M. (red.) 2008, *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, Scholar Warszawa.
15. Yalom I. D., (2008), *Psychoterapia egzystencjalna*, Instytut Psychologii Zdrowia Warszawa.

CZEŚĆ II: PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ NA RZECZ SENIORÓW

Barbara Mikołajczyk

Światowe, europejskie i krajowe inicjatywy na rzecz osób starszych

Katowicki Kongres „Obywatel – Senior” (17 – 19 września 2012 r.) w pełni wpisał się w kalendarium ogłoszonego przez Unię Europejską „Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej”¹⁰⁶. W 2012 roku obchodzono także trzydziestą rocznicę przyjęcia Wiedeńskiego Planu Działania na Rzecz Osób Starszych¹⁰⁷ i dziesiątą rocznicę ogłoszenia w Madrycie przez Światowe Zgromadzenie Międzynarodowego Planu Działania w sprawie Starzenia się Społeczeństw (*International Plan of Action on Ageing 2002*)¹⁰⁸. Z tego względu niemal wszystkie gremia międzynarodowe, począwszy od ONZ (oenzetowskie spotkanie przeglądowe w Wiedniu zostało wyznaczone w tym samym czasie, co katowickie!), prowadziły debaty na temat solidaryzmu międzypokoleniowego, eliminacji ubóstwa i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych.

Społeczność międzynarodowa przeszła w tym zakresie ogromną ewolucję. Warto wspomnieć, że gdy na forum ONZ w 1948 r. Argentyna przedstawiła Zgromadzeniu Ogólnemu projekt deklaracji praw osób

¹⁰⁶ Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego R. Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012) (Dz. Urz. UE L 246/5 z 23 września 2011 r.).

¹⁰⁷ The Vienna International Plan of Action on Ageing, Vienna, Austria 26.07 – 6.08. 1982, dostępny na <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>.

¹⁰⁸ International Plan of Action on Ageing, 2002, dostępny na: <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-en.pdf>

starszych, jej propozycji nie potraktowano poważnie. A szkoda, gdyż zawierała ona prawa osób starszych do pomocy, mieszkania, zdrowia fizycznego i psychicznego, wyżywienia i odzieży odpowiednich dla wieku, stanu zdrowia i klimatu, a ponadto prawo do wyznawania i praktykowania religii, wypoczynku, pracy, stabilności, a także prawo do szacunku¹⁰⁹. Współcześnie wiadomo, że nie była to inicjatywa przedwczesna. Niewykluczone, że stan poszanowania praw osób starszych na świecie byłby współcześnie znacznie lepszy, gdyby wtedy społeczność międzynarodowa spojrzała na prognozy demograficzne bardziej perspektywicznie. Dziś coraz to większa starsza część ludności nie jest w stanie na równi z innymi członkami społeczeństwa uczestniczyć w życiu społecznym i politycznym swego kraju i zazwyczaj należy do najbiedniejszych z biednych.¹¹⁰ Ta kategoria społeczna w coraz to mniejszym stopniu korzysta z praw człowieka, tak osobistych i politycznych, jak i ekonomicznych społecznych i kulturalnych, a przecież z wiekiem człowiek nie staje się „mniej człowiekiem” i korzysta z coraz to „mniejszych” praw człowieka¹¹¹.

Uświadomienie społeczności międzynarodowej tego faktu, a także społecznych i ekonomicznych konsekwencji starzenia się świata, spowodowało podjęcie szeregu inicjatyw o różnym zasięgu – powszechnych, regionalnym, krajowym, nawet lokalnym.

1. Forum światowe

Na forum ONZ kwestię starzenia się ludzkości i praw osób starszych podjęto dopiero na przełomie lat sześćdziesiątych i

¹⁰⁹ Schechter M.G., *United Nations Global Conferences*, Routledge, 2005, s. 89.

¹¹⁰ A. Hoff, *Tackling Poverty and Social Exclusion of Older People – Lessons from Europe*, Working Paper 308, Oxford Institute on Ageing, October 2008; Z. Zimmer, S. Das, *The Poorest of the Poor Composition and Wealth of Older Person Households in Sub-Saharan Africa*, *Research on Aging* **2014**, vol. 36 nr 3, s. 271., *Global Ageing Report. Threats to Longevity. Call for Action*, International Longevity Centre Global Alliance 2009, s.10. *World Report on Violence and Health*, WHO 2002, s. 126.

¹¹¹ Szeroko zob.: Mikołajczyk B., *Międzynarodowa ochrona praw osób starszych*, Wolters Kluwer, 2012, s. 23-54.

siedemdziesiątych XX w. Jednak przełom w omawianej dziedzinie nastąpił na zwołanym w Wiedniu w 1982 r. Światowym Zgromadzeniu. Tam zostały zapoczątkowane prace, które zaowocowały przyjęciem w 1991 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Zasad działania ONZ na rzecz osób starszych¹¹². Zasady odwołują się do tekstu Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r.¹¹³ i obydwu Paktów praw człowieka¹¹⁴, a także do innych światowych dokumentów o różnej mocy wiążącej¹¹⁵ oraz, co oczywiste, do wspomnianego Planu Wiedeńskiego. Zasady nie mają co prawda mocy prawnie wiążącej i są sformułowane w sposób niezwykle ogólny, jednak obejmują istotę praw osób starszych w zakresie godności, uczestnictwa, samorealizacji, niezależności i opieki nad nimi.

Po przyjęciu Zasad na forum światowym podjęto kolejne inicjatywy. Już w 1992 r. Zgromadzenie Ogólne ONZ wyznaczyło rezolucją nr 47/5 zatytułowaną „*Proclamation on Ageing*” rok 1999 Międzynarodowym Rokiem Ludzi Starszych. Jego hasło przewodnie brzmiało „*Towards a society for all ages*”¹¹⁶. Celem takiej inicjatywy była promocja koncepcji społeczeństwa dla wszystkich, w którym każdy człowiek, ze swoimi prawami i obowiązkami, ma istotną rolę do odegrania. Założono także, że zgodnie z zasadą wzajemności i równości, wszystkie pokolenia wzajemnie w siebie inwestują i korzystają z owoców takiej inwestycji¹¹⁷.

Warto też wspomnieć, że sytuacja osób starszych stała się przedmiotem obrad Kopenhaskiego Szczytu w sprawie rozwoju społecznego, który został zorganizowany pod auspicjami ONZ w 1995 r.

¹¹² A/Res/46/91 (1991) The UN Principles for Older Persons.

¹¹³ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, w: Przyborowska – Klimczak A. red., Prawo międzynarodowe publiczne. Wybór dokumentów. Lublin 2005.

¹¹⁴ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 16 grudnia 1966 r. (Dz.U.1977, Nr 38, poz.167) Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 16 grudnia 1966 r. (Dz.U.1977, Nr 38, poz. 169.)

¹¹⁵ Np. Rekomendacji Międzynarodowej Organizacji Pacy R 162/ 1980 Older Workers Recommendation.

¹¹⁶ A/Res/ 50/141.

¹¹⁷ Report of the Secretary-General. Geneva UN 1995, A/50/114, par. 38.

Także dzięki inicjatywie ONZ miało miejsce kolejne i najważniejsze wydarzenie - w Madrycie w kwietniu 2002 r. odbyło się Drugie Światowe Zgromadzenie. Wzięły w nim udział aż 189 delegacje państwowe, przedstawiciele agend ONZ i, jako obserwatorzy, reprezentacje licznych organizacji pozarządowych. Efektem Zgromadzenia jest wspomniany na wstępie Plan Madrycki, zawierający szczegółowe wytyczne odpowiadające społecznym, kulturowym, ekonomicznym i demograficznym realiom dwudziestego pierwszego wieku, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki krajów rozwijających się.

W Planie założono, że: polityka wobec starzenia się jest ściśle związana z zagadnieniem rozwoju; pełna realizacja praw osób starszych oraz wykorzystanie ich potencjału ma zasadnicze znaczenie dla zbudowania „społeczeństwa dla każdego wieku”; starzenie się powinno być postrzegane przez społeczeństwa i rządzących nie jako zjawisko wyłącznie negatywne, lecz jako konieczność osiągnięcia równowagi pomiędzy szansami i wyzwaniem.

Plan Madrycki jest obszernym dokumentem zawierającym cele i sposoby działania zmierzające do wyeliminowania dyskryminacji, zaniedbania, wykorzystywania i przemocy wobec osób starszych. Największą jego zaletą jest fakt, że nie jest on jedynie listą postulatów, ale został wsparty przez system monitoringu. Za osiągnięcie należy uznać opracowanie „mapy drogowej” (*road map*)¹¹⁸ oraz wprowadzenie procedury *follow-up*, w celu implementacji priorytetów Planu. W 2013 roku Rada Gospodarcza i Społeczna ONZ rozpoczęła drugi przegląd jego implementacji¹¹⁹.

W zakresie promocji, monitoringu, pomocy państwom w implementacji Planu, a także praw osób starszych, istotna rola przypada

¹¹⁸ Follow-up to the Second World Assembly on Ageing A/Res/58/134 (2003).

¹¹⁹ Rezolucja Rady nr 2010/14, Commission for Social Development, 3-12 February 2010, E/CN.5/2010/4.

oenzetowskim komisjom regionalnym¹²⁰, Wysokiemu Komisarzowi Praw Człowieka¹²¹, Radzie Praw Człowieka¹²², powołanej w 2010 r. Otwartej Grupie Roboczej ds. Starzenia (*Open-Ended Working Group on Ageing*)¹²³, a także wielu innym organom ONZ¹²⁴.

Należy jednak podkreślić, że ani Plan Madrycki, ani żadne inne inicjatywy organów ONZ nie mogą być postrzegane jako strategie uniwersalne, które można dopasować do każdego państwa, regionu i specyficznych warunków, w jakich żyją osoby starsze¹²⁵. Różnice w podejściu do zagadnienia starzenia się społeczeństw i praw osób starszych uwidoczniły się przy okazji głosowania nad rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ, która miała m.in. odpowiedzieć na pytanie, czy Grupa Robocza powinna zająć się opracowaniem traktatu poświęconego omawianej tematyce. Ostatecznie rezolucję przyjęto, jednak przy 54 głosach za, 5 przeciw (Kanada, USA, Izrael, Seszele, Południowy Sudan) i aż 118 głosach wstrzymujących się, głównie państw z bogatszej części świata, w tym wszystkich państw Unii Europejskiej¹²⁶. Państwa europejskie wolą przyjmować własne rozwiązania.

¹²⁰ Europejskiej Komisji Gospodarczej, Komisji Gospodarczo-Społecznej do spraw Azji i Pacyfiku, Komisji Gospodarczej ds. Ameryki Łacińskiej i Karaibów, Komisji Gospodarczej ds. Afryki oraz Komisji Gospodarczo - Społecznej ds. Azji Zachodniej.

¹²¹ Zob. *Human Rights of Older Persons: International Human Rights Principles and Standards. Background Paper*, Office of the High Commissioner for Human Rights, New York 18-21 April 2011.

¹²² Human Rights Council, Advisory Committee, Forth Session, 25-29 January 2010, A/HCR/AC/4/L.4.

¹²³ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego nr 65/182 (2010).

¹²⁴ Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. prawa do najwyższego osiągalnego standardu zdrowia, Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, Komitet przeciwko Torturom, Komitetu ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych.

¹²⁵ Zelenev S., *Towards a "Society for All Ages": Meeting the Challenge or Missing the Boat*, *International Social Science Journal*, 2006, vol. LVIII(58), nr 4, s. 605.

¹²⁶ Resolution adopted by the General Assembly on 20 December 2012 67/139. *Towards a comprehensive and integral international legal instrument to promote and protect the rights and dignity of older persons*. Tekst dostępny na: www.un.org

2. Forum europejskie

Kwestia starzenia się i praw osób starszych są więc obecne na płaszczyźnie europejskiej, przede wszystkim na forum Rady Europy i Unii Europejskiej. Oczywiście na sytuację osób starszych w Europie w sposób zasadniczy wpływa stan przestrzegania przez państwa europejskich traktatów dotyczących praw człowieka¹²⁷ oraz przepisów prawa UE, te jednak w znikomym stopniu bezpośrednio odnoszą się do osób starszych¹²⁸. Można przyjąć, że uwaga głównych organizacji europejskich w omawianej dziedzinie koncentruje się na inicjatywach pozatraktatowych.

Na uwagę zasługuje przede wszystkim bogate *soft law* Rady Europy. Wśród rezolucji i rekomendacji jej organów można wyróżnić takie, które bezpośrednio odnoszą się do zagadnienia starzenia się i praw osób starszych. Wśród nich można wymieść rekomendację Komitetu Ministrów R (87) 22 dotyczącą sprawowania opieki nad osobami starszymi¹²⁹ oraz rekomendację R (94) odnoszącą się ogólnie do osób starszych¹³⁰, a także rekomendacje i rezolucje Zgromadzenia Parlamentarnego¹³¹, m.in. rekomendacje: nr 1428 (1999) „Przyszłość starszych obywateli: ochrona, uczestnictwo i promocja”, nr 1591 (2003) „Wyzwania dla polityki społecznej w Europie starzejących się społeczeństw, a także nr 1254 (1994) „Medyczne i socjalne prawa osób starszych”, rezolucję nr 1502 (2006) wraz z rekomendacją nr 1749 (2006) „Wyzwania demograficzne dla społecznej spójności”, rekomendację nr 1796 (2007) „Sytuacja osób starszych w Europie” oraz rezolucję nr 1793

¹²⁷ Przede wszystkim Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Dz. U. 1993, Nr 61, poz. 284) oraz tzw. europejskiego prawa socjalnego. Zob. Świątkowski A.M., Prawo socjalne Rady Europy, Kraków 2006.

¹²⁸ Do wyjątków należy m.in. art. 23 Zrewidowanej karty społecznej i art. 25 Karty praw podstawowych UE

¹²⁹ R (87) 22 on the screening and surveillance of elderly persons. (Teksty wszystkich rekomendacji Komitetu dostępny na: <https://wcd.coe.int>)

¹³⁰ R (94) 9 concerning elderly people z 10 października 1994.

¹³¹ Teksty wszystkich rekomendacji i rezolucji Zgromadzenia dostępny na <http://assembly.coe.int/Documents>

(2011), zatytułowaną „Promowanie aktywnego starzenia się: czerpanie z potencjału pracowniczego osób starszych”.

Na uwagę zasługują przede wszystkim najnowsze uchwały Zgromadzenia Parlamentarnego, a zwłaszcza rezolucja 1864 (2012), dotycząca różnych aspektów zmian demograficznych w Europie i zachęcająca do nowego podejścia do kapitału ludzkiego. Zgromadzenie wzywa w niej państwa m.in. do stworzenia osobom starszym szans na zatrudnienie i uczenie się przez całe życie, także w zakresie nowych technologii¹³². Dwie inne rezolucje Zgromadzenia przyjęte w 2012 r. odnoszą się z kolei do dwóch różnych aspektów godności człowieka – sytuacji pacjenta oraz powszechnych emerytur na godnym poziomie¹³³.

Przełomem w podejściu do praw osób starszych i starzenia się jest przyjęta 19 lutego 2014 r. rekomendacja Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych.¹³⁴ Rekomendacja wzywa państwa do podejmowania działań w zakresie zapobiegania dyskryminacji osób starszych, wspierania ich niezależności, organizowania rzetelnej pomocy przy podejmowaniu decyzji życiowych, ochrony przed przemocą domową i w instytucjach, prawa do ochrony socjalnej, odpowiedniej jakości opieki (także paliatywnej), prawa do poruszania się, poszanowania godności, życia prywatnego i rodzinnego w czasie pobytu w instytucjach opieki i w szpitalach, uwzględniania prawa do rzetelnego procesu (głównie w zakresie bezpłatnej pomocy prawnej), potrzeb starszych więźniów w zakładach karnych i starszych imigrantów. Co istotne, rekomendacja zawiera przykłady dobrych praktyk¹³⁵ oraz postanowienia dotyczące monitoringu upowszechniania jej założeń w państwach Rady Europy.

¹³² Resolution 1864 (2012) Demographic trends in Europe: turning challenges into opportunities

¹³³ Resolution 1859 (2012) Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients, resolution 1882 (2012) Decent pensions for all.

¹³⁴ Recommendation of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons, R (2014) 2 - Tekst polski na stronie MSZ - <http://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f4f4559d:JCR>

¹³⁵ Wśród nich znalazł się polski model organizowania Uniwersytetów Trzeciego Wieku.

Na forum Rady Europy zagadnienie starzenia się Europy i sytuacja osób starszych pojawia się ponadto w kontekście szerszych zagadnień, w tym „Nowej Strategii dla Spójności Społecznej”¹³⁶, ochrony zdrowia, w tym psychicznego, zintegrowanej polityki rodzinnej, organizacji opieki zdrowotnej, strategii wobec niepełnosprawności, dialogu między pokoleniami i walki z ubóstwem¹³⁷.

Różne aspekty omawianej problematyki są także przedmiotem regulacji przyjętych na forum Unii Europejskiej. Początkowo główny przedmiot zainteresowania Unii stanowiła eliminacja dyskryminacji ze względu na wiek w stosunkach pracy, jednak obecnie zainteresowanie to rozszerza się na inne sfery życia¹³⁸. Na uwagę zasługuje przede wszystkim art. 25 Karty praw podstawowych UE, stanowiący: „Unia uznaje i szanuje prawo osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym”¹³⁹.

Jednakże polityka UE wobec starzenia polega przede wszystkim na przyjmowaniu elastycznych metod działania. Z tego względu zasadnicze znaczenie w tym zakresie „otwarta metoda koordynacji”. Została ona wprowadzona przez Radę Europejską podczas szczytu lizbońskiego 2000 r. i jest stosowana w dziedzinach, w których nie sprawdzają się dotychczasowe metody integracyjne, a w szczególności „twarde prawo”, czyli dyrektywy i rozporządzenia. Warto więc zwrócić uwagę na różnego rodzaju „miękkie” inicjatywy WE/UE, które są

¹³⁶ A new Strategy for Social Cohesion European Committee for Social Cohesion (CDCS) Revised Strategy for Social Cohesion approved by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 31 March 2004. Dostępny na: http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/RevisedStrategy_en.pdf

¹³⁷ Mikołajczyk B., Międzynarodowa ochrona, s. 75 – 81.

¹³⁸ Art. 19 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, dyrektywa Rady UE 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy (OJ EC L 303/16 z 2 grudnia 2000 r.). 2 lipca 2008 r. Komisja Europejska złożyła na przykład w sprawie dyrektywy Rady UE dotyczącej wprowadzenia w życie zasady równego traktowania osób bez względu na religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. COM(2008) 426 final. Jednak przyjęcie dyrektywy zakazującej dyskryminacji z różnych powodów, nie tylko wieku, okazuje się bardzo trudne do zrealizowania.

¹³⁹ Dz. Urz. UE C 303/1 z 14 grudnia 2007 r.

podejmowane od początku lat dziewięćdziesiątych¹⁴⁰. Specyficzną sytuację starszych pracowników zaczęto uwzględniać w ramach Europejskiej Strategii Zatrudnienia, która promuje aktywne starzenie się i pozostawanie osób starszych na rynku pracy¹⁴¹, we wnioskach z poszczególnych prezydencji¹⁴² oraz w komunikatach Komisji z 1999 r. „Ku Europie dla każdego wieku – promowanie dobrostanu i międzypokoleniowej solidarności”¹⁴³, z 2006 r. "Demograficzna przyszłość Europy – przekształcić wyzwania w nowe możliwości"¹⁴⁴, z 2007 r. „Promowanie solidarności między pokoleniami”¹⁴⁵, z 2008 r. „Odnowiona agenda społeczna: możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku”¹⁴⁶ i z 2009 r. „Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE. Sprawozdanie na temat starzenia się społeczeństwa”¹⁴⁷, a także w opublikowanej w 2005 r. zielonej księdze pt.: „Zielona Księga: Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami”¹⁴⁸ i w białej księdze z 2012 r. dotyczącej bezpieczeństwa socjalnego osób w wieku emerytalnym¹⁴⁹.

Cały pakiet rezolucji w sprawie demograficznej przyszłości Europy, przyszłego modelu socjalnego Europy i walki z ubóstwem, eliminowania różnych form dyskryminacji, wykluczenia cyfrowego i przemocy wobec starszych, a także w zakresie tzw. *silver economy*, kształcenia przez całe

¹⁴⁰ Zob. rezolucje Parlamentu Europejskiego w sprawie raportów Komisji dotyczących sytuacji demograficznej w Europie - OJ EC C 115/238 z 14 kwietnia 1997, OJ EC C 104/222 z 6 kwietnia 1998 r.; OJ EC C 232 /381 z 17 sierpnia 2001 r.

¹⁴¹ Zob. Hutsebaut M. Expanding opportunities and security for *older* working people: a *European* trade union perspective, *Journal of Poverty & Social Justice*, February 2010, vol. 18 nr 1, s. 81 i nast.

¹⁴² Z zwłaszcza wnioski ze Szczytu Rady Europejskiej w Sztokholmie w 2001 r.

¹⁴³ KOM (1999) 221 wersja ostateczna.

¹⁴⁴ KOM (2006) 571 wersja ostateczna.

¹⁴⁵ KOM (2007) 244 wersja ostateczna.

¹⁴⁶ KOM (2008) 412 wersja ostateczna.

¹⁴⁷ KOM (2009) 180 wersja ostateczna.

¹⁴⁸ Communication from the Commission: Green Paper “Confronting demographic change: a new solidarity between the generations. COM(2005) 94 final.

¹⁴⁹ White Paper: An Agenda for Adequate, Safe and Sustainable Pensions, COM(2012) 55/2, 16 February 2012.

życie i roli kobiet w starzejącym się społeczeństwie został też przyjęty przez Parlament Europejski¹⁵⁰.

3. Forum krajowe

Rozwiązania przyjmowane na szczeblu międzynarodowym i regionalnym bez wątpienia kształtują świadomość w odniesieniu do praw osób starszych i zjawiska starzenia się świata. Jednakże dla konkretnego człowieka najistotniejsze są rozwiązania przyjmowane na szczeblu krajowym i regionalnym. Poszczególne państwa w zróżnicowany sposób uwzględniają w swym prawie potrzeby osób starszych. Są takie, które nie czynią tego wcale, a są i takie, które regulują te kwestie bardzo szczegółowo, np. Australia¹⁵¹, USA¹⁵², Ekwador¹⁵³ i RPA¹⁵⁴. Natomiast w Europie, pod wpływem prawa UE, państwa członkowskie najczęściej przyjęły rozwiązanie polegające na uchwaleniu przepisów zakazujących dyskryminacji ze względu na wiek w stosunkach pracy, a także w ogólnych ustawach antydyskryminacyjnych. Przykładem takiej ustawy jest polska ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania¹⁵⁵. Określa ona obszary i sposoby przeciwdziałania naruszeniom zasady równego traktowania ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną.

Proces starzenia się społeczeństwa nie pozwala jednak na ograniczenie się jedynie do przyjęcia ogólnych przepisów prawa zabraniających nieusprawiedliwionego rozróżnienia ze względu na wiek. Wymaga on od państw identyfikowania problemu i jego konsekwencji oraz podejmowania konkretnych rozwiązań praktycznych. Polskim

¹⁵⁰ Mikołajczyk B., *Międzynarodowa ochrona*, s. 81 i nast.

¹⁵¹ Age Discrimination Act z 2004 r.

¹⁵² Age Discrimination in Employment Act (ADEA) z 1967 r. i Elder Justice Act z 2007 r.

¹⁵³ Do osób starszych odnoszą się szczegółowo art. 36 – 37 Konstytucji tego państwa. Konstytucja zalicza osoby starsze do tzw. „osób i grup specjalnej uwagi”.

¹⁵⁴ Older Persons Act z 2006 r.

¹⁵⁵ Dz. U. 2010, Nr 254, poz. 1700.

przykładem takiego podejścia jest przyjęcie 24 sierpnia 2012 r. przez Radę Ministrów uchwały nr 137 w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013¹⁵⁶. Jego ogólnym celem jest poprawa jakości i poziomu ich życia dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną. Ma on przyczyniać się do pełniejszego korzystania z potencjału społeczno-zawodowego osób starszych i eliminowania barier funkcjonalnych, na które są one narażone. Strategia zakłada różnorodność aktywności społecznej i poprawę jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych, tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej, a także zwiększenie dostępności i podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji.

Problematyka starzenia się i praw osób starszych pojawia się ponadto na szczeblu regionalnym. Należy to docenić, gdyż rozwiązania przyjęte „najbliżej człowieka” mają decydujące znaczenie dla jego funkcjonowania w codziennym życiu i na szanse korzystania z jego praw. Przykładem rozwiązania regionalnego jest ujęcie problematyki osób starszych i starzenia się społeczeństwa w „Strategii Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006 – 2020”¹⁵⁷. Wśród celów strategicznych województwa znalazło się „wspieranie osób starszych w pełnieniu ról społecznych”. W ramach jego realizacji założono przyjęcie działań w zakresie włączania osób starszych do działań na rzecz rozwoju środowiska lokalnego, dostosowania systemu wsparcia (m.in. pomocy społecznej) do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, upowszechnianie wiedzy o procesie starzenia się. Podejmowanie działań na szczeblu województwa, a następnie na jeszcze niższych poziomach administracji, przy współpracy organizacji pozarządowych wydaje się mieć duże szanse powodzenia. Im niższy szczebel administracji, tym powinna być lepsza

¹⁵⁶ Monitor Polski z 6 września 2012 poz. 642.

¹⁵⁷ Załącznik do uchwały nr II/47/32006 Sejmiku Województwa Śląskiego z dn. 24 kwietnia 2006 r. Dostępny na: http://bip.slaskie.pl/index.php?grupa=15&id_menu=118&Nr_rx=2006&Nr_sx=47

znajomość potrzeb starszych obywateli. To na tym poziomie działania powinny okazać się najskuteczniejsze.

Ten krótki przegląd inicjatyw, które mają miejsce na przedstawionych powyżej forach, pozwala stwierdzić, że ich cele są podobne. Te same elementy znajdziemy w oengetowskich planach, uchwałach Rady Europy, komunikatach Komisji Europejskiej, jak i w polskim Programie na Rzecz Aktywności Osób Starszych i w Strategii Społecznej Województwa Śląskiego. Świadczy to o konieczności podejmowania spójnych i kompleksowych działań mających na celu nie tyle głoszenie „nowych” praw człowieka lecz umożliwienie seniorom korzystania z nich poprzez eliminację różnego typu barier. Eliminacja tych politycznych powinna następować na szczeblu międzynarodowym, prawnych na szczeblu krajowym, a faktycznych - na co dzień uniemożliwiających osobom starszym godne życie i aktywne uczestniczenie w życiu społecznym i politycznym - na lokalnym.

Literatura:

1. Global Ageing Report. Threats to Longevity. Call for Action, International Longevity Centre Global Alliance 2009, s.10. World Report on Violence and Health, WHO 2002.
2. Human Rights of Older Persons: International Human Rights Principles and Standards. Background Paper, Office of the High Commissioner for Human Rights, New York 18-21 April 2011.

3. Hoff A., Tackling Poverty and Social Exclusion of Older People – Lessons from Europe, Working Paper 308, Oxford Institute on Ageing, October 2008
4. Hutsebaut M., Expanding opportunities and security for older working people: a European trade union perspective, Journal of Poverty & Social Justice, February 2010, vol. 18 nr 1.
5. Mikołajczyk B., Międzynarodowa ochrona praw osób starszych, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
6. Przyborowska – Klimczak A. red., Prawo międzynarodowe publiczne. Wybór dokumentów. Lublin 2005.
7. Schechter M.G., United Nations Global Conferences, Routledge, 2005.
8. Świątkowski A.M., Prawo socjalne Rady Europy, Kraków 2006.
9. Zelenev S., Towards a “Society for All Ages”: Meeting the Challenge or Missing the Boat, International Social Science Journal, 2006, vol. LVIII(58), nr 4.
10. Zimmer A.Z., S. Das, The Poorest of the Poor Composition and Wealth of Older Person Households in Sub-Saharan Africa, Research on Aging 2014, vol. 36 nr 3,

Najważniejsze dokumenty:

Traktaty powszechne:

1. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 16 grudnia 1966 r. Dz.U.1977, Nr 38, poz.167
2. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 16 grudnia 1966 r. Dz.U.1977, Nr 38, poz. 169.

Uchwały organów powszechnych organizacji międzynarodowych, raporty i programy:

1. Older Workers Recommendation. ILO R 162/ 1980
2. Vienna International Plan of Action on Aging, Vienna, Austria 26.07 – 6.08. 1982,
3. Report of the Secretary-General. Geneva UN 1995, A/50/114.

4. International Plan of Action on Ageing, 2002.
5. The UN Principles for Older Persons, A/Res/46/91.
6. International Year of Older Persons: towards society for all ages A/Res/50/141(1992).
7. Follow-up to the Second World Assembly on Ageing, A/Res/58/134 (2003) .
8. Further implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002 Commission for Social Development, 3-12 February 2010, E/CN.5/2010/4.
9. Follow-up to the Second World Assembly on Ageing .A/Res/65/182 (2010).
10. Towards a comprehensive and integral international legal instrument to promote and protect the rights and dignity of older persons A/Res 67/139 (2012)

Rada Europy:

Traktaty:

1. Europejska Karta Społeczna z 1961 r., Dz.U.1999, Nr 8, poz. 67.
2. Zrewidowana Europejska Karta Społeczna z 1996 r. European Treaty Series nr 163.

Rezolucje i strategie:

1. On the screening and surveillance of elderly persons. R (87) 22
2. Concerning elderly people R (94) 9
3. Demographic trends in Europe: turning challenges into opportunities Res. 1864 (2012)
4. Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients Res. 1859 (2012)
5. Decent pensions for all, Res. 1882 (2012)
6. Recommendation of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons, R (2014) 2

7. A new Strategy for Social Cohesion European Committee for Social Cohesion (CDCS) Revised Strategy for Social Cohesion approved by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 31 March 2004.

Unia Europejska

Prawo pierwotne:

1. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej z 2007 r. - Dz. Urz. UE C 83 z 30 marca 2010 r.
2. Karta Praw Podstawowych UE, Dz. Urz. C 303/01 z 14 grudnia 2007 r.

Prawo wtórne:

1. Dyrektywa Rady UE 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy, OJ EC L 303/16 z 2 grudnia 2000 r.
2. Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012) - Dz. Urz. UE L 246/5 z 23 września 2011 r.

Inne:

1. Komunikaty Komisji Europejskiej:
2. Towards a Europe for all ages – promoting prosperity and intergenerational solidarity. COM (1999) 221 final
3. Demograficzna przyszłość Europy — przekształcić wyzwania w nowe możliwości. KOM (2006) 571 wersja ostateczna
4. Promowanie solidarności między pokoleniami. KOM (2007) 244 wersja ostateczna
5. Odnowiona agenda społeczna: Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku. KOM (2008) 412 wersja ostateczna.
6. Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE (Sprawozdanie na temat starzenia się społeczeństwa, 2009). KOM (2009) 180 wersja ostateczna

7. Green Paper “Confronting demographic change: a new solidarity between the generations. COM(2005) 94 final.
8. White Paper: An Agenda for Adequate, Safe and Sustainable Pensions, COM(2012) 55/2, 16 February 2012.

Dokumenty polskie:

1. Ustawa z dn. 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania Dz. U. 2010, Nr 254, poz. 1700.
2. Uchwała Rady Ministrów z dn.24 sierpnia 2012 r. nr 137 w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 Monitor Polski z 6 września 2012 poz. 642.
3. „Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006 – 2020” Załącznik do uchwały nr II/47/32006 Sejmiku Województwa Śląskiego z dn. 24 kwietnia 2006 r.

Ryszard Majer

***Diagnoza, program, działanie. Wobec starości
w środowiskach lokalnych (przykład Częstochowy)***

Wprowadzenie

Samorząd terytorialny jest formą zaspakajania zbiorowych potrzeb i jest realizowany przez określoną społeczność lub też jej przedstawicieli. Funkcjonalnie zazwyczaj dotyczy wspólnot skupionych wokół działalności zbiorowej i polega, najogólniej rzecz biorąc, na przekazywaniu przez administrację publiczną szczebla centralnego kompetencji do załatwiania spraw danej grupy społecznej na poziom lokalny. Przedmiotem działania samorządu są sprawy publiczne, natomiast podmiotem określona wspólnota, posiadająca własną reprezentację wraz z określonymi źródłami finansowania¹⁵⁸. Kształtujący się w tych ramach przez ostatnie ponad dwadzieścia lat ustrój samorządu terytorialnego opiera się na fundamentalnym zapisie art. 16 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku, który stanowi że samorząd terytorialny to ogół mieszkańców jednostek zasadniczego podziału terytorialnego, stanowiących z mocy prawa wspólnoty samorządowe. Ustawodawca stwierdził także, że „samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przysługującą mu w ramach ustaw istotną część zadań publicznych samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność”¹⁵⁹.

¹⁵⁸ Piasecki A., Samorząd terytorialny i wspólnoty lokalne, PWN, Warszawa 2009, s. 30.

¹⁵⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Ukształtowanie ustroju samorządu terytorialnego powoduje, że może być on bardzo wyrazistym realizatorem lokalnej polityki społecznej, kształtując spójność i skutecznie przeciwdziałając pojawiającym się problemom społecznym m.in. poprzez pomoc grupom najbardziej zagrożonym trwałym ubóstwem i wykluczeniem, aktywizację jednostek i grup społecznych oraz mobilizację lokalnych podmiotów polityki społecznej do skutecznego rozwiązywania szeregu kwestii społecznych, m.in. problemu starości jako wyzwania, które w najbliższych latach winno być obszarem zainteresowań samorządowców.

1. Diagnoza problemów społecznych

Kluczem do podejmowania działań wobec określonych grup społecznych musi być plan działań poprzedzony odpowiednią diagnozą. W dobrze sporządzonej diagnozie należy zwrócić uwagę nie tylko na stan zastany danego zjawiska, ale także ocenić dane środowisko pod względem gotowości do zmiany. W wyniku postępowania diagnostycznego możemy uzyskać wiedzę na temat ewentualnych potencjalnych lub realnych trudności w realizacji działań projektowych; są czy mogą to być np. braki kadrowe, zła infrastruktura, trudny dojazd, duże odległości między miejscowościami, niski poziom świadomości zdrowotnej¹⁶⁰.

Decydując się na diagnozowanie sytuacji seniorów w Częstochowie, która była realizowana na potrzeby budowy lokalnego programu wsparcia osób starszych, w pierwszej kolejności zdecydowano o analizie przestrzennej problemu starości. Środowiska wielkomiejskie, do których należy - licząca ok. 235 tys. mieszkańców- Częstochowa, charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem wstępowania problemów społecznych. Korzystając z doświadczeń Krzysztofa Czekaja i Andrzeja Niesporaka,

¹⁶⁰ Brzezińska A.I., Wojciechowska J., Ziółkowska B., Diagnoza jako podstawa budowania projektów zmiany sytuacji osób z ograniczoną sprawnością, „Polityka Społeczna” Numer specjalny - Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności, Warszawa 2010, s. 46-47.

k którzy w 2001 analizowali występowanie problemów społecznych w mieście i ujmowali je w formie przestrzennej korzystając z tzw. narzędzi socjologii chicagowskiej¹⁶¹, zdecydowano się na konstrukcję mapy wskaźnikowej, która pokazuje stosunek wybranej grupy społecznej na tle innych¹⁶². Pozwoliło to określić dzielnice najstarsze w mieście – czyli takie, w których odsetek osób po 60. roku życia jest zdecydowanie wyższy niż w innych rejonach, i w których należałoby podjąć zdecydowane działania, np. pracę socjalną metodą grupową (np. animacja społeczna).

Analizując potrzeby osób starszych, warto – co pokazały częstochowskie badania – poznać opinie pracowników socjalnych bezpośrednio pracujących na interesującym nas terenie. Pracownik socjalny, jako osoba zaangażowana w pomoc osobom starym, postrzega osoby starsze i ich potrzeby przynajmniej z kilku perspektyw. Po pierwsze, jako osoba bezpośrednio wspierająca i pomagająca bezpośrednim użytkownikom pomocy społecznej. Po drugie, jako diagnosta i obserwator środowiska lokalnego posiada wiedzę często przekraczającą wyłącznie zawodowe zainteresowania. Należy pamiętać, że wśród ról zawodowych pracowników socjalnych role diagnosty, planisty, obserwatora i animatora są bardzo istotne z punktu widzenia organizatora społeczności lokalnej – co ma istotne znaczenie w kształtowaniu działań środowiskowych dla seniorów¹⁶³.

Korzystając z szerokiego panelu narzędzi diagnostycznych, warto także zapytać samych seniorów o jakość życia i ewentualne bariery pojawiające się życiu codziennym, temu służyła np. Błękitna ankieta – diagnozująca potrzeby osób niepełnosprawnych w mieście¹⁶⁴.

¹⁶¹ Czekaj K., Niesporek A., Piekarski M, Zawartka M., Częstochowa i problemy społeczne jej mieszkańców na przełomie XX i XXI w., Agencja Artystyczna PARA, Katowice 2002.

¹⁶² Czekaj K., Zawartka-Czekaj M., Potrzebne i niechciane obszary pracy socjalnej w polskim systemie pomocy społecznej. Nowe obszary w diagnozowaniu problemów społecznych w pomocy społecznej, w: Kanios A., Czechowska-Bieluga M. (red.), Praca socjalna. Kształcenie-działania-konteksty, Impuls, Kraków 2010, s. 281.

¹⁶³ Żuczkiwicz A., Praca socjalna Ośrodków Pomocy Społecznej, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s.125.

¹⁶⁴ Majer R., Częstochowa – niepełnosprawni o swoim mieście, Niepełnosprawność i Rehabilitacja, 2012, nr 2.

2. Plany działań i strategie dotyczące problemów osób starszych

Planując działania na rzecz osób starszych, należy zwrócić uwagę na dotychczasowy dorobek planistyczny w zakresie lokalnej polityki społecznej. W przypadku Częstochowy zainteresowanie kwestią seniorów pojawiło się już na poziomie dokumentu pn. "Częstochowa 2025. Strategia Rozwoju Miasta" przyjętego została przez Radę Miasta Częstochowy w dniu 24 sierpnia 2009 roku¹⁶⁵, który był rozwinięciem myśli planistycznej pn.: "Strategia Rozwoju Miasta - Częstochowa 2010" która to uchwała została przyjęta przez Radę Miasta Częstochowy w dniu 22 września 2003¹⁶⁶. W celu szczegółowym 2.2.2. zdefiniowanym jako „Zapewnienie potrzebującym dostępności i poprawa standardów jakości usług medycznych oraz rozwój systemu profilaktyki zdrowotnej” odnajdujemy jeden z kierunków działań sformułowany jako „Rozwój systemu opieki długoterminowej i geriatrycznej – dostosowanie zakresu usług medycznych do potrzeb wynikających ze zmian struktury demograficznej ludności miasta”¹⁶⁷.

Podstawowym dokumentem kreującym politykę społeczną w Częstochowie jest: „Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Częstochowy na lata 2007-2013”, która została przyjęta jako załącznik do Uchwały Rady Miasta Częstochowy nr 232/XX/2007 z dnia 13 grudnia 2007. Dokument w pierwszym celu strategicznym sformułowanym jako „Aktywna polityka prorodzinna” wskazuje w odniesieniu do seniorów cel operacyjny piąty, definiując go jako „Zapewnienie profesjonalnego wsparcia dla osób starszych i ich aktywizacja”. Wśród działań przewidziano m.in. :

- rozwój środowiskowych form opieki;

¹⁶⁵ Częstochowa 2025. Strategia Rozwoju Miasta Załącznik do uchwały Nr 520/XLV/2009 Rady Miasta Częstochowy z 24.08.2009

¹⁶⁶ Strategia Rozwoju Miasta - Częstochowa 2010, Załącznik do uchwały Nr 193/XVIII/2003 Rady Miasta Częstochowy z 22.09.2003

¹⁶⁷ Częstochowa 2025., s. 33.

- wzbogacanie oferty świadczonej przez placówki wsparcia dziennego;
- dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych;
- rozwój wolontariatu oraz pracy socjalnej na rzecz pomocy seniorom;
- realizację programu „Wnuczek-wnuczka”, jako sposób na lepszą jakość życia seniora;
- wspieranie organizacji pozarządowych w realizacji opieki nad osobami starszymi
- wsparcie finansowe i rzeczowe osób najbardziej potrzebujących pomocy (zasiłki stałe, celowe, okresowe i inne);
- organizowanie imprez integracyjnych, np. „Lato seniora”;
- zwiększenie uczestnictwa osób starszych w rekreacji, kulturze i wypoczynku;
- rozwijanie zorganizowanych form aktywności dla osób starszych celem wypełnienia czasu wolnego i przeciwdziałania izolacji społecznej¹⁶⁸.

Szczegółowo kwestiami osób starszych w mieście zajął się zespół powołany w 2010 w celu opracowania lokalnego programu wsparcia seniorów, który wszedł w życie zarządzeniem Prezydenta Miasta jako „*Częstochowski Program Wsparcia Seniorów na lata 2010-2013*”. Jako jego cel generalny wskazano: „Zintegrowany system wsparcia, opieki i integracji częstochowskich seniorów oparty na partnerskiej współpracy samorządu miasta Częstochowy z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami działającymi w obszarze wsparcia społecznego”. Wśród celów strategicznych wskazano jako najważniejsze:

- wspieranie aktywności seniorów;
- wspieranie seniorów w realizacji ról rodzinnych;

¹⁶⁸ Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Częstochowy na lata 2007-2013, Załącznik do Uchwały Rady Miasta Częstochowy nr 232/XX/2007 z dnia 13 grudnia 2007 roku, s.95-97.

- dostosowywanie warunków życia seniorów i oferty usług społecznych do zmieniających się ich potrzeb i możliwości;
- dostarczanie wsparcia seniorom w sytuacjach kryzysowych;
- poprawa społecznego obrazu starości¹⁶⁹.

Cele strategiczne zostały uszczegółowione celami operacyjnymi, którym przyporządkowano realizatorów programu – miejskie jednostki organizacyjne oraz partnerów, głównie organizacje pozarządowe. Do każdego z nich określono także wskaźniki oraz źródło ich pozyskiwania.

3. Kierunki działań podejmowanych na rzecz osób starszych

Przyjęcie programu zaowocowało szeregiem inicjatyw realizowanych, zarówno przez instytucje samorządowe, jak i NGO-sy. Działania o bardzo szerokim zasięgu na rzecz osób starszych prowadzi np. Biblioteka Publiczna w Częstochowie. To tutaj realizowany jest program „Młodzi duchem w Bibliotece”, w ramach którego zorganizowano m.in.: cotygodniowe warsztaty dla seniorów pn. "Komputeromania" (podstawy obsługi komputera i Internetu). Obok powyższych działań zakupiono m.in. ok. 30 audiobooków, umożliwiających osobom starszym i niedowidzącym kontakt z literaturą.

Przy Domu Miłosierdzia im. Jana Pawła II, prowadzonym przez Caritas Archidiecezji Częstochowskiej, funkcjonuje Klub Seniora zrzeszający ok. 30 uczestników. Spotkania klubowe odbywają się raz w tygodniu, a uczestnicy mogą uczestniczyć m.in. w zajęciach z nauki języka angielskiego i w spotkaniach okolicznościowych¹⁷⁰. Przy Dziennym Domu Pobytu, jedynej takiej placówce funkcjonującej w Częstochowie, działa od 2005 roku Klub Seniora prowadzony przez Stowarzyszenie Profilaktyki i Wspierania Rodzin Prometeusz, zrzeszający w swoich szeregach ok. 30 uczestników (dodajmy że w zajęciach DDP uczestniczy ok. 50 osób)¹⁷¹.

¹⁶⁹ Częstochowski Program Wsparcia Seniorów, Załącznik do Zarządzenia nr 2932/10 Prezydenta Miasta Częstochowy z dnia 19 listopada 2010 roku, s. 44-46.

¹⁷⁰ BIS. Sygn.Cz.3.

¹⁷¹ BIS. Sygn.Cz.11.

Innym przykładem działań jest Bank Czasu Seniora - projekt socjalny działań wolontarystycznych, realizowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Częstochowie. Inicjatywa opiera się na samopomocy, polegającej na wymianie usług pomiędzy jego uczestnikami. W zależności od swoich umiejętności i zasobów uczestnicy banku deklarują, jakie rodzaje usług mogą świadczyć na rzecz innych, a osoby koordynujące jego działalność na bieżąco kierują taką pomoc do potrzebujących, zgodnie ze zgłaszanym zapotrzebowaniem. Usługi świadczone na rzecz innych członków banku czasu są odnotowywane – najczęściej jednostką rozliczeniową jest zwykła godzina, niezależnie od rynkowej wartości usługi. "Zarobione" w ten sposób godziny można następnie "wydać" na potrzebną w danej chwili pomoc, której udzieli któraś z osób należących do systemu, oferująca interesującą nas usługę. Projekt ma na celu aktywizację osób starszych, przełamanie samotności, możliwość samopomocy.¹⁷²

Sprawdzony także w innych ośrodkach miejskich projekt MOPS w Częstochowie „Kawiarenka dla seniora” pozwala seniorom aktywnie uczestniczyć w życiu towarzyskim na równi z innymi mieszkańcami. Możliwość skorzystania z oferty kawy lub herbaty za symboliczną złotówkę, likwiduje bariery finansowe. W projekcie uczestniczą, z jednej strony, restauratorzy, którzy zgadzają się na określonych zasadach przyjmować w swoich lokalach seniorów. Z drugiej strony, seniorzy, którzy na podstawie pobranych w siedzibie Ośrodka bonów mogą uczestniczyć w akcji. W projekcie uczestniczy 8 restauratorów i obejmuje on ok. 300 seniorów¹⁷³.

Program Aktywny senior realizowany jest przez Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji. Na ofertę składają się zajęcia pływalni, callanetics, zajęcia z choreoterapii, organizowane są wycieczki m.in. do Ojcowskiego Parku Narodowego. W ramach projektu odbyła się Senioriada'2011 – Sportowa Olimpiada Seniorów Regionu Częstochowskiego, którą

¹⁷² BIS. Sygn. Cz.9.

¹⁷³ BIS. Sygn. Cz.10

współorganizowały m.in. Uniwersytet Trzeciego Wieku przy Akademii Jana Długosza. Organizator szacuje w sumie 3872 wejść na zajęcia w ramach programu, co daje na samą pływalnie ponad 500 wejść miesięcznie; w pozostałych zajęciach uczestniczyło około 400 osób¹⁷⁴. Najnowszą formą aktywizacji osób starszych są zorganizowane w 2012 roku trzy place aktywności ruchowej dla osób starszych.

Odrębną ofertę proponują starszym mieszkańcom Częstochowy, popularne także w innych środowiskach miejskich, Uniwersytety III Wieku¹⁷⁵, funkcjonujące na koniec 2011 roku przy Akademii Jana Długosza w Częstochowie, Akademii Polonijnej i Politechnice Częstochowskiej, które skupiały w swoich szeregach ponad 1200 uczestników.

W kreacji lokalnej polityki społecznej wobec starości muszą uczestniczyć sami seniorzy. Aby tak się stało, należy wyposażyć ich w odpowiednią wiedzę i możliwości działania. W Częstochowie jednym z ciekawszych projektów wspierających osoby starsze jest projekt „Masz prawo być wysłuchany – rzecznictwo interesów osób starszych”, który realizowany był przez Stowarzyszenie Pracy Socjalnej, przy wsparciu ze strony Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Częstochowie oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie. Dodajmy, że grupa Partnerów obejmowała m.in. Zakład Pracy Socjalnej Akademii Jana Długosza, Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Agape, ale także Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji w Częstochowie, dzięki któremu przygotowano ulotki i plakaty. Wśród celów projektu założono m.in.: podniesienie poziomu wiedzy osób starszych o swoich uprawnieniach, zwiększenie do informacji o możliwości aktywnego spędzania czasu, inspirowanie władz publicznych do tworzenia regulacji prawnych zabezpieczających pełnię praw osób starszych oraz realizację ich aspiracji i potrzeb. Realizacja projektu polegała na: organizacji

¹⁷⁴ BIS. Sygn. Cz.12.

¹⁷⁵ Dzięgielewska M., Aktywność społeczna i edukacyjna w fazie starości, (w:) Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., Podstawy gerontologii społecznej, Oficyna Wydawnicza Aspra-JR, Warszawa 2006, s. 169- 181.

kampanii informacyjnej dotyczącej praw osób starszych (ulotki, plakaty, strona internetowa, informacje w mediach) oraz uruchomieniu punktu interwencyjnego – rzecznika praw osób starszych. Należy zauważyć, że z biurem współpracuje bardzo efektywnie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, którego prawnicy w ramach dyżurów udzielają potrzebującym porad prawnych. Szereg osób przybywających do siedziby rzecznika nie miało wiedzy, że bezpłatną poradę prawną można uzyskać także w miejskiej placówce pomocy społecznej.

Do dobrych przykładów realizowanych w mieście należy zaliczyć również powstające place rekreacji ruchowej dla osób starszych oraz utworzenie Centrum Aktywności Seniorów, które powstało na bazie Dziennego Domu Pomocy Społecznej i jest obecnie prowadzone w ramach zlecenia zadania przez podmiot pozarządowy. Aktywizacji osób starszych sprzyja także Karta Seniora, dzięki której osoby starsze mogą korzystać z oferty kulturalnej, sportowej i usługowej obdarzeni przez uczestników programu w specjalne rabaty i zniżki¹⁷⁶. W pierwszym roku funkcjonowania programu, kartę otrzymało ponad trzy tysiące osób.

Aktywizacja seniorów nie wyklucza opieki, jako formy dla osób starszych, których sprawność ulega pogorszeniu. W tym zakresie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Częstochowie wystandaryzował usługi opiekuńcze realizowane na rzecz osób starszych. Zabieg ten pozwolił na przekazanie usług opiekuńczych do realizacji organizacji pozarządowej, bez obawy o utratę jakości świadczonej usługi, tym bardziej że przed przekazaniem zrealizowano kompleksowe badania jakości świadczonych usług.

Głównym celem wprowadzanej standaryzacji było zapewnienie jak najwyższej jakości realizowanych usług, ale także rozbudowa ich zakresu. Przeprowadzone zmiany realizacji usług opiekuńczych w MOPS w

¹⁷⁶ Zarządzenie nr 1487/13 Prezydenta Miasta Częstochowy dnia 23 maja 2013 r. w sprawie realizacji uchwały Nr 232/XX/2007 Rady Miasta Częstochowy z dnia 13 grudnia 2007r. w sprawie przyjęcia „Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Częstochowy na lata 2007-2013” w zakresie działań na rzecz seniorów.

Częstochowie miały na celu jednoznaczne zdefiniowanie czynności realizowanych przez opiekunki środowiskowe, zarówno w zakresie pomocy w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, czynności pielęgnacyjnych, jak i zapewnienia kontaktów z otoczeniem¹⁷⁷.

Podsumowanie

Kreowanie lokalnej polityki społecznej nie jest przedsięwzięciem łatwym i zależy w dużej mierze od zasobów środowiska lokalnego. Do najważniejszych z nich wypada zaliczyć kapitał ludzki, czyli grono osób krytycznie postrzegających otaczającą rzeczywistość i pomimo przeciwności losu dokonać jej korekty - zmiany, zmierzającej w kierunku poprawy jakości życia osób starszych. Z kapitałem ludzkim powiązana jest także infrastruktura instytucjonalna i pomocowa. Im większe jest środowisko lokalne, tym więcej pojawia się czynników mogących wchodzić ze sobą we wzajemne realizacje i wpływać na lokalnych decydentów kształtujących politykę społeczną. Znaczenie mają zarówno organizacje pozarządowe, instytucje naukowe i ich kadra, ale także przedstawiciele instytucji pomocy społecznej. Częstochowa może być przykładem skupienia pozytywnej energii adresowanej z udziałem osób starszych na ich rzecz. Metodyczne postępowanie od diagnozy poprzez proces programowania po realizację przynosi zamierzone efekty: następuje podnoszenie jakości życia osób starszych, zarówno poprzez aktywację, jak i różnorodne formy opieki. Zwieńczeniem aktywizacji osób starszych w mieście wydaje się być powołanie przez Radę Miasta, dwunastoosobowej Miejskiej Rady Seniorów, jako gwaranta pełnego uczestnictwa osób starszych również w gremiach decydujących o kreowaniu lokalnej polityki społecznej.

Proces programowania lokalnej polityki społecznej jest złożony, wieloaspektowy a jego skutki należy ocenić z perspektywy czasu. Budowa solidnej diagnozy potrzeb osób starszych stała się punktem

¹⁷⁷ Zarządzenie Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Częstochowie z dnia 19.09.11 w sprawie ustalenia standardów świadczonych usług opiekuńczych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Częstochowie- w posiadaniu autora.

wyjścia do procesu programowania działań i realizacji projektów na ich rzecz. Działania zmierzają zawsze w kierunkach: aktywizacji pozwalającej zwiększyć uczestnictwo seniorów w życiu społecznym i opieki która musi być zapewniona wobec tych którzy tego wymagają, w sposób zdecydowany podnoszą jakość życia starzejącej się populacji. Elementy aktywizujące, łatwiejsze do przeprowadzenia w samorządzie lokalnym (tańsze w realizacji np. od budowy infrastruktury zdrowotnej) dominują, ale dzięki nim budowany jest nowy wizerunek starości w polskiej rzeczywistości dzięki czemu przynajmniej część seniorów przestaje się wstydzić ćwiczeń pod gołym niebem, tańczyć w klubach i kawiarniach. A to jak na początek naprawdę dużo.

Bibliografia:

1. Brzezińska A.I., Wojciechowska J. , Ziółkowska B., *Diagnoza jako podstawa budowania projektów zmiany sytuacji osób z ograniczoną sprawnością*, „Polityka Społeczna” Numer specjalny - *Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa 2010.
2. Czekaj K., Zawartka-Czekaj M., *Potrzebne i niechciane obszary pracy socjalnej w polskim systemie pomocy społecznej. Nowe obszary w diagnozowaniu problemów społecznych w pomocy społecznej*, w: Kanios A., Czechowska- Bieluga M. (red.), *Praca socjalna. Kształcenie-działania-konteksty*, Impuls, Kraków 2010.

3. Czekał K., Niesporek A., Piekarski M., Zawartka M., *Częstochowa i problemy społeczne jej mieszkańców na przełomie XX i XXI w.*, Agencja Artystyczna PARA, Katowice 2002.
4. *Częstochowa 2025. Strategia Rozwoju Miasta*, Załącznik do Uchwały Nr 520/XLV/2009 Rady Miasta Częstochowy z dnia 24 sierpnia 2009 roku, s. 33.
5. *Częstochowski Program Wsparcia Seniorów*, Załącznik do Zarządzenia nr 2932/10 Prezydenta Miasta Częstochowy z dnia 19 listopada 2010 roku.
6. Dzięgielewska M., Aktywność społeczna i edukacyjna w fazie starości, (w:) Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-JR, Warszawa 2006.
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
8. Majer R., *Częstochowa – niepełnosprawni o swoim mieście*, Niepełnosprawność i Rehabilitacja, 2012, nr 2.
9. Piasecki A., *Samorząd terytorialny i wspólnoty lokalne*, PWN, Warszawa 2009.
10. *Strategia Rozwoju Miasta - Częstochowa 2010*, Załącznik do uchwały Nr 193/XVIII/2003 Rady Miasta Częstochowy z 22.09.2003
11. *Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Częstochowy na lata 2007-2013*, Załącznik do Uchwały Rady Miasta Częstochowy nr 232/XX/2007 z dnia 13 grudnia 2007 roku.
12. Zarządzenie Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Częstochowie z dnia 19.09.11 w sprawie ustalenia standardów świadczonych usług opiekuńczych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Częstochowie.
13. Zarządzenie nr 1487/13 Prezydenta Miasta Częstochowy dnia 23 maja 2013 r. w sprawie realizacji uchwały Nr 232/XX/2007 Rady Miasta Częstochowy z dnia 13 grudnia 2007r. w sprawie przyjęcia „Strategii

Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Częstochowy na lata 2007-2013” w zakresie działań na rzecz seniorów.

14. Żuczkiewicz A., *Praca socjalna Ośrodków Pomocy Społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.

Izabela Malik

Jak zorganizować seniorów i zachęcić ich do aktywności społecznej? Na przykładzie Ośrodka Pomocy Społecznej w Czerwionce-Leszczynach

Moja historia współpracy z seniorami miała swój początek w 2009 r., kiedy to napisałam projekt socjalny pt. „Jutrzenka”. Projekt poprzedzony był licznymi badaniami, rozmowami, analizą dokumentów, w wyniku której powstała „Mapa zasobów i potrzeb społeczności kategoryalnej seniorów” z dzielnicy Leszczyny. Realizacja tego projektu miała w efekcie stworzyć seniorom możliwości aktywnego spędzania wolnego czasu. Zasadnicze znaczenie dla dobrego przeżywania starości ma motywowanie ludzi do aktywności, tak fizycznej, jak i intelektualnej. Bardzo istotne zatem jest wyjście naprzeciw ludziom starszym, poprzez stworzenie dla nich takiej formy spędzania wolnego czasu, podczas której realizowane mogą być zarówno potrzeby niższego jak i przede wszystkim potrzeby wyższego rzędu.

Pracując jako pracownik socjalny w terenie, zaobserwowałam, że duża liczba starszych mieszkańców naszej Gminy boryka się z problemem samotności i poczuciem nieprzydatności. W większości są to kobiety – wdowy, które cały swój wolny czas spędzają, w zależności od pogody, bądź przesiadując na ławkach w miejscowym parku, lub na ławkach osiedlowych bądź samotnie w swoich mieszkaniach. Sytuacja taka ma miejsce zarówno na terenie miasta, jak również w sołectwach. Dorosłe dzieci, które są czynne zawodowo, przebywają poza domem do

późnych godzin popołudniowych. Młodzież samodzielnie organizuje sobie czas poprzez uczestnictwo w różnego typu kołach zainteresowań, klubach sportowych, czy też spotyka się, wspólnie spędzając czas wolny. Człowiek starszy zaczyna czuć się niepotrzebny, pojawia się w jego życiu żal, potrzeba bliskości, a równocześnie nieufność, brak wiary we własne możliwości oraz otrzymania jakiegokolwiek pomocy. Często też przytłaczający dla tych osób staje się fakt, że nie potrafią już poradzić sobie z nowymi przepisami oraz szybkim rozwojem techniki.

Ze względów finansowych i lokalowych nie udało się zrealizować w/w projektu, ale podjęłam szereg działań, które diametralnie odmieniło życie części leszczyńskich seniorów. Dzięki przychylności lokalnych władz samorządowych oraz Dyrektora tutejszego OPS Pani Celinie Cymorek udało się zorganizować i zaktywizować seniorów. Ponadto duży wpływ miała także przychylność lokalnych przedsiębiorców, którzy niejednokrotnie wspierali nasze działania finansowo.

Powstały liczne projekty socjalne skierowane dla osób starszych, m.in.: w czerwcu 2010 r. impreza kulturalna pod hasłem „**Sztuka wiąże pokolenia**”, w październiku 2010 r. wyjazd do kina pod hasłem „**Wesoły autobus**”. Dzięki pozyskaniu sponsorów, udział w tych projektach był bezpłatny. Były to działania skierowane dla seniorów, ale nieorganizowane wspólnie z nimi i nie miały one znaczącego wpływu na ich dotychczasową sytuację. Nie takie było jednak założenie naszych działań. Bowiem głównym ich celem było zorganizowanie seniorów w grupę, która mogłaby podjąć z czasem działania nie tylko na swoją rzecz, ale także na rzecz innych grup w naszej społeczności lokalnej. W związku z tym musiały zostać wprowadzone do tych działań pewne zmiany. Powstał projekt pt. „**Złota Jesień**”, którego pośrednim celem był ruch na świeżym powietrzu, natomiast celem głównym było utworzenie grupy seniorów, którzy spotykali by się regularnie, nie tylko na nordic walkingu, ale również po zajęciach ruchowych. Działania związane z realizacją projektu rozpoczęły się w październiku 2010 r. Pierwszym krokiem były liczne rozmowy z klientami Punktu Terenowego Nr 2 oraz innymi mieszkańcami dzielnicy Leszczyzny, które dotyczyły chęci uczestnictwa w

tego typu przedsięwzięciu. Następnie odbyło się spotkanie z instruktorem nordic walkingu – pracownikiem MOSiR w Czerwionce-Leszczynach, który także wyraził aprobatę dla tego typu działań oraz chęć poprowadzenia zajęć z grupą, a także zapewnił niezbędny do realizacji w/w działań –sprzęt. **I tak 03.11.2010r. odbyło się pierwsze spotkanie osób chętnych do marszu z kijkami. Przybyło 25 osób, co było dla całego zespołu bardzo miłym zaskoczeniem.** Spotkania grupy odbywały się w każdą środę o godzinie 10-tej, a uroczyste zakończenie wraz z wręczeniem certyfikatów odbyło się **21.01.2011 r.** Aktualnie grupa, która powstała w okresie realizacji projektu, spotyka się regularnie w każdą środę i samodzielnie pokonuje leśne szlaki. Udało się osiągnąć główny cel projektu, którym był stworzenie zgranej grupy seniorów. Następnie zaczęliśmy namawiać seniorów, żeby po „nordicu” przychodzili od razu do naszego PT nr 2 – do „Zameczku” na wspólną kawę. Początki nie były łatwe. Przychodziło 5-6 osób, piliśmy wspólnie kawę, zjadając przynieszone przez seniorów ciastka. Opowiadałam im, jakie korzyści i możliwości mogą pozyskać seniorzy, gdyby zorganizowali się w silną grupę, która miałaby „coś do zrobienia i powiedzenia w naszej gminie”.

Z tygodnia na tydzień zaczęła się tworzyć grupa, która była otwarta na nowych członków i przyjęła oficjalną nazwę: **„Seniorzy z Zameczku”**. Seniorzy wyszli z inicjatywą, że mogliby zacząć uczyć się obsługi komputera. Tak powstał projekt **„50+ w sieci”**, następnie doszła do tego nauka języka niemieckiego. Oprócz zajęć, na które przychodziła bardzo liczna grupa seniorów, nadal odbywały się spotkania przy kawie i wspólne planowanie kolejnych działań. Z inicjatywy samych seniorów odbył się piknik **„Majówka z koszykiem”- którego celem była integracja środowiska seniorów oraz zmobilizowanie ich do zorganizowania spotkania przy grillu z własnym prowiantem** . Udało nam się osiągnąć zarówno jedno, jak i drugie. Osoby starsze bardzo dobrze czuły się w swoim towarzystwie, ale także w towarzystwie o wiele młodszych od siebie pracowników socjalnych. Doskonale współpracowały w grupie, kiedy przygotowywały razem smakołyki na grilla i kiedy integrowały się podczas zabaw ruchowych z chustą

animacyjną KLANZA. Kolejnym wspólnie zorganizowanym działaniem było przygotowywanie wycieczki, która odbyła się w dniu **21.06.2011r. do Kalwarii Zebrzydowskiej i Parku Miniatur w Inwaldzie**. Wyjazd zorganizowany został pod hasłem: „Seniorzy dookoła świata” i to właśnie seniorzy sami przygotowywali plakaty informujące o możliwości zapisania się na tą wycieczkę, jak również samodzielnie rozwieszali je na tablicach informacyjnych w dzielnicy Leszczyny. Kolejny wyjazd zorganizowany został w partnerstwie z Parafią św. Jana Sarkandra w Bełku. Ten **wyjazd odbył się w dniu 09.07.11 r. pod hasłem: „Cudze chwalicie, swego nie znacie”**. Wycieczka była możliwa dzięki współpracy z ks. wikarym ww. parafii, a rozpoczęła się o godz.17 Mszą Świętą, następnie seniorzy zwiedzili lokalne zabytki, odbył się także quiz z wiedzy o Bełku, a na zakończenie ognisko i pieczenie kiełbasek.

W międzyczasie realizowany był także projekt **„Czereśniowa zdrowia doda”**- aerobik i zajęcia na siłowni dla seniorów oraz ich wnuków, które odbywają się bezpłatnie dzięki naszemu kolejnemu partnerowi – właścicielce Klubu Omen oraz projekt **„ Art cafe -sztuka picia kawy”** – czyli kawa za złotówkę w kawiarni Amalio. Zaprzyjaźniona z nami parafia w Bełku zaproponowała, abyśmy pomogli zorganizować w dzielnicy Leszczyny piknik rodzinny na rzecz hospicjum dla dzieci z chorobami nowotworowymi. Decyzja seniorów była jednogłośnie – tak! Tak więc w dniu **17.09.11 r.** odbył się piknik pod hasłem – utworzonym przez seniorów - **„Duże serce małemu sercu”**. Seniorzy sami zorganizowali loterię fantową, stoisko z ciastem i cały dzień pracowali na pikniku jako wolontariusze. Kolejnym, tym razem wieloetapowym, projektem był projekt pt. **„Nie mam czasu na starość”**, który realizowany był od lutego 2012 r. do maja 2013 r. W ramach tego projektu zostały zrealizowane następujące działania:

- „Rysuję obrazeczek do czytanych przez Babcię książeczek”;
- „Bądź piękna nie tylko na wiosnę”;
- „Muzyka + woda = zdrowie i uroda” .

Działanie pod hasłem: **„Rysuję obrazeczek do czytanych przez Babcię**

książeczek” zostało zrealizowane na podstawie umowy partnerskiej zawartej pomiędzy dyrektorem tut. OPS, Dyrektorami Przedszkoli nr 1, nr 3 i nr 11 oraz Dyrektorem biblioteki publicznej oraz „Seniorami z Zameczku”. Seniorki („babcie”) czytały raz w tygodniu bajki dzieciom w poszczególnych przedszkolach. Po wysłuchaniu bajki, dzieci wykonywały prace plastyczne oddające jej treść. Następnie w każdym przedszkolu została zorganizowana wystawa tych prac. Koordynatorem tego działania była przedstawicielka seniorów, która układała harmonogram dyżurów i dopilnowywała jego realizacji. Kolejne działanie pod hasłem: „**Bądź piękna nie tylko na wiosnę**” udało się zrealizować poprzez nawiązanie współpracy z przedstawicielką firmy kosmetycznej oraz właścicielką salonu fryzjerskiego. W drodze konkursu zakwalifikowanych zostało 5 pań należących do grupy „Seniorzy z Zameczku”. W dniu 05.03.2012 r. w salonie fryzjerskim wykonano im nieodpłatnie fryzury, kosmetyczka nieodpłatnie wykonała makijaże, następnie dobierałyśmy wspólnie stroje (odzież dla seniorek zorganizowałam w zakresie własnym). Reszta grupy przy poczęstunku przygotowanym przez seniorki oczekiwała na pokaz. Podczas pokazu seniorki jak modelki prezentowały swoje metamorfozy, a na ekranie wyświetlane były zdjęcia ukazujące, jak dana seniorka wyglądała przed zmianą. Trzecie działanie w tym projekcie pod hasłem: „**Muzyka + woda = zdrowie i uroda**” było odpowiedzią na potrzebę rozwoju aktywności fizycznej. Nawiązałam zatem współpracę z Dyrektorem MOSiR, który wyraził zgodę, aby seniorzy korzystali z pływalni w czasie, kiedy nie jest ona ogólnie dostępna. Seniorzy spotykali się na gimnastyce raz w tygodniu. Ponosili jedynie koszt związany z opłatą za basen, gdyż gimnastykę przy muzyce w wodzie prowadziłam dla nich osobiście.

Aktualnie regularnie spotyka się około 25 osób, a 15 z nich brało udział w projekcie pt. „**Za kurtyną emeryci, a na scenie celebryci**”. Był to projekt współfinansowany przez Fundusz Lokalny „Ramża” w ramach programu „Działaj Lokalnie”, na którego realizację pozyskailiśmy 5,000 zł. Zakończył się wystawieniem przez seniorów w marcu 2012 r. sztuki teatralnej pt. „**Kopciuszek - po Śląsku**”. Sztuka podbiła serca nie tylko

mieszkańców naszej miejscowości, była wystawiana w wielu miastach sąsiednich, a największym zaskoczeniem było dla nas zaproszenie przez MOPS w Gdyni. Powstał zatem projekt pt.: „Czerwionka-Leszczyny - zabłyśnie w Gdyni”, który został zrealizowany w **październiku 2012 r.** I zabłyśnięliśmy, gdyńska publika była zachwycona przedstawieniem, chociaż ze względu na śląską gwarę wymagało ono czasami tłumaczenia. Wizyta w Gdyni trwała zaledwie trzy dni, a nawiązały się liczne znajomości pomiędzy seniorami. Zaprosiliśmy zatem seniorów z Gdyni do siebie. W październiku 2013 r. gościliśmy seniorów z Trójmiasta. Przygotowania do tej wizyty były bardzo intensywne, gdyż oprócz zaprezentowania gościom uroków naszej okolicy, wycieczki do Kopalni Guido w Zabrze, „Seniorzy z Zameczku” przygotowali kolejne przedstawienie, tym razem sztukę na wesoło pt.: „Kapturek – Dzielnica Las”. Seniorzy z Gdyni także przedstawili piękną sztukę pt.: „Dom rozbitych serc”. Cała wizyta była bardzo udana i nie ukrywam, że liczymy na kolejne spotkania z naszymi przyjaciółmi.

Nadmienię jeszcze, że często organizowane są zabawy tematyczne dla seniorów, jak np. przebierane zabawy taneczne pod hasłem „**Złot czarownic**”, „**Dzieci kwiaty**”, „**Bal Wenecki**”. Są to imprezy kierowane do wszystkich osób starszych, samotnych nie tylko z terenu naszej gminy. Seniorzy sami przygotowują i rozwieszają plakaty informujące o tych zabawach. Przygotowują salę oraz poczęstunek. Koszt takich zabaw to zwykle ok. 15 zł. Co roku organizujemy wspólnie spotkania opłatkowe, seniorzy pamiętają w listopadzie o dniu pracownika socjalnego i organizują dla nas uroczyste spotkanie. W ramach integracji międzypokoleniowej realizujemy liczne działania wspólnie z Placówkami Wsparcia Dziennego, działającymi przy naszym OPS. Idąc za duchem czasu, w ramach zajęć ruchowych realizowany jest aktualnie projekt socjalny pt.: "Muzyczna samba dla seniora - Senior – Zumba" . Projekt skierowany jest nie tylko dla „Seniorów z Zameczku”, ale dla wszystkich zainteresowanych osób starszych. Dzięki współpracy ze Spółdzielnią „Karlik”, możemy go realizować w świetlicy osiedlowej. Włączamy się także do różnego typu imprez czy działań realizowanych w

Gminie i Mieście Czerwionka-Leszczyny. Aktualnie przygotowujemy się do realizacji projektu socjalnego pt.: „Wolontariusze na scenę, czas rozpocząć przedstawienie”, dzięki któremu zaprezentujemy kulturę naszego regionu podczas „Dni Milówki”.

Nie sposób w kilku zdaniach opisać wszystkich zainicjowanych przez nasz Ośrodek działań na rzecz seniorów. Chociaż początkowo były one skierowane tylko „dla seniorów”, to ze względu na udział naszego OPS w pilotażowym projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” kierunek tych działań uległ zmianie. Nie są to już działania dla seniorów, ale tworzone i realizowane wspólnie z nimi. Powołany został Zespół ds. Organizowania Społeczności Lokalnej w składzie: Izabela Malik, Monika Brachmańska oraz Wioleta Stefan. Zespół, realizując działania dotyczące organizowania społeczności lokalnej, skupił się na grupie seniorów. Dzisiaj możemy już powiedzieć, że nasze działania przyniosły efekty. Zwiększyła się bowiem aktywność społeczna seniorów przynależących do tej grupy. Przeszli od myślenia w kategorii „ja” do myślenia w kategorii „my”. Na spotkaniach grupy da się bowiem zauważyć, że potrafią już rozwiązywać różnego typu sprawy na zasadzie kompromisów, liczy się dla nich dobro ogółu, a wcześniej akcentowali jedynie swoje indywidualne potrzeby. Rozwinęły się nowe znajomości i przyjaźnie, rozbudziła się w nich chęć realizowania zainteresowań. Seniorzy uświadomili sobie drzemiący w nich potencjał oraz kompetencje, a także pokazali swoją wrażliwość na drugiego człowieka i to, że czują się wzajemnie powiązani. Seniorzy stali się bardziej „odważni”, zaczynają głośno wyrażać swoje zdanie, swoje potrzeby, a także pomysły na nowe działania. Bardzo zauważalną zmianą jest fakt, że pojawiło się inne postrzeganie pewnych spraw przez seniorów, przełamanie się i dążenie do samodzielnego wprowadzania zmian w swoim życiu. Seniorzy zaczęli być dostrzegani przez lokalną prasę, radio i telewizję, w których na bieżąco pojawiają przeprowadzane z nimi wywiady oraz relacje i zdjęcia z realizowanych działań. Mieszkańcy gminy nawiązują z nimi kontakt poprzez stronę internetową, którą wspólnie założyliśmy. Zostali dostrzeżeni także przez lokalne władze w

osobie Burmistrza oraz Radnych, którzy są pełni aprobaty i poparcia dla tak prężnych działań. Działania „Seniorów z Zameczku” zainicjowały także powstanie w naszej gminie Uniwersytetu Trzeciego Wieku, którego inauguracja odbyła się 12.09.2013 r. Oprócz wielu prelegentów, na scenie pojawili się leszczyńscy seniorzy ze swoim przedstawieniem, co miało dodatkowo przekonać osoby zainteresowane do wstąpienia w szeregi UTW.

Grupa osiągnęła już wystarczającą dojrzałość społeczną, aby podjąć próbę założenia stowarzyszenia oraz przejść z pułapu grupy nieformalnej na stowarzyszoną i uzyskać osobowość prawną. Dzisiaj podejmujemy działania, aby powstało stowarzyszenie o przypuszczalnej nazwie „Seniorzy z Zameczku”.

Praca nie tylko z seniorami, ale z każdą inną grupą społeczną, jak widać na powyższym przykładzie, jest możliwa do zrealizowania. Nie należy zrażać się zatem początkowym brakiem zainteresowania czy brakiem środków finansowych. Powyższe działania były realizowane głównie w oparciu o zasoby własne, tj. umiejętności pracowników, ich dodatkowe kwalifikacje oraz zdolność pozyskiwania sponsorów. Liczy się pomysł, inicjatywa oraz chęć do działania. I co najważniejsze należy pamiętać, że są to działania długofalowe, małymi krokami dochodzi się do celu, a efekty nie są widoczne od razu, ale z czasem przynoszą ogromną satysfakcję oraz zadowolenie z wykonywanego zawodu.

**CZEŚĆ III: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA A ZDROWIE
OSÓB STARSZYCH**

Izabela Zając-Gawlak,
Dariusz Pośpiech

Aktywność fizyczna sposobem na pomyślne starzenie się człowieka

Wstęp

Pomyślne starzenie się człowieka to najbardziej optymalny z możliwych przebiegów nieuchronnego procesu inwolucji. Starzeć się z sukcesem to znaczy w sposób wolny od patologii, pozytywnie kształtowany przez uwarunkowania zewnętrzne, z minimalnymi deficytami fizjologicznymi, psychologicznymi i społecznymi przypisywanymi wiekowi chronologicznemu.

Jakość życia w późnej dorosłości jest silnie uzależniona od dobrostanu fizycznego, pod tym pojęciem rozumie się energię, działanie, funkcjonowanie z zachowaniem jak największej samodzielności¹⁷⁸.

Ruch jest nieodzownym elementem życia, pomagającym utrzymywać sprawność organizmu, zarówno fizyczną jak i psychiczną, poprawia pracę narządów i układów. Niezależnie od wieku pozytywnie wpływa na odczuwalną jakość życia oraz pomaga podnosić sprawność, oddalając efekty starzenia się organizmu.¹⁷⁹ Już w starożytnej Grecji

¹⁷⁸ Stauden S., Psychologia starzenia się i starości, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 82

¹⁷⁹ Kostka T., Rola aktywności ruchowej w promocji zdrowia u osób starszych, (w:) Medicina Sportiva 2001, 5 (2), s. 147-150.

„ojciec medycyny” Hipokrates podkreślał znaczenie aktywności w procesie starzenia się człowieka. Cicero w traktacie o starości „Cato maior de senectute” pisał o znaczeniu aktywności fizycznej i umysłowej. Postęp medycyny i zmiany społeczno-ekonomiczne, przyczyniły się do przedłużenia średniej długości życia. Z prognoz demograficznych wynika, że wskutek mniejszej umieralności i wzrostu przeciętnej długości życia, do 2030 roku około 23,83% populacji polskiej osiągnie wiek 65 lat.¹⁸⁰

Rola aktywności fizycznej w prewencji zdrowia

Aktywność fizyczna uprawiana w grupie pozwala na poprawę relacji społecznych i nawiązywanie nowych znajomości, a wydzielane podczas wysiłku endorfiny poprawiają samopoczucie. Celem aktywności fizycznej jest zwolnienie procesów inwolucyjnych organizmu, utrzymanie sprawności funkcjonalnej, w skład której wchodzi: lokomocja, samoobsługa oraz niezależność gospodarza¹⁸¹. Aktywność osób w wieku produkcyjnym niemobilnym i poprodukcyjnym w istotny sposób łączy się z potrzebami osobistego rozwoju, poczucia własnej wartości, przynależności, realizowania planów życiowych, dostosowania się do zmieniających się warunków otoczenia, oczekiwań społecznych, a także własnych możliwości¹⁸².

W wyniku systematycznej aktywności fizycznej w organizmie zachodzą pozytywne zmiany:

- **W układzie krążenia** zwiększa się pojemność skurczowa i minutowa serca, zmniejsza tętno spoczynkowe oraz wysiłkowe, obniża ciśnienie tętnicze krwi, poprawia się zaopatrzenie tkanek w

¹⁸⁰ Główny Urząd Statystyczny 2011.

¹⁸¹ Marchewka A., Junkiewicz M., Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku. Gerontologia Polska, 2008; T. 16 (2), s. 127-130

¹⁸² Stauden S., Psychologia ..., s. 82

składniki odżywcze i tlen. Wzrasta ilość czerwonych krwinek oraz zawartość hemoglobiny.¹⁸³

- **W układzie oddechowym** dochodzi do poprawy wentylacji i wzrostu pojemności życiowej płuc, pogłębia się oddech, zwalnia rytm oddechowy, wzrasta dystrybucja przepływu krwi przez płuca. Dochodzi do usprawnienia czynności oddechowych przepony, wzmocnienia siły mięśni oddechowych oraz poprawy ruchomości klatki piersiowej.¹⁸⁴
- **W układzie ruchu** zmiany dotyczą wzrostu siły mięśniowej i poprawy koordynacji nerwowo-mięśniowej. Systematyczna aktywność ruchowa stymuluje procesy kościotwórcze, pomaga przeciwdziałać osteoporozie. Dzięki poprawie ukrwienia i struktur stawowych oraz pobudzenia kałek maziowych zwiększa się ruchomość w stawach, w tym zakres ruchomości kręgosłupa.¹⁸⁵
- **W układzie nerwowym** systematyczna aktywność ruchowa stymuluje poprawę percepcji wzrokowej i koordynacji psychoruchowej oraz usprawnienie przewodnictwa, co z kolei korzystnie wpływa na poprawę pamięci i wszelkich procesów umysłowych. Wydzielane podczas wysiłku endorfiny mają wpływ na zmniejszone odczuwanie bólu, a także głębsze uczucie zadowolenia i dobry nastrój po zakończonym wysiłku.
- **W układzie trawiennym** zmniejsza się poziom cukru we krwi dzięki lepszej utylizacji glukozy, wzrasta ilość zapasów glikogenu w wątrobie i usprawnia jego udziału w przemianach energetycznych wzrasta przemiana węglowodanów, białek i tłuszczów. Spada oporność tkanek na działanie insuliny, zwiększa się zużycie glukozy poprzez pracujące mięśnie, zmniejsza się dobowe zapotrzebowanie na doustne leki przeciwcukrzycowe i insulinę. Ruch pobudza pracę żołądka i jelit, przyspieszając

¹⁸³ Kostka T. , Kostka J., Trening zdrowotny osób starszych, (w:) Fizjoterapia w geriatrici, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 31-44.

¹⁸⁴ Tamże

¹⁸⁵ Tamże

przemianę materii, może również prowadzić do obniżenia wartości „złego” cholesterolu frakcji LDL. Systematyczny wysiłek odgrywa również rolę w walce z nadwagą i otyłością.

Aktywność fizyczna seniora

Aktywność ruchowa osób starszych powinna poprawiać wydolność tlenową (aerobową), wzmacniać siłę mięśni, poprawiać gibkość, równowagę i koordynację ruchów.

Planując aktywność dla osób starszych, należy uwzględnić zasady: unikania gwałtownych ruchów; skoków, przeskoków, obciążających stawy biodrowe i kolanowe; częstych i szybkich zmian kierunku ruchu, nagłych przejść z pozycji statycznych do dynamicznych i odwrotnie, gwałtownych i głębokich skłonów oraz skrętów tułowia, ćwiczeń obciążających stawy barkowe, wszelkich form statycznych wymagających dużego napięcia mięśni. Ponadto, w ćwiczeniach gibkościowych nie należy korzystać z pomocy współwiczącego, nie wolno wykonywać krążeń głową i przysiadów, należy ograniczać ilość ćwiczeń w kłękach i w leżeniu przodem oraz nie wykorzystywać przyrządów gimnastycznych i ciężkich przyborów.¹⁸⁶

Ćwiczenia powinny być poprzedzone krótką rozgrzewką, przygotowującą organizm do dalszych zadań ruchowych, i kończyć się dłuższą niż w przypadku innych zajęć częścią końcową i wyciszeniem.

W celu dokładnego określenia intensywności wysiłku wykorzystuje się wzór Karvonena:

HR wysiłkowe = (220-wiek-HR sp.) x %wydolności tlenowej + HR sp.

¹⁸⁶ Szaltyńis D., Kochańczyk T., Aktywność fizyczna w promocji zdrowego starzenia, Warszawa 1997.

W przedstawionym wzorze symbol HR wysiłkowe oznacza tętno wysiłkowe; HR sp. – tętno spoczynkowe; x% oznacza, zakładany z góry, procent wydolności tlenowej.

Dla osoby rozpoczynającej udział w aktywności fizycznej, ustala się pułap 40-50% wydolności tlenowej. Podczas ćwiczeń z intensywnością 50% wydolności tlenowej akcja serca u osoby siedemdziesięcioletniej nie powinna przekraczać 105 uderzeń na minutę. Dla tej samej osoby 40% wydolności tlenowej to 96 uderzeń na minutę.

Wybrane formy aktywności osób starszych

Najprostszą formą aktywności fizycznej, opartą na naturalnym ruchu i najczęściej stosowaną przez osoby starsze, są spacer, zalecane przez specjalistów jako ćwiczenia fizyczne dostępne, bezpieczne i zdrowe. Marsze to forma ruchu, którą może uprawiać każdy człowiek, dlatego są one najbardziej popularną formą aktywności fizycznej prozdrowotnej i rekreacyjnej Europejczyków.¹⁸⁷ Wykorzystanie marszu w kontrolowanym spacerze może stać się pierwszym krokiem w podniesieniu sprawności krążeniowo-oddechowej ludzi w starszym wieku.

Obecnie jedną z najpopularniejszych form rekreacji fizycznej jest nordic walking, czyli chodzenie z kijkami w terenie, polegające na marszu z kijkami zaadoptowanymi z narciarstwa biegowego. Wpływ tej formy rekreacji na organizm polega na zaangażowaniu górnych części ciała i aktywizacji do pracy mięśni, które są pasywne podczas zwykłego chodu. Jego zaletą jest zmniejszenie napięcia mięśniowego, a tym samym bólu w okolicy szyi i obręczy barkowej. Marsz z kijkami zwiększa ruchomość kręgosłupa, angażuje niemal 90% wszystkich mięśni, nie obciążając stawów kończyn dolnych, a nawet redukując ich obciążenie nadmierną masą ciała. Największym walorem dla osób starszych jest

¹⁸⁷ Kozdroń E., Zorganizowana rekreacja ruchowa kobiet w starszym wieku w środowisku miejskim, Wydawnictwo AWF, Warszawa 2006, s. 14-19.

jednak poczucie bezpieczeństwa, szczególnie na śliskich nawierzchniach, kijki zapewniają dodatkowe podparcie i – co za tym idzie – większą stabilizację. Nordic walking można stosować na różnym terenie, niezależnie od pogody, ograniczeniem są tylko preferencje jednostki.¹⁸⁸

Zajęcia w wodzie są uznawane za jedne z najbardziej bezpiecznych i wszechstronnych form aktywności dedykowanych osobom starszym. Podczas zajęć aqua-aerobiku wykorzystuje się naturalne właściwości wody, takie jak: wyporność, opór czy gęstość. Przeciwdziałanie oporowi wzmacnia mięśnie, a wyporność powoduje, że stawy, mimo intensywnego wysiłku, pracują w odciążeniu, co sprawia, że ten rodzaj gimnastyki jest niezwykle przyjazny dla seniorów oraz osób z nadwagą i otyłością. Środowisko wodne umożliwia wykonywanie ruchów, które w innych warunkach są trudniejsze, bądź niemożliwe, do realizacji.¹⁸⁹

Gimnastyka jest formą ruchową dobrze znaną ludziom starszym i dlatego chętnie w niej uczestniczą. Ma wiele zalet, przede wszystkim jest prostą organizacyjnie formą zajęć indywidualnych i grupowych. Daje nieograniczone możliwości, różnicowania, stopniowania trudności i urozmaicania zajęć. Prowadząc gimnastykę, spełniamy nie tylko wymogi zajęć usprawniająco-leczniczych, ale też stwarzamy atmosferę komfortu psychicznego, zmniejszając depresję, izolację i osamotnienie.

Sposoby monitorowania aktywności fizycznej

Najczęściej stosowanymi do tej pory sposobami pomiaru aktywności fizycznej były metody ankietowe. Przykładem standaryzowanego kwestionariusza jest Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (International Physical Activity Questionnaire - IPAQ), oceniający wszelkie formy aktywności fizycznej, która miała miejsce w ciągu ostatnich 7 dni.

¹⁸⁸ Breyer M.K., Nordic Walking improves daily physical activities in COPD: a randomised controlled trial, *Respiratory Research* 2010, 11, s.112..

¹⁸⁹ Pietrusik K., *Pływanie: nauczanie i doskonalenie oraz wybrane elementy aqua fitness*, Warszawa TKKF, 2005, s. 103-104.

Z powodu zbyt dużego subiektywizmu, metody te coraz częściej zostają zastępowane bardziej precyzyjnymi. W praktyce dominują urządzenia nazywane czujnikami ruchu.

Jednym z takich urządzeń jest krokomierz, który mierzy ilość kroków, odległość (w km) oraz liczbę spalonych kalorii. Noszony jest na pasku na wysokości talii, nieruchomo. Ograniczeniami przyrządu jest brak pomiaru intensywności wykonywanych czynności, a także obciążenia, jakie dana osoba mogła dźwigać podczas aktywności fizycznej. Nie może być używane w środowisku wodnym oraz nie dokładnie mierzy nielokomocyjne formy ruchu.

Rys. nr 2 Krokomierz



Źródło: www.digiwalker.com

Bardziej precyzyjnymi czujnikami ruchu są akcelerometry. Urządzeniem działającym na tej zasadzie jest ActiGraph (GT1M), noszony na wysokości talii. Mierzy wielkość wydatku energetycznego, przedstawia także liczbę kroków. Zaletą akcelerometrów jest możliwość rejestrowania intensywności wysiłku fizycznego wyrażonej za pomocą równoważnika metabolicznego MET (1 MET oznacza zużycie tlenu w spoczynku w pozycji siedzącej [$O_2/kg/min$]).

Rys. nr 3 ActiGraph model GT1M



Źródło: www.theactigraph.com

Kolejnym sposobem pomiaru aktywności fizycznej jest Sport Tester monitorujący liczbę skurczów serca na minutę. Urządzenie to składa się z czujnika noszonego na pasku na klatce piersiowej oraz odbiornika w postaci zegarka informującego, a czasem rejestrującego pomiary pulsu. Zależnie od modelu, pozwala ono programować i kontrolować różne rodzaje treningu.

Rys. nr 4 Sport Tester



Źródło: www.insportline.eu

Rekomendacje aktywności fizycznej dla osób w wieku 18 – 64 lat ¹⁹⁰

Celem aktywności fizycznej służącej promocji zdrowia dla osób w wieku 18 – 64 lat jest poprawa wydolności krążeniowo-oddechowej, siły mięśniowej oraz zapobieganie chorobom cywilizacyjnym. W jej skład wchodzi: aktywność fizyczna rekreacyjna w czasie wolnym, związana z przemieszczaniem się (marsz, jazda na rowerze), z pracą zawodową, obowiązkami domowymi oraz w ogrodzie, grami, tańcem oraz zorganizowanymi ćwiczeniami w ramach codziennej, rodzinnej i

¹⁹⁰ World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010.

społecznej aktywności. Zalecenia aktywności fizycznej określone są czasem trwania aktywności fizycznej różnej intensywności, a także liczbą kroków. Osoby dorosłe powinny stosować rekomendowaną aktywność fizyczną jednego rodzaju (jednego poziomu intensywności) lub w sposób mieszany (średniej i wysokiej intensywności), sumując czas trwania wysiłków, z tym że pojedynczy wysiłek nie powinien trwać krócej niż 10 minut. Osoby dorosłe powinny również stosować po 8–10 ćwiczeń siłowych dużych grup mięśniowych po 8 do 12 powtórzeń wykonywanych 2-3 razy w tygodniu.

Jej intensywność często jest oceniana przy pomocy wskaźnika wielkości przemian metabolicznych ustroju (MET). Według WHO intensywność aktywności fizycznej można podzielić na średnią mieszczącą się w przedziale 3-6-krotnego wzrostu zużycia tlenu w porównaniu ze spoczynkiem (3 – 6 METs) i wysoką intensywność aktywności fizycznej powyżej 6-krotnego wzrostu zużycia tlenu (>6 METs).

Tab. 2 Rekomendacje poziomu aktywności fizycznej dla osób w wieku 18 – 64 lat (wg Tudor-Locke w wieku 20 – 50 lat)

	WHO	ACSM/AHA	Tudor-Locke
AF średniej intensywności *	co najmniej 150 minut tygodniowo	30 minut conajmniej 5 razy w tygodniu	
<i>lub</i>			
AF wysokiej intensywności **	co najmniej 75 minut tygodniowo	20 minut conajmniej 3 razy w tygodniu	7000 – 13000 kroków dziennie (mniej u kobiet niż u mężczyzn)
<i>lub</i>			
AF mieszana	możliwość rozłożenia czasu trwania na co najmniej 10 minutowe lub dłuższą AF w ciągu całego dnia		
<i>oraz</i>			
Trening siłowy	8 – 10 ćwiczeń siłowych dużych grup mięśniowych po 8 do 12 powtórzeń wykonywanych 2 - 3 razy w tygodniu		

Źródło: opracowanie własne na podstawie - World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010; Haskell WL, Lee IM, Pate RR i in., Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. Circulation 2007, 116 (9), s.1081-1093; Tudor-Locke C., Taking steps toward increased physical activity: using pedometers to measure and motivate. Res Digest 2002; 3 (7), s. 1-8.

Skróty stosowane w tabelach : AF – aktywność fizyczna, WHO – World Health Organization, ACSM - American College of Sports Medicine, AHA - American Heart Association

** średnia intensywność – 5 lub 6 na skali 0 (siedzenie) – 10 (maksymalna intensywność); nieco szybszy oddech niż zwykle; 96-124 kroków/minutę (u mężczyzn) i 107-135 kroków/minutę (u kobiet); np. szybki marsz, praca w ogrodzie, wolna jazda na rowerze, taniec*

*** wysoka intensywność – 7 lub 8 na skali 0 (siedzenie) – 10 (maksymalna intensywność); podwyższone tętno, pocenie się i intensywne oddychanie; 125 - 153 kroków/minutę (u mężczyzn) i 136 - 152 kroków/minutę (u kobiet); np. bardzo szybki marsz, jogging, szybka jazda na rowerze, aerobik, pływanie, tenis ziemny*

Dla uzyskania dodatkowych korzyści zdrowotnych należy zwiększać stopniowo długość trwania aktywności fizycznej średniej intensywności do 300 minut tygodniowo lub wysokiej intensywności do 150 minut tygodniowo. Można również zamiennie stosować aktywność fizyczną, będącą mieszanką wyżej wymienionych. Nie ma natomiast naukowych dowodów na to, że wysiłek fizyczny trwający powyżej 300 minut tygodniowo w jeszcze większym stopniu poprawia stan zdrowia.

U osób z chorobami przewlekłymi, np. chorobami serca, cukrzycą, wymagana jest konsultacja lekarska przed osiągnięciem zalecanych

poziomów aktywności fizycznej. Osoby niepełnosprawne stosują sugerowane zalecenia po koniecznych modyfikacjach dostosowujących je do ich możliwości i potrzeb. Zalecana liczba kroków w przypadku problemów zdrowotnych może zostać zmniejszona do 3500 – 5500 kroków średnio dziennie.¹⁹¹

Rekomendacje aktywności fizycznej dla osób w wieku 65 lat i powyżej¹⁹²

U osób w wieku 65 lat i powyżej cele stosowania ćwiczeń fizycznych nie zmieniają się radykalnie. Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej wg American College of Sports Medicine i American Heart Association pozostają takie same, natomiast World Health Organization sugeruje stosowanie dodatkowo ćwiczeń zapobiegające upadkom i wykonywanie ich co najmniej dwa razy w tygodniu.

Tab. 3 Rekomendacje poziomu aktywności fizycznej dla osób w wieku 65 lat i powyżej (wg Tudor-Locke w wieku powyżej 50 lat)

	WHO	ACSM/AHA	Tudor-Locke
AF średniej intensywności * <i>lub</i>	co najmniej 150 minut tygodniowo	30 minut conajmniej 5 razy w tygodniu	
AF wysokiej intensywności ** <i>lub</i>	co najmniej 75 minut tygodniowo	20 minut conajmniej 3 razy w tygodniu	6000 – 8500 kroków dziennie dla zdrowych osób
AF mieszana <i>oraz</i>	możliwość rozłożenia czasu trwania na co najmniej 10 minutowe lub dłuższą AF w ciągu całego dnia		3500 – 5500 kroków dziennie dla osób z chorobami przewlekłymi oraz niepełnosprawnych
Trening siłowy <i>oraz</i>	8 – 10 ćwiczeń siłowych dużych grup mięśniowych po 8 do 12 powtórzeń wykonywanych 2 - 3 razy w tygodniu		

¹⁹¹ Tudor-Locke C., Taking steps toward increased physical activity: using pedometers to measure and motivate. Res Digest 2002; 3 (7), s. 1-8.

¹⁹² World Health Organization, Global ...

Ćwiczenia gibkościowe i równoważne	co najmniej 2 razy w tygodniu
---------------------------------------	----------------------------------

Źródło: opracowanie własne na podstawie - World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010; Haskell WL, Lee IM, Pate RR i in., Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. Circulation 2007, 116 (9), s.1081-1093; Tudor-Locke C., Taking steps toward increased physical activity: using pedometers to measure and motivate. Res Digest 2002; 3 (7), s. 1-8.

Podobnie jak u osób w wieku 18 – 64 lat, również u osób starszych stopniowo można próbować wydłużać czas trwania aktywności fizycznej średniej i wysokiej intensywności do odpowiednio 300 minut i 150 minut tygodniowo. Odradza się stosowanie aktywności fizycznej trwającej dłużej niż 300 minut tygodniowo, ponieważ nie ma dowodów naukowych na istnienie dodatkowych korzyści wraz z wydłużaniem czasu jej trwania, natomiast wzrasta ryzyko wystąpienia urazu.

Osoby, które pozostawały przed dłuższy czas bardzo mało aktywne fizycznie, powinny rozpocząć ćwiczenia od krótszych i mniej intensywnych wysiłków fizycznych, stopniowo zwiększając ich poziom i wydłużając czas. Pozwoli to zapobiec uszkodzeniom narządu ruchu i przeciążeniu organizmu.

Osoby starsze, niemogące osiągać rekomendowanego poziomu aktywności fizycznej, powinny być na tyle aktywne fizycznie, na ile pozwala ich aktualny stan zdrowia.

Krajowe i lokalne zalecenia dotyczące aktywności fizycznej

WHO wskazuje na potrzebę tworzenia krajowych i lokalnych zaleceń dotyczących aktywności fizycznej uwzględniających specyficzne potrzeby i możliwości.¹⁹³

Próby weryfikacji globalnych rekomendacji WHO podjęto m.in. w ramach międzynarodowego programu badawczego „Research of Seniors at the University of Third Age - A Change in Physical Activity Behavior Using Pedometers and the Indares System” koordynowanego przez Uniwersytet Palackiego w Ołomuńcu (projekt obejmuje trzy kraje:

¹⁹³ World Health Organization, Global ..., s. 11

Czechy, Polskę i Słowację) oraz projektu badawczego AWF w Katowicach „Aktywność fizyczna jako niezbędny element pomyślnego starzenia się człowieka”.

Jednym z celów badań było poszukiwanie związków poziomu i częstotliwości aktywności fizycznej ze stopniem otyłości ogólnego i dystrybucji tkanki tłuszczowej u kobiet po 50. roku życia. Za pomocą metody analizy bioimpedancji elektrycznej (BIA), wykorzystując urządzenie InBody 720 obliczono bardzo liczne parametry składu ciała.

Wyniki badań wydają się potwierdzać tendencje do stopniowego zbliżania się wskaźników związanych ze zdrowiem do prawidłowych wartości wraz ze wzrostem poziomu i częstotliwości aktywności fizycznej badanej populacji.¹⁹⁴ Szczególnie dobrym parametrem poziomu aktywności fizycznej okazuje się liczba kroków wykonywanych średnio dziennie zgodnie z zaleceniami wg Catrine Tudor-Locke z 2002 roku.¹⁹⁵

Podsumowanie

Stosowane powyższych zaleceń pozwala zmniejszyć ryzyko występowania chorób krążeniowo-oddechowych (choroby wieńcowej serca, nadciśnienia tętniczego, zawału serca), chorób metabolicznych (cukrzyca, otyłość), osteoporozy, problemu upadków wśród osób starszych, raka piersi i okrężnicy oraz depresji w populacji osób w średnim i starszym wieku.¹⁹⁶

¹⁹⁴ Pośpiech D., Zając-Gawlak I., Otyłość ogólna i dystrybucja tkanki tłuszczowej słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Katowicach w Chorzowie, *Postępy Rehabilitacji*, 2009, 23, 4, s. 37-43; Pośpiech D., Zając-Gawlak I., Přidalová M., Pelclova J., Gába A., Aktywność fizyczna a cechy somatyczne związane ze zdrowiem kobiet w średnim i starszym wieku, *Postępy Rehabilitacji*, 2011, 25, 4, s. 35-40. Pośpiech D., Zając-Gawlak I., Přidalova M., Gaba A., Wpływ aktywności ruchowej na cechy somatyczne związane ze zdrowiem słuchaczek Uniwersytetów Trzeciego Wieku z Katowic, (w:) Umiasowska D. (red.) *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*. Wydawnictwo Promocyjne ALBATROS, Szczecin 2011, 15, s. 347-354; Pelclova J., Gaba A., Tlucakova L., Pośpiech D., Association between physical activity (PA) guidelines and body composition variables in middle-aged and older women, *Arch Gerontol Geriatr.* 55 (2), s. 14-20.

¹⁹⁵ Tudor-Locke C., Taking ... s. 1-8; Pelclova J., Gaba A., Tlucakova L., Pośpiech D., Association ... ; Pośpiech D., Zając-Gawlak I., Přidalova M., Gaba A., Wpływ ... s. 347-354.

¹⁹⁶ World Health Organization. Global ...

Uzyskane wyniki badań własnych zdają się potwierdzać prezentowaną w literaturze tendencję, iż bardzo dobre efekty w redukcji nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej można osiągnąć dzięki najprostszym, naturalnym formom ruchu (np. marszowi), wykonywanym ze średnią intensywnością, pod warunkiem dużej systematyczności.¹⁹⁷

Krokomierze ze względu na ich niską cenę, łatwą obsługę i możliwość stałego podglądu wszystkich parametrów stają się coraz częściej wykorzystywanym narzędziem w rekreacji fizycznej i badaniach naukowych służącym monitorowaniu poziomu aktywności fizycznej.¹⁹⁸

Bibliografia

1. Breyer M.K., *Nordic Walking improves daily physical activities in COPD: a randomised controlled trial*, Respiratory Research 2010, 11, s. 112.
2. Główny Urząd Statystyczny 2011.
3. Kostka T., *Rola aktywności ruchowej w promocji zdrowia u osób starszych*, (w:) Medicina Sportiva 2001, 5 (2).
4. Kostka T. , Kostka J., *Trening zdrowotny osób starszych*, (w:) *Fizjoterapia w geriatricii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
5. Kozdroń E., *Zorganizowana rekreacja ruchowa kobiet w starszym wieku w środowisku miejskim*, Wydawnictwo AWF, Warszawa 2006.
6. Marchewka A., Junkiewicz M., *Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku*. *Gerontologia Polska*, 2008; T. 16 (2).

¹⁹⁷ Plewa M., Wybrane metody pomiaru aktywności fizycznej w otyłości, AWF Katowice, 2008; Thompson D. L., Rakow J., Perdue S.M., Relationship between Accumulated Walking and Body Composition in Middle-Aged Women, *Med Sci Sports Exerc* 2004, 36, 5: s. 911-914.

¹⁹⁸ Thompson D. L., Rakow J., Perdue S.M., Relationship ...

7. Pietrusik K., *Pływanie: nauczanie i doskonalenie oraz wybrane elementy aqua fitness*, Warszawa TKKF, 2005, s. 103-104.
8. Pelclova J., Gaba A., Tlucakova L., Pośpiech D., *Association between physical activity (PA) guidelines and body composition variables in middle-aged and older women*, Arch Gerontol Geriatr. 55 (2), s. 14-20.
9. Plewa M., *Wybrane metody pomiaru aktywności fizycznej w otyłości*, AWF Katowice, 2008.
10. Pośpiech D., Zając-Gawlak I., *Otłuszczenie ogólne i dystrybucja tkanki tłuszczowej słuchaczek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Katowicach i Chorzowie*, Postępy Rehabilitacji, 2009, 23, 4, s. 37-43.
11. Pośpiech D., Zając-Gawlak I., Přidalová M., Pelclová J., Gába A., *Aktywność fizyczna a cechy somatyczne związane ze zdrowiem kobiet w średnim i starszym wieku*, Postępy Rehabilitacji, 2011, 25, 4, s. 35-40.
12. Pośpiech D., Zając-Gawlak I., Pridalova M., Gaba A., *Wpływ aktywności ruchowej na cechy somatyczne związane ze zdrowiem słuchaczek Uniwersytetów Trzeciego Wieku z Katowic*, (w:) Umiastowska D. (red.) *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*. Wydawnictwo Promocyjne ALBATROS, Szczecin 2011, 15, s. 347-354.
13. Stauden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 82.
14. Szalczynis D., Kochańczyk T., *Aktywność fizyczna w promocji zdrowego starzenia*, Warszawa 1997.
15. Thompson D. L., Rakow J., Perdue S.M., *Relationship between Accumulated Walking and Body Composition in Middle-Aged Women*, Med Sci Sports Exerc 2004, 36, 5: s. 911-914.
16. Tudor-Locke C., *Taking steps toward increased physical activity: using pedometers to measure and motivate*. Res Digest 2002; 3 (7), s. 1-8.
17. World Health Organization, *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, 2010.

Lidia Kuba,
Emilia Korż

Znaczenie aktywności ruchowej w profilaktyce zdrowia starszych osób i charakterystyka najczęściej stosowanych form fitnessu

Aktywność fizyczna zalecana jest dla osób w każdym wieku. Dawniej uważano, że wysiłek fizyczny u starszych osób niesie zbyt duże ryzyko odniesienia urazu czy innych problemów zdrowotnych w stosunku do korzyści jakie można uzyskać z wykonywania ćwiczeń. Z tego też względu przez wiele lat niechętnie promowano aktywność fizyczną wśród seniorów.

Znaczenie aktywności ruchowej dla zdrowia starszych osób

Dynamika procesów starzenia się organizmu w największym stopniu dotyczy osób nieaktywnych ruchowo. Zaobserwowano znaczny wzrost liczby kobiet charakteryzujących się dużym osłabieniem funkcji życiowych organizmu wraz z wiekiem w stosunku do mężczyzn¹⁹⁹. Brak aktywności fizycznej podwaja ryzyko rozwoju niepełnosprawności czy różnego rodzaju dysfunkcji organizmu. Zaś regularne uczestnictwo w aktywności fizycznej stanowi integralny składnik utrzymywania dobrego

¹⁹⁹ Rockwood K., Howlett S.E. i in., **Prevalence, Attributes, and Outcomes of Fitness and Frailty in Community-Dwelling Older Adults: Report From the Canadian Study of Health and Aging**, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2004, 59, s. 1310 – 1317.

stanu zdrowia i funkcjonalnej niezależności osób w starszym wieku²⁰⁰. Sprawność fizyczna i słabość funkcji życiowych organizmu traktowane są jako potencjalnie użyteczne markery służące do oceny zagrożenia zdrowia starszych osób. Mogą one stanowić uzupełnienie tradycyjnych metod diagnostycznych²⁰¹.

Podjęto wiele analiz dotyczących znaczenia regularnego uczestnictwa starszych osób w poszczególnych formach rekreacji ruchowej dla kształtowania sprawności fizycznej. Trening oporowy korzystnie wpływa na siłę mięśni niezależnie od wieku²⁰². Regularnie stosowane formy aktywności ruchowej, tj. gimnastyka, jogging i ćwiczenia siłowe z zastosowaniem 80% obciążeń treningowych są odpowiednie dla spowolnienia lub odwrócenia procesów spadku gęstości tkanki kostnej²⁰³. Badania epidemiologiczne wykazały, iż regularnie stosowana aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko złamania kości udowej u starszych osób nawet do 50%²⁰⁴. Przekrojowe badania pokazują bliski, pozytywny związek z poziomem aktywności fizycznej i stabilnością postawy u kobiet w wieku postmenopauzalnym²⁰⁵. Systematyczny udział w zajęciach aerobowych o umiarkowanym impakcie pozytywnie wpływa na submaksymalną wydolność wysiłkową i powoduje polepszenie parametrów składu ciała²⁰⁶.

²⁰⁰ Rose D. J., Promoting functional independence in older adults at risk for falls: The need for a multidimensional programming approach, *J Aging Phys Activity*, 2002, 10, s. 1-19.

²⁰¹ Rockwood K., Howlett S.E. i in., **Prevalence ...**

²⁰² Fiatarone M. A., Marks E. C. i in., High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. *JAMA*, 1990, 263, s. 3029-3034; Charette S. L., McEvoy L. i in., Muscle hypertrophy response to resistance training in older women, *J Appl Physiol*, 1991, 70, s. 1912-1916; Skelton D. A., Young A. i in., Effects of resistance training on strength, power, and selected functional abilities of women aged 75 and older, *J Am Geriatr Soc*, 1995, 43, s. 1081-1087; McMurdo M. E., Rennie L. M., Improvements in quadriceps strength with regular seated exercise in the institutionalized elderly, *Arch Phys Med Rehabil*, 1994, 75, s. 600-603; Lord S. R., Lloyd D. G. i in., The effect of exercise on gait patterns in older women: a randomized controlled trial, *J Gerontol Biol Sci Med Sci*, 1996, 51, M64-M70.

²⁰³ Rutherford O. M., Is there a role for exercise in the prevention of osteoporotic fractures?, *Br J Sports Med*, 1999, 33, s. 378-386.

²⁰⁴ Law M. R., Wald N. J. i in., Strategies for prevention of osteoporosis and hip fracture, *BMJ* 1991, 303, s. 453-459.

²⁰⁵ Brooke-Wavell K., Athersmith L. E. i in, Brisk walking and postural stability: a cross-sectional study in postmenopausal women, *Gerontology*, 1998, 44, s. 288-292.

²⁰⁶ Gillett P. A., White A.T. i in., Effects of exercises and/or fitness education on fitness in older, sedentary obese women, *J. Aging Phys Activity*, 1996, 4, s. 42-55.

Istnieje konieczność stworzenia programów pozwalających na zwiększenie działań profilaktycznych skierowanych na poprawę stanu zdrowia i zmniejszenie urazowości u osób starszych poprzez wprowadzenie strategii umożliwiającej regularny rozwój sprawności fizycznej²⁰⁷. Aktualnie ludzie chcący podejmować aktywność ruchową po pięćdziesiątym roku życia napotykać na wiele barier. W Polsce ciągle niewiele klubów fitness oferuje takie specjalistyczne zajęcia. W przypadku starszych osób, które wcześniej nie uczestniczyły w zajęciach ruchowych, dodatkową trudność stanowi przystosowanie się do zwiększenia poziomu aktywności, a co z tym związane do zmiany stylu życia. Ważnym czynnikiem sprzyjającym podejmowaniu aktywności ruchowej przez osoby starsze jest odpowiednie dostosowanie programów ćwiczeń do ich możliwości, umiejętności, zainteresowań i potrzeb. Dużą rolę należy tu przypisać systematycznie rozwijającym się nowym formom fitnessu. Do najpopularniejszych zalicza się zajęcia: Mind & Body (pilates, BodyART, joga), taneczno-fitnessowe (zumba gold, zumba gold-toning, zumba sentao), aerobik w wodzie (aqua aerobik, aqua zumba) i gimnastykę z elementami fitnessu. Dzięki zwiększeniu ilości propozycji form fitnessu oferta skierowana jest do szerszego grona zainteresowanych. Można też indywidualnie dobrać charakter ćwiczeń i lepiej dopasowywać programy zajęć ruchowych w zależności od stanu zdrowia i poziomu sprawności fizycznej uczestników zajęć.

Charakterystyka form fitnessu wskazanych dla starszych osób

Najbardziej popularne zajęcia fitnessu dla starszych osób to formy **Mind & Body**, tzw. łączące ciało i umysł. Stanowią kombinacje ćwiczeń wzmacniających, rozciągających oraz relaksujących. W zajęciach tego typu stosuje się ćwiczenia o różnym pochodzeniu i zróżnicowanej pracy mięśniowej. Wiele z nich opartych jest na izometrycznym napięciu mięśni, uzyskiwanym poprzez statyczne wytrzymywanie pozycji.

²⁰⁷ Ettinger W. H., Burns R. i in., A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis: the Fitness Arthritis and Seniors Trial (FAST), J Am Med Assoc, 1997, 277, s. 25–31.

Wszystkie ćwiczenia wykonywane są z zachowaniem naturalnych krzywizn kręgosłupa, przy maksymalnej jego elongacji, którą uzyskuje się poprzez wydłużenie kręgosłupa, wykonując ruch wyciągania głowy w górę i napięcie mięśni brzucha. Z kolei zaangażowanie mięśni głębokich brzucha odbywa się poprzez ich 30% napięcie²⁰⁸.

Zajęcia takie składają się z rozgrzewki, która w odróżnieniu od tradycyjnych form fitnessu nie jest ukierunkowana na podniesienie temperatury ciała, a na koncentrację, mobilizację, prawidłowe ustawienie ciała, napięcie mięśni głębokich i przygotowanie do prawidłowego oddychania w trakcie ćwiczeń. Następnie przeprowadzana jest część główna lekcji, w której zawarte są właściwe ćwiczenia wzmacniające i mobilizujące. Różnie się ona przedstawia w poszczególnych formach Mind & Body. Część końcowa z kolei zawiera ćwiczenia rozciągające, wykonywane w formie statycznej, skoncentrowane na zaangażowanych podczas lekcji mięśniach i jest podobna we wszystkich odmianach. Poprawne przeprowadzenie ćwiczeń rozciągających w końcowej części zajęć zapobiega powstawaniu przykurczy, zmniejsza ryzyko wystąpienia kontuzji oraz wspomaga eliminację zbędnych metabolitów z mięśni, przyspieszając tym samym proces restytucji. Dodatkowo w tej fazie treningu, aby zredukować wysoki poziom stresu i zmęczenia psychicznego u uczestników zajęć, wprowadza się ćwiczenia oddechowe, a nawet specjalne techniki relaksacyjne.

Główne przeciwwskazania do wykonywania ćwiczeń Mind & Body to: różnego rodzaju stany zapalne, kręgozmyk, stan po niedawnym wysunięciu jądra miazdżystego i inne problemy kręgosłupa, stan po niedawnym złamaniu, duże nadciśnienie, jaskra, osteoporoza i wrodzona łamliwość kości i stan po różnego rodzaju operacjach. Niektóre z podanych przeciwwskazań nie oznaczają, że należy całkowicie

²⁰⁸ Kuba L., Paruzel-Dyja M., *Fitness Nowoczesne Formy Gimnastyki*, Wyd. AWF, Katowice 2010, s.155.

zrezygnować z zajęć, a jedynie, że powinno się je wykonywać w sposób kontrolowany²⁰⁹.

Do grupy zajęć Mind & Body stosowanych w przypadku osób starszych zalicza się: pilates, BodyART i jogę.

Pilates - nazwa zajęć pochodzi od nazwiska ich twórcy Josepha Hubertusa Pilatesa. Jest to forma wolnych i celowych ćwiczeń przy spokojnej muzyce, skierowana na wzmocnienie czynnego aparatu ruchu ze szczególnym uwzględnieniem mięśni głębokich: mięśni dna miednicy, mięśnia poprzecznego brzucha i mięśnia wielodzielnego – szczególnie w odcinku lędźwiowym. W zajęciach pilatesu część główna lekcji zbudowana jest z ćwiczeń wzmacniających poszczególne grupy mięśniowe oraz z ćwiczeń rozciągających, zwiększających zakres ruchu w stawach, wykonywanych z pełną kontrolą poszczególnych faz ruchu tzw. ćwiczeń mobilizujących.

Rys. nr 1 Zajęcia rekreacyjne - Pilates



Źródło: [<http://www.vitalisa.com.br/blog/?p=293>]

Ruchy te odbywają się przy stałym napięciu mięśni głębokich brzucha. Wykonywane są bez przerw, ale w wolnym tempie, dostosowywanym indywidualnie do możliwości poszczególnych

²⁰⁹ Urla J., Yogilates. Integrating yoga and pilates for complete fitness, strength and stretch flexibility, Quill 2000, s. 19.

uczestników zajęć. Ćwiczenia mają wiele modyfikacji: najprostsze są dla osób początkujących i trudniejsze – dla osób na wyższym poziomie zaawansowania. Dodatkowo płynny sposób oddychania oraz specjalne elementy relaksacji stosowane w zajęciach pozytywnie wpływają na sferę psychiczną. Intensywność tych zajęć jest niska i zwykle utrzymuje się na stałym poziomie.

Technika ta jest odpowiednia dla każdego, niezależnie od wieku. Według założeń pilates ma przyczyniać się do wzmocnienia mięśni bez ich nadmiernego rozbudowania, odciążenia kręgosłupa, likwidacji dysharmonii mięśniowych, poprawy postawy, uelastycznienia i rozciągnięcia wszystkich mięśni, obniżenia poziomu stresu oraz ogólnej poprawy zdrowia osób ćwiczących. Dzięki integracji ruchu, oddechu i kontroli mentalnej zwiększa się efektywność stosowanego programu ćwiczeń²¹⁰.

Zwykle stosuje się ćwiczenia wykonywane na matach (zwane mat-based Pilates). Do tego typu zajęć można wykorzystywać różny sprzęt sportowy, pozwalający na zwiększenie efektywności ćwiczeń i urozmaicenie zajęć. Do najczęściej wykorzystywanych przyrządów i przyborów w treningu starszych osób zaliczamy: reformer, cadillac, BOSU, piłka, magic circle, fitball roller, IO Ball.

²¹⁰ Austin D., Pilates for everybody. Strengthen, lengthen and tone – with this complete 3-week body makeover. Rodale 2002, s.8; Siller B., The Pilates. The ultimate at home guide to strengthening, lengthening, and toning your body – without machines, Broadway Books, New York 2000, s. 7;

Ungaro A., **Gimnastyka która leczy. Metoda ćwiczeń Josepha Pilatesa**, Świat Książki, 2003, s. 12.

Rys. nr 2 Ćwiczenia Mind & Body z wykorzystaniem dużej piłki



Źródło:[<http://www.google.pl/imgres?um=1&hl=pl&client=firefox&sa=N&tbo=d&rls=org.mozilla:pl>]

W zajęciach pilatesu szczególnie korzystne jest zastosowanie BOSU. Przyrząd ten umożliwia wykonywanie pośrednich wersji, pozwala na ułatwienie ćwiczeń średnio-zaawansowanych i utrudnienie podstawowych. BOSU (skrót z j.ang. Both Sides Utilizer – wykorzystany z dwóch stron), czyli przyrząd przypominający połowę dużej piłki o średnicy 56 cm, pochodzący z rehabilitacji. Jego jedna strona stanowi rodzaj kopuły uginającej się przy każdym ruchu ćwiczącego, druga zaś jest płaską sztywną platformą, którą ustawić można stroną wypukłą w górę lub w dół. Utrzymanie równowagi wymaga ciągłej pracy mięśni stabilizujących postawę. Ćwiczenia na BOSU doskonale wpływają na mięśnie posturalne, uelastyczniają kręgosłup, korzystnie oddziałują na poprawę układu krążenia oraz kształtują świadomość równowagi i balansu ciała.

Rys. nr 3 BOSU – przyrząd wykorzystywany w zajęciach pilatesu



Źródło:[<http://www.exercise.com/article/bosu-leg-blaster>]

Bardzo interesującą formą ćwiczeń Mind & Body są zajęcia BodyART. Jest to forma ćwiczeń stworzona przez Roberta Steinbachera, łącząca elementy jogi, pilatesu, fizjoterapii, japońskiego Do In, klasycznych technik oddechowych, relaksacji oraz jego autorskich ćwiczeń wzmacniających. Schemat budowy lekcji tego typu opiera się na tzw. „zegarze” zbliżonym do cyklu „powitania słońca”, pochodzącego z jogi, w który wplatane są ćwiczenia wzmacniające, równoważne, rozciągające oraz elongacyjne, zestawione ze sobą w taki sposób, by możliwe były płynne ich zmiany. Polega na wszechstronnym wzmocnieniu mięśni, „rzeźbieniu” oraz uelastycznieniu ciała²¹¹.

BodyART charakteryzuje się wyższym poziomem intensywności w stosunku do zajęć pilatesu, chociaż możliwe są niewielkie jego wahania spowodowane przyjmowaniem przez ćwiczących różnych pozycji: wysokich, średnich i niskich. Celem takiego treningu jest stopniowa poprawa funkcjonowania całego ciała, osiągana poprzez wzmocnienie i stabilizację wszystkich jego części zaangażowanych w ruch, zwiększenie ruchomości stawów, przyspieszenie przemiany materii oraz detoksykację organizmu. Zajęcia BodyARTu wpływają również na poprawę postawy ciała, wzrost świadomości wykonywania ruchów oraz uwolnienie od stresu i napięcia psychicznego.

Kolejną formą Mind & Body jest **joga** wskazana dla każdego bez względu na wiek i poziom sprawności fizycznej. W jej skład wchodzi

²¹¹ Kuba L., Paruzel-Dyja M., Fitness Nowoczesne Formy Gimnastyki, Wyd. AWF, Katowice 2010, s.155.

ćwiczenia wzmacniające i rozciągające (tzw. asany), połączone z medytacją oraz technikami oddechowymi, rozwinięte w Indiach już ponad 5000 lat temu. Wzrost świadomości własnego ciała i zdolność utrzymania różnych pozycji jest doskonałym sposobem uzyskania tzw. siły wewnętrznej, m.in. dzięki wzmocnieniu mięśni stabilizujących²¹².

Sz szczególnie dużym zainteresowaniem cieszy się nowo powstała forma zajęć **Zumba** będąca połączeniem dwóch sfer: tańca i fitnessu – ćwiczeń wykonywanych przy muzyce, głównie rytmach latynoamerykańskich. Program ten został opracowany przez tancerza i choreografa Alberto "Beto" Pereza w Kolumbii w latach pięćdziesiątych XX wieku. W zajęciach zumbi stosuje się różne rytmy i style taneczne: merengue, salsę, cumbię, reggaeton, flamenco, sambę, taniec brzucha, cha-cha oraz rumbę. Specyfika stosowanych ruchów pozwala na poprawę gibkości i wzmocnienie mięśni. Charakter lekcji zmusza uczestników do utrzymywania prawidłowej postawy ciała poprzez napięcie mięśni ją stabilizujących (core muscles) oraz bardzo intensywną pracę mięśni nóg i brzucha. Regularnie stosowany trening zumbi korzystnie oddziałuje na układ krążenia i oddechowy. W przypadku starszych osób lub posiadających ograniczone możliwości treningowe stosuje się odmianę tej formy – **zumbę gold**.

²¹² Steinbacher R. , Pignata D., Materiały szkoleniowe BodyART™ Education I, Euro Fitness School, 2006; Steinbacher R. , Pignata D., Materiały szkoleniowe BodyART™ Education II/III, Euro Fitness School, 2006.

Rys. nr 4 Zajęcia rekreacyjne: Zumba Gold



Źródło: [Instructor Training manual Zumba Gold, 2012]

Ciekawą odmianą tych zajęć jest **zumba gold-toning**, wówczas trening uzupełniony jest o ćwiczenia ze specjalnie przystosowanymi do tego typu pracy mięśniowej ciężarkami – sticks. Dużą rolę w tych zajęciach odgrywa umiejętność stabilizowania ciała. Ruchy są kontrolowane, wykonywane wolno z pełną koncentracją na poszczególnych grupach mięśniowych, które w danym momencie są kształtowane²⁶. Zajęcia te charakteryzują się umiarkowaną intensywnością oraz wolniejszym tempem ruchów w stosunku do klasycznej Zumby. Najczęściej stosowane style taneczne w zumbie gold to: salsa, cumbia, flamenco, taniec brzucha, merengue i tango. W przypadku takiego treningu rozgrzewka jest nieco dłuższa, trwa 10-15 minut. Stosuje się tu ćwiczenia pozwalające na stopniowy wzrost intensywności zajęć. Część główna mieści się w zakresie 20-30 minut i zawiera właściwe ćwiczenia o charakterze tanecznym z elementami fitnessu. Natomiast część końcowa trwa od 10-15 minut. Obejmuje ćwiczenia rozciągające i relaksacyjne²⁵.

Rys. nr 5 Ciężarki wykorzystywane w Zumbie Gold-Toning



Źródło: [Instructor Training manual Zumba Gold, 2012]

Główne przeciwwskazania do udziału w zajęciach zumbie to: niewydolność krążeniowo-oddechowa, choroby reumatyczne, ciąża, zaawansowana osteoporoza, otyłość, bóle i choroby kręgosłupa oraz niedawno przebyte operacje, złamania czy inne kontuzje. Przewidziano także ćwiczenia dla uczestników o bardziej ograniczonej sprawności fizycznej, np. dla osób powyżej 80. roku życia, niepełnosprawnych czy posiadających różnego rodzaju dysfunkcje ruchowe. Program ten realizuje się pod nazwą zumba sentao. W treningu tym wykorzystuje się krzesła, co pozwala efektywnie wzmocnić mięśnie brzucha, górną część ciała (mięśnie obręczy barkowej i klatki piersiowej) oraz mięśnie pośladkowe. Forma ta stanowi połączenie ćwiczeń krążeniowo-oddechowych oraz dynamicznych ćwiczeń oporowych przy odpowiednich rytmach muzyki. Zajęcia te poprawiają wytrzymałość ścięgien i więzadeł, pozytywnie wpływają na zwiększenie masy mięśniowej, redukcję tkanki tłuszczowej i metabolizm organizmu.

Ważnym czynnikiem umożliwiającym wykonywanie ćwiczeń fitnessu bezpiecznie i bez nadmiernego obciążania stawów jest wykorzystanie środowiska zewnętrznego, jakim jest woda. Szczególnie ma to znaczenie w przypadku osób, które nie mogą wykonywać dynamicznych ćwiczeń na podłożu. Zajęcia takie, pod nazwą **aqua aerobik** i **aqua zumba**, to ćwiczenia wytrzymałościowo-siłowe wykonywane w płytkiej lub w głębokiej wodzie. Podczas tych zajęć

²¹³ Instructor Training manual Zumba Gold, 2012.

²¹⁴ Instructor Training manual Zumba Gold-Toning, 2012.

można zastosować przybory zwiększające opór, np.: rękawice, aqua dyski, piankowe rury, „makarony”, ciężarki i inne. Zastosowanie pasów wypornościowych umożliwia bezpieczne wykonywanie ćwiczeń osobom, które nie potrafią pływać lub boją się wody, pozwala na wykonywanie ćwiczeń wzmacniających aparat ruchu w pełnym odciążeniu stawów. Stanowią doskonały trening dla układu sercowo-naczyniowego i oddechowego.

W części wstępnej zajęć następuje zaadaptowanie do środowiska wodnego oraz przygotowanie ćwiczących do realizacji zasadniczych zadań lekcji. W części głównej stosuje się ćwiczenia o charakterze siłowo-wytrzymałościowym, wykonywane w miejscu lub z przemieszczaniem się w różnych kierunkach, a w końcowej krótkie uspokojenie organizmu obejmujące łatwe i spokojne ćwiczenia rozluźniające, rozciągające i oddechowe, co pozwala na doprowadzenie układu krążenia i oddychania ćwiczących do wartości początkowych. Aqua aerobik poprawia koordynację, wytrzymałość, siłę i gibkość oraz redukuje tkankę tłuszczową. Utrzymywanie pozycji pionowej podczas ćwiczeń wymaga ciągłego napięcia mięśni brzucha, grzbietu i pośladków, co pozwala na efektywne wzmacnianie aparatu ruchowego. Podobne efekty przynosi niedawno powstała forma aqua zumba. Stanowi ona połączenie ćwiczeń aqua aerobiku i tańca w wodzie. Oparta jest o formułę podstawowej zumbi i również przeznaczona dla osób w każdym wieku. Na zajęciach wykorzystywane są elementy klasycznego aqua aerobiku i tańców, głównie latynoamerykańskich, tj.: merengue, salsy, cumbii, reggaetonu, flamenco, samby czy rumbi²¹⁵.

Do najważniejszych przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń w wodzie zalicza się: niewydolność krążeniowo-oddechową, różnego typu stany zapalne: płuc, oskrzeli, ucha, nosa, oka, skóry, narządów wewnętrznych, astma, choroby reumatyczne i inne.

Dużo trudniejsze do zastosowania dla starszych osób są tradycyjne formy fitnessu. Mogą w nich uczestniczyć przede wszystkim osoby

²¹⁵ Instructor Training manual Aqua Zumba, 2012.

aktywne ruchowo przez całe życie, odpowiednio przygotowane fizycznie. Można też program fitness zmodyfikować i uzupełnić o ćwiczenia, głównie stosowane w zajęciach gimnastyki korekcyjnej, zmniejszając w ten sposób intensywność i trudność zajęć.

Aktualnie najczęściej stosowane formy fitnessu są wystarczające dla wszechstronnego kształtowania sprawności fizycznej starszych osób, a ciągle powstające nowe odmiany uwzględniające różnego rodzaju dysfunkcje organizmu pozwalają na uczestnictwo w aktywności ruchowej nawet tym osobom, które posiadają różnego rodzaju przeciwwskazania do wykonywania ćwiczeń fizycznych.

Bibliografia:

1. Austin D. *Pilates for everybody. Strengthen, lengthen and tone – with this complete 3-week body makeover.* Rodale 2002.
2. Brooke-Wavell K, Athersmith LE, Jones PR, Masud T. *Brisk walking and postural stability: a cross-sectional study in postmenopausal women.* Gerontology 1998; 44: 288-292.
3. Buchner D, Cress ME, deLateur BJ, Wagner EH. *Variability in the effect of strength training on skeletal muscle strength in older adults.* Facts Res Gerontol 1993; 7: 143-153.
4. Charette SL, McEvoy L, Pyka G, Snow-Harter C, Guido D, Wiswell RA, Marcus R. *Muscle hypertrophy response to resistance training in older women.* J Appl Physiol 1991; 70: 1912-1916.
5. DiPietro L. *Physical Activity in Aging: Changes in Patterns and Their Relationship to Health and Function.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 2001, 56: 13–22.

6. King AC, Rejeski WJ, Buchner DM. *Physical Activity Interventions Targeting Older Adults. A Critical Review and Recommendations. American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15 (4): 316-333, 1998.
7. Ettinger WHJ, Burns R, Messier SP, Applegate W, Rejeski WJ, Morgan T, Shumaker S, Berry MJ, O'Toole M, Monu J, Craven T. *A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The Fitness Arthritis Seniors Trial (FAST).* JAMA 1997; 277: 25-31.
8. Fiatarone MA, Marks EC, Ryan ND, Meredith CN, Lipsitz LA, Evans WJ, *High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle.* JAMA 1990; 263: 3029-3034.
9. Gillett PA, White AT, Caserta MS. *Effect of exercise and/or fitness education on fitness in older, sedentary, obese women.* J Aging Phys Activity 1996;4:42–55.
10. *Instructor Training manual Aqua Zumba*, 2012.
11. *Instructor Training manual Zumba Gold*, 2012.
12. *Instructor Training manual Zumba Gold-Toning*, 2012.
13. Kuba L, Paruzel-Dyja M, *Fitness Nowoczesne Formy Gimnastyki.* AWF Katowice 2010.
14. Law MR, Wald NJ, Meade TW. *Strategies for prevention of osteoporosis and hip fracture.* BMJ 1991; 303: 453-459.
15. McMurdo ME, Rennie LM. *Improvements in quadriceps strength with regular seated exercise in the institutionalized elderly.* Arch Phys Med Rehabil 1994; 75: 600-603.
16. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R, Hogan DB, Wolfson C, McDowell I. *Prevalence, Attributes, and Outcomes of Fitness and Frailty in Community-Dwelling Older Adults: Report From the Canadian Study of Health and Aging* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2004, 59: 1310–1317.

17. Rose DJ. *Promoting functional independence in older adults at risk for falls: The need for a multidimensional programming approach.* J Aging Phys Activity 2002; 10:1-19.
18. Rutherford OM. *Is there a role for exercise in the prevention of osteoporotic fractures?* Br J Sports Med 1999; 33: 378-386.
19. Skelton DA, Young A, Greig CA, Malbut KE. *Effects of resistance training on strength, power, and selected functional abilities of women aged 75 and older.* J Am Geriatr Soc 1995; 43: 1081-1087.
20. Siller B. *The Pilates. The ultimate at home guide to strengthening, lengthening, and toning your body – without machines,* Broadway Books, New York 2000.
21. Steinbacher R, Pignata D. *Materiały szkoleniowe BodyART™ Education I,* Euro Fitness School, 2006.
22. Steinbacher R, Pignata D. *Materiały szkoleniowe BodyART™ Education II/III,* Euro Fitness School, 2006.
23. Ungaro A, *Gimnastyka która leczy. Metoda ćwiczeń Josepha Pilatesa,* Świat Książki, 2003.
24. Urla J. *Yogilates. Integrating yoga and pilates for complete fitness, strength and stretch flexibility,* Quill 2000.

Sandra Kaduk,
Michał Wilk

Prawidłowy trening siły mięśniowej dla seniorów

Proces starzenia się i mechanizmy nim rządzące nie są do końca rozpoznane w dyskursie naukowym, ze względu na ich złożoność. Spadek zdolności organizmu do znoszenia obciążeń fizycznych, zwalczania ryzyka zachorowań i niwelowania ich skutków oraz utrzymywania homeostazy ma charakter nieodwracalny. Optymalnie prowadzona aktywność fizyczna to jeden z głównych czynników ograniczających negatywne aspekty tego procesu, który ma niebagatelne znaczenie na każdym etapie życia człowieka.

Po okresie rozwoju fizycznego, w efekcie którego organizm osiąga największą biologiczną sprawność, co ma miejsce około 25.–30. roku życia, rozpoczyna się proces starzenia²¹⁶. Powoduje on, że w różnym stopniu ulegają zmniejszeniu rezerwy fizjologiczne wszystkich narządów i układów. Tempo spadku sprawności organizmu jest indywidualnie bardzo zmienne, a wiek kalendarzowy człowieka nie może być traktowany jako miernik jego możliwości fizycznych. Także proces inwolucji motorycznej²¹⁷ jest nieuchronny. W żadnym z wcześniejszych

²¹⁶ Górski J. red., Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011.

²¹⁷ inwolucja motoryczna – wsteczny rozwój, zahamowanie zdolności motorycznych (siłowych, szybkościowych i.in.)

okresów nie występują w motoryczności człowieka tak duże różnice indywidualne, jak właśnie w tym²¹⁸.

W rozwoju ontogenetycznym siła mięśniowa - jako zdolność motoryczna - ma wyjątkowo długi okres podatności na bodźce treningowe. Proces rozwoju siły mięśniowej można rozłożyć na okres pomiędzy 6. a 30. rokiem życia. W wieku powyżej 30 lat, stosując odpowiednie bodźce treningowe, nadal można efektywnie kształtować tę zdolność motoryczną, mniej dynamicznie, jednak można znacząco ograniczać jej regres. Zmniejszenie wartości siły mięśniowej, atrofia mięśniowa oraz spadek gęstości kości są głównym powodem poważnych urazów oraz złamań w wieku powyżej 70 lat²¹⁹.

Proces inwolucji a trening oporowy

Aktywność ruchowa jest jednym z ważniejszych czynników sprzyjających opóźnieniu procesu starzenia. Istnieje pogląd, że to skuteczniejsza metoda ograniczająca proces inwolucji niż środki farmakologiczne. Regularny bodziec treningowy ogranicza spadek poziomu siły mięśniowej – także u seniorów, dlatego też wśród osób niezwiązanych ze sportem i rekreacją ruchową, z wiekiem jest on znacznie większy. Relatywny spadek siły mięśniowej (procentowa wartość wyniku dynamometrycznego ścisku ręki w wieku 22 lat) w wieku między 62. a 82. rokiem życia jest analogiczny u kobiet i mężczyzn i wynosi odpowiednio od około 30% w wieku 62 lat oraz do 50% w wieku 82 lat²²⁰. Wzrost siły mięśniowej u mężczyzn następuje szybciej niż u kobiet, co wynika z faktu, iż mają oni wyższe stężenie hormonów anabolicznych we krwi, które w istotny sposób wpływają na tempo i wielkość hipertrofii mięśniowej. Pobudzenie układu hormonalnego

²¹⁸ Osiński W., Antropomotoryka, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, 2003.

²¹⁹ Zając A., Wilk M. i in., Współczesny trening siły mięśniowej, Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach, 2010.

²²⁰ M. Kimura, K. Hirakawa, T. Horimoto „Physical performance survey in 900 aged individuals. In: Fitness for aged, disabled and industrial Worker”, Human Kinetics. 1990.

poprzez wysiłek oporowy odgrywa istotną rolę w procesie rozwoju siły mięśniowej, zarówno mężczyzn, jak i kobiet²²¹. Z tego względu jest on często zalecany nie tylko jako jeden z elementów rehabilitacji pacjentów, lecz również w celu utrzymania wysokiej sprawności zdrowych osób w starszym wieku²²².

Wzrost siły mięśniowej lub umiejętne utrzymanie jej stabilnego poziomu ma znaczenie m.in. w zapobieganiu przeciążeniom układu kostnego i stawowego oraz rozwijającym się na tym tle zmianom zwyrodnieniowym układu ruchu. Częstym problemem osób starszych są bóle dolnego odcinka kręgosłupa. Dolegliwości bólowe mogą być związane z dysproporcjami w poziomie siły mięśniowej. Brak równowagi pomiędzy siłą mięśnia prostownika grzbietu i mięśni współdziałających w stabilizacji kręgosłupa przy utrzymywaniu pozycji wyprostnej a masą ciała (lub ciężarem dźwiganych przedmiotów) może powodować wyżej wymienione przypadłości²²³. Powolny, ale progresywny spadek gęstości kośćca z wiekiem jest powiązany ze spadkiem codziennej aktywności fizycznej, zmianą wydzielania hormonów (spadek stężenia estrogenu wśród kobiet w okresie menopauzy i stężenia testosteronu we krwi wśród mężczyzn) oraz czynnikami genetycznymi²²⁴. Pomiędzy 35. a 50. rokiem życia utrata masy kostnej u kobiet i mężczyzn ma podobny, liniowy przebieg – w ciągu 15 lat ubywa kości gąbczastej 8–10%, a kości zbitej 2–4%. W ciągu całego życia kobiety tracą od 30 do 40% szczytowej masy kostnej, a mężczyźni od 20 do 30% i być może dlatego osteoporoza typu II (starcza) występuje u mężczyzn dopiero po 70. roku życia. Badania przeprowadzone na populacji osób w wieku 70–80 lat dowiodły, że półgodzinne zajęcia rekreacyjne zmniejszają tempo fizjologicznego ubytku masy kostnej, jaki obserwuje się w tym przedziale wieku. U kobiet, w okresie przed menopauzą obserwowano pozytywne zmiany w

²²¹ Zajac A., Wilk M. i in., Współczesny.....

²²² Górski J. red., Fizjologia.....

²²³ Górski J. red., Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.

²²⁴ Drinkwater B., Weight-bearing exercise and bone mass, Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America 1995.

gęstości mineralnej kości w obrębie lędźwiowej części kręgosłupa i uda w efekcie stosowania przez 12–18 miesięcy treningu oporowego²²⁵.

Należy jednak pamiętać: jednorazowy wysiłek fizyczny, nawet bardzo intensywny, nie oddziałuje na długotrwałe i pożądane efekty w obrębie tkanek i układów ciała. Co więcej, sporadyczna aktywność fizyczna może powodować, że negatywne skutki przeważą nad pozytywnymi i oczekiwanymi. Jedynie regularny trening fizyczny, nawet typu rekreacyjnego, jest niezbędnym składnikiem długofalowej i skutecznej profilaktyki, m.in. osteoporozy, zwłaszcza pomenopauzalnej i starczej²²⁶. Między 20. a 30. rokiem życia mięśnie stanowią około 45% masy ciała, natomiast po przekroczeniu 70. roku życia udział mięśni w masie ciała zmniejsza się do ok. 27%. Widać więc, że w procesie starzenia się mięśni szkieletowych dochodzi do powolnej, stopniowej utraty masy mięśniowej (sarkopenia) oraz związanego z tym procesem zmniejszenia się możliwości funkcjonalnych mięśni, tj. do spadku siły mięśniowej oraz spadku maksymalnej prędkości skracania i możliwości produkowania mocy²²⁷. Badania prowadzone wśród kobiet wykazały, że w konsekwencji spadku masy mięśniowej i obniżenia poziomu siły mięśniowej 40% kobiet w wieku 55–64 lat i 65% kobiet w wieku 75–84 lat jest niezdolnych do normalnego funkcjonowania²²⁸. Niższy poziom siły mięśniowej wśród osób starszych bezpośrednio wpływa na ograniczenie możliwości wykonywania nawet podstawowych czynności ruchowych w dniu codziennym. Także bieganie staje się ryzykiem dla nich z uwagi na konieczność amortyzacji nie tylko w stawach kończyn dolnych, ale i w osłabionym wiekiem kręgosłupie.

²²⁵ Lohman T. G., Exercise training and bone mineral density, *Journal of Bone and Mineral Research*, 1995.

²²⁶ Górski J. red., *Fizjologiczne...*

²²⁷ Górski J. red., *Fizjologia...*; Zajac A., Wilk M. i in., *Współczesny...*

²²⁸ Branch L. G., Jette A. M., The Framingham Disability Study: I. Social disability among the aging, *Am J Public Health*, 1981.

Elementy metodyki i treningu siły mięśniowej

Charakterystyka treningu siły mięśniowej osób starszych uzależniona jest od wielu czynników. Planując system treningowy, należy w pierwszej kolejności przeprowadzić dokładne badania i zebrać szereg informacji o aktualnym stanie zdrowia, trybie i higienie życia, zwłaszcza w zakresie dotychczasowej aktywności fizycznej. W przypadku, gdy ma on zostać wprowadzony u osoby, która nigdy, bądź przez wiele lat, nie prowadziła regularnej aktywności fizycznej, trening należy rozpocząć od niskiego obciążenia zewnętrznego, wynoszącego około 30% CM (CM – ciężar maksymalny), który stopniowo zwiększamy do wartości 50–60% CM. Niska wartość stosowanego obciążenia zewnętrznego, nie powoduje znaczącego wzrostu siły mięśniowej, ale pozytywnie wpływa na pobudzenie syntezy białka i układu endokrynnego. Wśród osób, które stosują poprawny trening siły mięśniowej przez okres trzech miesięcy, można już zastosować obciążenie zewnętrzne wynoszące 50–60% CM, co istotnie wpływa na proces adaptacji mięśniowej, tym samym ograniczona zostaje atrofia mięśniowa, a często występuje nawet efekt hipertrofii tkanki mięśniowej²²⁹. Bez względu na cel aktywności fizycznej i rodzaj stosowanej metody treningowej, pierwszym zauważanym efektem stosowania treningu siły mięśniowej jest istotny wzrost koordynacji śród- i międzymięśniowej. U osób starszych powinno się stosować środki wszechstronnego przygotowania siłowego, w tym ćwiczenia, które oddziałują na cały układ mięśniowy, jak również na jego poszczególne części. Elementy treningu siły mięśniowej to:

- powtórzenie - jeden, pełen cykl ruchowy danego ćwiczenia, np. wyprostowanie i zgięcie nóg do pozycji wyjściowej podczas prostowania nóg na maszynie,
- seria - liczba powtórzeń następujących po sobie, aż do momentu zakończenia ćwiczenia, np. 1 seria składa się z 10 powtórzeń od

²²⁹ Aniansson A., Gustafsson E., Physical training in elderly man with special reference to quadriceps muscle strength and morphology, *Clinical Psychology*, 1981.

pozycji wyjściowej do pozycji końcowej (będącej ponowną pozycją wyjściową),

- obciążenie zewnętrzne – wartość wyrażana w kilogramach, z jakimi osoba wykonuje ćwiczenie,
- czas przerwy wypoczynkowej – czas od zakończenia ostatniego powtórzenia danej serii do rozpoczęcia pierwszego powtórzenia kolejnej serii lub kolejnego ćwiczenia,
- tempo ruchu – szybkość pracy, np. tempo naturalne, czyli optymalne, indywidualne dla osoby ćwiczącej, bez statycznej pracy koncentrycznej i ekscentrycznej, bez zwalniania i przyspieszania poszczególnych faz ruchu.²³⁰

Podczas planowania treningu siły mięśniowej dla osób starszych pomocne są zalecenia Amerykańskiego Kolegium Medycyny Sportowej²³¹, uzupełnione o wskazówki zawarte w publikacjach m.in. Akademii Wychowania Fizycznego²³² oraz PZWL (Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich)²³³:

- Nauka i kontrolowanie poprawnej techniki pod okiem instruktora treningu siły mięśniowej, w celu wyrobienia poprawnych nawyków ruchowych.
- Początkowe 8 tygodni stosowania treningu siły mięśniowej – obciążenie zewnętrzne 20% CM, w miarę wzrostu doświadczenia można stopniowo zwiększać obciążenie zewnętrzne do 50% CM.
- U osób z małym doświadczeniem w treningu siły mięśniowej - ograniczenie korzystania z wolnych ciężarów, tj. sztangi, hantli mogących powodować brak kontroli nad poprawnym technicznie torem ruchu.
- Nauka poprawnego rytmu oddechowego z celu optymalizacji pracy układu oddechowego i krwionośnego podczas wykonywania pracy mięśniowej.

²³⁰ Górski J. red., Fizjologiczne...

²³¹ Nicholas A. Ratamess, Progression models in resistance training for healthy adults, American College of Sports Medicine position stand", Med. Sci. Sports Exerc., 2002.

²³² Zajac A., Wilk M. i in., Współczesny...

²³³ Górski J. red., Fizjologia...

- Precyzyjne planowanie jednostek treningowych oraz monitorowanie zachodzących zmian pod okiem instruktora treningu siły mięśniowej.
- Okres pierwszych 3 tygodni treningu siły mięśniowej - ograniczenie trwania jednostki treningowej do 20–30 minut, a w miarę wzrostu doświadczenia zwiększanie objętości i czasu trwania treningu do 60 minut.

W celu określenia optymalnego obciążenia zewnętrznego, należy zastosować test siły mięśniowej dostosowany do poziomu osób trenujących. Osoby bez doświadczenia w treningu siły mięśniowej (w tym osoby starsze) nie powinny stosować testu wartości ciężaru maksymalnego (100% CM). Bezpiecznym rozwiązaniem jest zastosowanie pośredniej metody określenia ciężaru maksymalnego. W ramach testu osoba wykonująca dane ćwiczenia ma określić maksymalne obciążenie zewnętrzne, z którym jest w stanie wykonać 10 powtórzeń, które to stanowią wartość 75% CM lub wykonać 15 powtórzeń, które stanowią wartość 65% CM²³⁴. Sposób przeprowadzania testu :

- seria 1, 15 powtórzeń – obciążenie równe 30% CM, np. 1 sztabki czyli 10 kg,
- seria 2–3, 15 powtórzeń – obciążenie równe 40% CM, np. 3–4 sztabki czyli 30–40 kg,
- seria 4, 12 powtórzeń - obciążenie równe 50% CM, np. 5 sztabek, czyli 50 kg, co stanowi 100% 12 PM (PM – powtórzeń maksymalnych),

w konsekwencji czego w pierwszym treningu w ramach metody wstępnej adaptacji należy wykonać jedną serię z obciążeniem jak w teście, od drugiej do trzeciej serii zwiększyć co jedną sztabkę, a w kolejnym treningu wykonać cztery serie, przy czym ostatnia ma mieć 12 powtórzeń, z obciążeniem zewnętrznym 30kg, co stanowi około 50% 12 PM. W treningu siły mięśniowej dla seniorów należy unikać skrajnego wyczerpania siłowo-wydolnościowego spowodowanego wzrostem

²³⁴ Zajac A., Wilk M. i in., Współczesny...

ciśnienia przy obciążeniach powyżej 50%–60% CM²³⁵, a każda jednostka treningowa musi być poprzedzona wszechstronną rozgrzewką.

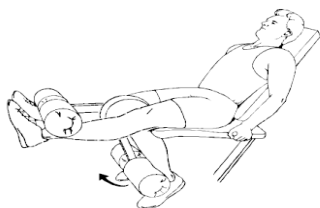
Metody treningowe bezpieczne i zalecane dla seniorów to metoda wstępnej adaptacji, podzielona na dwa etapy zróżnicowane sposobem układania ćwiczeń następujących po sobie oraz metoda kulturystyczna treningu siły mięśniowej. Etap wstępnej adaptacji skupia uwagę na kształtowaniu siły mięśniowej wszystkich grup mięśniowych oraz stabilizacji postawy ciała. Duże znaczenie ma wtedy również eliminowanie błędów technicznych oraz uzyskanie odpowiedniej równowagi sił w zakresie antagonistycznych grup mięśniowych. Już w tym etapie treningu może wystąpić efekt wzrostu przekroju poprzecznego włókien mięśniowych. Okres stosowania treningu wstępnej adaptacji powinien być wykonywany ze stosunkowo niską wartością obciążenia zewnętrznego 20–40% CM. Należy unikać pełnego wyczerpania mięśniowego w ramach jednostki treningowej²³⁶, czyli sytuacji, że osoba kończąc ćwiczenie, nie jest w stanie wykonać ani jednego powtórzenia. Ćwiczenia należy wykonywać w optymalnym tempie ruchu tak, aby osoba ćwicząca mogła kontrolować każdą fazę ruchu. Na poniżej zamieszczonym rysunku zamieszczono przykładową jednostką treningową realizowaną metodą wstępnej adaptacji. Układ jednostki treningowej powinien uwzględniać ćwiczenia, naprzemiennie angażujące grupy mięśniowe (zwłaszcza przez początkowe 8 – 12 tygodni treningu). Dotyczy to stosowania ćwiczeń na górne partie ciała (plecy, klatkę piersiową, barki, brzuch) na przemian z tymi na dolną partię ciała. Po ww. okresie regularnego treningu można zastosować inny układ ćwiczeń, który będzie etapem przygotowawczym przed zastosowaniem treningu metodą kulturystyczną. W tym przypadku można zastosować trening metodą wstępnej adaptacji metodą bodziec – bodziec, która polega na wykonaniu dwóch ćwiczeń na dolną partię ciała wykonywane jedno po drugim, a po nich dwóch ćwiczeń na górną partię ciała.

²³⁵ Górski J. red., Fizjologiczne...

²³⁶ Zajac A., Wilk M. i in., Współczesny...

Rys. 1 Przykładowa jednostka treningowa realizowana metodą wstępnej adaptacji.

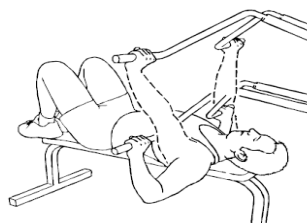
Leg Extensions - Prostowanie nog na maszynie



Straighten legs to locked knee position, keeping toes flexed toward knees.

Zrób 4 serie po 15 powtórzeń.

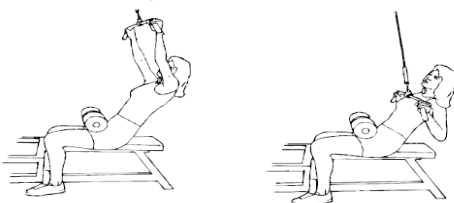
Wyciskanie leżąc na maszynie



Wyciskaj do prostych ramion w stawach barkowych.

Zrób 4 serie po 15 powtórzeń.

Wide-Grip Lat Pulldown - Sciąganie wyciągu górnego do klatki szeroki uchwyt

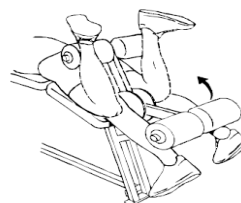


Plecy proste, ściągaj do wysokości mostka.

Zrób 4 serie po 15 powtórzeń.

Źródło: [Źródło własne]

Lying Leg Curls - Uginanie nog na maszynie leżąc na brzuchu



Biodra mają przylegać do laewczki.

Zrób 4 serie po 15 powtórzeń.

Metoda kulturystyczna jest to system treningowy, którego zasadniczym celem jest zwiększenie aktywnej masy ciała, co następuje przez zwiększenie objętości poszczególnych włókien mięśniowych²³⁷. Metoda ta jest również korzystna dla osób starszych, gdyż istotnie ogranicza atrofię, czyli zanik masy mięśniowej. Oparta jest ona o trening dzielony, gdzie na poszczególnych jednostkach treningowych kształtuje się maksymalnie dwie lub trzy grupy mięśniowe np.:

- w poniedziałek: plecy, barki, kończyny dolne,
- w czwartek: klatka piersiowa, brzuch, kończyny dolne.

W tej metodzie treningowej liczba powtórzeń wynosi od ośmiu do piętnastu, liczba serii na poszczególne grupy mięśniowej od trzech do pięciu, a czas przerwy wypoczynkowej należy nieco wydłużyć w porównaniu do metody wstępnej adaptacji.

²³⁷ Tescha P. A., Larsson L., Muscle hypertrophy in bodybuilders, European Journal of Applied Physiology, 1982.

Układamy podstawowy trening siłowy

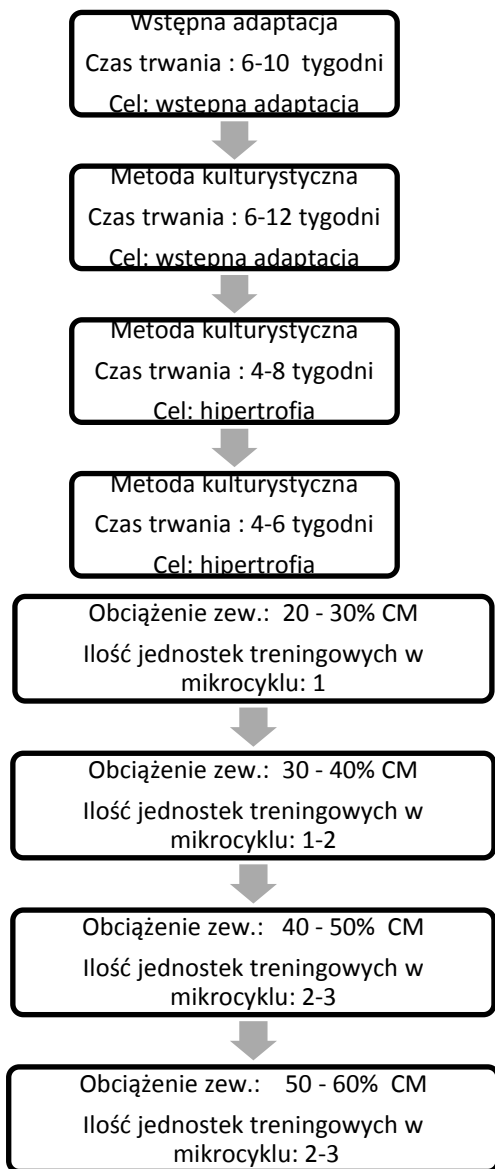
Ilość powtórzeń wykonywanych w obrębie treningu uzależniona jest od wielkości stosowanego obciążenia i zawiera się najczęściej w przedziale pomiędzy 10 a 20 powtórzeniami. Należy wykonywać je w naturalnym, optymalnym dla siebie tempie, zgodnie z techniką danego ćwiczenia przedstawioną przez instruktora. Oprócz określania obciążenia zewnętrznego w poszczególnych ćwiczeniach, należy również precyzyjnie określić objętość jednostki treningowej, jak i objętość całego mikrocyklu treningowego (mikrocykl odnosi się najczęściej do jednego tygodnia). W zakresie jednego treningu, w początkowych etapach ćwiczeń siłowych powinna być stosunkowo niska: 5 ćwiczeń, w każdym ćwiczeniu 2–3 serie po około 10 powtórzeń. Po 8–12 tygodniach treningu można zwiększyć liczbę ćwiczeń do 10, w każdym ćwiczeniu 3–4 serie po około 12–15 powtórzeń. Przerwy pomiędzy seriami powinny być stosunkowo długie i dostosowane do indywidualnych możliwości²³⁸. Osoby starsze mają wolniejszą syntezę białek mięśniowych i dlatego, aby wystąpił efekt superkompensacji („nadbudowy”), niezbędne jest około 72 godziny przerwy, nawet po jednostkach treningowych o niskiej intensywności. Zajęcia treningowe nie powinny odbywać się częściej niż 2–3 razy w tygodniu, chociaż już jedna jednostka treningowa w tygodniu (jako składowa regularnego treningu) może przynieść pozytywne efekty²³⁹.

Poniżej znajduje się przykładowy schemat periodyzacji treningu. Jest on przeznaczony dla osób bez doświadczenia w treningu siły mięśniowej. Osoby zaawansowane mogą pominąć pierwszy z poniższych etapów z obciążeniem zewnętrznym 20–30% CM.

²³⁸ Zajac A., Wilk M. i in., Współczesny...

²³⁹ Górski J. red., Fizjologia...

Rys. nr 5 Periodyzacja metod treningu siły mięśniowej



Źródło: [Zajac A., Wilk M. i in., Współczesny trening siły mięśniowej, AWF Katowice, 2010]

Podczas treningu siły mięśniowej istotny jest równomierny rozwój oraz stopniowa adaptacja wszystkich grup mięśniowych. Regularna aktywność fizyczna nie tylko ogranicza atrofię i spadek gęstości kości, ale

nawet powoduje wzrost w gęstości mineralnej kości, co ogranicza ryzyko wystąpienia osteoporozy.

Bibliografia

1. Górski J. red., Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011.
2. Osiński W., *Antropomotoryka*, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, 2003.
3. Zając A., Wilk M. i in., *Współczesny trening siły mięśniowej*, Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach, 2010.
4. Kimura M., Hirakawa K., Horimoto T. , *Physical performance survey in 900 aged individuals*. In: Fitness for aged, disabled and industrial Worker”, Human Kinetics. 1990.
5. Górski J. red., *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.
6. Drinkwater B., *Weight-bearing exercise and bone mass*, Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America 1995.
7. Lohman T. G., *Exercise training and bone mineral density*, Journal of Bone and Mineral Research, 1995.
8. Branch L. G., Jette A. M., *The Framingham Disability Study: I. Social disability among the aging*, Am J Public Health, 1981.
9. Aniansson A., Gustafsson E., *Physical training in elderly man with special reference to quadriceps muscle strength and morphology*, Clinical Psychology, 1981.

10. Nicholas A. Ratamess, *Progression models in resistance training for healthy adults*, American College of Sports Medicine position stand", Med. Sci. Sports Exerc., 2002.
11. Tescha P. A., Larsson L., *Muscle hypertrophy in bodybuilders*, European Journal of Applied Physiology, 1982.

CZĘŚĆ IV: PRZESTRZEŃ PRZYJAZNA SENIOROM

Agnieszka Labus

Miasto przyjazne osobom starszym na przykładzie SANGERHAUSEN *

Wstęp

Problematyka odnowy miejskiej w kontekście starzenia się populacji europejskiej jest niezwykle ważna, szczególnie dziś w dobie narastającego problemu zmian proporcji demograficznych (zwiększenie liczby osób starszych oraz wydłużenie życia ludzkiego). Udział osób w wieku 65 lat i powyżej w 2010 roku stanowił 14,4% populacji, w roku 2060 przewiduje się, że będzie wynosić 30% populacji europejskiej²⁴⁰. Ponadto, starzenie się społeczeństwa jest procesem nieodwracalnym (OECD, 2003) i globalnym, z którym próbuje się zmierzyć wiele regionów i państw świata, w tym: Stany Zjednoczone, Japonia, Chiny oraz państwa Unii Europejskiej. Podejmowane są różne inicjatywy i programy rządowe. Instytucje i organy UE podejmują debatę i działania mające na celu zapobieganie skutkom niekorzystnych zjawisk demograficznych.

Współczesne przestrzenie miejskie generują wiele problemów, które przyczyniają się do wykluczenia osób starszych z życia miejskiego i

*Artykuł stanowi część badań przeprowadzonych w ramach projektu badawczego pt. *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej* realizowanego w latach 2011-2013 i finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS4/02638.

²⁴⁰ Eurostat, *Demography report 2010 Older, more numerous and diverse Europeans*, Komisja Europejska, 2011

społecznego, są to m.in.: problemy związane z mobilnością w mieście, brak atrakcji w mieście skierowanych głównie do osób starszych aktywnych i sprawnych psychofizycznie, problem dostępności podstawowych funkcji w mieście ze względu na bariery architektoniczno-przestrzenne, brak zróżnicowanych form opieki dla osób wymagających opieki paliatywnej, itd.

Europejska Rada Urbanistów (ERU) opublikowała w 2003 roku Nową Kartę Ateńską²⁴¹ z podtytułem *Wizja miast XXI wieku*, w której Rada wyraziła szeroko podzielane poglądy europejskich urbanistów i cel, do którego urbanisci Europy zobowiązują się dążyć. Według ERU miasta XXI wieku powinny cechować się wzrostem dobrobytu i jakości życia ich mieszkańców, harmonijnie łączyć środowisko zurbanizowane ze środowiskiem przyrodniczym.

Aby uniknąć negatywnych skutków dla miast europejskich związanych ze starzeniem się populacji, konieczne jest odpowiednie planowanie i opracowanie narzędzi zapobiegawczych. Jednym z takich narzędzi jest odnowa miast, której podstawowym celem jest podniesienie jakości życia mieszkańców i zwiększenie konkurencyjności miasta w skali ponadlokalnej. Odnowa miast jest narzędziem polityki i planowania przestrzennego, rozumiana w niniejszym artykule jako ulepszanie miasta, tworzenie bardziej przyjaznych miejsc dla osób starszych w kontekście planowania przestrzennego w odpowiedzi na potrzeby współczesnego, zróżnicowanego społeczeństwa, ze szczególnym zwróceniem uwagi na osoby starsze. Jednym z przykładów takiego podejścia jest opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) globalny projekt o nazwie *Age Friendly Cities*.

²⁴¹ Europejska Rada Urbanistów, 2003, *Nowa Karta Ateńska 2003*, *Wizja miast XXI wieku*, Lizbona, cz. A2, s. 8 *Nowa Karta Ateńska jest adresowana przede wszystkim do urbanistów oraz tych wszystkich, którzy uczestniczą w procesach planistycznych w Europie. Ma ona ukierunkować ich spójne działania na rzecz stworzenia sieci powiązań między miastami Europy na wszystkich szczeblach hierarchii miast i we wszystkich dziedzinach.* (źródło: www.izbaurbanistow.pl).

1. Koncepcja miast przyjaznych osobom w każdym wieku

Koncepcja miast przyjaznych osobom w każdym wieku, opracowana przez WHO w 2007 r. w ramach globalnego programu *Age Friendly Cities* została stworzona w odpowiedzi na wzrastający odsetek osób starszych w społeczeństwie i liczne problemy, jakie generują współczesne miasta. Koncepcja ta określa miasto przyjazne osobom starszym jako miasto przyjazne wszystkim mieszkańcom.

Do podstawowych zagadnień odnowy miejskiej w kontekście starzenia się populacji, wspomagających aktywne i zdrowe starzenie się, zaliczono (na podstawie *Global Age Friendly Cities: A guide*, 2007):

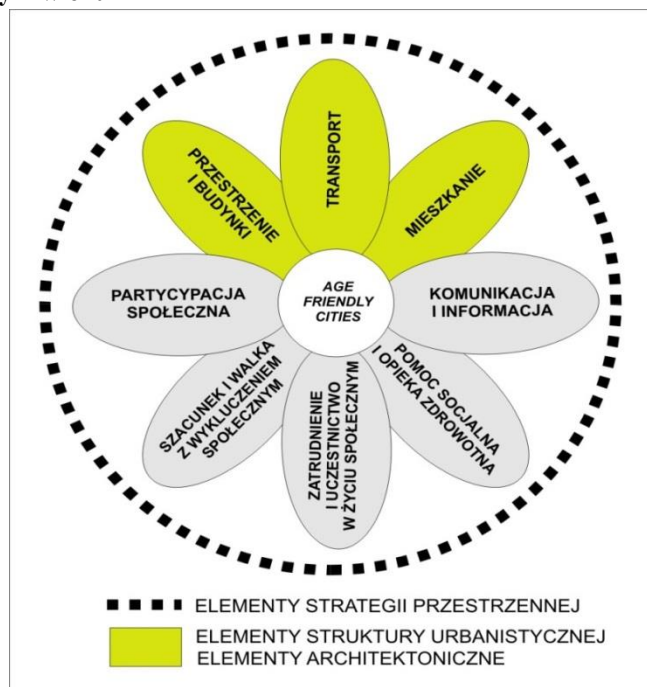
- **transport publiczny** – przystosowanie do dysfunkcji i ograniczeń ruchowych osób starszych, w celu podniesienia jakości życia,
- **przestrzeń miejskie i budynki** – tak zaprojektowane środowisko naturalne i zbudowane, aby ludzie starsi mogli bezpiecznie i swobodnie poruszać się po nich, a także mieć swobodny dostęp do terenów zewnętrznych,
- **zabudowa mieszkaniowa** – elastyczne projektowanie mieszkań, dostępnych dla ludzi na każdym etapie życia, o różnej sprawności psychofizycznej, różnych zainteresowaniach i różnych możliwościach finansowych, stwarzające bezpieczeństwo i możliwość życia niezależnym jak najdłużej (promowanie koncepcji *starzenia się w miejscu*),
- **wsparcie społeczne i opieka medyczna** – dostępność do sieci usług społecznych i zdrowotnych,
- **lokalizacja i dostępność usług** – łatwy dostęp do podstawowych usług i lokalizacja ich w pobliżu miejsca zamieszkania,
- **komunikacja i lepsze wykorzystanie technologii informacyjnych** – dostępne i przystosowane do ludzi starszych nowe źródła informacji i komunikacji stwarzające poczucie bezpieczeństwa i dające możliwość niezależności jak najdłużej,
- **zatrudnienie i zaangażowanie społeczne (partycypacja społeczna)** – możliwość rozwoju i utrzymywania więzi sąsiedzkich w lokalnym

środowisku, ponadto stworzenie warunków udziału osób starszych w wolontariacie adresowanym zarówno do młodych, jak i starszych mieszkańców (elastyczne formy zatrudnienia, dzielnie się własnym doświadczeniem),

- **szacunek i integracja społeczna** – rozumiana jako konieczność respektowania różnorodności osób starszych przez wszystkie podmioty oraz zachęcanie i umożliwienie ludziom starszym włączenia się w życie społeczne, walka z wykluczeniem społecznym,
- **budowanie relacji międzypokoleniowej poprzez wspólne użytkowanie przestrzeni miejskiej** – tworzenie dostępnych przestrzeni publicznych umożliwiających integrację międzypokoleniową, w których każda grupa społeczna może znaleźć coś dla siebie.

Na poniższym rysunku przedstawiono **zagadnienia dotyczące odnowy miejskiej** według koncepcji *Age Friendly Cities*.

Rys. 1 Zagadnienia odnowy miejskiej dotyczące miast przyjaznych osobom w każdym wieku



Źródło: WHO, 2007, *Global Age Friendly Cities: A guide*

WHO podkreśla, że miasto przyjazne dla osób starszych jest miastem przyjaznym dla wszystkich mieszkańców, niezależnie od wieku. Nadzorowane sąsiedztwo jest bezpieczne dla osób starszych, przynosi także korzyści dla dzieci, młodzieży i kobiet, ponadto budynki pozbawione barier architektonicznych zwiększają mobilność i niezależność osób starszych, jak i niepełnosprawnych, matek z wózkami dziecięcymi, itp. (Asanowicz 2012). W związku z tym, koncepcja miasta przyjaznego osobom w każdym wieku obejmuje szeroki zakres działań dotyczących przyszłości całego miasta, od formułowania wizji strategicznych przemian obszaru miejskiego, aż po uzupełniające i dostosowujące do potrzeb osób starszych działania estetyzujące. Stąd, wymienione na powyższym rysunku aspekty odnowy miast przyjaznych wiekowi odpowiadają działaniom w trzech podstawowych skalach przestrzennych:

- skali strategii miasta,
- skali struktury urbanistycznej,
- skali architektury.

2. Studium przypadku – Sangerhausen

Miasto Sangerhausen to miasto we wschodniej części Niemiec, leżące w granicach Regionu Saksonia-Anhalt. Przez 800 lat dominował tam przemysł górniczy. W latach 50. XX wieku nastąpił okres budowy osiedli z wielkiej płyty dla górników i ich rodzin. Po restrukturyzacji przemysłu w latach 90. XX wieku, w Sangerhausen, podobnie jak w większości miast wschodnich Niemiec, wiele rodzin było zmuszonych do emigracji w poszukiwaniu pracy. W mieście nastąpiło zjawisko depopulacji („kurczenie się miasta”), a także starzenia się społeczności miejskiej (młodzi wyemigrowali i pozostali głównie starsi), które stanowiły nowe wyzwania dla władz lokalnych, ale także regionalnych i państwowych, ponieważ problematyka ta dotyczyła całych regionów.

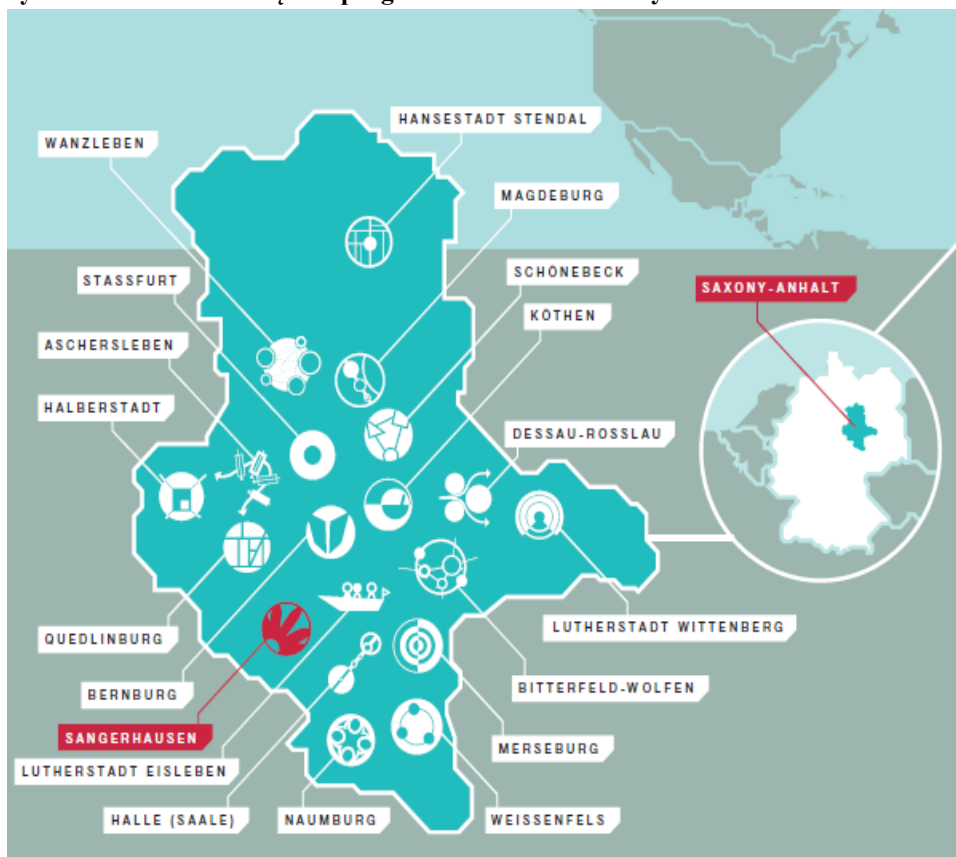
W 1999 roku rozpoczęto rewitalizację zabudowy mieszkaniowej, dokonano pierwszych wyburzeń budynków mieszkalnych²⁴², ponieważ ich ilość przewyższała zapotrzebowanie na mieszkania.

Obecnie miasto posiada 30.000 mieszkańców, z czego 8.000 stanowią osoby starsze (tj. 26,7%), ciągle zauważalny jest proces starzenia się mieszkańców i wzrostu udziału osób starszych w społeczności lokalnej.

W 2010 roku miasto Sangerhausen przystąpiło do uczestnictwa w międzynarodowej wystawie budownictwa IBA Urban Redevelopment 2010, zorganizowanej przez Rząd Kraju Związkowego Saksonii-Anhalt, która łączyła siły urbanistów, architektów, obywateli i przedstawicieli polityki oraz administracji. Od 2000 do 2006 roku 19 miast w ramach programu IBA 2010 otrzymało dofinansowanie dla regionu Saksonia-Anhalt w wysokości ponad 56 milionów euro z funduszy strukturalnych. Od 2007 do 2013 roku Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego i Europejski Fundusz Społeczny ulokowały około 4 milionów euro w regionie Saksonia-Anhalt w celu rozwiązania problemów ekonomicznych, społecznych i ekologicznych w miastach. W ramach IBA 2010 zaproponowano i opracowano koncepcje odnowy 19 miast we wschodnich Niemczech, tematem wiążącym projekty były zmiany demograficzne i strukturalne miast. Każde miasto zaproponowało własny temat i opracowało własną koncepcję rozwoju. Poszukiwano nowych sposobów wzmocnienia terenów mieszkaniowych i odpowiedzi na pytanie, jak te tereny mają wyglądać za 20, 30 lat, żeby być atrakcyjne i dostępne dla grup o średnim i niskim dochodzie?

²⁴² Program krajowy Stadtumbau Ost, którego celem jest: organizowanie i finansowanie rozbiórek nadwyżki mieszkań, podnoszenie wartości zachowanych budynków mieszkalnych [www.leipzig.de; BMVBS 2008].

Rys.2 Miasta uczestniczące w programie IBA 2010 Saxony-Anhalt



Źródło: Broszura informacyjna IBA, 2010

Istotnym elementem w działaniach strategicznych w Sangerhausen była przebudowa miasta w kontekście zagospodarowania przestrzeni wykonana na podstawie oceny istniejących terenów (ocena mikrolokalizacji), opracowana w ramach programu IBA 2010 Saksonia-Anhalt. Metoda ta pozwoliła zwrócić uwagę na atrakcyjność domów i miejsc oraz zbadanie wzorców rynkowych, najmu i struktur społecznych, a także stanu samych budynków. Czynniki te stanowiły podstawę modernizacji tych części miasta, które miały potencjał rozwojowy i były opłacalne, a także rozbiórkę tych nieopłacalnych i ewentualną budowę nowych obiektów. Celem była nie tylko konsolidacja poszczególnych części miasta, ale także wzmocnienie lokalnej społeczności. W ten sposób

miasto Sangerhausen próbowało podnieść rangę terenów mieszkalnych i pomóc im dostosować się do zmian demograficznych, przede wszystkim do procesu starzenia się społeczeństwa. Koncepcja odnowy miejskiej miasta koncentrowała się na trzech strategiach:

- modernizacji i stworzeniu dostępnych przestrzeni miejskich dla osób starszych,
- rekonstrukcji i poprawie wizerunku architektonicznego miasta,
- udziału mieszkańców miasta w działaniach projektowych (partycypacja społeczna).

W Sangerhausen przeprowadzone działania przestrzenne służące odnowie miasta miały na celu dostosowanie struktury funkcjonalno-przestrzennej miasta do nowych potrzeb mieszkańców (do potrzeb osób starszych oraz rodzin z dziećmi²⁴³). Działania te obejmowały następujące kwestie:

- tereny mieszkaniowe,
- przestrzenie publiczne,
- tereny zieleni,
- transport i komunikacja.

Tereny mieszkaniowe

W ramach sektora mieszkaniowego w Sangerhausen we współpracy z programem IBA 2010 opracowano wizję tanich i bezpiecznych mieszkań w opozycji do proponowanych wcześniej programów rozbiórek, w związku z nadwyżkami mieszkań (program Stadtumbauost²⁴⁴).

²⁴³ W polityce miasta istotne miejsce zajmowała kwestia przyciągnięcia rodzin z dziećmi, w celu złagodzenia negatywnych skutków starzenia się mieszkańców oraz kurczenia się miasta.

²⁴⁴ W związku z zaistniałym procesem kurczenia się miast i starzenia się społeczeństwa w Niemczech wschodnich opracowano Stadtumbau Ost, pierwszy program w historii niemieckiej polityki mieszkaniowej wprowadzający subwencje na wyburzenia budynków mieszkalnych, których większość znajduje się w dobrym stanie technicznym. Stanowi on zupełnie nowy obszar planowania miejskiego. Od wprowadzenia programu Stadtumbau Ost w 2002 roku wyburzono we wschodnio – niemieckich miastach 230 000 mieszkań.

(http://www.regioportal.pl/pl29/teksty1618/program_stadtumbau_ost_narzedzie_rewitaliz)

Program koncentrował się przede wszystkim na działaniach przestrzenno-budowlanych, obejmując wyburzenia nadmiernej ilości niezamieszkałych budynków o niskich wartościach estetycznych,

Program IBA zwraca uwagę na dobre sąsiedztwo mieszkaniowe, eliminację barier i inne aspekty, które umożliwiają *aktywne* starzenie się i integrację społeczną. Ponadto, zagospodarowanie przestrzeni miejskiej nie zadziała bez finansowania z sektora publicznego, gdyż wymaga dużych nakładów, jak podaje, Ronald Meißner-Dyrektor Stowarzyszenia Spółdzielni Mieszkaniowych dla regionu Saksonia -Anhalt: *Odnowa miejska na dzień dzisiejszy może oznaczać starty, ale może zaprocentować w przyszłości*²⁴⁵. W kontekście starzenia się populacji dla całego regionu Saksonia-Anhalt opracowano program mieszkaniowy KfW - *ProgrammWohnraummodernisieren*, dotyczący dostosowania przestrzeni życiowych do potrzeb osób starszych. Celem programu było przeprowadzanie remontów zasobów mieszkaniowych przeznaczonych dla osób starszych, zgodnie z zasadą zrównoważonego rozwoju, bez barier architektonicznych, wykorzystując energooszczędne rozwiązania i nowoczesne technologie oszczędzania energii²⁴⁶.

Na terenie miasta można wyróżnić następujące zespoły mieszkaniowe, które zostały poddane procesom rewitalizacji i dostosowania ich do potrzeb osób starszych i rodzin z małymi dziećmi, są to:

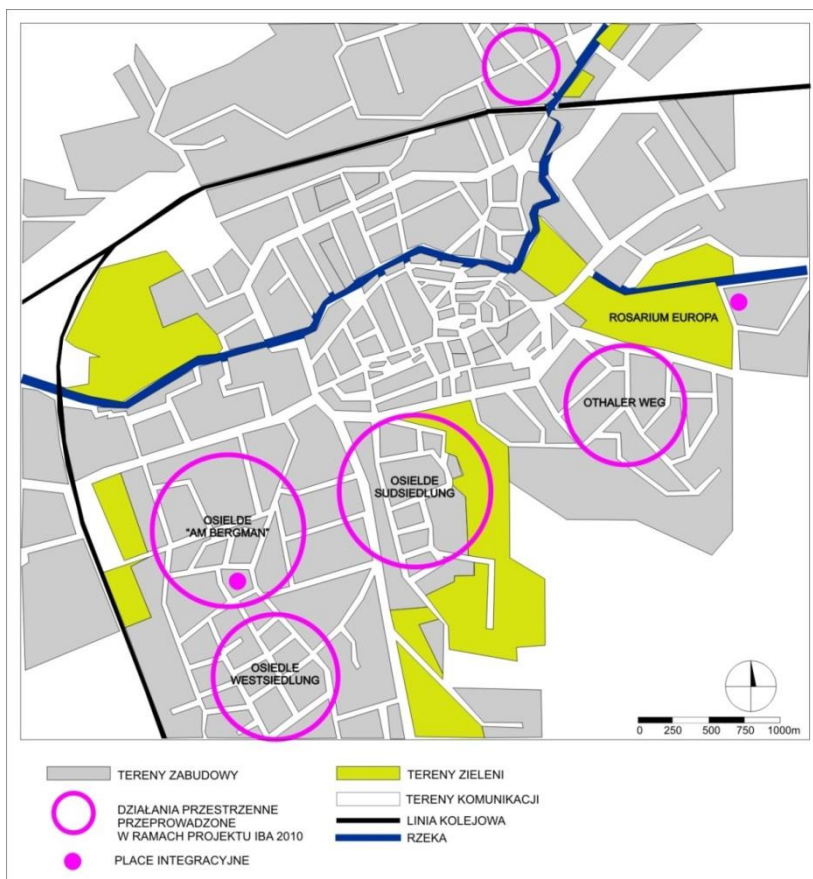
- osiedle zlokalizowane w południowej części miasta wraz z domem wielopokoleniowym (Sudsiedlung),
- osiedle zlokalizowane w południowo - zachodniej części miasta (Sudwestsiedlung),
- osiedle zlokalizowane w zachodniej części miasta *Am Bergmann* oraz dom opieki dla osób starszych *Seniorzentrum Kyffhäuserblick* (West-siedlung).

głównie z wielkiej płyty. Celem było ustabilizowanie i dostosowanie terenów mieszkaniowych do realnych potrzeb.

²⁴⁵ Broszura informacyjna IBA Saxony-Anhalt, 2010, *Sangerhausen. Rating for liveable urban district*, Regionalne Ministerstwo Rozwoju i Transportu Saxony-Anhalt

²⁴⁶ Informacje dostępne na stronie internetowej www.kfw-foerderbank.de

Rys. 3 Działania przestrzenne w mieście Sangerhausen w ramach IBA 2010



Źródło: opracowanie własne na podstawie broszury informacyjnej IBA Saxony-Anhalt, 2010, *Sangerhausen. Rating for liveable urban district*, Regionalne Ministerstwo Rozwoju i Transportu Saxony-Anhalt

Najważniejszym projektem odnowy miejskiej dotyczącym zabudowy mieszkaniowej zrealizowanym w ramach IBA w mieście Sangerhausen jest centrum zachodniej części osiedla *Am Bergmann*. Osiedle to pochodzi z lat 50. XX wieku i zostało wybudowane w stylu socjalistycznym. Budynki zostały zmodernizowane zgodnie z zasadami konserwacji zabytków. Głównym celem modernizacji była poprawa komfortu życia osób starszych i zachęcenie do powrotu ludzi młodych, tym sposobem stworzono zabudowę międzygeneracyjną, odpowiadającą na potrzeby młodych i starszych mieszkańców. Działania modernizacyjne

polegały na dobudowaniu wind i dostosowaniu budynków do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, ale zachowując jak najwięcej z oryginalności tych budynków. Wprowadzono innowacyjny system zaopatrzenia w energię za pomocą energii słonecznej i odzyskiwania ciepła przyczyniając się do zmniejszenia kosztów utrzymania mieszkania²⁴⁷.

Rys. 4 Zrewitalizowane osiedle *Am Bergmann* w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

W Sangerhausen utworzono w ramach programu IBA 2010 różnorodne formy zabudowy mieszkaniowej dla osób starszych²⁴⁸, ze względu na sprawność psychofizyczną i konieczność pomocy i opieki społeczno-medycznej. Jednym z takich rozwiązań przestrzennych jest dom międzygeneracyjny, oferujący 48 apartamentów dla osób starszych

²⁴⁷Remont osiedla *Am Bergmann* zakończył się w połowie 2010 roku. W 2009 roku osiedle otrzymało nagrodę Niemieckiego Towarzystwa Energetyki Słonecznej za koncepcję wykorzystania energii słonecznej pozwalającej na integrację systemów słonecznych i odzysku ciepła.

²⁴⁸Warto nadmienić, że pomysł placów był wynikiem partycypacji społecznej w procesie rewitalizacji, został wymyślony przez mieszkańców podczas spotkań, warsztatów i zebrań lokalnych.

i młodych. Oferuje samodzielne mieszkania oraz wspólne przestrzenie mające na celu integrację jego użytkowników i zawiązywanie więzi międzypokoleniowych.

Rys. 5 Ośrodek pomocy dla osób starszych - dom międzygeneracyjny dla osób starszych i młodych w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

W Sangerhausen istnieje także dom opieki dla osób starszych (*Seniorzentrum Kyffhäuserblick*²⁴⁹), posiadający 125 jednoosobowych i 12 dwuosobowych pokoi z własnym węzłem sanitarnym oraz przestronny salon służący integracji mieszkańców wraz z miejscem spotkań z rodzinami. Wnętrza pokoi osoba starsza może zaaranżować według własnych potrzeb i upodobań (może korzystać z własnych mebli, roślin, obrazów, itp.). Ponadto, w budynku znajdują się powierzchnie na rzecz funkcji wspomagających, tj. pokój do terapii relaksacyjnej, kawiarnia dostępna także dla przyjezdnych i mieszkańców, fryzjer i kosmetyczka, pomieszczenia do fizjoterapii oraz apteka.

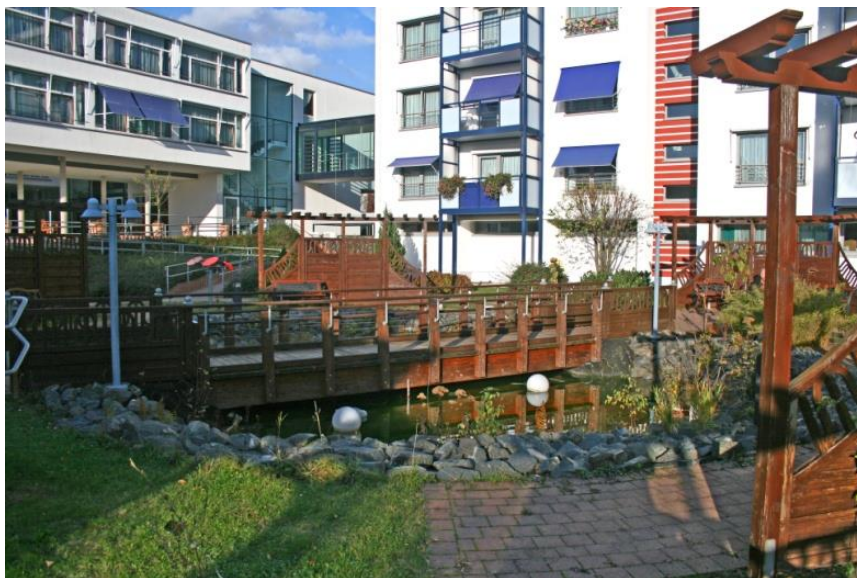
²⁴⁹<http://www.drk-sangerhausen.de/de/inhalte/einrichtungen/seniorenzentrum-kyffhaeuserblick.htm>

Rys. 6 Dom opieki dla osób starszych (*Seniorzentrum Kyffhäuserblick*) od strony elewacji frontowej



Źródło: zdjęcie autorki

Rys. 7 Dom opieki dla osób starszych od strony ogrodu w Sangergausen



Źródło: zdjęcie autorki

Inną formą zamieszkania, jaką oferuje miasto Sangerhausen dla osób starszych, jest dom seniora – AWO Sozialstation *Am Rosengarten* – został oddany do użytku w 1994 roku, oferuje 31 jednoosobowych i 47 dwuosobowych pokoi dla 125 seniorów. Dom zlokalizowany jest w bezpośrednim sąsiedztwie *Rosarium Europa*²⁵⁰, które stanowi ważny punkt spotkań i spacerów osób starszych.

Rys. 8 Dom opieki usytuowany w sąsiedztwie *Rosarium Europa*



Źródło: zdjęcie autorki

Przestrzenie publiczne

W Sangerhausen w ramach działań odnowy miasta zaprojektowano place lokalne pod nazwą „Kumpel²⁵¹-Platze”, zainicjowane przez obywateli (głównie osoby starsze pamiętające historię i tradycję miasta). Zostały one zaplanowane wspólnie przez miasto, mieszkańców oraz

²⁵⁰Więcej informacji: <http://www.awo-sangerhausen.de/index.php/awo-ggmbh/pflegeheim-am-rosengarten.html>

²⁵¹Niemieckie „Kumpel” oznacza górnika i przyjaciela.

architektów krajobrazu. Nazwa placów jest grą słów dotyczącą przeszłości Sangerhausen jako miasta górniczego, natomiast funkcją placów jest bycie miejscem spotkań zarówno dla młodych jak i starszych. Pierwszy placyk zlokalizowano we zachodniej części osiedla, został otwarty w 2007 roku, kolejny w 2008 na ścieżce Othaler. Stworzono także miejsce pamięci, w której dokumentowana jest historia i bieżące wydarzenia w mieście.²⁵² Place te stanowią idealne miejsce odpoczynku osób starszych i zabawy dla młodszych²⁵³.

W Sangerhausen utworzono w ramach programu IBA 2010 funkcje uzupełniające i poprawiające jakość życia mieszkańcom²⁵⁴, tj.:

- centrum usługowe, jako część ośrodka pomocy społecznej, oferujące niezbędne usługi i przestrzenie do spotkań i integracji mieszkańców,
- centrum informacji w dzielnicy (MIETZ na osiedlu OthalerWeg) powstało w 2009 roku, służy jako miejsce spotkań mieszkańców i punkt centralny osiedla²⁵⁵. Pomysł utworzenia centrum dzielnicy opracowały stowarzyszenia mieszkaniowe i instytucje opieki społecznej. Celem było umożliwienie starszym mieszkańcom pozostanie w swoich domach jak najdłużej (walka z wykluczeniem społecznym w ramach koncepcji „starzenia się w miejscu”).

²⁵² Broszura informacyjna IBA Saxony-Anhalt, 2010, *Sangerhausen. Rating for liveableurbandistrict*, Regionalne Ministerstwo Rozwoju i Transportu Saxony-Anhalt

²⁵³ W ramach projektu 3 e.V. utworzono sieć „Senior Citizens Society” w ramach, której organizowano szkolenia dla osób starszych dotyczące: obsługi telefonu komórkowego, jak najdłużej zachować zdrowie i witalność. Osoby młode wraz ze starszymi w centrum MIETZ gotowały dla dzieci ze szkół ciepłe posiłki oraz uczestniczyli razem w różnych akcjach społecznych. Wszystko to miało na celu wspomaganie integracji międzypokoleniowej i zawiązanie sieci społecznej.

²⁵⁴ Warto nadmienić, że pomysł placów był wynikiem partycypacji społecznej w procesie rewitalizacji został wymyślony przez mieszkańców podczas spotkań, warsztatów i zebrań lokalnych.

²⁵⁵ Trzy powyższe przedsięwzięcia powstały w ramach programu „Social City” i „Future Region Mansfeld/South Harz”.

Rys. 9 Plac integracyjny *Kumpel Plätze* w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

Budynek centrum informacji o nazwie MIETZ pełni funkcję integracji międzypokoleniowej i sprzyja różnym działaniom o różnych porach roku w przeciwieństwie do placyków *Kumpel Plätze*.

Rys. 10 Lokalne centrum integracji mieszkańców - MIETZ na osiedlu *OthalerWeg* w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

Przestrzenie zieleni

W Sangerhausen zlokalizowany jest ogród różany, który swoją tradycją sięga 1901 roku. Dzisiaj znany jest pod nazwą „Europa Rosarium”²⁵⁶ i jest główną atrakcją odwiedzających miasto. Miejscem chętnie odwiedzanym przez mieszkańców. W pobliżu tego dużego obszaru zieleni zlokalizowany jest dom opieki dla osób starszych. Rozarium stanowi idealne miejsce do spacerów, odpoczynku, edukacji oraz aktywności fizycznej i rehabilitacji²⁵⁷ dla osób starszych, niezbędnych do utrzymania dobrej kondycji i samopoczucia²⁵⁸.

²⁵⁶ „Europa Rosarium” w skali regionu stanowi ważny punkt turystyki pod nazwą „Gardens in Saxony -Anhalt”.

²⁵⁷ Obcowanie z przyrodą przyspiesza leczenie takich chorób jak Alzheimer (w Wenecji powstały „ogrody Alzheimera”, które w ramach ośrodka opieki dla osób starszych pozwalają na odbycie terapii obcowania z różnymi gatunkami roślin, co ma pozytywny wpływ na chorych)

²⁵⁸ Broszura informacyjna IBA Saxony-Anhalt, 2010, *Sangerhausen. Rating for liveable urban district*, Regionalne Ministerstwo Rozwoju i Transportu Saxony-Anhalt

Rys. 11 Ogród Różany *Europa Rosarium* w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

Transport i komunikacja

W lokalnym planie dotyczącym transportu²⁵⁹ dla powiatu Mansfeld Sudharz, w którym leży miasto Sangerhausen, został zawarty rozdział na temat wpływu zmian demograficznych na mobilność. W dokumencie zauważono, że w związku ze starzeniem się populacji oraz wzrostem liczby gospodarstw jednoosobowych, ludzie coraz częściej zmieniają miejsce zamieszkania na starość oraz charakteryzują się większą aktywnością w starszym wieku. Ponadto, przewiduje się, że wzrośnie w przyszłości liczba podróżujących osób starszych. Rządziej wykorzystywany będzie transport publiczny, a częściej inne środki

²⁵⁹*Fortschreibung des Nahverkehrsplans*, Landkreis Mansfeld Sudharz, 2009, Kassel, s.71-72.

komunikacji²⁶⁰. Kierunki handlowo-rozrywkowe zyskają na znaczeniu, bardziej niż kierunki związane z miejscami pracy. Ponadto, wzrost gospodarstw jednoosobowych spowoduje większe zapotrzebowanie na system usług dostarczanych do domów, szczególnie w godzinach pracy, co jest przeciwieństwem obecnych trendów, kiedy to największy ruch generowany jest po godzinach pracy. Przewiduje się, że wskutek zmian demograficznych transport publiczny straci na ważności. W powiecie Mansfeld Sudharz już są widoczne tendencje malejące związane z intensywnością użytkowania transportu publicznego, stąd miasto Sangerhausen szczególną rolę przypisuje dobrej komunikacji w skali regionu, stąd miasto jest dobrze skomunikowane pod względem dostępu do sąsiednich miast. Do głównych środków komunikacji należą: pociąg *Deutsche Bahn AG*, komunikacja autobusowa kursująca w mieście i poza jego granicami oraz dobrze rozwinięta sieć dróg krajowych tj. Halle - Lipsk i Nordhausen (B80) oraz Erfurt i Magdeburg (B86), oraz autostrad (autostrada Sudhartz nr 38/143, Halle-Sangerhausen-Kassel i autostrada Helmetal nr 71, Sangerhausen-Artern). Transport w mieście obsługiwany jest przez autobusy miejskie kursujące na trzech liniach. Transport ponadlokalny zapewniony jest także przez kolej oraz dodatkowo przez autobusy kursujące do sąsiadujących miast, takich jak Halle, Nordhausen, Magdeburg oraz Erfurt. Dzięki temu osoby starsze mogą korzystać z ofert usługowych sąsiadujących gmin.

Ponadto, priorytetem władz regionalnych i miejskich w Sangerhausen było umożliwienie dostępu i dojścia pieszo do centrum miasta (naprawa chodników i jezdni). We wszystkich projektach budowlanych w Sangerhausen duży nacisk został położony na kwestie dostępności miejsc dla wózka inwalidzkiego, poprzez dobudowanie wind do budynków, pochylni przy wejściach, itp.

²⁶⁰ Np. samochodów, ponieważ znacznie wzrosła ilość osób posiadających prawo jazdy, w Niemczech wschodnich jest to szczególnie widoczne u starszych kobiet. (*Fortschreibung des Nahverkehrsplans*, Landkreis Mansfeld Sudharz, 2009, Kassel, s. 72).

Rys. 12 Dobudowane windy do budynków mieszkalnych w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

Rys. 13 Pochylnie przy wejściach do budynków na osiedlu *Am Bergamnn* w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

Dostosowano nawierzchnie chodników do poruszających się po nich osobach starszych, poprzez użycie odpowiednich materiałów antypoślizgowych i obniżenie krawężników, szczególnie przy przejściach dla pieszych.

Rys. 14 Dostosowanie nawierzchni do poruszających się po nich osób i wózków w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

Rys. 15 Obniżone krawężniki w celu łatwego pokonania przeszkody przez wózki osób starszych w Sangerhausen



Źródło: zdjęcie autorki

Instrumenty programowe i finansowanie odnowy miejskiej w Sangerhausen

Instrumenty programowe, które odegrały ważną rolę w procesie odnowy Sangerhausen, to programy: *Social City*, *Future Region Mansfeld/South Harz*, no i przede wszystkim program IBA 2010, którego jednym z zadań było ustabilizowanie i dostosowanie terenów mieszkaniowych do realnych potrzeb, tzn. ubywających mieszkańców i zwiększającej się liczby pustostanów. W tym celu władze miejskie Sangerhausen otrzymały wsparcie finansowe na programy i opracowanie instrumentów planistycznych pochodzące z funduszy unijnych, w wysokości ponad 60 milionów euro. Odnowa miejska w Sangerhausen nie była by możliwa bez wsparcia finansowego z sektora publicznego, ale bardzo ważny aspekt stanowiło także zaangażowanie i inicjatywa władz miejskich, organizacji mieszkalnictwa społecznego, organizacji pozarządowych i samych mieszkańców itp. Współpraca sektora

prywatnego w powiązaniu z sektorem publicznym przyczyniła się do wypracowania nowych form współpracy międzysektorowej, szczególnie z korzyścią dla mieszkalnictwa i powiązanych z nim usług. Sangerhausen dzięki wsparciu finansowemu doczekało się kompleksowej odnowy. Warto jednak zaznaczyć, że nie wszystkie problemy doczekały się rozwiązania. Wiele z tych rozwiązań to projekty pilotażowe, stąd potrzeba czasu na ocenę tych działań i ich skuteczności.

3. Podsumowanie i wnioski

Działania odnowy miejskiej w Sangerhausen zostały przeprowadzone we współpracy z mieszkańcami, w tym osobami starszymi i ukierunkowane były na następujące działania:

w skali działań strategicznych na:

- dostosowanie zabudowy mieszkaniowej, usług, infrastruktury ze względu na mniejszą liczbą mieszkańców – osiągnięcie nowej równowagi na mniejszą skalę,
- promowanie integracji międzypokoleniowej – udogodnienia w przestrzeni miejskiej dla osób starszych i rodzin z dziećmi,
- rozwój międzygeneracyjnej zabudowy mieszkaniowej,
- zaprojektowanie terenów mieszkaniowych dla osób starszych i rodzin z małymi dziećmi (stworzenie bogatej oferty różnych form zabudowy mieszkaniowej na każdym etapie starości np. domów wielopokoleniowych, domów opieki dla osób starszych, itp.),
- promowanie koncepcji „starzenia się w miejscu” (pozostania niezależnym w miejscu zamieszkania do końca dni),
- promowanie koncepcji „miasto bez barier”,

w skali struktury urbanistycznej miasta na:

- wprowadzenie lokalnych centrów informacji dla osób starszych, zlokalizowanych zazwyczaj w centrum osiedli mieszkaniowych,
- połączenie osiedli mieszkaniowych przestrzeniami publicznymi w strukturze urbanistycznej miasta,
- lokalizacja terenów zieleni w bliskim sąsiedztwie miejsca zamieszkania osób starszych (np. rozarium zlokalizowane w

po bliziu domu opieki dla osób starszych, dajace mozliwosc korzystania z funkcji i integracji z pozostałymi mieszkańcami i turystami),

w skali architektury na:

- doprojektowanie pochylni do budynków mieszkalnych i usługowych (eliminacja barier architektonicznych),
- dostosowanie nawierzchni do poruszających się po nich osób i wózków,
- dobudowanie wind do struktury istniejących budynków mieszkalnych z wielkiej płyty itp.

Kluczowe działania w Sangerhausen w celu stworzenia miasta przyjaznego osobom w każdym wieku dotyczyły przede wszystkim rozwoju terenów mieszkaniowych, poprzez stworzenia różnorodnej oferty form zabudowy mieszkaniowej dla osób starszych (koncepcja „starzenia się w miejscu”), która stanowi kluczowy element w strukturze urbanistycznej miasta. Miasta kurczące się, takie jak Sangerhausen, są zależne od innych ośrodków miejskich, ze względu na słaby rozwój gospodarczy i malejącą liczbę ludności. Potrzebują wsparcia z zewnątrz, stąd istotnym elementem w strukturze miejskiej jest transport zapewniający łatwy dostęp do sąsiadujących ośrodków miejskich, w celu korzystania z innych ofert kulturalno-usługowych, jakie oferują te ośrodki osobom starszym.

Sangerhausen jest przykładem miasta kurczącego się, które dotknięte bezrobociem, starzeniem się mieszkańców i migracjami muszą być stymulowane i promowane jako żywe ośrodki, otwarte na nowych mieszkańców (starych i młodych), oferujące rozbudowany program mieszkalno-usługowy, a także przyjazne miejsce zamieszkania dla osób starszych. Miasta kurczące się wymagają osiągnięcia nowej równowagi demograficznej, gospodarczej, społecznej oraz przestrzennej, która otworzy przed nimi nowe wizje rozwojowe na przyszłe lata. Ponadto problemy w miastach wywołane przez zmiany demograficzne nie są do rozwiązania bez wsparcia ze strony władz regionalnych, krajowych, a nawet europejskich. Odnowa miejska nie zakończy się sukcesem, jeśli

działania mające na celu dostosowanie do zmian demograficznych nie będą napędzane przez wewnętrzną świadomość samorządu miejskiego, do którego należy zarządzanie środkami finansowymi oraz podjęcie wielu ważnych decyzji w mieście, mając na względzie potrzeby mieszkańców.

Literatura:

1. Ageing, Housing and Urban Development. OECD, Paryż 2003
2. Broszura informacyjna IBA Saxony-Anhalt, 2010, Sangerhausen. Rating for liveable urban district, Regionalne Ministerstwo Rozwoju I Transportu Saxony-Anhalt, dostępne [w:] <http://www.iba-stadtumbau.de/index.php?sangerhausen-211>
3. Eurostat, *Demography report 2010 Older, more numerous and diverse Europeans*, Komisja Europejska, 2011
4. Europejska Rada Urbanistów, *Nowa Karta Ateńska, Wizja miast XXI wieku*, Lizbona 2003 dostępne w: http://www.zabytki-tonz.pl/pliki/karta%20atenska%202003_pl.pdf
5. *Fortschreibung des Nahverkehrsplans*, Landkreis Mansfeld Sudharz, Kassel 2009.
6. Labus A., praca doktorska *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*, Politechnika Śląska, Wydział Architektury, Gliwice 2013
7. WHO, *Global Age Friendly Cities: A guide*, WHO Press, Geneva 2007,
8. WHO, *Active ageing: a policy framework*, WHO Press, Geneva 2002

Strony internetowe www:

1. www.ibastadtumbau.de/index.php?iba2010-en
2. www.leipzig.de; BMVBS 2008

3. www.awo-sangerhausen.de/index.php/awo-ggmbh/pflegeheim-am-rosengarten.html
4. www.drk-sangerhausen.de/de/inhalte/einrichtungen/seniorenzentrum-kyffhaeuserblick.htm

Iwona Benek

Analiza porównawcza pokoi pacjentów starszych na przykładzie wybranych szpitali geriatrycznych

1. Humanizacja szpitali

Tendencje pojawiające się w sposobie projektowania współczesnych szpitali wskazują na potrzebę tworzenia przestrzeni „leczących” na wszystkich poziomach: psychologicznym, duchowym i fizycznym. Architektura i wystrój wnętrz wpływają na każdy z nich. Na świecie jest już wiele placówek zdrowotnych, w których pacjenci czują się jak w domu, dzięki czemu walka z chorobą jest bardziej skuteczna.

Pacjenci geriatryczni są szczególną grupą użytkowników szpitali – z powodu zwiększonych indywidualnych potrzeb wynikających z ich stanu fizycznej sprawności, psychicznego podejścia do starzenia oraz często obniżonej pozycji społecznej.

Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne pacjentów w starszym wieku, często przewlekle chorych, rodzą szereg wymagań, które powodują konieczność specyficznego podejścia do projektowania szpitali geriatrycznych, w tym pokoi dla pacjentów w starszym wieku.

Przed wszystkim należy wziąć pod uwagę:

- deficyty w samodzielności dotyczące wykonywania czynności codziennych, takich jak: ubieranie, toaleta, przyjmowanie posiłków, korzystanie z toalety,
- do tego dochodzą problemy związane, np. z poczuciem osamotnienia, wyobcowania czy bezużyteczności,

- trudności w porozumieniu i kontaktach międzyludzkich,
- lęk o zdrowie i życie własne oraz najbliższych osób,
- stopniowa utrata poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego,
- poczucie zagubienia, zwłaszcza w nowych przestrzeniach,
- występowanie zaburzeń nastroju, skłonności depresyjne.

W związku z tym pacjenci starsi, między innymi w szpitalach geriatrycznych, powinni mieć możliwość realizacji szeregu specyficznych potrzeb:

- kontaktu z innymi ludźmi,
- dzielenia się swoimi umiejętnościami z innymi – to dowartościowuje, realizuje potrzebę rozwoju i samorealizacji,
- poczucia swobody w nowym miejscu,
- relaksu i wyciszenia.

2. Potrzeby społeczne starszych pacjentów w obrębie szpitala

Problemy ludzi starszych w sferze społecznej dotyczą przede wszystkim wrażenia alienacji i samotności. Seniorzy, nie nadążając za tempem współczesnego życia, zaczynają postrzegać siebie jako społecznie nieprzydatnych, co w połączeniu z częstym brakiem samoakceptacji powoduje tendencje do zaburzeń nastroju, stanów depresyjnych oraz zniecierpliwienia. W odpowiedzi na te problemy powinno się zapewnić osobom starszym jak najszerszy kontakt, zarówno z rówieśnikami, jak i osobami młodszymi. Taki kontakt pomaga oswoić się i zaakceptować obecną sytuację, a dzielenie się doświadczeniem generuje poczucie użyteczności. Równocześnie pacjenci mają prawo do zachowania intymności i wyciszenia.

Przestrzenie społeczne występujące w szpitalu pomagają realizować potrzeby pacjentów. Analiza funkcjonalna istniejących szpitali geriatrycznych wskazuje na następujące tendencje pojawiające się w sposobie kształtowania tzw. przestrzeni wspólnych:

- jadalnie stają się miejscami, gdzie pacjenci integrują się z odwiedzającymi oraz personelem – lokowane są często przy wejściach, stają się „sercem” budynku,
- salony są strefami o charakterze wypoczynkowym w formie grupowej, gdzie relaks połączony jest z integracją społeczną. Realizowane często w formie pokoi telewizyjnych,
- świetlice (do zajęć warsztatowych) są pomieszczeniami wyposażonymi w stoliki, przeznaczone do pracy grupowej, ustawione w sposób sprzyjający rozmowom i wymianie doświadczeń,
- pokoje wyposażone w część wypoczynkową są miejscem spotkań z rodziną.

Podczas pobytu w szpitalu bardzo ważny jest relaks i możliwość wyciszenia, skupienia. Pomaga to zadbać o stan psychiczny pacjenta, co wpływa na jego postawę w stosunku do choroby oraz tempo rekonwalescencji. Konieczne jest więc, żeby w placówkach gdzie przebywają osoby starsze znalazły się pomieszczenia, które realizują te potrzeby:

- kaplice – miejsca realizacji potrzeb związanych ze stanem duchowym,
- zielen, czyli takie przestrzenie jak ogrody zimowe, tarasy, loggie – poza relaksem są miejscami, które aktywizują pacjentów (spacery, ruch), co sprzyja rekonwalescencji i powrotowi do zdrowia,
- pomieszczenia relaksacyjne, takie jak baseny, siłownie wspomagają kondycje fizyczną pacjenta – pomagają w kontaktach międzyludzkich, ale służą również wyciszeniu,
- pokoje stanowiące miejsce wypoczynku.

Pacjenci odczuwają również potrzebę swobody w nowym otoczeniu. Osoby starsze wykazują często przywiązanie do miejsca, w którym żyją. W sytuacjach, gdy niezbędna jest zmiana otoczenia, np. ze względów zdrowotnych, większość takich osób odczuwa dyskomfort, dezorientację, co wpływa negatywnie na stan zdrowia i tempo rekonwalescencji. By

zniwelować negatywne skutki pobytu w szpitalu, w nowym miejscu, istotne jest:

- odpowiednie kształtowanie komunikacji w budynku – jej układ powinien być czytelny, jasny, prosty z odpowiednią informacją graficzną oraz punktami orientacyjnymi, np. w postaci recepcji.
- branie pod uwagę materiałów wykończeniowych na posadzkach, ścianach, sufitach – najlepiej naturalnych, np. drewno, odpowiedni dobór kolorystyki i oświetlenia oraz wyposażenia,
- prawidłowe zaprojektowanie i aranżacja pokoi pacjentów z zapewnieniem miejsca do samodzielnego zagospodarowania (np. zdjęciami).

3. Pokoje pacjentów – wytyczne projektowe

Zasadnicze znaczenie dla samopoczucia pacjentów w czasie pobytu w szpitalu mają przede wszystkim ich pokoje. Ich powszechny obraz jest kojarzony z pokojem hotelowym – co jest założeniem niesłusznym, ponieważ inne są potrzeby chorych przebywających w szpitalu, inne gości hotelowych.

Przed wszystkim konieczne są rozwiązania wariantowe dla pokoi szpitalnych – dostosowane do czasu pobytu w szpitalu, stopnia samodzielności pacjentów, ich wieku oraz intensywności opieki pielęgnacyjnej. Współcześnie obserwujemy tendencje skracania pobytu w szpitalu, między innymi dzięki rozwojowi medycyny. Dla pacjentów tzw. dziennych (przebywających, np. w klinikach jednego dnia) wystarczające będą przestrzenie wypoczynkowe, oczywiście nadzorowane przez personel, ale dające pacjentom większą mobilność i samodzielność.

Chorzy przewlekle wymagają pomieszczeń bardziej elastycznych pod względem aranżacji, zmiany umeblowania – pozwalających na stosowanie wizualnych czy akustycznych przegród, zmianę techniki wykonywania zabiegów higienicznych. Istotne jest również wzięcie pod uwagę komfortu użytkownika dla personelu oraz możliwość przebywania w pobliżu chorego jego bliskich.

4. Analiza porównawcza pokoi w szpitalach geriatrycznych

Koncepcje projektowania pokoi szpitalnych sprawdzono na podstawie analizy porównawczej pomieszczeń znajdujących się w szpitalach geriatrycznych: Geriatric Centre Donaustadt z Wiednia w Austrii, Santa Rita Geriatric Centre z Ciutadella, Ille Balears w Hiszpanii, Mornington Centre zlokalizowane w Victorii w Australii oraz Szpital Geriatryczny z Katowic w Polsce.

Porównano rozwiązania funkcjonalne pokoi opisując ich usytuowanie w stosunku do innych stref szpitala oraz poprzez prezentację graficzną samych pokoi. Nie analizowano sposobu wykończenia (kolorystyka ścian, mebli, drzwi czy oświetlenie sztuczne). Schematy posłużyły do oceny realizacji potrzeb pacjenta oraz personelu. Potrzeby te określono na podstawie:

- dostępnej literatury,
- obowiązujących wytycznych projektowych zawartych między innymi w Prawie Budowlanym i rozporządzeniu „Warunki Techniczne jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie”,
- wywiadów przeprowadzonych z pacjentami i personelem Szpitala Geriatrycznego w Katowicach. Pomocą służył przede wszystkim dyrektor szpitala dr med. Jarosław Derejczyk – wybitny polski geriatra.

Powstał schemat analizy oparty na graficznej prezentacji pokoi i na pytaniach odnoszących się do potrzeb pacjentów i personelu (Tab.1,2).

Poza tym przyjęto, że pokoje pacjentów powinny być projektowane z uwzględnieniem następujących czynników²⁶¹:

- liczby łóżek w pokoju i wielkości pokoju (zagęszczenia),
- usytuowania łóżek w pokoju,

²⁶¹ Czyński M., *Terapeutyczna rola przestrzeni architektonicznej*, [w] materiały VI sympozjum *Architektura i technika a zdrowie*, Politechnika Śląska, Gliwice 2008, s. 72.

- odległości między łózkami,
- odległości łóżka od okna, drzwi, łazienki, wc, umywalki,
- ergonomię jego wyposażenia i przystosowania dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- widok za oknem,
- kontakt wzrokowy z korytarzem szpitalnym,
- kontakt z innymi pacjentami.

POTRZEBY PACJENTA				
	Geriatric Centre Donaustadt	Santa Rita Geriatric Center	Mornington Centre	Szpital Geriatryczny w Katowicach
Czy w pokoju jest wystarczająca ilość miejsca wokół łóżka?	TAK	TAK	TAK	NIE
Czy pacjent dosięga do szafki obok łóżka w pozycji leżącej?	RACZEJ TAK	RACZEJ TAK	TAK	RACZEJ TAK
Czy pacjent dosięga do szafki w pozycji siedzącej?	TAK	TAK	TAK	TAK
Czy istnieje możliwość zachowania prywatności pacjenta?	RACZEJ TAK	TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ NIE
Czy łóżka znajdują się w pobliżu drzwi?	TAK	NIE	NIE	TAK
Czy łóżka znajdują się w pobliżu wejścia do łazienki?	NIE	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ NIE
Czy zapewniono widok przez okno?	TAK	TAK	TAK	RACZEJ TAK
Czy pokój jest przystosowany dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo?	TAK	TAK	TAK	RACZEJ NIE
Czy w pokoju jest problem z nadmiernym hałasem?	NIE	RACZEJ NIE	NIE	NIE
Czy w pokoju znajdują się rośliny?	NIE	NIE	NIE	NIE
Czy w pokoju jest możliwość samodzielnego zaaranżowania wnętrza (zdjęcia, osobiste drobiazgi)?	RACZEJ TAK	TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ NIE
Czy w pokoju jest	RACZEJ NIE	RACZEJ NIE	NIE	RACZEJ NIE

POTRZEBY PACJENTA				
	Geriatric Centre Donaustadt	Santa Rita Geriatric Center	Mornington Centre	Szpital Geriatryczny w Katowicach
problem z nadmiernym nasłonecznieniem?				
Czy w pokoju zapewniono odpowiednią wentylację?	TAK	TAK	TAK	NIE
Całodobowa obserwacja pacjentów zastosowana w pokoju?	BEZPOŚREDNI WGLĄD (PRZESZKLENIE)	SYSTEM MONITORINGU	SYSTEM MONITORINGU	NIE
Dodatkowe udogodnienia dla pacjentów?	ŁÓŻKO STEROWANE PILOTEM	UCHWYTY, ŁÓŻKO STEROWANE PILOTEM, MIEJSCE NA WÓZEK, / BALKONIK	UCHWYTY, ŁÓŻKO STEROWANE PILOTEM, MIEJSCE NA WÓZEK, / BALKONIK	BRAK
Czy odwiedziny bliskich mogą być kłopotliwe dla innych pacjentów?	TAK	NIE	RACZEJ NIE	TAK

Tab.1. Analiza porównawcza realizacji potrzeb pacjentów w badanych szpitalach – opracowano na podstawie materiałów opracowanych przez studentów: Czapla Kamila i Olearczyk Magdalena.

POTRZEBY PERSONELU				
	Geriatric Centre Donaustadt	Santa Rita Geriatric Center	Mornington Centre	Szpital Geriatryczny w Katowicach
Czy w pokoju jest wystarczająca ilość miejsca do prawidłowego obsłużenia pacjenta?	TAK	RACZEJ TAK	TAK	NIE
Czy dostęp do łóżek dla personelu jest prawidłowy (z trzech stron)?	TAK	RACZEJ TAK	TAK	RACZEJ NIE
Czy w pokoju można ustawiać parawany	TAK	TAK	TAK	RACZEJ NIE
Czy układ pokoju umożliwia nadzór nad pacjentem?	TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ NIE

Tab.2. Analiza porównawcza realizacji potrzeb personelu w badanych szpitalach – opracowano na podstawie materiałów opracowanych przez studentów: Czapla Kamila i Olearczyk Magdalena.

4.1. Geriatric Centre Donaustadt

Adres: Langobardenstraße 122, Wiedeń, Austria

Rok powstania: 2008

Ilość łóżek: 54

Specjalizacja: diagnostyka, leczenie szpitalne i rehabilitacja osób starszych (po 60-tym roku życia).

Przykład szpitala gdzie z dużą starannością zajęto się potrzebami starszych pacjentów. Przestrzenie wspólne dają możliwość dowolnej aranżacji, zadbano o czytelny układ funkcjonalny z użyciem odpowiednich materiałów. Budynek został zaprojektowany również jako energooszczędny.



Ryc. 1. Schemat funkcjonalny pokoi w Geriatric Center Donaustadt. Opracowanie własne.

Pokoje (Ryc.1) usytuowane są w północno – zachodniej części szpitala. Dostępne są z korytarza o zmiennej szerokości (od 2,8m do 4,0m), co ułatwia orientację i zwiększa bezpieczeństwo pacjentów, ale i personelu. Do pokoi wchodzimy przez przedsionek z przeszklonymi ścianami, które,

jeśli jest taka potrzeba, są zasłaniane kotarami. Z przedsionka dostajemy się do łazienki przystosowanej dla osób niepełnosprawnych ruchowo i do dwóch dwuosobowych pokoi lub do pokoi czterosobowych (z możliwością przedzielenia parawanem. Wszystkie pokoje posiadają wyjście na balkon lub wewnętrzny ogród.

Potrzeby pacjenta:

- w pokoju jest wystarczająca ilość miejsca wokół łóżka (zapewniono miejsca na pola manewru dla wózków inwalidzkich),
- pacjent dosięga do szafki obok łóżka w pozycji leżącej i siedzącej,
- istnieje możliwość zachowania prywatności pacjenta po oddzieleniu łóżka od pozostałej części pokoju parawanem,
- niektóre łóżka znajdują się w pobliżu drzwi, które służą personelowi,
- dużą zaletą jest dostępność łazienek z przedsionków – stanowią one naturalną śluzę zatrzymującą ewentualne przykre zapachy,
- zapewniono dobry widok przez okno z wszystkich łóżek,
- pokój jest przystosowany dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo,
- w pokoju mogą być problemy z hałasem, np. z odbiornika radiowego lub telewizora – pokoje czterosobowe,
- w pokojach brak roślin, kontakt z przyrodą jest zapewniony przez dostęp do balkonów i wyjścia do ogrodu wewnętrznego szpitala,
- w pokoju jest możliwość samodzielnego zaaranżowania wnętrza (zdjęcia, osobiste drobiazgi) w strefie przyłóżkowej,
- w pokojach nie ma problemu z nadmiernym nasłonecznieniem,
- w pokojach zapewniono odpowiednią wentylację mechaniczną,
- całodobowa obserwacja pacjentów jest możliwa poprzez przeszklone ściany z korytarza,
- dodatkowym udogodnieniem dla pacjentów są łóżka sterowane pilotem,
- odwiedziny bliskich mogą być krępujące dla innych pacjentów – w pokojach brak miejsca dla odwiedzających.

- rozmieszczenie wyposażenia w pokoju nie umożliwia swobodnej rozmowy z pacjentem i nie zapewnia prywatności,

Potrzeby personelu:

- w pokoju jest wystarczająca ilość miejsca do prawidłowego obsłużenia pacjenta przez personel,
- dostęp do łóżek dla personelu jest prawidłowy - z trzech stron,
- w pokoju można ustawiać parawany ,
- układ pokoju umożliwia nadzór nad pacjentem poprzez przeszklone ściany od strony korytarza oraz poprzez przejścia dla personelu pomiędzy pokojami.

4.2. Santa Rita Geriatric Center

Adres: Calle Marius Verdaguer, Ciutadella de Menorca, Hiszpania

Rok powstania: 2009

Ilość łóżek: 70

Średni czas pobytu pacjenta: zarówno długotrwały i krótkotrwały pobyt pacjentów

Specjalizacja: hospitacja i rehabilitacja osób starszych .

Celem projektantów było stworzenie obiektu, który nie przypominałby szpitala, ale przypominał atmosferę domu. Pacjenci mają dostęp do szeregu przestrzeni wspólnych – ogrodu wewnętrznego, jadalni, kawiarni. Wielosferyczny układ bryły tworzy ścieżkę, która stymuluje zmysły seniorów, łagodzi dezorientację, a przede wszystkim niweluje poczucie nudy przestrzennej. Zastosowano różnorodne materiały – od naturalnych - takich jak drewno, po najnowocześniejsze, np. półprzezroczyste szkło. Wszystkie pomieszczenia są doświetlone światłem naturalnym poprzez wewnętrzny ogród i szereg świetlików dachowych.



Ryc. 2. Schemat funkcjonalny pokoi w Santa Rita Geriatric Centre. Opracowanie własne.

Pokoje szpitala z Hiszpanii (Ryc.2) są jednoosobowymi pomieszczeniami z komfortowym wyposażeniem. Ich szereg tworzy pierścień okalający wewnętrzny dziedziniec z ogrodem terapeutycznym. Wyoblone ściany sprzyjają bezkolizyjnej komunikacji.

Potrzeby pacjenta:

- w pokoju jest wystarczająca ilość miejsca wokół łóżka,
- pacjent dosięga do szafki obok łóżka w pozycji leżącej i siedzącej, ma możliwość dowolnej aranżacji wnętrza,
- istnieje możliwość zachowania prywatności pacjenta, ale rozwiązanie takie może powodować również wyizolowanie, pogłębianie poczucia samotności. Pacjenci mają jednak możliwość integracji poprzez połączenie wszystkich pokoi z ogrodem wewnętrznym,
- łóżka są prawidłowo i bezpiecznie usytuowane w pokojach,
- zapewniono widok przez okno,
- pokoje są przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo,

- w pokojach nie ma problemu z nadmiernym hałasem,
- z pokoju można obserwować roślinność znajdującą się w ogrodzie wewnętrznym szpitala,
- w pokojach nie ma problemu z nadmiernym nasłonecznieniem, ponieważ wszystkie doświetlone są poprzez ogród wewnętrzny przekryty szklanym dachem,
- w pokojach zapewniono odpowiednią wentylację mechaniczną,
- zapewniono całodobową obserwację pacjentów poprzez system monitoringu,
- dodatkowe udogodnienia dla pacjentów w postaci uchwytów, łóżek sterowanych pilotem, miejsca na wózek inwalidzki czy balkonik. Istnieje również możliwość dowolnej aranżacji pokoju,
- odwiedziny bliskich nie są krępujące dla innych pacjentów.
- rozmieszczenie wyposażenia w pokoju umożliwia swobodną rozmowę z pacjentem i zapewnia prywatność,
- poza pokojami w szpitalu znajduje się miejsce spotkań w ogrodzie wewnętrznym.

Potrzeby personelu:

- w pokoju jest wystarczająca ilość miejsca do prawidłowego obsłużenia pacjenta,
- dostęp do łóżek dla personelu jest prawidłowy z trzech stron,
- nadzór nad pacjentem możliwy poprzez system monitoringu.

4.3. Mornington Centre

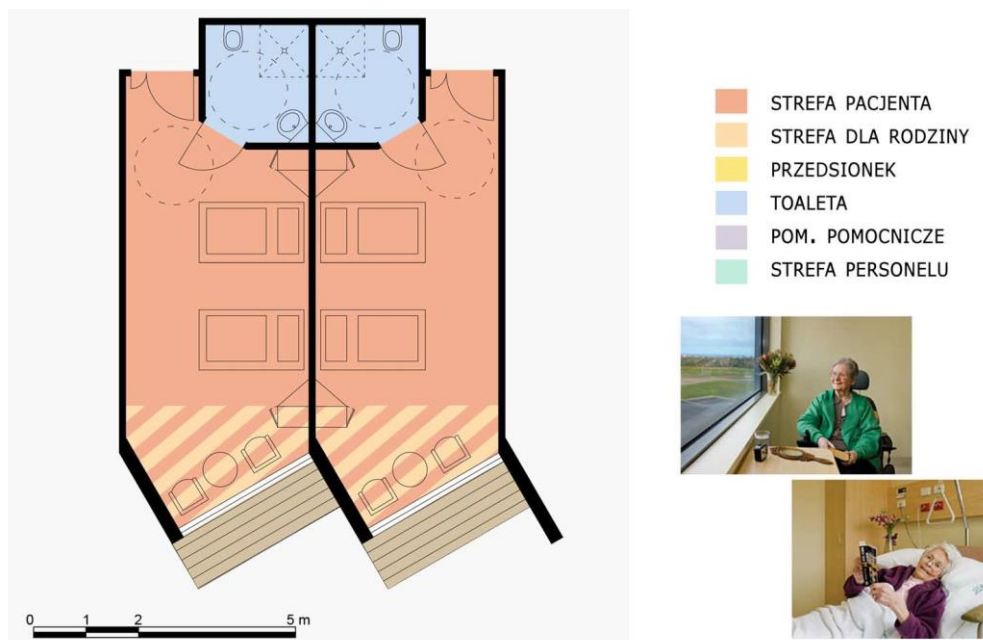
Adres: Mornington, Victoria, Australia

Rok powstania: 2013

Ilość łóżek: 60

Specjalizacja: diagnostyka, leczenie szpitalne i rehabilitacja osób starszych (po 60-tym roku życia).

Szpital ukształtowano tak by przypominał dom lub nadmorski hotel. Kolorystyka (ciepła), oświetlenie (przypominające domowe) i materiały (drewno, ceramika) miały ułatwić komunikację, orientację, zmniejszyć poczucie zagubienia i dezorientacji w nowym miejscu. Strefa wejściowa usytuowana jest w sąsiedztwie jadalni, która jest „sercem” budynku. Tutaj spotykają się pacjenci, odwiedzający oraz personel.



Ryc. 3. Schemat funkcjonalny pokoi w Mornington Centre. Opracowanie własne.

Pokoje umieszczono w budynku w traktach zewnętrznych – trakt środkowy to restauracja, pokoje dla personelu oraz pokoje zabiegowe. Dwuosobowe pokoje pacjentów (Ryc.3) zaprojektowano tak jak sypialnie, a w części z nich wydzielono strefę dzienną – z fotelami oraz atrakcyjnym widokiem na zewnątrz.

Potrzeby pacjenta:

- w pokoju jest wystarczająca ilość miejsca wokół łóżka,
- pacjent dosięga do szafki obok łóżka w pozycji leżącej i siedzącej,
- istnieje możliwość zachowania prywatności pacjenta poprzez zastosowanie parawanu,

- łóżka znajdują się w pobliżu wejścia do łazienki co jest niekorzystne ze względu na swobodę poruszania się wokół łóżka i ewentualne przykre zapachy,
- zapewniono widok przez okno i dostęp do balkonów,
- pokoje są przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo,
- w pokojach nie ma problemu z nadmiernym hałasem,
- w pokoju raczej brak rośliny. Możliwość obserwacji przyrody przez okno lub z balkonu,
- w pokoju jest możliwość samodzielnego zaaranżowania wnętrza (zdjęcia, osobiste drobiazgi),
- w pokojach nie ma problemu z nadmiernym nasłonecznieniem dzięki balkonom odwróconym o 45°,
- w pokojach zapewniono odpowiednia wentylację mechaniczną,
- całodobowa obserwacja pacjentów zastosowana w pokoju poprzez system monitoringu,
- dodatkowe udogodnienia dla pacjentów w postaci uchwytów, łóżek sterowanych pilotem,
- odwiedziny bliskich nie są raczej krępujące dla innych pacjentów dzięki wydzielonemu miejscu do siedzenia przy balkonach.
- rozmieszczenie wyposażenia w pokoju umożliwia swobodną rozmowę z pacjentem i zapewnia prywatność.

Potrzeby personelu:

- w pokojach jest wystarczająca ilość miejsca do prawidłowego obsłużenia pacjenta,
- dostęp do łóżek dla personelu jest prawidłowy - z trzech stron,
- w pokoju można ustawiać parawany,
- układ pokoju raczej nie umożliwia nadzoru nad pacjentem, np. z korytarza tylko poprzez system monitoringu.

4.4. Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach

Adres: ul. Morawia 31, Katowice, Polska

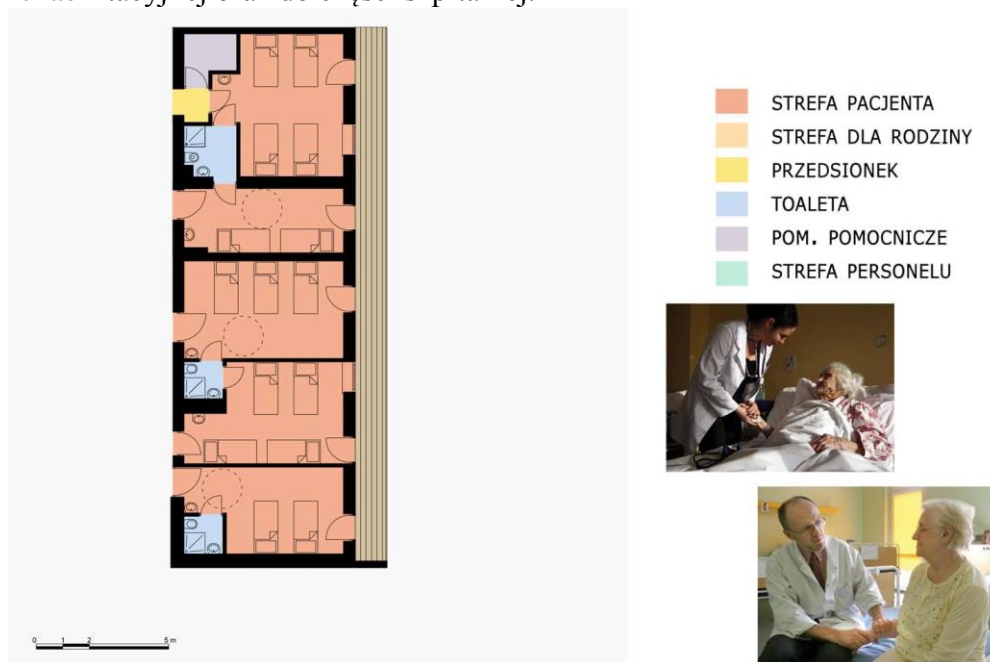
Rok powstania: 1961

Ilość łóżek: 40²⁶²

Średni czas pobytu pacjenta: 10 dni

Specjalizacja: diagnostyka, leczenie szpitalne i rehabilitacja osób starszych (po 60. roku życia), badania nad procesami starzenia narządowego, kształcenie personelu medycznego w zakresie geriatрії.

Szpital ukształtowano w formie trzykondygnacyjnego korytarzowca. Korytarz stanowi główną oś budynku – posiada nietypową szerokość umożliwiającą pacjentom spożywanie na nim posiłków, spotkanie z rodziną. Z pokoi pacjentów można wyjść na balkon. Strefa wejściowa do budynku stanowi nowy, dobudowany element prowadzący do części rehabilitacyjnej oraz do części szpitalnej.



Ryc. 4. Schemat funkcjonalny pokoi w szpitalu Geriatrycznym w Katowicach. Opracowanie własne.

²⁶² W sierpniu 2014 otwarto nową część szpitala, która podczas przygotowywania materiałów do publikacji była w fazie uzgadniania projektu. Obecnie szpital dysponuje 70 łózkami geriatrycznymi oraz 30 łózkami rehabilitacyjnymi.

Pokoje (Ryc.4) w jedynym szpitalu geriatrycznym w Polsce są pokojami dwu-, trzy- i czterosobowymi sytuowanymi na drugiej i trzeciej kondygnacji. Pokoje dwuosobowe mają osobne łazienki, pozostałe łazienki obsługują po dwa pokoje.

Potrzeby pacjenta:

- w pokojach nie ma wystarczającej ilości miejsca wokół łóżek – brak pól manewrowych dla wózków inwalidzkich, łóżka dostępne, np. z dwóch stron,
- pacjent dosięga do szafki obok łóżka w pozycji leżącej i siedzącej,
- słaba możliwość zachowania prywatności pacjenta w pokoju wieloosobowym,
- niektóre łóżka znajdują się w pobliżu drzwi do łazienki, co naraża pacjentów na nieprzyjemne zapachy z pomieszczeń sanitarnych oraz utrudnia dostęp do łazienki a dla osoby leżącej przy drzwiach jest sytuacją dyskomfortową,
- zapewniono widok przez okno (widoki nieatrakcyjne – na sąsiedni budynek), niektóre łóżka ustawiono tyłem do okna,
- pokoje i łazienki nie są przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, brak w nich miejsca na wózki czy balkoniki,
- w pokojach nie ma problemu z nadmiernym hałasem – brak w nich telewizorów,
- w pokoju brak roślin, brak również ogrodu przyszpitalnego,
- w pokojach brak możliwości samodzielnego zaaranżowania wnętrza (zdjęcia, osobiste drobiazgi),
- w pokojach nie ma problemu z nadmiernym nasłonecznieniem,
- w pokojach nie zapewniono odpowiedniej wentylacji,
- całodobowa obserwacja pacjentów utrudniona – konieczny jest wgląd personelu,
- brak udogodnień dla pacjentów,
- odwiedziny bliskich mogą być krępujące dla innych pacjentów.
- w pokojach brak miejsca dla odwiedzających – takim miejscem jest korytarz,

- rozmieszczenie wyposażenia w pokoju nie umożliwia swobodnej rozmowy z pacjentem i nie zapewnia prywatności.

Potrzeby personelu:

- w pokojach brak wystarczającej ilości miejsca do prawidłowego obsłużenia pacjenta,
- dostęp do łóżek dla personelu nie jest prawidłowy,
- w pokojach można ustawiać parawany,
- układ pokoju umożliwia nadzór nad pacjentem poprzez bezpośredni wgląd do pokoju.

5. Podsumowanie

Przedstawiona analiza porównawcza pokoi pacjentów w szpitalach geriatrycznych pokazuje, że rozwiązania przestrzenne są zróżnicowane, ale generalnie odpowiadają na potrzeby użytkowników:

- potrzeba prywatności – realizowana jest poprzez zapewnienie odpowiedniego terytorium wokół łóżka i zaopatrzenie w niezbędne sprzęty (szafki przyłóżkowe). W większości prezentowanych przykładów rozwiązania zapewniają gradację prywatności – od intymnych rozmów z bliskimi, po kontakty z personelem bądź współlokatorem,
- potrzeba personalizacji przestrzeni – zapewniona została poprzez możliwość indywidualizacji pokoi (szczególnie pojedynczych). Projektanci przyjmowali rozwiązania w wyposażeniu, kolorystyce czy oświetleniu, które pomagały uzyskać domową atmosferę w pokojach,
- potrzeba regulacji intensywności interakcji społecznych – była zazwyczaj realizowana poprzez możliwość swobodnego kształtowania relacji, możliwość zmiany miejsca i ochroną przed uciążliwą obecnością innych osób,
- potrzeba bezpieczeństwa – wiąże się z potrzebą kontroli nad przebiegiem własnego leczenia (kontakt z personelem), potrzebą

kontakty wzrokowe z otoczeniem oraz ochroną przed wpływem stresów środowiskowych,

- kontrola czynników środowiskowych – polega na ochronie przed hałasem, przykrymi zapachami oraz ochroną przed nadmiernym promieniowaniem słonecznym.

Dla projektanta znajomość obowiązujących przepisów i praktyka zawodowa mogą być niewystarczające do prawidłowego zaprojektowania szpitala geriatrycznego, czy pokoi dla pacjentów. Istotna jest świadomość specyficznych potrzeb osób starszych i personelu. Tego typu podejście projektowe daje szansę na stworzenie przestrzeni w pełni uwzględniających potrzeby użytkowników często wykraczających poza obowiązujące przepisy.

Bibliografia:

1. Bańka A.: Społeczna psychologia środowiskowa, Wyd. Scholar , Warszawa 2002.
2. Czyński M.: Terapeutyczna rola przestrzeni architektonicznej szpitala, [w] materiały VI Symposium Architektura i Technika a Zdrowie, Wyd. Politechnika Śląska , Gliwice 2008.
3. Friesen K., Parke B.: Code plus. Physical Design Components for an Elder Friendly Hospital, Wyd. Fraser Health
4. Parke B.: Physical Design Dimension of an Elder Friendly Hospital: An evidence – based practice review undertaken for the Vancouver Island Health Authority, Wyd. University of Victoria, 2007.
5. www.archdaily.com
6. www.dmaa.at

O AUTORACH

dr Bożena Zasepa

Polityk społeczny, pracownik naukowy Zakładu Polityki Społecznej w Instytucie Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu Śląskiego. Jej zainteresowania badawcze obejmują przede wszystkim obszar zabezpieczenia społecznego, demografii i polityki rodzinnej. Współpracuje w charakterze eksperta m.in. z Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego, Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, organizacjami związkowymi i podmiotami III sektora.

prof. nadzw. dr Maria Zralek

Dr nauk humanistycznych oraz prof. Wyższej Szkoły Humanitas w Sosnowcu, gdzie pełni funkcję dziekana Wydziału Nauk Humanistycznych. Interesująca ją obszar badawczy dotyczy polityki społecznej. Autorka ekspertyz opracowywanych dla Rzecznika Praw Obywatelskich, Rządowej Rady Ludnościowej, a także szeregu ekspertyz wykonanych dla Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego. Uczestniczyła w roli eksperta w opracowaniu Wojewódzkiej Strategii Polityki Społecznej 2006-2020 oraz była konsultantem Strategii Rozwoju Górnśląsko-Zagłębiowskiej Metropolii „Silesia” do 2025 r. Opracowała wraz z zespołem Strategię przeciwdziałania bezrobociu w Siemianowicach Śląskich oraz była ekspertem w trzech projektach finansowanych przez Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR) realizowanych przez Główny Instytut Górnictwa (GIG) w Katowicach. Liderka zespołu zadaniowego ds. seniorów w ramach Aktualizacji Wojewódzkiej Strategii Polityki Społecznej (2013-2014). Dorobek naukowy obejmuje 10 pozycji zwartych (w tym cztery współredakcje), niemal 100 artykułów opublikowanych w recenzowanych książkach naukowych w kraju i zagranicą. Brała aktywny udział w konferencjach krajowych i zagranicznych. Uczestniczyła w 12 krajowych i międzynarodowych programach badawczych. Odbyła staże naukowe we Francji i Hiszpanii. Przewodnicząca O/Katowickiego

Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

dr Roman Garbiec

W latach 1987-1999 pracownik Oddziału ZUS w Częstochowie, gdzie pracował na wielu stanowiskach rozpoczynając od referenta a kończąc na szczeblu dyrektora Oddziału. Od 1998 roku adiunkt w Wydziale Zarządzania Politechniki Częstochowskiej. Autor i współautor 105 publikacji naukowych z zakresu ubezpieczeń społecznych, zdrowotnych, gospodarczych, marketingu oraz zarządzania ludźmi, w tym 5 monografii i 5 podręczników z dziedziny ubezpieczeń.

dr hab. Michał Kaczmarczyk

Prof. Wyższej Szkoły Humanitas w Sosnowcu, w której pełni funkcję rektora. Politolog i medioznawca, adiunkt w Instytucie Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej, dyrektor Międzynarodowego Centrum Badań nad Mediami i Komunikacją Społeczną. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół problematyki komunikacji społecznej, systemów medialnych i roli komunikacji w zarządzaniu.

dr Lidia Zuber-Dzik

Doktor psychologii. Jako emerytowany nauczyciel akademicki aktualnie współpracuje ze Szkołą Wyższą Psychologii Społecznej i Wyższą Szkołą Zarządzania Ochroną Pracy. Członek Rady Społecznej przy Pełnomocniku Terenowym Rzecznika Praw Obywatelskich w Katowicach.

dr Artur Fabiś

Doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, specjalność: andragogika i gerontologia. Redaktor kilkunastu prac zbiorowych z zakresu edukacji dorosłych i gerontologii. Inicjator i kierownik wielu konferencji naukowych. Członek Zarządu Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego oraz Prezes Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych, ponadto założyciel Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Mysłowicach.

dr hab. prof. UŚ Barbara Mikołajczyk

Profesor Uniwersytetu Śląskiego, zatrudniona na Wydziale Prawa i Administracji w Katedrze Prawa Międzynarodowego Publicznego i Prawa Europejskiego. Członek Komisji ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, autorka książki „Międzynarodowa ochrona praw osób starszych” wydanej w 2012 roku.

dr Ryszard Majer

Doktor nauk społecznych i samorządowiec. Na co dzień w Zakładzie Pracy Socjalnej i Nauk o Zdrowiu Akademii Jana Długosza w Częstochowie, wcześniej w administracji rządowej i samorządowej, m.in. zastępca prezydenta Miasta Częstochowy oraz wiceprzewodniczący Rady Pomocy Społecznej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej. W ramach projektu Stowarzyszenia Pracy Socjalnej pełni funkcję Rzecznika Praw Osób Starszych.

mgr Izabela Malik

Kierownik Działu Pomocy Społecznej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Czerwionce – Leszczynach. Z wykształcenia pracownik socjalny. Swoją wiedzę zdobywała na Uniwersytecie Śląskim, na kierunku praca socjalna oraz zarządzanie pomocą społeczną. Ponadto ukończyła drugi stopień specjalizacji w zakresie pracy socjalnej z ludźmi starszymi. Przez cały okres kształcenia, jej prace, zarówno licencjacka, jak i magisterska, były związane z tematyką senioralną. Pierwszy projekt socjalny, który napisała, także skierowany był dla seniorów. Ukończyła dwuletnie szkolenie dotyczące tworzenia i rozwijania usług pomocy oraz integracji społecznej i otrzymała certyfikat edukatora społeczności lokalnej. Jest inicjatorką działań związanych z organizowaniem społeczności lokalnej w strukturach ośrodka pomocy społecznej, w którym pracuje. W wolnych chwilach spędza czas z rodziną, na wspólnych rozmowach czy wycieczkach rowerowych, ponadto prowadzi zajęcia taneczno-ruchowe dla seniorów w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

dr Izabela Zając-Gawlak

Absolwentka Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach na kierunkach wychowanie fizyczne i fizjoterapia. Doktorat z dziedziny nauk o kulturze fizycznej w AWF w Krakowie (2005r.). Od 1998 roku pracownik naukowo-dydaktyczny w Katedrze Teorii i Metodyki Wychowania Fizycznego w Zakładzie Specjalnej Edukacji Fizycznej. Kierownik projektu „Aktywność fizyczna jako niezbędny element pomyślnego starzenia się człowieka”, realizator 4 projektów badawczych (w tym międzynarodowych), poświęconych problematyce starzenia się człowieka. Autorka 37 publikacji. Zainteresowania naukowe wiążą się z tematyką dotyczącą zmian inwolucyjnych; tematyką otyłości, w tym szczególnie – problematyką otluszczenia wisceralnego u osób starszych.

dr Dariusz Pośpiech

Absolwent Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach na kierunkach wychowanie fizyczne i fizjoterapia. Doktorat w dziedzinie nauk o kulturze fizycznej w AWF w Katowicach (2004r.). Od 2000 roku pracownik naukowo-dydaktyczny w Katedrze Teorii i Metodyki Wychowania Fizycznego w Zakładzie Specjalnej Edukacji Fizycznej. Uczestniczył w realizacji 5 projektów badawczych (w tym międzynarodowych) poświęconych problematyce pomyślnego starzenia się człowieka. Autor 30 publikacji oraz współautor 1 monografii.

dr Lidia Kuba

Pracownik Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach, gdzie pełni funkcję kierownika Zakładu Gimnastyki i Fitnessu.

mgr Emilia Korz

Nauczyciel w Młodzieżowym Domu Kultury w Świętochłowicach. Planuje dalszy rozwój naukowy.

mgr Sandra Kaduk

Pracownik Zakładu Treningu Sportowego Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach. Absolwentka AWF Katowice na kierunkach turystyka i rekreacja, wychowanie fizyczne ze specjalnością gimnastyka korekcyjna oraz podyplomowych studiów przygotowania motorycznego i wciąż poszerza zakres swojej wiedzy oraz umiejętności. Krąg jej zainteresowań dotyczy treningu siły mięśniowej zwłaszcza kobiet i młodzieży oraz zagadnień treningu funkcjonalnego. W dotychczasowej karierze zawodowej współpracowała jako specjalista przygotowania motorycznego z zawodnikami sportów zimowych, walki, motorowych, pływania, lekkiej atletyki, drużynami piłki nożnej oraz męskich i żeńskich drużyn piłki siatkowej i siatkówki plażowej, z którymi zdobyła kilka medali mistrzostw świata oraz kilkanaście mistrzostw Europy.

dr Michał Wilk

Pracownik naukowo-dydaktyczny Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, gdzie pełni funkcję kierownika Zakładu Treningu Sportowego. W swojej działalności naukowej prowadzi badania nad endokrynnymi aspektami wysiłków o charakterze siłowym, realizowane w zakładzie Trening Sportowego AWF - Katowice. Autor publikacji z zakresu treningu siły mięśniowej pt. "Współczesny trening siły mięśniowej". Wielokrotny mistrz i rekordzista Polski w trójboju siłowym, medalista mistrzostw Europy i świata, mistrz świata i Europy w wyciskaniu sztangi leżąc. Specjalista przygotowania motorycznego, żywienia i suplementacji w sporcie. Współpracujący z wieloma zawodnikami i klubami sportowymi.

dr inż. arch. Agnieszka Labus

Doktor nauk technicznych w dyscyplinie architektura i urbanistyka, specjalność odnowa miast w kontekście zmian demograficznych, w tym starzenia się społeczeństwa. Uczestniczka projektów badawczych związanych głównie z problematyką starzenia się społeczeństwa (w ramach jednego z nich była kierownikiem projektu - NCN-PRELUDIUM I). Ekspert w zespole zadaniowym ds. pierwszego w Polsce dokumentu strategicznego pt. *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne* realizowanego

pod kierunkiem prof. Stanisławy Golinowskiej przy Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego, a także współautorka poradnika pt. *Srebrna Gospodarka szansą dla Małopolski* realizowanego także przy UMWM w Krakowie. Ekspert ds. przestrzennych w międzynarodowym projekcie ADAPT 2DC – Adaptacja do zmian demograficznych (EFRR) w ramach międzynarodowych warsztatów w Budapeszcie na Węgrzech. Rezultatem jej badań, które prowadzi od 2009 roku, jest blisko 40 publikacji (w tym większość posiadająca punkty MNiSzW oraz monografia autorska (w druku) na podstawie pracy doktorskiej pt. *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*), a także 20 wystąpień konferencyjnych (w Polsce i za granicą), w tym wykłady i wystąpienia gościnne. Za swoje badania i projekty została nagrodzona licznymi nagrodami i stypendiami (nadanymi min. przez MNiSW, Ambasadę Francji, Fundację dla Polski, Design Silesia – EFS, Dwutygodnik „Polityka” – finalistka Nagrody Naukowej 2014 (finał w październiku 2014)). Członkini Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, europejskiej organizacji COST oraz sieci naukowej genderSTE.

dr inż. arch. Iwona Benek

Adiunkt w Katedrze Teorii, Projektowania i Historii Architektury na Politechnice Śląskiej w Gliwicach. Zajmuje się tematyką projektowania dla osób niepełnosprawnych – podczas przygotowywania pracy magisterskiej przeprowadzała badania w mieszkaniach, potem – w pracy doktorskiej – zabudowy mieszkaniowej z Katowic. Obecnie skupia się na problemach osób starszych i ich sytuacji w instytucjach zapewniających opiekę.