

#20 (1) / 2016

CZASOPISMO INDEKSOWANE
NA LIŚCIE CZASOPISM
PUNKTOWANYCH MNiSW
(7 PKT., CZĘŚĆ B, NR 1667)

CZŁONKAMI REDAKCJI I
RADY NAUKOWEJ SiE SĄ
UZNANI BADACZE Z POLSKI
I ZAGRANICY

MIĘDZYNARODOWE
STUDIA HUMANISTYCZNE /
SOCIETY AND EDUCATION.
INTERNATIONAL STUDIES IN
HUMANITIES

SPOŁECZEŃSTWO I EDUKACJA



ISSN: 1898-0171



Institut Studiów Międzynarodowy
i Edukacji w Warszawie

20 (1) / 2016

SPOŁECZEŃSTWO I EDUKACJA

CZASOPISMO INDEKSOWANE
NA LIŚCIE CZASOPISM
PUNKTOWANYCH MNiSW
(7 PKT., CZĘŚĆ B, NR 1667)

CZŁONKAMI REDAKCJI I
RADY NAUKOWEJ SIĘ SĄ
UZNANI BADACZE Z POLSKI
I ZAGRANICY

MIĘDZYNARODOWE
STUDIA HUMANISTYCZNE /
SOCIETY AND EDUCATION.
INTERNATIONAL STUDIES IN
HUMANITIES

SPOŁECZEŃSTWO I EDUKACJA

KOLEGIUM REDAKCYJNE | Editorial boards:

Paweł Stanisław Czarnecki –
Redaktor Naczelny / Chief Editor

Dorota Wójcik-Kośla –
Sekretarz redakcji / Assistant editor

REDAKTOR NAUKOWY TEMATYCZNY | Section Editor:

dr hab. Małgorzata Dobrowolska

WŁĄCZENIE SPOŁECZNE I ZWALCZANIE UBÓSTWA

RADA NAUKOWA | Scientific Council:

Henryk Bednarski – Przewodniczący / Chairman

Josef Polacko – wiceprzewodniczący / vice-chairman

Wojciech Słomski – wiceprzewodniczący / vice-chairman

Bazyli Nazaruk – sekretarz naukowy / scientific secretary

REDAKTORZY JĘZYKOWI | Language Editors:

Tamara Yakovuk – język rosyjski, tiyakovuk@yandex.ru

Jaroslava Kmecova – język czeski i słowacki,
jaroslava.kmecova@dare.sk

Ramiro Delio Borges de Meneses - język angielski,
hiszpański i portugalski, borges272@gmail.com

Marcin Szawiel – język polski, marcin.szawiel@wp.pl

Martin Laczek – język angielski, martin.laczek@yahoo.co.uk

Jurij Kariagin – język ukraiński, yuriy.karyagin@gmail.com

REDAKTOR STATYSTYCZNY I TECHNICZNY | Statistical

Editor: Fedir Nazarchuk, fedornaz@gmail.com

CZŁONKOWIE / Members:

Jewgenij Babosov, Pavol Dancak, Kazimierz
Doktor, Anatolij Drabowski, Rudolf Dup-
kala, Sergiej Gawrow, Vasil Gricenko, Jurij
Kariagin, Natalia Kutuzowa, Ella Libanowa,
Mariola Lemounier, Ramiro Delio Borges de
Meneses, František Mihina, Andrzej Misiólek,
Zdzisław Nowakowski, Walery Nowikow,
Michajło Popławskij, Olena Pierelomova,
Jurij Reznik, Kiril Rozlogow, Wanda Rusiec-
ka, Aleksandr Stiepanow, Stanislav Stolarik,
Marek Storoška, Ireneusz Świtła, Maciej
Tanaś, Walentyn Wandyszew, Anna Wawr-
zonkiewicz Słomska, Nonna Zinowiewa, Josef
Suvada, Ivica Gulasova, Vladimir Krcmery,
Irena Piskorova, Daniel West, Nella Nyczka-
lo, Ivan Grischenko, Irina Ignatieva, Vasil
Kremen, Alexander Belohalvek, Peter Vojcik.

Wersja pierwotna (referencyjna)
czasopisma to wersja drukowana. /
*The original (reference) version of the
journal is printed.*

Lista recenzentów | List of reviewers:

Lista recenzentów
znajduje się na stronie
www.studiahumanistyczne.pl

Adres redakcji i wydawcy | Publisher: Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum,
ul. Złota 61, lok. 101, 00-819 Warszawa www.humanum.org.pl / Printed in Poland

© Copyright by The authors of individual text

Wszystkie nadsyłane artykuły naukowe są recenzowane. Procedura recenzowania artykułów, zapora ghostwriting oraz zasady przygotowywania tekstów i instrukcje dla autorów znajdują się na stronie internetowej czasopisma <http://humanum.org.pl> w zakładce Czasopisma / All articles are peer reviewed. The procedure for reviewing articles, and the Guide for Authors can be found on the website of the journal (<http://humanum.org.pl>)

Korekta artykułów zamieszczanych w czasopiśmie
wykonywana jest przez Autorów periodyku / Proofreading by authors.

20 (1) / 2016



Spis treści

- ANNA WZIĄTEK-STĄSKO** Wielowymiarowość wykluczenia społecznego- w poszukiwaniu nowych form zjawiska **7**
- HANNA PRZYBYŁA-BASISTA** Poczucie stygmatyzacji w rodzinach doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym **23**
- MAŁGORZATA ORŁOWSKA** Złotówka na edukację, osiem złotych na kulturę – o juwenelizacji biedy, analiza wybranych problemów **37**
- AGATA CHUDZICKA-CZUPAŁA, ANITA GAŁUSZKA** Wykluczenie społeczne osób chorych i niepełnosprawnych – aspekty etyczne. Psychologiczne koszty stygmatyzacji **47**
- ANNA KOŁODZIEJ-ZALESKA, MICHALINA ILSKA** Status socjoekonomiczny kobiet w okresie porozwodowym **59**
- MARIANNA DĄBROWSKA-WNUK** Samotność w starości – szansa na rozwój czy ryzyko (samo)wykluczenia społecznego **75**
- JOANNA KUCHAREWICZ** Inkluzja społeczna osób starszych, jako uwarunkowanie poczucia satysfakcji z życia w okresie późnej dorosłości **93**
- ANNA BRANDT, KRYSZYNA BUSZMAN** Za gruba, za chuda, nieładna – problem społecznej stygmatyzacji osób o ciele nieidealnym **103**

JAGODA SIKORA	Orientacja na macierzyństwo. Przegląd literatury	117
ALEKSANDRA WIETESKA	Spostrzeganie wsparcia społecznego i krytyki wyglądu rówieśników przez młodzież o zróżnicowanym wskaźniku BMI	125
ANNA KÓZKA, HANNA PRZYBYŁA-BASISTA	Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny dla rodziców dzieci z zespołem Downa	139
MICHALINA ILSKA, ANNA KOŁODZIEJ-ZALESKA	„Dobrze być dziadkiem...”; „Dobrze mieć dziadka...” – znaczenie zaangażowania dziadków w pomoc rodzinom oraz w opiekę nad wnukami	151
IWONA BENEK	Włączenie społeczne osób starszych poprzez ich aktywizację – prezentacja rozwiązań architektonicznych	167
BEATA PITUŁA, ANNA WALIGÓRA – HUK	Nauczyciel wobec problemu ubóstwa	179
TOMASZ JAKUBOWSKI, WIOLA FRIEDRICH	Wykluczenie społeczne sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci a jego wpływ na recydywę - aspekty psychologiczne i prawne	185
ANITA GAŁUSZKA, MAŁGORZATA NIERYCHLEWSKA	Satysfakcja z życia i poczucie osamotnienia osób w wieku senioralnym w kontekście wykluczenia społecznego	201
TOMASZ KUTA, DOMINIK ADAMEK	Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną	215
KRYSTYNA BUSZMAN, ANNA BRANDT	Ciało poza społecznym kanonem piękna – ciało odrzucone: perspektywa osób o ciele „nieidealnym”	225

ANITA POLLAK, PATRYCJA RUDNICKA, MAŁGORZATA CHRUPAŁA-PNIAK	Pojęcie allostatyzy i znaczenie czynników psychospołecznych dla przeciążenia allostatycznego jako wytyczne dla programów promocji zdrowego starzenia się	239
MARTA BANOUT, MICHAŁ NACZYŃSKI, ANNA PYSZKOWSKA	Postawy wobec osób starszych w kontekście kodów moralnych i moralnego dystansowania się	251
JUSTYNA WANDASIEWICZ	Funkcjonowanie rodzin generacyjnych podopiecznych Oddziału Psychiatrycznego	261
IWONA PAŁGAN	Dziecko głodne oparcia i wartości	275
MARTA STASIŁA-SIERADZKA, MAŁGORZATA DOBROWOLSKA	NEET - młodzi ludzie zagrożeni wykluczeniem społecznym, środowiskowe i indywidualne determinanty zjawiska – zarys problemu	289
ANDŻELIKA RETMAŃCZYK	Paradoksy zwalczania ubóstwa. Rzecz o (nie)upełnomocnieniu wyłączonej społecznie	301
ARKADIUSZ KOŁODZIEJ	Jakość życia seniorów w kontekście kapitału społecznego osób starszych	311
MAŁGORZATA SAPIŃSKA	Osoby z autyzmem- możliwości ich włączania w życie społeczne	323
PIOTR FRĄCZEK	Bariery w zwalczaniu ubóstwa: Wypalenie zawodowe i inne uwarunkowania pracy pracowników socjalnych na Podkarpaciu	331
AGNIESZKA SKORUPA, ANNA BOGACZ	Aktywność turystyczna mieszkańców terenów ogarniętych konfliktem zbrojnym na przykładzie Ukrainy	349

JUSTYNA TOMCZYK Aktywność obywatelska jako narzędzie walki z ubóstwem: rola, znaczenie, modele aplikacyjne	363
AGATA BASEK, AGATA CHUDZICKA-CZUPAŁA Współczesne podejście do umierania i żałoby - etyczne aspekty mediatyzacji śmierci	375
KATARZYNA KONCZELSKA Ubóstwo jako czynnik utrudniający przeżywanie żałoby po śmierci dorosłego dziecka	387
EWA FLASZYŃSKA W kierunku profesjonalizacji usług w pomocy społecznej - warszawski model oddzielenia pracy socjalnej od postępowań administracyjnych	395
RENATA CYBULSKA Forma realizacji zadań gminy z zakresu pomocy społecznej na przykładzie ośrodka pomocy społecznej	405
JAGODA SIKORA Doświadczenie macierzyństwa jako czynnik rozwojowy?	413
MAŁGORZATA DOBROWOLSKA, AGATA CHUDZICKA-CZUPAŁA Przykład dobrych praktyk biznesowych CSR lokalnego przedsiębiorcy realizującego projekty pomocowe w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki	421
BERNADETTA IZYDORCZYK, MAŁGORZATA DOBROWOLSKA Wzorce więzi emocjonalnej w dzieciństwie a relacje społeczne w rodzinie i pracy osoby dorosłej	437
AGNIESZKA LABUS, MAŁGORZATA DOBROWOLSKA Samotność osób starszych a cohousing	447



Anna Wziątek-Staśko

Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej
E-mail: awziątek-stasko@wp.pl

Wielowymiarowość wykluczenia społecznego- w poszukiwaniu nowych form zjawiska / *Multidimensional social exclusion- looking for new forms*

Abstract

Social exclusion is a very serious problem in the world. We can find a lot of forms of it, but still new ones start to exist. One of the most popular is aging, which consequences we observe, among other things, in the workplace. The main aim of this theoretical article is to present the multidimensional character of the social exclusion, particularly to set off the problem of e- exclusion of the generation BC (*Before Computers*) as a result of the very dynamic development process of new communication technologies. The expected result is also to encourage the readers to find answer to the question- what new forms of social exclusion will create the future....?

Keywords: social exclusion; ageism; e-exclusion; employee generations, age management, Internet, stereotypes.

1. WSTĘP

Problematyka dotycząca włączenia społecznego zajmuje ważne miejsce w dokumentach Unii Europejskiej. Jednym z kluczowych pozostaje: „Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”. Jest to długookresowy program, zapoczątkowany i zatwierdzony przez Radę Europejską 17 czerwca 2010 roku. Zamierzonym efektem realizacji Strategii „Europa 2020” ma być gospodarka bazująca na wiedzy, niskoemisyjna, promująca przyjazne środowisku technologie, oszczędnie gospodarująca zasobami, kreująca nowe „zielone” miejsca pracy, a zarazem zachowująca dbałość o spójność społeczną. Wzrost sprzyjający włączeniu społecznemu to jeden z trzech priorytetowych obszarów oraz jeden z pięciu celów głównych przyjętej Strategii. Europejski program obejmuje działania na rzecz zapewnienia spójności społecznej i terytorialnej, tak aby korzyści płynące ze wzrostu gospodarczego i zatrudnienia były szeroko dostępne, a osoby ubogie i wykluczone społecznie mo-

gły żyć godnie i aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym (Raport: Strategia na rzecz..., 2016). Jednym z istotnych przedsięwzięć podjętych w ramach wspólnych działań jest platforma współpracy, umożliwiająca zorganizowany dialog między UE a zainteresowanymi problematyką wykluczenia społecznego europejskimi organizacjami i środowiskami (organizacjami pozarządowymi, związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców, środowiskami akademickimi, władzami krajowymi i regionalnymi, organizacjami międzynarodowymi, europejskimi kuźniami idei i fundacjami). Jej zadaniem jest realizacja 64 działań na szczeblu UE wymierzonych przeciwko ubóstwu i wykluczeniu społecznemu (Raport: Zrozumieć politykę..., 2014). Tak duża uwaga poświęcona wykluczeniu społecznemu pozwala sformułować wniosek, iż zjawisko stanowi istotny problem i absolutnie nie można go traktować w sposób marginesowy. Celem rozważań podjętych w niniejszym artykule o charakterze teoretycznym jest próba zaprezentowania wykluczenia społecznego jako zjawiska wielowymiarowego, mającego wciąż nowe oblicza. Szczególne miejsce w rozważaniach Autorki zajmuje diagnoza skali i typologii wykluczenia cyfrowego, wzięwszy pod uwagę kategorię wieku człowieka.

2. WYKLUCZENIE SPOŁECZNE- WIELOWYMIAROWOŚĆ ZJAWISKA

Termin „wykluczenie społeczne” po raz pierwszy został użyty przez francuskiego ministra Dobrobytu Społecznego R. Lenoir’a w 1974 roku. Użył on go w stosunku do osób uznanych za nieprzystosowane do życia w społeczeństwie industrialnym, żyjących na marginesie społeczeństwa oraz osób, które nie są objęte żadnym systemem ubezpieczeń. W europejskiej polityce społecznej, kategoria wykluczenia społecznego po raz pierwszy wystąpiła w oficjalnym dokumencie Komisji Europejskiej, dotyczącym walki z ubóstwem, w 1990 roku (Panek i Zwierchowski 2015: 7). Choć ojczyznę nowoczesnego pojęcia „wykluczenie społeczne” pozostaje Francja, to jednak szczególną popularność zdobyło ono w Wielkiej Brytanii, gdzie w roku 1997 powstało CASE- Centre for Analysis of Social Exclusion w London School of Economics. W literaturze przedmiotu odnajdujemy wiele ujęć definicyjnych omawianego pojęcia. Jak zauważa część autorów, „wykluczenie społeczne” oznacza, że dana jednostka lub jakaś grupa społeczna, będąc członkami wspólnoty, nie może uczestniczyć w pełni w ważnych dziedzinach życia tejże wspólnoty. Ograniczenie to nie wynika zazwyczaj z przekonań tych, którzy są wykluczeni, ale z deficytów całkowicie lub w dużej mierze niezależnych od wykluczonych (Czapiński 2014: 141; Burchard, Le Grand i Piachaud 2002: 30-43; Chandra 2011: 380-393; Cuadrado, Taberner i Steinel 2016). J. Czapiński dostrzega jednak również znacznie szerszy, niż wyżej opisany, kontekst rozważań dotyczących analizy problematyki wykluczenia społecznego. Autor zauważa, że w odniesieniu do źródeł i wskaźników wykluczenia nie ma pełnej zgody. Jedni uważają, że odnosi się ono do wszystkich przypadków nieuczestniczenia w pełni w ważnych aspektach życia społecznego, inni ograniczają je tylko do niedobrowolnych form nieuczestniczenia. Jedni odnoszą je do strukturalnych i instytucjonalnych barier gwałcących zasady sprawiedliwości społecznej i ograniczających prawa społeczne jednostek i grup mniejszościowych, inni mówią raczej o izolacji lub autoizolacji pewnych grup społecznych (np. subkultur młodzieżowych, imigrantów, mniejszości religij-

nych, chorych psychicznie, czy niepełnosprawnych). Jedni szukają jego przyczyn w stałych i uniwersalnych czynnikach, takich jak deprivacja materialna (niskie dochody), brak odpowiedniego wykształcenia, czy niepełnosprawność, inni podkreślają rolę zmiennych czynników kulturowych i cywilizacyjnych, takich jak erozja więzi rodzinnych i sąsiedzkich, gwałtowny rozwój technologii, odpowiedzialny za wzrost bezrobocia, spadek kapitału społecznego (wzajemnego zaufania i współpracy), zła polityka społeczna i gospodarcza państwa. Jedni traktują je jako zjawisko makrospołeczne (wykluczenie determinują kryteria kategoryzacji społecznej- np. inwalidztwo, miejsce zamieszkania, wiek życia, przynależność do mniejszości, dochód), inni- jako zjawisko indywidualne (wykluczenie jest konsekwencją pewnych indywidualnych słabości, motywacji, cech intelektualnych, charakteru). Niekiedy wykluczenie utożsamia się z ubóstwem lub traktuje ubóstwo jako główny powód wykluczenia, czasem też utożsamia się z marksowskim pojęciem alienacji. Odpowiednikiem europejskiego pojęcia jest w USA określenie „underclass” lub też „marginalizacja” w Ameryce Południowej. Kategoria wykluczenia nie jest jednoznaczna i może być definiowana w różny sposób. Jest to zjawisko dynamiczne, a nie statyczne, relacyjne a nie strukturalne, wykluczenie to zjawisko wielowymiarowe (Czapiński 2014: 141-142; Ward 2009: 237-252; Grenier i Guberman 2009: 116-12; Ling 2008: 334-341; Wright i Stickle 2013: 71-81).

3. AGEIZM FORMĄ WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO

Jak twierdzi P. Szukalski, wiek, obok płci, stał się cechą, która pośród wszystkich innych cech przypisanych jednostce determinuje jej społeczną pozycję. Jednocześnie w warunkach współczesnych demokracji coraz częściej można spotkać się z opiniami, iż największymi zagrożeniami dla społecznej spójności jest dyskryminacja ze względu na płeć, rasę i wiek, czyli odpowiednio seksizm, rasizm i ageizm (Szukalski 2004: 11-15). W opinii R.B. Blancato oraz M. Ponder, „nie każdy z nas będzie ofiarą rasizmu, nie każdy też będzie ofiarą seksizmu, każdy natomiast będzie ofiarą ageizmu” (Blancato i Ponder 2015: 91). Twórcą pojęcia „ageizm” (ang. „ageism”) oraz jednocześnie pierwszą osobą, która w 1969 roku publicznie nazwała problem, był pierwszy szef amerykańskiego Narodowego Instytutu ds. Starości i Starzenia się (ang. National Institute on Aging)- Robert Butler. Jego zdaniem, ageizm to „proces systematycznego tworzenia stereotypów i dyskryminowania ludzi z powodu tego, że są starzy” (Palmore 1990: 4). W opinii B. Bythewaya jest to natomiast „zestaw przekonań, uprzedzeń i stereotypów mających swe podstawy w biologicznym zróżnicowaniu ludzi, związanym z procesem starzenia się, które dotyczą kompetencji i potrzeb osób w zależności od ich chronologicznego wieku. W rezultacie wiek kalendarzowy używany jest do wyodrębnienia grup, których dostęp do różnorodnych zasobów społecznych podlega systematycznej kontroli. Ów proces kontroli nazywany jest dyskryminowaniem” (Bytheway 1995: 14). „Ageism” to słowo mocno zakorzenione w terminologii anglojęzycznej. Jego polskim odpowiednikiem jest termin „wiekizm”, tłumaczony jako „wyznawanie irracjonalnych poglądów i przesądów dotyczących jednostek lub grup opartych na ich wieku. Przyjmuje się stereotypowe założenia na temat fizycznych lub umysłowych cech ludzi z określonej grupy wiekowej i zwykle wyraża się w sposób poniżający. K. Kowalska formułuje pogląd, iż „Stereotypowe podejście patrząc przez przy-

zmat ageizmu, to nic innego jak postrzeganie osób starszych jako jednolitej grupy społecznej, niezdolnej do odgrywania w życiu roli, jaką jest „pracownik”. Grupa ta postrzegana jest jako jednorodny zainfekowany chorobami organizm, który powinien zostać szybko wyeliminowany ze społeczeństwa, gdyż nie jest zdolny do samodzielnego i efektywnego działania. Walka ze stereotypami, jak konstatuje autorka, stanowi nie lada wyzwanie dla społeczeństwa” (Kowalska 2014), dodajmy również dla współczesnych organizacji. Wiekizm traktowany jest więc jako wyraźna forma dyskryminacji człowieka, ze względu na jego wiek, mająca swe źródło w mocno zakorzenionych w świadomości ludzi stereotypach (Szatur-Jaworska 2005: 8; Dennis i Thomas 2007). Jak dodaje J. Kochanowski i inni autorzy, „ageizm jest postawą skierowaną przeciwko ludziom starszym, którym przypisuje się cechy pejoratywne, takie jak np. niesamodzielność, naiwność, czy powolność” (Kochanowski, 2008: 7; Malinen i Johnston 2013; Raynor 2015: 58-63). Postrzeganie i ocenianie ludzi przez pryzmat ich wieku i stereotypowo przypisywanych im cech może okazać się jednak nader zbytним uproszczeniem i działaniem często bardzo krzywdzącym, mającym daleko idące konsekwencje dla organizacji, pracowników oraz relacji istniejących między nimi. Wyraźnym przykładem tego jest stworzenie świata generacji ludzi: The Silent Generation, Baby Boomers, X, Y, Z, C (Wziątek-Staśko 2015; Wziątek-Staśko 2012). Podczas eksponowania poszczególnych typów generacji pracowników, co czyni wielu autorów (Gessel 2010; Costanza et al. 2012: 375-394; Patterson 2007: 17-22; Simons 2010: 28-33; Levickaite 2010: 170-183), powinno się zachować należyłą pokorę i ostrożność. Bez względu nie należy zapominać, iż ludzie się różnią, nawet przynależąc do tej samej grupy wiekowej, co stwierdza między innymi E. Sygit. Autorka podkreśla, że „ Aby zrozumieć mechanizmy dyskryminacji osób starszych, należy uświadomić sobie pewną właściwość ludzkiego rozumowania: tworząc skrypty i kategoryzacje – przyjmujemy je na trwałe. Dzieląc ludzi na podgrupy, zauważamy jedynie cechy im podobne a pomijamy te, które ich odróżniają. To, co łatwiej jest nam zauważyć to zmarszczki, siwe włosy a nie charakter człowieka. A im bardziej spostrzegamy tożsamość człowieka przez pryzmat ciała, tym bardziej wpływa to na ocenę właściwości wewnętrznych tych osób. Traktując osoby starsze jak jednolitą masę, stosujemy niesprawiedliwą i krzywdzącą miarę. Żadna z grup wiekowych w tak demonstracyjny sposób nie uświadamia nam kruchości życia i przemijającego czasu. Nieświadomie kieruje nami lęk, gdyż mamy złudną nadzieję na życie bez starości (por. Dobrowolska, 2014, 2013, 2012) Starość jawi się jako okres niedogodności i ograniczeń, a seniorzy – jako ludzie bez prawa głosu” (Sygit 2008: 157; Bodner i Cohen-Fridel 2014).

Na skutki ageizmu nie czeka się długo. W świecie, w którym rządzi kult młodości, ci, którzy nie podporządkują się – tracą na atrakcyjności, kompetencji i zainteresowaniu społecznym. Mogą być również pomijani w swoich prawach, np. w prawie do zdrowia (Głębocka 2006: 3-4). Jak twierdzi E. Thorpe, dyskryminacja ze względu na wiek może przyjmować różne formy i dotyczyć różnych aspektów życia społecznego. Do najczęściej występujących, w jego opinii, należą:

- zmuszanie osób starszych do przejścia na emeryturę wbrew ich woli;

- nieprzyjmowanie do pracy z powodu wieku;
- zmuszanie do podjęcia nisko płatnej i tymczasowej pracy;
- uniemożliwianie korzystania ze szkoleń zawodowych, w których uczestniczą młodszy pracownicy;
- prześladowanie i poniżanie przez młodszych współpracowników;
- odmawianie leczenia osób starszych uzasadniane ich zaawansowanym wiekiem;
- umieszczanie seniorów na oddziałach i w klinikach oferujących niewystarczające, niespecjalistyczne świadczenia zdrowotne;
- odmawianie ludziom starszym możliwości skorzystania z niektórych usług ze względu na założenie, że nie pokryją oni związanych z nimi kosztów w ciągu lat życia, które im jeszcze zostały (dzieje się tak np. w przypadku udzielania kredytów);
- pobieranie wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego podyktowane przekonaniem o częstych problemach zdrowotnych osób starszych;
- nachodzenie seniorów, często w ich własnych domach, przez handlowców i akwizytorów (Thorpe 2016).

Wśród często spotykanych przejawów braku równości na rynku pracy, wzięwszy pod uwagę kategorię wieku pracowników wyróżnia się również:

- popularyzację krzywdzących stereotypów na temat możliwości i umiejętności starszych pracowników (jako tych, którzy są mniej wydajni, częściej chorują, są mniej elastyczni, mają swoje nawyki, pracują „od... do”, nie przejawiają inicjatywy, nie chcą się szkolić – uczyć języków obcych, poznawać nowych technologii, pracują „na przeczekanie” do osiągnięcia wieku chroniącego ich przed wypowiedzeniem);
- odmowę zatrudnienia tylko ze względu na wiek (a nie kwalifikacje);
- zaznaczanie pożądanego wieku w ogłoszeniach o pracę i w ofertach zgłaszanych do urzędów pracy;
- stosowanie ukrytych ograniczeń wiekowych w naborze pracowników – oficjalnie wiek nie jest zaznaczany w ogłoszeniach, ale w praktyce jest istotnym kryterium selekcji;
- przykre komentarze na temat wieku kandydatów do pracy;
- nieawansowanie starszych pracowników;
- traktowanie wieku jako istotnego kryterium w podejmowaniu decyzji o zwolnieniach w firmie – praktyka ta powszechnie stosowana jest zwłaszcza przy zwolnieniach grupowych. Starszych pracowników zmusza się często do przechodzenia na wcześniejsze emerytury, daje im się do zrozumienia, że powinni odejść i zwolnić miejsca dla młodych. W efekcie osoby, które wcześniej kończą pracę, mają niższe emerytury;
- automatyczne zwalnianie pracowników wraz z osiągnięciem przez nich wieku emerytalnego;
- pominięcie emerytów przy podziale akcji prywatyzowanych firm.

- niepodtrzymywanie jakichkolwiek kontaktów przez zakłady pracy z osobami, które przeszły na emeryturę. Szczególnie jest to odczuwane przez te osoby, które przepracowały w jednym miejscu pracy wiele lat (Jaroszewska-Ignatowska 2005: 27-34; Litwiński i Sztanderska 2010).

Jak zauważa I. Raszeja-Ossowska, ageizm ma wpływ nie tylko na sytuację pojedynczych osób, ale także na społeczności lokalne i społeczeństwo jako całość. Wśród skutków dyskryminacji ze względu na wiek można wyróżnić, zdaniem autorki zarówno te o podłożu ekonomicznym, jak i te o charakterze społecznym. Im więcej osób po 50 roku życia pozostaje poza rynkiem pracy, tym większy jest koszt zasiłków (np. zasiłków dla bezrobotnych, zasiłków socjalnych) wypłacanych przez państwo, a jednocześnie maleją wpływy z podatków. W Wielkiej Brytanii przykładowo, według oficjalnych danych rządowych, roczne straty finansowe wynikające z dyskryminacji ze względu na wiek (rozumiane w kategoriach utraconej produktywności ludzi starszych) wyniosły 23 mld euro (prawie 108 mld zł), a koszt zasiłków i utraconych przychodów z podatków to dodatkowe 6,3 mld euro (30 mld zł). Seniorzy dysponują dużym doświadczeniem i wiedzą gromadzoną przez długie lata. Nie angażując ludzi starszych, wykluczając ich z życia społecznego, bezpowrotnie zaprzepaszczamy posiadaną przez nich wiedzę (Raszeja- Ossowska 2015).

4. E- WYKLUCZENIE POKOLENIA BC

Dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii, w tym upowszechnienie Internetu, sprawił, że współczesny człowiek zaczął funkcjonować w zupełnie innym niż kiedyś wymiarze rzeczywistości – rzeczywistości wirtualnej. Z cyberprzestrzeni wpływają wciąż nowe strumienie informacji, co z jednej strony otwiera nas na nieznanne dotąd pola poznawcze, z drugiej zaś wywołuje dezorientację. Dodatkową trudność stanowi znaczny wzrost informacji zakodowanych, otrzymywanych z danych stworzonych przez innych ludzi, nie zaś z bezpośredniej obserwacji surowych, „niezakodowanych” wydarzeń. Nadmiar danych sprawia, że podjęcie nawet błażej decyzji zaczyna urastać do rangi analitycznego problemu. Potrzebujemy gromadzenia i przetwarzania znacznie większej ilości szczegółowych informacji, by mieć poczucie, że dokonujemy racjonalnych wyborów. A ponieważ żyjemy w warunkach, w których narastająca różnorodność zbiega się z przejściowością i gwałtownym napływem nowości, balansujemy na granicy naszych możliwości adaptacyjnych. Reakcją na nadmierną ilość bodźców docierających do nas na płaszczyznach afektywnej, kognitywnej i decyzyjnej jest szczególnie rodzaj dezorientacji- „szok przyszłościowy” (Por. Wziętek-Staśko 2016). Jak twierdzi M. Wiśniewski, „Internet stał się domownikiem, partnerem naszego życia rodzinnego, zawodowego i społecznego, „cichym członkiem rodziny” (Wiśniewski 2013: 22). Czy taki stał się jednak dla wszystkich? Wielu badaczy (np. Szmigielska, Bąk i Hołda 2012: 141-142; Raport: Wykluczenie...2015) z dużą troską odnosi się do problemu umiejętnej adaptacji do nowych warunków osób zaliczanych do pokolenia BC (ang. *Before Computers*). Wyżej wymienieni autorzy podkreślają, że „Wrzecz wzrostem znaczenia Internetu w różnych obszarach życia korzystanie z niego niezrędko staje się niezbędnym warunkiem funkcjonowania w dzisiejszym świecie. Dlatego osoby nieużywające go mają ograniczone możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, zawodowym czy kulturalnym, co prowadzi do stopnio-

wego ich wykluczania, zarówno społecznego, jak i ekonomicznego, oraz do pogłębienia istniejących podziałów społecznych” (także: Watling 2012: 125-130; Raport: Digital Exclusion 2012). Zjawisko określane mianem wykluczenia cyfrowego to nowy współczesny wymiar wykluczenia społecznego, dotyczący szczególnie osób w wieku 45-50+, których populacja wciąż pozostaje znaczącą na rynku pracy, co rodzi ważne pytania o skutki istniejącego wykluczenia dla skuteczności procesu zarządzania współczesnymi organizacjami i budowy proefektywnościowej, przyjaznej kultury organizacyjnej i motywującego środowiska pracy (Elias, Smith i Barney 2012: 453-467).

Wyniki badań przeprowadzone przez CBOS w maju 2015 roku wskazują, że z Internetu regularnie (przynajmniej raz w tygodniu) korzysta w Polsce niemal dwie trzecie dorosłych (64%). Dziesięć lat wcześniej takich osób było znacznie mniej, bo tylko 28% (Raport CBOS, 2015). Szczegółowo strukturę użytkowników poszczególnych mediów cyfrowych w Polsce, według danych na styczeń 2016 przedstawia wykres 1.

Wykres 1. Użytkownicy mediów cyfrowych w Polsce, według stanu na styczeń 2016

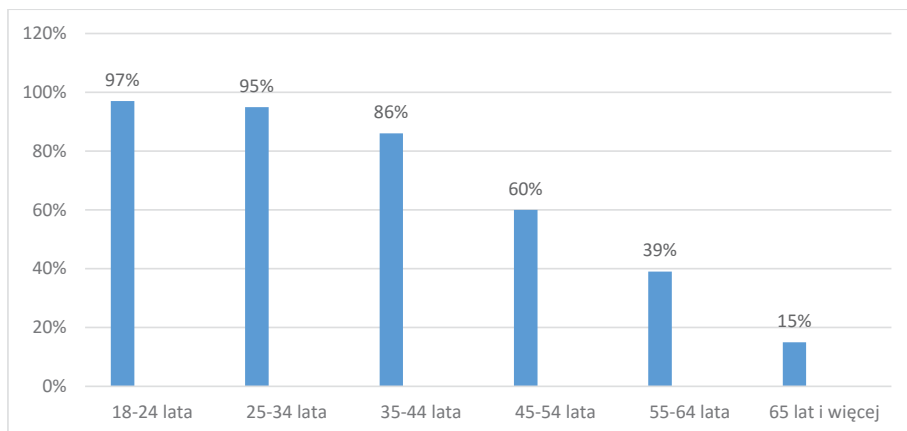


Źródło: <https://mobirank.pl/2016/01/27/mobile-digital-w-polsce-na-swiecie-2016/>, dostęp 27.01.2016.

Z danych zaprezentowanych na wykresie wynika, że najwięcej Polaków korzysta z telefonów komórkowych, wielu także z Internetu. Z Internetu niemal powszechnie korzystają młodzi respondenci, mający od 18 do 34 lat, a także ogromna większość badanych w wieku 35–44 lat. Wśród respondentów mających od 45 do 54 lat internauci stanowią ponad połowę, natomiast wśród starszych (od 55 do 64 roku

życia) jedynie dwie piąte, a wśród najstarszych (w wieku 65 lat i więcej) – tylko około jednej szóstej. Pełne dane prezentuje wykres 2.

Wykres 2 Struktura użytkowników Internetu w Polsce według wieku

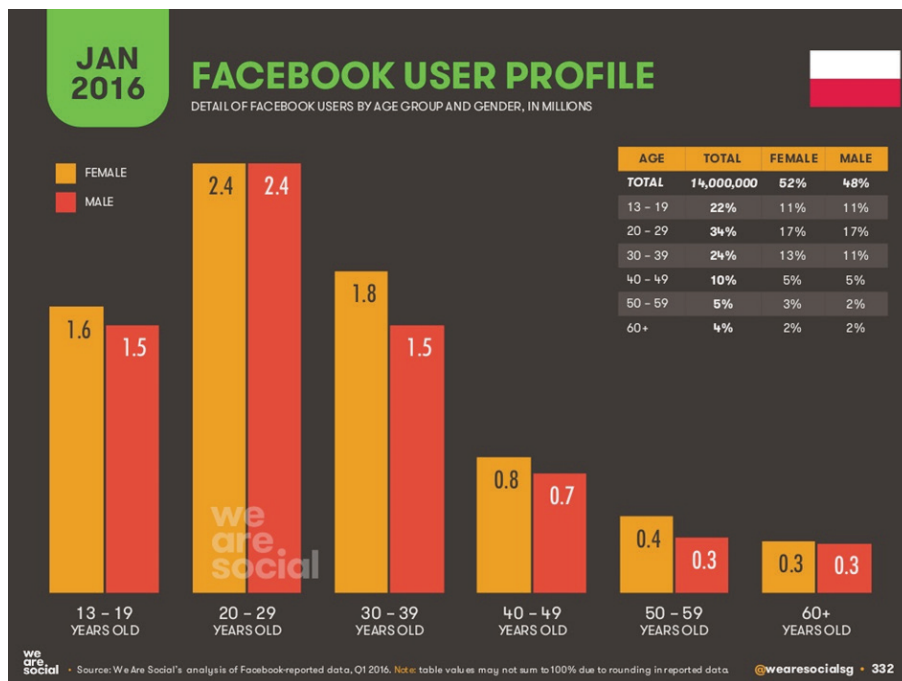


Źródło: Raport CBOS: „Internauci 2015”, Komunikat nr 90, Warszawa, 06/2015, s.2

Wiek uznawany jest za kluczowe kryterium wykluczenia cyfrowego, co częściowo potwierdzają wyniki omawianych badań CBOS. Otwartym problemem pozostaje poszukiwanie rzetelnej informacji na temat rzeczywistych przyczyn obrazowanej sytuacji. Część badaczy, wskazując przyczyny e-wykluczenia, wyróżnia ich dwie kluczowe kategorie: natury obiektywnej, czyli technologicznej (dostęp do infrastruktury, sprzętu i oprogramowania, jakość sprzętu, bariery finansowe) oraz psychologicznej, czyli subiektywnej (obawy związane z korzystaniem z Internetu, motywacja, umiejętności oraz ich poziom) (Raport: Wykluczenie... 2015). Obecnie za bardziej znaczące uważa się właśnie brak motywacji, przekonania oraz

bariery kompetencyjne w korzystaniu z Internetu przez wiele osób starszych, które nie korzystają z Internetu, bo po prostu nie wiedzą, czemu korzystanie z sieci miałyby służyć ani w jaki sposób mogłyby wykorzystać Internet do zaspokajania różnego rodzaju potrzeb czy rozwiązywania problemów. Osoby te często mają wiele negatywnych przekonań na temat Internetu i negatywnych skutków jego użytkowania, takich na przykład jak to, że Internet nie jest przeznaczony dla ludzi w ich wieku i że niewiele z tego, co sieć oferuje, koresponduje z ich zainteresowaniami. Niektórzy postulują, by przyczyn wykluczenia cyfrowego osób w wieku 45-50+ poszukiwać w specyficznych cechach ich rozwoju, kondycji psychofizycznej, zmianach w funkcjonowaniu narządów zmysłów oraz zdolności poznawczych, osłabionych procesach percepcji, uwagi, pamięci i uczenia się, zachowawczych postawach wobec zmian, kontaktu z nowościami itp. (Szmigielska, Bąk i Hołda 2012: 141-155; Aerschoot i Rodousakis 2008: 317-351). Niezależnie od powyższego, najpopularniejszy na świecie portal społecznościowy *Facebook*, ma zwolenników wśród przedstawicieli różnych grup wiekowych, choć i w tym przypadku zainteresowanie nim osób w wieku 50+ jest mniejsze niż osób mających mniej niż 50 lat. Szczegółowe dane dotyczące powyższej kwestii przedstawia wykres 3.

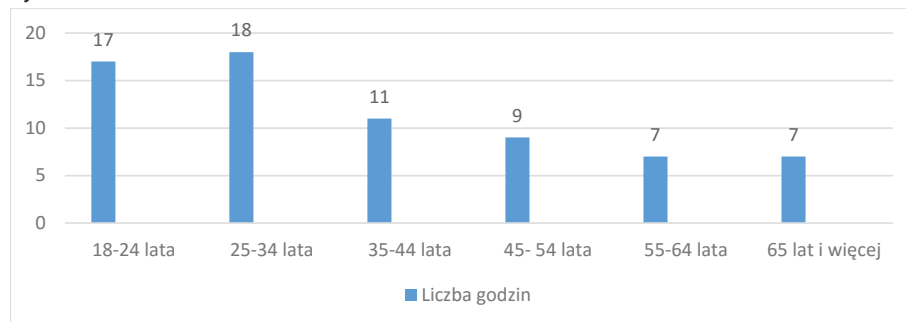
Wykres 3. Użytkownicy portalu społecznościowego Facebook w Polsce według danych ze stycznia 2016 roku, w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: <https://mobirank.pl/2016/01/27/mobile-digital-w-polsce-na-swiecie-2016/>, dostęp 27.01.2016.

Interesujące wyniki badań dotyczą również liczby godzin spędzanych online przez osoby w różnym wieku (Por.: Wong et al. 2014: 144-162). Najwięcej czasu przed komputerem spędzają osoby mające 25-34 lata. Osoby w wieku 50+ na serfowaniu w sieci poświęcają przeciętnie 1 godzinę dziennie. Różnica nie jest jednak tak duża jak można było oczekiwać. Pełne dane zaprezentowano na wykresie 4.

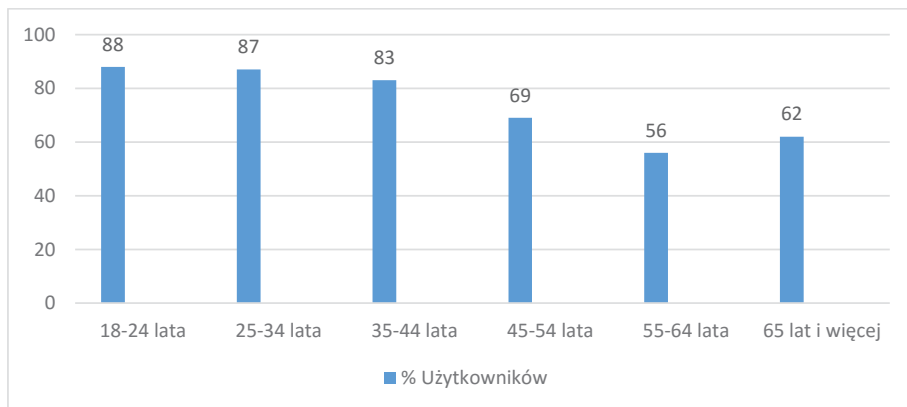
Wykres 4. Wiek użytkowników Internetu a średnia liczba godzin w tygodniu spędzanych online



Źródło: Raport CBOS: „Internauci 2015”, Komunikat nr 90, Warszawa, 06/2015, s.5

Z Internetem użytkownicy łączą się głównie w sposób bezprzewodowy, za pomocą takich urządzeń przenośnych jak laptop, smartfon, telefon komórkowy, tablet- patrz wykres 5.

Wykres 5. Użytkownicy korzystający z Internetu za pomocą urządzeń przenośnych.



Źródło: Raport CBOS: „Internauci 2015”, Komunikat nr 90, Warszawa, 06/2015, s.7

Kluczową informacją jest również to, co motywuje użytkowników w różnym wieku do korzystania z Internetu. Dane dotyczące tej kwestii zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1 Powody korzystania z sieci przez użytkowników w różnym wieku.

Wiek (w latach)	Powody korzystania z Internetu				
	Czytanie internetowych wersji gazet/ czasopism	Słuchanie przez Internet radia	Oglądanie programów telewizyjnych (filmy, seriale, nagrania wideo)	Czytanie blogów	Zamieszczanie zrobionych przez siebie zdjęć, filmów
	(w %)				
18-24	59	51	77	46	50
25-34	64	40	63	36	40
35-44	50	26	41	30	15
45-54	49	21	35	29	13
55-64	56	10	31	29	18
65 i więcej	45	11	21	17	7

Źródło: Raport CBOS: „Internauci 2015”, Komunikat nr 90, Warszawa, 06/2015, s.13

W interesującej nas szczególnie grupie użytkowników największy odsetek osób wykorzystuje Internet do przeglądania prasy. Niemal wszystkie rodzaje aktywności opierające się na interakcji z innymi użytkownikami są bardziej popularne wśród młodszych internautów (zwłaszcza mających od 18 do 24 lat) niż starszych. Zależność ta zaznacza się najsilniej w przypadku gier online. Z kolei najbardziej egalitarne wiekowo są rozmowy telefoniczne przez Internet, które starsi badani prowadzą niemal równie często jak najmłodsi. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2 Wykorzystanie sieci przez użytkowników w różnym wieku.

Wiek (w latach)	Sposoby wykorzystania Internetu			
	Rozmowy przez komunikatory (Gadu-Gadu, Tlen)	Prowadzenie rozmów telefonicznych (Skype)	Dokonywanie wpisów na forach	Gry w sieci
	w %			
18-24	79	38	57	37
25-34	67	42	45	18
35-44	47	32	25	11
45-54	32	25	14	10
55-64	32	37	22	3
65 i więcej	21	35	7	3

Źródło: Raport CBOS: „Internauci 2015”, Komunikat nr 90, Warszawa, 06/2015, s.14

5. PODSUMOWANIE- REKOMENDACJE DO DALSZYCH BADAŃ.

Prowadzone dotychczas badania, dotyczące ageizmu oraz e-wykluczenia pozwoliły sformułować wiele interesujących wniosków. Z charakterystyki polskich internautów w wieku 50+ (Hołda 2008a, 2008b; Raport WIP Poland 2010 oraz 2011) wynika, że polskie pokolenie BC, podobnie jak ich rówieśnicy w innych krajach, najczęściej szukają w sieci aktualnych wiadomości o świecie lub informacji zdrowotnych, następnie treści związanych z turystyką lub o charakterze rozrywkowym. Najbardziej szukają za pośrednictwem tego medium pracy lub czytają blogi. Co ciekawe, seniorzy łączą korzystanie z Internetu z użyciem innych mediów, tj. podczas przebywania w sieci najczęściej słuchają radia lub oglądają telewizję, co może być związane z faktem, iż dla tej grupy wiekowej głównym źródłem informacji pozostaje telewizja i radio. W świecie wirtualnym szukają głównie danych o produktach, o połowę rzadziej niż inne grupy wiekowe dokonują zakupów w sieci, niewielki odsetek osób po ukończeniu 60 roku życia korzysta z bankowości online. Badacze zgodnie podkreślają, że korzystanie z Internetu przez osoby starsze wiąże się ze wzrostem satysfakcji z życia. Wynika to z większego dostępu do informacji, utrzymywania relacji z bliskimi oraz resztą społeczeństwa, a także poczucia kompetencji. Osoba starsza umiejąca korzystać z Internetu czuje się pełnowartościowym członkiem społeczeństwa cyfrowego. Podczas przedstawiania korzyści, jakie daje seniorom obecność w sieci, często dokonuje się rozróżnienia ze względu na ich wiek. Zgodnie z wynikami badań osobom między 50 a 65 rokiem życia Internet pomaga w wykonywaniu pracy, ułatwia życie codzienne i jest źródłem informacji. Powyżej 65 roku życia główną funkcją Internetu staje się utrzymanie relacji z osobami bliskimi i resztą społeczeństwa, dzięki czemu seniorzy zmniejszają poczucie osamotnienia i wykluczenia społecznego. Rozróżnienie to potwierdza, że analizując wyniki przedstawiane dla grupy osób w wieku 50+ , należy mieć na uwadze fakt, iż nie jest to grupa jednorodna. Z polskich badań wynika także, że osoby starsze korzystające z Internetu mają większą liczbę przyjaciół w porównaniu do seniorów nieobecnych w sieci oraz prowadzą bardziej aktywne życie społeczne i kulturalne. Ponad połowa internautów w wieku 60+ przyznaje, że komu-

nikacja poprzez Internet umocniła ich kontakt z osobami ze swojej branży, nawet mimo bycia na emeryturze (WIP Poland 2010). Świat wirtualny jest miejscem, gdzie internauci pokolenia BC spotykają osoby o podobnych zainteresowaniach, dzięki czemu mogą dzielić się swoimi pasjami i dalej je rozwijać, a także uczyć się nowych rzeczy (Szmigielska, Bąk i Hołda 2012).

Mimo, iż problem wykluczenia cyfrowego jest szeroko dyskutowany na kartach literatury tematu, duży niedosyt budzi dostępny zakres wiedzy na temat wpływu tej formy wykluczenia na proces zarządzania. Podjęte przez autorkę studia literaturowe nie pozwoliły pozyskać informacji na ten temat. Interesującym problemem badawczym nadal pozostaje poszukiwanie odpowiedzi na pytania:

- Czy wykluczenie cyfrowe pracowników jest realną słabością współczesnych organizacji?
- Jaki jest wpływ wykluczenia cyfrowego na jakość, skuteczność i efektywność pracy pracowników pokolenia BC, złożonych z nich zespołów oraz ich współpracowników?
- Jaki jest wpływ e-wykluczenia na jakość procesu komunikowania się wewnątrz organizacji oraz współpracy z interesariuszami zewnętrznymi organizacji?
- Jak deficyt kompetencji w omawianym zakresie wpływa na poczucie pewności siebie członków pokolenia BC, poziom odczuwanego przez nich stresu oraz ich motywacji do pracy?
- Czy rozbieżności w poziomie posiadanych kompetencji między pokoleniem BC a jego młodszymi kolegami wpływają na atmosferę w pracy oraz zwiększają liczbę występujących konfliktów między pracownikami?
- Czy pracownicy o wyższych kompetencjach w zakresie znajomości nowoczesnych technologii chętnie dzielą się wiedzą z pozostałymi, starszymi współpracownikami?
- Czy ageing oraz wykluczenie cyfrowe stanowią zapowiedź powstania nowych źródeł wykluczenia społecznego, jakich kierunków zmian należy oczekiwać?

Powyższe pytania to tylko nieliczne przykłady obszarów badawczych, inspirowanych do kolejnych poszukiwań, poszukiwań z pewnością niezmiernie inspirowanych, ale też bardzo ważnych z punktu widzenia optymalizacji skuteczności procesu zarządzania współczesnymi organizacjami, funkcjonującymi w jakże nieprzewidywalnym świecie.

LITERATURA:

- Aerscot L.V., Rodousakis N., The Link Between Socio-Economic Background and Internet Use: Barriers Faced by Low Socio-Economic Status Groups and Possible Solutions, „Innovation: the European Journal of Social Science Research”, 2008, Vol. 21, No. 4.
- Blancato R.B., Ponder M., The Public Policies We Need to Redress Ageism, „Generations”, American Society on Aging, 2015, Vol. 39, No 3.
- Bodner E., Cohen-Fridel S., The Paths Leading From Attachment to Ageism: A Structural Equation Model Approach, „Death Studies”, Copyright # Taylor & Francis Group, LLC, 2014, No 38: pp. 423–429.

- Burchard T., Le Grand J., Piachaud D., Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure. [in:] Hills J., Le Grand J., Piachaud D. (ed.), *Understanding Social Exclusion*, Oxford University Press, Oxford 2002.
- Bytheway B., *Ageism*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1995.
- Chandra A., Old Age Exclusion: A Case Study of Kottaiappatti Village of Tamil Nadu, „*Indian Journal of Gerontology*”, 2011, Vol. 25, No. 3.
- Costanza D.P., Badger J.M., Fraser R.L., Severt J.B., Gade P.A., Generational Differences in Work-Related Attitudes: A Meta-analysis, „*J Bus Psychol*”, 2012, No 27.
- Cuadrado E., Taberero C., Steinel W., Determinants of Prosocial Behavior in Included Versus Excluded Contexts, „*Frontiers in Psychology*”, January 2016.
- Czapiński J., Pojęcie wykluczenia społecznego, [w:] Kotowska I.E. (red.), *Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków, Raport tematyczny: „Diagnoza społeczna 2013”*, Warszawa 2014.
- Dobrowolska M.: On the issues of employment flexibility. Research and conclusions, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2014
- Dobrowolska M.: Problemy życia zawodowego pracowników zatrudnionych w elastycznych formach – perspektywa psychologiczna, Wydawca Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum, Warszawa 2013
- Dobrowolska M.: Employee and flexible forms of employment – a theoretical analysis and empirical studies, Warszawa 2012
- Dennis H., Thomas K., Ageism in the Workplace, „*Generations*”, Spring 2007.
- Elias S.M., Smith W.L., Barney Ch. E., Age as a moderator of attitude towards technology in the workplace: work motivation and overall job satisfaction, „*Behaviour & Information Technology*”, May 2012, Vol. 31, No. 5.
- Gessel I., How to Lead When the Generation Gap Becomes Your Everyday Reality, „*The Journal for Quality & Participation*”, January 2010.
- Głębocka A., *Długowieczni i zadowoleni*. Niebieska Linia 2006.
- Grenier A.M., Guberman N., Creating and Sustaining Disadvantage: The Relevance of a Social Exclusion Framework, „*Health and Social Care in the Community*”, 2009, 17 (2).
- Hołda M., Człowiek stary jako użytkownik Internetu. I Ogólnopolskie Sympozjum Psychologii Edukacyjnej, „*Internet w biegu życia ludzkiego*”, Kraków 2008(a).
- Hołda M., Ludzie starzy w świecie wirtualnym. [W:] Szmigielska B. (red.) „*Cafe życie w sieci*”, Kraków 2008 (b): WUJ, s. 281-313.
- Jaroszevska-Ignatowska I., Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek na rynku pracy, Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek?, Publikacja jest efektem realizacji projektu „STOP dyskryminacji osób starszych” dofinansowanego ze środków Phare 2002 w ramach Programu „Wzmocnienie polityki antydyskryminacyjnej”, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2005.
- Kochanowski J., Wprowadzenie (w:) Szatur-Jaworska B. (red.) *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Warszawa 2008.
- Kowalska K., Ageizm- plagą XXI wieku, (w:) Gołębiowska E. (red.) „*Przedsiębiorczość i Zarządzanie*”, „*Zarządzanie – nowe perspektywy w dobie zmian demograficznych – w świetle badań*”, Wydawnictwo SAN, Łódź-Warszawa 2014, Tom XV, Zeszyt 11, Część II, ss. 129–140.
- Levickaite R., Generations X, Y, Z: How Social Networks Form the Concept of the World Without Borders (The Case of Lithuania), „*LIMES*”, 2010, Vol. 3, No. 2.
- Ling R., Should We Be Concerned That the Elderly Don't Text?, „*The Information Society*”, 2008, No 24.
- Litwiński J., Sztanderska U., Zarządzanie wiekiem w przedsiębiorstwie. Rekrutacja i selekcja, Publikacja powstała w ramach projektu „Z wiekiem na plus. Szkolenia dla przedsiębiorstw”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu II, Działania 2.1, Poddziałania 2.1.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2010.

- Malinen S., Johnston L., *Workplace Ageism: Discovering Hidden Bias, Experimental Aging Research*, Copyright # Taylor & Francis Group, LLC, 2013, No 39.
- Panek T., Zwierzchowski J., *Opis metodologii badawczej. Współzależności między wykluczeniem społecznym a edukacją. Analizy IBE/1*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015.
- Palmore E.B., *Ageism: Negative and Positive*, New York, Springer Publishing Company, 1990.
- Patterson C.K., *The Impact of Generational Diversity in the Workplace*, „The Diversity Factor”, Summer 2007, Vol. 1, No 3.
- Raport: „Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”, Krajowy Program Reform- Europa 2020, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2016, [www. ec.europa.eu/eu2020](http://www.ec.europa.eu/eu2020) (dostęp: 14.03.2016)
- Raport: „Zrozumieć politykę Unii Europejskiej”, *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne*, Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2014.
- Raport: „Wykluczenie cyfrowe w Polsce”, Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji, Opracowania tematyczne OT-637, Warszawa, 12/2015.
- Raport CBOS: „Internauci 2015”, Komunikat nr 90, Warszawa, 06/2015.
- Raport: „Digital Exclusion”, *A research report by the Low Incomes Tax Reform Group of The Chartered Institute of Taxation*, London 2012.
- Raport: „World Internet Project. Poland”, Warszawa 2010, Agora S. A. i Grupa TP.
- Raport: „World Internet Project. Poland”, Warszawa 2011, Agora S. A. i Grupa TP.
- Raszeja- Ossowska I., *Ageizm- dyskryminacja ze względu na wiek*, Poradnik Witalności Wiejskiej, 2015.
- Raynor B., *Ageism in Action. Ageism Inaction*, „Generations”, American Society on Aging, 2015, Vol. 39, No 3.
- Simons N., *Leveraging Generational Work Styles to Meet Business Objectives*, „Information Management”, January/February 2010
- Sygit E., *Dlaczego dyskryminujemy osoby starsze?*, „Psychogeriatrya Polska”, 2008, 5(4).
- Szatur-Jaworska B., *Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek?*, Publikacja jest efektem realizacji projektu „STOP dyskryminacji osób starszych” dofinansowanego ze środków Phare 2002 w ramach Programu „Wzmocnienie polityki antidyskryminacyjnej”, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2005.
- Schimanek T., Trzos K., Zatorska M., *Zarządzanie wiekiem- szansa dla przedsiębiorców. Mini przewodnik zarządzania wiekiem*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2014.
- Shragay D., Tziner A., *The generational effect on the relationship between job involvement, work satisfaction, and organizational citizenship behavior*, „Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones”, 2011, Vol. 27, No 2.
- Szmigielska B., Bąk A., Hołda M., *Seniorzy jako użytkownicy Internetu*, „Nauka”, 2012, nr 2.
- Szukalski P., *Dyskryminacja ze względu na wiek (ageism)- przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna”, 2004, nr 2.
- Wiśniewski M., *Generacja online, świat na wirtualnym zakręcie*, „Nowe Horyzonty”, 2013, nr 1.
- Thorpe E., *Dyskryminacja ze względu na wiek w Unii Europejskiej*, http://www.bezuprzedzen.org/doc/o_dyskryminacji_ze_wzgledu_na_wiek.pdf, s. 052, dostęp: 29.03.2016 r.
- Ward N., *Social Exclusion, Social Identity and Social Work: Analysing Social Exclusion from a Material Discursive Perspective*, „Social Work Education”, Vol. 28, No. 3, April 2009.
- Watling S., *Digital Exclusion: Potential Implications for Social Work Education*, „Social Work Education”, 2012, Vol. 31, No. 1.

- Wong Y., Chen H., Lee V.W.P., Law C., Fung J.Y.C., Empowerment of Senior Citizens via the Learning of Information and Communication Technology, „Ageing Int”, 2014, No 39, Springer Science+Business Media New York 20
- Wright N., Stickley T., Concepts of Social Inclusion, Exclusion and Mental Health: A Review of the International Literature, “Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, 2013, No 20.
- Wziątek-Staśko A., Diversity Management- narzędzie skutecznego motywowania pracowników. DIFIN, Warszawa 2012.
- Wziątek-Staśko A., Wiek kluczowym wyróżnikiem różnorodności pracowników-implikacje dla motywowania, Międzynarodowe Studia Humanistyczne „Społeczeństwo i Edukacja”, Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji HUMANUM, Warszawa 2015, nr 16 (1).
- Wziątek-Staśko A., Motywowanie w erze Web 2.0+, CeDeWu, Warszawa 2016.



Hanna Przybyła-Basista

Uniwersytet Śląski
E-mail: przybyla@us.edu.pl

Poczucie stygmatyzacji w rodzinach doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym / *The stigma in families experiencing mental health problems*

Abstract

The objective of this paper was to address the notion of family stigma related to mental illnesses and discuss relevant theoretical perspectives. The review of the literature performed in this study shows that concepts of “family stigma” and “stigma by association” are used interchangeably. Family stigma includes the prejudice and discrimination experienced by members of family of a person suffering from mental illness. For many families the stigmatization that surrounds mental illness is a central issue causing concern, anxiety, shame and self-blame. Moreover, family members can be considered somehow “contaminated” because of close relationship they have with the stigmatized mentally ill person in their family. It is shown that current research results indicate this type of stigma negatively affects family members and relatives. In the paper’s closure some educational programmes devoted to counteracting the family stigma linked to mental disorders are presented.

Keywords: stigma; family; stigmatization; mental illness; mental health; social exclusion

WPROWADZENIE

Nietypowe cechy i zachowania często są przedmiotem stygmatyzacji oraz wykluczenia społecznego. Piętno „inności” może pojawić się z wielu powodów: zaburzeń zdrowia psychicznego (np. choroby psychicznej, niepełnosprawności intelektualnej), chorób somatycznych stanowiących swoistą skazę widoczną dla innych (np. choroby dermatologiczne takie jak łuszczyca), niezrozumiałego dla otoczenia zachowania (np. autyzm) czy przekroczenia pewnych norm społecznych (np. ciąża nastolatki, pobyt rodzica w więzieniu). Te wszystkie problemy mogą sprzyjać ujawnianiu przez otoczenie stereotypów i uprzedzeń, wzbudzając chęć zdystansowania się, ignorancji, reakcji o charakterze karzącym (Hinshaw, 2005). U osób doświadczających określonych problemów ze zdrowiem

powoduje to poczucie zawstydzenia (Hinshaw, 2005), a często także i samo-napiętnowania (Vogel, Wade i Haake, 2006). Z jednej strony więc choroba stanowi wyzwanie dla nowych strategii radzenia sobie, z drugiej zaś strony nieprzychylna, pełna uprzedzeń reakcja otoczenia społecznego na symptomy chorobowe staje się poważnym problemem psychologicznym i społecznym utrudniającym zdrowienie (Maciaszek, 2012).

Lęk przed osobami z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotykami (np. schizofrenikami) jest nadal częstym zjawiskiem stając się przedmiotem analiz wielu badaczy (Angermeyer i Matschinger, 2003, 2005; Dickerson et al., 2002; Östman i Kjellin, 2002; Sousa et al., 2012; Wong et al., 2009; Świtaj, 2008; za: Jackowska, 2009; Świtaj, 2005; Maciaszek, 2012). Pełne uprzedzeń postawy ujawniają się również wobec osób cierpiących na inne choroby psychiczne, takie jak na przykład zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (Ociskova et al., 2013), niepełnosprawność intelektualną bądź ogólnorozwojową (Simplican et al., 2015; Kózka i Przybyła-Basista, 2016), ataki paniki, fobie, demencje (chorobę Alzheimera), uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych (Crisp et al., 2005). W polu zainteresowań badaczy są także stygmatyzujące postawy wobec jednostek cierpiących na zaburzenia odżywiania, a zwłaszcza wobec osób cierpiących na anoreksję (Zwiker i Rieger, 2013). Choroby skórne są uważane za silnie stygmatyzujące (Donigan, Pascoe i Kimball, 2015), z tego względu warto prowadzić badania mające na celu ustalenie znaczenia stygmatyzacji w rozwoju depresji u osób cierpiących z powodu łuszczycy (Łakuta i Przybyła-Basista, 2016).

Piętno choroby psychicznej przyczynia się do społecznego wykluczenia, izolacji osób nią naznaczonych (Świtaj, 2005) oraz marginalizacji osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych (Brzezińska i Zwolińska, 2010). Stygmatyzacja oddziałuje na wielu poziomach: jednostkowym, rodzinnym, szkolnym, społecznościowym, medialnym, publicznym, a więc przezwycięzenie piętna wymaga wysiłków na każdym z tych poziomów (Hinshaw, 2005). W niniejszym artykule uwaga będzie skoncentrowana na jednym z poziomów społecznych oddziaływań piętnujących inność, a mianowicie na rodzinie i jej doświadczeniach związanych z poczuciem stygmatyzacji spowodowanych problemami chorobowymi jednego z jej członków. Do grona osób najsilniej obciążonych piętnem choroby należą opiekunowie, czyli rodzice, partnerzy, rodzeństwo.

PIĘTNO „INNOŚCI” I POCZUCIE STYGMATYZACJI WŚRÓD RODZIN

Poczucie stygmatyzacji jest dominującym doświadczeniem większości jednostek cierpiących z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. W literaturze często spotyka się pojęcia zamiennie stosowane: stygmatyzacja, naznaczenie społeczne i piętnowanie (Jackowska, 2009: 656). Analizą pojęcia piętna (*stigma*) zajął się w latach sześćdziesiątych Erving Goffman kanadyjski socjolog wskazując na fakt postrzegania jednostki cierpiącej na zaburzenia przez pryzmat choroby psychicznej, uwypuklania tej niepożądanego charakterystyki jako „atrybutu dotkliwie dyskredytującego” (Goffman, 2005: 33). Atrybut ten wyklucza jednostkę z kręgu społecz-

nej akceptacji wzbudzając u niej motywację do ukrywania, jeśli to tylko możliwe, oznak (cech) naznaczenia (Östman i Kjellin, 2002: 494). Intencją Goffmana (2005) było nie tyle skupienie uwagi na właściwościach jednostki i przypisanie jej określonych cech piętnujących, co podkreślenie, że stygmatyzacja zachodzi w oczach obserwatora, jest zatem pewnym rodzajem relacji pomiędzy realnym atrybutem a stereotypem. Piętno wg Goffmana może wiązać się z ułomnością ciała (np. kalectwem fizycznym, otyłością, deformacją twarzy), indywidualnymi cechami postrzeganymi jako skazy (choroby psychiczne, uzależnienia, homoseksualizm, bezrobocie, pobyt w więzieniu, prostytutka), bądź przynależnością do rasy, narodowości, religii (por. Świtaj, 2005: s. 139). Posiadanie tych cech wiąże się najczęściej z negatywnym etykietowaniem dokonywanym przez otoczenie społeczne stając się przedmiotem napiętnowania publicznego (*public stigma* – por. Larson i Corrigan, 2008).

Link i Pehlan (2001), autorzy bardziej współczesnej i pełniejszej definicji piętnowania, mówią o stygmatyzacji jako o złożonym zjawisku, w którym współistnieją powiązane ze sobą elementy: etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie („nas” od „nich”, zwiększenie dystansu społecznego), utrata statusu społecznego i dyskryminacja (por. też: Maciaszek, 2012: 301; Świtaj, 2005: 137-8). Stygmatyzacja może powodować u jednostki poczucie odrzucenia, wstydu, dyskryminacji. Częstokroć wywiera też negatywny wpływ na poczucie własnej wartości i ograniczoną możliwość funkcjonowania w otoczeniu społecznym (Dickerson, et al., 2002). Obserwuje się podejmowanie prób ukrycia swojej niepełnosprawności w obawie przed stygmatyzowaniem, na przykład zatajenie faktu leczenia instytucjonalnego, hospitalizacji (Ali, et al., 2012). Takie zachowania mogą stać się strategią postępowania jednostki, pewną formą obrony wobec antycypowanych niechętnych reakcji otoczenia.

Na poziomie jednostki, stygmatyzacja może zostać zinternalizowana, co nazywane jest zjawiskiem autostygmatyzacji (*self-stigma* - Ali, et al., 2012: 2123). Autostygmatyzacja jest procesem, w którym zostają włączone do świadomości jednostki społeczne przekonania i stereotypy na własny temat (np. przekonanie, że osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego są zbyt mało kompetentne i nieprzewidywalne, by otrzymać odpowiedzialną pracę - Larson i Corrigan, 2008: 88). W procesie rozwoju autostygmatyzacji jednostka po pewnym czasie zaczyna zgadzać się z określonymi uprzedzeniami na swój temat, a następnie dokonuje autodyskryminacji stosując te stereotypizujące twierdzenia wobec siebie (np. „Jestem zbyt mało kompetentna, aby poszukiwać pracy”). Proces samostygmatyzacji prowadzi do powstania negatywnych uczuć wobec samego siebie, obniżenia poczucia wartości i obniżenia poczucia własnej skuteczności. W konsekwencji pojawiają się zachowania unikające, niechęć do podejmowania wyzwań, zadań, np. poszukiwania pracy (Larson i Corrigan, 2008: 88). Ostatnie badania pokazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi, które uległy procesowi samostygmatyzacji cechuje wyraźne obniżenie dobrostanu i jakości życia, poczucia własnej wartości, przy jednoczesnym zwiększeniu symptomów psychiatrycznych (Ali, et al., 2012: 2123).

Etykietowanie chorób psychicznych odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu postaw społecznych wobec chorych psychicznie, w szczególności schizofreników. Wzbudzenie stereotypowych przekonań o niebezpieczeństwie tych osób ma silnie negatywny wpływ na sposób, w jaki ludzie reagują emocjonalnie na osoby cierpiące na schizofrenię, w rezultacie preferując zwiększenie dystansu społecznego. Co ciekawe, z badań wynika też, że może pojawić się inna reakcja społeczna wówczas, gdy spostrzegamy schizofrenika jako kogoś, kto potrzebuje pomocy – w takim przypadku budzą się bardziej zróżnicowane uczucia, już nie tak jednorodnie negatywne (Angermeyer i Matschinger, 2003: 304). Badania te ukazują potrzebę prowadzenia głębszych analiz nad siłą oddziaływania stygmatyzacji (np. w zależności od treści przekonania etykietującego, kontekstu), znaczeniem poszczególnych elementów składowych konstruktów stygmatyzacji dla kształtowania się negatywnych postaw oraz zróżnicowaniem piętnującego oddziaływania w zależności od jednostki chorobowej (prowadzenie analiz porównawczych pomiędzy postawami społecznymi np. wobec osób ze schizofrenią i depresją – por. Angermeyer i Matschinger, 2003: 306-308).

O ile badacze od kilku dekad z troską podnoszą kwestię stygmatyzującego wpływu choroby psychicznej na daną osobę cierpiącą z powodu zaburzeń, o tyle wciąż jeszcze zbyt mało wiemy na temat stygmatyzacji odczuwanej przez członków rodziny i negatywnego wpływu tych odczuć na ich funkcjonowanie (Dickerson, et al., 2002). W przekonaniu Goffmana (2005) istnieje tendencja do rozszerzania stygmatu z osoby bezpośrednio dotkniętej daną chorobą na osoby blisko z nią związane. I tak, rodzice, małżonkowie, opiekunowie mogą czuć się dotknięci etykietą „choroby psychicznej” przypiętej osobie chorej. Podobnie jak osoba chora mogą doświadczać ograniczeń w interakcjach społecznych, zrywania kontaktu przez przyjaciół, sąsiadów, dalszą rodzinę.

Możemy mówić o trzech typach stygmatyzacji (Park i Park, 2014):

- (1) stygmatyzacji strukturalnej (*structural stigma*) – która odnosi się do poczucia nierównowagi i niesprawiedliwości dostrzeganej w instytucjach społecznych (np. gorszej jakości usług medycznych);
- (2) stygmatyzacji publicznej (*public stigma*) – charakteryzowanej przez negatywne postawy populacji ogólnej wobec określonych grup podlegających stygmatyzacji;
- (3) stygmatyzacji przez skojarzenie (*stigma by association*) – definiowanej jako dyskryminacja spowodowana posiadaniem związków z jednostkami, które są stygmatyzowane.

W odniesieniu do tego ostatniego typu piętnowania spotyka się takie terminy jak: stygmatyzacja rodzin (*family stigma* – np. Lefley, 1989; Park i Park, 2012; Wong et al., 2009), stygmatyzacja przez skojarzenie (*stigma by association* – np. Östman i Kjellin, 2002; bądź *courtesy stigma in family carers* – Ali et al., 2012). Stygmatyzacja rodzin opiera się na różnych stereotypach silnie oddziałujących na członków rodziny powodując wstyd, bądź poczucie winy, gdy spotykają się oni z pełnymi uprzedzeń opiniami osób trzecich, którzy ich obwiniają, czynią odpowiedzialny-

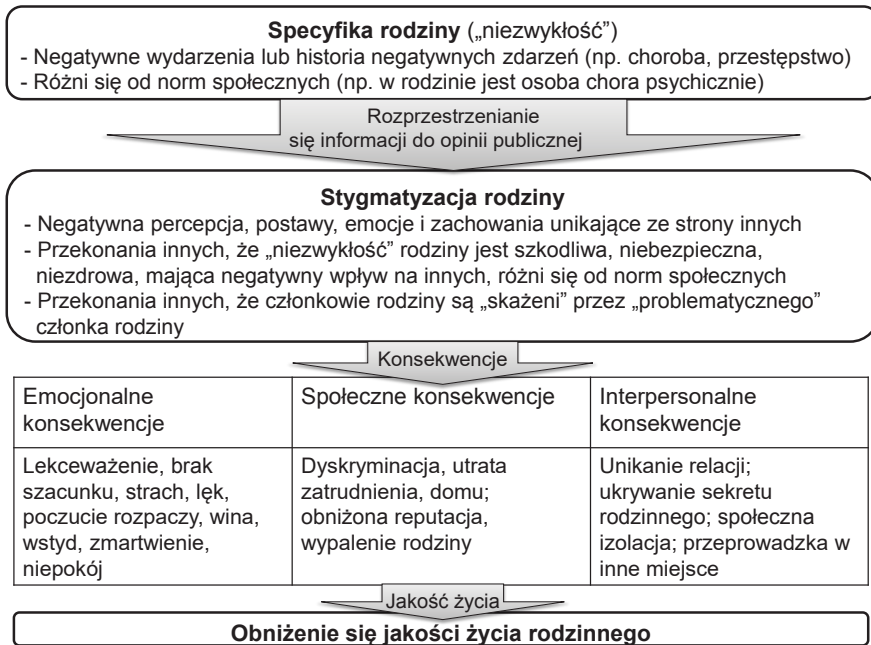
mi za zaburzenie. W przekonaniu części społeczeństwa następuje swoiste „skażenie” poprzez bliskie kontakty, czy relacje z osobą zaburzoną psychicznie. Przede wszystkim odnosi się to do członków rodziny, ale też może dotyczyć przyjaciół a nawet profesjonalistów, którzy pracują z osobą zaburzoną (Ali et al., 2012: 2123).

Stygmatyzacja wpływa więc negatywnie zarówno na jednostki dotknięte zaburzeniem, niepełnosprawnością (intelektualną, fizyczną), jak i na całe rodziny. Osoby najbliższe mogą cierpieć psychicznie z powodu zaburzeń psychicznych członka rodziny i często jest to jedno z najbardziej dewastujących doświadczeń w cyklu życia rodzinnego (Lefley, 1989). Chroniczny stres może prowadzić do wypalenia rodzinnego (*family burden*) w przypadku upośledzenia czy choroby psychicznej członka rodziny. Na poczucie wypalenia sił mogą złożyć się dwie kategorie czynników: (a) obiektywne - związane z radzeniem sobie z problemami i wymogami dotyczącymi opiekowania się chorym (m.in. realne koszty leczenia, świadomość zależności ekonomicznej osoby chorej, zakłócenia w organizacji i funkcjonowaniu życia rodzinnego, ograniczenie aktywności społecznych, zmiany w relacjach z przyjaciółmi i krewnymi) oraz (b) subiektywne – wiążące się z funkcjonowaniem w warunkach dystresu psychologicznego (Lefley, 1989: 556-7). Ponadto, rodziny okresowo doświadczają sytuacji kryzysowych (np. w sytuacji konieczności zastosowania przymusowego leczenia, interwencji karetki pogotowia, policji, trudności w znalezieniu alternatywnej formy leczenia i opieki, w przypadku dziwacznych zachowań chorego).

W literaturze opisującej proces stygmatyzacji w rodzinach osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego z reguły podkreśla się trzy stereotypowe przekonania dotyczące poczucia: wstydu (*shame*), winy (*blame*) i skażenia (*contamination* – por. Park i Park, 2014: 167; Larson i Corrigan, 2008: 88). Oznacza to, że rodziny, w których znajduje się osoba z zaburzeniami psychicznymi mogą doświadczać wstydu, ponieważ mogą czuć się winne i w jakimś stopniu odpowiedzialne za wystąpienie określonego zaburzenia. Ponadto, wszyscy członkowie takiej rodziny są w pewnym stopniu „skażeni” (*contaminated*), ponieważ pozostają w bliskich relacjach z kimś kto ma cechy podlegające stygmatyzacji (Park i Park, 2014: 167). Wszystko to może prowadzić do obniżenia dobrostanu rodziny.

Interesujący model procesu stygmatyzacji rodziny obrazujący emocjonalne, społeczne i interpersonalne konsekwencje piętnowania wpływające na obniżenie jakości życia rodzinnego przedstawili Park i Park (2014: 167-8). Model ten powstał w oparciu o przegląd literatury i obejmuje kilka etapów procesu stygmatyzacji rodziny (por. Rycina 1). Cały proces rozpoczyna się w momencie pojawienia się w rodzinie jakiegoś wydarzenia krytycznego na przykład choroby psychicznej i „etykietującej” diagnozy psychiatrycznej, stwierdzenia odmienności w funkcjonowaniu danego członka rodziny. Informacje o „inności” rozprzestrzeniają się, przedostają się do otoczenia, które spostrzega te atrybuty „inności” i wiąże je z określonymi stereotypowymi przekonaniem, czy uprzedzeniami. Rozpoczyna się proces stygmatyzacji rodziny. Osoby z otoczenia społecznego budują przekonania, że ta „niezwyczajność” (*unusualness*), czy „inność” członka rodziny jest czymś niepozytywnym, niebezpiecznym dla innych, niezdrowym, mającym negatywny

wpływ na ludzi, odbiegającym od społecznie uznanych norm. Tworzą się przekonania, że członkowie rodziny są bezpośrednio bądź pośrednio „skażeni” (*contaminated*) przez obcowanie z „problematycznym” członkiem rodziny. Pojawiają się negatywne postawy wobec całej rodziny (i każdego z jej członków), kierowane są wobec niej negatywne emocje, pojawiają się zachowania unikające, dystansujące.



Ryc. 1. Model stygmatyzacji rodziny (oprac. własne na podst.: Park & Park, 2014)

Stygmatyzacja rodziny przejawia się w postaci trzech rodzajów konsekwencji:

- (a) konsekwencji na poziomie emocjonalnym – poczucie lekceważenia, braku szacunku, strachu, lęku, odczuwania winy, wstydu, martwienie się, poczucie rozpacz, niepokój
- (b) konsekwencji na poziomie społecznym – poczucie dyskryminacji, utrata zatrudnienia, posiadanie niezbyt dobrej reputacji w środowisku, poczucie wypalenia sił w rodzinie
- (c) konsekwencji na poziomie relacji interpersonalnych – unikanie relacji interpersonalnych, ukrywanie sekretu rodzinnego, przeprowadzenie się w inne miejsce (zmiana miejsca zamieszkania), poczucie społecznej izolacji.

Wystąpienie opisanych powyżej konsekwencji powoduje trudności w sięganiu po pomoc i wsparcie społeczne, a przede wszystkim prowadzi do obniżenia jakości życia rodzinnego (Park i Park, 2014: 167-8).

Rodziny wkładają wiele wysiłku w poradzenie sobie z problemem, inwestują czas i energię w poszukiwanie pomocy, przy czym ich interakcje z instytucjonalnym systemem ochrony zdrowia są w wielu przypadkach frustrujące, powodują dezo-

rientację, a nawet są upokarzające. Zapewne to także staje się czynnikiem obciążającym (Lefley, 1989: 557) stanowiącym ryzyko dla wypalenia sił. Warto zatem pamiętać o trudnej roli rodziny, gdy musi się ona zmierzyć i z chorobą psychiczną i stygmatyzującym wpływem otoczenia. Członkowie rodzin są stojącymi w cieniu, niedocenianymi bohaterami podejmującymi codzienne wysiłki poradzenia sobie z chorobą psychiczną, jej konsekwencjami oraz reakcjami świata zewnętrznego (Hinshaw, Stier, 2008: 386).

STYGMATYZACJA RODZIN – PRZEGLĄD BADAŃ

Stygmatyzacja ludzi cierpiących na zaburzenia psychiczne była przedmiotem stosunkowo wielu badań, mniej natomiast badań prowadzono nad doświadczaniem stygmatyzacji przez rodziny osób chorych. W większości prowadzone badania miały charakter analiz jakościowych z wykorzystaniem ankiet, wywiadów bądź wypowiedzi zarejestrowanych w trakcie sesji terapeutycznych (np. Gonzales-Torres i in., 2007; za: Jackowska, 2009), rzadziej prowadzono badania ilościowe posługując się kwestionariuszem do pomiaru stygmatyzacji (por. np. *The Attribution Questionnaire* - Corrigan, Watson, Miller, 2006: 241). Z dotychczasowych ustaleń wynika, że od jednej czwartej do połowy członków rodzin jest przekonanych, że ich związki z osobą chorą powinny być ukrywane (Angermeyer, Schulze, Dietrich, 2003; por. Corrigan, Watson, Miller, 2006: 240). Poczucie wstydu i winy, których doświadczają członkowie rodzin prowadzi często do dyskryminacji i unikania społecznego (Corrigan, Watson, Miller, 2006: 240). Z badań Östman i Kjellin (2002) wynika, że większość krewnych miała poczucie stygmatyzacji przez skojarzenie (*stigma by association*). Statystyki wskazały, że 18 procent członków rodzin miało od czasu do czasu myśli, że byłoby lepiej gdyby pacjent zmarł, a 10 procent krewnych doświadczało myśli samobójczych (Östman i Kjellin; 2002: 494).

Wnioski z badań Phelan, Bromet i Link (1998) przeprowadzonych na próbie 156 rodziców i małżonków pacjentów psychiatrycznych pierwszy raz hospitalizowanych są natomiast mniej pesymistyczne. W większości członkowie rodzin nie mieli przekonania, że są postrzegani jako osoby, których należy unikać z powodu hospitalizacji krewnego. Niemniej, połowa członków rodzin starała się ukryć fakt hospitalizacji. Było bardziej prawdopodobne, że członkowie rodziny będą ukrywali chorobę psychiczną, jeśli chora była kobietą i jeśli nie mieszkali na stałe z osobą chorą. Członkowie rodzin, którzy byli lepiej wykształceni częściej mówili o swoim doświadczeniu unikania przez innych (Phelan, Bromet i Link, 1998: 115).

Stygmatyzacja może być różnie doświadczana przez członków rodziny w zależności od pełnionej roli rodzinnej: rodzica, małżonka, rodzeństwa, dziecka (Corrigan, Watson, Miller, 2006: 240). Z reguły rodziców wini się za złe, niewłaściwie wypełnianie roli rodzicielskiej (np. twierdzi się, że niekompetencja matki doprowadziła do rozwoju choroby psychicznej). W jednym z badań prawie połowa matek czuła się obwiniana z powodu choroby psychicznej dziecka. Natomiast w innym badaniu zdecydowanie mniej matek doświadczało obwiniania, tj. tylko 10 procent miało tego typu przekonania (Struening i in., za: Corrigan, Watson, Miller, 2006: 240). Z kolei małżonkowie i rodzeństwo osób chorych często byli obwiniani za niewłaściwe pokierowanie chorobą i leczeniem. Prowadzono też badania dotyczą-

ce stygmatyzacji wśród dzieci, których rodzice wykazywali zaburzenia. Dzieci te były postrzegane jako skażone (*contaminated*) chorobą psychiczną rodziców. Na przykład dzieci rodziców z chorobą alkoholową były postrzegane jako bardziej skażone chorobą rodzica aniżeli na przykład dzieci schizofreników. Z kolei rodzice i małżonkowie byli bardziej obwiniani za wystąpienie uzależnienia (Corrigan, Watson, Miller, 2006: 245).

W badaniach Gonzales-Torres i współpracowników (2007; za: Jackowska, 2009: 662-3) analizowano wypowiedzi głównie matek podczas sesji terapeutycznych. Osoby badane mówiły o wykluczeniu społecznym, stygmatyzacji, były świadkami nieprzyjaznych postaw wobec chorego; spotykały się z wycofaniem osoby zaprzyjaźnionej z kontaktu (dotyczyło to zarówno osoby chorej, jak i członków rodziny). W szczególności, odnosiło się to do sytuacji, gdy dana osoba dowiedziała się o chorobie. Matki spotykały się z uwagami, że ponoszą winę za chorobę osoby bliskiej oraz negatywnymi opiniami ze strony otoczenia społecznego. A zatem, członkowie rodzin odczuwali stygmatyzację i wykluczenie społeczne będąc świadkami nieprzyjaznych gestów, wypowiedzi, czy postaw wobec osoby chorej, jak również z powodu bycia samemu obiektem dyskryminacji.

Poszukiwano także zależności pomiędzy doświadczaniem stygmatyzacji rodzinnej a funkcjonowaniem chorego. Okazało się, że to czy członkowie rodzin osób chorych doświadczają stygmatyzacji zależy od zachowania chorego. W rodzinach, w których osoba chora była agresywna, kłótliva, obrażająca innych – poczucie stygmatyzacji było wysokie. I przeciwnie – gdy osoba była cicha, spokojna – poczucie stygmatyzacji było niskie. Zauważono także, że poczucie stygmatyzacji było wyższe w grupie kobiet pełniących rolę opiekunów (Thara, Kamath i Kumar, 2003). Poczucie stygmatyzacji u członków rodziny było dość niskie w początkowych stadiach rozwoju zaburzenia psychicznego, przy czym warto dodać, że są to ustalenia na podstawie wstępnych analiz (Wong et al., 2009).

Wyniki badań potwierdzają tezę, że członkowie rodzin pacjentów z diagnozą psychiatryczną (schizofrenią) czują się często przeciążeni i przytłoczeni wymaganiami wiążącymi się z opieką nad chorym. Członkowie rodzin schizofreników wykazywali oznaki wypalenia sił. W szczególności dotyczyło to opiekuna głównego poświęcającego wiele swojego czasu na czynności opiekuńcze w ciągu dnia. Wypalenie sił u opiekunów wiązało się z poczuciem obniżenia jakości życia, a także negatywnym wpływem na zdrowie i funkcjonowanie. Dystres i brak satysfakcji były wynikiem dostrzegania strat w swoim życiu, na przykład utratą różnych możliwości życiowych ze względu na konieczność opiekowania się, co w efekcie mogło przyczynić się do utraty empatii wobec osoby chorej.

Opiekunowie doświadczali różnego rodzaju stresorów, m.in. stygmatyzacji, problemów finansowych, a także innych trudności rodzinnych (Gutiérrez-Maldonado, 2005: 899-900). W badaniach z udziałem 122 członków rodzin osób cierpiących na schizofrenię ustalono następujące obszary doświadczania przez rodzinę piętna: (a) ograniczeń w bezpośrednich interakcjach społecznych, (b) poczucia utrudnionego dostępu do pełnienia ról społecznych, (c) strukturalnej dyskrymi-

nacji (będącej efektem funkcjonowania systemu prawnego, społecznego, gospodarczego, politycznego, w wyniku którego osoby należące do grupy stygmatyzowanych mają poczucie wykluczenia społecznego), (d) zniekształconego obrazu choroby psychicznej w świadomości społecznej (Angermeyer, Schultze i Dietrich, 2003: 593). Zaburzenia psychiczne mają niewątpliwie silny wpływ na dynamikę rodziny. Z jednej strony musi ona podjąć wyzwanie zorganizowania rutynowej opieki nad chorym, zaś z drugiej strony uporać się z napięciami wynikającymi ze stresorów, lękiem i obawami o przyszłość (Sousa et al., 2012: 188). Co więcej, rodziny z osobami wykazującymi zaburzenia psychiczne podlegają także procesowi internalizacji uprzedzeń. W rezultacie członkowie rodziny doświadczają wielu negatywnych skutków, jak na przykład zaniżenia poczucia własnej wartości (Corrigan, Watson, Miller, 2006: 245). Z badań wynika, że u około 20-30 procent członków rodziny stwierdzono obniżone poczucie własnej wartości z powodu posiadania w swoim gronie osoby chorej psychicznie (Larson i Corrigan, 2008: 88).

PRZECIWDZIAŁANIE STYGMATYZACJI RODZIN – PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Przeciwdziałanie stygmatyzacji rodzin jest zadaniem niezwykle ważnym z wielu powodów. Przede wszystkim, lepiej funkcjonująca rodzina, skuteczniej adaptująca się do trudności losu wywołanych zaburzeniem zdrowia psychicznego jednego z jej członków łatwiej może stawić czoła wyzwaniom zarówno związanym ze skutecznością opiekowania się osobą chorą, jak i zadbać o siebie jako system rodzinny, szczególnie dbając o trwałość więzów i jakość życia rodzinnego. Członkowie rodziny uwolnieni od ciężaru zmagania się z piętnem mogą być bardziej empatyczni i otwarci w udzielaniu wsparcia osobie bliskiej, jak również traktowaniu podejmowanych przez siebie działań opiekuńczych jako czynników sprzyjających własnemu rozwojowi osobistemu. Powstaje pytanie, jak oddziaływać na rodzinę, aby pozwolić jej z jednej strony zrównoważyć ciężar negatywnych i piętnujących oddziaływań społecznych, z drugiej zaś strony umożliwić dostrzeganie rozwojowo pozytywnych aspektów czerpanych z tej niekorzystnej sytuacji życiowej.

Takim pomocnym oddziaływaniem mogą być różnego rodzaju interwencje rodzinne, czy grupy wsparcia dla rodzin. Programy psychoedukacyjne dla rodzin są obecnie dooceniane jako ważne i efektywne elementy terapii w przypadkach poważnych zaburzeń psychicznych (np. schizofrenii – Sousa i in., 2012). Członkom rodzin powinno się oferować interwencje mające na celu uczenie strategii, jak radzić sobie ze stygmatyzacją. Liczni badacze podnoszą problem konieczności „zaopiekowania się opiekunem” (Larson i Corrigan, 2008). Niewątpliwie wsparcie społeczne i rodzinne jest czynnikiem redukującym wypalenie sił u opiekunów. W ostatnich dekadach znacząco zwiększyła się liczba grup samopomocowych. Udział członków rodziny w tych grupach wielokrotnie umożliwił zmianę statusu rodziny. Z rodzin zawstydzonych posiadaniem osoby z zaburzeniami psychicznymi, dość pasywnych, naznaczonych winą, rodziny stawały się bardziej aktywne, mające prawo, aby myśleć pozytywnie o sobie i własnym dobrostanie, dbając o ten dobrostan (Sousa et al., 2012). Dzięki wsparciu społecznemu rodziny podlegały korzystnym przemianom.

Można wymienić wiele korzyści z uczestniczenia rodzin w grupach wsparcia o charakterze samopomocowym jak np.: publiczne przyznanie się do choroby w rodzinie, przeciwstawienie się znowie milczenia i wstydu zwykle demonstrowanemu przez dalszych krewnych, otrzymanie wsparcia społecznego; dzielenie się zasobami i strategiami radzenia sobie, zredukowanie poczucia izolacji. Ważna jest też edukacja budująca świadomość i dostarczająca wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, pozwalająca członkom rodzin na wspólne angażowanie się w walkę z uprzedzeniami oraz dyskryminacją w środowisku społecznym (Hinshaw, 2007; za: Sousa et al., 2012: 188).

Uczestniczenie w grupach wsparcia pomaga więc w lepszej adaptacji do roli opiekuna osoby cierpiącej na zaburzenia, ale co równie istotne, pomaga uświadomić sobie, że bycie opiekunem może też odegrać pozytywną rolę w rozwoju jednostki przynosząc zadowolenie z podjętego wyzwania, poradzenia sobie, ugruntowania w wartościach i w konsekwencji doświadczenia wzrostu osobistego (Sousa et al., 2012: 188). Mówiąc krótko, dostarczenie członkom rodziny narzędzi radzenia sobie z chorobą, jej konsekwencjami i stygmatyzującymi postawami otoczenia stanowi efektywną pomoc zarówno dla chorych psychicznie członków rodziny, jak i dla samych pomagających (osób spokrewnionych).

Zaangażowanie rodzin w udzielanie wsparcia może być istotnym czynnikiem pomagającym choremu w przezwyciężaniu izolacji społecznej i obniżeniu poziomu stygmatyzacji (Hinshaw, Stier, 2008: 386). Stygmatyzacja jest rozważana jako potencjalnie istotna przyczyna niechęci do poszukiwania pomocy psychiatrycznej w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym (np. depresji) z uwagi na antycypowaną dyskryminację, problemy z pracą, wstyd (Schomerus, Matschinger i Angermeyer, 2009: 298). W przeprowadzonych na dużą skalę badaniach epidemiologicznych odkryto, że około 40% jednostek z zaburzeniami zdrowia psychicznego (*mental health*) nie poszukuje żadnej profesjonalnej pomocy (Andrews, Issakidis i Carter, 2001; za: Vogel, Wade i Haake, 2006: 325). Można więc postawić pytanie, co powstrzymuje ludzi z problemami zdrowia psychicznego od poszukiwania pomocy i zastanowić się nad motywującą rolą osób bliskich z rodziny. Czy efektywnie może poszukiwać pomocy osoba cierpiąca na zaburzenia np. depresyjne, antycypująca dyskryminację ze strony otoczenia, dodatkowo ulegająca autostygmatyzacji? Czy członkowie rodzin mogą skutecznie motywować do poszukiwania pomocy, skoro oni również podlegają procesowi stygmatyzacji, dokonują internalizacji uprzedzeń społecznych (są więc przekonani o swojej winie, wstydzie i skażeniu kontaktami z osobą wykazującą zaburzenie)? Odpowiedzi negatywne wydają się oczywiste. Trudno poszukiwać pomocy, gdy antycypuje się problemy związane z odkryciem atrybutów podlegających stygmatyzacji.

Rodzina, podobnie jak osoba chora jest narażona na napiętnowanie społeczne i może podejmować (świadomie lub nieświadomie) działania ochronne polegające z reguły na pomocy chorym w ukrywaniu atrybutów choroby, niepełnosprawności, „inności”, jednocześnie chroniąc samych siebie przed pełną uprzedzeń oceną otoczenia. Wyjściem z sytuacji wydaje prowadzenie kampanii społecznych uświadamiających i edukujących społeczeństwo w zakresie funkcjonowania osób

wykazujących oznaki zaburzeń psychicznych oraz budujących pozytywne postawy do nich (Crisp et al., 2005). Dla rodzin, wartościowy jest udział w programach psychoedukacyjnych, grupach wsparcia, grupach samopomocowych. Wsparcie ze strony rodziny może pomóc jednostce z zaburzeniami psychicznymi, fizycznymi bądź społecznymi wrócić do kręgu osób doświadczających społecznej akceptacji, odnaleźć przynależność do określonej sieci społecznej i swoje miejsce w otoczeniu społecznym, zdobyć poczucie przydatności na terenie pracy, szkoły, rodziny. Jednym słowem znaleźć się w procesie oddziaływań, które skutkują włączeniem społecznym (Simplican et al., 2015: 20), a nie wykluczeniem.

Zaprezentowane w artykule rozważania i wyniki badań nad procesem stygmatyzacji rodzin, w gronie których funkcjonują osoby z zaburzeniami psychicznymi nasuwają wiele interesujących wniosków. Generalnie sprowadzają się one do refleksji, że zjawisko stygmatyzacji rodzin ma z reguły negatywny wpływ na członków rodziny. Nie wszystko jednak zostało już wyjaśnione. Wyników badań nad procesem stygmatyzacji rodzin jest jeszcze zbyt mało, by wyprowadzić z nich jednoznaczne wnioski. Postulując dalszy rozwój badań warto byłoby skupić się na pogłębieniu rozumienia mechanizmów stygmatyzujących rodzinę. Wartościowa byłaby próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego w jednych badaniach ujawniono wysoki odsetek członków rodzin mających poczucie stygmatyzacji a w innych odsetek ten był zdecydowanie niższy. Czy i na ile znaczącą rolę odgrywa tu rodzaj zaburzenia, płeć osoby stygmatyzowanej, sposób jej zachowania? A może istotną rolę odgrywają cechy członków rodziny, ich odporność psychiczna, elastyczność, poczucie własnej wartości, poczucie posiadanego wsparcia społecznego? To są oczywiście przykładowe pytania o zmienne mające wpływ na wzrost negatywnych konsekwencji stygmatyzacji członków rodzin i obniżenia ich poczucia dobrostanu. Obok badań jakościowych, które dotąd dominowały warto byłoby szerzej rozwinąć badania ilościowe uwzględniające zmienne moderujące i mediujące związki między stygmatyzacją a dobrostanem członków rodziny pełniącym różne role (rodziców, rodzeństwa, małżonków, opiekunów).

LITERATURA

- Ali, A., Hassiotis, A., Strydom, A., King, M. (2012). Self stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 33, s. 2122-2140.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 186, s. 331-334.
- Angermeyer, M.C., Schulze, B., Dietrich, S. (2003). The courtesy stigma. A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, s. 593-602.
- Brzezińska, A.I., Zwolińska, K. (2010). Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych. *Polityka Społeczna*, 2, s. 16-22.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., Miller, F.E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20 (2), s. 239-246.

- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the changing minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4 (2), s. 106-113.
- Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B., Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (1), s. 143-155.
- Donigan, J.M., Pascoe, V.L., Kimball, A.B. (2015). Psoriasis and herpes simplex virus are highly stigmatizing compared with other common dermatologic conditions: A survey-based study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73, 525 – 526.
- Goffman, E. (2005). Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańsk: GWP.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., 20 Kavanagh, D.J. (2005). Burden of care and general health in familie of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, s. 899-904.
- Hinshaw, S.P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and reserach needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (7), s. 714-734.
- Hinshaw, S.P., Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 4, s. 367-393.
- Jackowska, E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, XLIII (6), s. 655-670.
- Kózka, A., Przybyła-Basista, H. (2016). Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny dla rodziców dzieci z zespołem Downa. *Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, 20 (1), 139-150. .
- Larson, J.E., Corrigan, P. (2008). The stigma of familie with mental illness. *Academic Psychiatry*, 32, 87-91.
- Lefley, H.P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44 (9), s. 556-560.
- Link, B.G., Pehlan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, s. 363-385.
- Łakuta, P., Przybyła-Basista, H. (2016). Rola stygmatyzacji oraz przekonań na temat wyglądu w rozwoju depresji u chorych na łuszczycę. *Polskie Forum Psychologiczne* (w druku).
- Maciaszek, J. (2012). Piętno: problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi. *Studia Politicae Universitatis Silesiensis*, 9, s. 299-315.
- Ociskova, M., Prasko, J., Cerna, M., Jelenova, D., Kamaradova, D., Latalova, K., Sedlackova, Z. (2013). Obsessive compulsive disorder and stigmatization. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 55 (1-2), s. 19-26.
- Östman, M., Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, s. 494-498.
- Park, S., Park, K.S. (2014). Family stigma: A concept analysis. *Asian Nursing Research*, 8, 165-171.
- Phelan, J.C., Bromet, E.J., Link, B.G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), s. 115-126.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intensions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, s. 298-306.
- Simpican, S.C., Leader, G., Kosciulek, J., Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 38, s. 18-29.
- Sousa, S., Marques, A., Curral, R., Queiros, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34 (4), 186-197.
- Świtaj, P. (2005). Piętno choroby psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (2), s. 137-144.

- Thara, R., Kamath, S., Kumar, S. (2003). Women with schizophrenia and broken marriages – double disadvantaged? Part II: family perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 49 (3). S. 233-240.
- Vogel, D.L., Wade, N.G., Haake, S. (2006). Measuring self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (3), s. 325-337.
- Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., Gerson, R., Malaspina, D., McGlashan, T., Corcoran, C. (2009). Stigma in familie of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3 (2), 108-115.
- Zwickert, K., Rieger, E. (2013). Stigmatizing attitudes towards individuals with anorexia nervosa: an investigation of attribution theory. *Journal of Eating Disorders*, 1 (5), <http://www.jeatdisord.com/contents/1/1/5>. [dostęp: 25.03.2016].



Małgorzata Orłowska

Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej
E-mail: m.orłowska@wp.pl

Złotówka na edukację, osiem złotych na kulturę – o juwenelizacji biedy, analiza wybranych problemów

Abstract

Juvenalization of poverty in Poland is a fact. This article's goal is to determine the category of the needs that are the most vulnerable to deprivation among children. The empirical analysis reveals that such are mainly related to participation in culture and education - the title one PLN on education and eight PLN on culture. Presented consideration is based on author's empirical research and on secondary analysis of research carried out on the big sample sizes.

WSTĘP

Bieda towarzyszy człowiekowi od zarania jego dziejów. W zasadzie nie da się jej w ogóle wyeliminować. Istotne jest jednak, by nie dotyczyła zbyt dużego odsetka obywateli i nie były narażone na nią grupy społeczne szczególnie wrażliwe na niedostatek¹. Do takiej kategorii zalicza się niewątpliwie dzieci. Problem juwenelizacji biedy jest szczególnie ważny ze względu na tzw. odległe skutki biedy. Odnoszą się one nie tylko do zachwiania w pełnieniu przyszłych ról społecznych (zwłaszcza pracownika i rodzica), ale też związane są z dysfunkcjami biologicznymi (koszty leczenia czy opieki socjalnej) i co najważniejszymi – prokreacją i budowaniem rodziny. Wszystkie te kategorie w istotny sposób obciążają współobywateli i nie pozwalają w pełni partycypować samym zainteresowanym w życiu społecznym.

Obok funkcjonujących w praktyce wskaźników ubóstwa² istnieją liczne określenia pojęcia biedy w literaturze przedmiotu. Współcześnie przyjmuje się, że jest to nie tylko niedający się zaakceptować materialny niedostatek, ale też brak partycypacji

1 Zob. F. Villa, *Polityka społeczna, demokracja i praca socjalna*, Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1997

2 Szerzej M. Orłowska, J.J. Błeszyński, *Czas wolny jako środowisko życia. Perspektywa pedagogiczna, wybrane problemy*, PWN, Warszawa 2016

w życiu społecznym³. Na ten ostatni element zwraca uwagę wielu badaczy problemu. F. Villa⁴ (1997, s. 82). w oparciu o doświadczenia badawcze Oscara Levis'a, znanego badacza biedy meksykańskich dzieci stwierdza, że bieda powoduje "brak rzeczywistego uczestnictwa i zintegrowania osoby ubogiej w życiu społecznym, poczynając od systemu gospodarczego, a skończywszy na systemie politycznym, w których to systemach ubodzy zajmują całkowicie marginalną pozycję". Zwraca on uwagę, że swoista kultura ubóstwa objawia się na różnych poziomach uczestnictwa społecznego. Na poziomie społeczności lokalnej będą to: złe warunki mieszkaniowe, przeludnienie, tendencja do tworzenia się różnych grup nielegalnych itp. Na poziomie rodziny będą to: pozbawienie dzieciństw przymiotów przypisanych temu okresowi życia, brak możliwości wychowywania się w stabilnej rodzinie. Zaś na poziomie indywidualnym dotyczy to zachowań związanych z poczuciem odrzucenia i zagrożenia uczestnictwa w życiu społecznym, które manifestuje się w różny sposób i na różnych poziomach życia społecznego (tamże).

I. OBSZARY DEPRYWACJI POTRZEB DZIECKA WE WSPÓŁCZESNEJ RODZINIE.

Badacze problemu (choćby Tarkowska, Warzywoda- Kruszyńska) jak i urzędy statystyczne (GUS, Eurostat) czy organizacje pozarządowe od dawna informowały o wyjątkowo nierównym rozłożeniu niedostatku w różnych grupach wiekowych. Jednak nowością ostatnich doniesień GUS jest podanie informacji na temat deprivacji potrzeb, w tym dzieci – na poziomie tzw. minimum socjalnego. O ile używane w powszechnym obiegu wskaźniki deprivacji potrzeb odwołują się do ubóstwa – głównie dochodowego dochodowego - mierzonego na różnych jego poziomach (minimum egzystencji, bieda relatywna, bieda ustawowa) to wszystkie one odnoszą się w sumie do niedostatku - ubóstwa. Tymczasem wskaźnik minimum socjalnego jest granicą minimalnej partycypacji w życiu społecznym i nie powinien być traktowany jako próg ubóstwa, ale jako granica „minimalnego, godziwego standardu życia”⁵. Można zatem powiedzieć, że mamy aktualnie opisany obszar zaspokojenia potrzeb między linią ubóstwa skrajnego (dotyczy zaspokajania tylko potrzeb podstawowych; określa się je często mianem tych, których nie można odłożyć na jutro), a minimalnym poziomem partycypacji społecznej. Obydwie wyznaczają nieprzekraczalne granice i obie są niezwykle ważne z jednostkowego i

3 R. Lister, Bieda, Wyd. Sic!, Warszawa 2007

4 F. Villa, 1997, op.cit. s. 82

5 P. Kurowski, Informacja o wysokości minimum socjalnego w Polsce w marcu 2015 r., IPiSS, Warszawa 2015 podają za Ubóstwo w Polsce w latach 2013i 2014, GUS, Warszawa 2015, s. 31.

Jako znamieny, można podać fakt, że ostatni raz odsetek osób żyjących na poziomie minimum socjalnego był podany w 2005 roku i kształtował się wtedy na poziomie około 60% obywateli (Szarfenberg R., (2012) Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce, pomiar, wyjaśnienie, strategie przeciwdziałania. 2012, http://www.feswar.org.pl/fes2009/pdf_doc/debaty6.pdf, data pobrania 01.12.2015). Wskaźnik minimum z roku 2015 opiera się o tzw. skalę ekwiwalentności. Z tego względu jak i na brak informacji na temat metodologii liczenia uprzednich wskaźników nie można wprost porównać wielkości obydwu wskaźników.

Tab. nr 1. Zasięg sfery ubóstwa i niedostatku Polaków w 2015 wg wieku (w%)

Wiek	Ubóstwo		Minimum socjalne
	skrajne	ustawowe	
Ogółem	7,4	12,2	43,4
0-17	10,3	19,3	51,8
18-64	7,0	11,0	42,0
65 i powyżej	4,3	5,8	35,7

Źródło: oprac. własne za: *Ubóstwo Polaków w latach 2013 i 2014*, GUS, Warszawa 2015, s. 28, 36, 53.

społecznego punktu widzenia. Ubóstwo dochodowe – bo poniżej niego następuje degradacja biologiczna, minimum socjalne – bo poniżej tej linii nie możemy mówić o uczestnictwie społecznym. Wymowa przytoczonego materiału statystycznego jest okrutna. Na każdym z wyróżnionych poziomów niedostatku i biedy ilość dzieci jest zdecydowanie większa niż pozostałych grup wiekowych. Ubóstwo skraje i tzw. ustawowe powoduje określone konsekwencje prawne i społeczne – możliwość ubiegania się o świadczenia z pomocy społecznej. W grupie osób na poziomie biedy ustawowej w obszarze niedostatku znajduje się co piąte dziecko, a „tylko” co dziesiąty dorosły czy co dwudziesta osoba w wieku poprodukcyjnym. W obszarze skrajnego ubóstwa określanego często minimum egzystencji jest co dziesiąte dziecko, mniej więcej co dwunasty dorosły i co dwudziesty człowiek stary.

Wskaźniki minimalnej partycypacji społecznej informuje nas o tym, że z aktywnego, pełnego życia społecznego wyłączone jest co drugie dziecko.

Szczegółowy ogląd sytuacji dzieci i ich rodzin na poziomach wyróżnionych linii ubóstwa i niedostatku uświadamia nam, że w pewnych szczegółowych sytuacjach możemy mówić o pogłębieniu sfery deprywacji potrzeb. Taka sytuacja występuje w rodzinach wielodzietnych czy wśród mieszkańców wsi. Sytuacja ta powinna być niepokojąca. Najbardziej niepokojący poziom deprywacji potrzeb związany jest z posiadaniem więcej niż dwojga dzieci w rodzinie. O ile wskaźnik skrajnego ubóstwa dla ogółu populacji wynosi 7,4% to wśród rodzin z więcej niż dwojgiem wzrasta dwu (z trojgiem dzieci) i sześciokrotnie (co najmniej czworgiem dzieci) (odpowiednio: 4,5; 11,2; 36,9)⁶. Jeszcze gorsza jest sytuacja w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym. Prawie co szóste (14,6%) z nich żyje na poziomie minimalnej egzystencji⁷.

Podobną moc wykluczającą ma miejsce zamieszkania, im mniejsza aglomeracja tym poziom skrajnego ubóstwa większy i przekracza on znacznie wskaźnik dla całej Polski. O ile w wielkich miastach skrajna nędza dotyka 1% mieszkańców, to w przypadku miast małych (poniżej 20 tys.) kształtuje się na poziomie 8,%%, a na wsi urasta do wielkości 11,8%⁸.

⁶ Ubóstwo Polaków w latach 2013 i 2014, GUS, Warszawa 2015, s. 27.

⁷ Ibidem, s. 28

⁸ Ibidem, s. 29

Można zatem powiedzieć, szczególną uwagę działaniom przeciw wykluczeniu powinno się objąć dzieci, a zwłaszcza te, które pochodzą z rodzin wielodzietnych, są niepełnosprawne czy mieszkają w małych aglomeracjach, zwłaszcza na wsi.

Jakiej kategorii potrzeb nie mają zaspakajane dzieci na poziomie biedy i zagrożenia nią?

Tabela nr 2. Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstw domowych znajdujących się poniżej i powyżej granicy ubóstwa skrajnego w 2104 r.

wyszczególnienie	gospodarstwa domowe		gospodarstwa domowe		wskaźnik zróżnicowania wydatków
	poniżej granicy ubóstwa	powyżej granicy ubóstwa	poniżej granicy ubóstwa	powyżej granicy ubóstwa	
	w zł (w przeliczeniu na osobę dorosłą z uwzględnieniem granicy ekwiwalentności OECD)		w %		
wydatki gospodarstwa domowego	447	1464	100	100	3,3
w tym:					
towary i usługi konsumpcyjne	437	1386	97,8	94,7	3,2
w tym:					
żywność i napoje bezalkoholowe	194	348	43,5	23,8	1,8
odzież i obuwie	13	80	,0	5,5	6,0
użytkowanie mieszkania/ domu i nośniki energii	88	287	19,8	19,8	3,2
zdrowie	13	71	3,0	4,9	5,3
eksploatacja prywatnych środków transportu	19	97	4,2	6,7	5,1
usługi transportowe	6	19	1,3	1,3	3,2
usługi telekomunikacyjne wraz z opłatami internetowymi	33	70	7,4	4,8	2,1
usługi związane z rekreacją i kulturą	8	26	1,8	1,8	3,2
usługi związane z edukacją	1	18	0,3	1,2	12,7
higiena osobista	11	43	2,6	2,9	3,7

Źródło: *Ubóstwo Polaków w latach 2013 i 2014*, GUS, Warszawa 2015, s. 19.

Dostępny materiał statystyczny (tab. nr 2), opracowany na dużej próbie badawczej, ujawnia dystrybucje i hierarchie wydatków w rodzinach żyjących na poziomie minimum egzystencji w porównaniu z pozostałą częścią gospodarstw. Niestety nie ma szczegółowych informacji na temat wydatków osób żyjących na granicy minimum socjalnego. Pewnym odniesieniem może być dychotomiczny podział zaprezentowany przez GUS na tych, którzy żyją poniżej i powyżej granicy skrajnego ubóstwa.

Obie grupy dysponują różnym poziomem dochodów. Dla granicy skrajnego ubóstwa jest to 447 zł w przeliczeniu na osobę z uwzględnieniem Sali ekwiwalentności OECD. Dla gospodarstw domowych żyjących powyżej – 1464 zł. Obydwie grupy najczęściej wydają na żywność. Jednak różnica kwotowa i procentowa jest znaczna. Dla osób żyjących poniżej granicy skrajnego ubóstwa jest to 437 zł, co stanowi prawie połowę dochodów (43,5%), a dla rodzin żyjących powyżej granicy minimum biologicznego 1386 zł co stanowi „tylko” 1/4 dochodów (23,8%). Następnymi w kolejności są wydatki przeznaczane na użytkowanie i utrzymanie mieszkania – 1/5 dochodów, co jednak kwotowo stanowi trzykrotną różnicę: 88 zł i 287 zł. Pozostałe wydatki mają różną rangę w hierarchii w zależności od poziomu niedostatku. Dla najbiedniejszych będą to: usługi telekomunikacyjne z Internetem (7,4%), prywatne środki transportu (4,2%), a dopiero później dopiero wydatki na ubranie i zdrowie (po 3%), higienę osobistą (2,6%). **Kultura i edukacja znajdują się na samym dole wydatków i wynoszą (odpowiednio) 1,8 i 0,3%. Co stanowi 8 zł i 1 zł. miesięcznie na całą rodzinę⁹.** Osoby o wyższym statusie materialnym, poza wydatkami na żywność (przypomnijmy, że wynoszącymi ¼ budżetu) i utrzymanie mieszkania (1/5 budżetu) pozostałe środki przeznaczają na: eksploatację prywatnego transportu (6,7%), odzież (5,5%), zdrowie i telekomunikacje (po 4,9 i 4,8%), higienę osobistą (2,9%). Kultura i oświata – po (odpowiednio) 1,8 i 1,2% (kwotowo odpowiednio: 26 i 18 zł)¹⁰.

Najwyższy wskaźnik zróżnicowania wydatków odnosi się właśnie do edukacji. Wynosi 12,7. Obok oświaty obie grupy różnicuje poziom wydatków na odzież (6,0), zdrowie (5,3) i środki komunikacji prywatnej (5,1)¹¹.

Dodatkowe informacje, które dotyczą jakości mieszkania i kondycji ekonomicznej Polaków ujawniają istniejące dysproporcje. Ci z grupy żyjącej poniżej minimum egzystencji mają mieszkania dużo bardziej przeludnione (przeciętna liczba osób na pokój to 1,5 w porównaniu do 0,9 dla pozostałych), o niskim standardzie sanitarnym (brak wc u 15% w porównaniu do niespełna 3% u pozostałych; brak łazienek na podobny poziomie deprivacji jak wc). Dla 1/5 jest to mieszkanie zbyt małe (w porównaniu do 1/10 dla pozostałych). Często (prawie dla ¼) jest to locum pro prostu nie nadające się do mieszkania – „ma przeciekający dach lub zawilgocone ściany, podłogi, fundamenty, butwiejące ona lub podłogi”¹².

W tym miejscu trzeba wyraźnie zaznaczyć, że przytoczone wskaźniki wydatków na poziomie minimum socjalnego są różne od wskaźnika zbudowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Najważniejszą różnicą jest uwzględnienie w wydatkach kosztów ponoszonych na uczestnictwo w kulturze. Wskaźnik minimum egzystencji różni się właśnie tym od innych miar, że nie uwzględnia takiej kategorii. Jak wskazuje sama jego nazwa, dotyczy tylko i wyłącznie zaspokojenia potrzeb egzystencji, czyli tych, które muszą być zaspokojone tu i teraz. Odłożenie ich

9 Ibidem, s. 190

10 Ibidem

11 Ibidem

12 Ibidem, s. 21

w czasie powoduje znaczące skutki uszczerbku na zdrowiu, np. brak jedzenia czy schronienia¹³

Zrozumiałe jest to, że ten zabieg metodologiczny był konieczny ze względu na możliwość porównywania do linii partycypacji społecznej jaką jest minimum socjalne.

Pewnym uzupełnieniem informacji na temat jakości życia i uzupełnienia braku informacji na ten temat w odniesieniu do minimum socjalnego może być analiza poziomu deprivacji potrzeb wg wskaźnika EU-SILIC. Jest to również wskaźnik niemonetarny, odwołujący się w swoim pomiarze do szerszej oceny jakości życia w duchu współczesnych definicji ubóstwa, a więc taki, który bierze pod uwagę partycypację społeczną.

Wśród dzieci w Polsce najbardziej niezaspokojone były potrzeby związane z rozwojem i socjalizacją. W hierarchii wartości stanowiły one pierwsze sześć na 21 badanych. Przed potrzebami bytu (ubranie) czy opieki medycznej. Najdotkliwiej odczuwana była deprivacja potrzeb związanych z odpoczynkiem. 1/3 polskich dzieci nie może ze względów finansowych wyjechać przynajmniej raz w roku na odpoczynek, nawet na jeden tydzień. W następnej kolejności są niezaspokojone potrzeby związane z dodatkowymi zajęciami rozwijającymi i uzupełniającymi. Dotyczy to co 6 dziecka¹⁴.

Podobny charakter i poziom ma deprivacja potrzeb osób dorosłych. Połowa z nich nie wyjeżdża na wakacje ze względów finansowych, a 1/3 nie stać na opłacenie najprostszyc form rozrywki (pobyt w kinie, teatrze czy restauracji) (tamże, s.6). Oczywiście potrzeby bytu, zdrowia również nie są we wszystkich gospodarstwach domowych zaspokojone. Jednak w porównaniu z nimi potrzeby rozwoju i odpoczynku są dużo bardziej dyskryminowane. Jest to swoistego rodzaju prawidłowość, ponieważ hierarchia potrzeb jest jednoznaczna. Potrzeby związane z przetrwaniem są podstawowe, pozostałe zaspakaja się w następnej kolejności. Stąd powyższa analiza odnosi się tak naprawdę do ujawnienia przede wszystkim niewielkich zasobów, którymi dysponują polskie rodziny przy zaspokajaniu swoich potrzeb.

II. STUDIUM PRZYPADKU PROCESÓW INKLUZJI

Są takie dzielnice miast, które od pokoleń są skupiskami osób o niskim statusie społecznym. Zamieszkiwanie w takich dzielnicach samo w sobie niesie ryzyko wykluczenia społecznego, a wzrastanie w nich naraża na degradację. Postawy wobec takiej sytuacji mogą być różne, od pełnej obojętności do aktywnego przeciwdziałania.

Opisywany projekt badawczy¹⁵ był zainicjowany przez organizację pozarządową przy współpracy administracji samorządowej oraz ośrodka pomocy społecznej.

13 Zob. Kurowski Informacja o wysokości minimum socjalnego , Op. cit.

14 Szukielojć - Bieńkuńska A. (red) Jakość życia i spójność społeczna 2011(wstępna analiza wyników badania ankietowego, GUS, Warszawa 2011, s. 7.

15 M. Orłowska, Sytuacja dzieci w rodzinach objętych pomocą społeczną w wybranych dzielnicach Warszawy Praga Południe, Praga Północ, Targówek, Wyd. Fundacja Wspólna Droga,

Głównym celem projektu było przygotowanie koncepcji z zakresu profilaktyki uprzedzającej zapobiegania wykluczeniu dzieci z rodzin podopiecznych pomocy społecznej. Przyjęto założenie, że takim instrumentem mogłoby być uczestnictwo w zajęciach czasu wolnego. Na diagnozę stanu rzeczy składał się wieloelementowy opis środowiska życia. Badano jakość infrastruktury miejsca zamieszkania, przystosowanie samego mieszkania do potrzeb dziecka, zaspokojenie potrzeb bytu i rozwoju.

Jakość życia badanych dzieci była bardzo niska. Z potrzeb bytu jedynie potrzeby żywieniowe były zaspokojone, choć na różnym poziomie. Jednak zazwyczaj ograniczał się on tylko do posiłków w szkolnej stołówce i podwieczorków przygotowywanych w świetlicach do których podopieczni uczęszczali w ramach zajęć proponowanych przez ośrodki pomocy społecznej. Pozostałe kategorie potrzeb, zwłaszcza rozwoju, albo nie były w ogóle dostrzegane – bądź na najniższym z poziomów, albo jedynie zaspakajane w ramach zajęć w klubach czy świetlicach. Miały one w znacznej mierze charakter kompensujący, często w głównej mierze zorientowany na uzupełnianie braków edukacyjnych. Trudności w szkole i znaczne opóźnienia edukacyjne w jakiejś mierze były związane z brakiem nawyków czytelniczych u znacznego odsetka dzieci. Wydawało się więc, że pewną formą kompensacji może być korzystanie z Internetu. Stąd badacze zwracali między innymi uwagę na dostęp dzieci do nowych technologii, głównie Internetu. Interesował nas poziom wykluczenia cyfrowego. Okazało się, że ani szkoły, ani dostępne tym dzieciom świetlice nie zapewniały takiej możliwości w wystarczający sposób. Można w zasadzie mówić o istotnym dla tej grupy wykluczeniu cyfrowym (około 1/5 badanych) czy nawet szerzej – biorąc pod uwagę niskie wskaźniki czytelniczości, o zachwianiu uczestnictwa w kulturze.

Jakość mieszkań ujawniła, że główną bolączką był brak miejsc do odrabiania lekcji (dotyczyło to co piątego dziecka). Zdziwienie badaczy wzbudził fakt braku osobnego miejsca do spania znacznego odsetka badanych dzieci (ok. 20%). Problem był istotny, bo dotyczył mniej więcej co piątego dziecka. Było to o tyle dziwne, że były to dzieci mieszkające w wielkim mieście – stolicy, gdzie zazwyczaj panują dużo lepsze warunki bytu niż w mniejszych miastach.

Obraz zaspokojenia potrzeb dzieci i ich rodzin był uzupełniony informacjami na temat jakości infrastruktury w miejscu zamieszkania: dostępem do usług, miejsc pracy czy instytucji kultury i oświaty¹⁶. Ujawniono, że w badanym rejonie w zasadzie normą było korzystanie z pomocy społecznej – stan taki dotyczył około 1/3 środowiska. Były jednak takie rejon, gdzie połowa mieszkańców korzystała z pomocy społecznej.

Jakość infrastruktury miejsca zamieszkania badanych dzieci była uboga. Co prawda była dość gęsta sieć sklepów z podstawowymi artykułami żywnościowymi czy niezbędnymi usługami, jednak tworzone przez nie miejsca pracy były niezwykle skromne, nieadekwatne do współczesnych potrzeb i standardów. W całym re-

Warszawa 2010

16 Analizę szczegółową – ze względu na koszty i czasochłonność badań – przeprowadzono tylko w jednej dzielnicy i w jednym z rejonów ośrodka pomocy społecznej.

gionie była tylko jedna biblioteka i cztery miejsca do spędzania czasu wolnego. Były tam też dwa przedszkola i dwie szkoły podstawowe. Podwórka w większości przypadków nie nadawały się do spędzania czasu wolnego. Zabudowa typu studnia, brak ławek a często i jakiegokolwiek zieleni. Były one też często zdewastowane i przypominały bardziej śmietniki czy rumowiska.

Nie będzie przesadą, że stan i kondycje ogólnego środowiska życia badanych dzieci – zwłaszcza w rejonie analizy miejsca zamieszkania – można nazwać zapaścią cywilizacyjną. Na ten obraz składało się niskiej jakości środowisko rodzinne i niska jakość najbliższego otoczenia, wykluczenie z uczestnictwa w kulturze – w tym niezadawalający poziom edukacji i wykluczenie cyfrowe, częsty bądź niewielki brak działań kompensacyjnych instytucji edukacyjnych.

Nadzieją dla opisywanych dzielnic i osób była działalność organizacji pozarządowych. Ich wartością dodaną był brak gorsetu przepisów krępujących działania tak jak to miało miejsce w przypadku np. ośrodków pomocy społecznej.

Znaczna część dzieci z rodzin objętych pomocą społeczną korzystała z uczestnictwa w różnego rodzaju klubach i świetlicach prowadzonych przez różne organizacje samodzielnie bądź we współpracy z ośrodkami pomocy społecznej. Materiał zgromadzony wśród samych dzieci, ich rodziców i wychowawców potwierdziła uprzednie założenie, że drogą wyjścia z wykluczenia jest udział w zajęciach czasu wolnego. Tym bardziej, że dominującym modelem spędzania czasu wolnego było albo bezkrytyczne oglądanie telewizji – medium ludzi wykluczonych, bądź stanie przed kamienicą, w której mieszkali. Ten ostatni rodzaj zachowań jest charakterystyczny dla osób wykluczonych, czują się bezpiecznie tylko we własnym rewirze. Zachowanie to jest szczególnie niebezpieczne w rejonach poważnie zdegradowanych społecznie. Narąza i ułatwia kontakt z rówieśniczymi grupami destrukcyjnymi czy wręcz przestępczymi grupami dorosłych.

„Zarówno rodzice, jak i dzieci upatrywali w zajęciach czasu wolnego organizowanych w świetlicach i klubach prowadzonych przez instytucje pomocy społecznej wsparcia swoich dążeń w wychodzeniu z opresji wykluczenia. Zależało im w głównej mierze na wzmocnieniu szans edukacyjnych, czyli prowadzeniu takich zajęć, które by kompensowały braki edukacyjne i środowiskowe. Dawały szanse na sukces edukacyjny, a pośrednio na zbudowanie na nim sukcesu ekonomicznego. Ten nurt myślenia był obecny zarówno w oczekiwaniach rodziców, jak i dzieci¹⁷ .

„Respondenci [rodzice, wychowawcy jak i same dzieci] intuicyjnie odczuwali, że uczestnictwo w kulturze da im szanse na pełnienie innych ról społecznych i pełne zaistnienie w świecie. Jest to też wskaźnik potrzeby pełnego uczestnictwa w życiu społecznym ludzi z kategorii wykluczonych społecznie¹⁸ .

Tak zaprojektowany program inkluzji społecznej wobec dzieci zagrożonych wykluczeniem społecznym spełnia nie tylko oczekiwania profilaktyki uprzedzają-

17 M. Orłowska, J.J. Błeszyński 2016, Czas wolny jako..... op. cit. S. 139

18 Ibidem,

cej¹⁹, ale przede wszystkim założenia pedagogiczne metody twórczej resocjalizacji. Marek Konopczyński²⁰ [- twórca metody -] stwierdza, że człowiek „zanurzony w kulturę” ma większe szanse na twórcze społeczne funkcjonowanie, na zbudowanie i utrzymanie poprawnych relacji społecznych. Uczestnictwa w kulturze nie należy rozumieć [tylko] jako twórczości artystycznej, ale jako twórcze działania odnoszące się do własnego funkcjonowania w społeczeństwie. Jest to taki rodzaj twórczości, który Marek Konopczyński określa mianem subiektywnej. W czasie tego procesu odkrywane są przez twórcę nowe dla niego rzeczy i zjawiska, choć już istniejące w społecznym doświadczeniu i percepcji. Ten rodzaj twórczości jest warunkiem podstawowym tworzenia własnej tożsamości, ta zaś jest z kolei fundamentem kreatywnego funkcjonowania w rolach społecznych”²¹

WNIOSKI

Pomoc dziecku, wydobycie go z drogi wykluczenia społecznego, powinno odbywać się wielotorowo. Muszą zostać podjęte działania ukierunkowane nie tylko na zaspokojenie podstawowych potrzeb, ale zwłaszcza tych, które są związane z uczestnictwem w kulturze. Już Pier Bourdie’u dowodził potrzeby inwestowania w kapitał kulturowy, który jako jedyny ma najlepszą możliwość transformacji w pozostałe (szerzej Orłowska, Błeszyński 2016). Podjęte działania powinny być ukierunkowane nie tylko na jednostkę i jej rodzinę, ale też na kreowanie infrastruktury w miejscu zamieszkania do czego m.in. upoważnia Ustawa o pomocy społecznej z 2004 r. Instrumenty oddziaływania jak i instytucje podejmujące się tego zadania powinny być różne. Poczynając od instytucji związanych z pomocą społeczną oraz oświatą, a na instytucjach charytatywnych i pozarządowych kończąc. Optymalną sytuacją powinna być synergia ich różnych typów. Instytucje rządowe i samorządowe powinny być wspierane przez działania wolontarystyczne, obciążone mniejszymi rygorami prawnymi i bardziej elastycznie odpowiadającymi na zaistniałe sytuacje.

Rodziny obciążone dysfunkcją społeczną nie są w stanie samodzielnie wydobyć się z sytuacji wykluczenia i marginalizacji. Tak jak w przypadku zamkniętego kręgu ubóstwa²² musi nastąpić interwencja z zewnątrz. W ustawie o pomocy społecznej z 2004 roku wyraźnie oddaje się w ręce lokalnych ośrodków pomocy społecznej inicjatywę kreowania środowiska, a więc i budowania nie tylko instytucji – instrumentów zmiany, ale też można powiedzieć szerzej – kreowania koncepcji procesów inkluzji społecznej w oparciu o miejscowe realia. Budowanie szerokiego konsensusu na rzecz wybranych grup społecznych – w tym wypadku dzieci – mieści się zarówno w istniejącym ustawodawstwie jak i koncepcjach pedagogiki społecznej (środowiska życia i sił społecznych) jak i pedagogiki resocjalizacyjnej (koncepcja twórczej resocjalizacji i profilaktyki uprzedzającej).

19 M. Orłowska, Profilaktyka potrzebna od zaraz W: A. Nowicka, R. Ilnicka (red.) Opieka, edukacja, profilaktyka i resocjalizacja - wyzwania dla teorii i praktyki pedagogicznej. Wyd. Uczelnia zawodowa Zagłębia Miedziowego, Lubin 2013, ss. 369- 380.

20 M. Konopczyński, Metody twórczej resocjalizacji: teoria i praktyka wychowawcza, PWN, Pedagogium, Warszawa 2006, s.46

21 Ibidem, s. 135

22 S. Kawula (koncepcja i red. nauk.) **Pedagogika społeczna : dokonania, aktualność, perspektywy : podręcznik akademicki dla pedagogów**, Wyd. A. Marszałek, Toruń 2001



Agata Chudzicka-Czupała

Uniwersytet Śląski
E-mail: agata.chudzicka-czupala@us.edu.pl

Anita Gałuszka

Uniwersytet Śląski
E-mail: anita.galuszka@poczta.onet.pl

Wykluczenie społeczne osób chorych
i niepełnosprawnych – aspekty
etyczne. Psychologiczne koszty
stygmatazacji / *Social exclusion of ill and
disabled person – ethical aspects. Psychological
costs of stigmatization*

Abstract

The main aim of this article is to review the theoretical concepts and selected studies relating to the stigmatization and exclusion of ill and disabled people, their sources, mechanisms and effects, with particular attention to the ethical dimension of this phenomenon.

Psychological costs, understood as negative emotions, or some kind of psychological discomfort, are the result of differences between the states of the ideal and the real. Ill and disabled people are often subject to negative stereotypes that are unfounded, baseless, unjustified, unfair and harmful. It is very important to prevent stigmatization and social exclusion of these people, but to do this it is needed to diagnose the problem of stigmatization itself.

Keywords: disease; disabled; stigma; social exclusion; psychological costs

**1. WPROWADZENIE. ZJAWISKO STYGMATYZACJI I JEGO
KOMPONENTY**

Głównym celem artykułu jest omówienie źródeł, form i skutków stygmatazacji osób chorych i niepełnosprawnych, omówienie koncepcji, dotyczących tego zagadnienia w aspekcie kosztów psychologicznych, ponoszonych przez ludzi chorych i niepełnosprawnych w związku ze zjawiskiem odrzucania i napiętnowania ich przez otoczenie społeczne. Dokonano omówienia wyników badań, które zostały przeprowadzone przez innych autorów i wskazują na istotne uwarunkowania stygmatazacji, prowadzącej do wykluczenia społecznego osób cierpiących na różne schorzenia lub osób niepełnosprawnych.

Według Kosche (2011) badania naukowe zjawiska stygmatyzacji rozpoczęły się od pracy socjologa Ervinga Goffmana (2007) i należy je odróżnić od takich zjawisk, jak etykietowanie, stereotypizacja, dyskryminacja i marginalizacja. Autor określa mianem piętna taki atrybut czy cechę człowieka, która posiada wartość dyskredytującą go w oczach innych, w oczach społeczności (Goffman, 2007). Pojęcie stygmatyzacji, pochodzące od greckiego słowa *stigma*, czyli znak, odnosi się do „postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty” (por. Jackowska, 2009, s. 655-656). Oznacza ono najczęściej „nadawanie negatywnych etykiet, deprecjonowanie ludzi, przypisywanie wartości i ról na podstawie niepełnych i niesprawdzonych do końca informacji, przy jednoczesnym uleganiu stereotypom i fobiom, rodzącym się ze spotkania z nieznanym sobie zjawiskiem.” (Kieniewicz, 2008, s.157).

Link i Phelan (1999, 2001), dokonali konceptualizacji zjawiska stygmatyzacji i wyróżnili jego komponenty:

1. zauważenie cechy różnicującej osobę od innych, na przykład kalectwa fizycznego i nadanie odpowiedniej etykiety osobom, u których ta cecha występuje,
2. przypisanie negatywnych i niepożądanych cech osobie, której przypisano tę etykietkę, stanowiących odzwierciedlenie uformowanych wcześniej stereotypów,
3. oddzielenie osoby lub grupy osób oznaczonych etykietką od grupy własnej (oni-my),
4. osoby, które uznano za inne, doświadczają dyskryminacji, utraty prestiżu, degradacji społecznej i ekonomicznej.

2. ŹRÓDŁA, PRZEJAWY I SKUTKI STYGMATYZACJI OSÓB CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Jackowska (2009) podkreśla, że na negatywny stosunek wobec osób stygmatyzowanych składają się wszystkie komponenty postawy, które bezpośrednio wskazują też na źródła stygmatyzacji:

1. komponent afektywny, polegający na lęku przed osobami „innymi”, przed kontaktem z chorobą, niepełnosprawnością i cierpieniem,
2. komponent poznawczy, na który składają się sądy, opinie i uprzedzenia, prowadzące do określonego sposobu postrzegania ludzi chorych i/lub kalekich
3. komponent behawioralny, wyrażający się w konkretnych działaniach, podejmowanych wobec chorych i niepełnosprawnych, na przykład w aktywnym prześladowaniu ich.

Negatywne postawy, warunkujące zachowania stygmatyzujące ze strony osób z otoczenia chorego lub niepełnosprawnego, często postrzegane przez niego jako niesprawiedliwe, niezasłużone i krzywdzące, są często źródłem dodatkowego cierpienia, poza tym, wynikającym z doświadczania samej choroby. Tego rodzaju negatywne przeżycia mogą nie tylko utrudniać człowiekowi choremu powrót do

zdrowia, przyczyniać się do rezygnacji z leczenia, ale nawet, w skrajnych przypadkach, skłaniać osobę do odebrania sobie życia.

Franz, Carter, Leiner, Bergner, Thompson i Compton (2010) zwracają uwagę na fakt, że siłę stygmatyzującą ma nie tylko zdiagnozowana już choroba lub niepełnosprawność, ale nawet sam kontakt z lekarzem. Wizyta lekarska, podczas której nie dochodzi do stwierdzenia żadnej choroby, sama w sobie może mieć stygmatyzujący charakter. Dotyczy to np. osób z problemami ze zdrowiem psychicznym, gdzie kontakt z psychiatrą bywa często dla otoczenia jednoznaczny ze zdiagnozowaniem choroby psychicznej u danej osoby, co staje się bezpośrednią przyczyną jej stygmatyzacji. Badania potwierdzają stygmatyzujący społecznie charakter konsultacji psychiatrycznej. Silny lęk przed napiętnowaniem, towarzyszący obawie przed określoną diagnozą, bywa przyczyną odkładania pierwszego kontaktu z lekarzem na później i nie rozpoczynania leczenia.

Wśród postaw społecznych, które obrazują, jak krzywdzące mogą być przejawy i konsekwencje stygmatyzacji osób chorych i niepełnosprawnych, Kowalik (2007) wymienia:

1. dystansowanie się-unikanie kontaktów nieformalnych, niechęć do zaprzyjaźniania się z osobą stygmatyzowaną,
2. stereotypizację i dewaluację-upowszechnianie uproszczonych, stereotypowych, negatywnych opinii na temat stygmatyzowanej osoby,
3. delegitimację-wprowadzenie prawnych ograniczeń, dotyczących możliwości działania osoby stygmatyzowanej w jakimś obszarze,
4. segregację-blokowanie dostępu do pewnych form aktywności przeznaczonych wyłącznie dla ludzi zdrowych,
5. ksterminację-pozbawianie życia, co miało miejsce w Polsce w czasie II wojny światowej, a współcześnie odradza się w propozycjach o ograniczaniu chorym pomocy społecznej lub medycznej.

Zdaniem wielu autorów (Kieniewicz, 2008) stygmatyzacja bywa w głównej mierze skutkiem lęku i niezrozumienia przez ludzi natury danego zjawiska, na przykład choroby czy ułomności, jej źródeł i przejawów.

3. WYKLUCZENIE SPOŁECZNE

Stygmatyzacja sprzyja zjawisku wykluczenia społecznego (ekskluzji) rozumianego jako odcięcie, obcość, separacja, izolacja, uprzedmiotowienie wybranych osób lub grup. Wykluczenie społeczne ma charakter procesualny i wielowymiarowy, a na gruncie nauki i polityki społecznej rozpatruje się je z różnych punktów widzenia. W literaturze istnieje wiele definicji wykluczenia społecznego, (Kowalczyk, 2012, Szatur-Jaworska, 2010, Jarosz, 2008, Szarfenberg, Żołądowski, Theiss, 2010, Levitas, et al. 2007). Grotowska-Leder (2005) wskazuje na kilka zasadniczych sposobów jego definiowania wyróżniając następujące typy: analityczne, robocze i oficjalne. **Podejście analityczne** koncentruje się wokół cech, przyczyn, przejawów czy mechanizmów ekskluzyj. W ramach tego nurtu można wyróżnić **aspekt partycypacyjny** odnoszący się do ograniczenia lub niemożności uczestniczenia

w życiu politycznym, ekonomicznym i społecznym, które uważane są za kluczowe sfery bytowania w społeczeństwie oraz **aspekt dystrybucyjny**, podkreślający restrykcyjność lub brak dostępu do dóbr i usług. Zasoby społeczne eksponowane w tym przypadku to przede wszystkim dostęp do rynku pracy, konsumpcji, edukacji, świadczeń społecznych i ochrony zdrowia. Drugie, wyróżnione przez Autorkę ujęcie wskazuje na **definicje robocze**, których charakterystyczną cechą jest operacjonalizowanie pojęcia wykluczenia społecznego na potrzeby konkretnych poszukiwań. W ramach tej kategorii można wyróżnić **podejście specyficzne**, koncentrujące się na wąskim problemie badawczym oraz **podejście partycypacyjne** skupione na braku udziału w życiu zbiorowości (m.in. na nieobecności na rynku pracy czy trudnościach w tworzeniu relacji interpersonalnych). Natomiast **definicje oficjalne** są kategorią bardzo zróżnicowaną, ale łączy je fakt występowania w formalnych dokumentach, (głównie rządowych i administracyjnych z obszaru polityki społecznej)(Grotowska-Leder, 2005).

Przykładem tej perspektywy może być ujęcie zaproponowane przez Komisję Europejską, definiujące **wykluczenie społeczne** jako proces, w wyniku którego pewne jednostki [osoby] zostają zepchnięte na peryferie społeczności, co jest spowodowane ich ubóstwem, niskimi kwalifikacjami, niemożnością kształcenia się czy dyskryminacją, co w konsekwencji uniemożliwia im podjęcie pracy, pozyskiwanie dochodu i wykształcenia oraz zaangażowanie w aktywność społeczną i wspólnotową, wiąże się z ograniczonym dostępem do władzy i ciał decyzyjnych, daje poczucie bezsilności i niemocy kreowania decyzji dotyczących życia codziennego (por. Social Exclusion and the EU's Social Inclusion Agenda, 2007,4).

Z racji dynamicznego charakteru ekskluzji Kowalak, (1998) wskazuje na kilka jej etapów. Pierwszym z nich jest tzw. **wątlność**, charakteryzująca się utrzymywaniem kontaktów społecznych w sytuacji nadmiernego przeciążenia podmiotu problemami egzystencjalnymi, które w istotnej mierze utrudniają bądź ograniczają jego funkcjonowanie. Kolejnym etapem jest **zależność od opieki społecznej**, wynikająca z pogłębiania się trudności i nawarstwiania problemów, z którymi podmiot nie jest w stanie samodzielnie sobie poradzić. W fazie tej następuje znaczne ograniczenie i osłabienie uczestnictwa w życiu zbiorowości, choć niektóre role społeczne (np. rodzicielskie), są wciąż wypełniane. Ostatnim stadium omawianego procesu jest **załamanie więzi społecznej**, rozumiane jako całkowite wyłączenie człowieka z głównego nurtu życia społecznego.

Wykluczenie społeczne zawiera co najmniej trzy elementy, którymi są: człowiek podlegający wykluczeniu, sytuacja wykluczająca stanowiąca kompilację różnych czynników wykluczających oraz prawo umożliwiające (lub nie) społeczne funkcjonowanie pozwalające na zapewnienie sobie godnego życia dzięki czerpaniu z zasobów publicznych (Kurzynowski, 2005). Najistotniejszym ogniwem tego łańcucha jest oczywiście człowiek, w stosunku do którego wykluczenie może oznaczać:

1. bycie wykluczonym, co przejawia się w podrzędnym statusie społecznym względem głównego nurtu w danym społeczeństwie (kulturze),

2. wykluczanie kogoś czyli celowe działanie społeczne mające na celu uniemożliwienie udziału w życiu społecznym,
3. samowykluczenie - pozostające w kontrapozycji do wykluczania kogoś, wynikające z woli i działania samego podmiotu (jednostki lub grupy), prowadzący do usunięcia się z walki o swoje prawa i miejsce w społeczeństwie.

Literatura przedmiotu wskazuje na liczne przyczyny wykluczenia społecznego, z których najczęściej wymienia się ubóstwo i związane z nim bezrobocie, niskie wykształcenie, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, złe warunki mieszkaniowe, brak dostępności do instytucji społecznych, przemoc, niepełnosprawność, choroby psychiczne (Lelkes, Gasior, 2012, Eurobarometer, 2010, Golinowska, Morecka, Szyrc, Cukrowska, Cukrowski, 2008, Levitas, et al., 2007, Radziejewicz-Winnicki, 2004). Przyczyny te porządkowane są w licznie występujących podziałach i klasyfikacjach. Jedną z propozycji jest wyróżnienie przyczyn **starych** – związanych głównie z łamaniem prawa, przestępczością, włóczęgostwem i **nowych** – odnoszących się zasadniczo do zamieszkiwania w enklawach biedy, niskiej elastyczności, wieku, wyglądu itd. (Kotlarska-Michalska, 2005). Kabaj (2005) sugeruje, że źródła wykluczenia mogą mieć podłoże **losowe** – wynikające z choroby, wypadku, klęski żywiołowej, **subiektywne**, związane z wykształceniem, zaradnością i aktywnością człowieka czy **strukturalne**, będące następstwem przyczyn zewnętrznych, tj. bezrobocie, niskie wynagrodzenie, wysokie koszty egzystencji. Jeszcze innym uporządkowaniem przyczyn jest ich podział na **strukturalne**, odnoszące się do miejsca zamieszkania czy niskiego dochodu, **fizyczne**, dotyczące wieku, niepełnosprawności i **normatywne**, odwołujące się do kwestii prawnych (Frąckiewicz, 2005).

Mimo, że problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego jest wielopłaszczyznowy i powinien być rozpatrywany interdyscyplinarnie, to przegląd literatury przedmiotu wskazuje na dominację badań z obszaru socjologii, ekonomii i pedagogiki. Wykluczenie dotyczy przede wszystkim człowieka, dlatego też wydaje się ważne, aby rozemnić je na płaszczyźnie psychologicznej, uwzględniającej wymiary intrapsychiczny, interpersonalny, kognitywny, afektywny, behawioralny. Wykluczenie może bowiem prowadzić do obniżenia samooceny, zmian tożsamości, poczucia winy, beznadziei, beznadziei, braku poczucia sprawstwa, obniżenia nastroju czy nawet depresji, ale także do podejmowania działań agresywnych, zachowań aspołecznych i antyspołecznych, co staje się przyczynkiem do dalszego izolowania jednostki, u której jednocześnie nasilają się niepożądane stany i działania, przez co tworzy się mechanizm błędnego koła. Istotną kwestią jest zatem niedopuszczenie do jego pojawienia się lub zatrzymanie go, jeśli się ono pojawi. Do podjęcia działań pomocowych potrzebna jest jednak nie tylko świadomość zagrożenia, znajomość przyczyn, mechanizmów i skutków wykluczenia, ale również umiejętność wykorzystania tej wiedzy w praktyce, stworzenie odpowiednich możliwości prawnych i instytucjonalnych, a także odpowiednia motywacja oraz szeroko rozumiane wsparcie społeczne.

W zależnościach ze wsparciem pozostają postawy społeczne względem wykluczenia jako takiego (czyli jako zjawiska) oraz osób (grup) wykluczanych. Sztum-

ski (1995) wyróżnił kilka postaw społeczeństwa wobec problemów społecznych, czyli zjawisk, które przez znaczną część społeczeństwa uznawane są za niewłaściwe czy wręcz niepożądane i wymagają kompleksowych, zbiorowych działań naprawczych. Jedną z tych postaw jest **postawa indferentna** (obojętna względem problemów społecznych), inną – **postawa cyniczna** (eksponująca kierowanie się w życiu niskimi, egoistycznymi i egocentrycznymi pobudkami), następną - **postawa fatalistyczna** (akcentująca determinizm zjawisk i ich nieuchronność – innymi słowy, skoro coś się wydarzyło to wydarzyć się musiało i nie ma na to rady). Kolejną postawą jest **postawa religijna** (odwołująca się do istnienia i ingerencji w życie człowieka sił nadprzyrodzonych, Boga czy Nadsensu, przy czym możliwy jest tutaj wpływ osoby na przebieg zdarzeń, na przykład poprzez modlitwę wstawienniczą czy błagalną). Następnymi sposobami podejścia są **postawa sentymentalna** (charakteryzująca się współczuciem i zaangażowaniem w działania, które nakierowane są przede wszystkim na objawy a nie przyczyny problemu), **postawa konformistyczna** (zgodna ze stanowiskiem większości lub władzy), **postawa oportunistyczna** (podkreślająca skłonność do wykorzystania sytuacji problemowej i czerpania z niej korzyści) i **postawa heroiczna** (wyrażająca się podejmowaniem działań w każdych warunkach bez względu na stopień ponoszonego ryzyka).

4. PROBLEM WYKLUCZENIA OSÓB CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Wykluczenie społeczne bezsprzecznie stanowi problem społeczny, a zatem wymienione wyżej postawy można do niego odnieść. Wspomniana wcześniej wieloobszarowość i wielopłaszczyznowość wykluczenia społecznego powoduje, że niektóre jego aspekty są wyraźnie akcentowane w badaniach i działaniach społecznych (np. bezrobocie czy bezdomność), a inne pomijane lub zaledwie wspomniane. Do tych ostatnich należą choroby (zwłaszcza genetyczne, wrodzone, przewlekłe czy terminalne) i towarzysząca im często niepełnosprawność.

Zgodnie z definicją Komisji Chorób Przewlekłych za choroby te uznaje się: „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego nadzoru, obserwacji czy opieki” (za: Adamczak, 1988, s.11).

Natomiast niepełnosprawność to stan, w którym sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę czy pełnienie ról społecznych (por. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, 1997, §.1, s. 970). Definicje te pozostają ze sobą we wzajemnej relacji, (niepełnosprawność może być wynikiem urazu bądź uszkodzenia lub jest konsekwencją choroby). Płynność granicy pomiędzy chorobą przewlekłą a niepełnosprawnością stanowi argument za zagregowanym traktowaniem tychże, zwłaszcza w odniesieniu do problemu wykluczenia społecznego.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że pojawiło się nowe ujęcie sytuacji chorych i niepełnosprawnych – ang. *disablism* – akcentujące społeczne konsekwencje złego ich traktowania (Scambler, Scambler, 2010).

O ile izolacja społeczna, dystansowanie się, ograniczanie praw i dostępu do zasobów społecznych są podnoszone w odniesieniu do chorych psychicznie (Kaszyński, 2006, Trzebińska, 2006), a szczególnie cierpiących na schizofrenię (Jackowska, 2009, Regulska, 2010, 2015), nosicieli HIV i chorych na AIDS (Ickiewicz-Sawicka, 2002, Parker, Aggleton, Attawell, Pulerwitz, Brown, 2002, Ankiersztejn-Bartczak, 2013), pacjentów nowotworowych (Tobiasz-Adamczyk, 2012, Puto, 2014), chorych kardiologicznie (Puto, 2014), niepełnosprawnych umysłowo, o tyle otwartą kwestią pozostają liczne obszary, obejmujące chorych z tzw. rzadkimi czy ultrarzadkimi chorobami (tj. progeria – czyli przedwczesne starzenie się, porfiria – nadwrażliwość na promieniowanie, zespół Touretta – z charakterystycznymi tikami, itp.) Osobną grupę stanowią chorzy po przeszczepach czy pary borykające się z niepłodnością, a także osoby chore terminalnie. Brak bądź niewielka liczba badań mogą sugerować nieistnienie problemu wykluczenia lub wręcz przeciwnie podkreślać fakt jego występowania (marginalizacja i wykluczenie tych osób są tak zaawansowane, iż nawet nie znajdują one wyrazu w rozważaniach i poszukiwaniach badawczych). Druga opcja wydaje się bardziej prawdopodobna. Niesienie ulgi w cierpieniu drugiemu człowiekowi jest podstawowym nakazem moralnym, a zapobieganie jego wykluczeniu bądź wspomaganie inkluzji stanowi jeden z elementów okazywania mu wsparcia. Skuteczność podejmowanych działań musi być jednakże poprzedzona diagnozą problemu (tzn. w jakich obszarach życia wykluczenie jest nasilone w największym stopniu – czy jest to brak możliwości leczenia, np. z powodu braku refundowania leków i procedur medycznych czy rehabilitacyjnych niezbędnych dla poprawnego funkcjonowania, czy niemożność ubezpieczenia się na życie, co w przypadku nasilenia się objawów pozwoli na zapewnienie podstawowych środków do życia czy też brak przyjaciół, itp.)

Choroba przewlekła i niepełnosprawność łączą się z cierpieniem chorego i jego najbliższych. Z cierpieniem tym nieodłącznie wiąże się też realna i symboliczna strata oraz związany z nią dyskomfort, zwany kosztami.

5. KOSZTY PSYCHOLOGICZNE - POJĘCIE, ŹRÓDŁA I RODZAJE

Pojęcie **koszty psychologiczne** jest definiowane jako „dyskomfort psychiczny, wyrażający się gamą emocji o zabarwieniu negatywnym, powodowany dezaprobatą ważnych dla podmiotu, a dotyczących struktury i realiów sytuacyjnych i brakiem ich akceptacji, z jednoczesną niemożnością znaczącego wpływania na nie i zmieniania ich wraz z subiektywną koniecznością pozostawania w nich” (Dołęga, Borczykowska-Rzepka i Kędra, 2014, s. 259). Emocje te stanowią subiektywną reakcję osoby na sytuację, która nie jest przez nią akceptowana. Zdaniem Chudzickiej-Czupały i Grabowskiego (2015, s. 96) koszty psychologiczne są rodzajem „dyskomfortu psychicznego, nieprzyjemnych odczuć – negatywnych emocji, które [...]

wynikają z oceny sytuacji, potencjalnych zagrożeń w niej dostrzeganych, a także z negatywnej oceny własnych lub cudzych zachowań.”

Wielu autorów określa koszty psychologiczne jako „negatywne emocje, odczuwane przez człowieka na skutek braku akceptacji dostrzeganej przez niego rozbieżności między oczekiwaniami a rzeczywistością, która to różnica znajduje także odzwierciedlenie w poznawczym i motywacyjnym funkcjonowaniu człowieka... [Koszty są] skutkiem rozbieżności między wyobrażonym stanem idealnym a realiami, dostrzeganej przez człowieka, ujmowanej poznawczo oraz źródłem działań, których celem jest jej redukcja” (Balawajder, Bańka i Otrębska, 1989; Ratajczak, 1989, 1997, 1998, 2000, za: Chudzicka-Czupała, Grabowski, 2015, s. 95-96).

Reakcją na doświadczenie zagrożenia lub zaistniałej już straty bywa silne napięcie psychiczne, mogące skutkować różnorako. Ratajczak (1997) uważa, że w trakcie radzenia sobie z sytuacją trudną człowiek doświadcza różnych kosztów psychologicznych. Jego aktywność zmierza zarówno do usunięcia przeszkody, do zwalczania bezpośredniej przyczyny dyskomfortu, jak i służy redukcji własnego napięcia. Gorzej, jeśli człowiek nie jest w stanie usunąć przyczyny poczucia zagrożenia ani odzyskać utraconych sił lub zasobów, na przykład wyzdrowieć lub odzyskać pełnosprawność - wtedy redukcja napięcia i osłabienie przeżywanych emocji są bardzo trudne lub niemożliwe.

Treść kosztów zależy od tego, jak osoba „oceni straty i komu przypisze za nie odpowiedzialność” (Ratajczak, 1997, s. 78). Człowiek może zatem doświadczać następujących kosztów:

1. poczucia krzywdy, gniewu i złości, kiedy uważa, że został niesprawiedliwie potraktowany,
2. rozczarowania, niespełnionej nadziei, gdy jego poczynania nie przynoszą spodziewanych rezultatów,
3. poczucia winy lub wstydu, które wynikają z zachowań niezgodnych z normami społecznymi- z nieumiejętności bycia odważnym, uczciwym i skutkują czasami niemożnością „zachowania twarzy”, utratą godności,
4. poczucia wyczerpania i lęku przed stratą posiadanych zasobów,
5. utraty sił, poczucia bezsilności i bezradności,
6. poczucia upokorzenia ze strony innych ludzi, np. poczucia pogwałcenia godności osoby.

Kolejne koszty mogą wynikać z dostrzeganej niemożności poradzenia sobie z problemami. Kiedy osoba ocenia, że jej wysiłki nie pozwalają jej pokonać zaistniałych trudności albo że jej najbliżsi wcale jej nie wspierają lub są tak samo bezradni jak ona, rodzi to kolejną frustrację i prowadzić może do kosztów wtórnych.

6. KOSZTY PSYCHOLOGICZNE STYGMATYZACJI OSÓB CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH ORAZ ICH DIAGNOZOWANIE

Koszty psychologiczne bycia osobą chorą lub niepełnosprawną nie są tożsame z kosztami stygmatyzacji. Wynikają one z doświadczania własnej choroby lub niepełnosprawności, ze zmagania się z jej przejawami, z własnymi słabościami i ograniczeniami. Źródłem kosztów psychologicznych, jakich doświadcza osoba stygmatyzowana, ze względu na swoją chorobę czy niepełnosprawność, są zachowania i postawy innych ludzi, polegające na negatywnej ocenie osoby chorej i niepełnosprawnej oraz wyrażające się w negatywnym do niej stosunku.

Koszty psychologiczne, będące skutkiem stygmatyzacji, mogą wiązać się także z odczuwaniem własnej bezradności w relacjach z innymi ludźmi czy bezsilności w trakcie radzenia sobie z własnymi negatywnymi emocjami. Ich źródłem może być także obserwacja bezradności osób bliskich, które usiłują choremu pomóc. Jeżeli człowiek jest przeświadczony, że jego własne działania zaradcze albo działania jego przyjaciół, którzy starają się mu pomóc, są bezsensowne, bezcelowe, nieskuteczne, niepotrzebne albo wręcz niebezpieczne czy ryzykowne, to takie przekonania można uznać za kolejne koszty psychologiczne.

Badanie kosztów psychologicznych polega na wglądzie w subiektywny świat przeżyć i doświadczeń konkretnej osoby, dlatego nie jest ono łatwe.

Pierwszym krokiem w badaniu kosztów stygmatyzacji powinno być ustalenie, czy osoba czuje się stygmatyzowana i jak silne jest jej subiektywne poczucie w tym względzie. Dlatego, przystępując do diagnozowania kosztów stygmatyzacji, należy najpierw zadać badanemu pytania, które pozwolą stwierdzić, czy mamy do czynienia z dezaprobatą jego osoby, z jej negatywnym odbiorem, negatywną oceną dokonywaną przez określoną grupę ludzi bądź poszczególne pojedyncze osoby (otoczenie społeczne). Powinniśmy też dowiedzieć się, czy badany jest odrzucany przez innych, czy czuje się izolowany, odtrącany, czy spotyka się z nieprzyjemnymi zachowaniami względem niego, w związku z jego chorobą lub niepełnosprawnością i tym samym ustalić, czy czuje się stygmatyzowany.

7. PODSUMOWANIE

Po co przyglądać się stanom emocjonalnym i opiniom osób chorych lub niepełnosprawnych, wynikającym z ich stygmatyzowania, wykluczania i dyskryminowania? Wielu badaczy podkreśla (por. Dembińska, 2013), że koszty pełnią istotną funkcję regulacyjną (są nie tylko źródłem wtórnego stresu, ale też ważnym sygnałem, wskazującym na brak równowagi psychicznej, na deficyty w mechanizmach zaradczych). Dlatego uważamy, że koszty psychologiczne, wynikające z tego, w jaki sposób człowiek jest odbierany i traktowany przez innych, mogą wpływać na skuteczność radzenia sobie przez niego z doświadczanymi problemami i decydować o sposobach korzystania z dostępnych mu zasobów.

Podstawowe twierdzenia psychologii rozwojowej i społecznej przekonują, że ocena ze strony ludzi bywa szczególnie ważna w określonych fazach życia człowieka,

kiedy inni stają się istotnym lustrem społecznym, miarą naszych poczynań, a nawet źródłem naszej tożsamości. Jeśli koszty psychologiczne są zbyt wysokie, może to skutkować negatywnie - frustracją, depresją, brakiem skupienia się chorego na leczeniu, odrzuceniem leczenia lub niepodejmowaniem go w ogóle. W skrajnych przypadkach koszty mogą prowadzić nawet do prób samobójczych. Dlatego wczesna diagnoza wielkości kosztów psychologicznych, ponoszonych przez osobę chorą lub niepełnosprawną, może prowadzić do szybkiej interwencji terapeutycznej i udzielenia choremu pomocy.

LITERATURA

- Adamczak M., Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Poznań 1988.
- Ankiersztejn-Bartczak M., Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce. Praca doktorska 2013, 10.03.2016.
- Balawajder K., Bańka D., Otrębska K., Psychologiczne koszty aktywności człowieka. Koncepcja teoretyczna. „Psychologiczne Problemy Funkcjonowania Człowieka w Sytuacji Pracy”, 1989, nr 17, s. 5-25.
- Chudzicka-Czupała A., Grabowski D., Wrażliwość na sprawiedliwość i koszty psychologiczne doświadczane przez pracowników a zadowolenie z pracy oraz poczucie dopasowania do organizacji – projekt badań. W: red. Z. Ratajczak, Psychologia w biznesie. Nowe perspektywy (s. 96-113). Warszawa 2015.
- Dembińska A., Rola nadziei w pomocy psychologicznej kobietom leczącym niepłodność. „Sztuka Leczenia” 2013 nr 1-2, 9-20.
- Dołęga Z., Borczykowska-Rzepka M, Kędra E. Koszty psychologiczne personelu medycznego w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychiatrycznymi. „Pielęgnacja Zdrowia Publicznego” 2014, nr 4(3), 257–272.
- EUROBAROMETER. Poverty and Social Exclusion Report Special Eurobarometer, 355 / Wave 74.1 – TNS Opinion & Social, Belgium2010. 15.03.2016.
- Franz L., Carter T., Leiner A.S., Bergner E., Thompson N., Compton M., Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study. “Early Interv Psychiatry”. 2010, nr 4(1) 47–56. 28.04.2016.
- Frąckiewicz L Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej. W: Wykluczenie społeczne red. L. Frąckiewicz (s. 11-26). Katowice 2005.
- Goffman E., Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości, Gdańsk 2007.
- Od ubóstwa do wykluczenia społecznego red. S. Golinowska, Z. Morecka., M. Szyrc, E. Cukrowska, J. Cukrowski Warszawa 2008.
- Grabowski D. Koszty psychologiczne politycznych zachowań protestacyjnych a gotowość do ich ponownego podejmowania. „Czasopismo Psychologiczne” 2002 nr 8, 143-154.
- Grotowska-Leder J. Ekskluzja społeczna - aspekty teoretyczne i metodologiczne. W: Społeczna ekskluzja i inkluzja. Diagnoza-uwarunkowania-kierunki działań red J. Grotowska-Leder K. Faliszek (s. 25-44) Toruń 2005.
- Ickiewicz-Sawicka M., Przejawy dyskryminacji wobec osób żyjących z HIV/AIDS w świetle teorii stygmatyzacji Goffmana, „Problemy HIV i AIDS”, 2002, nr 1-2, tom 8, 15-21.
- Jackowska E., Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmopsychologiczne. „Psychiatria Polska”, 2009, nr 43, 6, s. 655-670.
- Kabaj M., Przeciwdziałanie bezrobociu - główny czynnik zapobiegania wykluczeniu społecznemu.W: L. Frąckiewicz (red.), Zapobieganie wykluczeniu społecznemu (s. 41-68), Katowice 2005.
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku, Monitor Polski nr 50, poz. 475.
- Kaszyński H., Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji zarządzających świadczących usługi na rynku pracy, Warszawa 2006.

- Kieniewicz P., Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jako problem moralny. W: red. I. Mroczkowski, J. A. Sobkowiak, Antropologia teologiczno moralna. Koncepcje, kontrowersje, inspiracje (s.153-164), Warszawa 2008.
- Kosche M., Ocena stygmatyzacji w świetle zasad życia społecznego, „Seminare”, 2011, nr 29, s. 123-136.
- Kotlarska-Michalska A., Przyczyny i skutki marginalizacji w Polsce. W: red. K. Marzec-Holka, Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej (s. 69-80), Bydgoszcz 2005.
- Kowalak T., Marginalność i marginalizacja społeczna, Warszawa 1998.
- Kowalczyk O., Rola pomocy osobistej w realizacji praw społecznych osób chorych psychicznie. W: red. A. Gawor, Ł. Borecki, Strategie promocji zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi, Opole 2012 109-124.
- Kowalik S., Psychologia rehabilitacji. Warszawa 2007.
- Kurzynowski A., Pamiętniki bezrobotnych jako źródło wiedzy o wykluczeniu społecznym.. W: red. L. Frąckiewicz, Zapobieganie wykluczeniu społecznemu, (s. 23-40). Katowice 2005.
- Lelkes O., Gasior K., Income Poverty and Social Exclusion in the EU. Policy Brief, January 2012, 18.03.2016
- Levitas R., Pantazis Ch., Fahmy E., Gordon D., Lloyg E., Patsios D. The Multidimensional Analysis of Social Exclusion, Bristol 2007.
- Link B. G., Phelan J. C.. Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 2001, nr 27, 363–385.
- Link B. G., Phelan J. C., Labeling and stigma. In: red. C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, The Handbook of the Sociology of Mental Health, New York 1999 525-541.
- Naznaczeni i napiętnowani. O wykluczeniu politycznym. red. M. Jarosz, Warszawa 2008.
- Parker R.G., Aggleton P., Attawell K., Pulerwitz J., Brown L. HIV/AIDS – Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action, New York 2002.
- Puto M. Wykluczenie z ubezpieczenia na życie osób dotkniętych określonymi chorobami przewlekłymi. „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2014, nr 2, s. 13-28.
- Radziejewicz-Winnicki A., Społeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji, Gdańsk 2004.
- Ratajczak Z., Stres - radzenie sobie - koszty psychologiczne, W: red. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, Człowiek w sytuacji stresu (s. 65-87). Katowice 2000.
- Ratajczak Z., Psychologiczne koszty radzenia sobie w sytuacji utraty pracy, W: red. Z., Ratajczak, Bezrobocie. Strategie zaradcze i wzorce pomocy psychologicznej (s. 13-19). Katowice 1998.
- Ratajczak Z. Człowiek w sytuacji zagrożenia ekonomicznego, „Czasopismo Psychologiczne” 1997, nr 3 (2), 69-80.
- Ratajczak Z., Psychologiczne koszty pracy a podmiotowość człowieka. W: red. Z., Ratajczak, Psychologiczne koszty aktywności człowieka (s. 162-176), Katowice 1989.
- Regulska A., Osoba niepełnosprawna chora psychicznie w rodzinie. W: red. A. Regulska, Pedagogika rodziny – wybrane problemy, Warszawa 2010.
- Regulska A., Pomoc społeczna wobec zjawisk wykluczenia społecznego osób z chorobami psychicznymi. Forum Pedagogiczne” 2015, nr 1, s.187-194.
- Social Exclusion and the EU’s Social Inclusion Agenda, Paper Prepared for the EU8 Social Inclusion Study, Document of the World Bank (s.4), 2007, 15.03.2016.
- Scambler G., Scambler S., New directions in the sociology of chronic and disabling conditions. Assaults on the lifeworld, New York 2010.
- Szarfenberg R., Marginalizacja i wykluczenie społeczne - panorama językowo-teoretyczna, W: red. R. Szarfenberg, C. Żołędowski, M. Theiss, Ubóstwo i wykluczenie społeczne –perspektywa poznawcza Warszawa 2010.
- Szatur-Jaworska B., Ubóstwo i wykluczenie społeczne seniorów, W: red. R. Szarfenberg, C. Żołędowski, M. Theiss, Ubóstwo i wykluczenie społeczne –perspektywa poznawcza, Warszawa 2010.

- Sztumski J., Czy możemy mówić o patologii społecznej, W: red. T. Sołtysiak, Zjawiska patologii społecznej, Bydgoszcz 1995.
- Tobiasz-Adamczyk, B., „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny „Przegląd Socjologiczny” 2012, LXI/2, 81-118
- Trzebińska E., 2006, Przeszkody i szanse aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na tle chorób psychicznych, Psychologiczna analiza problemu. Projekt badawczy nr WUE/0041/IV/05, „Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych”, Warszawa 2008.



Anna Kołodziej-Zaleska

Uniwersytet Śląski
E-mail: anna.kolodziej@us.edu.pl

Michalina Iłska

Uniwersytet Śląski
E-mail: milska@us.edu.pl

Status socjoekonomiczny kobiet w okresie porozwodowym / *The socio- economic status of women after the divorce*

Abstract

The aim of this article is to present the results of research about the socio-economic status of women after divorce. 120 women after divorce participated in the survey. The women assessed their financial situation in the period before and after the divorce and the impact of divorce on their financial situation, housing and professional work. The results indicate that there is no difference in the assessment of the material situation before and after the divorce. The negative impact of divorce experienced especially women running a household alone, and a woman with two children. Living with a new partner or with second husband, and being the initiator or of the divorce process was associated with a positive assessment of the impact of divorce on the financial situation and housing.

Keywords: women; divorce, socio-economic status; material situation; household; work; new relationship after divorce; initiator of divorce; children

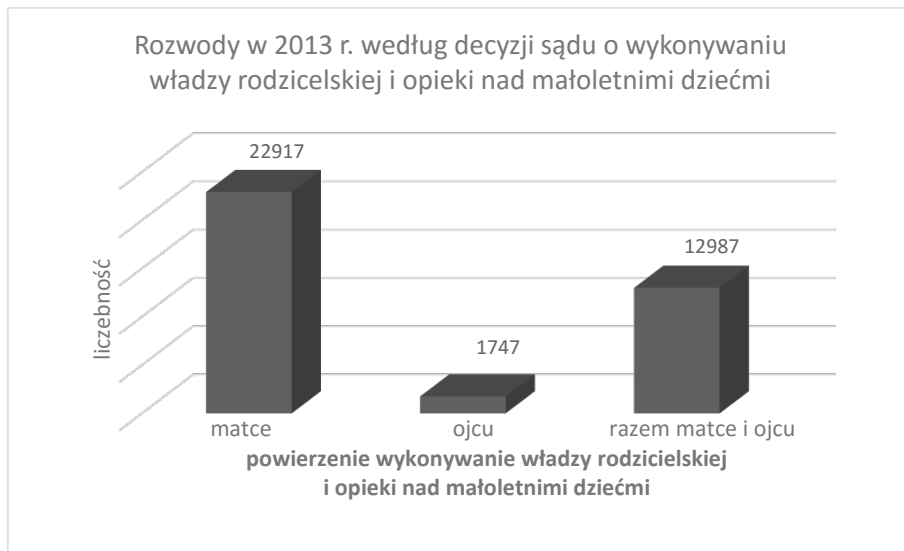
1. WPROWADZENIE

Wskaznik rozwodów w Polsce stale rośnie, a rozwody dotyczą coraz większą liczbę rodzin. Według Crane (2002) stale rosnąca liczba rodziców samotnie wychowujących dzieci w wyniku rozwodu stała się jedną z przyczyn, dla której badania nad ekonomicznymi skutkami rozwodu nabrały szczególnej wagi. Dla osób rozwodzących się oraz ich dzieci rozwód jest okresem przejściowym, czasem transformacji struktury życia. Jednocześnie stanowi jedno z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych, wiąże się z przeżywaniem kryzysu, wpływa na jakość życia oraz poczucie dobrostanu (Beisert, 2000, Przybyła-Basista, 2006). Wiele z badań skoncentrowanych wokół problematyki rozwodu wskazuje na istniejące zależności pomiędzy pomyślnym przystosowaniem do sytuacji porozwodowej a zmiennymi socjodemograficznym, takimi jak: poziom

wykształcenia, zatrudnienie czy status ekonomiczny. Obniżenie standardu życia pod względem materialnym określane jest jako jeden z ważniejszych czynników ryzyka w procesie adaptacji do zmian po rozwodzie (Demo, Fine, 2010). Badania wskazują również, że po rozwodzie pogorszenia standardu życia i statusu ekonomicznego doświadczają szczególnie kobiety (Gaffal, 2010).

W tym kontekście znaczenie ma fakt, iż po rozwodzie sąd najczęściej przyznaje opiekę nad dziećmi matce, która staje się tym samym rodzicem „opiekunczą”. W roku 2013 władza rodzicielska i opieka przyznana została przez sąd w 59% procentach przypadków matce, w 33% przypadków obojgu rodzicom, tylko w 4,5% wyłącznie ojcom (Rocznik demograficzny GUS, 2014). Znikomy odsetek stanowią przypadki, w których władza przyznana jest oddzielnie matce i oddzielnie ojcu (w przypadku, gdy posiadają oni dwoje lub więcej dzieci) lub w których przy ograniczeniu władzy rodzicielskiej dziecko zostaje umieszczone w placówce wychowawczej bądź w rodzinie zastępczej (*Ibidem*). Wykres 1 przedstawia liczbę rozwodów w roku 2013 ze względu na powierzenie przez sąd wykonywania władzy rodzicielskiej i opieki nad dziećmi.

Wykres 1: Rozwody w roku 2013 według decyzji sądu o wykonywaniu władzy rodzicielskiej i opieki nad małoletnimi dziećmi



opracowanie własne na podstawie danych GUS (2014)

W przypadkach wspólnego wychowywania dzieci zazwyczaj matka przejmuje rolę rodzica „opiekunczego”. Nawet jeśli ojcowie w pełni wywiązują się z finansowych zobowiązań wobec dzieci, ekonomiczna sytuacja samotnych matek jest niestabilna. To z kolei ma negatywne długoterminowe konsekwencje dla dzieci: ich zdrowia, szkolnych osiągnięć oraz adaptacji do rozwodu (Amato, 1994).

Rozwód zazwyczaj prowadzi do dramatycznej redukcji dochodów przypadających na jedno gospodarstwo domowe. Dzieje się tak zwłaszcza dla rodzica opiekunczego, a rolę tę najczęściej pełnią matki (Walsh, 2003). Redukcja dochodów

przyczynia się do innych potencjalnie stresujących okoliczności, jak konieczność zmiany w zatrudnieniu, podjęcie dodatkowej pracy, kontynuowanie edukacji czy zmiana miejsca zamieszkania. Co więcej osoby o niskich dochodach doświadczają większej liczby stresujących zdarzeń, a jeśli same oceniają dochody jako niskie i niewystarczające, stres często utrzymuje się przez dłuższy czas (Walsh, 2003). W deklaracjach osób po rozwodzie nieadekwatny poziom dochodów jest podstawowym źródłem stresu. Koncentrując się na statusie socjoekonomicznym badania Symoens i innych (Symoens et al., 2014) pokazują, że rozwodnicy – co ciekawe – częściej niż osoby pozostające w małżeństwach posiadają pracę zarobkową oraz mają wyższy poziom edukacji, jednakże nie przekłada się to na ich lepszą sytuację finansową. Ich poziom dochodów jest znacząco niższy niż osób pozostających w małżeństwach i często wiąże się z doświadczaniem ubóstwa. Jednakże, porównując ze sobą tylko osoby rozwiedzione, okazuje się, że osoby, które mają pracę zawodową i wysokie dochody, doświadczają mniej trudności ekonomicznych po rozwodzie niż osoby, które mają niski lub średni poziom dochodów (Gaffal, 2010). Zgodnie z tym, co mówią inni badacze (Perrig-Chillo et al., 2015), poziom edukacji, status zawodowy oraz warunki ekonomiczne stanowią silne predyktory adaptacji po rozwodzie. Sprawy finansowe mają po rozwodzie kluczowe znaczenie, a porozwodowe zmartwienia związane z pieniędzmi należy traktować jako jedno z najsilniejszych stresorów.

Ekonomiczne konsekwencje rozwodu mogą być doświadczane przez jednego lub obu byłych małżonków jako obniżenie standardu życia. Po rozwodzie ważne jest odróżnienie dochodów faktycznych byłych małżonków od „jego” i „jej” dostępnych dochodów. Wysokie faktyczne dochody mogą wiązać się z wyższymi zobowiązaniami (np. wobec dzieci) i tym samym oznaczać niższe dostępne dochody (Gaffal, 2010). Podzielenie jednego gospodarstwa domowego na dwa bez wzrostu środków finansowych niewątpliwie przyczynia się do obniżenia standardu życia obu byłych małżonków. Często utrzymanie dwóch domów, dwóch rodzin okazuje się zadaniem ponad siły, nawet jeśli oboje z rodziców pracują (Crane, 2002).

Badacze dostrzegają różnice międzypłciowe odnośnie ekonomicznych konsekwencji rozwodu (Crane, 2002, Przybyła-Basista, 2006). W wielu krajach kobiety zwykle stają w obliczu pogorszenia sytuacji ekonomicznej w następstwie rozwodu, podczas gdy mężczyźni doświadczają mniej ekonomicznych zmian, mniejszego pogorszenia standardów życia, a czasem nawet poprawienia swojego ekonomicznego statusu (Gaffal, 2010). Samotne kobiety wychowujące dzieci są wyjątkowo zagrożone ryzykiem ubóstwa, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę statystyczne dane dotyczące różnic w wynagrodzeniu mężczyzn i kobiet na niekorzyść kobiet oraz fakt, iż po rozwodzie kobiety najczęściej stają się samotnymi matkami (*singiel parent*) (Gaffal, 2010). Również Crane (2002) stwierdza, że rozwód prowadzi do poważnego pogorszenia się warunków ekonomicznych kobiet i dzieci, a jednocześnie wiąże się często z polepszeniem stopy życiowej mężczyzn, dlatego można wysunąć wniosek, iż najbardziej dotkliwych skutków rozwodu doświadczają kobiety i dzieci. Ciekawą egzemplifikację tego problemu stanowią badania kanadyjskie (Finni, 1993, za: Crane, 2002: 16) zgodnie z którymi: w pierwszym roku po rozwodzie dochód samotnych matek zmniejszył się w przybliżeniu o połowę,

a mężczyźni prawie o jedną czwartą; u kobiet odnotowano nagłe pogorszenie warunków bytowych i choć po pewnym czasie ich sytuacja finansowa zaczęła się poprawiać, nadal pozostawała trudna; przez następne kilka lat po rozwodzie sytuacja ekonomiczna kobiet pogarszała się, podczas gdy mężczyźni cieszyli się satysfakcjonującą pozycją finansową; główną przyczyną takiej sytuacji były różnice w dochodach kobiet i mężczyzn oraz niewielkie alimenty wypłacane dla dziecka lub byłego małżonka. Często bowiem alimenty wypłacane na dzieci nie zapewniają zadowalających warunków bytowych ze względu na ich niską sumę, zwleknięcie rodzica z ich uiszczeniem bądź trudności prawne związane z wyegzekwowaniem świadczeń alimentacyjnych (Crane, 2002: 18). Niektóre z badań wskazują, że duża liczba matek nie otrzymuje jakichkolwiek alimentów na dzieci (*Ibidem*).

Zgodnie z innymi badaniami średni dochód rodzin utrzymywanych przez samotne matki, których dzieci nie osiągnęły jeszcze osiemnastu lat, był o ponad połowę mniejszy od dochodu pełnych rodzin, a wielu wypadkach różnica ta wynosiła dwie trzecie (Laos, 1988, za: Crane, 2002: 16). Gorsze warunki ekonomiczne niewątpliwie przyczyniają się do pogłębienia szkodliwości efektów rozwodu. Wyniki podłużnych badań brytyjskich (McLean, Wadsworth, 1988, za: Crane, 2002) wskazują, że osoby, które przeżyły rozwód rodziców miały słabsze wyniki w nauce i zajmowały gorszą pozycję społeczno-ekonomiczną niż dzieci wychowywane z obojgiem rodziców lub te, których jedno z rodziców zmarło.

Nie można jednak wyciągać pochopnych wniosków z prowadzonych badań. Nie do końca można bowiem określić, w jakim stopniu rozwód przyczynia się do wymienionych wyżej konsekwencji pogorszenia się warunków bytowych dzieci (Crane, 2002: 17-18). Ponadto wyniki zakrojonych na szeroką skalę programów badawczych analizujących wpływ rozwodu rodziców na dzieci wskazują, że rozwód może oddziaływać na dzieci dwukierunkowo i mieć również pozytywne dla rozwoju dzieci skutki. Co więcej, dzieci sprawiają mniej kłopotów wychowawczych, jeśli mieszkają tylko z jednym rodzicem lub prawidłowo funkcjonującą rodziną powstałą w wyniku powtórnego małżeństwa rodzica po rozwodzie niż w skonfliktowanej rodzinie pierwotnej. Im bardziej funkcjonalna jest rodzina, w której wychowuje się dziecko, niezależnie od jej kształtu, tym lepiej dla dziecka (Crane, 2002: 22-23). Przedłużający się konflikt zarówno przedrozwodowy, jak i porozwodowy pomiędzy rodzicami szkodliwie wpływa na dzieci bez względu na kształt rodziny. Można zatem stwierdzić, iż przyczyną problemów dzieci, jest nie tyle sam rozwód, ile sposób radzenia sobie z trudnościami przez rodziców (Beisert, 2000, Crane, 2002). Zgodnie z badaniami m.in. Amato (2000) pozostawanie przez rodziców w nieudanych związkach małżeńskich ma znacznie bardziej negatywny wpływ na przyszłość dzieci niż sam rozwód. Dzieci rozwiedzionych rodziców wprawdzie gorzej funkcjonują pod względem psychologicznym i społecznym od tych, które dorastały w szczęśliwych rodzinach, ale lepiej niż dzieci, które dorastały w pełnych, lecz skonfliktowanych rodzinach (Amato, 1994, Crane, 2002).

Radzenie sobie z sytuacją rozwodu przez matkę, będącą rodzicem opiekuńczym, ma duże znaczenie dla efektywnego radzenia sobie przez dzieci z trudnościami będącymi konsekwencją rozwodu (Beisert, 2000). Można zatem stwierdzić, że

zasób, jakim jest samowystarczalność ekonomiczna samotnych matek, ma duże znaczenie. Jak potwierdzają badania poczucie kompetencji, ale też bycie zatrudnionym jest silnie związane z lepszym psychicznym funkcjonowaniem zwłaszcza u kobiet (Symoens et al., 2014). Często obserwuje się też, że dobrostan obniża się poprzez pogorszenie ekonomicznego standardu życia po rozwodzie (Baitar et al., 2012). Wprawdzie korelacja pomiędzy przychodami i szczęściem czy satysfakcją z życia jest generalnie mała, a relacje społeczne i wsparcie emocjonalne w dużym stopniu moderują szkodliwy wpływ stresu związanego z sytuacją ekonomiczną na relacje rodzinne i przystosowanie następujące po rozwodzie (Hetherington, Kely, 2002; za: Walsh, 2003).

Decydujący wpływ na sposób i skutki przeżywania kryzysu mają nie tyle czynniki, które kryzys wywołują, ile ich ocena i akceptacja. Subiektywna interpretacja sytuacji po rozwodzie wydaje się mieć większe znaczenie dla przystosowania niż sytuacja rzeczywista (Gaffal, 2010). Ten punkt widzenia potwierdzają Wang i Amato (2000), którzy badali predyktory przystosowania do sytuacji po rozwodzie, skupiając się na zasobach, postawach wobec rozwodu i definicjach rozwodu. Badacze stwierdzili, że osoba po rozwodzie może poradzić sobie z dużą ilością problemów, jeśli akceptuje zmiany, jakie zaszły oraz gdy widzi dla siebie możliwość drugiej szansy (Wang, Amato, 2000, Gaffal, 2010). W badaniach nad skutkami rozwodu konieczne jest uzyskanie subiektywnej oceny rozmiaru problematycznych doświadczeń (Wang, Amato, 2000). Jest ważne, co potencjalne stresory oznaczają do poszczególnych jednostek, np. utrata przyjaciół po rozwodzie może nie być stresująca, jeśli ci przyjaciele są spostrzegani jako przyjaciele byłego męża; przeprowadzka może być pożądana, jeśli wiąże się z przeniesieniem z dala od domu kojarzonego awersyjnie. Fakt, że subiektywna percepcja ma większe znaczenie niż obiektywna rzeczywistość odnosi się również – co zaskakujące – do sytuacji materialnej po rozwodzie (Wang, Amato, 2000). Obniżenie standardu życia po rozwodzie może być postrzegane optymistycznie i doświadczane pozytywnie, w sytuacji, gdy wiąże się z odzyskaniem kontroli nad posiadanymi dochodami (Wang, Amato, 2000, Gaffal, 2010). Odzyskanie poczucia kontroli nad życiem, pojawianie się przekonań o możliwości wprowadzenia zmian, przekonań wyrażających akceptację biegu wydarzeń i akceptację rozwodu dają szansę na szybsze odzyskanie równowagi po rozwodzie (Power, 1996). Poczucie kontroli nad sytuacją rozwodową oraz sposób jej rozumienia oraz interpretowania związany jest również z faktem zainicjowania procesu rozwodowego: bycia jego Inicjatorem (Pettit i Bloom, 1984, Thuen, 2001, Przybyła-Basista, 2006), przy czym pojęcie Inicjator definiowane jest jako osoba, która złożyła pozew rozwodowy.

2. CEL BADAŃ

Celem prowadzonych badań jest próba oceny sytuacji materialnej kobiet po rozwodzie. Ponadto badania mają na celu poznanie czynników, które mogą pozostawać w związku z oceną sytuacji materialnej dokonywaną przez kobiety po rozwodzie.

3. PYTANIA I HIPOTEZY BADAWCZE

Aby zrealizować powyższe cele, postawione zostały następujące pytania badawcze:

1. Jak badane kobiety oceniają swoją sytuację materialną retrospektywnie: w trakcie trwania małżeństwa i obecnie: po rozwodzie?
2. Jak badane kobiety oceniają wpływ rozwodu na ich sytuację „życiową”: materialną, mieszkaniową oraz na pracę zarobkową?
3. Czy ocena wpływu rozwodu na sytuację „życiową”: materialną, mieszkaniową oraz pracę zarobkową różni się w zależności od:
 - ilości posiadanych dzieci?
 - zamieszkiwania z dziećmi (bycia rodzicem „opiekuną”)?
 - zamieszkiwania i prowadzenia z kimś wspólnego gospodarstwa domowego po rozwodzie: z byłym małżonkiem, samodzielnie, z własnymi rodzicami, z nowym partnerem, drugim mężem?
 - faktu zainicjowania rozwodu?

Na podstawie licznych doniesień z badań na temat sytuacji materialnej kobiet po rozwodzie można postawić hipotezę, iż kobiety będą oceniały sytuację materialną w trakcie trwania małżeństwa jako lepszą niż sytuację materialną obecnie: po rozwodzie. Można również postawić hipotezę, iż badane kobiety negatywnie ocenią wpływ rozwodu na sytuację materialną. Można przypuszczać, iż posiadanie większej liczby dzieci, bycie rodzicem „opiekuną”, prowadzenie gospodarstwa domowego samej lub wciąż z byłym mężem czy z rodzicami może skutkować negatywną oceną wpływu rozwodu na sytuację materialną, mieszkaniową czy pracę zawodową. Pozostałe pytania badawcze mają w dużej części charakter eksploracyjny, dlatego niemożliwe jest postawienie hipotez badawczych.

4. NARZĘDZIA POMIARU

W badaniach wykorzystano ankietę własnego autorstwa. Badane kobiety były proszone o ocenę sytuacji materialnej w trakcie trwania małżeństwa oraz po rozwodzie na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało złą sytuację materialną, a 5 sytuacja materialna bardzo dobra. Ankieta zawierała również dane o charakterze socjodemograficznym jak: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, praca zawodowa, czas, jaki upłynął od rozwodu, czas trwania małżeństwa, ilość dzieci, bycie rodzicem „opiekuną”, zainicjowanie procesu rozwodowego, obecny stan cywilny, pozostawanie w nowym związku, zmiana miejsca zamieszkania po rozwodzie, zamieszkiwanie i prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego z byłym mężem, samodzielnie, z własnymi rodzicami, z nowym partnerem, z drugim mężem. Ponadto badane oceniały wpływ rozwodu na ich sytuację materialną, mieszkaniową oraz pracę zarobkową, szacując czy w wyróżnionych obszarach nastąpiła poprawa, pogorszenie czy też nie zaszły żadne zmiany.

5. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

5.1. INFORMACJE O CHARAKTERZE SOCJODEMOGRAFICZNYM

W badaniu wzięło udział 120 kobiet po doświadczeniu kryzysu rozwodu. Badane kobiety miały średnio 40 lat ($M=40,49$; $SD=8,79$), ich wiek mieścił się w przedziale pomiędzy 24 a 71 lat. Jedna trzecia badanych kobiet $N=40$ (33,3%) zamieszkiwała średnie miasta, a jedna piąta badanych $N=25$ (20,8%) duże miasta. W małych miastach mieszkało 28 kobiet $N=28$ (23,3%), a 26 kobiet $N=26$ (21,7%) to mieszkanki wsi¹. Prawie połowa kobiet miała wykształcenie wyższe $N=59$ (49,2%), 35 kobiety (29,1%) wykształcenie średnie. 16 kobiet $N=16$ (13,3%) ukończyło szkołę zawodową, a jedynie jedna osoba badana $N=1$ (0,8%) szkołę podstawową. 8 badanych kobiet (6,7%) ukończyło szkołę policealną lub pomaturalną, jedna kobieta badana $N=1$ (0,8%) była na studiach. Większość badanych kobiet była aktywna zawodowo: 89 kobiet $N=89$ (74,2%) pracowało w pełnym wymiarze godzin, a 4 kobiety (3,3%) w niepełnym wymiarze godzin. 24 badane kobiety (20%) były to osoby niepracujące.

5.2. INFORMACJE NA TEMAT POPRZEDNIEGO MAŁŻEŃSTWA ORAZ OBECNEJ SYTUACJI RODZINNEJ

Małżeństwa badanych kobiet trwały średnio 10 lat ($M=10,56$; $SD=7,04$), a średni czas, jaki upłynął od rozwodu, to około 6 lat ($M=6,18$; $SD=6,30$). Dla 113 kobiet (94,2%) było to pierwsze małżeństwo, a jedynie dla 2 kobiet (1,7%) drugie małżeństwo.

Badane kobiety były pytane o posiadanie dzieci oraz liczbę posiadanych dzieci. Zdecydowana większość badanych kobiet posiadała jedno lub dwoje dzieci $N= 96$ (80,01%), z czego 56 kobiet (46,67%) miała jedno dziecko, a 40 kobiet (33,34%) dwoje dzieci. Niewielka ilość kobiet posiadała troje $N=5$ (4,1%) lub czworo dzieci $N=4$ (3,34%). 12 kobiet (10%) nie posiadało dzieci w ogóle.

Można powiedzieć, że po rozwodzie badane kobiety stawały się rodzicami „opiekuńczymi”: 82 osoby badane (68,3%) zadeklarowały, że to one pełnią rolę rodzica opiekuńczego, 11 kobiet (9,2%) stwierdziło, że rodzicem opiekuńczym jest ojciec. W przypadku dwóch kobiet (1,7%) dzieci były samodzielne, a jedna (0,8%) kobieta wspólnie z byłym mężem opiekowała się dzieckiem. 88 kobiet (73,3%) deklarowało wspólne zamieszkiwanie z dziećmi (mimo iż o 6 mniej określiło siebie jako rodzica „opiekuńczego”). Z kolei 10 kobiet (8,3%) deklarowało, że po rozwodzie nie mieszkają z dziećmi.²

Z badanych 120 kobiet po rozwodzie 62 kobiety (51,7%) nie związały się ponownie z nikim, 38 kobiet (31,7%) było w nowym związku po rozwodzie, a 19 kobiet (15,8%) zawarło powtórny związek małżeński. Większość badanych $N=82$ (68,3%)

1 Niewielkie różnice w liczebnościach w poszczególnych zmiennych wynikają z systemowych braków danych.

2 Różnice w zestawieniach procentowych wynikają z faktu, że część badanych kobiet nie posiadała dzieci oraz z nielicznymi brakami systemowych.

nie posiadała dzieci z nowego związku. 22 osoby (18,3%) posiadało dzieci z nowego związku czy nowego małżeństwa.

5.3. INFORMACJE NA TEMAT SYTUACJI MIESZKANIOWEJ

Prawie połowa badanych kobiet $N=57$ (47,5%) zmieniła miejsce zamieszkania po rozwodzie, a nieco ponad połowa $N=61$ (50,8%) nie zmieniła miejsca zamieszkania. Badane osoby były również pytane o to, z kim prowadzą po rozwodzie gospodarstwo domowe, czy i z jakimi osobami dorosłymi mieszkają. 4 z badanych kobiet (3,3%) wciąż mieszkają z byłym mężem, 43 kobiety (35,8%) mieszkają same bądź tylko z dziećmi, a 23 kobiety (19,2%) zamieszkiwały ze swoimi rodzicami. Z nowym parterem mieszkało 28 kobiet (23,4%), a 19 (15,8%) z nowym mężem. Warto zauważyć, że z 38 kobiet (31,7%), które po rozwodzie zaczęły budować nowy związek, aż 28 (23,4%) zamieszkiwało z nowym partnerem, prowadząc wspólne gospodarstwo domowe.

6. ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ. KIERUNKI ANALIZ STATYSTYCZNYCH

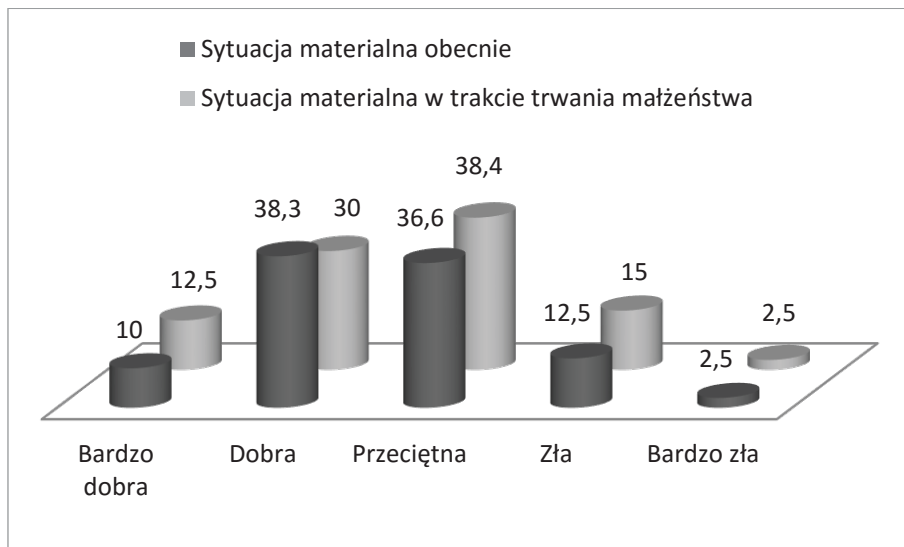
Prowadzone badane stanowią fragment szerszego projektu badawczego dotyczącego roli zasobów w budowaniu dobrostanu po doświadczeniu kryzysu rozwodu. Prowadzone były m.in. w Rodzinnych Ośrodkach Diagnostyczno-Konsultacyjnych, ośrodkach wspierania rodziny, placówkach oświatowych. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy.

W prowadzonych badaniach dokonano zestawień procentowych, porównań międzygrupowych, posłużono się statystyką opisową, tabelami krzyżowymi, testem χ^2 . Badania były prowadzone z wykorzystaniem programu statystycznego IBM SPSS Statistics 23.0.

7. WYNIKI BADAŃ

7.1. DANE DOTYCZĄCE OCENY SYTUACJI MATERIALNEJ PRZED I PO ROZWODZIE (ODPOWIEDŹ NA PIERWSZE PYTANIE BADAWCZE)

Badane kobiety oceniły swoją sytuację materialną obecnie, czyli po rozwodzie oraz w trakcie trwania małżeństwa. Biorąc pod uwagę średnią, badane oceniły swoją obecną sytuację materialną jako przeciętną zarówno obecnie ($M=3,35$; $SD=0,89$), jak i w trakcie trwania małżeństwa ($M=3,29$; $SD=0,96$). Ocena obecnej sytuacji materialnej była nieco wyższa niż ocena sytuacji materialnej w trakcie trwania małżeństwa. Tę ostatnią cechuje też większe zróżnicowanie.

Rycina 1. Ocena sytuacji materialnej osób badanych w okresie przed i porozwodowym wyrażona w procentach

Szczegółowe procentowe zestawienie odpowiedzi w poszczególnych kategoriach zostało przedstawione na Rycinie 1. Porównując dane procentowe, można stwierdzić, że nie wystąpiły istotne różnice statystyczne w ocenie sytuacji materialnej retrospektywnej obejmującej czas trwania byłego małżeństwa i ocenie sytuacji materialnej obecnie: po rozwodzie.

7.2. DANE DOTYCZĄCE OCENY WPŁYWU ROZWODU NA SYTUACJĘ „ŻYCIOWĄ”: MATERIALNĄ, MIESZKANIOWĄ I PRACĘ ZAROBKOWĄ (ODPOWIEDŹ NA DRUGIE PYTANIE BADAWCZE)

Określając wpływ rozwodu na sytuację materialną, 43 kobiety (35,8%) stwierdziły, że nastąpiło pogorszenie w tym obszarze. Zbliżona liczba kobiet $N=46$ (38,3%) stwierdziła z kolei, że nastąpiła poprawa. 24 kobiety (20%) nie dostrzegły zmian w sytuacji materialnej. Określając wpływ rozwodu na sytuację mieszkaniową, prawie połowa kobiet $N=52$ (43,3%), stwierdziła, że nie zaszły żadne zmiany w tym obszarze. 37 kobiet (30,8%) odczuło poprawę sytuacji mieszkaniowej, a 25 kobiet (20,8%) jej pogorszenie. Określając z kolei wpływ rozwodu na pracę zawodową, jedynie 19 kobiet (15,8%) odczuło pogorszenie sytuacji w tym obszarze. Ponad połowa kobiet $N=63$ (52,5%) nie dostrzegła zmian, a 33 kobiety (27,5%) doświadczyły poprawy w obszarze pracy zawodowej.

7.3. DANE DOTYCZĄCE RÓŻNIC MIĘDZYGRUPOWYCH (ODPOWIEDŹ NA TRZECIE PYTANIE BADAWCZE)

Wyniki badań wskazują, że fakt posiadania przez kobiety dzieci oraz ilość dzieci różnicuje dokonywaną przez kobiety ocenę wpływu rozwodu na sytuację materialną. Różnice okazały się istotne statystycznie. Można powiedzieć, że poprawę sytuacji materialnej po rozwodzie dostrzegały w większej liczbie kobiety nieposia-

dające dzieci lub kobiety z jednym dzieckiem. Z kolei większa ilość kobiet z dwój-
giem dzieci dostrzegła pogorszenie sytuacji materialnej. Wyniki porównań mię-
dzygrupowych oraz wynik testu istotności różnic zostały zaprezentowane w tabeli
1.

Tabela 1: Ocena wpływu rozvodu na sytuację materialną a ilość dzieci

wpływ rozvodu na sytuację materialną				
ilość dzieci	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
brak	2	4	6	12
jedno	14	14	26	54
dwoje	22	5	9	36
troje	3	0	2	5
czworo	1	1	1	3
ogółem	42	24	44	110

$$\chi^2=15,890, df=8, p=0,044$$

Fakt posiadania przez kobiety dzieci oraz ich ilość nie ma z kolei związku z doko-
nywaną przez kobiety oceną wpływu rozvodu na sytuację mieszkaniową oraz na
pracę zarobkową.

Zamieszkiwanie bądź niezamieszkiwanie przez kobiety z dziećmi (czyli bycie
rodzicem „opiekunческим” bądź „nieopiekunческим”) nie różnicuje oceny wpływu
rozvodu na sytuację materialną kobiet. Natomiast widoczne są różnice pomiędzy
wyróżnionymi ze względu na zamieszkiwanie i niezamieszkiwanie z dziećmi gru-
pami kobiet a dokonywaną przez nie oceną wpływu rozvodu na sytuację mieszka-
niową i pracę zawodową. Tabele krzyżowe zostały zaprezentowane poniżej (tabela
2 i 3).

Tabela 2: Ocena wpływu rozvodu na sytuację mieszkaniową a zamieszkiwanie
z dziećmi

wpływ rozvodu na sytuację mieszkaniową				
zamieszkanie dzieci	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
ze mną:	15	44	26	85
nie ze mną:	5	2	2	9
ogółem	20	46	28	94

$$\chi^2=7,139, df=2, p=0,028$$

Tabela 3: Ocena wpływu rozvodu na sytuację mieszkaniową a zamieszkiwanie
z dziećmi

wpływ rozvodu na pracę zarobkową				
zamieszkanie dzieci	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
ze mną:	13	50	22	85
nie ze mną:	2	2	6	10
ogółem	15	52	28	95

$$\chi^2=6,123, df=2, p=0,047$$

Różnice pomiędzy grupami okazały się istotne statystycznie. Analiza tabel krzyżowych pozwala stwierdzić, iż kobiety, które nie mieszkają z dziećmi są skłonne twierdzić, że rozwód pogorszył ich sytuację mieszkaniową, ale też, że wpłynął na polepszenie, poprawę w obszarze pracy zawodowej. Zależności są wprawdzie widoczne, ale należy zachować dużą ostrożności w interpretacji wyników ze względu na małą liczebność grupy kobiet będących rodzicami „nieopiekującymi”.

W dalszej kolejności próbowano zweryfikować, czy dokonywana przez kobiety ocena wpływu rozwodu na sytuację „życiową”: materialną, mieszkaniową i pracę zawodową może być różna w zależności od tego, z kim kobieta mieszka i prowadzi gospodarstwo domowe po rozwodzie. Różnice okazały się istotne statystycznie w przypadku oceny wpływu rozwodu na sytuację materialną (wyniki zaprezentowano w tabeli 4) oraz oceny wpływu rozwodu na sytuację mieszkaniową (wyniki zaprezentowano w tabeli 5). Fakt zamieszkiwania i prowadzenia gospodarstwa domowego samej lub z kimś nie wiąże się w sposób istotny statystycznie z oceną wpływu rozwodu na pracę zawodową.

Tabela 4: Ocena wpływu rozwodu na sytuację materialną a fakt zamieszkiwania i prowadzenia z kimś gospodarstwa domowego po rozwodzie

wpływ rozwodu na sytuację materialną				
zamieszkiwanie z:	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
nadal z byłym mężem	3	1	0	4
sama	19	11	10	40
ze swoimi rodzicami	10	4	8	22
z nowym parterem	8	3	15	26
z drugim mężem	2	3	14	19
ogółem	42	22	47	111

$$\chi^2=17,847, df=8, p=0,022$$

Analizując tabele krzyżowe, można stwierdzić, iż większa liczba kobiet, które mieszkają same, deklaruje, że rozwód wpłynął na pogorszenie ich sytuacji materialnej, ale nie wprowadził zmian w ich sytuacji mieszkaniowej. Z kolei kobiety mieszkające i prowadzące gospodarstwo domowe wspólnie z nowym partnerem, a zwłaszcza kobiety mieszkające i prowadzące gospodarstwo domowe wspólnie z drugim mężem deklarują, iż rozwód wpłynął na poprawę ich sytuacji materialnej oraz poprawę sytuacji mieszkaniowej lub nie przyczynił się do zmian w sytuacji mieszkaniowej.

Tabela 5: Ocena wpływu rozwodu na sytuację mieszkaniową a fakt zamieszkiwania i prowadzenia z kimś gospodarstwa domowego po rozwodzie

wpływ rozwodu na sytuację mieszkaniową				
zamieszkiwanie z:	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
nadal z byłym mężem	3	1	0	4
sama	9	23	9	41
ze swoimi rodzicami	8	9	5	22
z nowym parterem	3	8	14	25
z drugim mężem	1	8	10	19

wpływ rozwodu na sytuację mieszkaniową				
zamieszkiwanie z:	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
ogółem	24	49	38	111

$$\chi^2=20,670, df=8, p=0,008$$

Niewielka wśród badanych liczba kobiet nadal mieszkających z byłym mężem ocenia, iż rozwód pogorszył ich sytuację materialną. Jednocześnie kobiety te stwierdzają, iż rozwód pogorszył ich sytuację mieszkaniową. Oceny wpływu rozwodu na sytuację materialną i mieszkaniową dokonywane przez kobiety mieszkające ze swoimi rodzicami są bardzo zróżnicowane.

Sprawdzono również, czy ocena wpływu rozwodu na badane obszary wiąże się z faktem zainicjowania rozwodu. Okazało się, iż Inicjatorce procesu rozwodowego częściej oceniają, iż rozwód wpłynął na polepszenie ich sytuacji materialnej, z kolei Nie-Inicjatorce deklarują raczej, iż rozwód wpłynął na pogorszenie ich sytuacji materialnej. Wyniki porównań międzygrupowych oraz test istotności różnic zostały zaprezentowane w tabeli 6.

Tabela 6: Ocena wpływu rozwodu na sytuację materialną a fakt zainicjowania procesu rozwodowego

wpływ rozwodu na sytuację materialną				
	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
Inicjator	21	15	40	76
Nie-Inicjator	21	8	3	32
ogółem	42	23	43	108

$$\chi^2=19,234, df=2, p=0,0001$$

Podobnie, oceniając wpływ rozwodu na sytuację mieszkaniową, Inicjatorce procesu rozwodowego dostrzegały brak zamian lub poprawę w tym obszarze. Z kolei Nie-Inicjatorce stwierdziły brak zmian lub pogorszenie sytuacji mieszkaniowej. Wyniki porównań międzygrupowych oraz test istotności różnic zostały zaprezentowane w tabeli 7.

Tabela 7: Ocena wpływu rozwodu na sytuację mieszkaniową a fakt zainicjowania procesu rozwodowego

wpływ rozwodu na sytuację mieszkaniową				
	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
Inicjator	11	36	31	78
Nie-Inicjator	12	14	5	31
ogółem	23	50	36	109

$$\chi^2=10,116, df=2, p=0,006$$

Różnice w ocenie wpływu rozwodu na pracę zawodową pomiędzy grupami Inicjatorek i Nie-Inicjatorek są nieco słabsze, ale wciąż istotne statystycznie. Duża część dwóch wyróżnionych grup stwierdziła, iż rozwód nie wpłynął na zmiany w obszarze pracy zawodowej. Jednakże Inicjatorce częściej dostrzegały poprawę, oceniają

wpływ rozwodu na pracę zawodową. Wyniki porównań międzygrupowych oraz test istotności różnic zostały zaprezentowane w tabeli 8.

Tabela 8: Ocena wpływu rozwodu na pracę zawodową a fakt zainicjowania procesu rozwodowego

wpływ rozwodu na pracę zarobkową				
	pogorszenie	bez zmian	poprawa	ogółem
Inicjator	11	40	28	79
Nie-Inicjator	7	21	3	31
ogółem	18	61	31	110

$$\chi^2=7,439, df=2, p=0,024$$

8. DYSKUSJA WYNIKÓW

Wbrew postawionym hipotezom nie wystąpiły istotne różnice statystyczne w ocenie sytuacji materialnej retrospektywnej obejmującej czas trwania byłego małżeństwa i ocenie sytuacji materialnej obecnie: po rozwodzie. Widoczne jest również duże zróżnicowanie wśród kobiet w ocenach wpływu rozwodu na sytuację „życiową”: materialną, mieszkaniową i pracę zarobkową. Porównywalna liczba kobiet dostrzegала pogorszenie, poprawę lub brak zmian w poszczególnych obszarach. Być może wynika to faktu, iż w prowadzonych badaniach nie był kontrolowany czas, jaki upłynął od rozwodu. Duża rozpiętość czasowa od momentu, kiedy rozwód miał miejsce, stanowi pewne ograniczenie badań.

Interesujące natomiast wydają się porównania pomiędzy wyróżnionymi grupami kobiet. Wpływ rozwodu na pogorszenie sytuacji materialnej dostrzegalny był zwłaszcza u kobiet mieszkających po rozwodzie samotnie. Również kobiety posiadające dwoje dzieci dostrzegaly pogorszenie swojej sytuacji materialnej po rozwodzie. Z kolei kobiety nie posiadające dzieci oraz kobiety posiadające jedno dziecko stwierdzały, że rozwód wpłynął raczej na poprawę ich sytuacji materialnej. Nie jest możliwa interpretacja wyników dotyczących kobiet z trojgiem lub czworgiem dzieci ze względu na niewielką ilość osób badanych w tej grupie. W rodzinach wielodzietnych – zgodnie z danymi statystycznymi – prawdopodobieństwo rozwodu jest o wiele niższe niż w rodzinach bez dzieci lub z jednym, czy z dwojgiem dzieci (Rocznik demograficzny GUS, 2014).

Badane kobiety w zdecydowanej większości były rodzicami „opiekuńczymi”, co jest zgodne z powszechną tendencją do powierzania przez sądy opieki nad dziećmi matce. Liczba matek będących rodzicami „nieopiekuńczymi” była na tyle mała, że nie jest możliwe wyciągnięcie jednoznacznych wniosków interpretacyjnych. Matki, które nie mieszkały z dziećmi, stwierdzały, że rozwód pogorszył ich sytuację mieszkaniową. Mogło to być związane z tęsknotą za dziećmi, których od rozwodu nie widują codziennie. Stwierdzały również, że rozwód pozytywnie wpłynął na ich pracę zawodową, co z kolei może wynikać z możliwości skoncentrowania się na pracy przy poczuciu odciążenia od codziennej troski i opieki nad dziećmi.

Rozwiedzione matki będące rodzicami „opiekuńczymi” często zmuszone są do korzystania z opieki społecznej, co jeszcze bardziej osłabia ich poczucie kontroli

oraz zdolność do poszukiwania oparcia we własnych siłach (Beisert, 2000, Gaffal, 2010). Zaprezentowane wyniki wskazują, że negatywny wpływ rozwodu na sytuację materialną szczególnie odczuwały kobiety, które same prowadziły gospodarstwo domowe oraz kobiety posiadające dwoje dzieci. Swoistym czynnikiem chroniącym przed negatywnym wpływem rozwodu, który przejawia się znacznym pogorszeniem sytuacji materialnej i ryzykiem ubóstwa, okazało się istnienie nowego związku partnerskiego, a zwłaszcza drugiego małżeństwa. Wielu badaczy (Amato, 2000, Demo, Fine, 2010) podkreśla, że nowa relacja intymna budowana po rozwodzie stanowi czynnik ochronny, który ułatwia przystosowanie do sytuacji porozwodowej, zabezpieczając też przed doświadczeniem biedy i przed koniecznością korzystania z pomocy socjalnej.

W świetle prowadzonych badań również bycie Inicjatorką procesu rozwodowego stanowi czynnik ochronny, przyczynia się bowiem w większym stopniu do postrzegania pozytywnego wpływu rozwodu na sytuację materialną, mieszkaniową i pracę zawodową. Z kolei bycie Nie-Inicjatorem wiąże się z częstszym postrzeganiem negatywnego wpływu rozwodu na sytuację „życiową”. Ważne jest, iż fakt bycia Inicjatorem procesu rozwodowego pociąga za sobą wiele zmiennych psychologicznych. Są to między innymi: większe poczucie kontroli, wcześniejsze „uporanie” się z emocjami towarzyszącymi kryzysowi rozwodu, bycie na innym niż Nie-Inicjator etapie radzenia sobie z trudnościami, przekierowanie uwagi na przyszłość (Przybyła-Basista, 2006, Gaffal, 2010). Być może kobiety po rozwodzie, w przypadku gdy same o nim zdecydowały, rzeczywiście potrafią poradzić sobie z dużą ilością problemów i niezależnie od obiektywnego obniżenia standardu życia mogą dostrzegać subiektywną poprawę swojej sytuacji (Wang, Amato, 2000).

Dla oceny wpływu rozwodu na sytuację „życiową” ważne wydają się okoliczności obiektywne: posiadanie dzieci, ilość dzieci, bycie rodzicem „opiekuńczym”, samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego, zamieszkiwanie z nowym partnerem czy z drugim mężem, ale też aspekty psychologiczne związane z byciem Inicjatorką procesu rozwodowego takie jak: kontrola, decyzyjność, osobista ocena rozmiaru problematycznych doświadczeń, akceptacja zmian, jakie zaszły po rozwodzie oraz orientacja na przyszłość.

9. LITERATURA

- Amato P. R., Life-Span Adjustment of Children to Their Parents' Divorce, "The Future of Children. Children and Divorce", vol. 4, no. 1, 1994, pp. 143-164.
- Amato P. R., The Consequences of Divorce for Adults and Children, *Journal of Marriage and the Family*, 62, 2000, pp. 1269-1287.
- Baitar R., Buysse A., Brondeel R., De Mol J., Rober P., Post-divorce Wellbeing in Flanders: Facilitative Professionals and Quality of Arrangements Matter, "Journal of Family Studies", 18, 1, 2012, pp. 62-75.
- Beisert M., *Rozwód. Proces zmagania się z kryzysem*, Poznań 2000.
- Crane, D. R., *Podstawy terapii małżeństw*, Gdańsk 2002.
- Demo, D. H., Fine, M. A., *Beyond the average divorce*. Los Angeles 2010.
- Gaffal M., *Psychosocial and Legal of Marital Breakdown*, Berlin Heidelberg, 2010, pp. 47-82.

- Perrig-Chiello P., Hutchison S., Morselli D., Patterns of psychological adaptation to divorce after a long-term marriage, "Journal of Social and Personal Relationships", 32, 3, 2015, pp. 386–405.
- Przybyła-Basista H., Mediacje rodzinne w konflikcie rozwodowym. Gotowość i opór małżonków a efektywność procesu mediacji, Katowice 2006.
- Rocznik demograficzny 2014 Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa 2014. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2014,3,8.html>, 2.04.2016.
- Symoens S., Van de Velde S, Colman E., Bracke P., Divorce and the Multidimensionality of Men and Women's Mental Health: The Role of Social-Relational and Socio-Economic Conditions, "Applied Research Quality Life", 9, 2014, pp. 197–214.
- Pettit E. J., Bloom B. L., Whose Decision Was It? The Effects of Initiator Status on Adjustment to Marital Disruption, "Journal of Marriage and Family", vol. 46, 3, 1984, pp. 587-595.
- Power M. R., Stages of separation, "Australian Journal of Family Law", 10, 2, 1996, pp. 143-162.
- Thuen F., Psychiatric Symptoms and Perceived Need for Psychiatric Care After Divorce, "Journal of Divorce & Remarriage", vol. 34, 1-2, 2001, pp. 61-76.
- Walsh F., Normal family processes: Growing diversity and complexity, New York 2003.
- Wang H., Amato P.R., Predictors of Divorce Adjustment: Stressors, Resources, and Definitions, "Journal of Marriage and Family", vol. 62, 3, 2000, pp. 655–668.



Marianna Dąbrowska-Wnuk

Uniwersytet Śląski
E-mail: marianna.dabrowska-wnuk@us.edu.pl

Samotność w starości – szansa na rozwój czy ryzyko (samo)wykluczenia społecznego / *Loneliness in old age - a chance for development or risk (self)social exclusion*

Abstract

The problems of aging and old age is the subject of increasingly undertaken research and theoretical considerations. The aging population raises new challenges, sets more and more new areas of research. In the context of rapidly progressive changes, one of the major problems is loneliness and isolation. Older people experience it in a more poignant and specific way than people from other age groups. This study aims to bring this issue in terms of definitional, etiologic, relating to the consequences and prevention of solitude and loneliness.

Keywords: senior; old age; loneliness, solitude, social exclusion

1. INDYWIDUALNY WYMIAR STARZENIA SIĘ I STAROŚCI

Powszechność i ważność zjawiska jakim jest postępujące starzenie się społeczeństw krajów uprzemysłowionych, w tym także Polski, skłania badaczy do podejmowania szczegółowych analiz tych aspektów życia, które okazują się ważne zarówno z punktu widzenia indywidualnej oceny jakości życia seniorów jak i całych społeczności. Proces demograficznego starzenia się społeczeństwa charakteryzuje się ważnymi z punktu widzenia polityki społecznej cechami, które wyróżniają subpopulację osób starszych na tle innych grup społecznych. Zalicza się do nich: feminizację starości, singularyzację w starości, podwójne starzenie się oraz wewnętrzne zróżnicowanie starości (Błądowski 2002). Cechy te nie tylko definiują współczesną populację seniorów, lecz także wyznaczają kierunek zmian zachodzących na poziomie jednostki, jednak ich nie determinują. Starzejący się ludzie nie tworzą bowiem homogenicznej grupy; doświadczane zmiany nie układają się w jeden, typowy dla wszystkich wzorzec osobowości i zachowania. Ludzie w starości, jak pisze Bortnowska (2014: 51), „stają się bardziej różni niż byli. Nie można oczekiwać, by starzeli się tak, jak inni, których znamy. Podobnie jak umiera się

różnie, tak i starzeje się w wielkiej mierze tak, jak na to pozwala stan organizmu.” Można na tej podstawie wyróżnić trzy sposoby starzenia się: (1) zwyczajne (*usual ageing*) z odczuwanymi stratami, ale bez wyraźnej patologii; (2) patologiczne (*impaired ageing*) z szybko postępującą dysfunkcją organizmu i występowaniem licznych chorób oraz (3) pomyślne (*successfull ageing*), gdy czynniki (zwane predyktorami starości) spowalniają proces starzenia się (Bień 1996; za: Worach-Kardas 2015). Owo zróżnicowanie wskazujące na indywidualne tempo i charakter starzenia się wynika z odmiennych doświadczeń i warunków życia, różnej kondycji psychofizycznej; stanowi efekt dziedzictwa genetycznego, cech społeczno-demograficznych, ale także kontekstu historycznego, polityki społecznej państwa oraz funkcjonujących w danym czasie instytucji gospodarczych i ekonomicznych (por. np. Straś-Romanowska 2003; Steuden 2009; Worach-Kordas 2015). Podkreśla się ponadto szczególne znaczenie samego podmiotu, co znajduje potwierdzenie w zyskującej coraz większą popularność teorii aktywności (*activity theory*) jako jednej ze społecznych teorii adaptacji do starości.

Przyjęty próg starości w rozumieniu wieku chronologicznego (65 lat) stanowi jedynie umowną wartość pozwalającą na ilościową charakterystykę zjawiska w znaczeniu pomiaru procentowego udziału w strukturze ludności osób wchodzących w tzw. okres późnej dorosłości¹. Nie różnicuje ich jednak w aspekcie jakości stanu zdrowia, potencjału czy potrzeb. Obok czynników obiektywnych istotne jest też subiektywne poczucie przekroczenia progu starości, czyli przyjęcie roli człowieka starego we własnym odczuciu. Z reguły wiąże się to z widocznym, obiektywnym pogorszeniem stanu zdrowia, mniejszą samodzielnością i zależnością od innych (Worach-Kordas 2015). Wielu seniorów zgadza się z powiedzeniem, że „Człowiek ma tyle lat, na ile się czuje”, co oznacza, że z punktu widzenia oceny, czy ktoś jest czy nie jest stary, ważniejsze niż wiek chronologiczny są subiektywne czynniki psychiczne (Birch i Malim 1995: 146). Starość bowiem „jest stanem umysłu i nie wiąże się bezwzględnie z wiekiem” (Godzic 2014: 60). Kępiński (2012: 386) ujmując to tak: „Dynamika życiowa ma charakter pulsujący. (...) subiektywnym jej wyrazem jest nastrój. Świat kurczy się w smutku a rozszerza w radości. Wiąże się z tym subiektywne odczucie własnego wieku. Człowiek czuje się młody, gdy jego świat jest rozległy, gdy może swobodnie rzutować siebie w przyszłość, a stary, gdy już nic przed sobą nie widzi prócz ciemnej ściany przyszłości. Subiektywne poczucie wieku jest odwrotnie proporcjonalne do możliwości rzutowania siebie w przyszłość, do czasu, który ma się przed sobą, a proporcjonalne do czasu, który ma się już za sobą. Oscylacje dynamiki życiowej powodują, że w ciągu całego życia starość przeplata się z młodością (...)”

2. STAROŚĆ CZASEM TRUDNYCH WYZWAŃ

Starość, jako jeden z etapów życia, kumuluje w sobie wiele trudnych i przełomowych momentów opisywanych w kategoriach kryzysu (por. Szatur-Jaworska, Błę-

1 Autoidentyfikacja związana z wiekiem pokrywa się w znacznym stopniu z przyjętą powszechnie periodyzacją. Z określeniem „starszy pan/ starsza pani” utożsamia się większość badanych powyżej 65 roku życia. W grupie badanych (65-69 lat) za osoby starsze uważa się nieco ponad połowa ankietowanych, a ponad 2/5 nadal postrzega siebie jako osoby w średnim wieku. Z kolei w grupie 70+ ośmiu na dziesięciu indentyfikuje się z tą grupą wiekową (http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_094_12.PDF).

dowski i Dzięgielewska 2006: 65-86). Bez względu na to, czy mają one charakter normatywny czy też losowy, spostrzegane są jako trudne, nie tylko z perspektywy człowieka młodego antycypującego swoją starość, ale także samego seniora². Typowe dla człowieka w tzw. sile wieku zachowania i właściwości psychiki i organizmu ustępują miejsca objawom budzącym nierzadko bunt, smutek a nawet zażenowanie i lęk. Ze względu na specyfikę tego okresu życia zmiany te ujmowane są w głównej mierze w kategoriach straty. Do ich opisu wykorzystuje się kryteria mające zarówno obiektywny jak i subiektywny wymiar. Do pierwszej kategorii zalicza się: utratę zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej; utratę bliskich osób; utratę statusu społecznego i ekonomicznego oraz zawodowego i materialnego; utratę poczucia przydatności i prestiżu oraz zbliżającą się perspektywę śmierci (Straś-Romanowska 2003). Objawy subiektywne kryzysu starości sprowadza się do wszechogarniającego uczucia bezradności i beznadziejności; poczucia niezdolności do dalszego działania i jakiegokolwiek aktywności; poczucia utraty kontroli nad swoim życiem; poczucia niezdolności do dalszego niesienia ciężaru codziennego życia i wypełniania ról społecznych; zwiększenia zależności od innych, wysokiego poziomu lęku, występowania i nasilenia objawów somatycznych (Szatur-Jaworska i in. 2006). Biorąc pod uwagę perspektywę temporalną, straty te mogą odnosić się zarówno do teraźniejszości jak i przeszłości i przyszłości, mają charakter powszechny, a ich interpretacja może być różna. Mogą dotyczyć spraw osobistych (np. śmierć członka rodziny, pogorszenie stanu zdrowia, niepełnosprawność), materialnych (np. brak środków do życia, utrata mieszkania), społecznych (brak wsparcia społecznego, osłabienie więzi z bliskimi) oraz egzystencjalnych (poczucie braku sensu w życiu, poczucie beznadziejności, negatywny bilans życiowy, poczucie izolacji i osamotnienia) (Studen 2015). Przemiany te, jak wskazuje Studen (2009: 171), wpisują się, co oczywiste, w listę strat doświadczanych przez osoby starsze, jednak z drugiej strony stają się dla nich swoistym wyzwaniem wymagającym uruchomienia nowych strategii zaradczych oraz zasobów osobistych i społecznych.

Ponoszenie strat, jako jeden z ważnych problemów późnej dorosłości, wynika nie tylko z odczuwania negatywnych emocji, ale z konieczności właściwej odpowiedzi na stratę. Zbliżanie się do kresu życia stanowi bowiem czynnik prowokujący do przypominania sobie wcześniejszego życia, utożsamiany z dokonywaniem bilansu życiowego (Szatur-Jaworska i in. 2006). Pozytywne rozliczenie się z przeszłością będące wynikiem poczucia sukcesu, spełnienia i sensu własnego życia, tożsame jest z osiągnięciem integralności jako pozytywnego bieguna typowego dla okresu późnej dorosłości konfliktu określonego przez Erika Eriksona jako integracja ego vs rozpacz. Człowiek staje wówczas przed szansą doświadczania wartości i uroków życia, odkrywając jego nowy wymiar. Z kolei rozpacz prowadzi do poczucia

2 Obawy przed starością, jak wskazują badania CBOS, niezależnie od wieku i sytuacji życiowej respondentów, dotyczą: chorób, zniedołężnienia, utraty pamięci (73%), utraty samodzielności, bycia ciężarem dla innych i uzależnienia się od nich (56%), złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się (32%), a także samotności i utraty bliskich (32%), lęku przed cierpieniem (18%), niepewności z kim będą mieszkał i pod czyją opieką (16%) oraz poczucia, że nikomu nie będą potrzebny (6%). Różnicowanie ze względu na wiek wskazuje, że osoby starsze obawiają się przede wszystkim cierpienia, młodsze z kolei złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się oraz samotności i utraty bliskich (http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_094_12.PDF).

niekompletności, żalu za utraconymi bezpowrotnie szansami i przekonanie o bezcelowości poszukiwania nowych dróg osiągnięcia integralności (Straś-Romanowska 2003).

Starość w świadomości przeciętnego człowieka jawi się jako zło konieczne, okres trudny, niechciany, pozbawiony perspektyw, czas pogłębiającego się deficytu sprawności, witalności, urody, tęsknoty za młodością i żalem z powodu niewykorzystanych możliwości, nieuchronnie prowadzący ku temu co nieuniknione, ku śmierci. Z genetycznego punktu widzenia, na co zwraca uwagę Kępiński (2012: 379), starość utożsamiana jest z ograniczeniem możliwości i skończonością. „Poczucie, że „wypełniło się”, że już więcej nic stać się nie może, że weszło się już na drogę prowadzącą ku zniedołężnieniu i śmierci, jest chyba najtragiczniejszym przeżyciem starości. Człowiek stary broni się przed poczuciem, że się już w całości zrealizował.” Typowa dla osób starszych koncentracja na teraźniejszości i przeszłości przy jednoczesnym ograniczeniu (lub braku) perspektyw na przyszłość, określana jest przez psychologów jako „zmiana horyzontu czasowego” (Januszewska i Januszewski 2015: 69)

Konfrontując się z wyzwaniami późnej dorosłości seniorzy uruchamiają zróżnicowane sposoby adaptacji umożliwiające konstruktywne lub destruktywne przystosowanie się do zmian. Szatur-Jaworska i współpracownicy (2006), dokonując przeglądu typologii potencjalnych postaw wobec własnej starości wyróżnili (za: Reichard) postawę: konstruktywną, obronną, zależności, wrogości i wrogości skierowanej na samego siebie. Typologia Forda uwzględnia takie sposoby adaptacji do starości jak: regresja, ucieczka, dobrowolna izolacja od otoczenia, przewrotne postępowanie, integracja i dostosowanie. Jak wskazują autorzy (tamże), osoby dobrze przystosowane do starości potrafią korzystać z takich jej atutów jak: dysponowanie dużą ilością wolnego czasu, możliwością oddania się swoim zainteresowaniom, hobby czy możliwością uwolnienia się od konieczności rywalizacji społecznej. W przypadku destruktywnego przystosowania się dominują takie odczucia jak: cierpienie, obawa przed zależnością od innych oraz osamotnienie.

3. SAMOTNOŚĆ I OSAMOTNIENIE W STAROŚCI

Istnieje wiele zagadnień odnoszących się do starości, które zdaniem Dubas (2013) pokrywanych jest milczeniem, kamuflowanych, stereotypizowanych, a nawet tabuizowanych. Jednym z nich, stanowiącym gerontologiczne tabu, szczególnie trudnym z punktu widzenia indywidualnego doświadczenia jednostki, ale także trudnym dla naukowego rozpoznania jest obok doświadczania starzenia się, bólu i cierpienia (fizycznego jak i psychicznego), intymności, śmierci, także doświadczanie samotności.

Immanentną właściwością człowieka, bez względu na wiek (metrykalny) jest potrzeba przynależności i bezpieczeństwa, możliwa do zaspokojenia jedynie w kontakcie z osobami dla których jest ważny. Potrzeba kochania i bycia kochanym ma wymiar uniwersalny, nie zaś atrybut (przywilej) młodości. Całkowity brak więzi lub spostrzeganie jej jako nieadekwatnej do oczekiwań zaburza równowagę psychiczną sprzyjając samotności i poczuciu osamotnienia.

Samotność stanowi jedną z kluczowych kategorii ludzkiej egzystencji, fundamentalnych wartości opisujących sens życia człowieka. Zjawisko to postrzegane jest jako powszechne, ponadczasowe, ponadkulturowe, a także ahisteryczne, co nadaje mu tym samym uniwersalny wymiar, podobnie jak pojęciom śmierci czy upływającego czasu (Dubas, 2006). Analizę samotności zajmują się przedstawiciele różnych dyscyplin, takich jak psychologia, socjologia, teologia czy filozofia, którzy definiują zjawisko w specyficzny dla danej dziedziny sposób. Mimo to jest ono najslabiej zbadanym i najmniej rozumianym problemem, przynajmniej w skali europejskiej (Domeracki 2006). Domeracki (2006: 16) na określenie subdyscypliny filozofii zajmującej się tym fenomenem ludzkiej egzystencji utworzył termin *monoseologia* (gr. *monosé* – samotność i *logos* – nauka). Autor sugeruje, by termin ten nie był zarezerwowany jedynie dla samej filozofii samotności, ale traktowany jako pojęcie ogólne, obejmujące szereg dyscyplin humanistycznych „nauki o samotności”.

Osamotnienie, jako zjawisko wielowymiarowe, przyjmuje wiele form wyznaczonych określonymi kontekstami życia. Inne jest osamotnienie człowieka w chorobie, inne w tłumie, jeszcze inne wśród najbliższych osób w rodzinie, co innego oznacza osamotnienie wobec aktualnej kultury i cywilizacji, czasu historycznego czy też doktryn i ideologii (por. Dubas 2000; Januszewska i Januszewski, 2015). Szczególnie współczesna rzeczywistość usposabia do anonimowości; za sprawą rozwoju cywilizacyjnego i postępu technologicznego liczba osób samotnych i osamotnionych wzrasta. Można zaryzykować stwierdzenie, że samotność staje się swoistą modą, wyborem podyktowanym zawrotnym tempem życia i wartościami nastawionymi na szybką konsumpcję, ceną jaką płaci za materialny luksus, zajmowaną pozycję, pełnioną funkcję i prestiż.

Wprawdzie osamotnienie to swoista plaga współczesności i może wystąpić w każdym wieku, jednak, według Dubas (2013: 123), najsilniej dotyka tych najbardziej bezbronnych – dzieci i osoby starsze. Stąd można mówić o specyficznej odmianie samotności jaką jest osamotnienie starości; jednej z najtrudniejszych sytuacji doświadczanych przez człowieka na przestrzeni całego życia. Kępiński (2012: 388) utożsamia ją z problemem niepotrzebności, jednym z najbardziej raniących uczuć („nikt mnie nie chce”, „nikt mnie nie potrzebuje” (...)), konkludując, że „niepotrzebne dziecko i niepotrzebny starzec jest w pewnym sensie symbolem naszych czasów.” Podobnie Lehr (2003: 96) traktuje osamotnienie jako formę uzewnętrznienia starości, której przejawem jest odrzucenie. Starość rozumie jako „stan ludzkiej świadomości” czy też „stan umysłu” osób, które znalazły się u schyłku swojego życia. Bycie użytecznym utożsamiane jest z życiem (przydatność jest możliwa tylko wtedy, gdy człowiek jest sprawny), z kolei typowa dla starości utrata zdrowia i sił, powoduje odrzucenie.

Samotność osób starych traktowana jest jako jedna z treści etykiety okresu późnej dorosłości. Osoby starsze, w porównaniu z młodszymi, doświadczają samotności i osamotnienia częściej i bardziej wyraziście. Wynika to z zaistnienia pewnych obiektywnych faktów, wydawałoby się oczywistych, bo powiązanych z wiekiem, takich jak: zaprzestanie pracy zawodowej i dysponowanie trudną do zagospodarowania

wania dużą ilością czasu, ograniczenie kontaktów (połączone nierzadko z brakiem sił i odwagi, żeby nawiązywać nowe), zmniejszające się grono znajomych i osób z najbliższego otoczenia (spowodowane ich śmiercią), pogarszający się stan zdrowia, mniejsza mobilność i zdolność swobodnego przemieszczania się (Wrótniak 2015). Osamotnienie może być także efektem przesadnych oczekiwań i wyobrażeń seniorów co do intensywności kontaktów rodzinnych i towarzyskich lub też wynikać z nudy związanej z nieumiejętnością zorganizowania sobie czasu (Szatur-Jaworska, Błędowski i Dziegielewska 2006). Jest silnie związane z osłabieniem więzi z najbliższymi i nasilaniem się własnej niemożności bycia samodzielnym i radzenia sobie z trudnościami. Bardzo silnie łączy się z lękiem przed śmiercią jako formą ostatecznej samotności i stanowi niezwykle trudny kryzys egzystencjalny (Dubas 2013).

Cechami sprzyjającymi poczuciu osamotnienia jest: bycie kobietą, zła sytuacja materialna, niski poziom wykształcenia, krótki czas bycia wdową (wdowcem) oraz zaawansowany wiek (Szatur-Jaworska i in. 2006). Wbrew stereotypowym opiniom występowanie poczucia samotności w grupie wiekowej 65-80 nie jest szczególnie częste. Jego nasilenie obserwuje się u wielu osób starszych powyżej 80. roku życia (Cichocka 2005). Z interdyscyplinarnego projektu pod nazwą „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”, znanego pod nazwą *PolSenior* wynika, że problem osamotnienia dotyczy stosunkowo niewielkiej części badanej zbiorowości, mniej licznej niż wynikałoby to z powszechnego przekonania; stąd automatyczne utożsamianie niemal każdego seniora z człowiekiem osamotnionym nie znajduje uzasadnienia w badaniach. Relatywnie najczęściej osamotnienia doświadczają osoby mieszkające samotnie oraz nie mające małżonka i mieszkające z dziećmi. Spośród cech strukturalnych określających życie rodzinne najważniejszy dla odczuwania osamotnienia lub jego braku nie jest fakt samotnego czy wspólnego zamieszkania lecz to, czy mieszka się z żoną lub z mężem. Istnieje ponadto silna zależność pomiędzy poczuciem osamotnienia a negatywną oceną stosunków rodzinnych (Szatur-Jaworska 2012). Badacze zwracają szczególną uwagę na śmierć współmałżonka jako jedno z najtrudniejszych i najbardziej bolesnych doświadczeń osoby starszej, pociągające za sobą skutki destrukcyjne dla zdrowia psychofizycznego a nawet życia (Studen 2009; 2015). U osób owdowiałych śmierć współmałżonka stanowi znaczący czynnik ryzyka własnej śmierci (szczególnie wysoki w pierwszym roku żałoby) (Harless i Zisook, 2003; za: Studen 2015).

Pomimo, że w języku potocznym pojęcia samotność (*solidude*) i osamotnienie (*loneliness*) stosowane są z reguły zamiennie, w literaturze psychologicznej i gerontologicznej traktuje się samotność jako pojęcie obszerniejsze znaczeniowo od osamotnienia, przypisując im odpowiednio obiektywny oraz subiektywny wymiar oraz traktując jako zjawiska (potencjalnie) pozytywne i negatywne.

Samotność, jako stan obiektywny, wynika z braku kontaktów międzyludzkich, izolacji, odosobnienia, także utraty bliskiej osoby (de Jong-Gierveld 1987; za: Studen 2015). W najprostszym rozumieniu oznacza bycie samemu w znaczeniu odosobnienia fizycznego, którego źródłem jest deprywacja kontaktu z innymi (krewnymi,

przyjaciółmi, znajomymi), spowodowana ich śmiercią, koniecznością samotnego zamieszkania lub niechęcią do wchodzenia w relacje, izolowanie się od kontaktów, zamykanie we własnym wnętrzu. W efekcie doprowadza to do zaniku więzi społecznych oraz możliwości integrowania się z grupą (Szukalski 2005). Weiss (1973; za: Januszewska i Januszewski 2015) dokonuje rozróżnienia pomiędzy samotnością emocjonalną i społeczną doświadczaną szczególnie przez osoby w starszym wieku. Samotność emocjonalna bierze się z braku bliskich więzi emocjonalnych (takich jak więź ze współmałżonkiem, znajomymi), natomiast samotność społeczna to skutek braku odpowiedniego zaplecza społecznego. Uczuciowe konsekwencje samotności emocjonalnej (np. lęki i obawy) są zwykle bardziej przykre i przynębiające niż konsekwencje samotności społecznej (nuda lub poczucie wykluczenia).

Wprawdzie samotność może być także stanem wybranym świadomie i dobrowolnie przez grupę dorosłych decydujących się na taki właśnie styl życia, jednak w przypadku ludzi starszych nie stanowi z reguły konsekwencji ich świadomego wyboru, lecz wynik normatywnych, co nie oznacza pożądaných wydarzeń życiowych. Przeżywana jest wówczas jako negatywne psychiczne doznanie przekształcające się w osamotnienie (Skrzypczak 2005).

Osamotnienie łączy się z doświadczaniem przez osobę starszą poczucia braku bliskich więzi i wspólnotowości z innymi ludźmi, czemu towarzyszy cierpienie i ból psychiczny (de Jong-Gierveld 1998; Rokach 1988; za: Steuden, 2015). Koncentruje się więc na psychicznym aspekcie samotności lub poczuciu niemożności bycia zrozumianym przez innych, wyobcowaniu od nich, pomimo pozostawania z nimi w fizycznym kontakcie (Szukalski 2005). Nie jest ono w takim wypadku spowodowane izolacją społeczną, ostracyzmem, uprzedzeniami ze strony innych, ale własnym, nie do końca świadomym izolowaniem siebie od otoczenia (Januszewska i Januszewski, 2015). Osamotnienie utożsamiane jest przez Januszewskich (2015: 52) z samotnością psychiczną. Jej znakiem jest nieprzyjemne uczucie istotnych braków (ilościowych, ale przede wszystkim jakościowych) w relacjach międzyludzkich. Stanowi niekorzystny bilans porównania pomiędzy poziomem kontaktów społecznych, jakich człowiek potrzebuje i pragnie, a liczbą kontaktów rzeczywistych, „wyrasta z uczucia obcości, nosi na sobie piętno niekochania. Ma źródło w poczuciu krzywdy lub winy”

Doświadczenia samotności i osamotnienia mogą być niezależne lub wzajemnie się wzmacniać (Steuden 2015). Samotny (sam) i osamotniony nie oznaczają tego samego (ktoś może być samotny, ale nie czuć się osamotniony, inny przeciwnie, czuje się osamotniony, mimo, że nigdy nie jest sam). Osamotnienie można tym samym metaforycznie rozumieć jako samotność, która wymknęła się spod kontroli, karykaturę samotności, wewnętrzne cierpienie. Samotni dojrzewają, osamotnieni marnieją. W samotności, w sensie osamotnienia, człowiek zrywa mosty i zasklepia się sam w sobie (Abeln i Kner: 1993; za: Stochmiałek 2005: 31).

Badacze podkreślają ambiwalentny charakter samotności; może ono być nośnikiem zarówno pozytywnych i (lub) negatywnych emocji, stąd można je rozpatry-

wać jako zjawisko z założenia dwuwartościowe. Samotność definiowana w terminach pozytywnych rozumiana jest jako doświadczenie rozwijające kreatywność, zdolność do autorefleksji, samoregulacji, kształtowania tożsamości, wspierające procesy poznawcze, tj. myślenie, koncentrację uwagi, ułatwiające uczenie się (Buchholz i Catton, 1999, Larson i in., 1982; za: Śliwiak, Zarzycka i Krakowiak 2015). Z kolei poczucie osamotnienia, traktowane jako negatywne doświadczenie emocjonalne, staje się źródłem stresu powodującym ekstremalne cierpienie, zwiększającym ryzyko zachorowalności oraz zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych (Rokach i Brock 1997; za: Śliwiak i in. 2015), sprzyjając tym samym (samo)wykluczeniu społecznemu osób starszych.

Zasadne zatem jest dokonanie rozróżnienia pomiędzy samotnością dobrą, która łączy się z pozytywnymi konsekwencjami, jest następstwem własnego wyboru oraz pomaga w uporaniu się z aktualnymi zadaniami rozwojowymi a samotnością złą (poczuciem osamotnienia), która jest długotrwałym stanem wiążącym się z negatywnymi konsekwencjami jakie mają miejsce w okresie późnej dorosłości.

4. DESTRUKCYJNY WYMIAR SAMOTNOŚCI

Destrukcyjny wymiar samotności (osamotnienie) utożsamiany jest z ograniczeniem możliwości rozwoju jednostki, zaburzeniem jej normalnego funkcjonowania. Traktowany jest jako obciążenie i trudne życiowe doświadczenie. Kojarzy się z całym spektrum negatywnych emocji (wewnętrznym rozdarciem, doświadczeniem pustki, winy, smutku, zamartwiania się, goryczy, niespełnienia, niepokoju, lęku, frustracji, bezsilności, depresji, rozpacz, agresji, gniewu, zagubienia, utraty wiary w siebie) (Dubas 2000). Dotychczas prowadzone badania wskazują na związki poczucia osamotnienia ze wzrostem częstotliwości występowania problemów zdrowotnych, psychologicznych i społecznych. Dane empiryczne wiążą samotność z depresją³, wrogością interpersonalną, agresją, trudnościami w komunikacji, nadużywaniem alkoholu i narkotyków, zaburzeniami psychosomatycznymi, wzrastającą wrażliwością na problemy związane ze zdrowiem, obniżoną samooceną, ogólną dyssatisfakcją, niższą jakością życia, poczuciem beznadziejności, opuszczenia, nudą, tendencjami samobójczymi oraz wyobcowaniem (por. Śliwiak i in. 2015: 186-187). Ponadto wskazuje się na samotność jako czynnik etiologiczny wielu chorób okresu starości (Twardowska-Rajewska 2005) a także zaburzeń odżywiania (Duda 2005).

Istnieje silny związek pomiędzy poczuciem samotności a zjawiskiem (samo)wykluczenia społecznego osób w podeszłym wieku. Ze względu na przyjęte definicje i kryteria wykorzystywane do opisu obu zjawisk, wyznaczenie prostych zależności między nimi wydaje się niemożliwe. Nie zmienia to faktu, że w zakresie diagno-

3 Jak wynika z raportu PolSenior, czynnikiem ryzyka depresji u seniorów jest samotne zamieszkiwanie. W grupie osób mieszkających samotnie (w porównaniu z zamieszkującymi we wspólnym gospodarstwie domowym) depresję stwierdzono u 36,2% vs 27,3%. Również objawy depresji o znacznym nasileniu wystąpiły w grupie mieszkających samotnie (7,5% vs. 4,6%). Zamieszkiwanie w gospodarstwie zbiorowym (np. w domu opieki) wiązało się z częstszym występowaniem depresji (45,2%) niż u osób mieszkających samotnie (36,2%). Wśród osób z ograniczoną sprawnością w zakresie czynności dnia codziennego depresję stwierdzono u ponad połowy badanych (Szatur – Jaworska 2012).

zowanych współcześnie kwestii społecznych i obszarów ryzyka zagrożenia wykluczeniem społecznym, problemy ludzi w starszym wieku zasługują, zdaniem Trafiałek (2006), na szczególną uwagę. Jak wskazuje autorka, ryzyko marginalizacji w tej grupie wiekowej jest relatywnie częstsze. Z racji wielu ograniczeń typowych dla wieku, ludzie starsi spostrzegani są, zarówno w odczuciach własnych jak i odbiorze społecznym, jako osoby mające niższy status społeczny.⁴

Mozna przyjąć dwukierunkową zależność wskazującą na istnienie mechanizmu sprzężenia zwrotnego, zgodnie z którym samotność a zwłaszcza poczucie osamotnienia, prawie zawsze prowadzi do marginalizacji lub wykluczenia osób starszych, z kolei wykluczenie przez społeczeństwo staje się źródłem samotności i osamotnienia jednostki. Zatem pytanie, na ile samotność na poziomie doświadczenia jednostki jest przyczyną a na ile skutkiem wykluczenia, marginalizacji czy społecznej izolacji – pozostaje otwarte. Z pewnością mechanizmy te wzmacniają się i wzajemnie warunkują. Osoba, która z różnych powodów (np. złego stanu zdrowia, niskiego statusu ekonomicznego, spostrzegania otoczenia jako wrogiego lub po prostu niezrozumiałego) alienuje się od otoczenia, ogranicza swoje kontakty, zamyka się w kręgu własnych spraw i psychicznie (a nierzadko fizycznie) odizolowuje od otoczenia. To z kolei powoduje dystans otoczenia i utrwała niekorzystny wizerunek osób starszych, stając się powodem ich wykluczenia poza główny nurt życia społecznego.

Problem marginalizacji, ekskluzji czy wykluczenia społecznego (*social exclusion*) określonych jednostek czy grup społecznych, oznacza ograniczenie dostępu do rynku pracy, instytucji, usług, dóbr, konsumpcji, gwarancji socjalnych i praw do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Marginalizacja, jako zjawisko wielowymiarowe, może mieć kontekst kulturowy, polityczny, ekonomiczny lub statutowy i wynikać z kumulowania się wielu czynników prowadzących do zepchnięcia na margines życia społecznego lub też być skutkiem pojedynczej dysfunkcji np. niepełnosprawności, bezradności, bezrobocia, bezdomności czy ubóstwa (Trafiałek 2006: 171).

Znamion marginalizacji osób w podeszłym wieku, spychania w obszar osamotnienia rzeczywistego, upatruje się obecnie we wszystkich obszarach zainteresowania polityki społecznej: ochronie zdrowia i opieki zdrowotnej, świadczeń społecznych, rynku pracy, w systemie zabezpieczeń, w dostępie do konsumpcji dóbr, wielu instytucji publicznych i skomercjalizowanych, w środowisku lokalnym i rodzinnym⁵

4 Zgodnie z wyniki badania przeprowadzonego przez CBOS, zdecydowana większość ankietowanych (87%) spostrzega starszych ludzi jako potrzebnych społeczeństwu, w opinii 9% stanowią dla niego raczej obciążenie. Zróżnicowanie opinii związane jest przede wszystkim z wiekiem oraz wykształceniem ankietowanych. Im są lepiej wykształceni, tym wykazują mniejszą skłonność do postrzegania ludzi starszych jako obciążenia. Uwzględniając kategorię wieku, respondenci najbardziej przychylni seniorom znajdują się w przedziale od 35 do 44 lat i z wiekiem ta przychylność maleje. Warto zauważyć, że to właśnie osoby mające 65 lat i starsze najczęściej spostrzegają siebie w kategoriach (raczej) obciążenia dla społeczeństwa. Może to wynikać z ich niskiej samooceny, lub świadczyć o trudnościach przystawania się do społeczeństwa ze względu na ich nieodpowiednie traktowanie czy wręcz dyskryminowanie (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.PDF).

5 Z badań przeprowadzonych przez CBOS wynika, że sposób traktowania ludzi w starszym wieku systematycznie się poprawia. Z każdym badaniem coraz więcej ankietowanych zauważa odnoszenie się do nich z życzliwością, a coraz mniej – z obojętnością czy niechęcią. Najbar-

(Szarota 2004; Trafiałek 2006). Akcentuje się zwłaszcza zmiany w zakresie nowoczesnych technologii komunikacyjnych i informacyjnych jako istotny czynnik wyobcowania społecznego seniorów (por. Mielczarek 2015).

Starość zawsze była silnie uwarunkowana kontekstem społeczno-kulturowym, który ułatwiał bądź utrudniał indywidualne doświadczanie starości (Dubas 2013). Szarota (2013) wskazuje na dwa naprzemiennie występujące style traktowania starości, które towarzyszyły ludzkości we wszystkich kulturach i w każdej epoce. Geronofobię, wyrażającą się w obawach przed doświadczeniem starości i niechęć wobec ludzi starych oraz gerontokrację dowartościowującą mądrość będącą wynikiem długiego życia, połączoną z prestiżem i podejmowaniem społecznie ważnych stanowisk i zaszczytów. Obecnie daje się zauważyć wyraźny lęk przed starością. Okres ten wiąże się głównie z brakiem akceptacji jego biologicznych uwarunkowań, które wnoszą w życie człowieka, wraz z wpływem lat, schorzenia fizyczne i psychiczne. Lehr (2003) zauważa, że ludzi starszych zawsze postrzega się jako należących do czasu minionego, a ich świat i uznawane przez nich wartości dezaktualizują się w realiach współczesnego życia.

Samotność i osamotnienie osób starszych nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza w kontekście dokonujących się obecnie zmian obyczajowych oraz społeczno-kulturowych. Szczególną uwagę zwracają przemiany modelu rodziny polegające na zaniku rodziny wielopokoleniowej, w której starsi członkowie znajdowali swoje naturalne miejsce oraz szacunek należny ich wiekowi i doświadczeniu (wiąże się z tym osłabienie a nawet utrata relacji między pokoleniami); konsumpcyjny styl życia oparty na kulcie młodości i piękna (juwenalizacja współczesnej kultury); szybki postęp naukowo-techniczny; ubóstwo, zła sytuacja materialna, stereotypy starości stygmatyzujące i dyskryminujące tę grupę wiekową (ageizm)⁶ (por. Dubas 2000; Januszewska i Januszewski 2015; Steuden, 2015; Wrótniak, 2015). Zatem w dobie globalizacji obserwuje się wyraźne zagrożenie pokolenia starszego wyobcowaniem i wykluczeniem z różnych sfer aktywności, zarówno przez młodych jak i z powodu samoalienacji wynikającej z przekonania o braku odpowiednich kompetencji i kwalifikacji pozwalających sprostać współczesnym wyzwaniom. W warunkach transformacji starzy ludzie są najmniej skorzy do ponoszenia ryzyka, są mniej zaradni, wolniej adaptują się do zmieniających się w szybkim tempie realiów życia (Janiszewska-Rain 2005). Marginalizację starości można więc za Potent-Ambroziewicz (2013) traktować jako niechlubny efekt rozwoju cywilizacyjnego ukierunkowanego na doskonalenie egzystencji. W dążeniu do sukcesu

dziej życzliwymi środowiskami wobec seniorów są niezmiennie: rodzina (82%), sąsiedzi (71%) oraz wspólnota parafialna (69%). Do miejsc, które spostrzegane są jako zdecydowanie mniej życzliwe należą: sklepy oraz byłe miejsca pracy. Znaczną przewagę postaw negatywnych, świadczących przede wszystkim o obojętności, ale w pewnej mierze także niechęci w stosunku do osób starszych, dostrzegają ankietowani w placówkach służby zdrowia, w urzędach, w środkach komunikacji, na ulicy oraz ze strony ludzi młodych (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.PDF).

6 Ageizm jako pojęcie szersze znaczeniowo niż gerontofobia, oznacza „niechęć do ludzi starych opartą na przekonaniu, że starzenie się czyni ich nieatrakcyjnymi, nieinteligentnymi, niezdolnymi do pracy zawodowej, słabymi i seksualnie nieaktywnymi. Ten rodzaj dyskryminacji dotyka osoby starsze, stereotypowo postrzegane jako godne litości, niezaradne, schorowane, stojące u progu śmierci lub niepotrafiące funkcjonować w społeczeństwie ludzi zdrowych, młodych „normalnych””. Staje się to częstą przyczyną ich społecznej izolacji (Zych 2007: 47).

dominuje partykularyzm. Zniekształca on pojęcie więzi społecznej i odpowiedzialności ogólnoludzkiej, zwłaszcza za pokolenie ludzi starych.

5. POZYTYWNY WYMIAR SAMOTNOŚCI

Samotności, która kojarzy się ze zjawiskiem bezwzględnie negatywnym, niosącym z sobą destrukcyjne dla jednostki (osoby starszej) skutki, można doświadczać również w wymiarze pozytywnym. Różni badacze wskazują na taki właśnie charakter zjawiska. Januszewscy (2015) obok gorzkiego osamotnienia wyróżniają słodką samotność z wyboru. Jej celem jest autorefleksja, wzbogacenie doświadczeń i poszukiwanie wrażeń, świadomy wybór określonego stylu życia ukierunkowanego na gromadzenie dóbr materialnych czy rozwój zawodowy. Także okresowy, dobrowolny i świadomy wybór samotności dla wielu ludzi stanowi okoliczność sprzyjającą refleksji, generującą ich siłę do rozwoju (samourzeczywistniania się), do życia twórczego, odkrywania istoty człowieczeństwa i pogłębiania istniejących relacji – kiedy z niej powrócą. Podobnie Dubas (2000) wyróżnia obok złej, także samotność dobrą. Wskazuje na takie jej cechy jak: radość samotnego życia, afirmacja swojej samotności, pozytywne poszukiwanie odosobnienia, poczucie wewnętrzного ukojenia, wewnętrznej satysfakcji wynikającej z akceptacji doświadczanego stanu; traktuje jako sposób spełnienia pragnień i drogę samorealizacji.

Cechą samotności, doświadczanej zwłaszcza przez osoby starsze, jest dążenie i tendencja do szczególnej koncentracji na swoim świecie wewnętrznym (Januszewska i Januszewski 2015). Okres starości stanowi ten etap na przestrzeni życia, w którym potrzeba pozytywnie rozumianej samotności wydaje się wzrastać i nabierać szczególnego znaczenia, zwłaszcza w kontekście stopniowego wycofywania się z aktywnego życia i przygotowania do odejścia. Samotności rozumianej (za: Janiszewska i Janiszewski 2015: 49, 50, 65) jako sposób przeżywania i rozumienia siebie, bycia w kontakcie z sobą i swoim wewnętrznym światem, wycofania się do „siebie” dla nabrania nowych sił i nowych możliwości tworzenia. W tym znaczeniu można mówić o dobrej samotności jako czynniku sprzyjającym uporaniu się z zadaniami rozwojowymi okresu późnej dorosłości.

Jedną z klasycznych (społecznych) teorii starości jaką jest teoria wyłączenia/ wycofania się (*disengagement theory*), autorstwa Cumming i Henry, tłumaczy proces starzenia odwołując się do związanej wraz z wiekiem cechy jaką jest stopniowe, sukcesywne wycofywanie się z czynnego życia, w znaczeniu wypełniania ról typowych dla okresu średniej dorosłości. Jest ono zjawiskiem naturalnym i właściwym, procesem funkcjonalnym i korzystnym dla jednostki (pod warunkiem, że wycofanie nie jest zbyt wczesne, spowodowane np. chorobą albo przedwczesną emeryturą), gdyż chroni ją przed nadmiernym wysiłkiem i utratą energii, stanowi warunek zadowolenia i dobrego samopoczucia (Birch i Malim 1995; Zych 1999; Worach-Kardas 2015). Owo niezaangażowanie, jak pisze Persons (1969; za: Zych 1999), wyraża się raczej w niechęci do podejmowania nowych obowiązków, nie zaś zaniegbywania obecnych czy pełnionych wcześniej. Steuden (2015) charakteryzując osobowość seniorów, obok takich cech jak: mądrość, łagodność, wyrozumiałość czy cierpliwość, wymienia również skłonność do unikania ryzyka i niechęć do zmian, przy jednoczesnym nasileniu potrzeb przynależności, poczu-

cia bezpieczeństwa, wyciszenia, samodzielności czy bycia użytecznym. Szybkie tempo przemian, jak zauważa Kępiński (2012: 380-381), wymaga dużej zdolności adaptacji, która jest cechą młodości nie starości. Stąd podejmowanie nowych zobowiązań wraz z wiekiem jest coraz trudniejsze. Argumenty przemawiające za ich obiektywnymi korzyściami w postaci ułatwienia codziennego funkcjonowania (widać to zwłaszcza na przykładzie tzw. nowych technologii) często nie znajdują zrozumienia.

Cumming i Henry (1960; za: Zych 1999) sformułowali trzy hipotezy odnoszące się do procesu wycofywania się ludzi starszych. Jedna z nich opiera się na założeniu, że w późnej dorosłości zmniejsza się zakres zainteresowania życiem społecznym, które kompensowane jest zainteresowaniem samym sobą, zaś miejsce troski o innych zajmuje obojętność wobec wszelkich spraw życiowych. Sprzyja to optymalnemu procesowi starzenia się, gdyż jest stopniowym przygotowaniem się do odejścia. Zwolnienie tempa życiowego, na co wskazuje Kępiński (2012: 386-387), stwarza możliwość uporządkowania, zsyntetyzowania, zintegrowania własnych przeżyć (stąd skłonność osób starszych do filozofowania i werbalizowania własnych przemyśleń i życiowych mądrości). Drugą dodatnią cechą starości, wynikającą z obniżenia dynamiki życiowej, jest zdystansowanie się w stosunku do otoczenia i samego siebie, co pozwala na prawdziwe cieszenie się życiem. Januszewscy (2015) traktują tym samym wewnętrzny świat osób starszych jako swoistą „ostatnią” linię działania, rezerwuar środków (zasobów) dostępnych po wyczerpaniu możliwości w świecie zewnętrznym, niezbędnych, by móc nadal w nim funkcjonować. Wycofanie się do wewnątrz nie jest jednak tożsame z rezygnacją z działania w świecie zewnętrznym jako takim, lecz z tych jego aspektów, które są domeną młodości a wiążą się z potrzebą konkurencji, zabiegania o dobra materialne, prestiż i władzę. Niweluje tym samym stres związany z podejmowaniem nowych i trudnych zadań, chroniąc przed potencjalnym niebezpieczeństwem porażki (Worach-Kardas 2015). Takie wycofanie stanowi wynik porównania wartości obu sposobów istnienia i dokonania świadomego wyboru, który oceniony jest jako sensowniejszy, mądrzejszy i lepszy (Januszewska i Januszewski 2015). Postawy takiej nie należy utożsamiać z gotowością do wycofania się z aktywnego życia społecznego, lecz traktować jako dowód dojrzałości wynikającej z pomyślnie przebiegającego procesu adaptacji do starości. Kępiński (2012: 381) pisze o tym w ten sposób: „Starość jest nieunikniona; im więcej się z nią walczy, im trudniej jest fakt jej zaakceptować, w tym ostrzejszej formie ona występuje. I obserwuje się paradoksalne pozornie zjawisko, że ludzie, którzy przyjmują swoją starość nie robiąc z niej problemu, są młodszy od tych, którzy chcą za wszelką cenę zachować swoją młodość.”

6. KU POMYŚLNEJ (NIEOSAMOTNIONEJ) STAROŚCI

Współczesna psychologia osadzona w nurcie rozumienia rozwoju człowieka jako procesu dokonującego się na przestrzeni życia (*life-span developmental psychology*), pozwala spostrzegać starość jako wprawdzie ostatni etap w życiu, co nie oznacza pozbawiony perspektyw i możliwości rozwoju. Starości nadaje się nowy wymiar, traktując jako wartość a jednocześnie wyzwanie. Akcentuje się znacze-

nie zdrowego, aktywnego starzenia się jako podstawy pomyślnej i godnej starości. Aktywność traktowana jako psychiczna i społeczna potrzeba doświadczana na każdym etapie życia, powinna cechować się adekwatnością, tzn. być dostosowana do indywidualnych możliwości psychofizycznych konkretnej jednostki (Woroch-Kordas 2015).

Wychodząc z założenia, że starości nie da się uniknąć, należy podjąć działania służące podtrzymaniu jakości życia osób starszych, które mają na celu zabezpieczenie ich przed poczuciem osamotnienia, marginalizacją i wykluczeniem społecznym (Steuden 2015). W tym kontekście wykorzystanie założeń wspomnianej wcześniej teorii aktywności (*activity theory*) pozwala utożsamiać dobrą i pomyślną starość z długotrwałą realizacją wszelkich form aktywności i zaangażowania w życie społeczne (Woroch-Kardas 2015). Wyniki dostępnych badań wskazują na zróżnicowane formy aktywności jako czynnik podwyższający jakość życia seniorów (Popiołek i Chudzicka-Czupała 2008), a tym samym chroniący ich przed byciem samemu i odczuwaniem osamotnienia. Stąd podejmowane na szczeblu lokalnym jak i ogólnokrajowym inicjatywy mają na celu aktywizację seniorów i ich wieloaspektowy rozwój. Jako przykład mogą posłużyć działające na terenie całej Polski Uniwersytety Trzeciego Wieku czy kluby seniora. Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu stanowi jeden z priorytetów Unii Europejskiej, w tym także Polski, a idee integracji i spójności społecznej znajdują odzwierciedlenie w dokumentach o charakterze strategicznym i przekładane są na uregulowania prawne, realizowane projekty, w tym programy psychoedukacyjne dla osób doświadczających poczucia osamotnienia, izolacji jak i zapobiegające tym zjawiskom (por. Kubicki i Olcoń-Kubicka 2010; Fabiś, Muszyński, Tomczyk i Zrałek, 2014). Najnowszym narzędziem analitycznym służącym do monitorowania rezultatów aktywnego starzenia się i promowania aktywnej roli seniorów w społeczeństwie jest *Active Ageing Index* (AAI). Opracowywany w ramach Unii Europejskiej AAI uwzględnia cztery dziedziny: poziom zatrudnienia, uczestnictwo osób starszych w życiu społeczeństwa, samodzielne życie w zdrowiu i bezpieczeństwie oraz możliwości i warunki sprzyjające aktywnemu starzeniu się. AAI stanowi użyteczne narzędzie dla osób odpowiedzialnych za wyznaczanie kierunków polityki koncentrujących się na celach określonych w strategii „Europa 2020”, pakiecie dotyczącym inwestycji społecznych oraz innych inicjatywach politycznych podejmowanych na szczeblu europejskim (Karpińska i Dykstra 2015). Ta holistyczna wizja zakłada, że aktywne starzenie się stwarza możliwości wykorzystania własnego potencjału celem osiągnięcia bio-psycho-społecznego dobrostanu jednostki przez cały cykl jej życia (Woroch-Kordas 2015).

Należy zatem spojrzeć na adaptację do starości (w znaczeniu pomyślnego tj. nieosamotnionego starzenia się) jako na całościowy proces działań dokonujących się na przestrzeni życia człowieka i wynik jego wcześniejszych doświadczeń. Steuden (2015) wskazuje na znaczenie przygotowania i wychowania do starości jako procesu mającego charakter uniwersalny, obejmujący wszystkie grupy wiekowe, nie tylko samych seniorów (ich potrzeby, preferencje, oczekiwania i możliwości), ale także przedstawicieli młodszych pokoleń. W tym aspekcie przygotowanie do starości obejmuje profilaktykę zdrowia i jego zaburzeń, szeroko pojętą psychoedu-

kację odnoszącą się do zmian związanych z wiekiem, kształtowanie pozytywnej postawy życiowej, ukazywanie znaczenia osób starszych w przekazie wartości religijnych, kulturowych, rodzinnych, społecznych, patriotycznych. Wpisuje się to w pojęcie szeroko rozumianej gerontotranscendencji definiowanej jako naturalny proces rozwojowy polegający na dokonaniu istotnych zmian w świadomości jednostki; rozumianej bardziej w kategoriach procesu przemian aniżeli efektu zmagania się z poważnymi problemami życiowymi (Tornstam 1989; za: Steuden 2015).

Świadomość doświadczeń życiowych i ich edukacyjnych oddziaływań, gotowość do czynnego udziału w proponowanych seniorom coraz bardziej zróżnicowanych i atrakcyjnych formach spędzania czasu, stanowi istotny choć nie jedyny element warunkujący pomyślną starość. Głównym jej składnikiem, co podkreśla Dubas (2013: 150), jest „akceptacja siebie i swego losu, kształtowana permanentnie przez całe życie, będąca wynikiem dojrzałej afirmacji ŻYCIA. Pomyślna starość jest ponadto sztuką, którą nabywa się przez całe życie. (...) Starości uczymy się żyjąc. Mamy wiele lat, by nauczyć się dobrze żyć w starości. W tym kontekście, starość nie powinna nas zaskoczyć”. Zych (1999) uznaje wypracowanie własnej, niepowtarzalnej postawy psychicznej wobec starości za jedno z ważniejszych zadań egzystencjalnych każdego człowieka. W jej tworzeniu doniosłą rolę odgrywa osobiste doświadczenie (satisfakcja z dotychczasowego życia bądź jej brak, poczucie radości albo smutku, zmarnowane lub udane życie oraz rezygnacja bądź walka – zmaganie się z losem) oraz stosunek społeczeństwa do osób starszych. Zwraca się w tym kontekście szczególną uwagę na silne wsparcie ze strony bliskich i/ lub znaczące relacje z przyjaciółmi, opiekunami, grupami samopomocy. Akcentuje się zwłaszcza znaczenie rodziny jako najważniejszej płaszczyzny odniesienia i najistotniejszej grupy wsparcia seniorów (Sokołowska 2015).

Zatem pomyślne (to jest nieosamotnione) starzenie się, w znaczeniu aktywnej postawy podmiotu, wyraża się nie tylko w poszukiwaniu możliwości czynnego zaangażowania się np. w działalność klubów, stowarzyszeń, służbę wolontaryjną, lecz podejmowaniu działań mających na celu zwolnienie życiowego tempa, wyciszenie się, uporządkowanie swoich myśli i emocji, nierzadko zwrócenie się ku Bogu, pogodzenie się z Nim. Januszewscy (2015: 58) piszą „Tylko ta osoba jest w stanie przyjąć samotność, która zwraca się w kierunku wnętrza. Wówczas człowiek nauczy się odpoczywać w sobie. Człowiek nie potrafi uciec przed samotnością, podobnie jak przed chorobą czy śmiercią. Trzeba postrzegać samotność jako szansę na dotarcie do istoty rzeczy.”

W efekcie niewątpliwie widocznych, postępujących stopniowo pozytywnych zmian w sposobie myślenia na temat starości i traktowania starszych ludzi, zmienia się sukcesywnie percepcja tej fazy życia, zarówno w odbiorze samych seniorów jak również ich dzieci i wnuków. Nie oznacza to jednak, że o starości się marzy i jej wyczekuje. Bardziej liczy się na to, że będzie znośna, a przy odrobinie szczęścia uda się bezbolesnie zestarzeć. Skoro starości nie da się uniknąć, a proces starzenia się jest nieuchronny, należy podejmować adekwatne działania ukierunkowane na każdą z trzech generacji. Ważne jest, aby nie tylko młodzi kształtowali pozytywny obraz życia w starości, ale także seniorzy mieli przekonanie o własnych kompeten-

cyjach wynikających z doświadczenia, mądrości i wiedzy, a tym samym przydatności i wartości społecznej, co uchroni ich przed biernym wycofaniem się z aktywnego życia i dojmującym poczuciem osamotnienia. Zatem, za: Trafiałek (2006: 175) najbardziej skuteczną formą profilaktyki wykluczenia społecznego seniorów jest „powszechna internalizacja zasady odpowiedzialności za własną starość. Podstawę stanowi prospektywizm, zarówno indywidualny jak i społeczny, uzewnętrzniany „przezornością życiową”, czyli kumulowaniem środków (kapitału) na przyszłość”.

Antoni Kępiński (2012: 390), psychiatra, humanista i filozof, w roku swojej śmierci (1972) wydał cytowaną kilkakrotnie w niniejszym opracowaniu książkę *Rytm życia*. Pochylając się nad własnym życiem napisał „Rytm rozwoju, podobny do rytmu pór roku, jest koniecznością. Nie można starości ani śmierci uniknąć. Podobnie jak jesień może być najpiękniejszą porą roku, tak i starość może być najlepszym okresem życia, w którym osiąga się życiową mądrość i czuje prawdziwy smak życia, a to, co się w ciągu życia przeżyło, daje poczucie rzetelnego dzieła. Bywają jednak jesienie słotne i bezowocne i starość też jałowa, bolesna, a nawet tragiczna być może.”

BIBLIOGRAFIA

- Birch A., Malim T. (1995). Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęstwa do dorosłości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Błędowski P. (2002). Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa.
- Bortnowska H. (2014). Wiekowość [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), O sposobach mówienia o starości, 50-51. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Cichocka M. (2005). Samotność jako jedna z treści etykiety starości [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), Przeciw samotności, 55-58. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Domeracki P. (2006). Meandry filozofii samotności [w:] P. Domeracki, W. Tyburski (red.), Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne, 15-25. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Dubas E. (2000). Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Dubas E. (2006). Samotność – uniwersalny „temat” życia ludzkiego i wychowania [w:] P. Domeracki, W. Tyburski (red.), Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne, 329-349. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Dubas E. (2013). Starość znana i nieznaną – wybrane refleksje nad współczesną starością. Rocznik Andragogiczny 20: 135-152.
- Duda G. (2005). Samotność jako czynnik zaburzeń odżywiania seniorów [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), Przeciw samotności, 73-88. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Fabiś A., Muszyński M., Tomczyk Ł., Zrałek M. (2014). Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne. Oświęcim: Wydawnictwo PWSZ im. Rotmistrza W. Pileckiego.
- Godzic W. (2014). Czy celebryta może być stary? [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), O sposobach mówienia o starości, 60-65. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Janiszewska-Rain J. (2005). Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym? [w:] A. I. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka, 591-622. Gdańsk: GWP.
- Januszewska E., Januszewski A. (2015). Samotność i osamotnienie doświadczane przez osoby starsze [w:] P. Brudek, S. Steuden, I. Januszewska, A. Gamrowska (red.), Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna, 49-71. Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Karpińska K, Dykstra P. (2015). Wskaźnik aktywnego starzenia się i rozszerzenie go na szczebel regionalny, Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej.
- Kubicki P, Olcoń-Kubicka M. (2010). Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku. *Studia Humanistyczne AGH* 8: 129-138.
- Kępiński A. (2012). *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Lehr U. (2003). Oblicza starości. *Etnografia Polska* t. XLVII z. 1-2: 71-102.
- Mielczarek A. (2014). Wykluczenie społeczne ludzi starych – źródła, przejawy, konsekwencje [w:] A.A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*, 315-336. Sosnowiec-Dąbrowa Górnicza: Wydawca Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”.
- Popiołek K., Chudzicka-Czupała A. (2008). Uwarunkowania aktywności osób w podeszłym wieku. *Chowanna* 2 (31): 203-215.
- Potent-Ambroziewicz M. (2013). *Starość w języku młodzieży współczesnej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Skrzypczak J. (2005). Samotność i osamotnienie ludzi starszych jako kategorie aksjologiczne [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Przeciw samotności*, 15-27. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sokołowska E. (2015). Psychospołeczne uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych [w:] Cz. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne*, 45-81. Warszawa: PWN.
- Steuden S. (2009). Doświadczanie żałoby przez osoby starsze [w:] S. Steuden, S. Tuchołska (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*, 171-182. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Steuden S. (2015). Poradnictwo psychologiczne dla osób w okresie późnej dorosłości [w:] Cz. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne*, 158-187. Warszawa: PWN.
- Stochmiałek J. (2005). Samotność oraz starość w świetle koncepcji jakości życia [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Przeciw samotności*, 29-46. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Straś –Romanowska M. (2003). Późna starość. Wiek starzenia się [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, 263-292. Warszawa: PWN.
- Szarota Z. (2004). *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Szarota Z. (2013). Społeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa [w:] J. Kijak, Z. Szarota (red.), *Starość. Między diagnozą a działaniem*, 6-22. Warszawa, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Szatur-Jaworska B. (2012). Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, 419-448. Poznań: TerMedia.
- Szukalski P. (2005). Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna. *Auxilium Sociale* 2(34): 217-238.
- Śliwiak J., Zarzycka B., Krakowiak K. (2015). Poczucie osamotnienia a poziom i struktura niepokoju u osób przebywających w domach spokojnej starości [w:] P. Brudek, S. Steuden, I. Januszewska, A. Gamrowska (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna*, 183-202. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Trafiałek E. (2006). Wykluczenie społeczne ludzi starych. Źródła, skutki, perspektywy na przyszłość [w:] T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, 171-176. Łódź, Wydawnictwo Zakładu Demografii UŁ.
- Twardowska-Rajewska J. (2005). Samotność jako czynnik etiologiczny chorób okresu starości [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Przeciw samotności*, 59-71. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Worach-Kardas H. (2015). Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Wrótniak J. (2015). Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej.
- Zych A. (1999). Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Zych A. (2007). Leksykon gerontologii. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE:

- http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.PDF
- http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_094_12.PDF



Joanna Kucharewicz

Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną
Uniwersytet Śląski
E-mail: joanna.kucharewicz@us.edu.pl

Inkluzja społeczna osób starszych, jako uwarunkowanie poczucia satysfakcji z życia w okresie późnej dorobności

Abstract

Analysis of the literature leads to the conclusion that, despite the significant and progressing gradually in the public consciousness changes concerning development opportunities, lead it through may mature and thus different forms of adaptation to old age, in which one of the most important roles played by other persons is noticeable still the trend of denial of old age as a period of development and old people, as its representatives. Carried out under this study provides conclusions on the opinions, attitudes and beliefs of the younger generations about people aging. These opinions are clearly negative connotation and set the real threat of social exclusion of older people. This article focuses mainly on the resources of psychiatric old man, showing not only its limitations, but the possibility of development, considering the opportunities to help him in the process of successful adaptation to old age, to make it a rewarding life of maintaining social activity.

Keywords: social inclusion, aging, satisfaction with life

1. WPROWADZENIE

Przekroczenie progu starości niejednokrotnie utożsamiane jest z osiągnięciem przez człowieka wieku emerytalnego i zaprzestaniem aktywności zawodowej. Przejście na emeryturę, traktowane jako jedno z najważniejszych wydarzeń krytycznych w tym okresie życia. Wydaje się jednak, kierując się przesłankami demograficznymi oraz naukowymi, iż przejście na emeryturę i wycofanie się z aktywności zawodowej nie może być podstawowym kryterium wyodrębnienia starości.

W literaturze psychologicznej nie ma jednolitego stanowiska wobec kryteriów początku starości i jej periodyzacji. Istniejące w tym względzie różnice uwarunkowane są wieloma czynnikami, m.in.: wydłużaniem się średniej długości życia człowieka, a przez to okresu starości, zróżnicowanym tempem starzenia się po-

szczególnych osób, a także niejednorodnym biologicznym, psychologicznym czy społecznym obrazem starości. Umowny początek starości często jest utożsamiany z uzyskaniem wieku emerytalnego. W polskich warunkach przyjmuje się 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Jednak nie jest to do końca precyzyjne, gdyż w niektórych grupach zawodowych dopuszcza się przejście na wcześniejszą emeryturę w związku z uciążliwością wykonywanej pracy, z warunkami środowiskowymi (np. praca w kopalni) czy wysokimi wymaganiami (policjanci, nauczyciele, psychiatria). Stąd różnice stanowisk na temat progu starości sięgają niekiedy wielu lat. Według niektórych badań wiek graniczny przypada na 70. r.ż., ale wskazuje się także na 55. r.ż. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) starość rozpoczyna się w 60. r.ż. (za: Steuden, 2012).

Zarówno pod względem biologicznym, jak i psychospołecznym okres późnej dorosłości jest odmienny od innych okresów życia. W tym okresie dochodzi do licznych zmian fizjologicznych, których objawami klinicznymi są zmiany somatyczne i ośrodkowego układu nerwowego. Wraz ze starzeniem się organizmu zaostrzają się choroby wieku średniej dorosłości, ich przebieg staje się bardziej przewlekły oraz pojawiają się choroby charakterystyczne dla wieku podeszłego (por. Bilikiewicz A., Parnowski T., 2007).

Okres starości, to także czas wielu wyzwań związanych z realizacją zadań rozwojowych. R. Huvighurst wśród nich wymienia: przystosowanie do spadku sił fizycznych, przystosowanie się do emerytury i zmniejszonych dochodów, pogodzenie się ze śmiercią współmałżonka, utrzymywanie stosunków towarzyskich z ludźmi w swoim wieku, przystosowanie i dostosowanie się do zmiennych ról społecznych oraz urządzenie w sposób dogodny fizycznych warunków bytu (za: Straś – Romanowska, 2004).

Niewątpliwie z wiekiem ubywa sił fizycznych i pogarsza się zdrowie somatyczne, jednak zmiany rozwojowe psychiki nie muszą w całości przebiegać zgodnie z kierunkiem zmian biologicznych, chociaż często przebiegają według podobnego wzoru. Struktury psychiki podlegają zmianom (dodawaniu, substytucji, modyfikacji, inkluzji i mediacji), których efektem jest uzupełnianie wcześniejszych procesów i struktur oraz zastępowaniu ich przez nowe treści, wyłanianiu się nowych czynności lub funkcji poprzez różnicowanie, uogólnianie ich wcześniejszych postaci, co jest podstawą wnioskowania o możliwościach pozytywnego starzenia się i optymalizacji rozwoju w okresie późnej dorosłości (por. M. Tyszkowa, 1996; H. Bee, 2004).

Współczesne badania koncentrują się głównie na zasobach psychicznych człowieka starego, ukazując nie tylko jego ograniczenia, ale i możliwości rozwojowe, by pomóc mu w procesie pomyślnego adaptacji do starości i uczynić z niej satysfakcjonujący okres życia. Pomyślne starzenie się związane jest z poczuciem subiektywnego dobrostanu, dobrej samooceny, pozytywnej adaptacji do roli i osobista kontrola nad własnym życiem. Natomiast nieprzystosowanie psychiczne do w okresie późnej dorosłości może mieć charakter czynnościowy i objawiać się w postaci lęku, zaburzeń nastroju, czy zaburzeń psychosomatycznych (Turner, 1999; s. 558).

2. WYKLUCZENIE VERSUS WŁĄCZANIE SPOŁECZNE OSÓB W OKRESIE PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, iż pomimo znaczących i postępujących sukcesywnie w świadomości społecznej zmian dotyczących możliwości rozwoju, kierowania nim przez oby starsze, a co za tym idzie różnych form adaptacji do starości, w których jedną z ważniejszych ról odgrywają inne osoby (np. *teoria aktywności, teoria wyłączenia, teoria stresu starości*, por. Straś – Romanowska, 2000; *rola wsparcia społecznego*, por. Sęk, Cieślak, 2011; Steuden, 2012; Olejniczak, 2013; Pikuła, 2015), zauważalny jest nadal trend negowania starości, jako okresu rozwojowego i ludzi starych, jako jego przedstawicieli. Prowadzone w tym zakresie badania dostarczają wniosków dotyczących opinii, postaw i przekonań młodszych pokoleń o ludziach starzejących się. Opinie te mają wyraźnie negatywny wydźwięk i stanowią jednocześnie realne zagrożenie wykluczeniem społecznym starszych osób z różnych form aktywności społecznej (por. Szarota, 2004; Whitebourne, 2006; Steuden, 2012, Dąbrowska – Wnuk, Woźniakowa, 2015).

Pojęcie *wykluczenia społecznego* definiowane jest w literaturze, jako dynamiczny i wielowymiarowy proces, polegający na braku lub na niewystarczającym poziomie uczestnictwa w głównym nurcie społeczeństwa i dostępu do najkwaśniejszych systemów społecznych (min. rynek pracy, edukacja, opieka medyczna, zabezpieczenie społeczne) oraz mogący skutkować zerwaniem więzi rodzinnych, społecznych, utratą poczucia sensu i tożsamości (Czapiński, Panek, 2005). Jest to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych; sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób. U podstaw wykluczenia społecznego tkwią różnorodne formy i przejawy dyskryminacji, ograniczające prawa obywatelskie. Niezależnie jednak od tego, czy poszczególne jednostki, grupy dyskryminowane są ze względu na płeć, wiek, pochodzenie, światopogląd, narodowość, preferencje aksjologiczne, status ekonomiczny, czy też religię i przekonania – ograniczanie każdego z podstawowej triady praw: politycznych, obywatelskich, socjalnych, w systemie demokratycznym, w społeczeństwie obywatelskim prowadzi do wykluczenia poza ramy ustalonego porządku społecznego, sprzyja dezintegracji i narastaniu nierówności społecznych (Trafiałek, 2006).

Wśród przyczyn wykluczenia społecznego, wymieniana się: czynniki ekonomiczne (rynek pracy), zdrowie (ochrona zdrowia i opieka; choroba), czynniki fizyczne (wiek powyżej 50 r.ż.) oraz społeczne, takie jak relacje rodzinne (Frąckiewicz, 2005). Zatem wszystkie z wymienionych dotyczyć mogą populacji osób starych.

Najczęściej wymienianym uwarunkowaniem wykluczenia społecznego jest bieda i towarzyszące jej dysfunkcje oraz ograniczenia, to jednak nie wszyscy ludzie biedni są ludźmi wykluczonymi i nie wszyscy wykluczeni społecznie są ludźmi biednymi. Wydaje się, że ludzie starzy nie są w Polsce grupą najbardziej narażoną na biedę. Jednak pomimo gwarancji stałych dochodów z tytułu uzyskiwanych świad-

czeń społecznych, w tej grupie ryzyko marginalizacji występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społecznych. Z racji różnorodnych ograniczeń, plasowani są też, zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym, w kategoriach niskiego statusu społecznego (por. Grudniewicz, 2001; Synak, 2002). Jakże zatem czynniki mają decydujący wpływ na wykluczanie z życia społecznego osób w okresie późnej starości? Jaki jest zakres zarówno w wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym?

Analiza wyników badań prezentowanych w literaturze przedmiotu (Knoll, Schwarzer, 2007; Zielińska, Kędziora, 2010; Sęk, Cieślak, 2011; Steuden, 2012; Pikuła, 2015) pozwala wnioskować, iż najważniejszą płaszczyzną odniesienia dla ludzi w starszym wieku jest rodzina, będąca **źródłem wsparcia oraz** gwarantem bezpieczeństwa, opieki i akceptacji. Wsparcie ze strony rodziny jest często postrzegane przez osoby starsze z perspektywy pełnienia roli dziadka. Cozolino (2008; za: Steuden, 2012, s. 129) wskazuje na podstawowe obszary pozytywnych doświadczeń osób starszych w związku z byciem dziadkami. Są to:

- satysfakcja i poczucie zadowolenia, a jednocześnie potrzeba dalszej aktywności oraz podtrzymania sprawności fizycznej i psychicznej, co zmniejsza ryzyko izolacji społecznej, a podtrzymuje zdolność cieszenia się wydarzeniami rodzinnymi, społecznymi i osobistymi,
- podtrzymanie znaczenia społecznego oraz zdolności realizowania ważnej roli rodzinnej i społecznej, co kształtuje przekonanie, że robi się coś wartościowego, wzmacnia poczucie sensu życia oraz doświadczanie tego, że jest się dobrym opiekunem dla innych,
- doświadczanie wsparcia społecznego oraz istnienia więzi międzypokoleniowej, co daje poczucie przynależności i utrzymania statusu społecznego.

Oslabione kontakty i więzi emocjonalne z bliskimi mogą zatem skutkować poczuciem osamotnienia, poczuciem izolacji oraz wykluczenia społecznego. Ludzie starsi posiadają silny kapitał wiążący, na który składają się głównie więzi rodzinne i przyjaźń, jako wyznaczniki więzi emocjonalnych (Kawula, 1997). Autor opierając się na wynikach badań grupy 260. osób starszych, dotyczących subiektywnych odczuć związanych z otrzymywanym wsparciem społecznym, podkreśla, iż należy wzmocnić instytucjonalne formy wsparcia społecznego, takie jak dostęp do: instytucji, rynku pracy, opieki lekarzy specjalistów, dostosowania warunków mieszkaniowych, co może stać się swego rodzaju profilaktyką marginalizacji społecznej osób w okresie późnej dorosłości.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na postrzeganie i akceptację swojego miejsca w społeczeństwie jest wiek. Ta kategoryzacja, w odniesieniu do osób starszych, stanowi zarówno zagrożenie wyłączeniem ich z życia społecznego, ale jednocześnie sprzyja włączaniu się w aktywność grup o podobnej kategorii wiekowej. W pierwszym przypadku najczęściej przyczyną są funkcjonujące stereotypy społeczne dotyczące osób starych, którym przypisuje się określone cechy (są obciążeniem dla społeczeństwa, generują koszty leczenia, wymagają opieki, nie pracują, płacą niższe składki, mają przywileje), jednocześnie dewaluując ich możliwości udziału

w różnych obszarach życia społecznego (por. Steuden, 2012; Kijak, Szarota, 2013; Dąbrowska – Wnuk, Woźniakowa, 2015; Janowski 2015).

Odmiernym jest zjawisko włączania się w aktywność i utożsamianie się z grupą **społeczną** ze swojej grupy wiekowej. Wyniki badań dotyczące zjawiska kolektywnej identyfikacji z grupami społecznymi, w tym z grupami wiekowymi, wskazują, że osoby starsze, jeśli spostrzegają dyskryminację ze względu na wiek, są skłonne do tego, aby bardziej utożsamiać się ze swoją grupą wiekową. Poczucie przynależności do własnej grupy wiekowej i akceptacja tego, iż jest się osobą starszą, sprzyja wysokiemu poczuciu dobrostanu i satysfakcji życiowej. Wyniki badań prezentowanych w literaturze przedmiotu, wskazują także na to, że identyfikacja z własną grupą wiekową, jest czynnikiem, który obniża stopień narażenia się na dyskryminację (Schmitt i in., 2002; Garstka i in., 2004; za: Steuden, 2012). Uzyskane rezultaty badań wskazują, że osoby starsze, jeśli mają poczucie dyskryminacji ze względu na wiek, łatwiej identyfikują się z grupą osób starszych, podtrzymując przez to dobrostan psychologiczny związany z poczuciem własnej wartości i satysfakcji z życia. Utożsamianie się osób starszych z grupą wydaje się zatem, skutecznie obniżać ryzyko dyskryminacji ze względu na wiek (op. cit., s. 133).

Podejmowanie różnego rodzaju aktywności przez osoby starsze, także wobec innych osób w tym wieku (w tej samej grupie wiekowej), np. poprzez działania pomocowe i udzielanie wsparcia, stanowi jeden z ważniejszych czynników moderujących proces inkluzji społecznej osób w wieku późnej dorosłości.

Takim rodzajem działań na rzecz innych jest wolontariat, który osoby starsze chętnie podejmują, postrzegając go, jako aktywność społeczną podnoszącą ich satysfakcję z życia oraz dającą możliwość realizowania własnych potrzeb społecznych i ważnych zadań życiowych, a często też przekraczać ograniczenia związane ze zdrowiem, sytuacją osobistą, czy społeczną (por. Dziegielewska, 2006, Sobkowiak, 2008; Steuden, 2012; Majer, 2013).

Z danych statystycznych wynika, że ponad 40% osób w wieku późnej dorosłości uczestniczy w różnych formach aktywności społecznej na zasadzie wolontariatu, który jest sposobem aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i lokalnym. Udział osób starszych w wolontariacie ma charakter indywidualny (np. doraźna pomoc osobom najbliższym, sąsiadom) oraz zorganizowany (np. akcje charytatywne, pomoc w hospicjach, świetlicach socjoterapeutycznych, pomoc organizowana przez stowarzyszenia). Wolontariat jest więc przejawem generatywności własnego rozwoju, a udział w działaniach na rzecz innych osób łączy się z możliwością wykorzystania własnego potencjału i doświadczenia. Daje możliwość utrwalania więzi z rówieśnikami oraz realizacji potrzeby „bycia potrzebnym” innym ludziom (słabszym, chorym, samotnym, cierpiącym). Osoby starsze podejmujące działania w ramach wolontariatu mają poczucie integracji społecznej, ale także poczucie własnej wartości i godności. Aktywny udział na rzecz innych determinuje: większy dobrostan psychiczny (wyższy poziom satysfakcji z życia, zadowolenia z siebie, mniejszy poziom stresu i lęku), poczucie sensu i znaczenia sieci społecznej, lepszą

adaptacje do zmieniających się warunków życia, mniejsze odczuwanie dolegliwości chorobowych oraz mniejszy poziom depresji (Steuden, 2012; s. 98 -99).

3. BADANIA WŁASNE – PROBLEM BADAWCZY, METODY, CHARAKTERYSTYKA GRUPY.

W badaniu wzięło udział 60 osób: 39 kobiet (65%) i 21 mężczyzn (35%). 31 osób (52%) to pensjonariusze domu pomocy społecznej, natomiast 29 osób (48%) to osoby mieszkające we własnych mieszkaniach. Wiek badanych zawierał się w przedziale 65 – 81 lat. Średnia wieku badanych mieszkających w DPS wyniosła 69,7 lat, osób mieszkających we własnych mieszkaniach – 67,8 lat.

Kryterium doboru do grupy wśród pensjonariuszy było podjęcie przez nich świadomej decyzji o zamieszkaniu w DPS (kryterium dobrowolności). Wszystkie osoby biorące udział w badaniu samodzielnie realizowały podstawowe potrzeby, nie były obłożnie chore i nie wymagały stałej opieki ze strony lekarza, pielęgniarki, czy pracowników socjalnych. Metodą doboru do grupy osób zamieszkujących we własnych mieszkaniach była metoda „śnieżnej kuli” (metoda nielosowego doboru próby polegająca na rekrutowaniu uczestników przez inne osoby).

Celem przeprowadzonych przeze mnie badań było ukazanie zależności pomiędzy różnymi formami inkluzji społecznej osób starszych a ich poziomem satysfakcji z życia. Analiza literatury przedmiotu pozwoliła mi na sformułowanie następujących problemów badawczych:

- Czy włączanie społeczne osób starszych ma wpływ na ich poziom satysfakcji z życia?
- Czy badane grupy są różnią się pod względem rodzaju podejmowanej aktywności społecznej?

Zebrany materiał badawczy pozwolił na empiryczną weryfikację podjętych problemów.

Badania miały charakter kwestionariuszowy. Do pomiaru zmiennych zostały wykorzystano kwestionariusz SWLS (Diener i in., 1985; adaptacja: Juczyński, 2001) służący do pomiaru poziomu satysfakcji z życia oraz ankietę własną, której twierdzenia dotyczyły rozumienia przez osoby badane pojęcia „*wykluczenie społeczne*”. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi, analizując – w oparciu o literaturę przedmiotu - definicje pojęcia „*włączanie społeczne*”, wyłoniono itemy opisujące rodzaje aktywności, które osoby w okresie późnej dorosłości postrzegają, jako działania na rzecz innych osób oraz społeczeństwa.

4. WYNIKI

Na podstawie analizy uzyskanych danych stwierdzono, że w skali SWLS, pozwalającej ocenić poziom satysfakcji z życia, pensjonariusze domu pomocy społecznej uzyskali wyższe wyniki ($M=13,08$) od osób starszych mieszkających w mieszkaniach własnych ($M=11,92$). W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna statystycznie

różnica pomiędzy wynikami uzyskanymi w badanych grupach, wykorzystano test t-Studenta (por. Kucharewicz, 2015).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że istotnie statystycznie okazała się różnica w poziomie odczuwanej satysfakcji z życia w badanych grupach. Pensjonariusze DPS byli bardziej zadowoleni ze swojej sytuacji życiowej, niż osoby starsze zamieszkujące we własnych mieszkaniach ($t=3,41$; $p < 0,01$).

Wobec podjętego problemu badawczego dokonano analizy treści itemów i wyłoniono te obszary aktywności, które osoby starsze wskazały, jako istotnie wpływające na subiektywne poczucie włączania w życie społeczne. Uzyskane rezultaty przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rodzaje aktywności społecznej wskazane przez grupy badanych osób starszych – wartości średnie

Rodzaj aktywności	Własne mieszkanie	Pensjonariusze DPS
Pełnienie roli babci/dziadka	68,9	54,2
Aktywność zawodowa	26,4	13,3
Wolontariat (pomoc sąsiedzka, charytatywna, chorym, działanie w stowarzyszeniu)	60,1	59,8
Spotkania z innymi seniorami	47,9	87,2
Możliwość decydowania o sobie i sposobie spędzania czasu	85,5	82,7
Korzystanie z opieki lekarzy specjalistów	92,3	91,6

Zaprezentowane wyniki wskazują, iż zarówno osoby starsze zamieszkujące we własnych mieszkaniach, jak i pensjonariusze DPS największą wartość w procesie włączania w życie społeczne, przypisują takim aktywnościom społecznym, jak: możliwość korzystania z opieki specjalistów, możliwość decydowania o sobie i sposobie spędzania czasu oraz pełnienie roli babci i dziadka.

W celu weryfikacji pytania badawczego: Czy badane grupy są różniące się pod względem rodzaju podejmowanej aktywności społecznej?, zastosowano test Chi – kwadrat. Na podstawie analizy wyników można stwierdzić, że badane grupy różniły się istotnie w zakresie podejmowania takich aktywności, jak: pełnienie roli dziadka/babci ($\chi^2 = 15,56$; $p < 0,05$), wolontariat ($\chi^2 = 18,07$; $p < 0,05$), spotkania z innymi seniorami ($\chi^2 = 24,89$; $p < 0,003$), decydowanie o sposobie spędzania czasu ($\chi^2 = 19,16$; $p < 0,05$) oraz korzystanie z opieki lekarzy specjalistów ($\chi^2 = 22,56$; $p < 0,003$). Grupy nie różniły się istotnie w zakresie aktywności, jaką było podejmowanie pracy zawodowej ($\chi^2 = 4,48$; n.i.).

Zależność pomiędzy poziomem satysfakcji życiowej a rodzajem podejmowanej aktywności społecznej w wyróżnionych grupach (osoby starsze mieszkające w mieszkaniach własnych i pensjonariusze DPS) sprawdzono z zastosowaniem korelacji Spearmana. Analizy te pozwoliły na weryfikację drugiego pytania badawczego: Czy włączanie społeczne osób starszych ma wpływ na ich poziom satysfakcji z życia?

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, iż w grupie pensjonariuszy DPS największy wpływ na wysoki poziom satysfakcji z życia mają takie rodzaje podejmowanych przez nich aktywności społecznych, jak: spotkania z innymi seniorami ($r = 0.78$) oraz możliwość korzystania z opieki specjalistów ($r = 0.63$). W tej grupie badanych potwierdzono także związek pomiędzy poziomem satysfakcji życiowej a możliwością decydowania o sposobie spędzania czasu ($r = - 0.69$) oraz pełnieniem roli dziadka ($r = - 0.62$).

Natomiast w grupie osób mieszkających we własnych mieszkaniach wyniki korelacji przedstawiały się następująco: na wysoki poziom satysfakcji z życia mają wpływ takie rodzaje aktywności, jak pełnienie roli babci i dziadka ($r = 0.82$), pełnienie roli wolontariusza ($r = 0.74$) oraz decydowanie o sposobie spędzania czasu ($r = 0.68$). potwierdzono także związek pomiędzy poziomem satysfakcji życiowej a możliwością korzystania z opieki lekarzy specjalistów ($r = - 0.76$).

Uzyskane wyniki pozwoliły na potwierdzenie, że istnieje zależność pomiędzy poziomem satysfakcji z życia osób w okresie późnej dorosłości a ich możliwością włączania się w różne rodzaje aktywności społecznej.

W grupie pensjonariuszy DPS identyfikacja z grupą seniorów oraz możliwość korzystania z opieki lekarzy specjalistów są postrzegane w kategoriach braku zagrożeniem wykluczenia społecznego. Wymienione rodzaje aktywności mają pozytywny wpływ na ich poziom satysfakcji życiowej. Natomiast brak możliwości pełnienia roli dziadków oraz brak wpływu na decyzję o sposobie spędzania czasu, obniżały poziom satysfakcji z życia badanych osób.

W grupie osób starszych mieszkających w mieszkaniach własnych takie rodzaje włączania społecznego, jak: pełnienie roli dziadków oraz niesienie pomocy innym (wolontariat), a także możliwość decydowania o sposobie spędzania czasu zdecydowanie podnosiły poziom satysfakcji z życia. Natomiast ograniczone możliwości korzystania z opieki lekarzy specjalistów, postrzegane jako wykluczenie ze społeczeństwa, miały znaczący wpływ na obniżenie poziomu satysfakcji z życia badanych osób.

Należy podkreślić, iż zaprezentowane wyniki są częścią szerszych badań zmierzających do określenia uwarunkowań i składowych poziomu satysfakcji z życia osób w okresie późnej dorosłości (por. Kucharewicz, 2015).

5. DYSKUSJA

Głównym celem badań było wykazanie związku pomiędzy poziomem satysfakcji z życia, a składowymi procesami inkluzji społecznej osób starszych.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, iż różne formy włączania osób starszych w życie społeczne mają wpływ na ich poziom satysfakcji życiowej. Ze względu na miejsce zamieszkania nie mogą one pełnić niektórych ról i podejmować pewnych aktywności o charakterze społecznym, co ma znaczący wpływ na obniżenie poziomu satysfakcji z życia.

Na uwagę zasługuje fakt, że osoby w okresie późnej dorosłości, jako działania włączające je do życia społecznego postrzegają te, które związane są z ich grupą rówieśniczą, bądź też z rodziną. Nie postrzegają one zjawiska inkluzji społecznej, jako tego związanego z „spektakularnymi” działaniami społecznymi, ale czują się włączone do społeczeństwa wówczas, gdy mogą pełnić role społeczne pozwalające im na zaspokojenie głównie takich potrzeb, jako dawanie i otrzymywanie opieki, identyfikacja z grupą (przynależność do grupy) oraz możliwość decydowania o sposobie spędzania czasu.

Proces inkluzji społecznej seniorów powinien być szeroki, zróżnicowany i obejmować: przygotowywanie do pracy z seniorami i rozwijanie więzi międzypokoleniowych. Wydaje się, że kluczem do skutecznego przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych jest ich aktywizacja obecna zarówno w procesach przygotowania, rozwijania i kształtowania lokalnej społeczności wobec starości i seniorów. Aktywność warunkująca zaspokojenie wszystkich potrzeb człowieka, kluczowa dla ogrywania ról społecznych i funkcjonowania w środowisku, może być traktowana jako formalna (charakteryzująca się uczestnictwem w stowarzyszeniach, w klubach, kołach zainteresowań), nieformalna (kontakt wewnątrz rodziny, utrzymywanie więzi przyjacielskich) i wreszcie samotnicza, oparta na zainteresowaniu indywidualnych (Dzięgielewska, 2006).

6. LITERATURA

- Bee H. (2004). Psychologia rozwoju człowieka. Poznań: Zysk i S-ka.
- Czapiński J., Panek T. (2005). Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania.
- Dąbrowska – Wnuk M., Woźniakowa Y. (2015). Wizerunek starości w percepcji osób w okresie dorastania i późnej dorosłości. Analiza wybranych uwarunkowań społeczno –demograficznych. W: Społeczeństwo i Edukacja, tom 16 (1).
- Dzięgielewska M. (2006). Aktywność społeczna i edukacyjna w fazie starości. [w:] Podstawy gerontologii społecznej. (red.) B. Szatur Jaworska, P. Bałędowski, M. Dzięgielewska, Oficyna Wydawnicza Aspra-JR, Warszawa
- Frąckiewicz L. (red.) (2005). Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Katowice, Wydawnictwo AE.
- Grudniewicz A. (2011). Emertów portret własny. Komunikat z badań CBOS, nr 6/13/01
- Janowski M. (2015). Międzypokoleniowa nieadekwatność obrazu reakcji emocjonalnej jako potencjalne źródło nieporozumień. W: Społeczeństwo i Edukacja, tom 16 (1).
- Kawula S. (1997). Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności. W: Auxilium Sociale : Wsparcie Społeczne, nr 1.
- Kijak R., Szarota Z. (2013). Starość. Między diagnozą a działaniem. Warszawa, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Knoll N., Schwarzer R (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. International Journal of Psychology
- Kucharewicz J. (2015). Psychologiczne aspekty procesu adaptacji do starości – kierunki badań. W: Społeczeństwo i Edukacja, tom 16 (1).
- Majer R. (2013). Aktywizacja osób starszych w środowisku miejskim jako forma przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu. Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica, 297
- Olejniczak P. (2013). Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych.; W: Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, Wrocław.

- Parnowski T. (2007). Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego; [w]: A. Bilikiewicz (red.). Psychiatria. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pikuła N. (2015). Poczucie sensu życia osób starszych. Kraków, Wydawnictwo Impuls.
- Sęk H., Cieślak R. (2011). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa, PWN
- Sobkowiak U. (2008). Przeciwno marginalizacji seniorów, [w:] Praca socjalna i polityka społeczna, obszary współdziałania wobec wykluczenia społecznego, (red.), K. Marzec-Holka, A. Rutkowska, M. Joachimowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz
- Steuden S. (2012). Psychologia starzenia się i starości. Warszawa, Wydawnictwo naukowe PWN
- Straś – Romanowska (2004). Późna dorosłość. Wiek starzenia się, [w]: B. Harwas – Napierała, J. Trempała (red.). Psychologia rozwoju człowieka, tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe, PWN.
- Synak B. (2002). Polska starość. Gdańsk, Wydawnictwo UG.
- Trafiałek E. (2006). Wykluczenie społeczne ludzi starych. Źródła, skutki, perspektywy na przyszłość. Tarnobrzeg, PWSZ.
- Turner J., Helms D. (1999). Rozwój człowieka. Warszawa: WSiP.
- Tyszkowa M. (1996). Psychologia rozwoju człowieka. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
- Whitebourne S. (2006). Psychologia a starość. QOL Projects (www.unix.oit.umass.edu).
- Zielińska – Więczkowska H., Kędziora – kornatowska K. (2010). Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych. W: Psychogeriatra Polska, nr 7 (1)



Anna Brandt

Uniwersytet Śląski
E-mail: ann-ya@wp.pl

Krystyna Buszman

Uniwersytet Śląski
E-mail: kbuszman@us.edu.pl

Za gruba, za chuda, nieładna –
problem społecznej stygmatyzacji
osób o ciele nieidealnym / *Too fat, too
thin, unattractive – the social stigmatization of
individuals with imperfect body*

Abstract

The aim of this paper is to present the phenomenon of social exclusion of persons whose body has been deformed due to disease process. Modern concepts of stigmatization and sociocultural aspects, which can be the background of social exclusion process, are going to be shown. Authors' own research focused on how the bodies of women after mastectomy and those suffering from anorexia are perceived in the society. In the lights of obtained results, stigmatization process is in the more advanced stage in women with anorexia than in those after mastectomy. In women after mastectomy it stops on social labeling, but in the context of anorexia it reaches the stage of social rejection according to Link and Phelan's (2001) theory, which can be connected with social attribution of responsibility for having a stigma (somatic vs mental illness).

Keywords: stigmatization, somatocentric attitudes, breast cancer, anorexia

*„Wszyscy ludzie są piękni – w zasadzie
w wielu czasopismach
nie publikuje się zdjęć osób
nieatrakcyjnych fizycznie”
(Głębocka, 2009: 163)*

1. ROLA ASPEKTÓW SOCJOKULTUROWYCH W POSTRZEGANIU KOBIECEGO CIAŁA

Ciało ludzkie w tradycji antropologicznej pojmowane jest jako konstrukt kulturowy. Stanowi ono nośnik znaczeń, przedmiot badań dla naukowców różnych dziedzin, którzy starają się zanalizować sposób jego funkcjonowania w przestrzeni publicznej jako obiektu kultu i zainteresowania. Współcześnie ciało, jego atrakcyjność, sposób jego prezentowania, jest postrzegane jako komunikat społeczny. Jak uważa Głębocka (2009: 9), „może być dla człowieka źródłem radości lub cierpienia, nie tylko w wymiarze zdrowia i choroby, jego funkcjonowania czy sprawności, ale także wyglądu”. Innymi słowy, sposób postrzegania własnego ciała i subiektywne znaczenie poczucia atrakcyjności istotnie wpływają na samopoczucie i funkcjonowanie jednostki. Bauman (1995: 70) wyraźnie twierdzi, że ciało ludzkie jest wytworem społecznym i „podobnie jak jego myśli i uczucia, jest wystawione na działanie społeczeństwa”. Współcześnie tożsamość – jej pojęcie – nie odnosi się jedynie do aspektów mentalnych, lecz zostaje „przeniesiona na powierzchnię – zaczyna być odgrywana poprzez ciało, które staje się zarówno ośrodkiem tożsamości jak i sposobem jej ekspresji” (Melosik, 2010: 18-19).

W naukach psychologicznych zaobserwować można dwa nurty w konceptualizowaniu ciała. Zgodnie z pierwszym ciało jest: „kotwicą własnej tożsamości” (Allport, 1998, za: Sakson-Obada, 2009: 15), „miejscem, przez które przepływa każde doświadczenie” (Kruger, 2002, za: Sakson-Obada, 2009: 15), „zapewniającym naturalny punkt odniesienia dla tego wszystkiego, co przytrafia się organizmowi na zewnątrz i wewnątrz” (Damasio, 2001, za: Sakson-Obada, 2009: 15). Podejście to akcentuje rolę doznań pochodzących z ciała dla kształtowania się poczucia własnego „ja”. Niewątpliwie znaczenie dla postrzegania swojego ciała i jego atrakcyjności mają aspekty socjokulturowe oraz współcześnie promowane standardy piękna, które za atrakcyjne uznają ciała szczupłe, sprawne fizycznie i symetryczne. Istotność przypisywana ciału może być wyrazem internalizacji kulturowych oczekiwań (Krzemionka-Brózda, 2008: 224), a uwewnętrzniony przekaz, w myśl którego „wygląd ciała, niczym wizytówka czy reklama, stanowi o pierwszym wrażeniu, jakie osoba wywiera na innych, i ma istotne znaczenie w nawiązywaniu kontaktów społecznych (Kuleta, 2008: 209).

Z punktu widzenia feministek wymogi stawiane kobietom odnośnie bycia piękną są instrumentem opresji, gdyż w obliczu takich oczekiwań kobieta uważa swoje ciało za „niedokończone dzieło” – oglądając swe lustrzane odbicie, pragnie dostrzec społeczne wartości zawarte w pojęciu kobiecości. Czyni to kobietę „więźniem swojego ciała” i jednocześnie degraduje jej pozycję społeczną wobec mężczyzn poprzez podsycanie czujności w zakresie kontrolowania wyglądu i parametrów własnego ciała (Melosik, 2010: 21-23).

Percepcja piękna jest silnie uwarunkowana kulturowo. W niektórych kręgach uroda uważana jest za naczelną wartość (kultura Zachodu), w innych natomiast jest wymiarem pozbawionym szczególnego znaczenia (np. kraje rabskie).

Polska należy do kręgu, w którym od kobiet wymaga się szczupłego, idealnie proporcjonalnego i symetrycznego ciała (Głębocka, 2009).

2. POSTAWY SOMATOCENTRYCZNE

Turner (1992, za: Schilling, 2010) posługuje się terminem „społeczeństwo somatyczne”, aby podkreślić fundamentalne znaczenie ciała dla wszelkich zjawisk społecznych i psychologicznych. Współczesne trendy upowszechniają wartość ciała idealnego i koncentrują uwagę szczególnie na „ja” cielesnym, przy zaniedbaniu innych aspektów, co może wiązać się z niekorzystnymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Kubacka-Jasiecka (2008: 186) proponuje zrezygnować z terminu „ucieleśnienie ja”, ze względu na jego wieloznaczność. i zastąpić go pojęciem „nastawienia somatocentrycznego”, które zdaniem autorki lepiej oddaje procesy nadawania pierwszoplanowej wartości fizyczno-cielesnemu aspektowi „ja”. Procesy somatocentryzacji rozumie ona jako:

- „nadawanie pierwszoplanowego znaczenia i wartości fizyczno-cielesnemu aspektowi Ja;
- kształtowanie koncepcji Ja jako zdominowanej przez Ja cielesne;
- stałe dążenie do społecznego dowartościowania ciała”.

Postawa somatocentryczna jest zatem skłonnością jednostki do nadawania szczególnej istotności wyglądowi zewnętrznemu oraz obdarzania ciała nadzwyczajnym znaczeniem. Tego typu przekonania zdają się być znakiem współczesnych czasów i, z jednej strony, mogą nieść za sobą pozytywne konsekwencje w postaci rozwijania postaw prozdrowotnych, a, z drugiej strony, generować mogą poczucie niespełnienia obowiązujących standardów oraz nadmierne zaabsorbowanie sferą cielesną.

Współczesnych estetów niepokoi pewna tendencja, jaką jest dążenie do ujednoczonego standardu piękna, który Rogers (2003: 81) określa mianem „kulturowego plastiku”. Według autora „zamiast różnicować swe ciała większość ludzi będzie je standaryzować, wzorując się na wizerunkach popularyzowanych przez ikony, takie jak Barbie i Madonna”. Autorzy podkreślają, że człowiek dąży do upodobnienia swojego wyglądu do obecnie lansowanych kategorii estetycznych.

Współczesna kultura posługuje się często metaforami, takimi jak „kultura obrazu, kult ciała”. Pojęcia te dotyczą postępującej estetyzacji życia codziennego, przewagi sfery wizualnej, a także pozytywnego wartościowania piękna ludzkiego ciała, zdrowia i młodości. W mass-mediach lansowany jest obraz kobiety młodej, szczupłej, posiadającej oczywiście obie piersi (Ratkowska, 2007: 75). Wymogi te, kierowane również do kobiet po mastektomii, wydają się być szczególnie krzywdzące i komplikujące jeszcze bardziej ich sytuację psychiczną. Koncentracja na ciele oraz społeczno-kulturowy imperatyw bycia pięknym są dla nich dodatkowym obciążeniem. Postęp naukowy otwiera szerokie perspektywy poprawienia swojego wyglądu, polegające m.in. na możliwości zrekonstruowania gruczołu piersiowego, jednak, mimo powszechnej presji i „dyktatury” pięknego

wyglądu, nie wszystkie kobiety decydują się na taki zabieg. Osoby uznane za piękne wzbudzają w otoczeniu więcej pozytywnych skojarzeń, które są generalizowane na wiele sfer funkcjonowania, co stwarza warunki dla wchodzenia w wiele gratyfikujących interakcji. Warto nadmienić, iż wygląd osobisty odgrywa ważną rolę nie tylko w tworzeniu związków, ale również w ich utrzymywaniu. Uroda partnera jest dla drugiego nagradzająca i bywa traktowana jako zasób, jaki partner wnosi w związek.

3. MEDIALIZACJA CIAŁA

Również Głębocka (2009) podkreśla rolę mediów w kształtowaniu wytycznych, jakie powinno spełniać piękne ciało oraz unaocznia jak dziennikarze popularyzują stereotypowe treści związane z wyglądem zewnętrznym. Cytuje słowa Nickuły (2008, za: Głębocka, 2009: 38) z jednego z artykułów zamieszczonych w tygodniku „Wprost”: „ludzie piękni rzadziej niż brzydacy chorują, dłużej żyją, są sprawniejsi fizycznie, inteligentniejsi i zdrowsi psychicznie”. Rozpowszechnianie takich informacji może przyczynić się nie tylko do wzmocnienia współczesnych tendencji, zgodnie z którymi ciało wyznacza wartość człowieka (szczególnie kobiety), ale może także podsycać postawę niechęci i odrzucenia wobec osób mniej atrakcyjnych. Zagrożenia, jakie wypływają z takich przekonań, to więc przede wszystkim ryzyko deprecjacji, stygmatyzacji i marginalizacji osób, które swoim wyglądem odbiegają od współczesnych standardów piękna.

Przeglądając medialne obrazy kobiet, można zauważyć, że brak w nich ciał po mastektomii. Jak twierdzi Ratkowska (2007: 78), obecnie panuje nadreprezentacja ciała. W tej kulturze obrazu znaczna część społeczeństwa nie posiada swej reprezentacji w przestrzeni medialnej. Autorka cytuje słowa Baumana (1994: 17, za: Ratkowska, 2007: 82): „w tym świecie istnieć, to tyle co być zauważonym, a miernikiem ważkości, namacalności istnienia jest ilość widzów i słuchaczy oraz ślad odcisnięty w ich świadomości”; i wyraża następującą wątpliwość: „jeśli przyjąć słowa Baumana, to o kobiecym ciele po amputacji piersi możemy powiedzieć tyle, że... nie istnieje”. Zdaniem autorki, ani jedna z polskich kampanii społecznych nie skonfrontowała się z problemem „bycia Amazonką” w okresie kultu ciała. Milczenie w mediach może być odbierane i przeżywane przez kobiety jako marginalizacja i wykluczenie z życia społecznego.

Świadomość istnienia dysonansu pomiędzy własnym wyglądem fizycznym a społecznie promowanym i lansowanym kanonem piękna jest związane z przeżywaniem uczuć wstydu, lęku, złości, co może prowadzić osobę do przyjęcia autodestruktywnego wzorca przeżywania, np. depresja, izolacja społeczna, unikanie okazji do przeżywania radości (Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008).

4. ZJAWISKO STYGMATYZACJI

Termin „stygmat” został wprowadzony do nauk społecznych i psychologicznych przez Goffmana (1963, za: Świtaj, 2005: 137) na oznaczenie „silnie dyskredytującej właściwości, która sprawia, że osoba ją posiadająca jest postrzegana jako odmienna,

splamiona, pomniejszona, a nawet jako »nie w pełni człowiek«. Kobieta po mastektomii może nosić dwa rodzaje piętna (spośród trzech wyróżnionych przez Goffmana): defekty ciała oraz towarzyszące temu indywidualne skazy postrzegane jako słabość charakteru (np. podwyższony lęk i depresja). Osoba, którą stygmatyzuje deformacja ciała, bywa postrzegana przez pryzmat swojego defektu, choć bardziej zagrażającym zjawiskiem jest „internalizacja piętna” (*self stigma*), czyli odniesienie do siebie negatywnych stereotypów (Dyduch, Grzywa, 2009: 264; Jackowska, 2009: 658; Świtaj, 2005: 139).

Świtaj (2005: 139-140, za: Crocker *et al.*, 1999) wśród wymiarów piętna wymienia m.in.:

- widoczność,
- właściwości estetyczne,
- stopień zakłócenia relacji społecznych,
- stopień „centralności” (tj. wpływ na poczucie tożsamości jednostki),
- odwracalność,
- czas jaki upłynął od czasu wystąpienia stygmatu.

Wyróżnione cechy piętna determinują nie tylko jego subiektywne doświadczenie, lecz również indywidualne strategie radzenia sobie z nim, jak i typy odpowiedzi społecznych jako reakcji na piętno danej osoby (Świtaj, 2005). Wśród tego typu krzywdzących reakcji społecznych Jackowska (2009: 656) wymienia m.in.: dystansowanie się, unikanie, dewaluację i stereotypizację.

Dyduch i Grzywa (2009: 263), przywołując koncepcje Link i Phelan (2001), przedstawiają konceptualizację stygmatyzacji jako wieloetapowego procesu, w którym zaobserwować można następujące fazy, występujące kolejno po sobie, dopełniając się wzajemnie:

1. etykietowanie, inaczej wyeksponowanie i wyartykułowanie społecznych różnic;
2. stereotypizacja, czyli przypisanie do określonego schematu, najczęściej o społecznie negatywnych konotacjach;
3. oddzielenie „nas” od „nich”, tzn. różnice stają się podstawą do uznania odmienności danej osoby i wykluczenia jej poza grupę „normalnych”;
4. dyskryminacja i społeczne odrzucenie, które mogą się wyrażać nie tylko przez wrogość, ale również przez pomijanie, przemilczenie czyjejś obecności (np. brak przestrzeni medialnej dla kobiet o „nieidealnym” ciele”);
5. utrata statusu społecznego – pozycja osoby napiętnowanej zostaje zmarginalizowana, zostaje ona odsunięta od danej grupy społecznej i traci ważną dla siebie rolę.

Przesadna koncentracja na cielesności opisana w powyższych podrozdziałach, może przyczyniać się w sposób znaczący do marginalizacji osób noszących jakiś rodzaj piętna. Goffmanowskie rozważania o piętnie podnoszą również kwestie

jego widoczności, tzn. na ile jest w stanie zakomunikować otoczeniu, że jednostka jest jego nosicielem.

5. POCZUCIE WŁASNEJ ATRAKCYJNOŚCI A DEWALORYZACJA CIAŁA U KOBIET O CIELE „NIEIDEALNYM”

Wygląd osobisty odgrywa ważną rolę nie tylko w tworzeniu związków, ale również w ich utrzymywaniu. Atrakcyjność fizyczna jest szczególnie ważna na początku związku, kiedy partnerzy, ulegając pozytywnym stereotypom odnoszącym się do osób atrakcyjnych, uzupełniają deficyty informacyjne na korzyść osoby urodziwej. Osoby wyróżniające się urodą wzbudzają w otoczeniu więcej pozytywnych odczuć oraz wchodzą w więcej przyjemnych interakcji. Uroda bywa traktowana przez badaczy jako zasób jaki partner wnosi w związek, podnosząc tym samym status interpersonalny drugiego (Kryszalowicz, 2008; Nęcki, 1994). Postrzeganie siebie i partnera jako atrakcyjnym ma bardzo duże znaczenie dla funkcjonowania w bliskim związku i jak twierdzi Mandal (2009: 101) wzajemne podobaństwo sobie jest ważne nie tylko na początku, ale również w toku rozwoju bliskiej relacji.

Na poczucie własnej atrakcyjności nie składają się wyłącznie obiektywne wskaźniki atrakcyjności takie jak: stosunek obwodu talii do obwodu bioder, symetria ciała, duże oczy, wysoko umieszczone kości policzkowe, delikatna szczęka, pełne usta (Pietkiewicz, Karniewska, 2003); lecz wpływa na nie również zachowanie partnera (Chybicka, Karasiewicz, 2009). Jak wskazują badania Bielawskiej-Batorowicz (2003), poczucie atrakcyjności, szczególnie tej seksualnej, zależy od poczucia własnej wartości. Co więcej, kobiety ekstrawertywne są pozytywniej nastawione do swojego wyglądu i korzystniej oceniają swoją atrakcyjność. Niezadowolenie z własnego wyglądu pozostaje w istotnym związku z negatywnymi emocjami, przede wszystkim z lękiem i depresją (Głębocka, 2009).

6. CEL I PROBLEM BADAWCZY

Celem przeprowadzonych badań było dokonanie analizy percepcji społecznej osób o ciele „nieidealnym” – kobiet chorujących na anoreksję i tych, które zmagają się z rakiem piersi, w wyniku czego przeszły mastektomii, w kontekście istniejących stereotypów oraz groźby napiętnowania bądź wykluczenia społecznego tych osób.

Za podstawę teoretyczną dla zaprojektowania prezentowanych badań posłużyła koncepcja wspomniana powyżej koncepcja procesu stygmatyzacji autorstwa Link i Phelan (2001), składającego się z pięciu etapów: etykietowania, stereotypizacji, oddzielenia „my” – „oni”, dyskryminacji i społecznego odrzucenia oraz utraty statusu społecznego.

W kontekście tak sformułowanego celu niniejszych badań zdecydowano się na postawienie następujących pytań badawczych o charakterze eksploracyjnym:

1. Jak są społecznie postrzegane osoby, których ciało zostało zmienione w wyniku procesu chorobowego – kobiety z anoreksją i po mastektomii?

2. Na jakim etapie jest proces stygmatyzacji obu grup i czy istnieją różnice w postrzeganiu i odbiorze społecznym osób z tymi problemami?

7. OPIS BADANEJ GRUPY I METODY BADAWCZEJ

Badania miały charakter ilościowy, anonimowy, dobrowolny i przeprowadzane były w kontakcie indywidualnym. Grupę badaną stanowiły młode osoby dorosłe, które odpowiadały na pytania ujęte w ankiecie, dotyczące: odbioru społecznego osób z anoreksją i po mastektomii, emocji jakie wzbudzają, chęci nawiązania lub podtrzymania z nimi relacji, przekonań na temat ograniczeń w społecznym funkcjonowaniu tych osób. Były to zarówno pytania zamknięte jak i otwarte, pozwalające na swobodną wypowiedź osoby badanej. Ankieta zawierała także kilka pytań, obejmujących dane socjodemograficzne.

W badaniach wzięło udział 100 osób, wśród których 87% stanowiły kobiety, a zaledwie 13% mężczyźni. Średni wiek osób badanych wyniósł ok. 23 lat ($M=22,98$, $SD=4,13$). Ponad $\frac{3}{4}$ badanych miało wykształcenie średnie (75,76%), a pozostali – wyższe (24,24%).

8. WYNIKI

ODBIÓR SPOŁECZNY Kobiet z ANOREKSJĄ I PO MASTEKTOMII

Chcąc poznać, jak młodzi dorośli postrzegają osoby dotknięte wspomnianymi problemami, w przygotowanej ankiecie umieszczono przykładowe rysunki kobiet z obu grup i zadano następujące pytania: a) Co powiesz o wyglądzie tych kobiet?, b) Co powiesz o ich charakterze?, c) Jakie uczucia w Tobie wzbudzają?

Na pytanie o wygląd otrzymano:

Tabela 1. Percepcja wyglądu kobiet z obu grup

KOBIE TY Z ANOREKSJĄ		KOBIE TY PO MASTEKTOMII	
To nienormalne	57%	To symbol wygranej walki z chorobą	49%
Świadczy o chorobie	21%	Jest silna	19%
Wygląda dziwnie i źle	13%	Wygląda normalnie, nie wyróżnia się	18%
Jest nieatrakcyjna, brzydka	9%	Ten widok zatrzaża	10%
		Jest nieatrakcyjna, zdeformowana	4%

Jak można zauważyć, określenia używane do opisu wyglądu kobiet po przebytej mastektomii są w znacznym procencie pozytywne, podczas gdy wygląd kobiet z anoreksją opisywany jest w sposób negatywny.

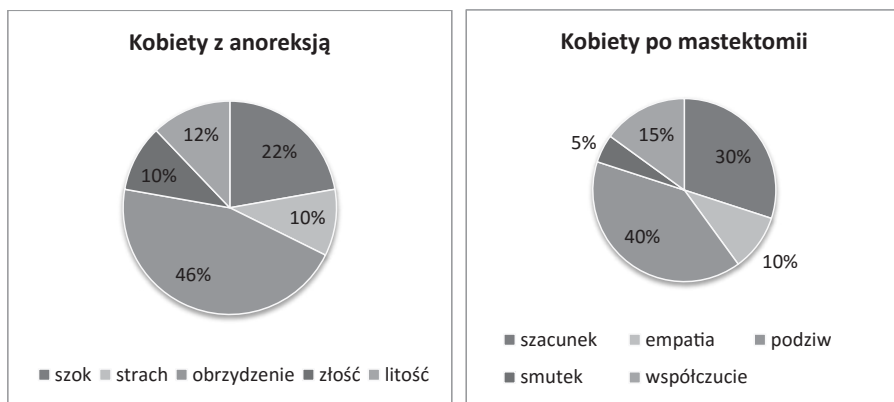
O charakterze tych kobiet badani wypowiadali się następująco:

Tabela 2. Percepcja charakteru kobiet z obu grup

KOBIECY Z ANOREKSJĄ		KOBIECY PO MASTEKTOMII	
Zaburzona	49%	Jest silna	21%
Nie da się nic powiedzieć	27%	Nie da się nic powiedzieć o charakterze	79%
Uparta	18%		
Nieźrównoważona	6%		

W pytaniu tym ponownie w odniesieniu do kobiet z anoreksją przeważają określenia negatywnym zabarwieniu emocjonalnym. O kobietach po mastektomii badani wypowiedzieli się pozytywnie bądź neutralnie.

Jeśli zaś chodzi o emocje, jakie wzbudzają kobiety z obu grup wyniki przedstawiają poniższe wykresy:



Rycina 1. Procentowy rozkład emocji, jakie wzbudzają kobiety z obu grup

Na powyższych wykresach ponownie zaobserwować można, jak silne uczucia wzbudzają kobiety z anoreksją (46% - obrzydzenie, 22% szok). Kobiety po mastektomii z kolei są podziwiane (40%) i szanowane (30%), co po raz kolejny wskazuje na znaczne różnice w odbiorze społecznym tych osób.

Na podstawie uzyskanych danych dowiedziono zatem, iż kobiety z anoreksją ze względu na swoje wychudzenia i wygląd znacznie odbiegający od codziennego widoku na ulicy, do którego większość ludzi jest przyzwyczajona, są znacznie gorzej odbierane przez społeczeństwo niż kobiety, którym w wyniku procesu nowotworowego odjęto piersi.

ZAAWANSOWANIE PROCESU STYGMATYZACJI

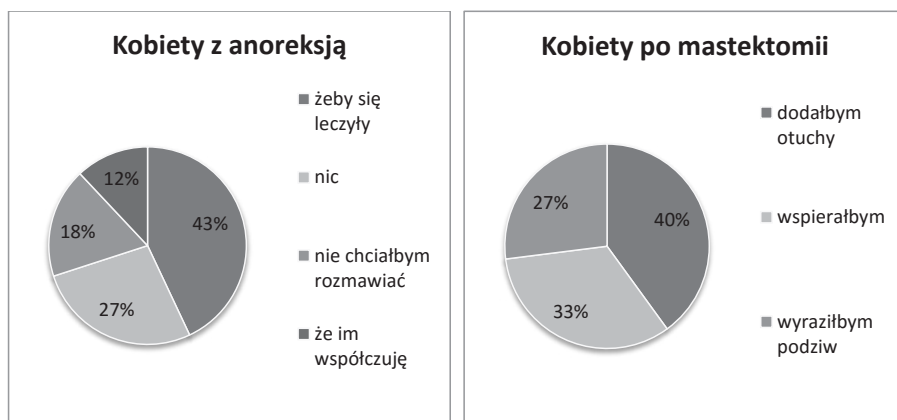
By zbadać, na jakim etapie procesu stygmatyzacji, zgodnie z przyjętą w badaniach koncepcją, znajdują się osoby z obu grup, badanych zapytano o następujące kwestie: a) Czy według Ciebie są „normalne”?, b) Czy byś się z nimi zaprzyjaźnił?, c) Gdybyś mógł coś im powiedzieć, co by to było?, d) Czy są jakieś zawody bądź role społeczne, których nie powinny wykonywać?

W odpowiedzi na pierwsze pytanie uzyskano pełne (100%) potwierdzenie faktu, iż kobiety po mastektomii to osoby zupełnie „normalne”. W odniesieniu do osób z anoreksją 80% badanych, stwierdziło, że kobiety zmagające się z anoreksją NIE są „normalne”, dodając iż są „zaburzone”, „chore”, „powinny się leczyć”, ale też „zasługują na szacunek”.

W nieco łagodniejszym tonie badani odpowiedzieli na pytanie dotyczące przyjaźni, a mianowicie:

- 100% osób badanych przyznało, że mogłoby zaprzyjaźnić się z kobietą, która przeszła w swoim życiu zabieg mastektomii
- 80% ankietowanych ma podobne odczucia w odniesieniu do osób z anoreksją, pozostałe 20% stwierdziło jednakże, że nie byłoby w stanie przyjaźnić się z takimi kobietami, bo są „zaburzone”, „niezrównoważone”, „nie da się zmienić ich myślenia”.

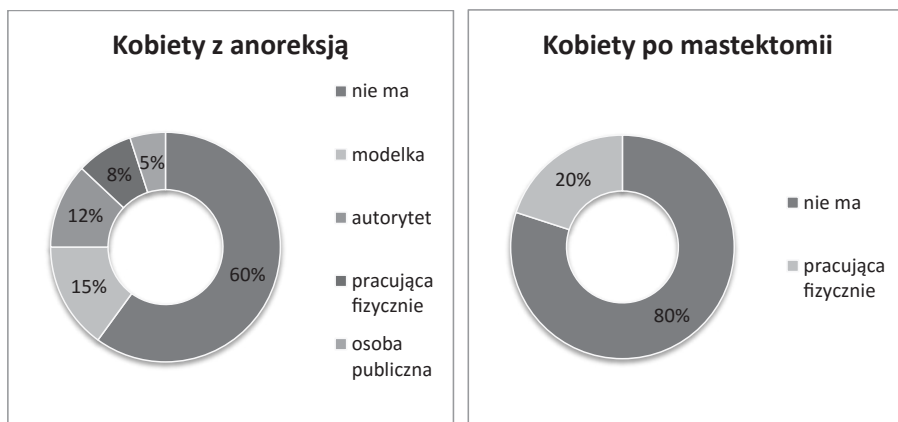
Ciekawe również okazały się wypowiedzi osób badanych na temat słów, które gdyby mieli taką okazję, chcieliby powiedzieć kobietom z anoreksją czy po mastektomii. Zebrane w kategorie wypowiedzi ilustruje kolejny zestaw rycin:



Rycina 2. Słowa, jakie badani skierowaliby do obu grup

Jak widać na powyższym zestawieniu, aż 45 spośród osób badanych nie miałyby nic do powiedzenia kobietom z anoreksją. Natomiast do kobiet po mastektomii wszyscy mieliby pozytywny, wspierający przekaz.

Ostatnim pytaniem, jakie zadano w ankiecie osobom badanym, dotyczyło zawodów bądź ról społecznych, których ze względu na swoje ograniczenia związane z chorobą kobiety z anoreksją lub po zabiegu mastektomii nie powinny podejmować. Odpowiedzi zostały zaprezentowane na poniższych wykresach:



Rycina 3. Role społeczne i zawody, których kobiety z obu grup nie powinny podejmować

Jak można odczytać na wykresie osoby badane widzą więcej społecznych ograniczeń w zakresie wypełniania ról społecznych i zawodowych dla kobiet chorujących na anoreksję niż tych po zabiegu usunięcia piersi. Można zatem uznać, iż status społeczny kobiet mierzących się z chorobą nowotworową jest wyższy. 12% osób badanych, które uznało, że osoby z anoreksją nie powinny spełniać roli autorytetu społecznego, dopytane wymieniły zawody nauczyciela i lekarza, jako tych cieszących się prestiżem i zaufaniem społecznym. Wynika z tego, że osoby chore na anoreksję są, bądź powinny być, według badanych młodych dorosłych, znacznie mocniej ograniczane w zakresie ich społecznego funkcjonowania w stosunku do kobiet po zabiegu amputacji piersi.

9. DYSKUSJA I WNIOSKI

Na podstawie przedstawionych wyników badań własnych można wyciągnąć kilka istotnych wniosków, a mianowicie: osoby badane postrzegają zarówno kobiety z anoreksją jak i te po przebytych zabiegach amputacji piersi w sposób stereotypowy. Osoby z anoreksją w porównaniu do tych po mastektomii odbierane są przez młodych dorosłych bardziej negatywnie. Przyczyn takiego zjawiska można upatrywać we wciąż funkcjonującym w świadomości społecznej lęku przed chorobą psychiczną, na co wskazują również doniesienia innych badaczy (Dyduch, Grzywna, 2009; Jackowska, 2009; Podogrodzka-Niell, Tyszkowska, 2014).

Wśród uczuć jakie wzbudzają kobiety z anoreksją, w badanej grupie dominowało uczucie obrzydzenia (46%), podczas gdy kobiety po mastektomii uruchamiały w ankietowanych osobach podziw (40%) i szacunek (30%), Wyniki te wskazują, jak różne atrybucje przypisywane są chorobie psychicznej w porównaniu z tą o podłożu somatycznym, co również znajduje swoje potwierdzenie w doniesieniach badawczych innych autorów (Stewart, Keel, Schiavo, 2006; Ślubowska i Ślubowski, 2008).

Odpowiadając na drugie pytanie postawione w niniejszym projekcie, ustalono iż proces stygmatyzacji osób z anoreksją jest na bardziej zaawansowanym etapie

niż w grupie kobiet po amputacji piersi. W pierwszej z nich stygmatyzacja osiąga poziom społecznego odrzucenia – wyraźnie uwidacznia się deterioracja wsparcia i zmniejszenie dostępnych sieci społecznych, na których osoba z anoreksją mogłaby się oprzeć. Mniejsza również jest chęć wchodzenia z kobietami z anoreksją w interakcje społeczne – brak ochoty na rozmowę wykazało aż 45% badanych. Skutkuje to trudnościami w relacjach interpersonalnych, jakie często relacjonują osoby z tą problematyką (m.in. Linville i wsp., 2012).

W grupie kobiet po przebytej mastektomii proces stygmatyzacji zatrzymał się jak dotąd na poziomie etykietowania, co również nie jest pożądanym zjawiskiem, gdyż redukuje te kobiety wyłącznie do choroby, nie ma to jednak swojego negatywnego wydzźwięku w zakresie satysfakcji z posiadanych relacji społecznych (Chojnacka-Szawłowska, 1994).

Negatywny odbiór społeczny kobiet zmagających się z anoreksją może wskazywać na atrybucje przyczyn choroby – osoby te są często obwiniane, a w dalszej perspektywie zaczynają obwiniać same siebie za pojawienie się w ich życiu objawów chorobowych, czego dowodzą także Farrell i wsp. (2015) czy Griffiths i wsp. (2015).

Powstaje pytanie: Dlaczego tak chętnie piętnujemy innych? Jakie mechanizmy kierują naszym zachowaniem? Proces etykietowania pomaga nam zrozumieć otaczającą rzeczywistość – porządkuje ją, układa w bardziej logiczne kategorie. Ponadto pozwala to nam na poprawienie samooceny i mniemania o grupie, do której należymy. Co więcej, uprawnia nas do zajęcia bardziej uprzywilejowanej pozycji w społecznej hierarchii. Jednakże takie zachowania wynikają w znacznym stopniu z braku należytej wiedzy (Kudlińska, 2008; Jackowska, 2009).

10. OGRANICZENIA I KIERUNKI DALSZYCH BADAŃ

Otrzymane wyniki, choć interesujące, stanowią jedynie niewielki fragment szerszego kontekstu badawczego. Zaprezentowane badania przeprowadzone zostały na stosunkowo niewielkiej grupie młodych dorosłych, gdzie średnia wieku oscylowała ok. 23 lat. Dlatego też zasadnym wydaje się kontynuowanie zgłębiania problematyki stygmatyzacji społecznej w odniesieniu do ciała w innych grupach wiekowych. To umożliwiłoby wyciągnięcie bardziej ogólnych wniosków na temat istnienia i siły zjawiska piętnowania i wykluczania odmienności w polskim społeczeństwie.

Wyciągnięte w ten sposób wnioski mogłyby posłużyć jako podstawa bądź inspiracja dla zaprojektowania programów psychoedukacyjnych, mających na celu marginalizację zjawiska stygmatyzacji poprzez zwiększenie świadomości społecznej i oswojenie ludzi z odmiennością, jako czymś co jest częścią naszego funkcjonowania i co można poznać, a nie z lęku naznaczać i odrzucać.

11. LITERATURA

- Bauman Z. (1995). *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń.
- Bielawska-Batorowicz E. (2003). *Poczucie własnej atrakcyjności seksualnej w okresie menopauzy*. „Przegląd Menopauzalny”, nr 3, s. 67-72.

- Brytek-Matera A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin,
- Chybicka A., Karasiewicz K. (2009). *Zadowolenie z intymnych relacji oraz poczucie własnej atrakcyjności i komunikacji w związkach narzeczeńskich i małżeńskich*. [W:] Rostowska T. (red.). *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*. Warszawa: Wydawnictwo DIFIN.
- Chojnacka-Szawlowska G. (1994). *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław.
- Dyduch A., Grzywa A. (2009). *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. „Polski Merkuriusz Lekarski”, nr 26 (153), s. 263-267.
- Farrell N. R., Lee A. A., Deacon B. J. (2015). Biological or psychological? Effects of eating disorder psychoeducation on self-blame and recovery expectations among symptomatic individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 74, s. 32-37
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Griffiths S., Mond J.M., Murray S.B., Touyz S. (2015). The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 48, 767-774
- Jackowska E. (2009). *Stygmatyzacja i wykluczenie psychiczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy*. „Psychiatria Polska”, nr 6 (43), s. 655-670.
- Kryszalowicz I. (2008). *Ocena atrakcyjności fizycznej własnej i partnera, taktyki wywierania wpływu a satysfakcja kobiet ze związku*. „Psychologia Jakości Życia”, nr 7, s. 116-138.
- Krzemionka-Brózda D. (2008). *Gdy ciało ciąży. Doświadczanie siebie i swojego ciała przez kobiety z nadwagą*. [W:] Wrona-Polańska H. *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kubacka-Jasiecka D. (2008). *Ja cielesne i problematyka identyfikacji z ciałem w kontekście wartości współczesnej kultury i zdrowia*. [W:] Heszen I., Życińska J. (2008). *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo Academica.
- Kuleta M. (2008). *Doświadczenie lęku społecznego i obraz ciała – wzajemne zależności*. [W:] Wrona-Polańska H. *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kudlińska I. (2011). *Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych)*. *Acta Universitatis Lodzianae. Folia Sociologica*, 38, s. 51-72.
- Linville D., Brown T., Sturm K., McDougal T.: *Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals*. „Eating Disorders” 2012 vol. 20, s. 216-231
- Mandal E. (2009). *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Melosik Z. (2010). *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Mirucka B., Sakson-Obada O. (2013). *Ja cielesne od normy do zaburzeń*. Gdańsk: GWP
- Nęcki Z. (1994). *Atrakcyjność wzajemna*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły
- Pietkiewicz B., Karniewska J. (2003). *Szpetni źle widziani*. „Polityka”, nr 2 (2383), s. 74-77.
- Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M. (2014). *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. „Psychiatria Polska” nr 48(6), s. 1201-1211.
- Ratkowska L. (2007). *Przemilczane ciało. Kobieta, pierś, mass-media i mityczcja rzeczywistości*. [W:] Zierkiewicz E., Łysak A. (2007). *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. Wrocław: MarMar.
- Rogers M.F. (2003). *Barbie jako ikona popkultury*. Warszawa: MUZA.

- Rybicka-Klimczyk A., Brytek-Matera A. (2008). *Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych*. „Endokrynologia. Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, nr 4 (4), s. 143-151.
- Sakson-Obada O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Kraków: DIFIN.
- Schilling C. (2010). *Socjologia ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Siek S. (1984). *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Warszawa
- Stewart M.-C., Keel P.K. and Schiavo R. S. (2006). Stigmatization of anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 320–325
- Ślubowska M., Ślubowski T. (2008). *Problemy psychosocjalne w raku piersi*. „Psychoonkologia”, nr 1.
- Świtaj P. (2005). *Piętno choroby psychicznej*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 2 (14), s. 137-144.



Jagoda Sikora

Uniwersytet Śląski
E-mail: jasikora@us.edu.pl

Orientacja na macierzyństwo. Przegląd literatury / *Maternal orientation. Review of research*

Abstract

Researchers recognize that women adaptation to the period of pregnancy is an important prerequisite to take the role of a mother. It is also an important role in transition to a parent (Benedek 1959 Bibring 1961 Leifer 1977). Acceptance of the child in the prenatal period and understanding the changes which are associated with pregnancy affects the subsequent functioning in the role of parent. Joan Raphael-Leff (1983) based on their own clinical experience (working with pregnant women and young mothers) developed a theoretical model materna orientation, which explain women's individual differences in becoming a mother.

Joan Raphael-Leff (2009) shows that some women is relatively easy to adapt to pregnancy and early motherhood, for others it is more difficult to accept the changes in their body and lifestyle. The main principle of maternal orientation is the division of women on the mother „regulators”, which depends on the fact that the child adapted to their needs and lifestyle. The second group consists of mothers „moderators” follow the needs of the child and its natural rhythm.

As part of the articles will be presented koncepcja orientation motherhood with a presentation of key research.

Keywords: maternal orientation; motherhood; parenthood; regulator; moderator; labour; pregnancy

1. WSTĘP

Doświadczenie macierzyństwa, na które składają się różne doświadczenia z okresu ciąży, porodu a także z czasu wczesnego macierzyństwa, określane są jako jedno z ważniejszych doświadczeń w życiu kobiety. Szereg zmian zachodzących na poziomie fizjologicznym, a także psychologicznym i społecznym w związku z doświadczanym macierzyństwem, istotnie wpływa na funkcjonowanie kobiety i jest coraz częściej podejmowanym tematem badań nie tylko na gruncie medycyny, ale przede wszystkim na gruncie nauk społecznych i humanistycznych (van Bussel i in. 2006: 233)

Psychologia prenatalna obejmuje wiele obszarów. Zdaniem Kornas-Bieli (2003: 180) w ramach badań realizowanych na gruncie polskim, psychologia prenatalna jest definiowana jako znacznie węższa dyscyplina niż ma to miejsce w zagranicznych badaniach. Zdaniem badaczki węższe rozumienie psychologii prenatalnej w Polsce ogranicza się do definiowania tego nurtu jako psychologii rozwoju okresu prenatalnego. Rozumienie psychologii prenatalnej powinno uwzględniać obszary takie jak psychologiczne aspekty okresu perinatalnego oraz okołoporodowego a także czynniki związane z realizowaniem się człowieka w sferze prokreacyjnej oraz oddziaływania pre i perinatalne na postnatalne funkcjonowanie jednostki (Kornas-Biela 2003: 180). Jednym z popularniejszych paradygmatów w ramach, których prowadzone są badania z zakresu psychologii prenatalnej jest psychoanalityczny nurt teoretyczny. Szczególna uwaga skoncentrowana jest na relacji oraz więzi tworzącej się pomiędzy matką a nienarodzonym dzieckiem.

Istnieje wiele terminów opisujących relacje tworzącą się pomiędzy matką a nowonarodzonym dzieckiem. Bielawska-Batorowicz (2005), analizując szczegółowo nurty badawcze w ramach psychologii prenatalnej, zwraca uwagę na różne terminy koncentrujące się na relacji matka-dziecko. W ramach prowadzonej analizy, badaczka wyróżnia terminy takie jak „postawa” (Reading i in. 1984), „emocjonalne przywiązanie” (Condon, 1991: 58), „sposobienie dziecka przez rodziców przed porodem” (Sweeney i Bradbard 1988) oraz „interakcja prenatalna” (Golańska 1989). Zdaniem Bielawskiej-Batorowicz (2005) mnogość terminów wynika z faktu, że interakcja matka-dziecko w okresie ciąży rozpatrywana jest z różnych punktów widzenia.

Równie interesującym, dotąd nie badanym w Polsce konstruktem jest „orientacja na macierzyństwo” (*maternal orientation*), której autorką jest Joan Raphael-Leff (1983:380).

2. ORIENTACJA NA MACIERZYŃSTWO

Koncepcja orientacji na macierzyństwo jest teorią wpisującą się w dziedzinę psychologii prenatalnej, łącząc jednocześnie paradygmat psychoanalityczny z feministycznym. Joan Raphael-Leff (1991: 395) jest również autorką koncepcji postanatalnego łożyska (*postnatal placenta*) w ramach którego opisuje kobietę-matkę, jako tą, która stanowi źródło zaspokojenia wszystkich potrzeb życiowych. W ramach prezentowanej koncepcji badaczka porusza temat traktowania dziecka jako łagodnej lub złośliwej narośli a także idealizowania fuzji dziecka z matką.

Bazując na własnym klinicznym doświadczeniu a także prowadząc badania naukowe Joan Raphael-Leff (1983: 382) zaproponowała koncepcję orientacji na macierzyństwo (*maternal orientation*), wyjaśniając różnice indywidualne w stawianiu się matką. Opierając się na paradygmacie psychoanalitycznym, Raphael-Leff przyjęła, że doświadczenia z dzieciństwa istotnie wpływają na bycie matką. Zdaniem badaczki, różne doświadczenia związane z opieką wiążą się istotnie z podejmowanymi przez kobietę strategiami radzenia sobie i nawiązywania więzi (ze względu na mechanizmy obronne). Z badań wynika, że orientacja na macierzyństwo jest stabilna w trakcie całego życia, jednak

może się zmieniać w przypadku pojawienia się na świecie kolejnychkolejnych potomków. Najwcześniejsze publikacje Joan Raphael-Leff (1983: 382) wyróżniają dwa typy orientacji na macierzyństwo – regulowanie i ułatwianie. Pierwszy z nich, „regulowanie” (*regulator*), rozumiany jest jako wymaganie od dziecka dostosowania się do sytuacji a także oczekiwanie, że dziecko dostosuje się do potrzeb rodzica. Drugi kraniec kontinuum orientacji na macierzyństwo stanowi „ułatwianie” (*facylitator*), rozumiane jest jako dostosowanie do potrzeb dziecka i jego naturalnego rytmu. Zdaniem badaczki orientacja na macierzyństwo to rozróżnienie pomiędzy kobietami zorientowanym na potrzeby własne a kobietami podążającymi za potrzebami dziecka i próbujące dostosować się do rytmu jego funkcjonowania.

W kolejnych pracach można zaobserwować poszerzenie zaproponowanego modelu o dwa typy orientacji wpisujące się w początkową koncepcję. W ramach prowadzonych analiz Joan Raphel-Leff (2010: 61) zdecydowała się ostatecznie wyróżnić 4 orientacje:

- ułatwianie (*facylitator*),
- regulowanie (*regulator*),
- ambiwalencja (*ambivalence*),
- skonfliktowanie (*conflicted*).

Wyniki badań (2010: 57) wykazały, że każda z czterech orientacji na macierzyństwo związana jest z odrębną wizją, spojrzeniem na macierzyństwo i przejawia się w odrębnych wzorcach funkcjonowania. Kobiety zorientowane na ułatwienie (*facylitator*) w okresie perinatalnym idealizują okres ciąży, macierzyństwo. Urodzenie dziecka daje im poczucie spełnienia - samoocena jest silniejsza i stabilniejsza niż u kobiet zorientowanych na regulowanie. Okres zmian fizycznych w ciąży obserwuje z przyjemnością, jest wrażliwa na dziecko, co więcej - aktywność w ciąży daje jej dużą satysfakcję. Po urodzeniu dziecka kobieta mocno identyfikuje się ze swoim potomkiem, stara się dostosować do potrzeb dziecka i jego naturalnego rytmu, często kosztem własnych niezaspokojonych potrzeb (Raphael-Leff, 2010: 66). Kobieta zorientowana na ułatwianie wierzy, że jej dziecko najlepiej wie, czego potrzebuje, dlatego dostosowanie się do jego potrzeb jest najlepszym rozwiązaniem. Tylko ona jako matka, może sprostać tym potrzebom i adekwatnie na nie reagować (Roncolato, 2014: 215). Aby dobrze funkcjonować w takiej relacji z dzieckiem, często zdarza się, że kobiety tłumią własne emocje. Zależy im na możliwości naturalnego porodu (bez zbędnych interwencji medycznych), który traktują jako naturalny proces a także zależy im na możliwości karmienia piersią, co wzmocni więź łączą matkę z dzieckiem (Raphael-Leff, 1986, 1995). W sytuacji gdy jest to niemożliwe, odczuwają silne poczucie winy względem dziecka, które razem z tłumionymi emocjami znacznie zwiększa poziom frustracji. Zdaniem Van Bussel (2009: 233) orientacja na ułatwianie jest istotnie związana z objawami depresyjnymi u kobiet, które urodziły dziecko. Niemowlę jest spostrzegane od początku jako towarzyski, mały człowiek, przyjaciel oraz istota społeczna zdolna do komunikacji.

W przeciwieństwie do kobiety zorientowanej na ułatwianie (*facylitator*), kobieta zorientowana jako regulator (*regulator*) nie chce być określana poprzez swoje macierzyństwo i chroni swoją tożsamość. Kobieta nie chce rezygnować z pracy, jest zaangażowana w macierzyństwo, jednak bardziej w negatywny sposób. W skrajnych przypadkach dziecko (zwłaszcza w okresie ciąży) traktowane jest jako intruz. U kobiet zorientowanych na regulowanie znacznie częściej poród przeprowadzany jest z większą ilością zabiegów medycznych, znieczulenia. Karmienie piersią na żądanie również może pogłębiać poczucie dyskomfortu odczuwanego przez kobietę. Zdaniem Joan Raphael-Leff (2010:67) spowodowane jest to silną potrzebą kontroli sytuacji. Po porodzie kobieta chce szybko wrócić do formy sprzed ciąży, zależy jej na planie dnia, który będzie również uwzględniał jej potrzeby. W sytuacji gdy nie ma wsparcia w zakresie opieki nad dzieckiem i nie może szybko wrócić do pracy lub ważnych obowiązków, doświadczać będzie szeregu negatywnych emocji a także silnej frustracji (Rapehale-Leff, 2010: 65).

Kolejne dwa typy orientacji znajdują się pomiędzy dwoma skrajnymi krańcami jakimi jest ułatwianie (*moderator*) i regulowanie (*regulator*) – zorientowanie na rewanżowanie i zorientowanie na konflikt. Badaczka opisuje typ zorientowany na rewanżowanie (*reciprocator*), który jest psychologicznie stabilny i lepiej radzi sobie zarówno z pozytywnymi jak i z negatywnymi uczuciami. Zdaniem Joan Raphael-Leff (2009). Kobiety zorientowane na rewanżowanie znacznie lepiej radzą sobie z doświadczaną ambiwalencją. Orientacja na macierzyństwo nie jest ściśle związana jest z doświadczeniami z przeszłości. Matki zorientowane na rewanżowanie również doświadczały w przeszłości frustracji oraz braku adekwatnej odpowiedzi na potrzeby emocjonalne, jednak w wyniku pracy własnej, lepiej poradziły sobie z wewnętrznymi konfliktami i niedostatkami w związku z czym potrafią lepiej poradzić sobie z zrozumieniem i zaakceptowaniem własnych emocji, ale też emocji dziecka. Kobiety lepiej adaptują się i tolerują trudności związane z doświadczaniem macierzyństwa. Ambiwalencja uczuć względem dziecka jest traktowana jako naturalna, ogólna część doświadczania macierzyństwa. Kobiety zorientowane na rewanżowanie ponoszą duże koszty emocjonalne, ze względu na konieczność adaptacji do dziecka. Dodatkowo kobieta „negocjuje” w obrębie potrzeb własnych, potrzeb dziecka i innych członków rodziny.

Kolejny opisywany przez typ to kobiety zorientowane na konflikt (*conflict*), które odczuwają silną sprzeczność pomiędzy próbą sprostaniu roli matki a wewnętrzną frustracją względem żądań dziecka i wymagań związanych z rolą matki. Początkowo ten typ matek określany był jako grupa dwubiegunowa (Scher i Blumberg, 1992: 326). Zdaniem Roncolato (2013b) w ramach prezentowanej teorii grupa kobiet zorientowanych na konflikt nie jest dobrze scharakteryzowana ze względu na zbyt małą liczbę badań prowadzonych nad daną orientacją. Brakuje aktualnie szczegółowej charakterystyki czy orientacja związana jest silniej z brakiem określenia siebie jako matki czy z objawami świadczącymi o psychopatologii.

Teoria orientacji na macierzyństwo stara się wyjaśnić za pomocą procesów intrapsychoicznych, która wpływają na ujawienie się skrajnych orientacji. To próba wyjaśnienia indywidualnych różnic w zakresie relacji z dzieckiem. Fantazje

i mechanizmy obronne wpływają na odnoszenie się kobiety do macierzyństwa a konsekwencji przekładają się na więź i sprawowaną opiekę nad dzieckiem.

3. PRZEGLĄD BADAŃ NAD ORIENTACJĄ NA MACIERZYŃSTWO

Poza badaniami realizowanymi przez Joan Raphael-Leff (2010: 57), których rezultaty zostały opisane powyżej, temat orientacji na macierzyństwo w swoich badaniach podjęli badacze z różnych ośrodków.

Badania prowadzone pod kierunkiem Johan van Basela (2009: 236) weryfikowały zależność pomiędzy orientacją na macierzyństwo a objawami depresyjnymi. Przebadano 403 kobiety w badaniu podłużnym i wykazano, że zorientowanie na regulowanie (*regulator*) jest związane z doświadczanymi objawami depresyjnymi i lękowymi w okresie ciąży. Ponadto w innych badaniach van Basela (2009: 236) wykazała, że orientacja na macierzyństwo – regulowanie, jest związana z neurotyzmem. Co więcej, orientacja moderator jest predyktorem lęku separacyjnego w okresie poporodowym matek.

Z kolei badania prowadzone w Australii przez Wendy Roncolato (2014: 215) wynika, że nie istnieje bezpośrednia zależność pomiędzy orientacją na macierzyństwo (po porodzie) a odczuwanym poczuciem zadowolenia. Badaczka podjęła temat orientacji na macierzyństwo badanego zarówno w okresie ciąży jak i po porodzie oraz związków danej zmiennej z przywiązaniem w ujęciu teorii Bowena (2006). Prowadzona analiza wykazała, że orientacja na macierzyństwo (przed porodem) stanowiła predyktor stylu przywiązania po urodzeniu dziecka.

Anat Scher (2001: 325) w swoich badaniach również podjął temat orientacji na macierzyństwo oraz stylu przywiązania. W ramach prowadzonych analiz, badacz przyjął pierwszy model orientacji w ramach którego matki zostały podzielone na dwa typy: regulujące i ułatwiające, które posiadały dzieci rozwijające się prawidłowo w 6 i 12 miesiącu życia. Wyniki badań potwierdziły zależność orientacji na ułatwianie (*moderator*) z bezpiecznym stylem przywiązania. Taki wynik badań jest spójny z rezultatami uzyskanymi przez Wendy Roncolato (2013b) (badana była orientacja na macierzyństwo w okresie ciąży), gdzie orientacja na macierzyństwo również była silnie związane ze stylem przywiązania.

Z badań prowadzonych przez Joan Raphael-Leff (2009) wynika, że niektóre kobiety stosunkowo łatwo dostosowują się do ciąży i wczesnego macierzyństwa, innym znacznie trudniej jest zaakceptować zmiany w ich ciele i stylu życia. Zdaniem Joan Raphael-Leff (1995) matki „regulatory” są znacznie bardziej narażone na konflikt przy nieakceptowanym powrocie do pracy, kolidującym z ich aspiracjami macierzyńskimi. Sugerowane przez autorkę kierunki badań oparte są na przypuszczeniu, że matki „regulatory” będą doświadczać silniejszego konfliktu praca-rodzina, rodzina-praca.

4. NARZĘDZIA STWORZONE DO POMIARU ORIENTACJI NA MACIERZYŃSTWO

W ramach koncepcji Joan Raphael-Leff (1983) zostały stworzone metody do badania orientacji na macierzyństwo a także pokrewnych koncepcji związanych z opisanym konstruktem. Część metod została zaadaptowanych i użytych w badaniach naukowych w innych krajach w tym szczególności przez Johan van Bussela (2009) oraz Wendy Roncolato (2013).

Nazwa metody	Opis metody	Ilość itemów
<i>Facilitator Regulator Questionnaire (FRQ)</i>	Badania orientację na macierzyństwo uwzględniając dwa wymiary: ułatwianie (<i>moderator</i>) i regulowanie (<i>regulator</i>) Pytanie dotyczą codziennej rutyny, schematu dnia, percepcji macierzyństwa, socjalizacji i interakcji z dzieckiem. Istnieje forma kwestionariusza przygotowana dla kobiet w ciąży oraz kobiet po urodzeniu dziecka. Druga z form kwestionariusza (po porodzie) uzyskała niskie wyniki w zakresie rzetelności - co sugeruje przygotowanie nowej, odrębnej metody opartej na tej samej koncepcji (Roncolato, 2013b)	5
<i>Antenatal Maternal Orientation Measure (AMOM)</i>	Sharp i Bramwell (2004) opracowali najnowszą wersję <i>Maternal Orientację Measure</i> (AMOM). Metoda składa się z 27 itemów podzielonych na pięć podskal. Skale oceniają: (1) oczekiwania kobiety względem porodu (2) urodzenia dziecka, (3) oczekiwania względem nowo narodzonego dziecka (4), jej oczekiwania względem emocji doświadczanych w pierwszych tygodniach po urodzeniu, oraz (5) jej oczekiwania i plany względem karmienia niemowlaka. Każda podskala służy ocenie czy w danym obszarze kobieta zorientowana jest na regulowanie czy ułatwienie (Roncolato, 2013).	27 itemów Ocenianych na 7 punktowej skali
<i>Antenatal Maternal Orientation Measure - Revised (AMOM-R)</i>	Wersja zrewidowana Skali AMOM uwzględniająca dwie nowe skale: <i>regulator</i> i <i>moderator</i> .	
<i>Placental Paradigm Questionnaire (PPQ subscales)</i>	<i>Placental Paradigm Questionnaire (PPQ subscales)</i> jest narzędziem składającym się z 28-elementów stosowany w badaniach przesiewowych prenatalnych. Metoda ta ma służyć zbadaniu niepokoju i zaburzenia. Poszczególne pozycje odnoszą się konkretnie do więzi matki z dzieckiem znajdującym się w łonie matki. z dzieckiem. W ramach narzędzia prezentowane są dwie podskale, które mają na celu ocenić dwa kierunki w ramach orientacji na macierzyństwo: <i>moderator</i> i <i>regulato</i> .	28 itemów

5. PODSUMOWANIE

Badacze zorientowani psychodynamicznie uznają, że adaptacja kobiety do okresu ciąży jest ważnym warunkiem wstępnym do podjęcia roli matki, a także pełni istotną rolę w procesie przyjęcia i pełnienia roli rodzica (Benedek, 1959; Bibring i in., 1961; Leifer, 1977). Zgodnie z tym poglądem akceptacja dziecka w okresie prenatalnym, a także rozumienie zmian związanych z ciążą, wpływa na późniejsze funkcjonowanie w roli rodzica. Istotne w tym temacie są spostrzeżenia Joan Raphael-Leff (1983), które wynikają z własnych doświadczeń klinicznych w pracy z ciężarnymi i młodymi matkami, a także prowadzonych badań.

Z badań prowadzonych przez Joan Raphael-Leff (2010: 69) wynika, że niektóre kobiety stosunkowo łatwo dostosowują się do ciąży i wczesnego macierzyństwa, innym znacznie trudniej jest zaakceptować zmiany w ich ciele i stylu życia. Głównym założeniem koncepcji orientacji na macierzyństwo jest podział kobiet na matki „regulatory”, którym zależy na tym, aby dziecko dostosowało się do ich potrzeb i stylu życia. Drugą grupę stanowią matki „moderatory”, które podążają za potrzebami dziecka i jego naturalnym rytmem. Zdaniem Joan Raphael-Leff (1995) matki „regulatory” są znacznie bardziej narażone na konflikt i stres przy nieakceptowanym powrocie do pracy, kolidującym z ich aspiracjami macierzyńskimi.

Szeroka analiza koncepcji orientacji na macierzyństwo również na gruncie polskim może poszerzyć perspektywę badawczą w ramach nie tylko psychologii prenatalnej, ale również psychologii zdrowia i jakości życia analizującej szczegółowo sytuacje człowieka w ramach różnych wydarzeń życiowych. Jak sugerują wyniki badań (Roncolato, 2013b) badanie orientacji na macierzyństwo może być niezwykle istotne dla przewidywania i zapobiegania występowaniu depresji poporodowej i zaburzeń lękowych nie tylko w ciąży ale i po porodzie.

Ponadto szczegółowe zbadanie orientacji na macierzyństwo może również wnieść istotny wkład w badania związane z rynkiem pracy, motywacją i uwarunkowaniami związanymi z powrotem kobiety do pracy po urodzeniu dziecka. Jak sugeruje Joan Raphael-Leff (1995) matki „regulatory” są znacznie bardziej narażone na silniejszy stres przy nieakceptowanym powrocie do pracy, kolidującym z ich aspiracjami macierzyńskimi.

Niewątpliwie koncepcja orientacji na macierzyństwo jest zagadnieniem, która stanowić może wyjaśnienie skomplikowanego doświadczenia jakim jest macierzyństwo. Orientacja na macierzyństwo powinna być istotnie eksplorowana również na gruncie polskiej psychologii.

BIBLIOGRAFIA

- Bielawska-Batorowicz E., Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice 2009.
- Condon J. T., Corkindale C. J., The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” nr 16(1), 1998, s. 57-76.
- Golańska Z., Interakcja matki z dzieckiem w okresie prenatalnym, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” nr4, 1989.

- Kornas-Biela D., Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy z obszaru prokreacji, „Przegląd Psychologiczny”, 2003, nr 46(2), s. 179-196.
- Raphael-Leff J., Facilitators and Regulators: Two approaches to mothering, „British Journal of Medical Psychology” nr 56(4), 1983, s. 379-390.
- Raphael-Leff J., The mother as container: placental process and inner space, „Feminism & Psychology” nr 1(3), 1991, s. 393-408.
- Raphael-Leff J., Healthy maternal ambivalence, „Studies in the Maternal” nr 2(1), 2010, s. 57-73.
- Roncolato W., McMahon, C., Facilitators and regulators: psychometric properties of maternal orientation measures in pregnancy, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” nr 29(5), 2011, s. 420-438.
- Roncolato W., McMahon, C., Facilitators and regulators: infant sleep practices and maternal subjective well-being, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” nr 31(2), 2013a, s. 134-147.
- Roncolato W., Maternal orientation in pregnancy and early motherhood: Infant caregiving practices and maternal adjustment, Sydney 2013b.
- Roncolato W., McMahon, C., & Grant, K. A., Facilitators and regulators: antenatal maternal orientation and postnatal parenting practices, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” nr 32(3), 2014, s. 214-229.
- Sweeney J., & Bradbard, M. R., Mothers' and fathers' changing perceptions of their male and female infants over the course of pregnancy, „The Journal of genetic psychology” nr 149(3), 1988, s. 393-404.
- Scher A., Facilitators and regulators: maternal orientation as an antecedent of attachment security, „Journal of reproductive and infant psychology” nr 19(4), 2001, s. 325-333.
- van Bussel J. C., Spitz B., Demyttenaere K., Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations, „Journal of affective disorders” nr 114(1), 2009, s. 232-242.
- van Ecke Y., Chope, R. C., Emmelkamp, P. M., Bowlby and Bowen: Attachment Theory and Family Therapy, „Counseling & Clinical Psychology Journal” nr 3(2), 2006.



Aleksandra Wieteska

Instytut Psychologii Uniwersytet Śląski w Katowicach
E-mail: aleksandra.wieteska@us.edu.pl

Spostrzeganie wsparcia społecznego i krytyki wyglądu rówieśników przez młodzież o zróżnicowanym wskaźniku BMI

Abstract

The social scientists focus on the negative stereotypes of the people with the excess of weight and the problems of the quality of life. Especially in the United States and Europe the stereotype of the obese person as an unattractive, lazy and less intelligent one is very common. That is why the obese people have to endure discrimination process in many fields of social life. The obese explain their problems through their own image. Today, the problem with the excess of weight touch children and the youth more and more frequently. The peers play important role in the process of creation of the children and youth body image. They can influence positive perception, yet they can make the children and youth attach negative habits to their own body perception, too. This research reveal some differences in the perception of social support and criticism from of the peers' image by the youth with differentiated BMI index.

Keywords: adolescence, body image, peers influence, body mass

WPROWADZENIE

Problem nadwagi i otyłości we współczesnym świecie dotyka większej grupy dzieci i dorosłych niż zaburzenia odżywiania. Szacuje się, że na anoreksję cierpi mniej niż 1% młodzieży, na bulimię około 2% (Józefik 1999b; Rajewski, 2004; Stice, Marti, Rohde, 2013). Z kolei problem nadwagi i otyłości w niektórych krajach może dotyczyć nawet do 18% dzieci i młodzieży. Doniesienia na temat nadmiernej masy ciała wskazują, że z roku na rok wzrasta odsetek osób dotkniętych tym problemem. Największy odsetek dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością odnotowuje się w Stanach Zjednoczonych oraz w krajach Europy Zachodniej i Południowej. W Stanach Zjednoczonych w roku 2009 odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością w wieku 12-19 lat wynosił 18,1% (Ogden i in, 2009 za: Mikoś i wsp. 2010). Dla porównania w Szkocji w 2009 roku u 10,8% nastolatków

wieku od 12 do 15 lat odnotowano otyłość (Marnyet, 2010). W Grecji problem otyłości dotyka 5,5% dorastających dziewcząt i 10,8% dorastających chłopców, a problem nadwagi 16,9% chłopców i 16,4% dziewcząt (Ogden, 2011; Speiser i in., 2005 za: Mikoś i in. 2010). W Niemczech w narodowych badaniach dotyczących zdrowia dzieci i młodzieży odnotowano, że 17,8% dorastających dziewcząt i 17,6% dorastających chłopców ma nadwagę lub otyłość, z czego 6,9% dziewcząt i 8,1% chłopców było otyłych (Kurth, Ellert, 2008). Badanie polskich dzieci między 7 a 9 rokiem życia na Śląsku pokazało, że 15% z nich na nadwagę a 4% otyłość (Małeczka-Tendera, Klimek, Matusik, 2005). Według ogólnopolskich badań młodzieży w wieku 14-15 lat przeprowadzanych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie w 2005 roku – 14,9 % dziewcząt i 11,6 % chłopców charakteryzowało się nadmierną masą ciała, z czego 5,7% dziewcząt i 3,3% chłopców było otyłych (Oblacińska, Jodłowska, 2007). W wyniku otyłości dochodzi do zaburzeń w funkcjonowaniu wielu układów. Wśród negatywnych konsekwencji zdrowotnych otyłości można wymienić większą zapadalność na: choroby nowotworowe, cukrzycę, chorobę wieńcową serca, bezdech nocny, chorobę zwyrodnieniową stawów, a także problemy z płodnością (Łuszczynska, 2010).

Otyłość uwarunkowana jest wieloczynnikowo. Literatura przedmiotu, poza medycznymi uwarunkowaniami, podkreśla znaczenie czynników środowiskowych w rozwoju nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. U ponad 90% dzieci i dorosłych stwierdza się otyłość prostą (samoistną, pierwotną) (Sikorska-Wiśniewska, 2007). Otyłość prosta jest uwarunkowana przez różne geny odpowiedzialne za przemianę materii, ale ich ekspresja w dużej mierze zależy od wpływów środowiskowych. Wśród czynników środowiskowych przyczyniających się do przyrostu nadmiernej masy ciała wymienia się: nieprawidłowe nawyki żywieniowe, spożywanie dużej ilości przetworzonego i wysokokalorycznego pożywienia, małą aktywność fizyczną, trudności w radzeniu sobie ze stresem oraz zwiększenie ilości zajęć sedenteryjnych (Łuszczynska, 2010; Woynarowska, 2010). Otyłość wtórna wynika z zaburzeń endokrynologicznych, zaburzeń układu nerwowego, albo powstaje w wyniku przewlekłego leczenia (Lange, Strostecka, Graliński, 2001).

Badacze nauk społecznych koncentrują się wokół negatywnych stereotypów osób z nadmierną masą ciała oraz problematyki jakości ich życia. Centralnym źródłem doświadczania niskiej jakości życia osób otyłych jest negatywny wizerunek ciała (Field i in., 1999; Głębocka, Wiśniewska, 2005; Huang i in., 2007; Mond i in., 2011). W Stanach Zjednoczonych i Europie rozpowszechniony jest stereotyp osoby otyłej jako nieatrakcyjnej, leniwej i mniej inteligentnej. W związku z taką oceną osoby otyłe doświadczają dyskryminacji w wielu obszarach życia społecznego (Fee, 2006 za: Tobiasz-Adamczyk, 2013). Badania pokazują, że już w dzieciństwie otyłe dzieci spostrzegane są przez rówieśników jako mało atrakcyjne i mniej szczęśliwe, a także są mniej popularne w grupie w stosunku do dzieci szczupłych (Kolotkin, Meter, Williams, 2001 za: Tobiasz-Adamczyk, 2013). Przeprowadzone przez Joannę Radoszewską (2009) badania pokazały, że otyli adolescenty są przez swoich rówieśników spostrzegani jako nieatrakcyjni i pozbawieni kompetencji w relacjach interpersonalnych. Szczególnie dorastające dziewczęta, bardziej niż dorastający chłopcy, spostrzegały atrakcyjność swoich rówieśników przez pryzmat masy

ciała. Społeczne deprecjonowanie z powodu otyłości dotyczy częściej kobiet niż mężczyzn (Fila, Terlak, 1994). Osoby z nadmierną masą ciała interpretują swoje doświadczenia społeczne przez pryzmat swojej nadwagi (Głębocka, Wiśniewska, 2005).

Adolescencja dla młodzieży z nadwagą i otyłością jest szczególnym okresem konfrontacji z negatywnymi treściami, które odnoszą się do nadmiernej masy ciała. Relacje z rówieśnikami stanowią często odzwierciedlenie przekazów dotyczących stereotypów osób z nadwagą. Badania Diane Neuman-Sztainer i współpracowników pokazały, że 98% badanych otyłych dziewcząt było stygmatyzowanych bądź wyśmiewanych z powodu wyglądu (1998 za: Głębocka, Banach, 2010). Według badań Kariny Leksy (2013) 30,1% badanych kobiet z nadwagą i otyłością doświadczyło w okresie dorastania wyśmiewania i krytykowania z powodu nadmiernej masy ciała ze strony rodziny, a 30% badanych ze strony rówieśników.

Otyli adolescenti częściej niż młodzież z prawidłową masą ciała doświadczają obniżonego dobrostanu psychicznego, niskiej samooceny, negatywnego wizerunku ciała, gorzej oceniają swoje zdrowie i częściej odczuwają stany przygnębienia (Field i in. 1999; Kurth, Ellert, 2008; Mond i in., 2011; Oblacińska, Jodłowska, 2007; Robert, Hao, 2013). Otyłe dziewczęta częściej niż dorastający chłopcy prezentują niską samoocenę, zaburzenia nastroju, gorszą ocenę swojego zdrowia psychicznego oraz większe problemy w nauce (Kurth, Ellert, 2008; Robert, Hao, 2013). Z kolei otyli chłopcy mają mniejszy krąg przyjaciół (Robert, Hao, 2013). Badania Anny Oblacińskiej i Marii Jodłowskiej (2007) pokazały, że adolescenti z nadmierną masą ciała doświadczali niezadowolenia z życia, niskiego poczucia własnej wartości, oceniali negatywnie swoje zdrowie, sprawność fizyczną oraz wygląd, a także w szkole częściej byli ofiarami agresji.

Badania Joanny Radoszewskiej (2011) pokazują, że otyli adolescenti w porównaniu z młodzieżą o prawidłowej masie ciała mają trudności z określeniem swoich właściwości psychicznych, a tworzone przez nich Ja idealne jest źródłem wymarzonych właściwości fizycznych. Doświadczenie odrzucenia ze strony rówieśników z powodu nadmiernej masy ciała przyczynia się do trudności w kształtowaniu tożsamości osób otyłych i wycofania z relacji z rówieśnikami przy jednoczesnym podtrzymywaniu zależnościowych relacji z matką.

Rówieśnicy w okresie dorastania stanowią ważny system wsparcia adolescenta w jego rozwoju wizerunku ciała, ale jednocześnie mogą być źródłem negatywnych oddziaływań (Garner, Wilson, 2005; Stice, Whitenton, 2002; Stice, Presnes, Spangler, 2002). Grupa rówieśnicza może doradzać i modelować zachowania prozdrowotne - zachęcać do aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania. Może również udzielać rad mających negatywne konsekwencje zdrowotne, np. zachęcać do podjęcia restrykcyjnej diety, stosowania nadmiernej ilości ćwiczeń siłowych.

Stosowanie diet stanowi jedną ze strategii radzenia sobie z nadwagą i otyłością (Łuszczczyńska, 2010). Polegają one na podejmowaniu prób racjonalnego żywienia. Diety te należy odróżnić od restrykcyjnych metod odchudzania stosowanych przez osoby z zaburzonymi postawami żywieniowymi i zaburzeniami odżywiania.

Interwencje skierowane do osób z nadwagą i otyłością nie tylko powinny być ukierunkowane na zmianę nawyków żywieniowych i wzrost aktywności fizycznej, ale także powinny obejmować specyficzne działania związane z poprawą wizerunku ciała (Mond i in. 2011).

Problematyka badań własnych. Celem niniejszych badań było określenie, w jaki sposób młodzież o różnym wskaźniku BMI spostrzega krytykę wyglądu rówieśników oraz wsparcie rówieśników w kształtowaniu wizerunku ciała.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją różnice w spostrzeganiu krytyki wyglądu rówieśników przez młodzież o zróżnicowanym wskaźniku BMI?
2. Czy istnieją różnice w uwewnętrznionej krytyce wyglądu przez młodzież o zróżnicowanym wskaźniku BMI?
3. Czy istnieją różnice w spostrzeganiu rówieśniczego wsparcia emocjonalnego przez młodzież o zróżnicowanym wskaźniku BMI?
4. Czy istnieją różnice w spostrzeganiu rówieśniczego wsparcia informacyjnego (konstruktywnego doradzania diet, destruktywnego doradzania diet i suplementów diety, doradzania sportu) w kształtowaniu wizerunku ciała przez młodzież o zróżnicowanym wskaźniku BMI?

Adolescencja jest ważnym okresem kształtowania się tożsamości, obrazu siebie i obrazu własnego ciała. Wizerunek ciała ulega zmianie się pod wpływem przemian fizjologicznych i konfrontacji z przekazami społecznymi dotyczącymi atrakcyjności fizycznej. Rówieśnicy w okresie dojrzewania stanowią, obok rodziny i przekazów medialnych, ważne predyktory wizerunku ciała adolescentów (Stice, Whitenton, 2002; McCabe, Ricciardelli, 2003, Cash, 2004). Krytyka rówieśników i wyśmiewanie się z wyglądu innych osób mogą wzmacniać poczucie niezadowolenia z ciała oraz podejmowanie zachowań mających negatywne konsekwencje dla zdrowia i dobrostanu emocjonalnego adolescentów.

Obraz własnej osoby i własnego ciała jest częściowo oparty na tzw. jaźni odzwierciedlonej (*looking-glass self*) (Cooley, 1902). Wraz z wejściem w okres operacji formalnych dzieci przyjmują perspektywę widzenia innych osób, przez co przejmują się tym, co inne osoby mówią o ich zachowaniu, zdolnościach i wyglądzie (Vasta, Haith, Miller, 1999). W badaniach własnych obok krytyki wyglądu uwzględniono tzw. uwewnętrznioną krytykę, czyli wyobrażenia dorastających na temat ocen rówieśników dotyczących własnego wyglądu.

Wsparcie rówieśników może pomóc w przystosowaniu się do własnego ciała, zmieniającego się pod wpływem zmian pokwitaniowych. W badaniach własnych wyróżniono różne typy wsparcia rówieśniczego. Za wsparcie emocjonalne uznano zachowania rówieśników polegające na wyrażaniu akceptacji wyglądu drugiej osoby, okazywaniu zrozumienia dla przeżywanego problemu, podkreślaniu wartości drugiej osoby, okazywaniu empatii, pocieszanie, podkreślanie znaczenia innych zasobów jednostki niż atrakcyjność fizyczna. Konstruktywne doradzanie diet to porady rówieśników odwołujące się do racjonalnego odżywiania, zalecanie

rezygnacji z jedzenia słodczy lub spożywania mniejszej ilości jedzenia, a także zachęcanie do jedzenia warzyw i owoców. Destruktywne doradzanie diet i suplementów diety to porady rówieśników, takie jak: zalecanie restrykcyjnego ograniczenia ilości jedzenia oraz zachęcanie do stosowania suplementów diety na wzrost masy ciała i rozrost mięśni. Doradzania sportu to zachęcanie przez rówieśników do podjęcia aktywności fizycznej i namawianie na zmianę sylwetki ciała poprzez ćwiczenia fizyczne zamiast stosowania diety. Ta forma wsparcia, obok konstruktywnego doradzania diet, mogłaby być ważną formą pomocy osobą z nadwagą i otyłością. Ćwiczenia fizyczne są wskazywane przez dorosłe osoby badane jako najbardziej korzystny sposób zmiany wyglądu (Głębocka, 2009). Systematyczna aktywność fizyczna może pozytywnie wpływać na wizerunek ciała bezpośrednio lub pośrednio - poprzez spadek wagi ciała i poprawę zdrowia fizycznego. Uważa się ją również za podstawowy czynnik zabezpieczający przed nadmiernym przyrostem masy ciała (Bensimhon, Kraus i Donahue 2006 za: Łuszczynska 2012).

Założono, że:

- młodzież z nadwagą i otyłością, szczególnie dziewczęta, będą częściej krytykowane przez rówieśników;
- młodzież z nadwagą i otyłością, szczególnie dziewczęta będą charakteryzować się wyższym poziomem wewnętrznej krytyki wyglądu;
- młodzież z nadwagą i otyłością będzie spostrzegać niższy poziom wsparcia emocjonalnego rówieśników;
- młodzież z nadwagą i otyłością będzie spostrzegać wyższy poziom doradzania konstruktywnego doradzania diet i doradzania sportu przez rówieśników;
- młodzież z niedowagą będzie spostrzegać wyższy poziom destruktywnego doradzania diet przez rówieśników.

Grupa badawcza. Przebadano 686 uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych województwa śląskiego w wieku 13 do 20 lat. Średnia wieku dziewcząt wynosiła 16,59 a chłopców 16,4. W badaniu wzięło udział 363 dziewcząt i 323 chłopców. W badaniu kontrolowano normy wagowe adolescentów. U młodzieży do 15 roku życia normy wagowe oblicza się na podstawie tzw. percentylów. Zatem, do ustalenia nadmiernej wagi u adolescentów poniżej 15 roku życia posłużono się kartami dostępnymi na stronach internetowych WHO, które w percentylach wskazują granice wagi w normie, niedowagi, nadwagi i otyłości. U starszej młodzieży posłużono się BMI (*Body Mass Indeks*). Do pomiaru tej zmiennej posłużyły podane przez badanych – wzrost i obecna waga ciała. Na podstawie tych danych obliczono BMI według wzoru: waga ciała (kg)/wzrost (m)². Tabela 1 przedstawia zróżnicowanie badanej grupy osób pod względem płci i norm wagowych.

NARZĘDZIA BADAWCZE

Uczestnicy badania wypełniali wypełnili trzy autorskie kwestionariusze.

- Kwestionariusz Percepcji Krytyki Rówieśniczej - zastosowano do badania krytyki wyglądu spostrzeganej ze strony rówieśników. Kwestionariusz zawiera 20 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się na skali pięciopunktowej,

wybierając jedną z odpowiedzi: „nigdy”, „rzadko”, „czasami”, „często”, „bardzo często”. Analiza czynnikowa wyodrębniła dwa czynniki – skalę krytyka wyglądu (przykładowa pozycja skali: „Moi koledzy/koleżanki żartują z różnych części mojego ciała”) i skalę komplementowanie wyglądu (przykładowa pozycja skali: „Moi koledzy/koleżanki mówią, że podoba im się moja fryzura”). Współczynniki rzetelności Alfa-Cronbacha wnosyły: dla skali krytyka wyglądu - 0,85, dla skali komplementowanie wyglądu - 0,87.

- Kwestionariusz Ja Odzwierciedlonego zastosowano do badania uwewnętrznionej krytyki wyglądu. Kwestionariusz zawiera 21 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się na skali pięciopunktowej, wybierając jedną z odpowiedzi: „nigdy”, „rzadko”, „czasami”, „często”, „bardzo często”. Analiza czynnikowa wyodrębniła dwa czynniki – skalę uwewnętrzniona krytyka (przykładowa pozycja skali: „Jestem przekonana/przekonany, że moi koledzy/koleżanki śmieją się z tego, że jestem za gruba/za gruby, wtedy gdy nie ma mnie w pobliżu”) i skalę uwewnętrznione pozytywne opinie (przykładowa pozycja skali: „Myszę, że mój wygląd podoba się moim kolegom/koleżankom”). Współczynniki rzetelności Alfa-Cronbacha wynosiły: dla skali uwewnętrzniona krytyka - 0,84 dla skali uwewnętrznione pozytywne opinie - 0,87. W niniejszych badaniach użyto skalę uwewnętrzniona krytyka.
- Kwestionariusz Relacje „Ja-Inni” mierzy różne wsparcia rówieśniczego w kształtowaniu wizerunku ciała adolescentów. Kwestionariusz składa się z 24 pozycji. Klasyczne pozycje testowe w metodach samoopisowych zastąpiono ilustracjami przedstawiającymi sytuacje, w których główny bohater wyraża niezadowolenie z wyglądu lub podejmuje określone zachowania w celu zmiany swojego ciała i pyta rówieśników o poradę. Głównymi bohaterami są dorastające dziewczęta i chłopcy, którzy borykają się z takimi problemami jak: chęć uzyskania szczupłej sylwetki, wyśmiewanie z powodu nadwagi, chęć uzyskania umięśnionej sylwetki, chęć zmiany wyglądu jakiejś części ciała, stosowanie diet odchudzających lub stosowanie suplementów diety na wzrost masy ciała i masy mięśniowej. Obok ilustracji znajduje się pytanie: „Co powiedzieli koledzy/koleżanki?” oraz cztery lub pięć możliwych informacji zwrotnych rówieśników dotyczące problemu głównego bohatera. Zadaniem badanej osoby jest uszeregować podane wypowiedzi od 1 do 4, lub 5 w zależności od tego, która z odpowiedzi nasuwa się badanemu jako pierwsza, druga, trzecia, czwarta lub piąta. W badaniu posłużono się skalami mierzącymi różne typy wsparcia, których współczynniki rzetelności miały zadowalające wartości: skalą wsparcie emocjonalne (Alfa-Cronbacha = 0,87), skalą konstruktywne doradzanie diet (Alfa-Cronbacha = 0,53), skalą destruktywne doradzanie diet i suplementów diety (Alfa-Cronbacha = 0,63), skalą doradzanie sportu (Alfa-Cronbacha = 0,73). Punktacja dla każdej skali jest liczona osobno. Wyniki w poszczególnych skalach pokazują poziom poszczególnych typów wsparcia udzielanego rówieśnikom. Ostateczna wersja kwestionariusza poprzedzona była badaniami fokusowym oraz kilkoma badaniami pilotażowymi. Szczegółowy opis konstruowania narzędzia Relacje Ja – Inni przedstawiono w artykule „Konstruowanie kwestionariusza Relacje Ja – Inni” (Głębocka, Wieteska, 2013).

WYNIKI BADAŃ

Spostrzeganie krytyki wyglądu i uwewnętrzniona krytyka wyglądu adolescentów. W zakresie spostrzeganej krytyki wyglądu zanotowano istotny statystycznie efekt główny wskaźnika BMI. Analiza średnich w porównywanych grupach: osób z nadwagą i otyłością $M = 18,68$, $SD = 6,89$, osób o normalnej wadze $M = 16,03$ $SD = 5,72$ i osób z niedowagą $M = 16,04$, $SD = 6,03$ w postrzeganiu krytyki swojego ciała przez rówieśników wykazała różnice istotne statystycznie $F(2,68) = 12,86$, $p < 0,001$. Dane te przedstawia wykres 1. Adolescenci z nadwagą i otyłością doświadczali częstszej krytyki ze strony kolegów i koleżanek niż młodzież z wagą w normie. Uzyskane wyniki potwierdzają wyniki innych autorów (Eisenberg i in., 2003; Jones, 2004; Thompson i in., 2007). Młodzież często poprzez krytykę wywiera presję na adolescentach, aby dostosowali swój wygląd do promowanego przez media szczupłego kobiecego ciała i umięśnionego ciała męskiego.

Ciekawe wyniki uzyskano w zakresie uwewnętrznionej krytyki wyglądu badanej grupy młodzieży. Analizy statystyczne wykazały istotne efekty główne płci i wskaźnika BMI. Dziewczęta ($M = 23,87$; $SD = 6,98$) miały istotnie wyższy wskaźnik uwewnętrznionej krytyki wyglądu niż chłopcy ($M = 21,93$; $SD = 7,19$) $F(1,68) = 21,57$ $p < 0.001$.

Osoby z nadwagą i otyłością ($M = 25,43$, $SD = 8,77$) miały istotnie wyższą uwewnętrznioną krytykę wyglądu niż osoby z normalną wagą ($M = 22,35$; $SD = 6,57$) i osoby w niedowadze ($M = 23,25$; $SD = 7,37$) $F(2,68) = 12,86$, $p < 0,004$. Dane te ilustruje wykres 2.

Istotny był także efekt interakcji płci i wskaźnika BMI. Najwyższy wskaźnik uwewnętrznionej krytyki zanotowano u dziewcząt z nadwagą i otyłością $M = 29,66$; $SD = 7,54$. Był on istotnie wyższy niż wskaźniki we wszystkich pozostałych badanych grupach $F(2,68) = 4,27$, $p < 0,004$. Wartości uwewnętrznionej krytyki wyglądu dla kobiet i mężczyzn zróżnicowane ze względu na wskaźnik BMI przedstawia wykres 3.

Uzyskane wyniki uzasadnia teoria Ja odzwierciedlonego (Cooley, 1902) i teoria rozbieżności Ja Higginsa (Kofta, Doliński, 2003; Higgins 1996). W okresie dojrzewania wraz ze wzrostem samoświadomości wzrasta znaczenia Ja odzwierciedlonego (Shaffer, 2014) czyli umiejętności przyjmowania perspektywy innych osób. Nowe zdolności poznawcze i doświadczenia społeczne powodują, że wyobrażone opinie innych na swój temat są ważnymi źródłem informacji w systemie Ja. Dziewczęta w okresie dorastania mogą być bardziej wrażliwe na pozawerbalne komunikaty otoczenia na temat ich ciała. Mogą one doświadczać większych niż chłopcy rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym ze względu na bardziej restrykcyjne zmiany związane z dojrzewaniem oraz większą presję związaną z redukcją masy ciała i posiadaniem szczupłej sylwetki preferowanej we współczesnej kulturze (Botta, 2003; Heinberg, Thomson, 1992; Johnes, 2001; Riccardelli, McCabe, 2001). Krytykowanie siebie przez dziewczęta z perspektywy obserwatora jest zbieżne z doniesieniami na temat doświadczenia samouprzedmiotowienia przez kobiety. Teoria i badania na temat samouprzedmiotowienia pokazują wyraźnie,

że kobiety mają tendencję do spostrzegania swojego ciała z perspektywy trzeciego obserwatora i w kategoriach monitorowanego obiektu (Fredrikson i Roberts, 1997). Badania Fredrikson i współpracowników, a także Strelan i Hargreaves (2005) potwierdziły, że taka perspektywa doświadczania swojego ciała przez kobiety wiąże się z wyższym poziomem niezadowolenia z wyglądu oraz stosowaniem restrykcyjnych diet w celu zmiany wyglądu. Również badania własne wykazały, że uwewnętrzniona krytyka wyglądu u dorastających dziewcząt jest silnym predykatorem niezadowolenia z ciała oraz internalizacji współczesnych stereotypów urody (Wieteska, 2015).

Uwewnętrznione negatywne opinie dziewcząt na temat swojego ciała wzmocnione są przez specyficzne normy obowiązujące w grupach dorastających dziewcząt. Rozmowy dziewcząt polegających na deprecjonowaniu swojego wyglądu i podkreślanii konieczności utraty wagi (Britton i in., 2006; Gapiński i in., 2003; Nichter, Vuckovic, 1994). Niektórzy badacze potwierdzili, że pod wpływem uczestnictwa w takich rozmowach dziewczęta nabierają przekonania, że ich ciało jest nieatrakcyjne i wymaga poprawy (Lawer, Nixon, 2001).

Spostrzeganie wsparcia społecznego w kształtowaniu wizerunku ciała. Przeprowadzone analizy statystyczne nie wykazały istotnych statystycznie różnic u adolescentów o zróżnicowanym wskaźniku BMI w zakresie spostrzegania ze strony rówieśników wsparcia emocjonalnego w kształtowaniu wizerunku; konstruktywnego doradzania diet i doradzania sportu. Uzyskane wyniki sugerują, że młodzież nie dopasowuje swojego wsparcia do problemów jednostki z wagą i sylwetką ciała. Być może jest też tak, że osoby borykające się z nadmierną masą ciała lub z niedowagą nie angażują w relacje z rówieśnikami, którzy mogliby im udzielić adekwatnego wsparcia, np. usłyszeć porady dotyczące zwiększenia aktywności fizycznej lub zachęcać do racjonalnego odżywiania. Być może tego typu porady są bardziej popularne w grupach młodzieży uprawiającej sport. Osoby z nadmierną masą ciała lub z niedowagą mogą funkcjonować na marginesie życia rówieśniczego. Jak wykazują badania, osoby z nadwagą i otyłością częściej są odrzucane przez rówieśników (Radoszewska, 2011). Mogą też same wycofywać się z relacji z innymi w obawie przed odrzuceniem lub są zamknięte na informacje dotyczące tego, w jaki sposób uzyskać prawidłową wagę ciała. Wiele badań wśród adolescentycznych dziewcząt pokazało, że niezadowolenie z wyglądu, lęk o własną atrakcyjność stanowi znaczącą barierę w podejmowaniu aktywności fizycznej (Crocker i in., 2006; Dyweyer, 2006; Finne i in., 2011; Bratland-Sanda, Sundot-Borgen, 2012). U osób z nadwagą i otyłością wstyd związany z własnym ciałem może powodować zmniejszenie ćwiczeń fizycznych a tym samym brak przynależności do grupy rówieśników uprawiających sport.

Przeprowadzone badania wykazały, że dziewczęta z niedowagą częściej spostrzegały ze strony rówieśników destruktywne doradzanie diet, w porównaniu z dziewczętami z nadwagą i otyłością, a także w porównaniu z chłopcami o różnym wskaźniku BMI. Sugeruje to, że dziewczęta angażuje się w relacji koleżankami, z którymi narzeka się na nadmierną masę ciała oraz wymienia informacje o szybkich, lecz często szkodliwych dla zdrowia sposobach redukcji masy ciała.

Potwierdzają to wyniki innych autorów (Lawer, Nixon, 2001; Nichter, Vuckovic, 1994; Nichter, 2000).

PODSUMOWANIE

Niniejsze badania wykazały, że zarówno dorastający chłopcy i dziewczęta z nadmierną masą ciała częściej doświadczają krytyki wyglądu niż osoby z normalną wagą. Ponadto, dziewczęta z nadwagą i otyłością mają subiektywne poczucie bycia negatywnie ocenianą przez otoczenie.

Wykazano również, że dziewczęta z niedowagą zaangażowane są częściej niż pozostałe grupy młodzieży w interakcje z rówieśnikami, którzy rozmawiają o dietach zagrażających zdrowiu.

Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w spostrzeganiu wsparcia emocjonalnego, konstruktywnego doradzania diet i doradzania sportu przez młodzież o zróżnicowanym wskaźniku BMI. Oczekiwano, że młodzież będzie udzielać różnych porad w zależności od problemu jednostki związanego z własnym ciałem. Spodziewano się, że adolescentom z nadwagą i otyłością, częściej niż osobą z normalną wagą, koledzy i koleżanki będą doradzać redukcje wagi poprzez zwiększenie aktywności fizycznej lub racjonalne odżywianie. Tymczasem przeprowadzone analizy nie wykazały takich zależności.

Doradzanie odpowiedniego odżywiania się i uprawiania aktywności fizycznej mogłoby być efektywnym wsparciem społecznym młodzieży zmagającej się z problemem nawagi i otyłością, a także dziewcząt zagrożonych zaburzeniami odżywiania. Wymienione typy wsparcia mogłyby stanowić alternatywę dla polecenia sobie przez młodzież destruktywnych diet, które mogą prowadzić do rozwoju zaburzeń odżywiania, nie są skuteczne w walce z nadwagą i otyłością oraz często są szkodliwe dla zdrowia. Oczekiwano, że młodzież będzie udzielać różnych porad w zależności od problemu jednostki związanego z własnym ciałem.

Uzyskane wyniki sugerują, że młodzież nie różnicuje porad dotyczących zmiany wizerunku ciała. Udzielane wsparcie w kształtowaniu wizerunku ciała jest niedopasowane do potrzeb odbiorców. Istnieje zatem potrzeba edukowania młodzieży w temacie zmiany wizerunku ciała, w taki sposób, aby udzielane przez nich porady nie były zagrażające zdrowiu, ale wspierały rozwój prawidłowych nawyków zdrowotnych. Być może w grupach młodzieżowych realizacja celów związanych ze zdrowiem jest w konflikcie z dążeniem do posiadania idealnego ciała preferowanego we współczesnej kulturze. Problematyka funkcjonowania norm dotyczących wizerunku ciała i sposobów jego zmiany w grupach adolescentów wymaga dalszych badań.

Ze względu na duże znaczenie grupy rówieśniczej w okresie dorastania, strategie i programy profilaktyczne adresowane do młodzieży powinny uwzględniać specyfikę wspierania osób z nadwagą i otyłością oraz zagrożonych zaburzeniami odżywiania. Programy te powinny nie tylko opierać się na edukacji zdrowotnej, ale redukować negatywne wpływy, szczególnie tendencje do oceniania osób przez

pryzmat masy ciała, a wzmacniać pozytywne oddziaływania rówieśników (Czabała, 1994; Gaś 1999, 2006).

LITERATURA:

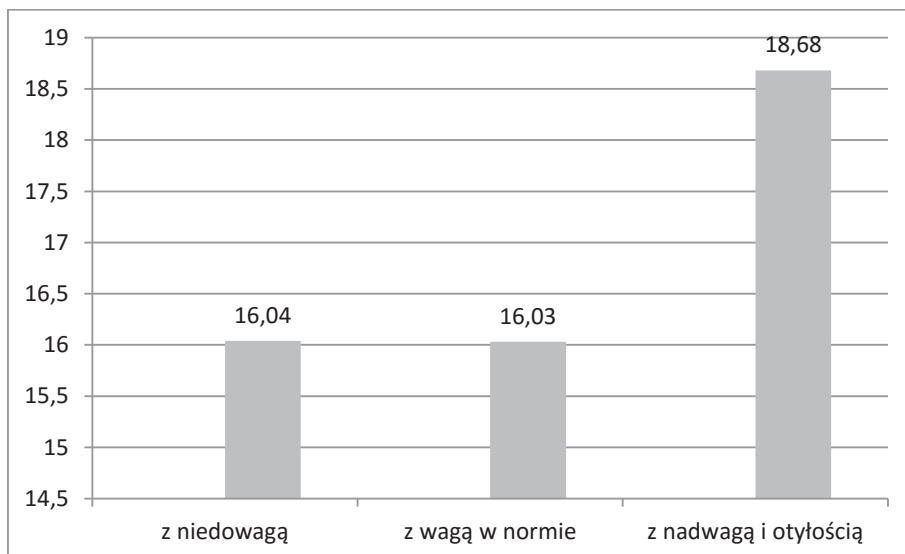
- Botta, R. A. (2003). For your health? The relationship between magazine reading and adolescents' body image and eating disturbances. *Sex Roles*, 48(9/10), 389-399.
- Bratland-Sanda, S., Sundogot-Borgen, J. (2012). Symptom of eating disorder, drive for muscularity and physical activity among Norwegian adolescent. *European Eating Disorders Review*, 20, 287-293.
- Britton, L. E., Martz, D. M., Bazzini, D. G., Curtin, L. A., LeaShomb, A. (2006). Fat talk and self-presentation of body image: is there a social norm for women to self-degrade? *Body Image*, 3(3), 247-254.
- Cash, T. F., Pruzinsky, T. (1990) *Body image: development, deviance and change*. New York: The Guilford.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and social order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Czabała, J. Cz. (1994). Promocja zdrowia psychicznego. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*. 1 (3-4), 46-61.
- Dweyer, J. M., Alison, K. R., Goldenberg, E. R., Fein, A. J., Yoshida, K. K, Boutilier, M. A., (2006). Adolescent girls' perceived barriers to participation in physical activity. *Adolescence*, 41(161), 75-89.
- Einsenberg, M. E., Wall, M., Neumark-Sztainer, D. (2012). Muscle-enhancing behaviors among adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 130 (6), 1019-1026.
- Field, A., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Barkey, C. S., Frazier, L., Gillman, M. W., Colditz, G. A., (1999). Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 754-760.
- Finne, E., Bucksch, J., Lampert, T., Kolip, P. (2011). Age, puberty, body dissatisfaction and psychical activity decline in adolescents. Results of German Health Interview and examination survey (KIGGS). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 119-133.
- Fredrikson B., i Roberts T.A. (1997). Objectification theory. Toward understanding women's live experiences and mental health risk. *Psychology of Women Quarterly* 21,173-206.
- Fredrikson B., Roberts T.A., Noll S.M., Quinn D.M. (1998). The swimsuit becomes you: sex differences in self-objectification restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology* 75 (1), 269-284.
- Gapinski, K. D., Brownell, K. D., LaFrance, M. (2003), Body objectification and "fat talk": effects of emotion, motivation, and cognitive performance. *Sex Roles*, 48, 377-388.
- Garner, B., Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 313-320.
- Gaś, Z. B. (1999). *Młodzieżowe programy wsparcia rówieśniczego*. Katowice: Biblioteka Pracownika Społecznego.
- Gaś, Z. B. (2006). *Profilaktyka w szkole*. Warszawa: WSiP.
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolone z wyglądu a rozpacзлиwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Głębocka, A., Wieteska, A. (2013). Konstruowanie kwestionariusza Relacje Ja - Inni. W: Z. B. Gaś (red.), *Młodzież zagubiona – młodzież poszukująca* (259-290). Lublin: Wydawnictwo Naukowe Innovatio Press.
- Głębocka A., Wiśniewska A. (2005). Psychologiczny portret kobiet otyłych. W: Alicja Głębocka (red.), *Wizerunek ciała. Portret Polek* (s. 63-78). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 63-78.
- Higgins, E. T. (1996). The "self digest": self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (6), 1062-1083.

- Jones, D. C. (2001). Social comparison and body image; attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys. *Sex Roles*, 45, 645-664.
- Kurth, B. M., Ellert, U. (2008). Perceived or true obesity: which causes more suffering in adolescents? Findings of the Germany Health Interview and examination survey for children and adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, 105(23), 406-412.
- Lange, A., Starostecka A., Graliński, S. G. (2001). Otyłość dziecięca. *Kliniczna Pediatrya*, 2, 295-297.
- Lawer, M., Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideal. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 59-71.
- Leksy, K. (2013). *Nadmierna masa ciała – konteksty psychospołeczne i pedagogiczno-edukacyjne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Łuszczynska, A. (2007). *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Łuszczynska, A. (2012). *Psychologia sportu i aktywności fizycznej. Zagadnienia kliniczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Małecka-Tendyra, E., Klimek, K., Matusik, P. (2005). Obesity and overweight prevalence in polish 7 to 9-year-old children. *Obesity Research*, 13, 964-968.
- Marnyet, L. (2010). Child Obesity. *The Scottish Health Survey: Vol. 1: Main Report*. <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/09/23154223/87> (dostęp: 05.08.2014).
- McCabe, U. S., Ricciardelli, L. A. (2004). A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 39, 145-166.
- Mikoś, M., Mikoś H., Obara-Moszyńska M., Niedziela, M. (2010). Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży. *Nowiny Lekarskie*, 79(5), 397-402.
- Mond, J., van den Berg P, Boutelle, K., Hannan, P, Neumark-Sztainer, D., (2011). Obesity, body dissatisfaction and emotional well-being in early and late adolescence. Findings from Project EAT Study. *Journal of Adolescent Health*, 48(4), 373-378.
- Nichter, M, Vuckovic, N. (1994). Fat talk: body image among adolescent girls. W: N. Sault (red.), *Many mirrors: Body image and social relations* (s.109-131). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Nichter, M. (2000). *Fat talk: what girls and their parents say about dieting*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Oblacińska, I., Jodłowska M. (2007). Otyłość u polskich nastolatków. *Epidemiologia styl życia i samopoczucie*. <http://www.psse.czest.pl/oz/programy-tf-dn05-otylosc.pdf> (dostęp: 01.06.2014).
- Oleś, P. K. (2011). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Odgen, J. (2011). *Psychologia odżywiania się: od zdrowych do zaburzonych postaw żywieniowych*. Przeł. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Radoszewska, J. (2009). Otyły nastolatek w oczach rówieśników. *Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 16(3), 196-200.
- Radoszewska, J. (2011). Ucieleśnienie. *Psychiczne uwarunkowania otyłości u dzieci i osób w wieku dorastania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Robert, R. E., Hao, D. T. (2013). Obesity and has few effects on future psychological functioning of adolescents. *Eating Behaviours*, 14(2), 128-136.
- Schaffer, R. H. (2014). *Psychologia dziecka*. Przeł. A. Wojciechowski. Warszawa: PWN.
- Stice, E., Presness, K., Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.
- Stice, E., Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.

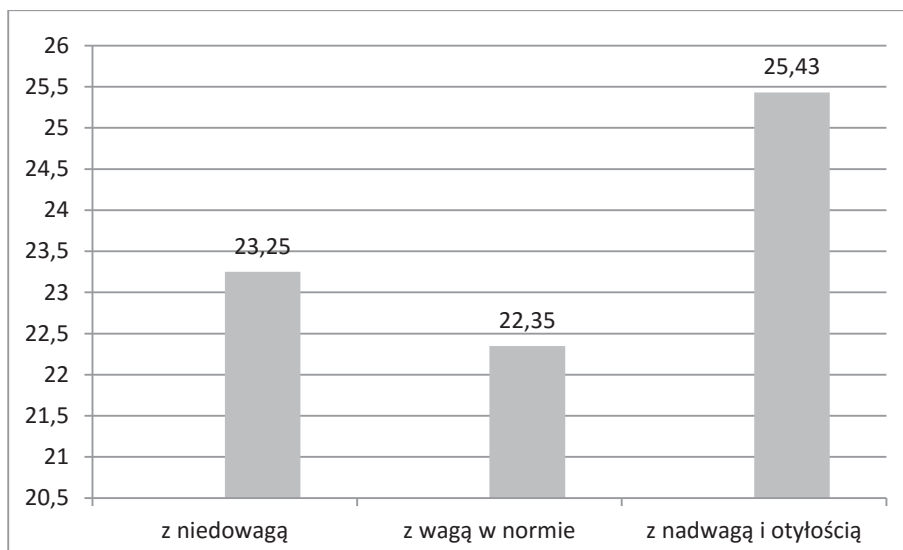
- Strelan, P., Hargreaves, D. (2005). Reasons for exercise and body esteem: men's responses to self-objectification. *Sex Roles*, 53, 495-503.
- Thompson, J. K., Shroff, H., Herbozo, S., Cafri, C., Rodriguez, J., Rodriguez, M. (2007). Relations among multiple peer influences, body dissatisfaction, eating disturbance, and self-esteem: a comparison of average weight, at risk of overweight, and overweight adolescent girls. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 24-29.
- Wieteska A. (2015). *Rola rówieśników w kształtowaniu wizerunku ciała adolescentów*. Niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Śląski.
- Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (2001). *Psychologia dziecka*. Warszawa: WSiP.

Tabela 1. Zróżnicowanie badanej grupy pod względem płci i wskaźnika BMI

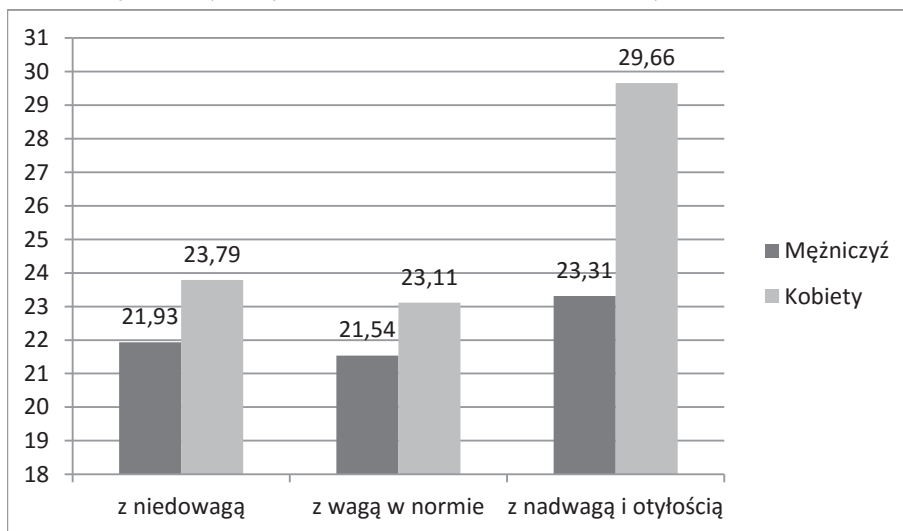
	z niedowagą		z wagą w normie		z nadwagą i otyłością	
	liczba osób	% badanych	liczba osób	% badanych	liczba osób	% badanych
Dziewczęta	74	20,3%	261	72%	28	7,7%
Chłopcy	36	11,4%	226	70%	60	18,6%
Ogółem	110	16%	487	71%	88	13%



Wykres 1. Średnie wartości spostrzeganej krytyki wyglądu przez młodzież o określonym BMI (maksymalna wartość skali to 55 punktów)



Wykres 2. Średnie wartości uwewnętrznionej krytyki wyglądu badanych adolescentów o określonym BMI (maksymalna wartość skali to 55 punktów)



Wykres 3. Średnie wartości uwewnętrznionej krytyki wyglądu badanych adolescentów, z podziałem na kobiety i mężczyzn, o określonym BMI (maksymalna wartość skali to 55 punktów)



Anna Kózka

Uniwersytet Śląski
E-mail: anna.kozka@onet.eu

Hanna Przybyła-Basista

Uniwersytet Śląski
E-mail: przybyla@us.edu.pl

Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny dla rodziców dzieci z zespołem Downa / *Social support as a protection of parents of children with Down syndrome*

Abstract

Results of many studies show that caring for a child with Down syndrome can be a source of burden. Parents of these children face many financial, medical, social and psychological challenges. The main objective of this study was to answer two questions: (a) whether perceived social support mediates the relationship between perceived stress and psychological well-being among parents of children with Down syndrome, (b) whether there is any difference in the level of perceived stress between parents who conceive their parenthood in different categories such as burden or satisfaction-happiness. Data were collected from a total sample of 126 parents (75 mothers and 51 fathers). Mediation analysis has shown that social support is a partial mediator between perceived stress and psychological well-being in the group of parents of children with Down syndrome. Moreover, parents who viewed their parenthood as a burden reported a lower level of perceived social support than parents who reported their parenthood as satisfaction-happiness. This study can be helpful in a better understanding of the role of social support in the process of raising a child with Down syndrome.

Keywords: social support; protection; social exclusion; parents; children; Down syndrome

WPROWADZENIE

Badacze zajmujący się wsparciem społecznym odnoszą je do posiadanych sieci relacji z innymi pozwalających dostrzegać możliwość pomocy, a także realnie ją otrzymywać (Knoll i Schwarzer, 2012: 30). Sieci wsparcia istnieją niezależnie od tego, czy jest wymagana ich aktywacja. Rozważania dotyczące tego rodzaju interakcji międzyludzkich pojawiają się najczęściej w kontekście sytuacji trudnych, kryzysowych (Bruhn i Philips, 1987, za: Sęk, Cieślak, 2012: 13). Jedną z sytuacji trudnych są narodziny dziecka dotkniętego niepełnosprawnością. Opie-

ka nad dzieckiem dotkniętym zespołem Downa generuje stres rodzicielski, będący zbiorem wielu niespecyficznych obciążeń wiążących się z pełnieniem roli matki i ojca (Pisula, 2007: 42). Obowiązki związane w opieką nad dzieckiem oraz wysiłki związane z procesem adaptacji do nowej, trudnej sytuacji, znacznie ograniczają czas wolny rodziców. W konsekwencji zmniejszeniu ulega również częstość ich kontaktów społecznych (niezwiązanych z opieką medyczną czy rehabilitacją dziecka). Sposób radzenia sobie przez rodziców z licznymi obciążeniami wynikającymi z kondycji dziecka ma wpływ na dobrostan całej rodziny (Solheim-Haugstvedt et al., 2013: 108). W tym kontekście wielce uzasadniona jawi się konieczność rozpoznania potrzeb całego systemu rodzinnego i organizacji kompleksowego wsparcia dla rodziny (Sadowska, Gruna-Ożarowska, Mysłək-Prucnal, 2007: 131). Wsparcie społeczne uważa się za czynnik sprzyjający lepszemu funkcjonowaniu rodziny, zwłaszcza w kontekście posiadania dziecka z niepełnosprawnością. Więzi społeczne mogą być głównym czynnikiem ochronnym na przestrzeni całego życia jednostki (Ryff i Singer, 2000: 40).

WSPARCIE SPOŁECZNE W KONTEKŚCIE STRESU I DOBROSTANU RODZICÓW DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Wsparcie społeczne zaliczane jest do środowiskowych czynników mających wpływ na adaptację rodziców do sytuacji stresowej związanej z niepełnosprawnością dziecka (Sadowska et al., 2007: 132). King i współpracownicy (2006: 902) uznali, że jest ono kluczowym czynnikiem mającym wpływ na proces adaptacji do przeciwności losu. Wsparcie społeczne może być swoistym „buforem” w sytuacjach stresu i obciążenia stanowiąc źródło wzmocnienia i lepszego funkcjonowania pod względem zdrowotnym (Sęk i Cieślak, 2012: 26). Korzystanie z zasobów wsparcia społecznego jest zaliczane do strategii zapobiegających pojawianiu się depresji i dużego natężenia lęku, a także wzmacniających poczucie bezpieczeństwa (Gray, Holden, 1992: 83). W badaniach Hsiao (2014: 554) wykazano, że wpływ obciążeń dotyczących rodzinę dziecka z zespołem Downa zmniejszał się, kiedy rodzina dysponowała wsparciem społecznym.

Wsparcie społeczne w kontekście sprawowania opieki nad dzieckiem dotkniętym zaburzeniem funkcjonowania jest szczególnie istotne, gdyż rodzicielski stres wiąże się również z funkcjonowaniem rodziców w szerszym środowisku społecznym i doświadczaną przez nich stygmatyzacją (Koro-Ljungberg i Bussing, 2009: 1175). Stygmatyzacja współwystępuje z wieloma negatywnymi zjawiskami, takimi jak etykietowanie, dyskryminacja, stereotypizacja ze strony otoczenia oraz utrata kontroli (Link i Phelan, 2001: 367). Landsman (2005: 135) uważa, że największej ilości zmartwień rodzicom dzieci z niepełnosprawnościami przysparza negatywny w odbiorze sposób traktowania ich dzieci przez innych ludzi. Stąd tak ważne jest posiadanie kilku możliwych źródeł wsparcia, które ograniczą wpływ negatywnych oddziaływań społecznych. Poziom stresu rodziców dzieci z niepełnosprawnością jest bowiem tym mniejszy, im większą ilością różnego rodzaju zasobów dysponują (Hodapp, Fidler i Smith, 1998: 337). Mała, ale bardzo efektywna sieć kontaktów ze wspierającymi, „wypróbowanymi” osobami jest wyznacznikiem dobrego przy-

stosowania rodziców (Kwai-sang Yau i Li-Tsang, 1999: 38). Co więcej, wsparcie społeczne wpływa pozytywnie na ojców dzieci z niepełnosprawnością i wiąże się z poczuciem większego poziomu skuteczności w pełnieniu roli rodzicielskiej (Kersh et al., 2006: 890). Kościelska (1995: 54) wskazuje także, że wsparcie społeczne zaliczane jest do czynników wpływających na radzenie sobie z żałobą po utracie marzeń o zdrowym dziecku. Wśród rodziców dzieci z zespołem Downa pozytywne przeformułowanie swojego położenia, poczucie własnej skuteczności oraz otrzymywane wsparcie wiążą się z pozytywnym afektem (Veek, van der, Kraaij, Garnefski, 2009: 221).

POSTRZEGANIE I OTRZYMYWANIE WSPARCIA PRZEZ MATKI I OJCÓW DZIECI Z ZESPOŁEM DOWNA

Udzielanie, uzyskiwanie oraz spostrzeżenie wsparcia społecznego zależy w dużej mierze od płci (Knoll, Schwarzer, 2012). Często wskazuje się, że matki dzieci z zespołem Downa zgłaszają większą potrzebę społecznego i rodzinnego wsparcia, zdobywania informacji pomagających zrozumieć stan dziecka oraz wskazówek, jak tłumaczyć to co się stało otoczeniu oraz gdzie szukać pomocy przy opiece nad dzieckiem. Ojcowie koncentrują się bardziej na pracy zawodowej (Sullivan, 2002: 72). Wskazana prawidłowość wynikać może z uwarunkowań kulturowych pełnienia roli rodzicielskiej przez matkę i ojca, jak również ze specyfiki sieci wsparcia, w jakich funkcjonują kobiety, a w jakich mężczyźni. Sieci wsparcia mężczyzn zdają się zapewniać niższy poziom wsparcia w sytuacji trudnej. Wielu ojców nie jest w stanie w otwarty sposób rozmawiać o niepełnosprawności dziecka ze znajomymi w pracy czy też z sąsiadami. Wsparcie skierowane do rodziców dzieci powinno być dostosowane do różnic dzielących matki i ojców w poziomie otwartości oraz doświadczeń w korzystaniu ze wsparcia.

Istotną kwestią w omawianiu szeroko pojętego wsparcia społecznego jest także określenie jego źródeł. Dane pochodzące z wielu badań nad wsparciem wskazują, że do osób go udzielających zazwyczaj zaliczani są członkowie rodzin, przyjaciele, znajomi oraz sąsiedzi, a także współpracownicy czy osoby tego samego wyznania (mówimy wtedy o wsparciu nieformalnym), z drugiej strony badani podkreślają znaczenie formalnych źródeł wsparcia, wspominając o specjalistach zajmujących się profesjonalnym udzielaniem pomocy, instytucjach oraz grupach pomocowych (Sęk i Cieślak, 2012: 16).

Rodzina i przyjaciele. Dobrze prosperujący związek małżeński jest zaliczany do bardzo ważnych kategorii wsparcia społecznego dla osób w nim trwających. Wsparcie małżeńskie w sytuacji opieki nad dzieckiem dotkniętym niepełnosprawnością rozumiane jest jako angażowanie się przez partnera w opiekę nad dzieckiem oraz ponoszenie za nie współodpowiedzialności (Pisula, 2007: 93) Wykazano, iż matki dzieci z zespołem Downa deklarują dużą ilość wsparcia otrzymywanego od współmałżonków i oceniają ich zachowania jako niezmiernie pomocne (Garcia-Tunon, 1997: 2159). W momencie otrzymania diagnozy zespołu Downa u dziecka, to właśnie małżonek jest osobą najbardziej wspierającą matkę (Bruns i Foerster, 2011: 362). Pisula i Górská (2002: 98) wskazują, że zarówno wielkość sieci

społecznej jak i poziom zadowolenia z niej są czynnikami sprzyjającymi poczuciu satysfakcji z małżeństwa.

Dość rzadko w literaturze pojawia się temat wsparcia otrzymywanego ze strony dziadków, mimo iż to oni są osobami, które często towarzyszą rodzicom w trudach zmagania się z niepełnosprawnością dziecka (Żyta, 2011: 52). Z badań wynika (Hastings, Thomas, Delwiche, 2002: 97-98), że dziadkowie mogą dostarczać zarówno wsparcia emocjonalnego, jak i praktycznego – opiekować się wnukami cierpiącymi na zespół Downa oraz wspomagać rodziców finansowo, przyczyniając się tym samym do obniżenia poziomu występującego u nich stresu. I przeciwnie, dziadkowie mogą również doświadczać trudności związanych z adaptacją do faktu niepełnosprawności wnuka, co może skutkować odrzuceniem dziecka lub zaprzeczeniem jego choroby (Carpenter, 2000: 137).

Inną ważną grupą będącą dla rodziców potencjalnym źródłem wsparcia są przyjaciele. Steel i współpracownicy (2011: 1124) podają, że rodzice dzieci z niepełnosprawnością intelektualną otrzymują od przyjaciół najczęściej wsparcie emocjonalne, a z rzadka praktyczne wsparcie w opiece nad dzieckiem. W ten sposób pomoc rodzinna staje się głównym źródłem wsparcia w codziennej opiece nad dzieckiem. Rodzina jest najczęściej silnie obciążona w obliczu dużej ilości zadań związanych z opieką i wychowywaniem dziecka z niepełnosprawnością oraz ograniczonej pomocy ze strony innych osób, w tym znajomych i przyjaciół.

Wsparcie instytucjonalne. Na obniżenie poczucia stresu u rodziców dzieci z zespołem Downa wpływać może obecność wielu sprawnie działających organizacji wsparcia społecznego. Stanowią one przestrzeń dla wymiany doświadczeń, a także doświadczania poczucia przynależności (Pisula, 2007: 139). Programy adresowane do rodziców dzieci z niepełnosprawnością skutkują zarówno redukcją dysfunkcyjnych wzorców sprawowania roli rodzica, jak i zmniejszeniem ilości problemów związanych z zachowaniem dziecka (Sofronoff, Jahnel, Sanders, 2011: 2256-2258). Wskazane jest, aby rodzice zaczęli korzystać z tej formy wsparcia na jak najwcześniejszym etapie życia i rozwoju dziecka (Picard, Morin, Mondehared, 2014: 283).

Niejednokrotnie zaniedbywanym, choć niezwykle ważnym aspektem wsparcia udzielanego rodzicom dzieci z niepełnosprawnościami, w tym z zespołem Downa, jest postnatalne wspieranie matki. Udzielana matce pomoc przekłada się bowiem na przebieg rozwoju jej dziecka (Pimentel, 2003: 209). Skotko (2005: 65) wskazuje, że w szpitalach powinien być obecny psycholog, aby mógł udzielić wsparcia rodzicom, którym urodziło się chore dziecko. Zdarza się bowiem, że diagnoza zespołu Downa u dziecka przekazywana jest w nieprofesjonalny sposób w mało intymnych warunkach (Pisula i Dąbrowska, 2004: 461).

Istotne jest również objęcie dziecka procesem rehabilitacji we wczesnych etapach jego życia (Piotrowicz, 2013: 22). Daje to szansę na hamowanie lub wyrównywanie wielu zaburzeń występujących u dziecka oraz możliwość zaangażowania się przez rodziców w proces wspomaganie rozwoju dziecka i tym samym nabywanie przez nich nowych kompetencji rodzicielskich. W konsekwencji wzrasta poziom psy-

chologicznego dobrostanu rodziców. Interwencja i pomoc rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością może skutkować trzema zmianami: (1) polepszeniem sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem połączonym z czerpaniem przez rodziców satysfakcji z tego procesu; (2) lepszym funkcjonowaniem dziecka oraz (3) redukcją trudności związanych z funkcjonowaniem dziecka (Quinton, 2004, za: Oates, 2010: 36).

CEL BADAŃ I PYTANIA BADAWCZE

Głównym celem przeprowadzonych badań była analiza roli wsparcia społecznego jako czynnika chroniącego poczucie dobrostanu psychicznego rodziców dzieci z zespołem Downa. Drugim celem było zbadanie zależności między percepcją własnego rodzicielstwa a poczuciem wsparcia społecznego rodziców. Biorąc pod uwagę powyższe cele, w pracy postawiono dwa następujące pytania badawcze: (1) czy wsparcie społeczne pełni mediującą rolę między odczuwanym stresem a dobrostanem psychicznym badanych rodziców dzieci z zespołem Downa, (2) czy zachodzi związek pomiędzy postrzeganiem przez rodziców swojego rodzicielstwa (np. jako obciążenia, wyzwania, satysfakcji, szczęścia) a poziomem spostrzeganego przez nich wsparcia społecznego. Ukierunkowanie badań i analiz na stres rodzicielski wydaje się ważne ze względu na liczne doniesienia badawcze przedstawiające proces wychowywania dziecka dotkniętego niepełnosprawnością jako cykl związany ze zmaganiem się z wieloma obciążeniami i trudnościami. W oparciu o dane z literatury przedmiotu założono, że wsparcie społeczne może pełnić znaczącą rolę wyjaśniającą poczucie dobrostanu psychicznego badanych matek i ojców, jak również wpływać na zmiany w postrzeganiu swojego rodzicielstwa w kategoriach obciążenia, „zwyczajności”, wyzwania, satysfakcji i szczęścia (szerzej na temat kategorii percepcji rodzicielstwa – Przybyła-Basista i Kózka, 2016).

OSOBY BADANE I PROCEDURA BADAŃ

Grupa badanych liczyła 126 osób – rodziców dzieci z zespołem Downa: 59,52% stanowiły matki (75 osób), zaś 40,48% ojcowie (51 osób). Wszyscy rodzice pozostawali w związku małżeńskim. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 46,54 lat (min. 25., maks. 69), a średnia długość trwania związku 20,50 lat (min. 5, maks. 48 lat). Wśród badanych rodziców najwięcej osób posiadało wykształcenie wyższe ($n = 52$), najmniej wykształcenie podstawowe ($n = 1$). Sytuacja zawodowa badanych kształtowała się w następujący sposób. Wśród matek najliczniejszą grupę stanowiły matki aktualnie pracujące na pełnym etacie ($n = 23$), bądź matki, które były aktywne zawodowo do czasu narodzin dziecka ($n = 24$). Do rzadkości należały matki pracujące dorywczo ($n = 1$) lub przebywające na urlopie macierzyńskim/ wychowawczym ($n = 1$). Zdecydowana większość ojców pracowała na pełnym etacie ($n = 33$). Badani rodzice w większości określali swoją sytuację materialną jako wystarczającą ($n = 57$), a jedynie dwoje rodziców opisało ją jako bardzo słabą. Najwięcej rodziców ($n = 35$) zamieszkiwało średnie miasta (5 - 50 tys. mieszkańców) oraz duże miasta (100 - 500 tys.; $n = 27$). Niewielu rodziców ($n = 4$) było mieszkańcami małych miast (do 5 tys. mieszkańców). Średnia wieku dzieci z zespołem Downa wyniosła 13,25 lat (rozpiętość wieku od 1 do 39 lat). 51,59% dzieci stanowiły dzieci płci żeńskiej, a 48,41% dzieci płci męskiej.

Analizy dotyczące percepcji własnego rodzicielstwa zostały przeprowadzone w oparciu o wypowiedzi 111 rodziców (70 matek i 41 ojców) z ogółem 126 badanych, tyle bowiem rodziców udzieliło wyczerpujących odpowiedzi.

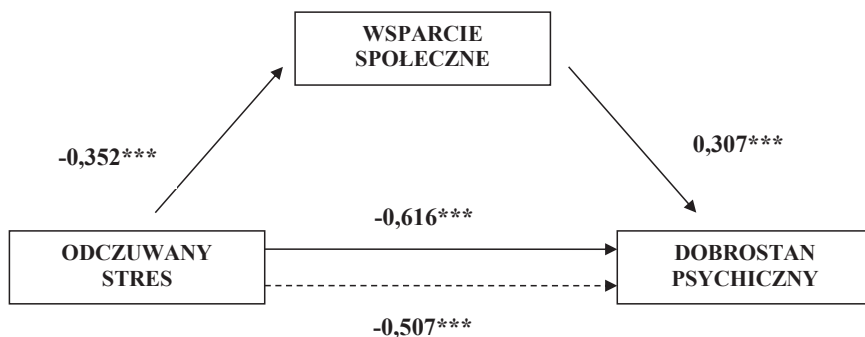
Badani rodzice byli mieszkańcami przede wszystkim województwa śląskiego, a ponadto dolnośląskiego, opolskiego, łódzkiego, mazowieckiego oraz zachodniopomorskiego. Badania prowadzone były indywidualnie oraz za pośrednictwem władz szkół, ośrodków rehabilitacji, ośrodków wczesnej interwencji, poradni psychologiczno-pedagogicznej, warsztatów terapii zajęciowej, stowarzyszeń rodziców i przyjaciół osób z zespołem Downa oraz stowarzyszeń rodziców dzieci z innymi rodzajami niepełnosprawności.

ZASTOSOWANE NARZĘDZIA POMIARU

- (1) *Spostrzegane wsparcie społeczne* – do pomiaru wykorzystano Wielowymiarową Skalę Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS) G. Zimeta i współpracowników w adaptacji K. Buszman i H. Przybyły-Basisty. Kwestionariusz składa się z trzech 4-itemowych podskal mierzących spostrzegane wsparcie społeczne w odniesieniu do następujących kategorii osób: Osoby znaczącej (α -Cronbacha=0,865); Rodziny (α -Cronbacha=0,915); Przyjaciół (α -Cronbacha=0,931). Dla wyniku ogólnego w całej Skali współczynnik α -Cronbacha wynosi 0,893 (Buszman, Przybyła-Basista, 2015).
- (2) *Dobrostan psychiczny* - zmienna rozumiana jako osobiste poczucie szczęścia (Hills, Argyle, 2011: 1073). Na potrzeby poniższej pracy wykorzystano Oksfordzki Kwestionariusz Szczęścia (OHQ) autorstwa P. Hillsa i M. Argyle w polskiej adaptacji A. Kołodziej-Zaleskiej i H. Przybyły-Basisty, gdzie dobrostan psychiczny rozpatrywany jest w dwóch kategoriach: zadowolenia z życia i poczucia siły oraz poczucia sensu i kontroli. Współczynnik rzetelności α -Cronbacha dla wyniku ogólnego wynosi 0,902; dla pierwszego czynnika jest równy 0,882, a dla drugiego 0,827 (Kołodziej-Zaleska, Przybyła-Basista, 2013).
- (3) *Odczuwany stres*, pojmowany tu jako reakcja jednostki na występujące w ostatnim miesiącu trudności (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009: 21). W celu pomiaru zmiennej użyto Skali Odczuwanego Stresu (PSS-10) S. Cohena, T. Kamarcka i R. Mermelsteina w adaptacji polskiej Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik. Wynik osiągnięty w skali PSS-10 jest miarą przewlekłego stresu. Wskaźnik α -Cronbacha dla wyniku ogólnego wynosi 0,86.
- (4) *Ankieta dla Mamy, Ankieta dla Taty* - w celu zbadania percepcji własnego rodzicielstwa przez rodziców posiadających dziecko z zespołem Downa skonstruowano autorską ankietę odrębną dla matek i ojców. Za pomocą tych ankiet zebrano dane o charakterze ilościowo-jakościowym, w tym socjodemograficzne. Wśród twierdzeń pozwalających na jakościowe i ilościowe analizy percepcji rodzicielstwa znalazły się następujące zdania niedokończone wymagające od osób badanych uzupełnienia: „Bycie rodzicem dziecka z zespołem Downa jest dla mnie...”.

WYNIKI BADAŃ

Analiza mediacji została przeprowadzona w trzech krokach (Bedyńska, Książek, 2012: 111). W pierwszym kroku potwierdzono bezpośrednią zależność odczuwanego stresu i dobrostanu psychicznego. Model regresji okazał się być dobrze dopasowany do danych wskazując, że im wyższy jest poziom odczuwanego stresu wśród rodziców dzieci z zespołem Downa, tym niższy poziom dobrostanu psychicznego w tej grupie badanych ($\beta = -0,616$; $p < 0,001$). W drugim kroku testowano relację pomiędzy zmienną wyjaśniającą, czyli odczuwanym stresem a mediatorem, tj. spostrzeganym wsparciem społecznym. Relacja ta okazała się istotna ($\beta = -0,352$; $p < 0,001$). W modelu uwzględniającym jednocześnie mediatora i zmienną wyjaśniającą rola zmiennej wyjaśniającej zmalowała, lecz nadal pozostała istotna statystycznie ($\beta = -0,507$; $p < 0,001$). Mediator okazał się być słabo powiązany ze zmienną wyjaśniającą, jednak na poziomie istotnym statystycznie ($\beta = 0,307$; $p < 0,001$). Zmiennej wyjaśnianej można nadać więc status mediatora częściowego. Zestawienie uzyskanych współczynników *beta* prezentuje rycina 1. Wynik wskazujący na częściowo mediującą rolę wsparcia społecznego został potwierdzony testem Sobela, który okazał się istotny statystycznie ($Z = -3,014$; $p < 0,01$).



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

Rycina 1. Model mediacyjny dla wpływu odczuwanego stresu na dobrostan psychiczny, w którym mediatorem jest spostrzegane wsparcie społeczne

Drugim celem prezentowanych badań było znalezienie odpowiedzi na pytanie o różnice w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego pomiędzy rodzicami, którzy w różny sposób rozumieją swoje rodzicielstwo. 111 rodziców (70 matek i 41 ojców) odpowiedziało na pytanie, które dotyczyło percepcji ich rodzicielstwa. W wyniku przeprowadzonej analizy jakościowej wykazano, że rodzice postrzegają swoje rodzicielstwo w następujących kategoriach: obciążenie ($n = 20$), wyzwanie ($n = 49$), zwyczajność ($n = 13$) oraz satysfakcja-szczęście ($n = 29$) (szerzej na ten temat - Przybyła-Basista i Kózka, 2016). W zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego istotne różnice wykazano pomiędzy rodzicami, którzy postrzegają swoje rodzicielstwo w kategorii obciążenia oraz tymi, którzy traktują je jako źródło satysfakcji i szczęścia ($p = 0,03$). Wyższym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego charakteryzowali się rodzice, którzy opisywali swoje rodzicielstwo

w kategoriach satysfakcji i szczęścia ($M = 66,80$; $SD = 10,99$) w porównaniu z tymi, którzy postrzegali rodzicielstwo w kategoriach obciążenia ($M = 53,55$; $SD = 17,89$). Wyniki analiz prezentują tabela 1 oraz tabela 2.

Tabela 1. Wsparcie społeczne spostrzegane przez rodziców dzieci z zespołem Downa opisujących swoje rodzicielstwo w kategoriach obciążenia, wyzwania, zwyczajności i satysfakcji-szczęścia

Spostrzegane wsparcie społeczne	Rodzice-kategorie rodzicielstwa	<i>n</i>	Średnia	Odchyl. stand.	Błąd stand.	Analiza wariancji ANOVA <i>F</i>	<i>p</i>
wynik ogólny	obciążenie	20	53,55	17,89	0,51	3,904	0,01
wynik ogólny	wyzwanie	49	60,06	14,71	0,34		
wynik ogólny	zwyczajność	13	66,62	16,19	0,62		
wynik ogólny	satysfakcja-szczęście	29	66,80	10,99	0,43		

Tabela 2. Porównania wielokrotne z wykorzystaniem testu Scheffe

Spostrzegane wsparcie społeczne	Kategoria rodzicielstwa	Kategoria rodzicielstwa	Istotność
wynik ogólny	obciążenie	wyzwanie	0,43
wynik ogólny	obciążenie	zwyczajność	0,11
wynik ogólny	obciążenie	satysfakcja-szczęście	0,03
wynik ogólny	wyzwanie	zwyczajność	0,56
wynik ogólny	wyzwanie	satysfakcja-szczęście	0,28
wynik ogólny	zwyczajność	satysfakcja-szczęście	1,00

DYSKUSJA I WNIOSKI

W przeprowadzonych przez nas badaniach spostrzegane wsparcie społeczne pełniło rolę częściowego mediatora pomiędzy odczuwanym przez rodziców dzieci z zespołem Downa stresem a poczuciem ich dobrostanu psychicznego. Oznacza to, że wpływ stresu na dobrostan psychiczny tych rodziców słabnie, gdy dysponują oni zasobem w postaci spostrzeganego wsparcia społecznego. Taki wynik pozostaje w zgodzie z doniesieniami badaczy, którzy potwierdzają rolę wsparcia społecznego jako mediatora w relacji pomiędzy doświadczaniem trudności dotyczących wychowania dziecka a stresem rodzicielskim (Suarez i Baker, 1997: 373).

Powstaje interesujące pytanie, dlaczego wsparcie społeczne jest częściowym, a nie całkowitym mediatorem opisywanej relacji. Istnieje kilka możliwych wyjaśnień tego stanu rzeczy. Przede wszystkim można przypuszczać, że spostrzegany dostęp do wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół czy osoby znaczącej nie oznacza, że ich wsparcie jest wystarczające dla danego rodzica w konkretnej, rzeczywistej sytuacji, i co więcej, optymalne oraz pozwalające na redukcję stresu. Dostrzegane źródła wsparcia nie muszą być zatem równoznaczne z oceną adekwatności i zaspokojeniem potrzeb w tym zakresie. Dostrzeganie możliwości istnienia potencjalnych źródeł wsparcia, choć jest na pewno ważnym i odciążającym czynnikiem w sytuacji stresu, nie jest jednakże z pewnością tym samym co otrzymywanie wsparcia. Można również przypuszczać, że usunięcie jednego źródła stresu (np.

poprzez czasowe odciążenie rodzica w zakresie opieki nad dzieckiem przez dziadków) nie oznacza, że znikają inne źródła trudnych emocji obniżających dobrostan psychologiczny rodziców. W celu uzyskania pełniejszych informacji na temat roli wsparcia osób najbliższych przy wychowywaniu dziecka z niepełnosprawnością należałoby w przyszłości, poza zastosowaniem narzędzia pomiaru wsparcia spostrzeganego (tak jak w raportowanych tu badaniach – kwestionariusza MSPSS Zimeta i współpracowników, 1988: 34-35), wykorzystać również pomiar wsparcia otrzymywanego.

Innym ważnym wnioskiem płynącym z prezentowanych tu badań jest różnica w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego pomiędzy rodzicami charakteryzującymi swoje rodzicielstwo w kategoriach obciążenia w porównaniu z rodzicami opisującymi pełnienie roli rodzicielskiej w kategoriach satysfakcji-szczęścia. Ci ostatni mieli poczucie większego wsparcia. Sposób postrzegania przez rodziców swojej sytuacji może wiązać się z procesem przystosowywania się przez nich do opieki nad dzieckiem dotkniętym niepełnosprawnością. Według niektórych źródeł, rodzice dysponujący wsparciem są w stanie lepiej zaadaptować się do faktu, że ich dziecko nie jest w pełni sprawne (Hastings, Taunt, 2002: 116). Wsparcie społeczne jest więc uznawane za ważny czynnik w procesie przystosowywania się do napotykaných trudności (King i in., 2006: 902). Warto byłoby w przyszłości przeanalizować opisaną zależność pomiędzy poczuciem wsparcia społecznego rodziców a przystosowaniem do roli rodzica wychowującego dziecko z niepełnosprawnością na różnych etapach tego przystosowania, zakładając że poczucie zadowolenia i satysfakcji z pełnienia roli rodzica mogłoby być wskaźnikiem adaptacji.

Opisane powyżej rezultaty badawcze wzbogacają badania z zakresu szeroko pojętego wsparcia społecznego dotyczącego rodziców dzieci z niepełnosprawnością, pozwalając jednocześnie na wysunięcie wniosków ważnych z terapeutycznego punktu widzenia. Przybliżenie rozumienia mediującego mechanizmu wsparcia społecznego może przyczynić się do tworzenia efektywniejszych form ochrony i interwencji rodzinnych. Istotą wsparcia społecznego jest bowiem między innymi zredukowanie poziomu niepewności i stresu poprzez wymianę emocjonalną lub informacyjną. Wsparcie udzielane rodzinie powinno wiązać się ze zwiększaniem u rodziców poczucia przynależności społecznej, mobilizowaniem ich potencjalnych źródeł wsparcia oraz pomocą w nawiązywaniu relacji z profesjonalistami. Tak ukierunkowane interwencje – np. udział rodziców w programach edukacyjnych – dają szansę na podniesienie psychologicznego dobrostanu matek i ojców.

Lepsze poznanie funkcjonowania rodziców dzieci chorych, jak i doświadczanego przez nich stresu oraz znaczenia czynnika ochronnego jakim jest wsparcie społeczne może przyczynić się do usprawniania nie tylko relacji społecznych z otoczeniem, ale również rodzicielskich i małżeńskich. Praca nad sieciami wsparcia społecznego rodziców wydaje się być kluczowym czynnikiem ich optymalnego funkcjonowania w sytuacji niepełnosprawności występującej u dziecka.

LITERATURA

- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). Statystyczny Drogowskaz: tom 3. Praktyczne wykorzystanie modeli regresji i modelowania strukturalnego. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno, SWPS.
- Bruns, D., Foerster, K. (2011). 'We've been through it all together': supports for parents with children with rare trisomy conditions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (4), s. 361-369.
- Buszman K., Przybyła-Basista H. (2015). Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS) Gregorego Zimeta i współpracowników – prezentacja właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia (materiał do tychczas nieopublikowany, udostępniony autorce).
- Carpenter, B. (2000). Sustaining the family: Meeting the needs of families of children with disabilities. *British Journal of Special Education*, 27 (3), s. 135-144.
- Garcia-Tunon, A. (1997). A comparison of the influence of maternal empathy, child's independence skills, and perceived social support, on parenting practices of mothers of preschool children with Down Syndrome and mothers of preschool children without disabilities. *Humanities and Social Sciences*, 58(6-A), s. 2159.
- Gray, D.E., Holden, W.J. (1992). Psycho-social well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18 (2), s. 83-93.
- Hastings, R., Taunt, H. (2002) Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation* 107, 116–27.
- Hastings, R. P., Thomas, H., Delwiche, N. (2002). Grandparent Support for Families of Children with Down's Syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, s. 97–104.
- Hills, P., Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, s. 1073–1082.
- Hodapp, R.M., Fidler, D.J., Smith, A.C.M. (1998). Stress and coping in families of children with Smith-Magenis syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42 (5), s. 331-340.
- Hsiao, C-Y. (2014). Family demands, social support and family functioning in Taiwanese families rearing children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58 (6), s. 549-559.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kersh, J., Hedvat, T.T., Hauser-Cram, P., Warfield, M.E. (2006). The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), s. 883-893.
- King, G., Willoughby, C., Specht, J.A., Brown, E. (2006). Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qualitative Health Research*, 16, 902-925.
- Knoll, N, Schwarzer, R (2012). „Prawdziwych przyjaciół...”. Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: W: H. Sęk, R. Cieślak (red), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s.29-48). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kołodziej-Zaleska, A., Przybyła-Basista, H. (2013). Oksfordzki Kwestionariusz Szczęścia – polska adaptacja narzędzia do badania dobrostanu: wyniki wstępne. Poster prezentowany podczas 1-szej Międzynarodowej Konferencji Psychologii Pozytywnej w Sopocie, 17-19 maja 2013; organizator: SWPS Wydział Zamiejskowy w Sopocie.
- Koro-Ljungberg, M., Bussing, R. (2009). The management of courtesy stigma in the lives of families with teenagers with ADHD. *Journal of Family Issues*, 30, s. 1175-1200.
- Kościelska, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kwai-sang Yau, M., Li-Tsang, C.W.P. (1999). Adjustment and adaptation in parents of children with developmental disability in two-parent families: A review of the

- characteristics and attributes. *British Journal of Developmental Disabilities*, 45 (88), s. 38-51.
- Landsman, G. (2001). Mothers and models of disability. *Journal of Medical Humanities*, 26, 2/3, s. 121-139.
 - Link, B., Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, s. 363-385.
 - Oates, J. (2010). Supporting Parenting. *Early Childhood in Focus*, 5. Milton Keynes: The Open University.
 - Picard, I, Morin, D., Mondehare de, L. (2014). Psychoeducational program for parents of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11 (4), s. 279-292.
 - Pimentel, J. (2003). The development of children with Down syndrome: The influence of maternal adaptation, mother-child interaction and early forms of support. *European Journal of Special Needs Education*, 18 (2), s. 209-225.
 - Piotrowicz, R. (2013). Małe dziecko, dużo pomysłów. Wczesna interwencja. W: J. Koral (red.), *Zespół Downa w XXI wieku* (s. 22-55). Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”.
 - Pisula, E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
 - Pisula, E., Dąbrowska, A. (2004). Doświadczenia matek związane z otrzymaniem informacji o zespole Downa u dziecka. *Pediatrics Polska*, 79, s. 460-466.
 - Pisula, E., Górską, S. (2002). Niepełnosprawność intelektualna dziecka a jakość związku jego rodziców. *Studia psychologiczne*, 40(4), s. 87-105.
 - Przybyła-Basista, H., Kózka, A. (2016). Doświadczenie rodzicielstwa przez matki i ojców dzieci z zespołem Downa. W: K. Mariańczyk, W. Otrębski (red.), *Przepis na rehabilitację, tom II – Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością*. Gdańsk: Harmonia (w druku).
 - Ryff, C.D, Singer, B. (2000). Interpersonal Flourishing: A Positive Health Agenda for the New Millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4 (1), 30-44.
 - Sadowska, L., Gruna-Ożarowska, A., Mysłək-Prucnal, M. (2007). Problemy psychospołeczne i medyczne dzieci z zespołem Downa w procesie wczesnej interwencji w świetle piśmiennictwa i własnych badań naukowych. W: B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne* (s. 129-170). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
 - Sęk, H., Cieślak, R. (2012). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne W: H. Sęk, R. Cieślak (red). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 - Skotko, B. (2005). Mothers of children with Down syndrome reflect on their post-natal support. *Pediatrics*, 115, s. 64-67.
 - Sofronoff, K, Jahnel, D., Sanders, M. (2011). Stepping Stones Triple P seminars for parents of a child with a disability: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 32, s. 2253-2262.
 - Steel, R., Poppe, L., Vandavelde, S., Hove van, G., Claus, C. (2011). Family quality of life in 25 Belgian families: quantitative and qualitative exploration of social and professional support domains. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (12), s. 1123-1135. jir_1433
 - Sullivan, A. (2002). Gender differences in coping strategies of parents of children with Down syndrome. *Down Syndrome Researches and Practice*, 8 (2), s. 67-73.
 - Suarez, L.M., Baker, B. L. (1997) Child externalizing behavior and parents' stress: the role of social support. *Family Relations*, 47, 373-381.
 - Sulheim Haugstvedt, K.T., Graff-Iversen, S., Khan-Bukholm, I.R., Haugli, L., Hallberg, U. (2013). Processes of enhanced self-understanding during a counselling programme for parents of children with disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, s. 108-116.
 - Veek van der, S.M.C, Kraaij, V., Garnefski, N. (2009). Down or up? Explaining positive and negative emotions in parents of children with Down's syndrome: Goals, cognitive coping, and resources. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34 (3), s. 216-229.

- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S.G., Harley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), s. 30-41.



Michalina Iłska

Uniwersytet Śląski
E-mail: milska@us.edu.pl

Anna Kołodziej-Zaleska

Uniwersytet Śląski
E-mail: anna.kolodziej@us.edu.pl

„Dobrze być dziadkiem...”; „Dobrze mieć dziadka...” – znaczenie zaangażowania dziadków w pomoc rodzinom oraz w opiekę nad wnukami / “Good to be Grandpa...”, “Good to have Grandpa...” – the importance of involving grandparents in support for their families and in care of grandchildren

Abstract

The closest family is the most natural support group for seniors. Consequently close family members seem to play an important preventive role in the context of social exclusion of older people. Although the activity of seniors in the area of family, their involvement in family life and giving care to their grandchildren can be a burden, these elements are the important parts of the elderly people's identity, give a sense of social belonging and promote the process of successful aging.

The main aim of this article is to present the results of research into the seniors' involvement in family life, a kind of support which grandparents give to their families and the meaning which grandparents give to caring for grandchildren. The results of the research indicate that maternal grandmothers have more forms of activities with their grandchildren and forms of assistance in the care of grandchildren than maternal grandfathers and grandparents from father side. In addition, results show that both for grandmothers and grandfathers involvement in the care of grandchildren is an important part of life and that the relationships with grandchildren enrich seniors' existence. Involvement in the care of grandchildren is equated with a goal in life to a greater extent by the retired grandparents in comparison to the grandmothers and grandfathers professionally active.

Keywords: seniors; grandfather; grandmother; social exclusion; social affiliation; family; grandchildren; work; retiring

1. WPROWADZENIE

Wydłużający się czas życia ludzi spowodował przeformowanie pojęcia starości. Zmiany przekonań społecznych w tym obszarze wytyczyły również nowe kierunki polityki społecznej, realizowanej wobec osób starszych. Zasadniczym źródłem nowych potrzeb i problemów społecznych są przemiany demograficzne, których główną cechą jest postępujący proces starzenia się populacji. Proces starzenia się dotyka nie tylko krajów wysoko rozwiniętych. Dotyczy także krajów w procesie transformacji oraz krajów szybkiego rozwoju, także Polski (Golinowska, 2005). Zauważalny w ostatniej dekadzie w wielu państwach, szczególnie w krajach zamożnych, proces starzenia się ludności to tzw. starzenie się demograficzne, oznaczające wzrost odsetka ludzi starych w społeczeństwie. O starości demograficznej mówimy, gdy w populacji jest co najmniej 7% osób w wieku powyżej 65 lat. W Polsce w 2010 roku osoby po 65 roku życia stanowiły 14% społeczeństwa (GUS, 2014). Proces starzenia się populacji charakteryzują dwa zjawiska: singularyzacja oraz feminizacja. Zachodzą one, ponieważ kobiety żyją dłużej niż mężczyźni (średnio 81 lat w 2012 r., podczas gdy mężczyźni 72,7 lata). Według prognoz GUS, w latach 2012-2035, przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o 4,4 lata dla mężczyzn oraz o prawie 3 lata dla kobiet. W 2030 r., ok. 53% gospodarstw domowych prowadzonych będzie przez osoby powyżej 65 roku życia (GUS, 2014, Breza, 2014). Starzenie się społeczeństwa stało się procesem nieodwracalnym niosącym za sobą zarówno szanse, jak i zagrożenia.

Do pozytywnych aspektów starzenia się społeczeństwa należy wzrastająca jakość życia ludzi starszych, ich dłuższy wiek życia oraz fakt, iż dłużej zachowują zdrowie, siłę i sprawność fizyczną. To z kolei przyczynia się do dłuższego cieszenia się zawodowym, społecznym i rodzinnym „dorobkiem swego życia”. Badania socjologów pokazują, że osoby powyżej 70 roku życia często nie wymagają opieki krewnych, a wręcz przeciwnie sami udzielają pomocy swoim dzieciom, na przykład poprzez opiekę nad wnukami (Szlendak 2010). W odniesieniu do procesu starzenia się i starości coraz częściej mówi się o optymistycznej, szczęśliwej, witalnej, a przede wszystkim aktywnej starości. Zmianie ulegają również formy opieki i pomocy osobom starszym z uwzględnieniem zasady jak najdłuższego przebywania osób starszych w miejscu zamieszkania, wspomagania ich niezależności, samodzielności i aktywności.

Rozważając aktywność człowieka, wyróżnia się jej trzy obszary:

1. aktywność nieformalna, która sprowadza się do społecznych interakcji z rodziną i najbliższymi znajomymi;
2. aktywność formalna, która obejmuje społeczne uczestnictwo w formalnych organizacjach;
3. aktywność samotnicza, wyrażająca się między innymi przez rozwój osobistych zainteresowań (Jopkiewicz, 1996 za: Zajchowska et al., 2014). Na aktywność bio-psycho-społeczną składają się dwa pojęcia: aktywność funkcjonalna (aktywność ruchowa np. ćwiczenia fizyczne) oraz aktywność psychospołeczna (podtrzymywanie sprawności intelektualnej oraz uczestnictwo w życiu

społecznym seniorów). Są one głównymi elementami profilaktyki w geriatrici, a ich celem jest utrzymanie seniora w jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej (Zajchowska et al., 2014). Badania wskazują na znaczenie podejmowanych aktywności, ponieważ w sposób znaczący warunkują subiektywną ocenę jakości życia „osób 55+” (Chudzicka-Czupała et al., 2015)

Należy zwrócić uwagę, że proces starzenia się populacji implikuje również szereg negatywnych zjawisk natury społecznej, ekonomicznej, medycznej oraz zawodowej. Mogą one prowadzić do negatywnych konsekwencji z wykluczeniem społecznym i marginalizacją osób starszych na pierwszym miejscu. Najbardziej ogólna i najpowszechniejsza, podzielana przez badaczy i polityków, definicja wykluczenia społecznego mówi, że dana jednostka lub jakaś grupa społeczna, będąc członkami wspólnoty (najczęściej chodzi o wspólnotę obywateli państwa), nie może uczestniczyć w pełni w ważnych dziedzinach życia tejże wspólnoty (Czapiński et al., 2015). Według badaczy wykluczenia społecznego zjawisko to jest wielowymiarowe (ubóstwo czy bezrobocie są tylko jednymi z możliwych, ale wcale nie koniecznymi ani wystarczającymi warunkami wykluczenia), dynamiczne (ważniejsze są np. perspektywy zdobycia pracy niż aktualny stan bezrobocia) i relacyjne (uczestnictwo, motywacja, zaangażowanie, relacje społeczne, a nie statystyczna wysokość dochodu czy koszyk dóbr podstawowych) (Chiary Saraceno 2001, Mejera, 2000, Stewart, 2002, za: Czapiński et al., 2015).

Giddens (2004, za: Majer, 2013) mówi o wykluczeniu społecznym jako efekcie szeregu upośledzeń społecznych, w wyniku których osoba lub grupa nie może uczestniczyć w życiu społecznym, gospodarczym i politycznym. Z tym spojrzeniem na kwestię wykluczenia korespondują zdefiniowane przez Grotowską-Leder (2005) obszary wykluczenia: polityczny, ekonomiczny i społeczny. W obszarze politycznym wykluczenie przejawia się w nieuczestniczeniu w decyzjach politycznych w ich kształtowaniu i podejmowaniu. W aspekcie ekonomicznym wykluczenie oznacza ograniczenie lub zupełny brak aktywności w procesach wytwarzania, pracy oraz konsumpcji. Z kolei w obszarze społecznym przejawiają się w ograniczeniu kontaktów, społecznych, rodzinnych, sąsiedzkich, ale także niekorzystaniu z instytucji kulturalnych i oświatowych (Grotowska-Leader, 2005).

Szatur-Jaworska (2000), analizując obszary wykluczenia osób starszych, zwróciła uwagę na wielość ich płaszczyzn: polityczną, ekonomiczną, społeczną i świadomościową. Jako źródła wykluczenia osób starszych autorka uznała:

- brak samodzielności w codziennym funkcjonowaniu spowodowane chorobami i niepełnosprawnością czy niskim poziomem wykształcenia;
- ograniczenie pozycji w rodzinie związanej z dokonującą się transformacją systemową;
- ograniczenia obecnego rynku pracy oraz komercjalizację kultury, w której starość jest niedostrzegana i mało obecna (Szatur-Jaworska, 2000).

Rozległość procesu wykluczenia powinna zostać zrekompensowana szerokim, zróżnicowanym i realizowanym z udziałem jak najliczniejszej grupy partnerów społecznych procesem inkluzji społecznej seniorów. Jest to tym bardziej istotne, że

– zgodnie z wynikami najnowszej diagnozy społecznej – wiek jest jednym z najsilniejszych negatywnych predyktorów jakości życia i poczucia dobrostanu Polaków (Czapiński et al., 2015).

Wielu badaczy zajmowało się pojęciem „pomyślnego starzenia”. George, Clipp (1991, za: Turner, 1999), dokonując przeglądu literatury, przywołał trzy główne stwierdzenia dotyczące „pomyślnego starzenia”:

1. większość osób starszych starzeje się pomyślnie i na ogół są zadowoleni z życia;
2. poziom zadowolenia wydaje się być stały;
3. zadowolenie z życia i pomyślnie starzenie silnie wiążą się ze statusem społeczno-ekonomicznym, zdrowiem i relacjami z rodziną i przyjaciółmi.

Badacze zajmowali się również zależnościami pomiędzy pozytywnym starzeniem się a zaangażowaniem jednostki w to, co dzieje się w jej otoczeniu. W literaturze przedmiotu funkcjonują różne teorie przystosowania się do starości. Najczęściej badacze odwołują się do: teorii wycofania się, teorii stresu starości, teorii aktywności (Cumming et al., 1961, Neugarten et al., 1968, za: Steuden, 2014). Teoria wycofania się z życia społecznego mówi o starzeniu się jako procesie wzajemnego izolowania się starzejących osób i systemu społecznego, co stanowi naturalną potrzebą rozwojową człowieka starszego. W teorii stresu starości akcentuje się konieczność dostosowania się osoby starszej do swoich możliwości, a także wymagań świata zewnętrznego, które działają jako stresory. Inne podejście zaprezentowane zostało w teorii aktywności (substytucji), która podkreśla rolę aktywności osób starszych w kształtowaniu ich poczucia tożsamości (Friedman et al., 1954, za: Steuden, 2014). Teoria uwypukla znaczenie poczucia tożsamości wynikającego ze statusu społecznego oraz ról, które starsi ludzie pełnią w życiu. Teoria aktywności zakłada, że warunkiem udanego przystosowania się do starości jest zachowanie czynnego stylu życia.

W latach 70-tych ubiegłego stulecia Atchley (za: Krejner-Nowecka, 2012) rozwinął – na bazie teorii aktywności – teorię kontynuacji (*continuity theory*), zgodnie z którą najbardziej pomyślnie starzeją się ci seniorzy, którzy kontynuują akceptowane przyzwyczajenia, upodobania, styl życia i relacje z wieku średniego. W przypadku takich osób zmiany pojawiają się stopniowo i niezauważalnie. Badania Ryff (1989) zaowocowały zestawem sześciu kryteriów pozytywnego funkcjonowania ludzi na każdym etapie życia: cel w życiu, rozwój osobisty, autonomia, pozytywne relacje z innymi, kontrola nad własnym otoczeniem, samoakceptacja. Zgodnie z tą koncepcją dobrostanu psychologicznego ważne jest nie tylko zadowolenie z własnego życia, ale także aspekty bezpośrednio odnoszące się do rozwoju osobistego oraz pozytywnych relacji z innymi oraz otoczeniem, które mają duże znaczenia zwłaszcza dla dobrostanu osób starszych.

Nawet jeśli ludzie starsi starają się prowadzić aktywne życie towarzyskie, śmierć członków rodziny i przyjaciół zawęża ich krąg znajomych. Z kolei przejście na emeryturę czy choroba mogą powodować izolację od uczestnictwa w życiu społecznym. Jak pokazują badania, problemy te są znacznie dotkliwsze dla osób, które

mają osiemdziesiąt i więcej lat (Goodman, 1997). Ograniczenie kontaktów i ról społecznych związane z faktem przejścia na emeryturę sprawia, że szczególnego znaczenia nabierają więzi z najbliższą rodziną (Szatur-Jaworska, 2000). Nie jest to zjawisko jednorodne. Badania pokazują, że im więcej osoby starsze mają przyjaciół, tym mniejsze znaczenie dla nich mają kontakty z rodziną (Bee, 2004). Z kolei im więcej ról społecznych zostało przez osoby starsze utracone, tym większa jest zależność od rodziny pod względem emocjonalnym (Steuden, 2014).

Ważnym aspektem funkcjonowania osób starszych w rodzinie są ich związki z własnymi dziećmi i ich rodzinami, a zwłaszcza z wnukami. Badania wskazują na szczególnie silny związek emocjonalny, jaki pojawia się między wnukami a dziadkami (Braun-Gałkowska, 2006; Kołodziej-Zaleska, et al. 2015). Dla większości osób starszych rodzina jest najważniejszym miejscem, w którym mogą utrzymywać kontakty z osobami należącymi do różnych pokoleń. W gronie najbliższych tworzą się więzi międzypokoleniowe i bliskość. Znaczenie rodziny dla osób starszych potwierdzono w wielu badaniach, jednakże zauważane są zmiany w kierunku większej niezależności osób starszych i większej separacji pokoleń. Przeobrażenia społeczno-kulturowe doprowadziły do istotnych zmian w kształcie współczesnych rodzin, w których rola dziadków została znacznie ograniczona. Wynika to z powszechnie obserwowanego trendu polegającego na separacji dzieci i rodziców, budowania życia niezależnie od siebie, kryzysu rodzin wielopokoleniowych, ale również z tendencji do większej niezależności i samodzielności wielu osób starszych. Wydłużający się okres aktywności zawodowej, lepsze zdrowie i kondycja fizyczna oraz pojawiające się możliwości społeczne sprawiają, że osoby starsze dłużej pozostają na rynku pracy (Turner et al. 1999: 506). Przejawia się to między innymi w preferowanej formie kontaktów osób starszych z rodziną, jaką jest tzw. intymność na dystans lub intymność na odległość (Steuden, 2014). Przeformułowaniu uległy również role babci i dziadka. Badacze zwracają uwagę, iż podejmowanie roli babci i dziadka ma zawsze swoją lepszą i gorszą stronę (por. Appelt, 2007: 7). Z jednej strony dziadkowie mają poczucie, iż są źródłem bezwarunkowej miłości i zrozumienia dla wnuków, jak również źródłem wiedzy, mądrości i doświadczenia. Dzięki zaangażowaniu w opiekę nad wnukami mają oni poczucie przynależności, ciągłości rodziny, pokoleń. Dziadkowie czują, że są potrzebni, bo opiekują się wnukami, a ich pomoc w ich wychowaniu często jest niezbędna i niezastąpiona. To buduje ich zadowolenie, powoduje wzrost poczucia własnej wartości (*Ibidem*). Z drugiej strony dla wielu ludzi pojawienie się wnuków to wyraźny znak postępującego czasu, starzenia się oraz konieczność pogodzenia się z nieuchronnością tych procesów. Angażowanie się w opiekę nad wnukami powodować może napięcia między dziadkami i rodzicami związane z metodami wychowania dzieci. Konflikty mogą ujawniać się również wtedy, gdy dochodzi do rozdźwięku pomiędzy oczekiwaniami rodziców oraz samych dzieci a aktywnością babci czy dziadka na polu społecznym, zawodowym czy towarzyskim (*Ibidem*). Przedłużająca się aktywność zawodowa i społeczna może uniemożliwiać dziadkom zaangażowanie się w życie ich wnuków w satysfakcjonujący obie strony sposób. Rola dziadków stała się dużo bardziej elastyczna (Staś-Romanowska, 2014). Zachodzące przemiany ograniczyły udział dziadków w codziennej aktywności

wnuków, ale nie wpłynęły na obniżenie ważności dziadków w wychowaniu wnuków. W sytuacji pracy obojga rodziców lub sytuacjach kryzysowych jak na przykład utrata zdrowia, śmierć jednego z rodziców, rozwód, samotne rodzicielstwo dziadkowie są często najważniejszym źródłem wsparcia i pomocy w wychowaniu nieletnich dzieci. W badaniach własnych (Kołodziej-Zaleska, et al., 2015) wykazano, że znaczenie dziadków w życiu wnuków, zależne jest od typu związku dziadkowie-wnukowie. Okazało się, że większość dziadków tworzy z wnukami związek towarzyski bądź zaangażowany, a babcie i dziadkowie mający zaangażowaną relację z wnukami częściej się z nimi kontaktowali i podejmowali wspólnie więcej aktywności. Z kolei z perspektywy rodziców okazali się też najbardziej pomocni w opiece nad wnukami. Badając z kolei perspektywę dziadków, w prowadzonych badaniach udało się ustalić, iż dla babć o stylu zaangażowanym wnukowie mają duże znaczenie w budowaniu ich dobrostanu rozumianego jako poczucie sensu i celu życia (*Ibidem*).

Cozolino (2008, za: Steuden, 2014: 130), dokonując przeglądu literatury przedmiotu pokazuje podstawowe obszary pozytywnych doświadczeń osób starszych w związku z byciem dziadkami:

1. satysfakcja, poczucie zadowolenia oraz potrzeba dalszej aktywności, podtrzymania sprawności psychicznej i fizycznej, co przyczynia się do obniżenia ryzyka izolacji społecznej i emocjonalnej;
2. podtrzymanie znaczenia społecznego oraz realizacji znaczącej roli rodzinnej i społecznej;
3. poczucie celu życia, własnej wartości, możliwość przekazania dziedzictwa kulturowego oraz poczucie łączności z młodszymi pokoleniami;
4. doświadczanie wsparcia społecznego i więzi międzypokoleniowej.

Pomyślny przebieg okresu starzenia związany jest z prowadzeniem w zgodzie z własnymi możliwościami aktywnego stylu życia i utrzymywania zadowalających kontaktów społecznych. W ramach rodziny ważnym elementem działalności i aktywności osób starszych jest pełnienie roli rodziców swoich dorosłych dzieci, ale także roli dziadków. Może być ona obciążająca, ale w efekcie przynosi wiele satysfakcji wynikającej z nagradzających relacji z wnukami (Wojciechowska, 2014: 404).

Pozytywne relacje z innymi ludźmi są kluczowym aspektem powodzenia życiowego osób starszych, ponieważ pełnią rolę prewencyjną. Ochronna rola bliskich więzi jest ważna dla dobrostanu osób starszych szczególnie w sytuacjach pogorszenia stanu zdrowia, osamotnienia, pogorszenia funkcjonowania społecznego. W prowadzonych badaniach przyjęto założenie, że najbliższa rodzina stanowi najbardziej naturalną grupą wsparcia dla osób starszych, a zaangażowanie się dziadków w życie rodzinne, ich aktywność w rodzinie oraz pomoc w opiece nad wnukami może mieć charakter prewencyjny w sytuacji zagrożenia izolacją i wykluczeniem społecznym osób starszych.

2. CEL BADAŃ I PYTANIA BADAWCZE

Celem badań jest sprawdzenie, jak wygląda zaangażowanie seniorów w życie rodzinne oraz jakiego typu pomocy udzielają swoim rodzinom. Ponadto badania mają na celu zweryfikowanie, czy zaangażowanie się dziadków w opiekę nad wnukami stanowi ważny element życia dziadków. Interesujące w kontekście prowadzonych badań wydaje się również, czy istnieją różnice pomiędzy babciami i dziadkami oraz pomiędzy seniorami pozostającymi na emeryturze a osobami czynnymi zawodowo w znaczeniu nadawanemu zaangażowaniu się w opiekę nad wnukami. Aby zrealizować powyższe cele badawcze, postawiono następujące pytania badawcze mające charakter eksploracyjny:

1. Jak w ocenie rodziców wygląda pomoc udzielana ich rodzinom przez dziadków?
2. Jakie znaczenie osoby starsze nadają zaangażowaniu w opiekę nad wnukami? W jakim stopniu oceniają zaangażowanie w opiekę nad wnukami jako ważny element własnego życia, aspekt wzbogacający ich życie oraz cel ich życia?
3. Czy istnieją różnice w nadawaniu znaczenia przez osoby starsze zaangażowaniu w opiekę nad wnukami pomiędzy babciami i dziadkami?
4. Czy istnieją różnice w nadawaniu znaczenia przez osoby starsze zaangażowaniu w opiekę nad wnukami pomiędzy seniorami pozostającymi na emeryturze i osobami czynnymi zawodowo?

3. GRUPY BADANE I METODY BADAWCZE

Badania miały charakter indywidualny, anonimowy. Obejmowały grupę rodziców, którzy wypełniali ankietę dotyczącą form pomocy uzyskiwanej przez nich od ich własnych rodziców w wychowywaniu dzieci oraz oceniali znaczenie tej pomocy w wychowywaniu ich dzieci. Drugą grupę badawczą stanowiły osoby starsze będące dziadkami. Oceniali oni, na ile wnukowie stanowią dla nich ważny element życia, na ile zaangażowanie w opiekę nad wnukami jest celem ich życia oraz na ile bliskie relacje z wnukami wzbogacają ich życie.

W badaniach wzięło udział w sumie 129 osób. Grupa badana obejmująca rodziców dzieci obejmowała 85 osób. Średni wiek osób badanych wyniósł 36 lat ($M=36,15$; $SD=4,97$). Badana grupa składała się z 66 kobiet (77,6%) i 16 mężczyzn (18,8%), u 3 osób odnotowano systemowe braki danych w tym aspekcie. Znacząca większość badanych rodziców pozostawała w związkach formalnych (80%), pojedyncze osoby w związkach nieformalnych (5,9%). 55,4% osób badanych posiadało jedno dziecko, 36,1% dwójkę dzieci, a jedynie 8,4% trójkę dzieci, 6 osób (7,1%) byli to rodzice samotnie wychowujący dzieci.

Grupa badana obejmująca osoby starsze będące dziadkami obejmowała 44 osoby. Średni wiek osób badanych wyniósł 64 lata ($M=64,32$; $SD=8,33$). Najstarsza osoba miała lat 80, najmłodsza 47. Większość badanych były to kobiety (58,1%, $N=25$) i osoby pozostające w związku małżeńskim (78,6%, $N=33$). 14,3% ($N=6$) respondentów doświadczyła śmierci współmałżonka, 4,8% była rozwiedziona ($N=2$). Ponad połowa osób badanych (59,1%, $N=26$) przeszła już na emeryturę, 34,1%

($N=15$) pozostawała nadal czynna zawodowo. 69,8% ($N=30$) badanych oceniło swoją sytuację materialną jako przeciętną, 20,9% ($N=9$) jako dobrą a 9,3% jako bardzo dobrą ($N=4$). Ponad połowa osób badanych miała jednego wnuka (55%, $N=22$), 10% ($N=4$) dwoje wnucząt, 15% ($N=6$) troje wnucząt, 17,5% ($N=7$) czworo wnucząt oraz jedna osoba była dziadkiem ośmiorga wnucząt (2,5%).

4. WYNIKI BADAŃ

4.1. POMOC UDZIELANA RODZINOM PRZEZ DZIADKÓW W OCENIE RODZICÓW

W kontekście zaangażowania się dziadków w życie rodzinne interesujące wydaje się, w czym konkretnie pomagają dziadkowie, jakich form pomocy udzielają rodzicom w opiece nad ich dziećmi. Jednym ze wskaźników obrazujących zakres pomocy udzielanej przez dziadków własnym dzieciom w opiece nad wnukami jest forma i częstota kontaktów dziadków z wnukami. Zaprezentowane dane w tabeli 1 dane pokazują, że około 1/3 dziadków z obu stron (ze strony mamy i taty) widuje się z wnukami kilka razy w tygodniu lub kilka razy w miesiącu. Dane w tabeli 1 pokazują, że częstota kontaktów jest większa u babć niż u dziadków.

Zaobserwowano również większy procent babć ze strony mamy kontaktujących się z wnukami codziennie w porównaniu do dziadków i babć ze strony ojca. Dziadkowie ze strony matki częściej się kontaktowali z wnukami niż dziadkowie ze strony ojca, szczególnie jeśli chodzi o kontakty codzienne. Pełne zestawienie danych zawiera tabela 1.

Tabela 1. Częstota kontaktów dziadków z wnukami

	BM* N (%)	DM* N (%)	BT* N (%)	DT* N (%)
codziennie	17 (22,4)	10 (16,4)	7 (10)	2 (3,8)
kilka razy w tygodniu	22 (28,9)	17 (27,9)	23 (32,9)	18 (34,6)
kilka razy w miesiącu	26 (34,2)	22 (36,1)	25 (35,7)	17 (32,7)
kilka razy w roku	8 (10,5)	7 (11,5)	12 (17,1)	8 (15,4)
tylko w wakacje lub święta	3 (3,9)	4 (6,6)	3 (4,3)	2 (3,8)
nie utrzymuję kontaktu w ogóle	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	5 (9,6)

* BM – babcia strona mamy, DM – dziadek strona mamy, BT – babcia strona taty, DT – dziadek strona taty

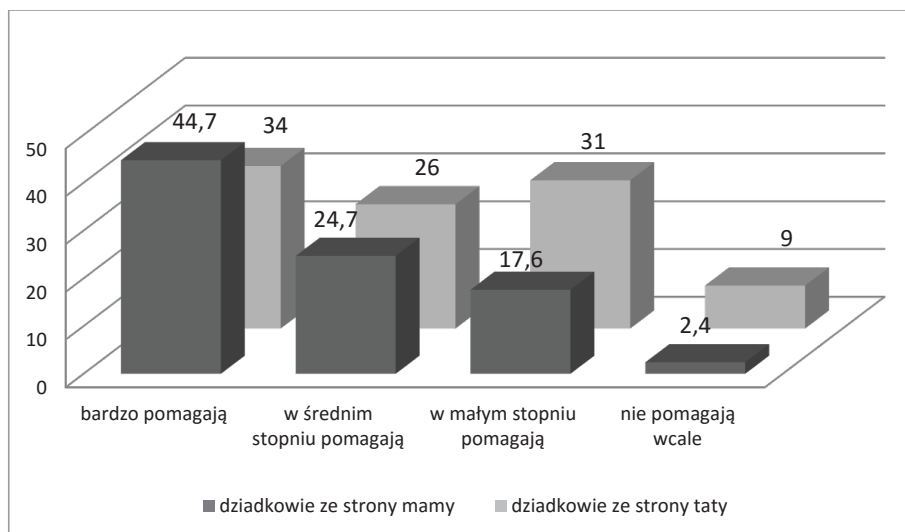
Badani rodzice określali rodzaj pomocy udzielanej przez dziadków w opiece nad ich dziećmi. Mogli wybierać spośród zaproponowanych w ankiecie aktywności i rodzajów pomocy, jakich dziadkowie udzielają wnukom i swoim dzieciom. Zestawienie procentowe form pomocy świadczonej przez dziadków swoim dzieciom przy opiece nad wnukami zamieszczone zostało w tabeli 2. Analiza danych pozwala stwierdzić, że babcie zarówno ze strony mamy, jak i ze strony taty najczęściej dbają o kontakty rodzinne, opiekują się wnukami, gdy rodzice wyjeżdżają oraz wspierają rodziców w wychowaniu wnuków i opiece nad nimi. Co ważne, częstota tych form pomocy jest większa u babć ze strony mamy (por. tabela 2). Z kolei

dziadkowie z obu stron najczęściej wspierają rodziców w wychowaniu wnuków i opiece nad nimi, dbają o kontakty rodzinne, opiekują się wnukami, gdy rodzice wyjeżdżają oraz wyjeżdżają z wnukami na wakacje. Tu również można dostrzec, że częstość wymienionych form pomocy jest większa u dziadków ze strony mamy. Na uwagę zasługuje też fakt, iż zarówno babcie, jak i dziadkowie ze strony matki częściej podejmują poszczególne aktywności w porównaniu do babć i dziadków ze strony ojca (por. tabela 2).

Tabela 2. Formy pomocy udzielanej przez osoby starsze swoim dzieciom

Rodzaje pomocy	BM* N (%)	DM* N (%)	BT* N (%)	DT* N (%)
zaprowadzanie dzieci do szkoły, przedszkola, na zajęcia dodatkowe	24 (28,2)	18 (21,2)	23 (27,1)	7 (8,2)
pomoc przy lekcjach	29 (22,4)	11 (12,9)	15 (17,6)	3 (3,5)
nauka na rowerze, rolkach, nartach itp.	11 (12,9)	20 (23,5)	8 (9,4)	11 (12,9)
wyjazdy wakacyjne z dziadkami, opieka w trakcie wakacji	45 (52,9)	32 (37,6)	27 (31,8)	19 (22,4)
opieka, gdy rodzice wyjeżdżają	48 (56,5)	32 (37,6)	38 (44,7)	21 (24,7)
wyjścia z dzieckiem do lekarza	20 (23,5)	8 (9,4)	15 (17,6)	2 (2,4)
wsparcie finansowe	24 (28,2)	21 (24,7)	22 (25,9)	17 (20,0)
wsparcie w wychowaniu i opiece	48 (56,5)	34 (40,0)	36 (42,4)	22 (25,9)
dbanie o kontakty rodzinne	60 (70,6)	34 (40,0)	44 (51,8)	22 (25,9)
negocjowanie w sporach rodzinnych	17 (20,0)	8 (9,4)	12 (14,1)	3 (3,5)
wspólne mieszkanie	3 (3,5)	2 (2,4)	1 (1,2)	0 (0,0)
* BM – babcia strona mamy, DM – dziadek strona mamy, BT – babcia strona taty, DT – dziadek strona taty				

Badani rodzice dokonywali także oceny, w jakim stopniu dziadkowie ze strony mamy i taty pomagają im w opiece nad dziećmi. Na rycinie 1 ukazane zostało zestawienie procentowe dotyczące pomocy dziadków ze strony mamy oraz dziadków ze strony taty. Prawie połowa osób badanych (44,7%) oceniła działania dziadków ze strony mamy jako bardzo pomocnych w wychowaniu ich dzieci, ¼ jako średnio pomocnych (24,7%) oraz 17,6 % osób badanych stwierdziło, że rodzice w małym stopniu pomagają im w wychowywaniu dzieci. Tylko 2,4% respondentów oceniło, że rodzice nie pomagają im w ogóle w opiece nad ich dziećmi. Z kolei ponad 1/3 badanych (34%) oceniła działania dziadków ze strony taty jako bardzo pomocnych, ¼ jako średnio pomocnych (26%). Około 1/3 respondentów stwierdziła, że dziadkowie pomagają w małym stopniu (31%), a 9% stwierdziło, że ich rodzice wcale im nie pomagają w opiece nad dziećmi.

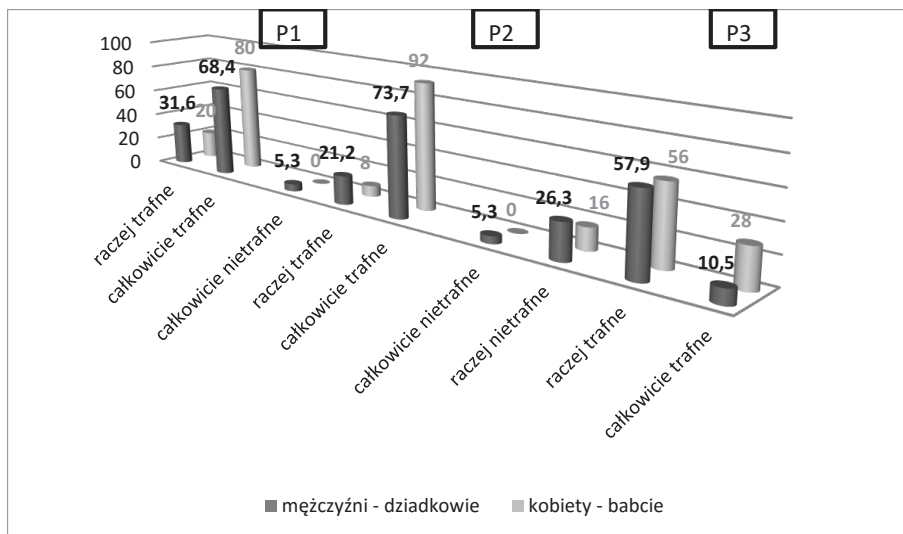


Rycina 1. Procentowe zestawienie oceny stopnia pomocy dziadków ze strony mamy oraz taty

4.2. ZNACZENIE ZAANGAŻOWANIA SIĘ W OPIEKĘ NAD WNUKAMI DLA BABĆ I DZIADKÓW

Badani seniorzy nadawali znaczenie zaangażowaniu się w opiekę nad wnukami, ustosunkowując się do trzech stwierdzeń. Brzmiały one następująco P1: „Wnukowie stanowią ważny element mojego życia”, P2: „Bliskie relacje z wnukami wzbogacają moje życie” oraz P3: „Zaangażowanie w opiekę nad wnukami stanowi cel mojego życia”.

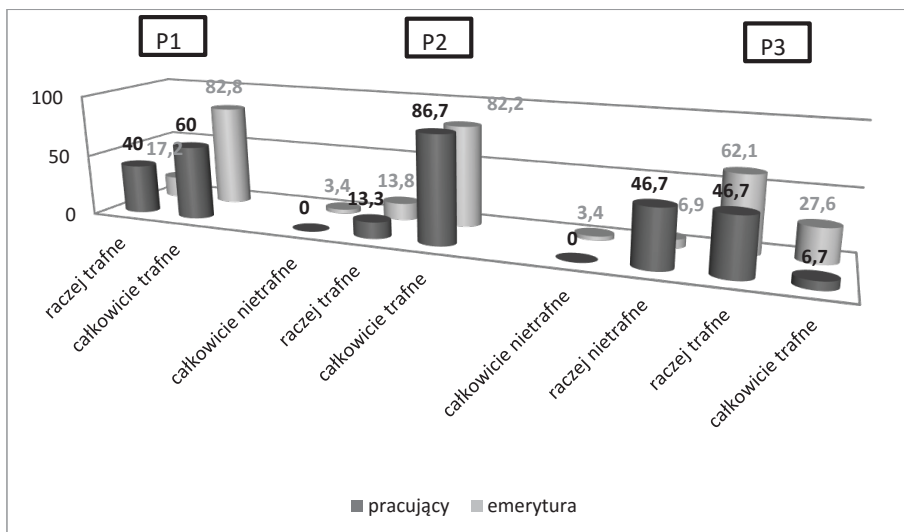
Analiza zestawienia procentowego przedstawionego na rycinie 2 pokazuje, jak układały się wypowiedzi seniorów, gdy uwzględniono płeć respondentów. Wszystkie badane osoby (zarówno babcie, jak i dziadkowie) oceniły stwierdzenie pierwsze P1: „Wnukowie stanowią ważny element mojego życia” jako całkowicie lub raczej trafne. W twierdzeniu drugim P2: „Bliskie relacje z wnukami wzbogacają moje życie” pojawiły się pewne dysproporcje w odpowiedziach między babciami i dziadkami. Wszystkie babcie oceniły je jako raczej lub całkowicie trafne, natomiast wśród 5,3% dziadków pojawiła się kategoria odpowiedzi „całkowicie nietrafne”. Najwięcej rozbieżności w odpowiedziach pojawiło się stwierdzeniu trzecim P3: „Zaangażowanie w opiekę nad wnukami stanowi cel mojego życia”. Nadal według dość dużego odsetka badanych (zarówno babć, jak i dziadków) stwierdzenie to było całkowicie lub raczej trafne (babcie – 84%, dziadkowie – 68,4%), jednakże 31,6% mężczyzn oceniło je jako raczej lub całkowicie nietrafne. U kobiet odpowiedź „raczej nietrafnie” wskazało 16% badanych.



Rycina 2. Znaczenie zaangażowania dziadków w opiekę nad wnukami: zestawienie procentowe odpowiedzi seniorów ze względu na płeć

W celu zweryfikowania, czy różnice w ustosunkowywaniu się przez babcie i dziadków do powyższych stwierdzeń są istotne, przeprowadzono analizy porównań międzygrupowych testem U Manna-Whitneya. Nie wykazały one istotnych statystycznie różnic w grupie babć i dziadków (P1: „Wnukowie stanowią ważny element mojego życia” $U=210,000$, $p=0,385$), P2: „Bliskie relacje z wnukami wzbogacają moje życie” $U=193,000$, $p=0,097$, P3: „Zaangażowanie w opiekę nad wnukami stanowi cel mojego życia” $U=174,000$, $p=0,093$). Oznacza to, że rozkład odpowiedzi był taki sam w grupie mężczyzn – dziadków i kobiet – babć we wszystkich trzech stwierdzeniach.

Analiza zestawienia procentowego przedstawionego na rycinie 3 pokazuje, jak układały się wypowiedzi seniorów, gdy uwzględniono aspekt pracy zawodowej. Wszystkie badane osoby (zarówno pracujący, jak będący na emeryturze) oceniły stwierdzenie pierwsze P1: „Wnukowie stanowią ważny element mojego życia” jako całkowicie lub raczej trafne. W twierdzeniu drugim P2: „Bliskie relacje z wnukami wzbogacają moje życie” prawie wszystkie osoby oceniły je jako „całkowicie trafne” lub „raczej trafne”. Najwięcej rozbieżności w odpowiedziach pojawiło się stwierdzeniu trzecim P3: „Zaangażowanie w opiekę nad wnukami stanowi cel mojego życia”. Nadal według dość dużego odsetka badanych, szczególnie osób pozostających na emeryturze, stwierdzenie to było całkowicie lub raczej trafne (pracujący – 53,4%, pozostający na emeryturze – 89,7%), jednakże prawie połowa osób pozostających czynnie zawodowo 46,7% oceniło je jako raczej nietrafne w porównaniu do 6,9% osób będących na emeryturze.



Rycina 3. Znaczenie zaangażowania dziadków w opiekę nad wnukami: zestawienie procentowe odpowiedzi seniorów ze względu na aktywność zawodową

Przeprowadzono analizę różnic w ustosunkowaniu się do powyższych stwierdzeń, uwzględniając fakt bycia przez seniora czynnym zawodowo bądź przebywania na emeryturze. Porównania międzygrupowe wykonane przy pomocy testu U Manna-Whitneya nie wskazały na istnienie różnic istotnych statystycznie w przypadku stwierdzenia P1: „Wnukowie stanowią ważny element mojego życia” ($U=267,000$, $p=0,102$) oraz w przypadku stwierdzenia P2: „Bliskie relacje z wnukami wzbogacają moje życie” ($U=208,000$, $p=0,711$). Natomiast istotne statystycznie okazały się różnice w stwierdzeniu P3: „Zaangażowanie w opiekę nad wnukami stanowi cel mego życia” ($U=312,000$; $p=0,009$). Oznacza to, że rozkład odpowiedzi nie był taki sam w grupie osób czynnych zawodowo i pozostających na emeryturze. Osoby na emeryturze częściej w porównaniu do osób pracujących wybierały odpowiedzi całkowicie trafne lub trafne, stwierdzając, iż zaangażowania w opiekę nad wnukami stanowi cel ich życia.

5. INTERPRETACJA I DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ

Prowadzone badanie objęły dwie grupy badawcze: rodziców i dziadków. Analizy wypowiedzi osób z grupy rodziców pozwoliły stwierdzić, w jakim stopniu dziadkowie są zaangażowani w życie rodzinne oraz jak wygląda pomoc, jakiej doświadczają ze strony dziadków ich rodziny. Zaprezentowane wyniki badań wskazują, że babcie i dziadkowie doświadczali częstego kontaktu z własnymi wnukami. Z przeprowadzonych analiz wynika, że częstsze kontakty z wnukami miały babcie w porównaniu do dziadków oraz dziadkowie ze strony mamy w porównaniu do dziadków ze strony ojca. Najczęstszych kontaktów z wnukami doświadczają jednakże babcie ze strony mamy. Były to kontakty codzienne lub kontakty raz w tygodniu.

Formy aktywności i pomocy podejmowane przez dziadków wobec rodzin, a zwłaszcza wobec wnuków były bardzo zróżnicowane. Dziadkowie zarówno ze strony mamy, jak i ze strony taty podejmowali wiele różnych form aktywności

z wnukami i pełnili ważne funkcje w rodzinie, udzielając różnych form pomocy. Do najczęstszych form pomocy u babć zaliczyć można: dbanie o kontakty rodzinne, opiekę nad wnukami, gdy rodzice wyjeżdżają oraz wsparcie rodziców w wychowaniu wnuków i opiece nad nimi. U dziadków dominowało z kolei: pomoc w wychowaniu wnuków i opieka nad nimi, dbanie o kontakty rodzinne, opieka nad wnukami, gdy rodzice wyjeżdżają oraz wyjazdy wakacyjne z wnukami. Wyniki pokazują, że większa ilość form aktywności z wnukami i form pomocy w opiece nad wnukami podejmowana była przez babcie ze strony mamy w porównaniu do babć ze strony ojca. Porównując z kolei dziadków parami, można dostrzec, iż więcej aktywności z wnukami i więcej form pomocy wobec wnuków podejmowali dziadkowie ze strony mamy w stosunku do dziadków ze strony ojca. Badani rodzice oceniali dziadków jako pomocnych w opiece nad wnukami, ale kategoria dziadków określanych jako „bardzo pomocnych” była zdecydowanie liczniejsza w grupie dziadków ze strony mamy. Wyniki te znajdują potwierdzenie w innych doniesieniach badawczych, zgodnie z którymi dziadkowie ze strony mamy częściej zabiegają o kontakty z wnukami niż dziadkowie ze strony ojca, a wnuki mają zwykle lepsze stosunki z dziadkami ze strony matki niż z dziadkami ze strony ojca (Hodgson, 1992, Appelt, 2007, Timonen et al., 2009, Hank et al., 2009, za: Napora, 2015). Wynika to między innymi z faktu, iż kobiety w porównaniu z mężczyznami bardziej dbają o więzi rodzinne. Badacze zauważają również, że babcie bardziej koncentrują się na związkach interpersonalnych, dziadkowie natomiast bardziej służą radą dotyczącą nauki, pracy, finansów (Hagestad, 1985 za: Appelt, 2007). Co ciekawe, pośredniczącą rolę odgrywają zwłaszcza matki, które wpływają na częstotliwość kontaktów pomiędzy swoimi rodzicami i swoimi dziećmi, czym można tłumaczyć częstsze i intensywniejsze kontakty wnuków z dziadkami ze strony mamy (*Ibidem*).

Badania prowadzone na grupie dziadków pokazały, jakie znaczenie ma bycie dziadkiem i babcią oraz jakie znaczenie ma zaangażowanie w opiekę nad wnukami dla życia dziadków: jego sensu i celu. Dziadkowie generalnie stwierdzali, iż wnukowie stanowią dla nich ważny element życia, a bliskie relacje z wnukami wzbogacają ich życie. W przypadku stwierdzenia związku z postrzeganiem opieki nad wnukami jako celu życia opinie dziadków i babć były bardziej podzielone. Interesujący okazał się brak różnic pomiędzy babciami i dziadkami w ocenie zaangażowania w relację w wnukami oraz postrzegania ich jako sensu i celu życia. Mogłoby się wydawać, że większe znaczenie przypisywane relacjom z wnukami będzie typowe dla babć ze strony mamy, które spędzają z dziećmi więcej czasu i podejmują więcej wspólnych aktywności. Okazało się jednak, że dla dziadków oraz babć ze strony taty relacje z wnukami są tak samo ważne w ich życiu. Różnica w ocenie roli wnuków jako celu w życiu dziadków pomiędzy dziadkami czynnymi zawodowo i pozostającymi na emeryturze, pokazuje z jednej strony, że osoby pracujące w innym miejscu lokują swój cel życiowy, a z drugiej strony uświadamia, iż relacje z wnukami mają szczególne znaczenie zwłaszcza dla dziadków, którzy już nie pracują.

Siłę więzi międzypokoleniowych pomiędzy dziadkami i wnukami podkreślają inne badania (Szkoda, 2014), zgodnie z którymi wzajemne kontakty interperso-

nalne wnuków z dziadkami obejmują wiele płaszczyzn i są częste. Z kolei wspólne spędzanie czasu z wnukami wspomaga kondycję zdrowotną seniorów i ich poczucie dobrostanu. Kontakty z wnukami stymulują aktywność seniorów we wszystkich jej sferach, a spędzanie czasu z wnukami pośrednio sprzyja podtrzymywaniu kontaktów towarzyskich i pozwala seniorom nawiązywać nowe kontakty (*Ibidem*). Rola rodziny jest niewątpliwie wyjątkowa w zakresie wspomagania osób starszych w ich codziennym funkcjonowaniu i rozwoju. Rodzina jest bowiem najważniejszym miejscem, w którym osoby starsze mogą utrzymywać kontakty z jej członkami, przekazywać wiedzę i wartości, czerpać przyjemność i spełnienie z podejmowanych aktywności, także z wnukami (Wrótniak, 2015). Możliwość uczestniczenia w życiu rodzinnym daje osobom starszym poczucie bezpieczeństwa, przynależności, co z kolei przekłada się na poczucie użyteczności społecznej oraz zapobiega wyobcowaniu ze społeczności (*Ibidem*).

Kontakty społeczne i stosunki z innymi ludźmi mają duży, pozytywny wpływ na dobrostan i zdrowie jednostki. Ciągłe aktywne uczestnictwo osób starszych w życiu rodzinnym może przyczynić się do utrzymania przez nich poczucia własnej wartości i uniknięcia dzięki temu ryzyka związanego z izolacją, utratą wiary w siebie czy zmniejszeniem poczucia własnej wartości. W kontekście prowadzonych badań można powiedzieć, że ma to szczególne znaczenie dla dziadków i babć będących na emeryturze.

W przyszłych badaniach dotyczących zaangażowania dziadków w relacje z wnukami należałoby powiększyć grupę badanych osób, zwłaszcza seniorów. Interesujące byłby też badania prowadzone w obrębie systemów rodzinnych z uwzględnieniem dziadków, rodziców i wnuków.

6. LITERATURA:

- Appelt K. Współcześni dziadkowie i ich znaczenie dla rozwoju wnuków, w: Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości, red. A. Brzezińska, K. Ober-Lopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007, s. 79 –95.
- Bee H., Psychologia rozwoju człowieka, Poznań 2004.
- Braun-Gałkowska M., Nowe role społeczne ludzi starszych, w: Starzenie się a satysfakcja z życia, red. S. Steuden, M. Marczyk, Lubin 2006, s. 183-195.
- Breza M., Aktywność osób starszych w polityce długofalowej państwa, w: Polskie społeczeństwo potrzebuje seniorów. Wybrane zagadnienia polityki senioralnej i formy aktywizacji społecznej osób starszych, red. M. Lisak, Warszawa 2014, s. 31-35.
- Chudzińska-Czupała A., Łyżnicka A., Aktywność i poczucie własnej wartości a jakość życia ludzi starszych, „Społeczeństwo i Edukacja”, 17, 2, 2015, s. 7-20.
- Czapiński J., Panek T., Wykluczenie społeczne, w: Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków red. J. Czapiński, T. Panek, 2015, źródło: http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf
- Golinowska S., Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego „Polityka Społeczna”, 2005, s. 11-12.
- GUS, Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, Warszawa 2014, źródło: file:///C:/Users/Misia/Downloads/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf
- Goodman N., Wstęp do socjologii, Poznań 1997.
- Grotowska-Leder J., Ekсклюzja i inkluzja – dwie strony tego samego problemu?, w: Ekсклюzja i inkluzja społeczna, red. J. Grotowska-Leder, K. Filaszek, Toruń 2005.

- Kołodziej-Zaleska A., Iłska M., Zaangażowanie w role dziadków – style pełnienia roli babci i dziadka i ich poczucie dobrostanu, „Społeczeństwo i Edukacja”, 17, 2, 2015, s. 193-205.
- Krejner-Nowecka A., Wydłużanie aktywności zawodowej osób po 50. roku życia (active ageing) – rekomendacje Komisji Europejskiej a procesy zachodzące w Polsce, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów. Zeszyt naukowy” 122, Warszawa 2012, s. 69-89.
- Majer R. Aktywizacja osób starszych w środowisku miejskim jako forma przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, „Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica” 297, 2013, s.105-122.
- Napora E., Parentyfikacja dziadków warunkiem bezkonfliktowości w rodzinach o różnej strukturze, w: Prace Psychologiczne LXIII: Sytuacje konfliktu społecznego. Przyczyny – Sposoby rozwiązywania – Skutki, red. D. Borecka-Biernat, Wrocław 2015.
- Ryff C.D., Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-
- Being, “Journal of Personality and Social Psychology”, 57, 6, 1989, pp. 1069-1081.
- Staś-Romanowska M., Późna dorosłość, w: Psychologia rozwoju człowieka, red. J. Trempała, Warszawa 2014, s. 326-350.
- Steuden S., Psychologia starzenia się i starości, Warszawa 2014.
- Szatur-Jaworska B., Ludzie starzy i starość w polityce społecznej, Warszawa 2000.
- Szkoła E., Edukacyjne aspekty czasu wolnego spędzanego przez seniorów z ich wnukami w: Człowiek w przestrzeni lokalnej – dobre praktyki wspierania rozwoju, aktywizacji i integracji społecznej osób starszych, red. A. Szczurek-Boruta, B. Chojnicka-Synaszko, Toruń 2014, s. 90-102.
- Szlendak T., Socjologia rodziny, Warszawa 2012.
- Turner J. S., Helms D. B., Rozwój człowieka, Warszawa 1999.
- Wojciechowska L., Praktyczna wiedza o rozwoju życia rodzinnego, w: Psychologia rozwoju człowieka, red. J. Trempała, Warszawa 2014, s. 395-406.
- Wrótniak J., Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności, Lublin 2015.
- Zajchowska A., Brzezicka-Bieniasz A., Aktywność seniorów w wymiarze bio-psycho-społecznym a poczucie satysfakcji z życia, w: Polskie społeczeństwo potrzebuje seniorów. Wybrane zagadnienia polityki senioralnej i formy aktywizacji społecznej osób starszych, M. Lisak, Fundacja Polsko-Niemieckie Pojednanie, Warszawa 2014, s. 47-64.



Iwona Benek

Politechnika Śląska
E-mail: iwona.benek@polsl.pl

Włączenie społeczne osób starszych poprzez ich aktywizację – prezentacja rozwiązań architektonicznych / *Social inclusion of the elderly by active engagement – a presentation of architectural solutions*

Abstract

Population ageing is one of the most important problems of the 21st century economy. Similarly, the subject of creating a living space for the elderly, taking into consideration their specific needs resulting from functional disability in the context of the ever growing population of elderly people is one of the key challenges that modern architecture has to face.

The aim of the article is to present the physical environment of geriatric care facilities as a system of functional and behavioural stimuli in the context of ergonomic as well as social solutions, which may have influence on the economic development – by stimulating the activity of the elderly, as well as on the development of a number of disciplines connected with old age.

It has been assumed that there exists a number of spatial determinants which may become elements supporting the elderly as well as the people involved in providing care for them. Therefore it is necessary to improve the standard of technical equipment and to modernize the architectural space targeted at the elderly.

Keywords: activation of the elderly, needs of the elderly, senior citizens' homes

1. WPROWADZENIE

Starzenie się społeczeństwa w Polsce i w Europie stanowi potężne wyzwanie dla gospodarki, wymaga zdecydowanych kroków w polityce i opiece socjalnej, ale również stwarza ogromne możliwości rozwoju nowych rynków i miejsc pracy. Srebrna gospodarka może się stać motorem wzrostu gospodarczego społeczeństw. Unia Europejska podjęła już szereg działań mających na celu stymulowanie rozwoju podmiotów wpływających na rozwój tego sektora. Działania pomocowe obejmują obszary takie jak aktywne starzenie się, mieszkalnictwo senioralne, e-zdrowie, innowacje na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się.

Proces starzenia się ludności nabiera tempa. Polska jest najszybciej starzejącym się krajem w Unii Europejskiej, a w 2030 roku będziemy jednym z najstarszych społeczeństw naszego kontynentu (The 2015 Ageing Report). Powinniśmy już dziś skupić uwagę na realnych działaniach prowadzących do powstania rozwiązań odpowiadających na potrzeby zmieniającej się tak dynamicznie struktury wiekowej naszego kraju.

2. UŻYTKOWNIK PRZESTRZENI - OSOBA STARSZA

Osoby starsze, często są osobami niepełnosprawnymi, którym towarzyszy szereg dysfunkcji: wzroku, słuchu, ruchu, ale i zaburzeń zachowania. Osoby starsze są również szczególną grupą użytkowników – z powodu zwiększonych indywidualnych potrzeb wynikających z ich stanu fizycznej sprawności, psychicznego podejścia do starzenia oraz często obniżonej pozycji społecznej.

Wśród wielu problemów zdrowotnych osób starszych na szczególną uwagę zasługują dolegliwości powszechne w tej grupie wiekowej, takie jak zaburzenia funkcji poznawczych. Termin „funkcje poznawcze” obejmuje wiele procesów intelektualnych takich jak pamięć długoterminowa oraz krótkoterminowa, procesy językowe, funkcje wzrokowo – przestrzenne, funkcje konstrukcyjne i wykonawcze, procesy spostrzegawcze oraz tzw. „myślenie abstrakcyjne” (Kwiatkowska 2005: 38-39). Proces poznawczy zapewnia sprawne funkcjonowanie w otaczającym środowisku, spostrzeganie docierających bodźców, analizowanie sytuacji, formułowanie wniosków, w końcu podejmowanie właściwych decyzji oraz działanie. Utrzymywanie się umiarkowanych zaburzeń poznawczych przez kilka lat obniża jakość życia i wpływa na samopoczucie oraz stan zdrowia osób starszych. Trudność z wykonywaniem złożonych czynności, takich jak zakupy, przygotowanie posiłków lub obsługa bardziej skomplikowanych urządzeń (np. bankomaty, automaty itp.) wywołują lęk i poczucie bezradności związane z pogarszającymi się możliwościami samodzielnego funkcjonowania, są przyczyną obniżonego nastroju, a nawet depresji (Kwiatkowska 2005: 39).

W związku z tym, problemy zdrowotne osób w starszym wieku, często przewlekłe chorych, rodzą szereg wymagań, które powodują konieczność specyficznego podejścia do projektowania otoczenia, rozumianego jako otoczenie najbliższe, czyli miejsce zamieszkania, otoczenie zamieszkiwanego budynku, a także udostępnienie przestrzeni publicznej.

Podczas procesu projektowania należy wziąć pod uwagę problemy związane z ograniczeniami ruchowymi, percepcji, ale także związane z poczuciem osamotnienia, wyobcowania czy bezużyteczności, trudności w porozumieniu i kontaktach międzyludzkich, poczucie zagubienia, zwłaszcza w nowych przestrzeniach.

3. SPOSOBY AKTYWIZACJI SENIORÓW

Osoby starsze, powinny mieć możliwość aktywnego życia poprzez realizację szeregu specyficznych potrzeb, między innymi kontaktu z ludźmi. Bierność w życiu zawodowym i społecznym, ograniczenie kontaktów międzyludzkich ewidentnie przyczyniają się do pogorszenia kondycji psychicznej i fizycznej osób starszych.

Aktywność seniorów jest nie tylko sposobem zachowania dobrej kondycji zdrowotnej, ale także buduje ich prestiż, określa miejsce i rolę osoby starszej w społeczności. Aktywność życiowa nadaje sens życia, motywuje do wychodzenia z domu, do dbania o wygląd, kondycję fizyczną i psychiczną. Pozwala również zachować niezależność, nie być ciężarem dla rodziny, czy przyjaciół.

W związku z tendencją wzrostową liczby osób starszych należy podejmować działania zmierzające ku poprawie jakości życia poprzez aktywizację osób starszych oraz tworzenie warunków sprzyjających pomyślnemu starzeniu się. Pomyślnie starzenie się można zdefiniować jako osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób oraz niedołężności, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową. Zwraca się uwagę na zachowanie aktywności w sferze kontaktów społecznych, a także towarzyskich. W procesie starzenia się istotne znaczenie ma sfera oddziaływań zewnętrznych, do których zalicza się styl i środowisko życia, sposób odżywiania oraz czynniki psychospołeczne (Kaczmarczyk 2007: 116-118).

Myśląc o aktywizacji osób starszych rozumianej jako pobudzenie do działania, wzmożenie działalności rozróżnić możemy następujące jej typy:

- aktywność rekreacyjno-hobbystyczna, czyli zajęcia sportowe, spacer, malarsztwo, sztuka,
- recepcyjna – słuchanie radia, oglądanie telewizji,
- zorientowana publicznie, czyli aktywność polityczna, społeczna,
- integracyjna – spotkania o charakterze naukowo-szkoleniowym, kluby seniora,
- inne (Sygit 2010).

Aktywizacja osób starszych może nastąpić poprzez wprowadzenie metod mobilizacji osób starszych do działania. Bardzo istotne jest by organizować seniorów w grupy, które mogłyby z czasem podjąć działania nie tylko na swoją rzecz, ale także na rzecz innych grup, np. w społeczności lokalnej. Realizacja takiego założenia jest możliwa pod warunkiem zorganizowania regularnych spotkań seniorów, tak by poczuli się tożsami z grupą. Podział w grupie następować może według indywidualnych potrzeb, zainteresowań lub możliwości i umiejętności, a także grup wiekowych. Ważne jest pokazanie seniorom, że jako grupa mogą zdziałać więcej niż indywidualnie, nawiązać nowe relacje, przyjaźnie, stłumić uczucie samotności i odrzucenia społecznego. Będąc w grupie seniorzy stają się odważniejsi i chętniej będą wyrażać swoje zdanie, swoje potrzeby, a także pomysły na nowe działania.

Gwałtowne zmiany wiążą się u osób starszych z dużym stresem, należy więc stosować metodę małych kroków w zmianie sposobu wolnego czasu, mając na uwadze, że zbyt gwałtowne zmiany mogą zniechęcić do dalszego działania. Warto jednak w ramach tych zmian zachęcać do aktywności fizycznej, np. poprzez organizowanie zajęć ruchowych typu nordic walking.

Rozbudzenie chęci realizacji zainteresowań i pokazanie, że w każdym wieku można mieć hobby pobudza w osobach starszych chęć do wprowadzenia zmian

w swoim życiu. Działania seniorów mogą się stać widoczne, np. dla społeczności lokalnej, a co za tym idzie korzystnie wpłynąć na ich poczucie własnej wartości i zmniejszyć uczucie alienacji społecznej. Motywacja do działania jest też ważnym aspektem poprawienia ogólnej jakości życia społeczeństwa.

Aktywizacja poprzez działanie w grupie, motywowanie jest możliwe tylko i wyłącznie pod warunkiem dostępności najbliższego otoczenia, ale i przestrzeni publicznej. Brak poczucia bezpieczeństwa publicznego, strach przed napaścią i innymi przestępstwami w najbliższej okolicy, a także słaba kondycja fizyczna, niepełnosprawność, trudności w orientacji przestrzennej oraz występowanie barier architektonicznych i urbanistycznych powodują, że osoby starsze spędzają w mieszkaniu, często samotnie, coraz więcej czasu.

Z tego też względu szczególnie dużo uwagi należy poświęcić tworzeniu odpowiednich warunków do funkcjonowania osób starszych. Warunkiem większej aktywności seniorów jest po pierwsze przyjazne środowisko zamieszkania oraz estetyka przestrzeni, w której przebywają. Poprawa bezpieczeństwa oraz eliminacja barier przestrzenno-komunikacyjnych również zadziała stymulująco na nieaktywnych seniorów.

Propozycje aktywności realizowanych w grupach dla seniorów to między innymi :

- różnego rodzaju kursy rozwijające zainteresowania i umiejętności, np. kursy komputerowe, kursy tańca, językowe, warsztaty plastyczne, warsztaty teatralne, czy krawieckie;
- wolontariat – realizowany poprzez udzielanie korepetycji, pomoc dzieciom z uboższych rodzin, opieka nad dziećmi, np. czytanie bajek w przedszkolach, gotowanie, pieczenie;
- zajęcia hobbystyczne – prowadzenie ogródka, hodowla roślin, wieczory filmowe czy literackie;
- zajęcia fizyczne – gimnastyka, siłownia, basen, taniec, ruch i aktywność fizyczna dostosowane do możliwości seniorów są niezwykle istotne w utrzymaniu zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego osób starszych;
- organizacja wycieczek – wyjazdy do teatru, parku czy na wystawę wpływa dobrze na integrację grupy, a zwiedzanie ciekawych miejsc poszerza horyzonty myślowe i stanowi świetną rozrywkę;
- cykliczne spotkania z grupami seniorów z innych dzielnic poprzez organizowanie spotkań, występów daje możliwość wymiany doświadczeń i poglądów (Sygit 2010).

4. DOSTĘPNA PRZESTRZEŃ PUBLICZNA JAKO ELEMENT AKTYWIZUJĄCY OSOBY STARSZE

Przestrzeń publiczna to obszar o szczególnym znaczeniu dla zaspokajania potrzeb i poprawy jakości życia wszystkich jej użytkowników, a w szczególności osób starszych. Powinna jednoczyć mieszkańców i tworzyć płaszczyznę do inicjatyw, pobudzania wyobraźni i rozwoju lokalnych wspólnot. Plac, rynek, skwer, ulica czy

bulwar to obszar, gdzie następują interakcje i działania sprzyjające integracji. Są to miejsca, w których przemieszczają się ludzie, jedni pieszo, inni różnymi środkami lokomocji.

Stworzenie sprzyjających warunków rozwoju i samorealizacji osób starszych wymaga wprowadzenia takich rozwiązań przestrzennych, które zapewniłyby możliwość samodzielnego i niezależnego funkcjonowania w lokalnej społeczności, w tym również możliwości korzystania z powszechnych usług i z atrakcji turystycznych miasta. Pozwoli to zwiększyć aktywność tych osób, przede wszystkim w sferze społecznej oraz stworzy podstawy do integracji. Obecnie uwzględniając uwarunkowania demograficzne, konieczne staje się projektowanie przyjazne z myślą o wszystkich mieszkańcach, bez względu czy są sprawni czy nie, oparte na standardach projektowania uniwersalnego.

Dostępność jest silnie związana z pojęciem projektowania dla wszystkich (universal design), co określa się, jako "bezpośredni dostęp" do środowiska zabudowanego, usług i informacji. Obejmuje to projektowanie obiektów i przedmiotów dostępnych dla wszystkich osób, bez względu na to czy są osobami niepełnosprawnymi czy sprawnymi. Projektowana przestrzeń (jak również nowe produkty wprowadzane do obrotu), powinna być w pełni użytkowana przez osoby o ograniczonej mobilności i percepcji. Są to założenia powszechnej dostępności, która warunkuje pełnię praw obywatelskich między innymi osobom starszym (Building 2002).

Alternatywą powszechnej dostępności jest zagwarantowanie dostępu pośredniego poprzez zapewnienie rozwiązań technicznych wspomagających osoby niepełnosprawne, w tym starsze, czyli tworzenie rozwiązań adaptacyjnych. Z uwagi na społeczne konsekwencje oraz lepsze wykorzystanie potencjału osób starszych i z niepełnosprawnością, należy skupić się przede wszystkim na rozwiązaniach pełnej dostępności. Definicja projektowania uniwersalnego zamieszczona w art. 2 Konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnością brzmi: *„Projektowanie uniwersalne odnosi się do takich rozwiązań, które są użyteczne dla wszystkich ludzi, w jak największym zakresie, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznych zmian. Termin ten odnosi się do produktów, środowisk, programów i usług, i nie wyklucza urzędzeń pomocniczych dla poszczególnych grup osób niepełnosprawnych”* (Rezolucja 2006).

Wymagania stawiane dostępności przestrzeni publicznej podnosi wiele dokumentów międzynarodowych, w tym szczególnie ważna dla środowiska osób starszych i niepełnosprawnych: Konwencja o prawach osób z niepełnosprawnością przyjęta 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ (Rezolucja ONZ 61/106), ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 roku (Rezolucja 2006).

Artykuł 9. Konwencji ONZ jest w całości poświęcony dostępności. W tym artykule zobowiązuje się państwa, które ratyfikują Konwencję do zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami, tym osobom starszym, dostępu do środowiska fizycznego na równi z innymi osobami. Dokument określa działania, jakie powinny podjąć państwa członkowskie w zakresie udostępnienia środowiska fizycznego, transportu, informacji i komunikacji międzyludzkiej, w tym szeroko rozumianych techno-

logii informatycznych oraz wszelkich usług oferowanych całemu społeczeństwu, zarówno przez podmioty publiczne, jak i prywatne. Działania te powinny objąć likwidację barier i przeszkód w dostępie do budynków, dróg, środków transportu oraz usług informacyjnych, w tym usług elektronicznych oraz usług w zakresie pomocy w nagłych wypadkach (Rezolucja ONZ nr 61/06 2006, art. 9).

Konwencja zaleca, aby poszczególne państwa podjęły stosowne kroki, m.in. w celu: rozwoju i wdrażania standardów i wytycznych dotyczących udogodnień i usług oferowanych całemu społeczeństwu; dopilnowania wszystkich usługodawców, aby brali pod uwagę potrzeby osób z różnymi niepełnosprawnościami; zapewnienia szkoleń dla wszystkich zainteresowanych w kwestiach związanych z dostępnością; zapewnienia w budynkach czytelnych oznaczeń dla osób o różnej percepcji i ograniczeniach w mobilności oraz promocja wszelkich rozwiązań technicznych i projektowych, zapewniających osobom z niepełnosprawnością lepszy dostęp do informacji i środowiska fizycznego (Rez. ONZ nr 61/06 2006, art. 9).

Z uwagi na ograniczony zakres prawodawstwa polskiego standardy dostępności dla miasta, czy gminy powinny mieć zastosowanie jedynie do terenów należących do miasta. W całości standardy takie powinny stanowić doprecyzowanie oraz wzmocnienie przepisów zawartych w:

- Ustawie Prawo Budowlane (Dz. U. z dn. 25.08.1994, nr 89, poz. 415, z późn. zm.), a w szczególności: Art. 5.1. Obiekt budowlany wraz ze związanymi z nim urządzeniami budowlanymi należy, biorąc pod uwagę przewidywany okres użytkowania, projektować i budować w sposób określony w przepisach, w tym techniczno - budowlanych, oraz zgodnie z zasadami wiedzy technicznej, zapewniając: ... pkt. 4) niezbędne warunki do korzystania z obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- Rozporządzeniu MI w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie;
- Rozporządzeniu MTiGM w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać drogi i ich usytuowanie.

Władze miasta lub gminy mają prawo określić dla inwestycji w przestrzeni publicznej minimalne lub zalecane wymagania dotyczące dostępności. Celem władz samorządowych powinno być jednak przekonywanie również innych gestorów przestrzeni publicznej, że zasadne jest stosowanie standardów dostępności w budowanych, remontowanych i użytkowanych obiektach oraz przestrzeniach publicznych (Agenda 2001). Przestrzeganie wymagań może stać się warunkiem zawieranych z inwestorami prywatnymi umów, np.: na dzierżawę terenów miejskich lub organizację imprez w przestrzeni publicznej. Celowe staje się również określenie obszarów obowiązywania standardów dostępności (całe miasto lub wytyczone jego fragmenty), jako prawo miejscowe w zakresie dostosowywania przestrzeni publicznej do potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych. Odstępstwa od wyma-

gań standardów dostępności powinny mieć charakter uzgodnień i być zaakceptowane przez specjalistów z zakresu projektowania uniwersalnego.

Aktywizacja osób starszych zależy od prawidłowego zaprojektowania i przygotowania elementów przestrzeni publicznej, które powinny być wykonywane zgodnie ze standardami dostępności. Należy zdać sobie sprawę, że uwarunkowania historyczne i topograficzne utrudniają dostosowanie w pełni całej przestrzeni publicznej, dlatego bardzo ważnym elementem polityki przestrzennej miasta powinno być stworzenie planu modernizacji, zoptymalizowanego na potrzeby osób z niepełnosprawnościami, w tym również starszych. Oznacza to, że przy projektowaniu nowych obiektów i przestrzeni publicznych oraz modernizacji już istniejących struktur, należy uwzględnić racjonalne dostosowanie przestrzeni publicznej, w celu zapewnienia osobom starszym możliwości egzekwowania i korzystania z wszystkich praw człowieka i fundamentalnych swobód (Rezolucja 2006).

Do elementów przestrzeni publicznej, które powinny być projektowane, bądź modernizowane zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego należą (Johni 2005):

- a) Ciągi piesze - powinny zapewnić samodzielność poruszania się osobom z ograniczoną mobilnością i percepcją, ze szczególnym uwzględnieniem zachowania bezpiecznego przemieszczania się tych osób.
- b) Wyposażenie ciągów pieszych - sposób rozmieszczenia urządzeń powinien być zaplanowany i zgodny z ustalonym jednolitym schematem, dzięki czemu użytkownikom łatwiej jest odnaleźć, np.: kosz na śmieci, automaty telefoniczne lub biletowe, wejścia do budynków, punkty informacyjne itp. Do wyposażenia zaliczamy: miejsca odpoczynku, elementy informacyjne i małej architektury, oświetlenie, elementy odwodnienia, tymczasowe i ruchome elementy wyposażenia (letnie kawiarnie, plansze reklamowo – informacyjne, stragany itp.).
- c) Przejścia dla pieszych - przy planowaniu lokalizacji i organizacji przejść dla pieszych należy uwzględnić zasadę uprzywilejowania ruchu pieszego nad ruchem rowerowym, komunikacją publiczną i samochodową indywidualną. Zaleca się, aby trasy ruchu pieszego przebiegały na jednym poziomie.
- d) Przystanki komunikacji miejskiej - transport publiczny jest często jedynym środkiem komunikacji, z którego mogą samodzielnie korzystać osoby starsze. Dla tych osób dobrze dobrane połączenia komunikacyjne zwiększają dostępność odległych od siebie obszarów miasta. Tak więc, aby komunikacja miejska spełniała swoje funkcje, zarówno środki transportu, jak i punkty przesiadkowe oraz przystanki, muszą uwzględnić potrzeby osób z ograniczoną mobilnością i percepcją.
- e) Pokonywanie różnic w terenie - najtrudniejszą do pokonania barierą przestrzenną dla osób z ograniczeniami mobilności są różnice wysokości w terenie do pokonania których zastosowano schody. Aby zwiększyć zakres dostępnej przestrzeni należy ograniczyć powstawanie nowych i sukcesywnie usuwać istniejące bariery na ciągach pieszych. Każdorazowo przy modernizacji prze-

strzeni publicznej należy wykonać optymalizację rozwiązań projektowych, które w racjonalny sposób zwiększą zakres dostępności środowiska zabudowanego dla osób o różnych ograniczeniach mobilności i percepcji. Różnice poziomów można pokonywać za pomocą pochylni, odpowiednio zaprojektowanych schodów zewnętrznych czy wind zewnętrznych.

- f) Tereny rekreacyjne - ważnym elementem polityki społecznej miasta jest udostępnienie miejsc rekreacji dla osób z ograniczeniami mobilności i percepcji, w tym osób starszych. Dla wielu osób możliwość wypoczynku i rekreacji jest częścią rehabilitacji oraz terapii socjologicznej. Udogodnienia na terenach rekreacji służą wszystkim mieszkańcom miasta do uprawiania aktywności fizycznej i podtrzymania kontaktów społecznych, co szczególnie ważne jest dla seniorów. W związku z tym należy dostosować do ich potrzeb parki publiczne, skwery miejskie, ale i osiedlowe, punkty widokowe na terenach otwartych, place zabaw.

5. PROGRAM "SENIOR WIGOR"

Kolejnym etapem aktywizacji osób starszych jest tworzenie miejsc umożliwiających ich uczestnictwo w życiu społecznym. Program "Senior Wigor" przewidziany na lata 2015-2020 zakłada wspieranie finansowe jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizacji zadań związanych z rozwojem usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych. Celem strategicznym programu jest wsparcie seniorów poprzez dofinansowanie działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów "Senior-WIGOR" ze szczególnym uwzględnieniem jednostek samorządu, charakteryzujących się niskimi dochodami i/lub wysokim odsetkiem seniorów w populacji ogółem oraz brakiem infrastruktury pomocy społecznej służącej realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania. Celem programu jest w szczególności zapewnienie wsparcia seniorom (osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60+) poprzez umożliwienie korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywizacji, w tym oferty prozdrowotnej, obejmującej także usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej, w zależności od potrzeb stwierdzonych w środowisku lokalnym. W ramach programu przewiduje się udostępnienie seniorom infrastruktury pozwalającej na aktywne spędzanie czasu wolnego, a także zaktywizowanie i zaangażowanie seniorów w działania samopomocowe i na rzecz środowiska lokalnego.

Program "Senior-WIGOR" niestety nie spełnia wszystkich wymagań do aktywizacji osób starszych. Analiza propozycji funkcjonalnych przeprowadzonych przez Autorkę wykazała, że program funkcjonalny nie przewiduje takich niezbędnych pomieszczeń jak np. pomieszczenie dla osoby chorej, pomieszczeń magazynowych, czy pomieszczeń socjalnych dla pracowników. W programie brak informacji na temat liczby pracowników. Założenie, że posiłki będą przygotowywać tylko pensjonariusze jest błędne – powinno być zaprojektowane zaplecze na przyjęcie również posiłków gotowych (kuchnia z magazynem). Pomieszczenie wielofunkcyjne, sala do zajęć ruchowych i sala klubowa zostały przewidziane jako osobne

pomieszczenia, co w przypadku adaptacji istniejących obiektów na cele Dziennego Domu czy Klubu jest często niemożliwe, tym bardziej w uboższych, czy mniejszych gminach o ograniczonych możliwościach lokalowych.

6. WARUNKI ZAMIESZKANIA OSÓB STARSZYCH

Warunki mieszkaniowe i środowisko zamieszkiwania osób starszych stanowią ważny problem, którego rozwiązanie jest przede wszystkim zadaniem architektów i urbanistów. Szeroko rozumiane środowisko zamieszkiwania w dużym stopniu decyduje o samodzielnym funkcjonowaniu społecznym osób starszych, o ich aktywizacji. Wpływa także na ich niezależność w obrębie mieszkania lub domu oraz na poczucie bezpieczeństwa.

Warunki mieszkaniowe starszych ludzi są na ogół gorsze niż przeciętne w kraju. Jedną z przyczyn tego stanu jest brak regulacji prawnych dotyczących standardu mieszkań dla seniorów. W polskim ustawodawstwie obejmującym rozwiązania projektowe obiektów mieszkaniowych nie ma bowiem żadnych przepisów dotyczących osób starszych i niesamodzielnych. Można się posiłkować zapisami odnoszącymi się do osób niepełnosprawnych, ale zasadniczo są one ukierunkowane na wprowadzanie udogodnień dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim. Najważniejsza ustawa – Prawo budowlane z 7 lipca 1994 r. (tekst jedn. Dz.U. 2003, Nr 207, poz. 2016), oraz jej przepis wykonawczy – Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 2002 r. (Dz.U. Nr 75, poz. 690) w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie wraz z późniejszymi zmianami regulują zagadnienia związane z procesem inwestycyjnym i uwzględniają pewne aspekty prointegracyjne. Dotyczą one w szczególności zasad projektowania zagospodarowania terenu, szerokości dojeżdż, dojazdów oraz otworów wejściowych do budynków, miejsc postojowych dla samochodów, z których korzystają osoby niepełnosprawne, oraz dźwigów osobowych. Przepisy te odnoszą się do budynków i obiektów użyteczności publicznej. W przypadku budynków mieszkalnych regulują to jedynie w odniesieniu do nowo powstających obiektów wielorodzinnych. Zapisy służące dostosowaniu rozwiązań do szczególnych potrzeb przyszłych użytkowników są jednak mało precyzyjne.

Wyniki przedstawiające warunki zamieszkiwania osób starszych zaprezentowano w badaniu Polsenior (Polsenior 2012: 514-515). Stwierdzono istotne różnice w zależności od wielkości miejscowości – na wsiach przeważają budynki jednorodzinne, a im większe miasto, tym większy udział budownictwa wielorodzinnego i bloków wielopiętrowych. Najwięcej seniorów mieszka w domach jednorodzinnych, a wyraźnie mniej w kamienicach komunalnych i domach czynszowych. Równocześnie zamieszkanie w wielopiętrowych budynkach jest najsilniej zróżnicowane ze względu na wielkość miejscowości (Polsenior 2012: 514).

W placówkach instytucjonalnych mieszka niewielki odsetek seniorów. Wg badań Polsenior w najstarszej grupie było ich tylko 1,1%, co świadczy o marginalnym udziale form instytucjonalnych w systemie pomocy dla osób starszych. Bardzo niski udział takich form wsparcia wiąże się z małą popularnością domów opieki

dla seniorów. Społeczny wizerunek tego typu placówek znacznie odbiega od ich potocznej nazwy – „domy spokojnej starości”.

Należy rekomendować ukierunkowanie zmian na pozytywną adaptację istniejącego środowiska mieszkaniowego do potrzeb seniorów, a nie na głęboką jego modernizację, która może nie odpowiadać wzorcom kulturowym i oczekiwaniom seniorów. W przypadku środowisk zbiorowego zamieszkiwania (np. domy pomocy społecznej) seniorzy o niskim kapitale kulturowym wymagają wsparcia w procesie adaptacji do nowego technicznie środowiska zamieszkania. Modernizacje mieszkań, niezbędne ze względu na stopień niepełnosprawności seniorów, powinny natomiast być proponowane i wspierane finansowo przez podmioty polityki społecznej.

7. PODSUMOWANIE

Aktywizujące rozwiązania architektoniczne powinny być realizowane poprzez rozpoznanie potrzeb użytkownika – w tym przypadku osoby starszej, w określonych obszarach urbanistycznych oraz mieszkaniowych. Ważnym elementem są jakościowe badania eksperckie skupione na rozwiązaniach technicznych, funkcjonalnych, ale także behawioralnych. Problemy dostosowania środowiska zurbanizowanego i zbudowanego (budynki i mieszkania) do potrzeb osób starszych ujmuje obowiązujące w Polsce prawo budowlane, ale także obowiązujące w świecie zasady i idee projektowania uniwersalnego oraz Built for All.

Analiza potrzeb behawioralnych ludzi starszych w środowisku zamieszkiwania powinna brać pod uwagę bezpieczeństwo fizyczne seniorów (określone normami technicznymi i przepisami dotyczącymi dostosowania budynków i otoczenia urbanistycznego do potrzeb osób starszych). Istotne jest również poczucie bezpieczeństwa społecznego wynikające z kontaktów z innymi mieszkańcami oraz rola kontaktu wzrokowego seniora z otoczeniem przez okno czy z balkonu.

Zarówno z bezpieczeństwem fizycznym, jak i psychicznym w środowisku zbudowanym łączy się problem gradientu prywatności, tj. gradacji przestrzeni od prywatnej, poprzez półprywatną, półpubliczną do publicznej. Brak tego typu podziałów przestrzennych powoduje zagrożenie dla osób starszych w najbliższym otoczeniu budynku.

Podsumowując należy stwierdzić, że aktywizująco na osoby starsze wpływa możliwość pozostania w miejscu zamieszkania, głównie ze względów społecznych i z uwagi na znane warunki funkcjonowania w dotychczasowym środowisku. Dla starszych mieszkańców podstawowe kontakty społeczne oraz bliskość placówek usługowych w środowisku zamieszkania są najważniejsze dla pozytywnej oceny otoczenia.

Czynniki środowiska kulturowego silnie mogą różnicować dostęp seniorów do elementów aktywizujących, takich jak np. dom dziennego pobytu, czy przedstawione w artykule kluby Senior - WIGOR.

Najistotniejsze jest jednak udostępnienie istniejących i projektowanych placówek dających gwarancję odpowiedniej jakości opieki nad seniorami poprzez stosowanie zasad projektowania uniwersalnego oraz poszerzenie oferty aktywizującej seniorów.

LITERATURA

- Agenda 22. Władze Lokalne. Instruktaż w zakresie planowania polityki na rzecz osób niepełnosprawnych w społecznościach lokalnych, Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, 2001.
- Arnheim R., Sztuka i percepcja wzrokowa. Psychologia twórczego oka, Gdańsk 2004.
- Building for Everyone, NDA, 2002.
- Johni P, Thuresson C., Sztokholm – miasto dla wszystkich, W.: Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa, 2005.
- Kaczmarczyk M., Trafiałek E., Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślnie starzenie. W.: Gerontologia Polska, Via Medica, Gdańsk 2007, tom 15, nr 4.
- Kwiatkowska W., Szczepańska J., Woźniewski M., Greń G. 2005. Zaburzenia poznawcze u osób starszych w świetle oceny metabolicznych czynników ryzyka chorób sercowo – naczyniowych. *Acta Angiol* 11 (1).
- Kuryłowicz E., Projektowanie uniwersalne. Udostępnianie otoczenia osobom niepełnosprawnym, W.: Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa, 2005.
- Niezabitowska E., Benek I., Szewczenko A., Senior WIGOR w oczach architektów, W: Polityka Senioralna 2016 nr 1, s. 116-119.
- Polsenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Red. M. Mossakowska, A. Wiecek, P. Błędowski. Poznań Termedia 2012.
- Rezolucja ONZ nr 61/06 z dnia 13 grudnia 2006: Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych (ang. Convention on the Rights of Persons with Disabilities). A/RES/61/106.
- Sygit M., Zdrowie publiczne, Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010
- The 2015 Ageing Report: Economy and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060, European Economy 3/2015.



Beata Pituła

Uniwersytet Śląski
E-mail: beata.pitula@us.edu.pl

Anna Waligóra – Huk

Uniwersytet Śląski
E-mail: anna.waligora-huk@us.edu.pl

Nauczyciel wobec problemu ubóstwa / *Teachers and the issue of children poverty.*

Abstract

The article presents the results of the researches, conducted in 2005-2015, which have given the opportunity to answer to the questions about teachers, attitudes to the most important, nowadays social problems. During the research we have been looking for the answer to the questions about teachers' knowledge about the issue of poverty; categories of perception of the poverty; consequences of the poverty and eliminating the effects of poverty, as well as the preventive actions. The research sample consisted of teachers from elementary and secondary schools from Bytom city (the place of the research was purposeful selected because of the increasing rate of unemployment, which implying lower participation of the residents in the consumption of social goods). This article presents a brief analysis of the results of research in relation to the attitudes of teachers towards widely understood problem of poverty.

Keywords: attitudes of teachers; poverty; innocent children poverty; teachers' actions against children poverty.

WPROWADZENIE

Współcześnie, w dobie dużego zróżnicowania społeczeństwa pod względem uposażenia i co się z tym wiąże, nierównomiernego dostępu do wysokiej jakości dóbr i usług (por. Stąsiek 2002; Michalczyk 2003; Sztompka 2012:242-252), rola nauczyciela – jako edukatora, wprowadzającego młode pokolenia w dorosłe i pełne wyzwania życia, jest nie do przecenienia. To nauczyciel (oczywiście tuż obok rodzica) od najwcześniejszych etapów edukacji uczy dzieci postaw wobec wartości materialnych i kształtuje zachowania społeczne ukierunkowane na poszanowanie godności każdego człowieka bez względu na stan posiadania. Pedagodzy niejednokrotnie wspierają także emocjonalnie i/lub materialnie dzieci i młodzież, funkcjonujące w rodzinach przymusowo lub dobrowolnie rozdzielonych, ze względu na zatrudnienie podejmowane przez rodziców poza granicami państwa. Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem eurosieroctwa wymagają w wielu przypadkach zindywidualizowanego podejścia, ułatwiającego proces adaptacji w warunkach braku stałej obecności jednego czy wręcz obojga

rodziców (por. Kaczmarczyk 2005; Grabowska-Lusińska i Okólski 2009; Kozak 2010).

Przemiana systemowa, którą datować w Polsce można na lata 80. i na początek lat 90. ujawniła szereg zjawisk, które wcześniej nie zajmowały szczególnie miejsca w obszarze społecznych zainteresowań. Jednym z tych zjawisk jest właśnie ubóstwo, które w rozumieniu egzystencjalnym, instytucjonalnym i politycznym stanowi znaczący czynnik warunkujący patologię życia społecznego. Termin *ubóstwo*, w powszechnej świadomości, funkcjonuje jako brak dostatecznych środków materialnych do życia, jako bieda, niedostatek. Idąc dalej - ubóstwo można zdefiniować także jako stan poniżej pewnego zmiennego w czasie progu dochodowego lub progu realizacji potrzeb w odniesieniu do jednostki, rodziny lub grupy społecznej (Pilch i Lepalczyk 1995:342). Badacze wyodrębniają różne rodzaje ubóstwa, a wyszczególnić należy przede wszystkim ubóstwo zawinione oraz niezawinione. Omawiane jako pierwsze - ubóstwo zawinione - jest udziałem w szczególności ludzi z tak zwanego marginesu społecznego, czyli alkoholików, narkomanów, osoby, które nigdy nie pracowały, ponieważ odznaczają się chroniczną niechęcią do pracy, wyuczoną bezradnością. Na ubóstwo niezawinione cierpią natomiast takie osoby jak: dzieci i młodzież, emeryci, renciści, osoby z rodzin niepełnych, rolnicy. W obecnych czasach, na skutek obserwowanych zmian na rynku pracy, do tej grupy zaliczyć można także osoby bezrobotne (por. Rymarz 2007: 269). Ponadto wzmiankowaną kategoryzacją wyróżnia się także indywidualną lub społeczną genezę ubóstwa, gdzie pomija się aspekt wartościowania i oceniania, czy jest to ubóstwo zawinione, czy też nie. Pojęcie ubóstwa powstałego na drodze indywidualnych sytuacji życiowych obejmuje takie aspekty jak:

- wielodzietność;
- uzależnienia (zwłaszcza narkomania i alkoholizm);
- niepełnosprawność wszelkiego rodzaju, fizyczna, psychiczna, umysłowa;
- samotność (zjawisko szczególnie częste wśród emerytów i rencistów posiadających niskie dochody);
- wychowywanie się w rodzinach niepełnych i rozbitych;
- niski status wykształcenia prowadzący do bezrobocia;
- przewlekła choroba;
- inne przeżycia (np. śmierć kogoś bliskiego) utrudniające aktywne i prawidłowe funkcjonowanie (por. Jarosz 1984: 271).

Warto też zauważyć, że w wielu przypadkach problemy te nie występują pojedynczo, ale zespołowo, nawarstwiają się, stawiając jednostkę w bardzo niekorzystnej sytuacji. Niestety nieskuteczność polityki społecznej państwa przyczynia się w konsekwencji do powiększania enklaw biedy i wykluczenia społecznego. Warto nadmienić, iż z badań przeprowadzonych przez zespół prof. Wielisławy Warzywody – Kruszyńskiej wynika, że dziedziczność biedy w enklawach rozciąga się już do piątego pokolenia (Warzywoda – Kruszyńska 2001, 2002, 2003). W tej sytuacji szczególnie, niezawinionego cierpienia doświadczają zwłaszcza dzieci i młodzież.

Nauczyciel w swojej pracy zawodowej zmagają się z wieloma aspektami problemu ubóstwa. Poczynając od aspektu ubóstwa materialnego swoich podopiecznych, poprzez umiejętność funkcjonowania w świecie pełnym zróżnicowania ekonomicznego, na problemach prywatnych związanych z finansową kondycją własnego gospodarstwa domowego kończąc. W dobie coraz głośniejszej komentowanej w mediach pauperyzacji nauczycieli, wzmiankowany aspekt bezradności pedagogów wobec zarobków uniemożliwiających godne życie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych, warunkujących efektywne wypełnianie obowiązków dydaktycznych i wychowawczych, wydaje się odgrywać niezwykle ważną rolę (por. Nałaskowski 1997; Kwiatkowska 2005; Lewowicki 2007; Śliwerski 2010; Stańczyk 2011; Gawlicz i Starnawski 2011; Śliwerski 2016). Ustawowo regulowane wynagrodzenia nauczycieli wyznaczają pedagogom niski poziom życia oraz utrudnione funkcjonowanie w społeczeństwie. Zatem ranga zawodu także pozostaje ściśle związana z otrzymywanym za wykonaną pracę wynagrodzeniem. Wizerunek społeczny nauczyciela, który powszechnie jawi się jako członek klasy „darmozjadów” (Karnowski 2012), korzystający z pieniędzy podatników, pokutuje zarówno w mediach, jak i w powszechnych wyobrażeniach utrzymujących nauczycieli podatników. Niestety wizerunek ten nie służy ani nauczycielom, ani tym bardziej wykonywanej przez nich pracy.

W szkole czy przedszkolu rola pedagoga wobec problemu ubóstwa dziecka jest specyficzna i niezwykle znacząca. To niejednokrotnie wrażliwy, empatyczny i czujny nauczyciel dostrzega przejawy dziecięcej biedy w szerokim tego słowa znaczeniu. Nauczyciele, a zwłaszcza wychowawcy zatrudnieni w placówkach oświatowych, jako pierwsi mogą zaobserwować symptomy sytuacji problemowej w rodzinie ucznia, której skutecznie można przyjąć z pomocą, uruchamiając działania interwencyjne i/lub profilaktyczne. Wychowawca, dostrzegający problem ubóstwa dziecka może aktywnie współpracować z Miejskim lub Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej, który udzieli fachowego wsparcia, w zależności od konkretnej, zdiagnozowanej sytuacji. Pracownicy socjalni, zatrudnieni w wyżej wymienionych placówkach, systematycznie współdziałają ze szkołami niosąc, w miarę możliwości i uregulowań prawnych, pomoc dzieciom potrzebującym różnorodnych form wsparcia, opieki i pieczy. Otwarty na problemy swoich wychowanków pedagog, czuły na drobne przejawy i sygnalizowane przez ucznia trudności, może w porę zaoferować konkretne wsparcie, które zabezpieczy potrzeby dziecka i ma szansę przyczynić się do zminimalizowania ryzyka marginalizacji czy wręcz spowodowanej wyżej wspomnianymi trudnościami patologii. Potrzebni są zatem nauczyciele o dużej wrażliwości na problemy społeczne, świadomi i gotowi nieść pomoc dzieciom, które niejednokrotnie o tę pomoc boją się lub wstydzą poprosić. Kolejną instytucją, z którą współpracować może nauczyciel w ramach działań profilaktycznych lub interwencyjnych, podejmowanych wobec ucznia i jego rodziny w sytuacji trudnej, jest Sąd Rodzinny i Nieletnich, do którego z ramienia szkoły kierować można pismo z wnioskiem o wgląd w sytuację rodzinną konkretnego dziecka. Nauczyciel, zaniepokojony przejawami określonych trudności wychowanka, może podjąć wspomnianą interwencję, jako działanie ukierunkowane na diagnozę stanu rzeczy i prognozę, co do możliwości zaradzenia ewentualnej

sytuacji problemowej. Sąd przygląda się zatem rodzinie ucznia i jego sytuacji, poprzez działalność środowiskową kuratorów zawodowych lub społecznych, którzy wnikliwie badają sygnalizowane i dostrzegane przez szkołę problemy.

W kontekście prowadzonych powyżej rozważań, ważna wydała nam się diagnoza postawy nauczyciela wobec ujętego w temacie problemu.

BADANIA WŁASNE NAD PROBLEMEM

Prezentowane w niniejszym tekście wyniki badań stanowią wycinek prowadzonych w latach 2005-2015 eksploracji, dających bazę dla poszukiwania odpowiedzi o postawę nauczyciela wobec „palących” problemów współczesności. W kontekście bowiem trudnych, globalnych, zmian, często sytuujących człowieka na marginesie życia społecznego szczególnie wydaje się być rola nauczyciela literalnie i moralnie obligowanego do przygotowania jednostki do radzenia sobie z problemami współczesnej cywilizacji. W tym okresie przeprowadzono dwa badania, pierwsze w 2005 roku, drugie w 2015, w obydwu przypadkach poszukiwano odpowiedzi na pytania o:

- wiedzę nauczyciela o zjawisku ubóstwa (skali, przyczynach, możliwości kompensacji skutków) i jej źródłach;
- kategorie postrzegania ubóstwa (problem globalny, lokalny, jednostkowy);
- skutki ubóstwa oraz możliwości ich niwelowania i profilaktyki.

Diagnozę przeprowadzono w oparciu o dane zebrane za pomocą tego samego kwestionariusza ankiety, o wypełnienie którego poproszono nauczycieli szkół podstawowych i gimnazjalnych miasta Bytomia (wybór terenu badań był celowy, gdyż miasto to charakteryzuje się rosnącym wskaźnikiem bezrobocia implikującym coraz niższy udział mieszkańców w konsumpcji dóbr społecznych). Udział w badaniach był anonimowy i całkowicie dobrowolny. Grupa badawcza liczyła w obydwu przypadkach 80 osób; tyle że w 2005 roku odnotowano w niej 2 mężczyzn, w 2015 roku w badaniu udział wzięły jedynie kobiety. Cechą charakterystyczną obydwu grup jest to, że są sfeminizowane, a rozpiętość wiekowa badanych dość duża od 25 roku życia do 51 lat (2005) i od 26 roku życia do 52 lat (2015). Jednakże dominowali badani w wieku 36-42 lat. Wszyscy badani ukończyli studia wyższe kierunkowe oraz posiadali przygotowanie pedagogiczne, a prawie połowa ukończyła studia podyplomowe lub była w trakcie ich finalizacji. Dane te pozwalają przypuszczać, iż wiedza uzyskana w badaniach będzie rzetelna i reprezentatywna dla środowiska nauczycielskiego w badanym mieście.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Na wstępie poproszono o zdefiniowanie pojęcia ubóstwo. Analiza wyników pozwoliła na stwierdzenie, że 95% badanych poprawnie je pojmuje, wskazując zarówno na jego aspekt ekonomiczny „brak, bądź niewystarczające środki finansowe konieczne dla zaspokojenia podstawowych potrzeb egzystencjalnych (żywność, schronienie, opłaty za media)”, aspekt socjologiczny „brak lub niedostateczny udział w korzystaniu z dóbr kulturowych i życiu społecznym”, aspekt psychologiczny „niemożność osiągnięcia minimalnego standardu życiowego, pozwalające-

go na zaspokojenie potrzeb jednostki”. Pozostali w liczbie 5% również właściwie definiowali pojęcie, jednakże akcentowali głównie jego aspekt materialny. Ubóstwo, które w odpowiedziach otwartych było synonimicznie używane z terminem bieda, było postrzegane przez respondentów w kategoriach głównie lokalnych i jednostkowych. Badani nauczyciele wiedzą, że zjawisko ubóstwa jest cechą charakterystyczną współczesnego świata, że istnieją enklawy biedy, że nawet państwa tzw. dobrobytu borykają się z tym problemem i jak do tej pory jest on nierozwiązywalny, nadto generuje wiele innych problemów społecznych, w tym jest predykatorem patologizacji życia społecznego, to jednak lokalna perspektywa wyznacza myślenie o nim. 93,75% badanych trafnie określa skalę zjawiska w mieście oraz wskazuje tzw. dzielnice biedy, przy czym czyni to głównie w oparciu o obiegowe opinie i własne obserwacje i przemyślenia. Niewielu, bo 6,26% podaje, iż na bieżąco aktualizuje swoją wiedzę o problemie korzystając z portalu informacyjnego urzędu miasta czy urzędu pracy. Zasadniczej przyczyny pauperyzacji miasta i jego mieszkańców upatrują (86,25%) w systematycznym i długotrwałym procesie kurczenia się rynku pracy, będącego skutkiem restrukturyzacji przemysłu węglowego, w praktyce sprowadzającej się do zamykania kopalń i zwolnień grupowych; braku efektywnych działań władz miasta na rzecz rozwoju miasta i tworzenia nowych miejsc pracy (62,5%), niskim poziomie operatywności osób dotkniętych ubóstwem, w tym niewystarczających kwalifikacji, utrudniających, czy wręcz uniemożliwiających rekwaliifikację zawodową, alkoholizmie i akceptacją życia na zasiłku, czy „garnuszką pomocy społecznej”(43,75%)¹.

Skutki ubóstwa są natomiast postrzegane głównie przez pryzmat uczniowskich trosk i dramatów. Ponad połowa respondentów wskazuje na niedożywienie dzieci, diagnozowane w oparciu o wygląd uczniów (wątlność sylwetki, anemiczność skóry, słaba kondycja fizyczna etc.); niemożność uczestnictwa w płatnych formach zajęć pozalekcyjnych rozwijających zainteresowania, ale także ogromne koszty psychologiczne – wstyd (bo „niemarkowe ubranie”, „stary sprzęt komputerowy”, „nieposiadanie kultowych gadżetów” etc.) , poczucie niższej wartości, strach przed upokorzeniem czy odtrąceniem. Jednocześnie wszyscy badani deklarują, że szkoła nie jest obojętna na problemy dziecka. Ponad połowa wskazała, iż w szkołach są prowadzone cykliczne diagnozy środowiska życia dziecka (głównie przez pedagogów szkolnych), na podstawie których szkoła ma obraz rzeczywistych potrzeb i niedoborów i może przygotować efektywną ofertę pomocową dla uczniów dotkniętych ubóstwem i skutecznie kompensować wyrządzone przez nie szkody. Jednakże ci sami badani wskazują, że szkoła oferuje biednym uczniom głównie posiłki nie najlepszej lub wręcz wątpliwej jakości w szkolnej stołówce, zaopatrzenie w podręczniki i przybory szkolne, refundację szkolnych wycieczek (o ile uda się znaleźć sponsora) oraz uczestnictwo we wszystkich formach zajęć realizowanych w szkole. Badani mają także świadomość, że ta pomoc nie jest wystarczająca i nie chroni przed dziedziczeniem biedy, a to – zdaniem badanych- winno być głównym zadaniem szkoły.

¹ Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

KONKLUZJE

W tekście przywołano jedynie wyniki badań z roku 2015 jednakże dla rzetelności wypowiedzi należy podkreślić, że różnice we wskazaniach respondentów z roku 2005 są niewielkie i mieszają się w granicach 2-5% (Pituła 2006), daje to asumpt do stwierdzenia, że problem narasta, a wypracowywane strategie i stosowne praktyki jego rozwiązania są mało skuteczne lub nieskuteczne. Nauczyciel dziś jak i dekadę temu dysponuje tym samym instrumentarium – może być animatorem i inicjatorem działań pomocowych. Zostaje zatem żywić nadzieję, że zaangażowanie i kreatywność nauczyciela jest wystarczającym gwarantem jakości i efektywności udzielanej uczniowi pomocy. Jest jeszcze inny problem wymagający rozwiązania. Jak i w jaki sposób należałoby pomagać nauczycielom, którzy przecież w naszym kraju są także dotknięci problemem ubóstwa.

LITERATURA

- Boczoń J., Toczyński W., Zielińska A., *Ubóstwo jako zjawisko społeczne oraz przedmiot pracy socjalnej*, w: *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995.
- Gawlicz K., Starnawski M., *Obcy polskiego systemu edukacyjnego 20 lat po zmianie systemowej*, w: *Pedagogika. Zakorzenie i transgresja*, red. M. Nowak – Dziejmanowicz, P. Rudnicki, Wrocław 2011.
- Grabowska - Lusińska I., Okólski M., *Emigracja ostatnia?*, Warszawa 2009.
- Jarosz M., *Nierówności społeczne*, Warszawa 1984.
- Kaczmarczyk P., *Migracje zarobkowe Polaków w dobie przemian*, Warszawa 2005.
- Karnowski M., *Teraz to nauczyciele są na celowniku, to oni teraz są „darmozjadami”*. *Władza znowu napuszcza jednych na drugich*, „W polityce” 19 czerwca 2012.
- Kozak S., *Patologia eurosieroctwa w Polsce: skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin*, Warszawa 2010.
- Kwiatkowska H., *Tożsamość nauczycieli*, Gdańsk 2005.
- Lewowicki T., *Problemy kształcenia i pracy nauczycieli*, Warszawa, Radom 2007.
- Michalczyk T., *Czy można mówić o kryzysie społeczno - moralnym w społeczeństwie polskim w okresie transformacji*, „Zeszyty Naukowe SGGW”, 2003.
- Nalaskowski A., *Nauczyciele z prowincji u progu reformy edukacji*, Toruń 1997.
- Pituła B., *Nauczyciel a problem biedy*, w: *Nauczyciel wobec problemów współczesności*, red. B. Pituła, Katowice 2006.
- Rymarz T., *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania rodzin z problemem bezrobocia*, w: *Pedagogika wobec problemów opieki i resocjalizacji*, red. S. Badora, R. Stojecka - Zuber, Tarnobrzeg 2007.
- Stańczyk P., *Alibi niskich zarobków. O wysokiej randze bezinteresowności w ideologii zawodowej nauczycieli*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja” nr 4(56) 2011.
- Stąsień A., *Struktura społeczna*, w: *Socjologia ogólna. Wybrane problemy*, red. J. Polakowska – Kujawa, Warszawa 2002.
- Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2012.
- Śliwerski B., *Nauczyciel jako zawód*, *Studia Pedagogiczne*, t. LXIII, 2010.
- Śliwerski B., *Nauczycielska k(l)asa robotnicza*, źródło: <http://sliwerski-pedagog.blogspot.com>, [dostęp: 3 maja 2016].
- Warzywoda – Kruszyńska W., *Dorastać w biedzie*, w: *Życ na marginesie wielkiego miasta*, Łódź 2001.
- Warzywoda – Kruszyńska W., Grotowska-Leder J., *Bieda wśród dzieci (diagnoza na poziomie globalnym i lokalnym)*. *Prawo dziecka do godziwych warunków życia*, Warszawa 2002.
- Warzywoda – Kruszyńska W., Grotowska - Leder J., Krzyszkowski J., *Lokalna polityka wobec biedy i pomocy społecznej*, Łódź 2003.



Tomasz Jakubowski

Uniwersytet Śląski
E-mail: tomasz.jakubowski@us.edu.pl

Wiola Friedrich

Uniwersytet Śląski
E-mail: wiola.friedrich@us.edu.pl

Wykluczenie społeczne sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci a jego wpływ na recydywę - aspekty psychologicznie i prawne / *Social exclusion of child sex offenders and its impact on recidivism – the psychological and legal aspects*

Abstract

The paper deals with sex crimes against minors, focusing on the offenders and their social stigmatization. We discuss their characteristics, examining selected interpretations and classifications of the phenomenon of pedophilia. It is presented here from two perspectives, psychological and legal. First, pedophilia is presented as a complex psychiatric disorder which can cause “behaviors involving sexual activity with a prepubescent child” (DSM-V). Second, legal regulations concerning sexually-based crimes against minors are discussed as they are formulated in the Polish Criminal Code. Presenting the psychological and legal characteristics of this type of sex crime, we try to find the reasons for frequent recidivism among the offenders (stigmatization is believed to be one of them).

Keywords: pedophilia; child sex abuse; recidivism; sex offence.

1. WSTĘP

Polskie prawo reguluje kwestię przestępstw seksualnych wobec dzieci zarówno w aspekcie penalizacji zachowań seksualnych określonych w przepisach prawa jak i leczenia osób z zaburzeniami na tle seksualnym. W niektórych przypadkach leczenie jest obligatoryjne i ma na celu zminimalizowanie ryzyka powrotności do przestępstwa, w innych nie jest obligatoryjne (Stusiński, Lew-Starowicz 2014: 47). W artykule zostanie przedstawiona charakterystyka przestępców podejmujących się kontaktów seksualnych z małoletnimi, oraz omówione zostaną działania terapeutyczne i uregulowania prawne, które mogą być zastosowane wobec sprawców. Oprócz aspektów psychologicznych jak i prawnych procesu re-

socjalizacji, szczególny nacisk zostanie położony na czynniki wpływające na recydywę pedofilów wywołaną wykluczeniem.

2. ZACHOWANIA SEKSUALNE WOBEC DZIECI – DEFINICJE, KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE, TYPOLOGIE

Skandale związane z przestępstwami seksualnymi wobec dzieci bardzo zwracają uwagę społeczeństwa jak i świata nauki na problem osób dopuszczających się kontaktów seksualnych z nieletnimi. Kluczowym jest tutaj wyszczególnienie zachowań kazirodczych z udziałem małoletnich, zachowań seksualnych z dziećmi nie noszących znamion stałej preferencji, oraz pedofilii (właściwej).

Obowiązująca w polskiej służbie zdrowia definicja pedofilii została przedstawiona w dziesiątej wersji *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych Światowej Organizacji Zdrowia (International Classification of Diseases and Health Related Problems, ICD-10)* i oznaczona jest kodem F65.4: „Preferencja seksualna osoby dorosłej w stosunku do dzieci, zwykle w wieku przedpokwitaniowym lub we wczesnym okresie pokwitania. Niektórzy pedofile przejawiają skłonności tylko do dziewczynek, inni - tylko do chłopców, a jeszcze inni są zainteresowani jedną i drugą płcią.” (WHO, 2010: 183). Warunkiem takiej diagnozy jest również spełnienie ogólnych kryteriów diagnozy zaburzeń preferencji seksualnych tj. „G1. Nawracający, silny popęd seksualny i fantazje dotyczące niezwykłych obiektów lub czynności. G2. Działa pod wpływem tego popędu, lub jest wyraźnie przygnębiony odczuwając go. G3. Preferencja ta występuje przynajmniej sześć miesięcy” (ibid.).

Natomiast w piątej edycji *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V)*:

- A. W okresie przynajmniej sześciu miesięcy, nawracające, silnie podniecające seksualnie fantazje, popęd seksualny, czy zachowania seksualne wobec dziecka lub dzieci przed okresem dojrzewania (na ogół trzynastoletnich lub młodszych).
- B. Jednostka działała pod wpływem popędu seksualnego, lub popęd seksualny oraz fantazje powodują wyraźne przygnębienie lub problemy interpersonalne.
- C. Jednostka ma przynajmniej 16 lat i jest przynajmniej 5 lat starsza od dziecka lub dzieci wymienionych w Kryterium A. Uwaga: Nie dotyczy jednostek na późnym etapie dojrzewania będących w związku dwunasto- lub trzynastolatkami (APA, 2013: 697).

W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele różnych typologii próbujących ująć specyfikę poszczególnych rodzajów osób podejmujących się kontaktów seksualnych z dziećmi. Kluczowe jednak zdają się być cztery typologie ze względu na: płeć dziecka, wyłączność preferowania dziecka jako partnera seksualnego, jego wiek, wykorzystanie internetu do kontaktu z nim, jak i płeć pedofila.

Podstawowego podziału osób, które podejmują się kontaktów seksualnych z dziećmi ze względu na wyłączność lub jej brak w preferowaniu dzieci jako partnerów

seksualnych dokonali Groth, Hobson i Gary (1982), którzy wyróżnili dwa ich rodzaje – pedofilów fiksacyjnych i pedofilów regresyjnych.

Pierwszy z tych typów – fiksacyjny charakteryzuje się wyłącznością w preferencji małoletnich jako partnerów seksualnych, najczęściej niespokrewnionych. Ten typ sprawcy wykazuje większe tendencje do recydywy niż typ regresyjny.

U pedofilów regresyjnych, natomiast, nie występuje wyłączna preferencja dzieci jako partnerów/partnerek w kontaktach seksualnych, a tego typu zachowania pojawiają się w sytuacji niemożności/nieumiejętności znalezienia osoby dorosłej.

Ważnym w różnicowaniu osób podejmujących się kontaktów seksualnych z małoletnimi jest uwzględnienie kryterium wieku ofiary. Money (1990: 451-452) wyróżnił trzy typy preferencji, które można umieścić w kontekście zjawiska pedofilii: infantofilia, pedofilia (właściwa), oraz efebofilia.

Infantofilia jest to preferencja dzieci w wieku przedszkolnym. Pedofilia dotyczy dzieci, które uczęszczają już do szkoły, ale takie, które jeszcze nie wkroczyły w wiek pokwitania. Efebofilia, natomiast, jest to preferencja dzieci, które obecnie przechodzą okres dojrzewania (Money, 1990: 451-452).

W literaturze wyróżnia się również typy osób podejmujących się zachowań o charakterze pedofilnym ze względu na to, czy dziecko jest takiej samej płci jak sprawca czy nie: istnieją tzw. pedofile „heteroseksualni” – którzy preferują dzieci płci przeciwnej w stosunku do tej, jaką sami reprezentują; „biseksualni”, którzy nie mają wyraźnie zaznaczonej preferencji co do płci małoletniego; oraz „homoseksualni”, preferujący dzieci płci, jaką sami reprezentują (Maletzky i Steinhauer, 2002: 126).

Chociaż większość dorosłych, którzy podejmują się kontaktów seksualnych z małoletnimi to mężczyźni (Seto, 2004), i w dużej mierze to ich dotyczą prezentowane typologie, należy przyrzeć się również charakterystyce kobiet podejmujących się zachowań pedofilnych. Hall i Hall (2007: 459) zaproponowali typologię kobiet podejmujących się zachowań seksualnych z dziećmi, wyróżniając siedem ich typów:

- eksperymentatorka (*experimentator*),
- towarzyszką mężczyzny (*male companion*),
- przymuszona przez mężczyznę (*male coerced*),
- opiekunka (*caregiver/nurturer*),
- zaburzona psychicznie (*psychologically disturbed*),
- nauczycielka/kochanka (*teacher/lover*),
- typowa przestępczyni (*traditional offender*).

Eksperymentatorka (*experimentator*) jest to najczęściej młoda kobieta w wieku późnonastoletnim-wczesnodorosłym; podejmowane przez nią zachowania pedofilne powodowane są ciekawością (*ibidem*). Towarzyszka mężczyzny (*male companion*) (*ibidem*), sama nazwa wskazuje, molestuje dzieci z własnej woli i w pełni intencjonalnie, we współpracy z mężczyzną, który również podejmuje się czynności seksualnych wobec dziecka. Przymuszona przez mężczyznę (*male coerced*)

– w odróżnieniu od typu wyżej wymienionego, jest zmuszana przez mężczyznę do kontaktów seksualnych z małoletnim. Kolejnym typem pedofilki-kobiety jest tzw. „opiekunka” (*nurturer/caregiver*), która najczęściej sprawuje jakiegoś rodzaju opiekę nad molestowanym dzieckiem, i pod pretekstem „prawidłowego” sprawowania opieki, podejmuje się względem niego pewnych zachowań o charakterze seksualnym. Typ pedofilki „zaburzonej psychicznie” (*psychologically disturbed*), z kolei, cechuje się tym, że molestowanie seksualne, którego dopuszcza się uwarunkowane jest zaburzeniem psychicznym, najczęściej pod postacią psychozy. Typ „nauczycielki/kochanki” (*teacher/lover*) odnosi się do kobiet pełniących rolę autorytetu dla dziecka, które kontaktów seksualnych nie traktują jako wykorzystywania seksualnego, a jako formę realizowania w pełni konsensualnej relacji a małoletnim. „Tradycyjna przestępczyni” (*traditional offender*) reprezentuje rodzaj przestępczyni seksualnych podejmujących się zachowań seksualnych wobec dzieci wyłącznie w celu osiągnięcia seksualnej satysfakcji; jej charakterystyka bardzo podobna jest do charakterystyki pedofilów mężczyzn.

Powszechną praktyką wśród pedofilów jest wykorzystywanie internetu w kontaktach z potencjalnymi ofiarami, Hall i Hall (2007: 460) przedstawili typologię pedofilów ze względu na sposób wykorzystania przez nich sieci: stalkerzy (*stalkers*), krążący (*cruisers*), onaniści (*masturbators*), społecznościowcy (*networkers/swappers*). Stalkerzy (*stalkers*) wykorzystują dostęp do internetu by móc się skontaktować z potencjalną ofiarą, pozyskać jej zaufanie, dzięki czemu z którą po pewnym czasie będzie mógł się spotkać w świecie rzeczywistym (Hall i Hall, 2007: 460). Krążący pedofile (*cruisers*) posługują się internetem w celu podejmowania się odwzajemnianych kontaktów seksualnych z dziećmi, na przykład poprzez czaty, wideorozmowy, czy portale społecznościowe (Hall i Hall, 2007: 460). Onaniści (*masturbators*) wykorzystują internet w celu dostarczania sobie bodźców seksualnych w postaci pornografii dziecięcej, w formie zdjęć czy filmów (Hall i Hall, 2007: 460). Aktywność w internecie tak zwanych „społecznościowców” (*networkers/swappers*), z kolei, polega głównie na uczestniczeniu w działalności wirtualnej społeczności pedofilskiej, polegającej na wymianie materiałów pornograficznych, promowaniu tzw. „dobrej” pedofilii, czy wymianie dzieci. Typ ostatni – mieszany łączy w sobie w różnej kombinacji elementy czterech powyższych (Hall i Hall, 2007: 460).

3. ETIOLOGIA

Sformułowanie jednolitej teorii odnośnie kształtowania się gotowości do podejmowania się zachowań o charakterze pedofilnym i preferowanie dzieci jako partnerów seksualnych okazuje się trudnym do wykonania przedsięwzięciem. Mnogość typologii mających na celu usystematyzowanie tego zjawiska wskazuje na bardzo dużą złożoność zachowań o charakterze pedofilnym, w których zakres wchodzi pedofilia (tzn. spełnienie kryteriów diagnostycznych według ICD-10 i/lub DSM V), zachowania kazirodcze, oraz zachowania seksualne z dziećmi nie noszące znamion stałej preferencji. Wspólnym elementem łączącym te typy sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci zdaje się być zaburzenie kontroli impulsów. Czynnikiem neurobiologicznym wpływającym na impulsywność zachowania

pedofilów (jak i innych przestępców seksualnych) może być nadaktywność jądra półleżącego i niedobór dopaminy, oraz idącą za tym obniżona aktywność układu dopaminergicznego, której zwiększenie wiąże się z tendencją do podejmowania się zachowań impulsywnych (Krasowska, Jakubczyk, Czernikiewicz, Wojnar i Nasierowski, 2013: 733). Według teorii Marshalla i Barbaree (1990: 210), istotnym predyktorem zachowań pedofilnych jest doświadczenie molestowania seksualnego w dzieciństwie. Badania wskazują, że nawet do 93% przestępców seksualnych, których ofiarami były dzieci, doświadczyło przemocy seksualnej w dzieciństwie (ibid.).

4. WYSTĘPOWANIE

Oszacowanie skali występowania preferencji dzieci jako partnerów seksualnych następuje wiele problemów. Głównym tego powodem jest fakt, że zachowania o charakterze pedofilnym są penalizowane przez większość systemów prawnych, co nie sprzyja ujawnianiu się osób o preferencjach pedofilnych (Seto, 2004: 324). Dlatego też skalę zjawiska można ocenić głównie na podstawie liczby osób skazanych za kontakty seksualne z dziećmi. Nieliczne badania na populacji niekryminalnej i nieklinicznej wskazują na duży rozrzut w kwestii występowania preferencji o charakterze pedofilnym. Według jednego z nich, około 5% mężczyzn fantazjuje na temat małych dziewczynek podczas stosunku lub w trakcie masturbacji (Crepault i Couture, 1980; w Seto, 2004: 327); według innych badań, przeprowadzonych na populacji studentów college'u, 62% biorących w nich udział wyraziło zainteresowanie kontaktami seksualnymi z dziewczynkami poniżej 12 roku życia (Templeman i Stinnett, 1991 w: Seto, 2004: 327). Z kolei inne badania wykazują, że nawet 3% mężczyzn mogło podejmować się kontaktów seksualnych o charakterze pedofilnym (Fromuth i Burkhart i Jones, 1991; w: Seto, 2004: 327). Z raportów policyjnych wynika, że nawet w 85% przestępstw seksualnych ofiarami są dzieci (Krasowska, Jakubczyk, Czernikiewicz, Wojnar i Nasierowski, 2013: 729). Ocenia się, że populacji przestępców seksualnych 90% to mężczyźni (Łucka i Dziemian, 2014: 124), a 10-20% - kobiety (Pospiszyl, 2004: 49). Dysproporcję tę można tłumaczyć ogólną wyższą częstotliwością występowania parafilii w populacji męskiej, jak i potencjalnym niedoszacowaniem populacji żeńskiej, wynikającym choćby z większego przyzwolenia społecznego na kontakty fizyczne kobiet z dziećmi, które tym samym może wiązać się z ignorowaniem potencjalnego zagrożenia (ibid.).

5. TERAPIA OSÓB DOPUSZCZAJĄCYCH SIĘ WYKORZYSTYWANIA SEKSUALNEGO DZIECI - METODY

Leczenie osób, które podjęły się kontaktów seksualnych z dziećmi, jest wieloaspektowe i skupia się za równo na farmakologicznym obniżeniu popędu seksualnego jednostki (Bradford, 1990: 297), jak i na szeregu oddziaływań psychoterapeutycznych, polegających m.in. na: modyfikacji preferencji seksualnych, rozwoju umiejętności interpersonalnych, oraz pracy nad zniekształceniami poznawczymi, doprowadzającymi jednostkę do podejmowania się zachowań dewiacyjnych.

Pierwszym etapem w terapii osoby podejmującej się kontaktów seksualnych z dziećmi jest określenie wzorca, według jakiego pojawia się u niej podniecenie

seksualne, oraz czynników sytuacyjnych, które wyzwalają u niej to podniecenie. Kluczowy tutaj jest szczegółowy wywiad, wsparty przez badanie fallometryczne, przy równoczesnej ekspozycji na bodźce seksualne (na ogół są to zdjęcia, filmy) (Quinsey i Earls, 1990: 280-282). Po określeniu bodźców dewiacyjnych, w toku ćwiczeń z biofeedbackiem są one eliminowane, co okazało się skuteczniejsze od klasycznej terapii awersyjnej (Quinsey, Chaplin, and Carrigan, 1980; w: Quinsey i Earls, 1990: 285).

Inną metodą stosowaną w modyfikacji pedofilnych preferencji seksualnych jest ukryta sensytyzacja (*covert sensitization*), najczęściej pod postacią skojarzenia dewiacyjnych bodźców seksualnych z nieprzyjemnym zapachem albo obrazem. Kolejna technika polega na treningu masturbacyjnym podczas wyobrażania sobie oraz mówienia na głos o niedewiacyjnych fantazjach jednostki (Beckett, 1994: 93). Najskuteczniejszą odmianą tej techniki okazał się wariant, w którym stopniowo pacjent co raz wcześniej podczas masturbacji stymulował się do niedewiacyjnych fantazji (Quinsey i Earls, 1990: 285-287).

Równie ważnym elementem terapii osób o preferencjach pedofilnych jest trening umiejętności interpersonalnych, który może ułatwić takim jednostkom funkcjonowanie społeczne po zakończeniu odbywania kary. W tym miejscu kluczowe jest nabycie umiejętności dekodowania informacji, a także podejmowanie na ich podstawie decyzji oraz wprowadzanie ich w życie (McFall, 1990: 313). Prócz powyższych, stosowany jest również trening asertywności, jaki i trening radzenia sobie ze złością (Beckett, 1994: 87).

Oddziaływania terapeutyczne, skupiające się na zniekształceniach poznawczych osoby podejmującej się czynów pedofilnych polegają, z jednej strony na analizie ich wpływu na owe zachowania dewiacyjne, ich źródeł (np. w potencjalnym doświadczeniu bycia osobą wykorzystywaną seksualnie w dzieciństwie), oraz w późniejszym etapie na rozwijaniu umiejętności wykrywania i zapobiegania występowania tych zniekształceń. Skutkiem czego pacjent ma wykształcić w sobie zdolność zapobiegania powrotowi do zachowań i fantazji seksualnych z dziećmi (ibid.).

6. POZIOM WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO OSÓB DOPUSZCZAJĄCYCH SIĘ ZACHOWAŃ O CHARAKTERZE PEDOFILNYM A RECYDYWA

Proces resocjalizacji w wypadku przestępców skazanych za kontakty seksualne z dziećmi napotyka na szczególnie duże utrudnienia. Społeczna stygmatyzacja przestępstw seksualnych dotyka w szczególności osób dopuszczających się przestępstw, w których ofiarą jest dziecko (Jahnke, Imhoff i Hoyer, 2015: 25;).

Jednym z kluczowych czynników wpływających na recydywę wśród osób podejmujących się zachowań pedofilnych jest poziom wsparcia społecznego otrzymywanego w toku resocjalizacji. W początkowych jej etapach kluczowa jest postawa i zdeterminowane przez nią działania, jakich się podejmują funkcjonariusze policyjni, więzienni oraz terapeuci.

Badania poziomu intensywności negatywnych postaw wśród profesjonalistów wobec przestępców seksualnych, których ofiarami były dzieci, mogą sugerować negatywny wpływ na podejmowane przez nich działania resocjalizacyjne, co może mieć znamieny wpływ na potencjalny powrót osadzonego do podejmowania się zachowań pedofilnych.

Jak wskazują badania Feldman i Crandall (2007: 141), pedofilia jest drugą jednostką nozologiczną, wzbudzającą największe (pierwszą są zaburzenia antyspółeczne) zdystansowanie spółeczne. Wśród osób biorących udział w badaniach Jahnke, Imhoff i Hoyer (2015: 25), około 10% zgodziłoby się, aby osoba o preferencjach pedofilnych zamieszkała w sąsiedztwie; ok. 14% mogłoby z nią pracować; ok. 7% mogłoby się z nią zaprzyjaźnić; natomiast ok. 39% uważa, że powinna ona być w więzieniu; a ok. 13% - że nie powinna żyć. Powyższe wyniki zdają się potwierdzać wyniki badań przeprowadzonych przez Podemską (2006: 70), wskazujące na wysoką punitywność w postawach wobec skazanych za czyny pedofilne. Specyfika takich postaw może wskazywać na duże prawdopodobieństwo deprywacji podstawowych potrzeb takiej jednostki przez otoczenie.

W takich okolicznościach proces resocjalizacji może napotkać na istotne trudności. Powrót do życia w spółeczeństwie po pobycie w zakładzie karnym stwarza wiele nowych trudności w funkcjonowaniu osoby, która dopuściła się czynów pedofilnych.

Willis i Grace (2008: 220-221) zwrócili uwagę na cztery podstawowe potrzeby zależne od wsparcia spółecznego, których deprywacja może mieć znamienne skutki na recydywę:

- potrzeby indywidualne (*individual needs*),
- potrzeby posiadania stałego zakwaterowania (*accomodation needs*),
- potrzeby spółecznego włączenia (*social needs*),
- potrzeby posiadania zatrudnienia (*employment needs*).

Wśród indywidualnych potrzeb, Willis i Grace (2008: 220) wskazują na te, które dotyczą przede wszystkim zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Podczas gdy w warunkach pozbawienia wolności, kwestie zdrowotne nie stanowią większego problemu w zapewnieniu podstawowej opieki, tak już po odbyciu kary mogą one powodować pewne trudności (*ibid.*).

Potrzeba stałego zakwaterowania (*accomodation needs*) (Willis i Grace, 2008: 220) w wypadku osób skazanych za czyn pedofilny również może ulec deprywacji. Podstawową tego przyczyną może być niechęć do wynajęcia takiej osobie mieszkania lub utrudnianie jej pobytu przez otoczenie. Brak stałego miejsca zamieszkania, jak wykazały badania Meloy (2005: 221), zwiększa prawdopodobieństwo recydywy wśród przestępców podejmujących się kontaktów seksualnych z małoletnimi. Wynikać to może z tego, że taka jednostka nie jest w stanie wytworzyć poczucia przynależności do danego miejsca.

Potrzeby społecznego włączenia (*social needs*) (Willis i Grace, 2008: 220) dotyczą posiadania stabilnej sieci kontaktów, przyjaźni oraz bliskich związków. Problemy w tych ostatnich wykazały pewien istotny statystycznie związek z szansą recydywy (Hanson i Morton-Bourgon, 2005:1157). Osoby skazane za czyny pedofilskie wzbudzają też złość i strach, jak wskazują badania Jahnke, Imhoff i Hoyer (2015: 28), co w sposób znaczący może ograniczać ich możliwości wejścia w relacje z innymi, co z kolei w równym stopniu ma wpływ na zaspokojenie ostatniej z wymienionych przez Willis i Grace (2008: 220) potrzeby - potrzeby posiadania zatrudnienia (*employment needs*), której deprywacja może mieć poważny wkład we wzrost szans na recydywę takiej osoby (Hanson i Morton-Bourgon, 2005:1158; Meloy, 2005:221).

7. PRAWNE ASPEKTY REGULUJĄCE POSTĘPOWANIE WZGLĘDEM OSÓB DOPUSZCZAJĄCYCH SIĘ ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH Z MAŁOLETNIAMI,

Rozdział XXV kodeksu karnego wymienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, które godzą w dwa wymienione w nazwie rozdziału kodeksu karnego przedmioty ochrony: wolność seksualną i obyczajność. W literaturze często spotykaną nazwą przestępstw z rozdziału XXV k.k. jest nazwa przestępczość seksualna, gdyż wszystkie te przestępstwa dotyczą sfery seksualności człowieka. Kodeks karny z 1969 roku klasyfikował te przestępstwa do rozdziału zatytułowanego „Przestępstwa przeciwko wolności” co świadczyć może o tym, iż przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności są odmianą przestępstw przeciwko wolności. (Stefański 2009, Giezek 2014: 515-569, Gardocki, 2015).

Rozdział XXV k.k. zawiera katalog 9 przestępstw. Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej w ujęciu R.Stefańskiego (2009) ”polegają na przełamaniu ofiary lub wykorzystaniu niezdolności do samostanowienia seksualnego” (Stefański 2009: 250) z perspektywy wybranego tematu interesujące jest art. 200 k.k. – pedofilia, a wśród przestępstw przeciwko obyczajowości, polegających na atakowaniu norm obyczajności (Stefański, 2009: 250) art. 201 k.k., dotyczący kazirodztwa.

Pedofilia w myśl art. 200a kk. to czynność seksualna z osobą małoletnią poniżej 15 roku życia, uzupełniona nowelizacją o punkt b, czyli ochronę małoletniego przed wykorzystaniem polegającym także na publicznym prezentowaniu zachowań o charakterze pedofilskim. (Gardocki 2015: 275-276, Bojarski 2015: 501).

Artykuł 201 k.k. określa przestępstwo polegające na dopuszczaniu się czynności seksualnych w stosunku do wstępnego, zstępnego, przysposabiającego, przysposobionego, brata, siostry. Penalizacja kazirodztwa ukorzeniona jest w tradycji kulturowo- cywilizacyjnej i ma na celu ochronę obyczajności. (Bojarski 2015: 501-502, Gardocki 2015: 276-277, Stefański 2009: 263-265).

Istnieją różne możliwości postępowania względem sprawców przestępstw seksualnych. Zgodnie z art. 96 kodeksu karnego wykonawczego „w systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego,

popelnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych (...) wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej”. Z przepisu wyraźnie wynika więc, że w sytuacji popełnienia przestępstwa z wyżej opisanego katalogu przestępstw leczenie ma charakter obligatoryjny. Prócz tego, inni osadzeni (za ich zgodą) mogą fakultatywnie zostać skierowani do odbywania kary w systemie terapeutycznym, jeśli przemawiają za tym szczególnie względy określone m.in. na podstawie diagnozy osobopoznawczej przeprowadzonej w ośrodkach diagnostycznych prowadzonych przy Okręgowych Inspektoratach Służby Więziennej (Dąbkiewicz 2013, Marcinek, Peda 2009, Rutkowski, Sroka 2007: 1-8).

Druga możliwość to orzeczenie, wobec sprawcy skazanego za przestępstwo określone w art. 148, 156, 197, 198, 199§2, 200§1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, lub w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV, XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub poddanie terapii (art. 93 c k.k., Wróbel 2015).

Szczegółe wątpliwości i krytykę wywołuje ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.¹ Jest to trzecia z możliwych alternatyw postępowania wobec przestępców seksualnych. Ustawa reguluje postępowanie wobec osób, które spełniają łącznie wymienione w ustawie przesłanki. Skazani odbywając karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, u których w trakcie wykonywania kary występowały zaburzenia preferencji seksualnych o takim nasileniu i charakterze, że zachodzi prawdopodobieństwo popełnienia przestępstwa, na wniosek dyrektora zakładu karnego popartego opinią psychiatryczną i psychologiczną, mogą zostać poddani nadzorowi prewencyjnemu lub zostać umieszczeni w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (art.1, art.9 ustawy o postępowaniu...). Osadzony uznany za osobę stwarzającą zagrożenie może zostać umieszczony w ośrodku bez określania z góry czasu pobytu. Podobnie jak w przypadku środków zabezpieczających, nie rzadziej niż co 6 miesięcy lekarze zobowiązani są przedłożyć do sądu opinię, która będzie podstawą do ustalenia ewentualnej konieczności dalszego pobytu. Sąd może również nałożyć na osobę obowiązek poddania się leczeniu. Brak porozumienia pomiędzy środowiskiem psychologicznym, psychiatrycznym, seksuologicznym, a ustawodawcą jest źródłem wielu problemów pokazującym, iż regulacje te są niedostosowane do realiów panujących w Polsce (Gierowski 2013: 15-46). Brak środków pośrednich, mających na celu wsparcie osób kończących odbywanie kary pozbawienia wolności lub opuszczających zamknięte zakłady psychiatryczne w zakresie wsparcia psychologicznego, psychiatrycznego i seksuologicznego. Mała ilość specjalistów w zakresie seksuologii nie pozwala na objęcie grupy sprawców

¹ Dz.U.2014.24 z dnia 2014.01.07

przestępstw seksualnych profesjonalną pomocą w pierwszych etapach powrotu na wolność, w zakresie ich funkcjonowania.

Izolacji więziennej (ale także związanej z psychiatrycznymi środkami zabezpieczającymi) towarzyszą różne zjawiska będące jej psychologicznymi następstwami. Jednym z nich jest proces stygmatyzacji, który towarzyszy podejrzanemu i oskarżonemu już na etapie postępowania przygotowawczego. Proces ten jest też obecny na etapie postępowania wykonawczego, gdzie kara pozbawienia wolności jest postrzegana przez osadzonego jako dowód odrzucenia, potępienia i skreślenia przez społeczeństwo. Również po wyjściu na wolność osoba taka bezpowrotnie traci statut człowieka prawidłowo przystosowanego (Ciosek 2001: 216) Teorie naznaczenia, etykietyzacji lub stygmatyzacji skupiają swoje zainteresowanie na aspektach nie tylko związanych z czynnikami inicjującymi przestępczość, ale także czynnikami odpowiedzialnymi za trwanie w przestępczości. Utrudniona adaptacja społeczna jest związana z deprivacją sensoryczną i zmniejszonym dostępem do wielu bodźców, poczuciem odrzucenia społecznego, obawą o przyszłość: kontakty z rodziną, przyszłą pracą itp., zmianą w sferze emocjonalnej, utratą umiejętności radzenia sobie w sytuacjach życia codziennego, a także brakiem perspektyw. Readaptacja społeczna zależy w dużej mierze od samego więźnia, jednak czynnikiem moderującym ów proces jest poczucie wsparcia ze strony otoczenia. W niektórych sytuacjach istnieją wątpliwości, co do oceny moralnej popełnionego przestępstwa. Wydaje się jednak, że w przypadku sprawców przestępstw seksualnych takich wątpliwości brak. Społeczeństwu łatwo przychodzi ocenianie i stygmatyzowanie co utrudnia proces ponownej socjalizacji. Mimo postulatów realizowanych przez instytucje resocjalizujące: aktywizację zawodową, zainteresowanie ogólną sytuacją osoby osadzonej, wspieranie zatrudnienia, naznaczenie społeczne zbyt silnie determinuje dalsze losy osadzonego (Mrózek 2014). Sama definicja resocjalizacji oraz jej cele określone w art. 67 k.k.w. podkreślają, jak istotne jest kształtowanie społecznie pożądaných postaw. Stosowane wobec osadzonych środki resocjalizacyjno-wychowawcze mają służyć ich kształtowaniu, a tym samym ułatwić powrót do pełnionych wcześniej funkcji i ról społecznych. Istnieją również inne procesy wywołwane cechami instytucji totalnej jak standaryzacja, degradacja i depersonalizacja, które mogą pogłębiać, albo nawet wywoływać zaburzenia prowadzące do postępującego wykluczenia społecznego (Ambrozik 2013). Z badań wynika, że jedną z podstaw wykluczenia społecznego i stygmatyzacji osadzonych jest powstanie u nich samych poczucia marginalności (Chomczyński 2015, Florczykiewicz 2013). Mimo wielu wątpliwości dotyczących charakteru popełnionych przez przestępców seksualnych czynów, decydując o środkach, którym są i powinni być poddawani, należy mieć na uwadze najważniejszy postulat, jakim jest poszanowanie ludzkiej godności zagwarantowane konstytucyjnie.²

² art. 30 Konstytucji RP „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.”

8. SZACOWANIE RYZYKA POWROTU DO PRZESTĘPSTWA SEKSUALNEGO

Zainteresowanie zjawiskiem skuteczności kary pozbawienia wolności wiąże się z licznymi doniesieniami, wskazującymi na niski poziom efektywności tej kary izolacyjnej lub nawet jej brak (Szczepaniak 2003: 86- 108, Pytka 2005: 124- 185, Machel 2007, Niewiadomska 2007: 41-66). Część analiz empirycznych sugeruje większą efektywność kar wolnościowych (Szymanowski 1996, 2006: 41-52., Pytka 2005), część wskazuje na podobną skuteczność kar izolacyjnych i nieizolacyjnych (Baładynowicz 2006: 53-68).

W Polsce najczęstszym wskaźnikiem mierzenia efektywności wychowania resocjalizacyjnego jest ustalenie wskaźników recydywy oparte na nieustrukturyzowanej diagnozie klinicznej (Szczepaniak 2003: 86- 108), podczas gdy kraje Europy Zachodniej i Kanada stosują rutynowe prognozy oparte na skalach psychometrycznych, które ułatwiają wykonywanie prognoz społeczno- kryminologicznych, a tym samym ułatwiają ocenę skuteczności i efektywności kary pozbawienia wolności.

Ocena ryzyka powrotu do przestępstwa jest jednym z najważniejszych i najczęstszych zadań dla osób pracujących ze sprawcami przestępstw. Formalne wskaźniki oceny ryzyka są potrzebne nie tylko po to, by podjąć ważne decyzje, dotyczące dalszego osadzenia skazanego (warunkowego przedterminowego zwolnienia), ale także by wskazać właściwe metody leczenia sprawców. Ocena ryzyka recydywy uwzględnia dwa rodzaje czynników: czynniki statyczne (Nuffield 1982, Harris, Rice, Quinsey 1989, Hare 1991, Thornton 2007) i dynamiczne (Andrews, Bonta 1995, Loza 2004: 46- 51). Pierwsze z nich dobierane są na podstawie siły ich korelacji z prawdopodobieństwem popełnienia kolejnego czynu i największy nacisk kładą na obecność w biografii osoby badanej czynników historycznych determinujących prawdopodobieństwo ujawnienia zachowań o kryminalnym charakterze, a także rodzaju popełnionych przestępstw. Drugie, określają naturę i stopień ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa u osoby o określonych właściwościach (psychologicznych i społecznych) w przewidywanych warunkach i kontekście. Z przeprowadzonych badań wynika, że przeciętny poziom powrotności do przestępstw seksualnych waha się w granicach 11-20%. Prócz określenia rodzaju zmiennych w narzędziach tych określa się również poziom zagrożenia recydywą: niski, średni/umiarkowany i wysoki. Do metod psychometrycznych specyficznych pozwalających szacować ryzyko recydywy seksualnej można zaliczyć m.in. (Szumski, Kasparek 2014: 160-175):

- Static 99
- Rapid Risk Assessment of Sexual Offender Risk (RRASOR)
- Risk Matrix 2000 (Thornton 2007)
- Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR)
- Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)

Kierunek jaki wyznaczają kraje, w których owe narzędzia funkcjonują, jest kierunkiem inspirującym i nowatorskim. W Polsce na chwilę obecną brak badań przeprowadzonych na szeroką skalę, które weryfikowałyby trafność i inne kryteria dobroci testów, narzędzi oceny ryzyka recydywy seksualne. Wdrożenie nowych rozwiązań do polskiej praktyki penitencjarnej byłoby uzupełnieniem metod dziś stosowanych.

PODSUMOWANIE

Stosowane względem przestępców seksualnych podejmujących się zachowań pedofilnych środki prawne i psychologiczne powinny uwzględniać nie tylko dobro ogółu i tym samym realizować prewencyjną funkcję kary, ale także powinny zapewnić wysoką jakość życia osób, szczególnie po zakończeniu stosowania prawnie określonych środków.

Izolacja sprawcy przestępstwa seksualnego jest możliwa tylko czasowo, dlatego należy zadbać również o środki wspierające po zakończeniu izolacji celem zminimalizowania ryzyka powrotu do przestępstwa. Jak wykazała analiza badań Hanson i Morton-Bourgon (2005:1155) czy badania Meloy (2005:220), szczególnie istotnymi czynnikami wpływającymi na recydywę wśród przestępców seksualnych w ogóle, jak i tych dopuszczających się czynów pedofilnych, jest możliwość ponownego zintegrowania się ze społeczeństwem, znalezienia pracy, znajomych czy wejście w bliski związek. Dlatego głównym celem oddziaływań kierowanych do sprawców przestępstw seksualnych powinno być oszacowanie czynników ryzyka powrotności do przestępstwa seksualnego, a tym samym zapobieżenie powrotności do przestępstwa.

LITERATURA

- Ambrozik W. Totalny, stygmatyzujący i wykluczający charakter oddziaływań resocjalizacyjnych. „Resocjalizacja Polska”, nr 5, 2015.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association 2013.
- Andrews, D., Bonta, J., LSI-R: The Level of Service Inventory- Revised. Toronto 1995.
- Bałandynowicz, A., System probacji w Polsce- diagnoza i kierunki zmian w polityce kryminalnej, w: H. Machel (red.), Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce: w poszukiwaniu skuteczności. Gdańsk 2006.
- Beckett R. C., Cognitive-behavioural treatment of sex offenders. Sexual offending against children, 1984, s. 80-101.
- Bojarski M. (red.), Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna. Warszawa 2015.
- Bojarski M., Giezek, J., Sienkiewicz, Z., Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna. Warszawa 2012.
- Bojarski M., Radecki, W., Kodeks wykroczeń: komentarz. Warszawa 2016.
- Bradford J. M. W., The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In Handbook of sexual assault, US 1990.
- Chomczyński P., Problem etykietowania i stygmatyzacji wśród wychowanków zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich. Socjologiczna analiza zjawiska, „Studia Socjologiczne”, 4 (219) 2015.
- Crepaut C., Couture M., Men’s erotic fantasies. „Archives of Sexual Behavior”, 9, 1980, s. 565-581.

- Dąbkiewicz K., Kodeks karny wykonawczy: komentarz. Warszawa 2013.
- Feldman D. B., Crandall C. S., Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?, „Journal of Social and Clinical Psychology”, 26(2), 2007, s.137-154.
- Florczykiewicz J., Poczucie marginalizacji u osadzonych i jego uwarunkowania – sprawozdanie z badań. „Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja”, nr 22, 2013, s.153-187.
- Fromuth M. E., Burkhart B. R., Jones C. W., Hidden Child Molestation An Investigation of Adolescent Perpetrators in a Nonclinical Sample, „Journal of interpersonal violence”, 6(3), 1991, s. 376-384.
- Gardocki L., Prawo karne, Warszawa 2015.
- Gierowski, J. K., Uwagi psychologa sądowego o możliwościach opiniowania o stopniu zagrożenia u osób objętych ustawą z 22 listopada 2013 r., „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, 82, 2014, I kwartał, s. 15-46.
- Giezek J. (red.), Kodeks karny: część szczególna: komentarz. Warszawa 2014.
- Groth AN, Birnbaum HJ. Adult sexual orientation and attraction to underage persons, „Arch. Sex. Behav.”. 1978; 7, s. 175–181.
- Groth A. N., Hobson W. F., Gary, T. S., The child molester: Clinical observations, „Journal of Social Work & Human Sexuality”, 1(1-2), 1982, s. 129-144.
- Hall R. C., Hall R. C., A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues, „Mayo Clinic Proceedings”, 82 (4), 2007, s.457-471.
- Hanson R. K., Morton-Bourgon K. E., The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies, „Journal of consulting and clinical psychology”, 73(6), 2005, s. 1154-1163.
- Hare, R., The Revised Psychopathy Checklist. Toronto 1997.
- Iwanowska A., Marginalizacja i wykluczenie społeczne skazanych na karę pozbawienia wolności – unormowania prawne służące jej ograniczeniu. Z praktyki, 87. „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 71, 2011, II kwartał.
- Jahnke S., Imhoff R., Hoyer J., Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys, „Archives of sexual behavior”, 44(1), 2015, s.21-34.
- Kasperek, K., Szumski, F., Szacowanie ryzyka powrotu do przestępstwa seksualnego- podejścia i metody. w: M. Szpitalak, K. Kasperek (red.), Psychologia sądowa. Wybrane zagadnienia. Kraków 2014.
- Krasowska A., Jakubczyk, A., Czernikiewicz, W. M., Wojnar, M., & Nasierowski, T., Impulsywność sprawców przestępstw seksualnych – nowe koncepcje czy powrót do źródeł?, „Psychiatria Polska”, 47(4), 2013
- Leiblum S.R., Rosen R.C., Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańsk 2005.
- Loza W., Predicting Violence and Recidivism among Forensic Correctional Population. „Psychiatry & Psychology” Canada. 4, 2004, s. 46- 51.
- Machel H., Kryzys idei resocjalizacji penitencjarnej- problem nie tylko polski, w: G. Chojnacka- Szawłowska, B. Pastwa- Wojciechowska B., Kliniczne i sądowo- penitencjarne aspekty funkcjonowania człowieka, Kraków 2007.
- Maletzky B. M., Steinhauer, C., A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. „Behavior Modification”, 26(2), 2002, s. 123-147.
- Marcinek P., Peda, A., Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej, „Seksuologia Polska”, 7(2), 2009, s. 59-64.
- Marshall W. L., Barbara H. E., An integrated theory of the etiology of sexual offending, w: Handbook of Sexual Assault, W. Marshall, D. Laws(red.), Waszyngton 1990, s. 257-275.
- McFall R. M., The enhancement of social skills. In Handbook of sexual assault, US 1990.
- Meloy M. L., The sex offender next door: An analysis of recidivism, risk factors, and deterrence of sex offenders on probation, „Criminal Justice Policy Review”, 16(2), 2005, s. 211-236

- Money J. (2012). Pedophilia: A Specific Instance of New Phylism Theory as Applied to Paraphilic Lovemaps, w: J. Fireman (red.), *Pedophilia: biosocial dimensions*, US 2012, s. 445-465.
- Mrózek Ł., Zjawisko wykluczenia społecznego więźniów i osób opuszczających ośrodki penitencjarne. Analiza problemu i możliwości przeciwdziałania zjawisku. „*Studia Socialia Cracoviensia*”, 6(2), 2014, s. 45-59.
- Myśliwiec H., Granice penalizacji seksualnego nadużycia stosunku zależności, wykozystania krytycznego położenia oraz nadużycia zaufania małoletniego, „*Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych*”, rok XVI, 2012, z. 3.
- Niewiadomska I., *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*. Lublin 2007.
- Nuffield, J., *Parole decision making in Canada. Research toward decision guidelines*. Ottawa 1982.
- Podemska, A., Czy sprawcy zgwałceń powinni być chirurgicznie kastrowani?, „*Internetowy Przegląd Prawniczy*”, nr 3, 2015, <http://www.tbsp.wpia.uj.edu.pl/documents/4137545/7434c858-0868-4a11-bf87-815004352ba0>, 20.04 2016
- Pospiszyl I., Kobiety – sprawczynie seksualnego wykorzystywania dzieci, „*Dziecko krzywdzone. Teoria badania praktyka*”, 3(2), 2004, s. 49-55.
- Pytka L., *Pedagogiki resocjalizacyjna*. Warszawa 2005.
- Quinsey V. L., Chaplin T. C., Carrigan W. F., Biofeedback and signaled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences, „*Behavior therapy*”, 11(4), 1980, s. 567-576.
- Quinsey V. L., Earls C. M., The modification of sexual preferences. In *Handbook of sexual assault*, US 1990.
- Quinsey, V., Harris, G., Rice, M., Cormier, C., *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington 1998.
- Rutkowski R., Sroka, W., Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności. „*Seksuologia Polska*”, 5(1), 2007, s. 1-8.
- Seto M. C., Pedophilia and sexual offenses against children, „*Annual Review of Sex Research*”, 15(1), 2004, s. 321-361.
- Stefański, R., *Prawo karne materialne: część szczególna*, Warszawa 2009.
- Stusiński J., Lew-Starowicz, Z., Leczenie przestępców seksualnych. W poszukiwaniu optymalnego modelu, „*Przegląd Więzienia Polskiego*”, 82, 2014, I kwartał, s. 47- 68.
- Szczepaniak P., *Kara pozbawienia wolności, a wychowanie*. Kalisz- Warszawa 2003.
- Szymanowski, T., Stosowanie nowych unormowań w systemie penitencjarnym po reformie prawa karnego w Polsce, w: H. Machel, H. (red.), *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce: w poszukiwaniu skuteczności*. Gdańsk 2006.
- Szymanowski, T., *Przemiany systemu penitencjarnego w Polsce*. Warszawa 1996.
- Templeman T. L., Stinnett R. D., Patterns of sexual arousal and history in a “normal” sample of young men, „*Archives of Sexual Behavior*”, 20(2), 1991, s. 137-150.
- Thornton, D., *Scoring Guide for Risk Matrix*, 2007 <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-les/psych/RM2000scoringinstructions.pdf>
- Willis G. M., Grace R. C., The quality of community reintegration planning for child molesters effects on sexual recidivism, „*Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*”, 20(2), 2008, s. 218-240.
- World Health Organization. *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, 4th edn, 10th revision. WHO 2010.
- Wróbel W. (red.), *Nowelizacja prawa karnego 2015. Komentarz*. Kraków 2015.

AKTY PRAWNE:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w re-

ferendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483)

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553)
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557)
- Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz.U. 1971 nr 12 poz. 114)
- Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ochronie zwierząt (Dz.U. 1997 nr 111 poz. 724)
- Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U.2014 poz. 24)



Anita Gałuszka

Uniwersytet Śląski
E-mail: anita.galuszka@poczta.onet.pl

Małgorzata Nierychlewska

Uniwersytet Śląski
E-mail: malgorzata.nierychlewska@gmail.com

Satysfakcja z życia i poczucie osamotnienia osób w wieku senioralnym w kontekście wykluczenia społecznego / *Life satisfaction and loneliness of seniors in the context of social exclusion*

Abstract

Background: The main aim of the presented study is to identify the relationship between loneliness and life satisfaction of seniors. It was expected that high score of loneliness will correspond to lower score of satisfaction with life.

Methods: The group consisted of 161 people (53 male and 108 female, age range 60-105 years old) took part in this study. The data was collected using following tools: UCLA Loneliness Scale by Russell, Peplau and Cutrona, Attitude Profile-Revised LAP-R by Reker and a survey of our own authorship allows to collect socio-demographic data. Correlation and regression methods have been used to find relationship between the variables.

Findings: Results of the study show some correlations between loneliness and satisfaction with life ($r=0,49$ for social connections, $r=0,57$ for belonging to social group, $r=-0,53$ for lack of contact). Furthermore, regression analysis shows that lack of contact, social connections and sense of belonging explain about 94% of the variance of life satisfaction.

Discussion: The implementation of these results to the psychological care for the elderly might contribute to improving their quality of life.

Keywords: life satisfaction, loneliness, exclusion, old age

WPROWADZENIE

Dynamiczne zmiany społeczno-kulturowe związane między innymi ze starzeniem się społeczeństwa powodują, iż problematyka szeroko rozumianej jakości życia osób starszych pozostaje wciąż aktualną kwestią. Starość jest bardzo zróżnicowaną fazą rozwojową, nie podlegającą żadnym regułom, uzależnioną od przebiegu wcześniejszego życia i rozwoju jednostki (Nowicka, 2008).

Pomimo rozlicznych definicji starości i starzenia się stanowisko S. Klonowicza, który stwierdził, że „proces starzenia się jest z punktu widzenia nauki tak samo trudny do wytłumaczenia jak proces życia. Jest to swego rodzaju fenomen pierwotny, którego przebieg i prawidłowości można badać, ale którego definicji nikt dotychczas nie sformułował” (Klonowicz, 1986, s. 6), nie przedawniło się. Tym bardziej, że starzenie się w ujęciu psychologicznym nie jest jedynie ostatnim etapem życia człowieka, ale kolejną, niezwykle istotną fazą rozwojową, w trakcie której podmiot ma do wypełnienia tzw. zadania rozwojowe, odnoszące się do optymalnego rozwiązania kryzysów życiowych związanych z przejściem do kolejnego etapu życia. Mało tego, sam okres starości podlega periodyzacji, przy czym najczęściej dzieli się ją na trzy (WHO za: Nowicka, 2008, s.17) lub cztery (Dzienio, za Klonowicz, 1979, s.18) subokresy. Jej początek również nie został precyzyjnie określony. Przetacznik-Gierowska (1996) przyjmuje wiek 55 lat za rozpoczęcie starości, a Nowicka (2008) wiek 60-65 lat. W prezentowanej pracy przyjęto, że seniorzy to osoby, które ukończyły 60 rok życia.

R.J. Havighurst (1997) wskazał najistotniejsze zadania rozwojowe okresu późnej dorosłości, do których należą między innymi przystosowanie się do słabnącej wydolności fizycznej i pogarszającego się stanu somatycznego (zdrowia) oraz akceptacja życia w sytuacji postępujących ograniczeń i doświadczanych utrat, co może wiązać się z koniecznością dokonania jakościowej (jakościowej) zmiany odnoszącej się do subiektywnej oceny własnego życia, a zatem i jego jakości.

Jednym z komponentów silnie sprzężonych z jakością życia człowieka jest satysfakcja z życia. Dotyczy ona subiektywnej oceny własnego stanu i związana jest z pozytywnym stosunkiem do własnego życia oraz brakiem uczuć negatywnych (Diener i in, 1985, za: Świerżewska, 2010). Z. Juczyński (2001) uważa, że satysfakcja z życia jest związana z porównaniem sytuacji jakie spotykają człowieka z wyznaczonymi przez niego standardami i związana jest z optymizmem. Frankl satysfakcję z życia traktował jako jeden z czynników sensu życia (Frankl, 1978), zaś Klamut satysfakcję życiową określa jako „ocenę własnego życia przez człowieka w kategoriach pozytywnych doświadczeń, satysfakcji z życia i akceptacji stanu aktualnego” (Klamut, 2010, s.4).

Literatura obfituje w czynniki, które mogą obniżać lub podwyższać satysfakcję życiową seniorów, co może stanowić konsekwencję licznych niejednoznaczności odnoszących się zarówno do kwestii teoretycznych, jak i metodologicznych reprezentowanych przez badaczy (Świerżewska, 2010), jak również przyczyniać się do dalszego ich pogłębiania. Do najważniejszych zalicza się: wykształcenie (CBOS, 2010), relacje rodzinne, utratę najbliższej osoby – partnera życiowego i wykazywanie się aktywnością pozazawodową. Badania PolSenior (Szatur-Jaworska, 2012), wskazały, że najbliższa rodzina jest nie tylko najważniejszym źródłem kontaktów społecznych, lecz także zaspokaja potrzebę kontaktów z innymi ludźmi. Z licznych badań wynika (Czekanowski, 2002; Czapiński i Panek, 2009; Kijak i Szarota, 2013), że życie rodzinne dla ludzi starych stanowi bardzo ważne źródło jakości życia chroniąc osoby starsze przed poczuciem osamotnienia (Szatur-Jaworska, 2012). Świerżewska (2010) badała z kolei zależność pomiędzy aktywnością spo-

łeczną a satysfakcją z życia, nadzieją podstawową i optymizmem dyspozycyjnym u osób po 60 roku życia. Badania te wykazały, że istnieje duża dodatnia zależność pomiędzy satysfakcją z życia a aktywnością wśród mężczyzn, (u kobiet nie stwierdzono jednak takiej zależności). Natomiast Główny Urząd Statystyczny (za: Steuden i Marczuk, 2006), wykazał związek pomiędzy samotnością i zadowoleniem z życia oraz wykształceniem. Ponadto pokazał, iż osoby z wykształceniem średnim oraz wyższym częściej podejmują aktywność, bardziej cieszą się życiem i mają z niego większą satysfakcję. Badania GUS (2015) ujawniły również, że osoby z niższym wykształceniem gorzej znoszą samotność i odznaczają się niższą samooceną.

Drugim czynnikiem pozostającym w silnych związkach zależnościowych z jakością życia (oraz z satysfakcją z życia) jest samotność, rozumiana jako brak fizycznego kontaktu z inną osobą, będąca rezultatem utraty więzi interpersonalnych, dezintegracji z grupą, niewłaściwego pełnienia ról społecznych (Szukalski, 2005). Bywa, że człowiek ma poczucie osamotnienia, pomimo pozostawania w relacjach z innymi (głównie członkami rodziny czy społeczności sąsiedzkiej). W tym przypadku osamotnienie traktowane jest jako psychiczny aspekt samotności, dotyczący poczucia bycia niezrozumianym przez otoczenie, poczucia wyobcowania, (Szukalski, 2005), a czasem odczucia utraty sensu życia (Trafiałek, 2003).

Samotność w niniejszej pracy traktowana jest zgodnie z definicją Rembowski (1992), który uważa, że samotność jest „złożonym i wielowymiarowym, psychospołecznym doświadczeniem człowieka, występującym pod różną postacią i ze złożonym natężeniem. Pojawia się na skutek niezgodności pomiędzy oczekiwaniami a realnymi możliwościami. Należy do stanów emocjonalnych, w których jednostka jest świadoma izolacji od innych osób i niemożności działania na ich korzyść. Może pojawić się też na skutek utraty kogoś bliskiego oraz na skutek oczekiwania na kogoś, kto mógłby zapełnić powstałą pustkę” (Rembowski, 1992, s.33). Zatem, samotność nie jest tu przedstawiona tylko jako brak kontaktów z innymi, czy utrata osoby bliskiej, lecz także jako wewnętrzna odpowiedź jednostki na częstotliwość i jakość tych kontaktów (osamotnienie). Rembowski (1992) podkreśla całościowy charakter samotności wraz z psychologiczną i społeczną stroną tego zjawiska, co w konkluzji prowadzi do ich utożsamienia.

Z jednej strony samotność może wynikać ze stygmatyzacji i wykluczenia społecznego, a z drugiej, osoby osamotnione mogą generować u innych zachowania stygmatyzujące i wykluczające je z otoczenia, które to działania, na zasadzie sprzężenia zwrotnego powodują, że odczuwana samotność staje się jeszcze silniejsza. Warto zwrócić uwagę także na fakt, że starość może sama przez się być powodem naznaczenia czy ekskluzji (wśród grup szczególnie narażonych na wykluczenie wymienia się, między innymi starców, osoby biedne i niepełnosprawne) (Krzyszowski, 2005). Program Narodowej Strategii Integracji Społecznej w szczególowym wykazie grup zagrożonych lub podlegających ekskluzji społecznej wskazuje literalnie „starsze osoby samotne” jako te, względem których należy podjąć działania inkluzyjne lub co najmniej zapobiegawcze (NSIS, 2003, s. 61). Wydaje się zatem, że rozeznanie w zakresie zadowolenia z życia i poczucia osamotnienia

seniorów może być przyczynkiem do podjęcia działań dążących do poprawy ich jakości życia oraz zminimalizowania prawdopodobieństwa wykluczenia społecznego tej grupy osób.

CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE

Celem pracy była próba określenia związku pomiędzy satysfakcją życiową a poczuciem osamotnienia osób w wieku 60 lat wzwyż. Na podstawie dostępnej literatury przyjęto hipotezę ogólną o istnieniu takiej zależności. Ponadto postanowiono sprawdzić, czy zmienne takie jak płeć, wiek, wykształcenie i aktywność pozazawodowa różnicują grupę seniorów pod względem satysfakcji z życia. Postawiono następujące hipotezy szczegółowe:

1. Im wyższy poziom satysfakcji z życia tym niższe poczucie osamotnienia.
2. Płeć różnicuje osoby starsze pod względem poziomu satysfakcji życiowej.
3. Osoby z najmłodszej grupy wiekowej charakteryzują się wyższą satysfakcją życiową niż osoby starsze wiekiem.
4. Poziom wykształcenia różnicuje osoby starsze pod względem satysfakcji życiowej
5. Osoby aktywne pozazawodowo charakteryzują się wyższą satysfakcją życiową.

METODY BADAWCZE

W zbieraniu danych posłużono się metodami kwestionariuszowymi.

1. Do oceny satysfakcji życiowej wykorzystano Kwestionariusz Postaw Życiowych (KPŻ) (Life Attitude Profile-Revised LAP-R), G. Requera w polskiej adaptacji R. Klamuta (2010). Składa się on z 47 stwierdzeń, tworzących 6 skal prostych i 2 skale złożone. Do badania satysfakcji życiowej wykorzystano tylko jedną skalę złożoną - *Równowagę postaw życiowych (RPŻ)*, która jest ogólną miarą postaw względem życia i odnosi się do satysfakcji życiowej. Określa ona pozytywną ocenę życia, odczuwanie satysfakcji z życia, akceptację życia takim jakie ono jest oraz brak potrzeby zmiany obecnego stanu, akceptację siebie i życia w ogólności. (Klamut, 2010). Rzetelność badana metodą testu-retestu oceniana jest jako wysoka, a współczynnik rzetelności oscyluje w granicach od 0,80 do 0,84, zaś alfa – Cronbacha wynosi 0,70 (Klamut, 2010).
2. Do pomiaru samotności wykorzystano Skalę Samotności (UCLA Loneliness Scale), której autorami są D. Russell, L.A., Peplau, C.E. Cutrona, w polskiej adaptacji J. Rembowskiego (1992). Skala ta składa się z trzech podskal, do których zalicza się: (1) Brak kontaktu, (2) Poczucie więzi społecznych oraz (3) Przynależność do grupy (Kaleta, 2011). Pierwsza z nich dotyczy poczucia braku bliskiego, osobistego i intymnego kontaktu z osobami. Zawiera 10 twierdzeń opisujących negatywny stan relacji. Wysoki wynik w tej skali może świadczyć o wysokim nasileniu poczucia samotności, odizolowania i opuszczenia (Kaleta i Mróz, 2012). Podskala druga dotyczy poczucia więzi społecznych z innymi ludźmi. Składa się z 4 twierdzeń o treści pozytywnej. Wysoki wynik w tej podskali świadczy o dobrych relacjach z ludźmi i utrzymywaniu

więzi z innymi. Trzecia podskala zawiera 6 itemów, z których 2 twierdzenia mają charakter negatywny (4,9), a pozostałe 4 itemy - pozytywny. Skala ta odzwierciedla przynależność do grupy społecznej (Rembowski, 1992). Wysoki wynik świadczy o poczuciu przynależności do grupy, dopasowaniu i niskim poczuciu samotności (Kaleta, 2011). Korzystny układ wyników na skali UCLA, który świadczyłby o niskim poczuciu samotności kształtowałyby się tak, aby wynik pierwszej podskali był niski, a dwóch pozostałych - wysoki. Odwrotna konfiguracja wskazuje z kolei na nasilone poczucie samotności. Skala UCLA charakteryzuje się wysoką rzetelnością i trafnością (Rembowski, 1992). W pierwszej wersji testu współczynnik rzetelności alfa-Cronbacha wynosił 0,96 (Russel, Peplau, Ferguson, 1978, s.292), natomiast w wersji trzeciej współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wyniósł od 0,89 do 0,94 (Russell, 1996).

- Do zebrania danych socjodemograficznych, które w pracy zostały uznane za istotne dla pełnej analizy grupy badawczej i wyciągnięcia szczegółowych wniosków, opracowano autorską ankietę..

Analizy statystyczne uzyskanych wyników zostały przeprowadzone z wykorzystaniem programu STATISTICA wersja 10.0, a przyjęty przedział ufności wynosił 0,95 (PU=95, $\alpha=0,05$).

WYNIKI

Badaniami objęto 161 osób w wieku od 60 do 105 lat. Mężczyźni stanowili 32,9% badanych (53 osoby), a kobiety 67,1% badanych (108 osób). Badania przeprowadzono rozdając ankiety przypadkowym osobom starszym (61 % badanych) oraz na Uniwersytetach Trzeciego Wieku, w mieście i na wsi - w Piekarach Śląskich i Koszęcinie (39% badanych, co stanowiło 64 osoby).

W tabeli 1 przedstawiono korelację r-Pearsona pomiędzy satysfakcją z życia a poczuciem samotności. Wśród osób badanych 4 osoby nie wypełniły testu badającego samotność. W związku z tym analizy statystyczne dotyczące korelacji zostały przeprowadzone na grupie 157 osób.

Tabela 1 Satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ) a poczucie osamotnienia (UCLA/BK; UCLA/PSW; UCLA/PGS) dla całej próby badanej (korelacja r-Pearsona; $p < 0,001$; $N=157$)

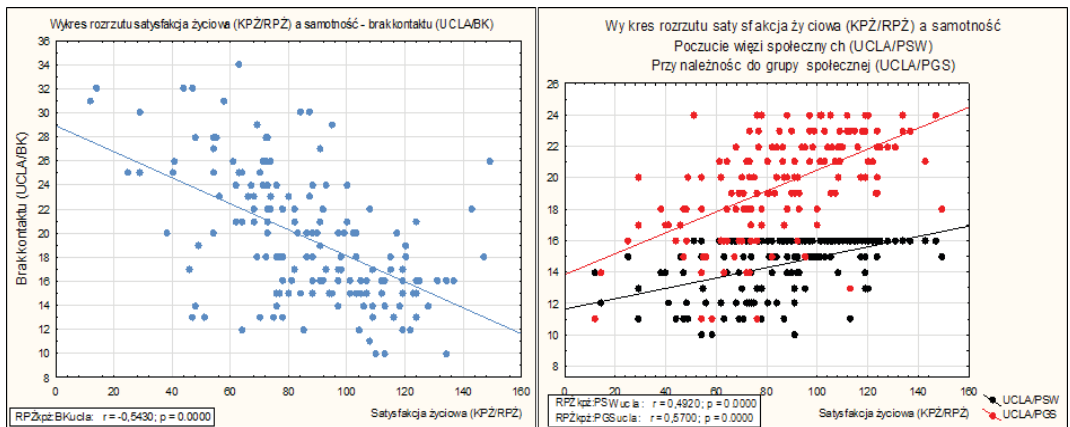
Grupa	Korelacje satysfakcja z życia a poczucie samotności					
	Oznaczone wsp. korelacji są istotne przy $p < ,0001$					
	Ogółem		Kobiety N=106		Mężczyźni N=51	
Poczucie samotności	r(X,Y)	p	r(X,Y)	p	r(X,Y)	p
Brak kontaktu (UCLA/BK)	-0,543*	0,000	-0,569*	0,000	-0,499*	0,000
Poczucie społecznych więzi (UCLA/PSW)	0,492*	0,000	0,465*	0,000	0,5998*	0,000
Przynależność do grupy (UCLA/PGS)	0,570*	0,000	0,531*	0,000	0,663*	0,000

Satysfakcja z życia badanych osób starszych koreluje ujemnie z samotnością dotyczącą braku intymnego kontaktu z innymi osobami (UCLA/BK). Im wyższa

satysfakcja z życia tym niższe poczucie samotności. Siła tej zależności jest umiarkowana ($r=-0,54$). Natomiast wśród starszych osób badanych wykazano dodatnią korelację związaną z przynależnością do grupy społecznej ($r=0,57$ UCLA/PGS) i poczuciem społecznych więzi ($r=0,49$ UCLA/PSW).

Wśród mężczyzn najwyższą korelację zaobserwowano pomiędzy satysfakcją z życia a przynależnością do grupy społecznej ($r=0,66$). Natomiast u kobiet najwyższą korelację zanotowano w przypadku braku kontaktu intymnego (UCLA/BK). Wszystkie korelacje wykazują istotny związek ze zmiennymi.. Korelację dla całej grupy badawczej obrazuje wykres 1.

Wykres 1 Wykres rozrzutu dla zmiennych satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ) i poczucie osamotnienia (UCLA/BK; UCLA/PSW; UCLA/PGS) dla całej próby badanej (korelacja r-Pearsona; $p<0,001$; $N=157$)



Powyższe wyniki analizy statystycznej pozwalają na potwierdzenie hipotezy badawczej, która mówiła o tym, że im wyższa satysfakcja z życia osób starszych tym niższe ich poczucie samotności.

Modelem, który najlepiej wyjaśnia zmienność satysfakcji życiowej osób badanych jest model zawierający wszystkie trzy składowe poczucia samotności (wyniki analiz przedstawia tabela 2).

Tabela 2 Analiza regresji zmiennej satysfakcja z życia a poczucie samotności osób badanych

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: satysfakcja z życia (KPŻ/RPŻ)						
R= ,97235334 R ² = ,94547101 Popraw. R ² = ,94440876 F(3,154)=890,06						
	b*	Bł. std. - z b*	b	Bł. std. - z b	t(154)	p
UCLA/ BK	-0,200	0,054	-0,889	0,241	-3,676	0,0001
UCLA/ PSW	0,482	0,160	2,979	0,993	2,997	0,003
UCLA/ PGS	0,676	0,147	3,081	0,671	4,590	0,0001

Istotną zmienność zmiennej satysfakcja z życia (KPŻ/RPŻ) wyjaśnia w 94% model zawierający brak kontaktu (UCLA/BK), przynależność do grupy społecznej

(UCLA/PGS) i poczucie więzi społecznej (UCLA/PSW) mierzonej Skalą Samotności UCLA. Zależność ta jest istotna. Usunięto wyraz wolny, który nie wykazywał istotnego związku ze zmienną satysfakcja życiowa.

W celu określenia poziomu satysfakcji życiowej osób badanych posłużono się podziałem na wyniki niskie, średnie i wysokie. Uzyskane dane zamieszczone zostały w tabeli 3.

Tabela 3 Rozkład przedziałów wyników dla zmiennej satysfakcja życiowa mierzonej Kwestionariuszem Postaw Życiowych (KPŻ/RPŻ) na podstawie badań własnych

Nazwa/Norma	N	Średnia	SD	Min	Max	Niskie wyniki	Średnie wyniki	Wysokie wyniki
Równowaga postaw życiowych (KPŻ/RPŻ)- badania własne	161	85,968	26,809	12	149	-80-73*	74-98*	99-208*
Równowaga postaw życiowych (KPŻ/RPŻ)- wiek 39-59	74	87,89	21,4	-80	208	-80-64**	65-101**	102-208**

*niskie, wysokie i średnie wyniki wyliczone sposobem: wyniki niskie (min= średnia – 0,5 SD); wyniki średnie <między min i max>; wyniki wysokie(max = średnia +0,5 SD)

**niskie (1-4 sten), średnie (5-7 sten), wysokie (8-10 sten), średnie i wysokie wyniki wyliczone na podstawie danych: średnia = 5,5 sten i odchylenie standardowe (SD) wynosi 2. (źródło: Klamut, 2010)

Wykorzystując wartości minimum, maksimum, średniej i połowy odchylenia standardowego utworzono przedziały, w których uznano za wyniki:

- niskie, zakres od -80 do 73 pkt
- średnie, rozpiętość od 74 do 98 pkt
- wysokie, przedział od 99 do 208 pkt

W hipotezach badawczych zakładano istnienie różnic w odczuwaniu satysfakcji życiowej ze względu na płeć, wiek, wykształcenie i aktywność pozazawodową. W celu dokonania właściwego wyboru testu statystycznego pozwalającego na ich sprawdzenia zastosowano test rozkładu normalności Shapiro-Wilka, którego wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4 Test normalności rozkładu (Shapiro - Wilka) dla zmiennej satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ) dla poszczególnych grup badanych (płeć, wiek, wykształcenie, aktywność pozazawodowa)($p < 0,05$, $N = 161$)

zmiennie	płeć	N	W	p
Satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	mężczyzna	53	0,987729	0,859467
	kobieta	108	0,986189	0,331457
	wiek kod	N	W	p
	75-105	26	0,985563	0,965090
	70-74	35	0,984040	0,879929
	60-69	100	0,988862	0,573768
	wykształcenie	N	W	p
	podstawowe	19	0,941286	0,278105
	zawodowe	17	0,973667	0,878893
	wyższe	51	0,969545	0,211741
	średnie	74	0,982058	0,376291
	aktywność pozazawodowa	N	W	p
	Brak aktywności	76	0,992551	0,940295
	aktywność	85	0,989669	0,740863

Jak wynika z tabeli 4 zmienna satysfakcja życiowa dla grup uwzględniających płeć, wiek, wykształcenie i aktywność pozazawodową ma rozkład normalny, w związku z tym zastosowano test jednorodności wariancji Levene'a, którego wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5 Test jednorodności wariancji dla zmiennej satysfakcja z życia (KPŻ/RPŻ) względem zmiennej płeć osób badanych (dla $p < 0,05$, $N = 161$, Test Levene'a)

płeć	Wariancje iloraz F	Levene'a F(1,df)	Levene'a df	Levene'a p
Satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	1,079595	0,236650	159	0,627306
wiek	MS Błąd	F błąd	Df błąd	p
Satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	227,641	0,670	158	0,5128
wykształcenie	MS Błąd	F błąd	Df błąd	p
Satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	232,349	3,568	157	0,0155
aktywność pozazawodowa	Wariancje iloraz F	Levene'a F(1,df)	Levene'a df	Levene'a p
Satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	1,0916	0,0303	159	0,861

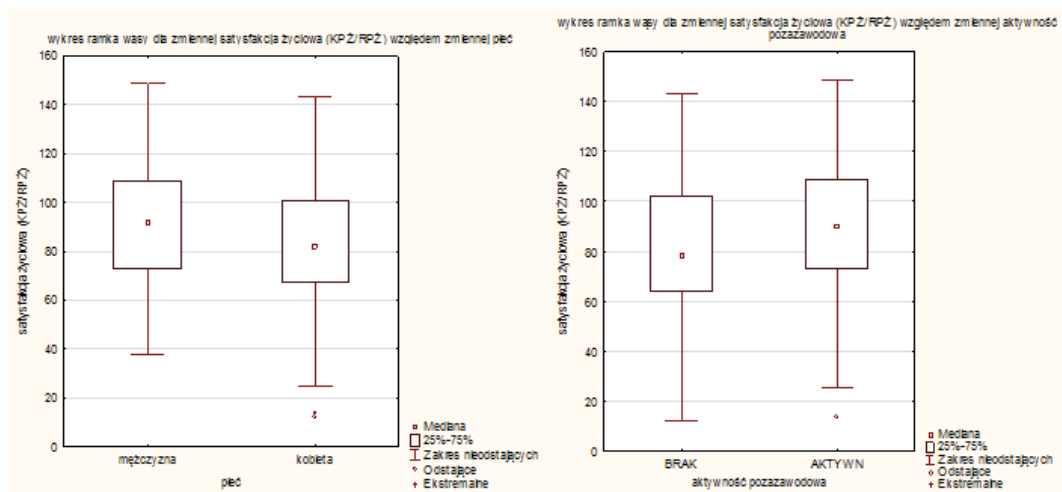
Wariancje dla zmiennych płeć, wiek, aktywność pozazawodowa są jednorodne. Natomiast zmienna wykształcenie charakteryzuje się niejednorodnością wariancji. Dla zmiennych z jednorodnością wariancji zastosowano testy parametryczne: test t-Studenta (dla dwóch zmiennych) i analizę wariancji ANOVA (dla więcej niż dwóch grup zmiennych). Dla zmiennej wykształcenie zastosowano test Kruskala-Wallis.

Tabela 6 Test t-Studenta dla zmiennej satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ) względem zmiennych płeć i aktywność zawodowa ($p < 0,05$, $N = 161$)

Płeć	Średnia M	Średnia K	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	N M	N K	SD M	SD K
Satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	92,679	82,675	2,252	159	0,0256	53	108	27,156	26,136
Aktywność pozazawodowa	Średnia BRAK	Średnia AKT	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	N BRAK	N AKT.	SD BRAK	SD AKT.
Satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	81,355	90,094	-2,086	159	0,0385	76	85	25,913	27,074

M-mężczyźni; K-kobiety; BRAK-brak aktywności pozazawodowej, AKT-aktywność pozazawodowa

Na podstawie danych zawartych w tabeli 6 można stwierdzić występowanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w odniesieniu do satysfakcji z życia. Kobiety charakteryzują się istotnie niższą niż mężczyźni satysfakcją z życia. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni charakteryzują się średnim poziomem satysfakcji życiowej. Satysfakcja życiowa osób badanych różni się także w grupach respondentów aktywnych pozazawodowo i nieaktywnych. Osoby starsze wykazujące aktywność taką jak udział w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, klubach seniora oraz innych organizacjach, charakteryzują się istotnie wyższą satysfakcją niż osoby nieprzejawiające takiej aktywności.

Wykres 2 Wykres ramka wąsy- różnice dla zmiennej satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ) ze względu na płeć i aktywność pozazawodową osób badanych**Tabela 7** Analiza wariancji zmiennej satysfakcja życiowa pod względem różnic w grupie osób badanych ze względu na wiek ($p < 0,05$; ANOVA parametryczna)

Analiza wariancji: satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ) względem zmiennej: wiek Zaznaczone efekty są istotne przy $p < ,05$								
zmienna	SS	df	MS	SS	df	MS	F	p
satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	5742,839	2	2871,420	109258,0	158	691,506	4,152	0,017

Istnieją różnice w poziomie satysfakcji życiowej pomiędzy osobami starszymi z wyszczególnionych grup wiekowych. Jednak przy zastosowaniu testu RIR Tukeya różnice te nie są widoczne, co przedstawia tabela 8.

Tabela 8 Różnice w poziomie satysfakcji życiowej (KPŻ/RPŻ) osób badanych ze względu na wiek osób badanych (dla $p < 0,05$, $N = 161$)

Test RIR Tukeya; zmienna: satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ) względem zmiennej: wiek Zaznaczone różnice są istotne przy $p < 0,05$		
wiek	{1}	{2}
60-69 $M=90,610$ {1}	-	-
75-105 $M=77,231$ {2}	0,054264	-
70-74 $M=79,200$ {3}	0,069603	0,954933

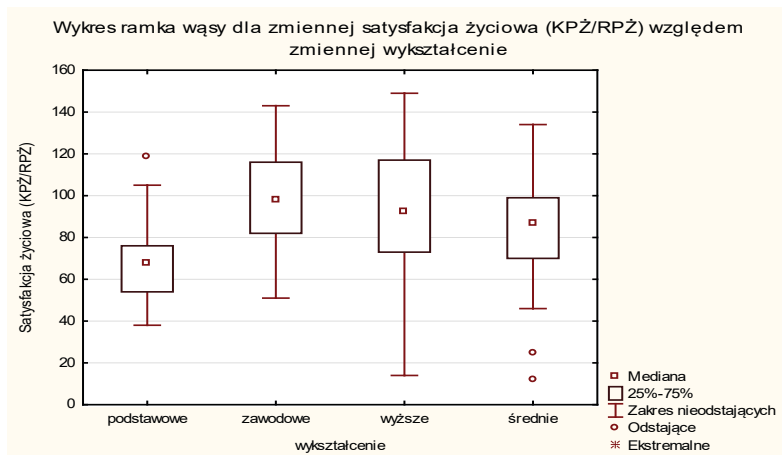
Istnieją natomiast statystycznie istotne różnice w grupach seniorów z różnym wykształceniem w odniesieniu do poziomu ich satysfakcji życiowej.

Tabela 9 Różnice w poziomie satysfakcji życiowej (KPŻ/RPŻ) osób badanych ze względu na wykształcenie osób badanych (dla $p < 0,05$, $N = 161$)

Satysfakcja z życia Zmienna niezależna (grupująca): wykształcenie Test Kruskala-Wallisa: $H(3, N=161) = 14,89940$ $p = 0,0019$				
		{1}	{2}	{3}
satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ)	podstawowe $M=68,789$ $R: 47,789$ {1}	-	-	-
	zawodowe $M=97,176$ $R: 99,735$ {2}	0,005820	-	-
	średnie $M=84,365$ $R: 78,426$ {3}	0,090650	0,256831	-
	wyższe $M=90,961$ $R: 90863$ {4}	0,008093	0,827959	0,501717

Test Kruskala-Wallisa wskazuje na różnice w poziomie satysfakcji życiowej osób starszych z wykształceniem podstawowym i wyższym ($p < 0,05$) oraz pomiędzy osobami z wykształceniem podstawowym i zawodowym ($p < 0,05$). Najwyższą satysfakcją życiową charakteryzują się osoby z wykształceniem zawodowym ($M=97,176$) i wyższym ($M=90,961$). Natomiast osoby z wykształceniem średnim mają niższy poziom satysfakcji życiowej niż seniorzy z wykształceniem zawodowym. Różnice te nie są jednak istotne. Blisko granicy wysokiego poziomu satysfakcji życiowej znalazły się osoby z wykształceniem zawodowym, zaś osoby z wykształceniem podstawowym charakteryzuje niski poziom satysfakcji życiowej. Seniorzy z wykształceniem średnim i wyższym odznaczają się średnim poziomem satysfakcji życiowej. Analizę omówionych różnic przedstawia tabela 9 i wykres 3.

Wykres 3 Wykres ramka wąsy- różnice dla zmiennej satysfakcja życiowa (KPŻ/RPŻ) ze względu na wykształcenie osób badanych



WNIOSKI

Zgodnie z przeprowadzonymi analizami danych należy stwierdzić, że istnieje umiarkowany związek pomiędzy satysfakcją z życia a poczuciem samotności. U mężczyzn korelacja ta jest wyższa niż u kobiet przy uwzględnieniu aspektów dotyczących poczucia przynależności do grupy i poczucia więzi społecznych. Satysfakcja z życia kobiet w większym stopniu koreluje z brakiem kontaktu intymnego z innymi osobami. Można pokusić się o stwierdzenie, że dla odczuwania satysfakcji z życia istotnym wśród starszych mężczyzn jest czynnik społeczny, związany z kontaktem z innymi ludźmi, posiadaniem grupy przyjaciół i wsparcia społecznego. Natomiast dla kobiety brak intymnej więzi z partnerem, rodziną lub najbliższymi może powodować obniżenie satysfakcji życiowej. Jak wykazała analiza regresji, dla kształtowania się satysfakcji życiowej badanych seniorów wszystkie trzy składowe samotności są istotne, (zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn) i w mniejszym, bądź większym stopniu warunkują satysfakcję z życia i poziom odczuwanej samotności.

Kobiety i mężczyźni różnią się także pod względem odczuwanej satysfakcji z życia. Mężczyźni w wieku senealnym charakteryzują się wyższym poczuciem satysfakcji życiowej niż ich starsze koleżanki.

Dodatkowe analizy wykazały również, że wiek nie różnicuje grup seniorów pod kątem odczuwanej satysfakcji i niezależnie od przedziału wiekowego, w jakim są, odznaczają się oni średnim poczuciem satysfakcji życiowej.

Natomiast wykształcenie nie pozostaje bez znaczenia. Osoby starsze z wykształceniem podstawowym charakteryzują się istotnie niższym zadowoleniem z życia niż osoby z wykształceniem zawodowym i wyższym. Wśród osób ze średnim wykształceniem zdarzały się osoby charakteryzujące się niższą satysfakcją życiową i wyniki odstające spowodowały, że istotnej zależności między wykształceniem podstawowym a średnim nie zanotowano. Natomiast osoby z wykształceniem

średnim charakteryzują się nieco wyższą satysfakcją życiową niż osoby z wykształceniem podstawowym.

Ważnym składnikiem związanym z odczuwaną satysfakcją jest aktywność pozazawodowa seniorów. Osoby starsze aktywne pozazawodowo odznaczają się wyższym poziomem satysfakcji życiowej niż ich nieaktywni rówieśnicy.

BIBLIOGRAFIA:

- Bugajska, B., Timoszyk-Tomczak, C. (2006). Człowiek stary wobec przyszłości. W S. Steuden i M. Marczuk, (red). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. (s. 61-69). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Czapiński, J., Panek, T. (2009). *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*.
- Czekanowski, P. (2002). Rodzina w życiu osób starszych i osoby starze w rodzinie. W S. B. (Red.), *Polska starość* (s 140-172). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Frankl, V.E. (1978). *Psychoterapia dla każdego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX..
- Główny Urząd Statystyczny. (2015. 05 11). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*. Pobrano z lokalizacji <http://www.stat.gov.pl>
- Havighurst, R.J. (1997). Zadania rozwojowe kolejnych okresów życia i warunki wypełniania. W W. Pomykało (red). *Encyklopedia Pedagogiczna.*, (s.952-953), Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kaleta, K. (2011). *Struktura rodziny a społeczne funkcjonowanie dorastających dzieci*. Kielce : Wyd UJK.
- Kaleta, K., Mróz, J. (2012). Percepcja relacji interpersonalnych a pozytywne zachowania zdrowotne dorosłych. *Probl Hig Epidemiol*, 779-784.
- Kijak, R., Szarota, Z. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: Centrum Zasobów Ludzkich.
- Klamut, R. (2010). *Kwestionariusz Postaw Życiowych*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Klonowicz, S. (1979). *Oblicza starości. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Klonowicz, S. (1986). Starzenie się ludności. W J. Piotrowski (red). *Encyklopedia Seniora*. (s.6), Warszawa: WP.
- Krzyszkowski, J. (2005). Dla kogo inkluzja, dla kogo ekskluzja. Instytucja pomocy społecznej wobec problemu wykluczenia społecznego. W: L., Frąckiewicz (red). *Wykluczenie społeczne* (s.43-58), Katowice: Wyd. AE im. Karola Adamickiego.
- Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski (NSIS), (2003), Zespół Zadaniowy do Spraw Reintegracji Społecznej, pod przewodnictwem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej Jerzego Hausnera, powołany 14.04.2003 r. przez Prezesa Rady Ministrów. <http://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/mps/NSIS.pdf> [dostęp: 29.04.2016].
- Nowicka, A. (2008). Starość jako faza życia człowieka. W A. Nowicka (Red.), *Wybrane problemy osób starszych*. (s. 17-25). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Przetacznik-Gierowska, M. (1996). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: PWN.
- Rembowski, J. (1992). *Samotność*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Russell, D. (1996). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Russell, D., Peplau, L. A., Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.

- Steuden, S., Marczuk, M. (2006)(red.). *Starzenie się a satysfakcja życia*. Lublin: Wyd. KUL.
- Szatur-Jawroska, B. (2012). Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. W M. Mossakowska, A. Więcek i P. Błędowski (Red), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (s 419-449). Poznań: Termedia.
- Szukalski, P. (2005). Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna, *Auxilium Sociale -Wsparcie Społeczne* nr 2 (34), 217-238.
- Świerżewska, D. (2010). Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60 roku życia. *Psychologia rozwojowa*, 15(2), 89-99.
- Trafiałek, E. (2003). *Polska starość w dobie przemian*, Katowice: „Śląsk”.
- Wądołowska, K. (2010). *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*. Warszawa: CBOS.



Tomasz Kuta

Instytut Doskonalenia Nauczycieli WIEDZA w Katowicach
E-mail: t.kuta@interia.pl

Dominik Adamek

Uniwersytet Śląski
E-mail: dominik.adamek@us.edu.pl

Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną / *Social inclusion of people with mental disabilities*

Abstract

People with mental disabilities are a great group of members of our society. This article presents a development of approach to people touched with mental disabilities over the years. The opportunities for their needs to be met by society were presented and discussed. The ways of their social inclusion and social and professional activation were presented as well.

Keywords: inclusion, mental disability, society, social activation, professional activation

1. WSTĘP

Transformacje polityczno-gospodarcze zapoczątkowane pod koniec lat osiemdziesiątych w Polsce wywołały szereg zmian w obszarze gospodarczym, materialnym, jak i przede wszystkim w sferze społecznej. Owe przemiany zainicjowały również nową jakość postrzegania osób z niepełnosprawnością intelektualną. Koncentrowały się one nie tylko na aspektach związanych z nomenklaturą niepełnosprawności, ale w znacznym stopniu dotyczyły procesów inkluzyjnych. Proces włączania jednostek z różnego rodzaju niepełnosprawnościami w społeczeństwo, zaowocował nową jakością postrzegania, tego czym jest niepełnosprawność.

Naukowcy coraz częściej zaczęli nawoływać do podmiotowego traktowania jednostek niepełnosprawnych - respektowania ich praw, a także realizowania potrzeb. W owym procesie pomocne stały się działania środowisk skupiających się na niepełnosprawnych. Istotnym czynnikiem stała się aktywność mediów. Porzucono kreowanie obrazu jednostek mało zaradnych, zależnych, na rzecz wizerunku adekwatnego do stanu rzeczywistego. Wreszcie pokazywano ludzi, którzy posiadają swoje pasje, mają szereg umiejętności, są kreatywni. Transformacja pozwoliła na

nowy wizerunek. Wizerunek zgodny z tym, co jest w rzeczywistości. Tu już nie było miejsca na litość czy trwogę, powstała przestrzeń do stawiania na jednym poziomie jednostki sprawne z niepełnosprawnymi. Dzięki zmianom jakie obserwujemy przez ostatnie dziesięciolecie, słuszną staje się teza, iż współczesny społeczny model niepełnosprawności odchodzi od rozumienia dysfunkcjonalności jako osobistego problemu jednostki. Indywidualne i podmiotowe traktowanie każdej niepełnosprawnej osoby wyraża się w podejmowaniu działań rewalidacyjnych, rehabilitacyjnych oraz aktywizacyjnych. Dąży się również do jak najpełniejszego wykorzystania życiowych możliwości każdej osoby niepełnosprawnej, zaś działania te osadza w realiach otoczenia społecznego, w której przyszło jej funkcjonować.

2. INKLUZJA NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE

Włączanie społeczne wciąż jest pewnego rodzaju nowum w dyskursie dotyczącym funkcjonowania jednostek z niepełnosprawnością intelektualną. Przez wiele lat obserwować można było - zarówno na płaszczyźnie teoretycznej, jak i empirycznej - aktywność związaną z integracją osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi. Model ten wydaje się jednak być niedoskonałym. Integracja zakorzeniła się głównie w szkolnictwie, rzadziej obserwować ją można było w przestrzeni społecznej. Dzisiaj, aktywność środowisk osób z niepełnosprawnością intelektualną wpisuje się w koncepcję inkluzji - włączania osób z dysfunkcjami w środowisko poprzez celowe, zorganizowane i systematyczne działania. Podejmowana aktywność rozumiana jest tutaj jako proces społeczny. Włączanie jest zatem opozycją do panującego przez stulecia sposobu postrzegania niepełnosprawnych przez pryzmat ich ograniczeń. Stanowi sprzeciw wobec niemożności samostanowienia i samorealizacji. Jest formą dążenia do autonomii i strategią integracji społecznej. Składową procesy inkluzji jest aktywizacja., czyli „pobudzenie do działania, czynienie aktywnym, ożywianie się” (Szymczak 1978: 26). Aby przyniosła ona zakładane rezultaty, winna rozpocząć się od najwcześniejszych lat. Istotą jest tutaj nauka kompetencji psychospołecznych, która powinna być prowadzona na każdym poziomie edukacji. Ponadto, ważnym jest, aby już u nastolatków diagnozować predyspozycje zawodowe. Ukierunkowanie zawodowe niepełnosprawnych intelektualnie w tak młodym wieku pozwoli na systematyczne i długotrwałe ćwiczenie czynności niezbędnych do podjęcia pracy zarobkowej.

3. AKTYWIZACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE

Aby inkluzja przyniosła zakładane rezultaty, winna rozpocząć się od najwcześniejszych lat. Istotą jest tutaj nauka kompetencji psychospołecznych, która powinna być prowadzona na każdym poziomie edukacji. Ponadto, ważnym jest, aby już u nastolatków diagnozować predyspozycje zawodowe. Ukierunkowanie zawodowe niepełnosprawnych intelektualnie w tak młodym wieku pozwoli na systematyczne i długotrwałe ćwiczenie czynności niezbędnych do podjęcia pracy zarobkowej. Proces aktywizacji realizowany jest zarówno w szkołach specjalnych, placówkach integracyjnych, jak również w specjalistycznych ośrodkach, takich jak Ośrodki Rehabilitacyjno - Edukacyjno - Wychowawcze. Placówki te prowadzą

edukację, a także kompleksową rehabilitację pedagogiczną, psychologiczną, logopedyczną, fizyczną, społeczną, a także zawodową.

W przypadku dorosłych osób niepełnosprawnych intelektualnie jedną z metod aktywizacji jest uczestniczenie w terapii w ramach Warsztatów Terapii Zajęciowej. W tego typu ośrodku aktywizacja społeczna i zawodowa stanowi priorytet. Podejmowanie działań mają charakter kompleksowy i obejmują wszystkich uczestników, niezależnie od stopnia upośledzenia umysłowego. W trakcie terapii zajęciowej, opartej na Indywidualnych Planach Terapii i Rehabilitacji, niepełnosprawni uczą się właściwego funkcjonowania w społeczeństwie, a także nabywają i kształtują kompetencje, niezbędne do podjęcia pracy zawodowej na otwartym lub chronionym rynku pracy. Kształtowanie predyspozycji zawodowych w ramach aktywizacji odbywa się na podstawie preferencji indywidualnych jej uczestników.

W inkluzji istotnym jest pogląd, iż każda osoba niepełnosprawna, niezależnie od rodzaju dysfunkcji, może w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, a także wykonywać dostosowaną do jej możliwości pracę. Taki sposób rozumienia włączania przynosi wymierne rezultaty. Istnieją doniesienia, iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną podejmują zatrudnienie i są cenionymi pracownikami. W odróżnieniu od pełnosprawnych, niejednokrotnie wykonują pracę z większym zaangażowaniem i poświęceniem. Często wykonują zlecenia wymagające dużego zaangażowania, a także ogromnej precyzji.

4. INDYWIDUALNY I SPOŁECZNY WYMIAR NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ

W procesach inkluzyjnych zaobserwować można zjawisko, które niepełnosprawność intelektualną nie rozpatruje jedynie na płaszczyźnie definicyjnej, która to opisuje i nazywa, ale przede wszystkim wskazuje na pewien problem. Obecnie traktuje się ją w dwóch wymiarach - indywidualnym i społecznym.

Aspekt społeczny podkreśla równość praw osób niepełnosprawnych do satysfakcjonującego życia w społeczeństwie. Istotną barierą asymilacji ze środowiskiem są reakcje otoczenia na dysfunkcjonalność. Ograniczenia sprawności fizycznej czy intelektualnej wciąż jeszcze wywołują reakcje społeczne, które wyrażają się w tworzeniu stereotypów i negatywnych postaw. Duże znaczenie zdaniem M. Chodkowskiej przypisuje się takim wartościom jak: zdrowie, harmonia ciała, piękno fizyczne czy sprawność umysłowa (Chodkowska 1993: 13).

H. Larkowa (1988: 479) zwraca uwagę na fakt, iż istnieją dwie odmienne postawy wobec niepełnosprawności. Pierwsza, pozytywna- akceptująca, druga, negatywna- odtrącająca. Akceptacja pełna rozumiana jest przez Larkową jako wspólne spędzanie czasu, a także pomoc zarówno osobie niepełnosprawnej, jak i jej rodzinie.

Według J. Granofsky postawy pozytywne cechują się obiektywną i realną oceną osoby niepełnosprawnej, a także pozytywnym nastawieniem poznawczym oraz poprawnym zachowaniem społecznym. Obiektywna i realna ocena osoby niepeł-

nosprawnej wyraża się w rzeczywistej ocenie wpływu niepełnosprawności na psychikę i działanie jednostki, społecznej akceptacji osób z dysfunkcjami na równi z pełnosprawnymi, a także realnej ocenie ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością. Pozytywne nastawienie poznawcze rozumiane jest jako dostrzeganie zalet i możliwości osób niepełnosprawnych. Uznanie podmiotowości jednostki, a nie dostrzeganie jej ułomności. Istotnym jest również znajomość potrzeb, odrzucanie postaw izolacyjnych, przyznanie praw do uczestnictwa w życiu społecznym, przygotowanie do pełnienia ról społecznych, a także możliwość szeroko rozumianej integracji (Sękowski 1994: 25). Akceptacja częściowa wyraża się życzliwością i wsparciem, brak tu jednak bliższych interakcji. Reakcje negatywne wobec osób niepełnosprawnych przyjmują formę stereotypów, piętnowania, a także takich postaw jak: obojętność, odrzucanie czy agresja (Chodkowska op. cit.: 76).

Postawy wobec jednostek dysfunkcyjnych obserwowane są w środowisku rodzinnym, sąsiedzkim, rówieśniczym, także w miejscu pracy czy przypadkowych styczności. Sami niepełnosprawni najczęściej mówią o zachowaniach, będących wyrazem postaw negatywnych – ok. 75% osób (Chodkowska op. cit.: 77). Stosunek wobec osób niepełnosprawnych ma również swoje źródła w tendencji narzucającej określone sposoby zachowania się. Swoistego rodzaju matryca zachowań nie pozostawia niepełnosprawnym wyboru (Larkowa op. cit.: 480).

5. SOCJALIZACJA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE

Ciekawym aspektem funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym świecie wydaje się być sam proces przygotowawczy, zwany socjalizacją. W procesie tym każdy człowiek, zostaje w pewnym określonym stopniu przygotowany do podjęcia ważnych życiowo ról społecznych. W takim ujęciu socjalizacja rozumiana jest jako „całokształt procesów, wzajemnych oddziaływań jednostki i jej środowiska społeczno-kulturowego, trwających przez całe jej życie” (Szczepański 1972: 94). Pełnienie ról związane jest z zewnętrznymi wymogami społecznymi i niesie ze sobą zarówno przywileje, jak i obowiązki.

M. Przetacznik-Gierowska (2002: 67) określa role jako „zespół oczekiwań społecznych, odnoszących się do sposobów zachowania jednostki w danej funkcji”. Jednostka może wzorowo pełnić role społeczne, może mieć trudności z ich podjęciem czy pełnieniem lub nawet je porzucić, z wyboru albo konieczności (np. ze względu na chorobę, niepełnosprawność). Pojęcie socjalizacji wiąże się zatem z przygotowaniem osoby do warunków życia społecznego. Podstawowym komponentem socjalizacji osób z dysfunkcjami jest nabywanie kompetencji interpersonalnych. Wiąże się to z nabyciem takich psychologicznych zdolności, jak: odróżnianie osób, trafne przypisywanie ludziom pewnych właściwości, rozpoznawanie ich stanów, przewidywanie ich zachowań, komunikowanie innym swoich potrzeb, myśli i uczuć, współodczuwanie i współdziałanie z innymi. Kompetencje interpersonalne wiążą się przede wszystkim ze zdolnością rozumienia sytuacji społecznych i umiejętnością wyboru form działania adekwatnych do tych sytuacji prowadzących do uzyskania w kontaktach z ludźmi zamierzonych celów (Kościeliska

1984: 47). Ponadto, rozwój społeczny upośledzonych umysłowo obejmuje takie obszary jak: socjalizację rozumianą jako ucłowieczenie, rozwój społeczny jako przystosowanie się do społeczeństwa oraz socjalizację jako stawanie się użytecznym członkiem społeczeństwa (Kościelska op. cit.: 23–46).

Podstawową komórką, w której odbywa się proces socjalizacji osób z dysfunkcją intelektualną jest rodzina. Postawy rodzicielskie wobec dziecka upośledzonego umysłowo w znacznym stopniu wyznaczają drogę funkcji psychicznej jednostki poddanej wychowaniu. W przypadku dzieci niepełnosprawnych intelektualnie postawą najbardziej sprzyjającą rozwojowi jest postawa akceptująca. Wielu autorów, opierając się dotychczasowe badania, uznało, że istnieje związek między stopniem akceptacji dziecka przez rodziców, czy przez inne bliskie osoby, a jego osobowym i społecznym rozwojem (Boczar 1982; 56). Postawa akceptacji rodzicielskiej daje poczucie bezpieczeństwa, zaś okazywana miłość pozwala dziecku wierzyć we własne siły.

Ponadto, istotnym zdaje się być realizowanie potrzeby poczucia przynależności. Zdaniem cytowanej Krystyny Boczar, „dzieci akceptowane są bardziej stabilne emocjonalnie niż dzieci odrzucone (...) brak akceptacji dziecka umysłowo niepełnosprawnego stwarza większe niebezpieczeństwo wystąpienia zaburzeń w rozwoju i zachowaniu niż u dziecka normalnego” (Boczar op. cit.: 58). Pod wpływem rodziny dziecko upośledzone nabywa kompetencje społeczne. Odbywa się to na drodze naśladownictwa oraz bezpośredniego oddziaływania. Ponadto, kluczowym staje się przykazywanie umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem - czynności z zakresu samoobsługi czy umiejętności korzystania z komunikacji miejskiej, korzystania z dóbr kultury, urzędów, itd. Funkcją rodziny niepełnosprawnych intelektualnie jest również pośrednictwo między jednostką dysfunkcyjną a społeczeństwem. Istotnym elementem socjalizacji jest usprawnianie społeczne. Zdaniem Hulka rozumiane jako „ przystosowanie jednostki upośledzonej do wymagań życia codziennego, rodzinnego, pracy zawodowej i czasu wolnego” (Hulek 1969: 92). Brak takiego przystosowania powoduje izolację, odrzucenie, a także utrudnia integrację ze społeczeństwem. Kluczowym jest fakt, iż dziecko pełnosprawne przyswaja umiejętności w sposób nieformalny, samorzutnie, zaś upośledzone uczy zachowania się w sposób formalny.

Adaptacja jednostki niepełnosprawnej do środowiska funkcjonowania jest dłuższa niż w przypadku osób pełnosprawnych. Podstawą dobrego przystosowania jest wspomniana akceptacja. Podejmowane działania socjalizacyjne wymagają zastosowania pozytywnych wzmocnień motywacyjnych do ujawnienia się potrzeby autonomii. Zdaniem Dykcika autonomia osób upośledzonych jest podstawowym kryterium rozwoju podmiotowości człowieka w społecznej przestrzeni. Jest metodą osiągnięcia normalności i samodzielności życiowej osób niepełnosprawnych w środowisku zamieszkania. Autonomia to również umiejętność samodzielnego wykonywania zadań, jest przejawem i rezultatem procesu przystosowania. Jest wreszcie centralną wartością życia osób z dysfunkcją intelektualną (Dykcik 1998: 320-325).

6. INTEGRACJA I SPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Funkcjonowanie osób upośledzonych w dużej mierze zależy również od realizacji przez rodzinę zadań wychowawczych. Boczar dzieli zadania na trzy zasadnicze grupy. Pierwsza, określa czynniki społeczno- ekonomiczne. Tutaj zaliczymy sytuację finansową, a także warunki mieszkaniowe. Druga grupa obejmuje czynniki psychospołeczne. Istotnym staje się wiek obojga rodziców, kolejność urodzenia dziecka, atmosfera życia rodzinnego, praca zawodowa matki oraz pozycja dziecka niepełnosprawnego w rodzinie. Ostatnia grupa obejmuje czynniki kulturalne, czyli poziom wykształcenia rodziców czy takie aspekty jak formy spędzania czasu wolnego, kontakt z kulturą (Boczar op. cit.: 80-97).

Pedagodzy specjaliści w ostatnich latach coraz częściej zwracają uwagę, iż prawidłowe funkcjonowanie dorosłych osób niepełnosprawnych zależy jest od poziomu osiągniętej przez nich autonomii. Jest ona podstawą normalizacji życia, a także partnerskiego współżycia oraz integracji społecznej. Autonomia jest również kluczowym pojęciem strategii rehabilitacyjnej jednostek niepełnosprawnych. Wg. Dykcika podstawowym działaniem w zakresie rehabilitacji jest zintegrowanie funkcjonalne jednostek dysfunkcyjnych ze społeczeństwem (Dykcik op. cit.: 317).

W procesie integracji, a także kształtowaniu właściwego stosunku do osób z niepełnosprawnością intelektualną przychodzą organizacje społeczne. Wymienić można takie jak: Międzynarodowa Liga Stowarzyszeń na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, ONZ, UNESCO, zaś na gruncie krajowym Polskie Stowarzyszenie a Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym. Celem tworzonych organizacji jest szeroko rozumiana integracja niepełnosprawnych z pełnosprawnymi. Podejmowane działania inkluzyjne mają na celu wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych intelektualnie poprzez tworzenie szkół, ośrodków edukacyjnych, ośrodków terapeutycznych itd.

Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych intelektualnie we współczesnym świecie w dużej mierze zależy jest od właściwej socjalizacji, odpowiednich metod wychowawczych, a także rehabilitacji społeczno- zawodowej, obejmującej aspekt podejścia zindywidualizowanego prowadzącego do pełnej autonomii jednostki. Ciekawym zdają się być same metody wychowawcze stosowane zarówno wobec dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo. Zdaniem Ziemskiej postawy rodzicielskie mają zasadniczy wpływ na kształtowanie niepełnosprawnych intelektualnie. Istotnym jest styl wychowania, dobór i skuteczność metod wychowawczych. „Te same metody wychowawcze będą dawały inne rezultaty zależnie od emocjonalnych postaw rodziców. W przypadku rodziców, którzy kochają swoje dzieci i utrzymują z nimi więź emocjonalną, a więc akceptują je, to nawet stosowanie takich metod wychowawczych jak krzyk i kary cielesne, da lepsze i trwalsze efekty, niż w przypadku rodziców, którzy stosują prawidłowe metody, ale nie akceptują dziecka (Boczar op. cit.: 98).

Przejawianie określonej postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, stałość emocjonalna, a także zrównoważenie samych rodziców uważa się za czynniki najbardziej istotne w procesie rozwoju społecznego jednostki dysfunkcyjnej oraz w procesie jej włączania w środowisko społeczne.

Zrównoważone oddziaływanie zarówno rodziny jak i środowiska wpływa na prawidłowe funkcjonowanie niepełnosprawnych we współczesnym świecie. Zaspokojenie potrzeb warunkuje prawidłowy przebieg procesu dojrzałości społecznej. Ponadto, upośledzeni pracujący są bardziej akceptowani i bardziej dojrzałi społecznie, niż upośledzeni niepracujący. Praca zawodowa, a co za tym idzie wynagrodzenie wywala silniejsze związki emocjonalne w rodzinie, pozytywnie wpływa na jej pozycję w hierarchii rodzinnej, a także środowisku społecznym. Ponadto, aktywność zawodowa niepełnosprawnych jest jedną z podstawowych ich potrzeb w zakresie samorealizacji i samostanowienia. Te zaś kluczowe w inkluzji.

Właściwe funkcjonowanie osób upośledzonych umysłowo warunkuje wiele czynników. Współcześnie duży nacisk kładzie się na realizację potrzeb psychicznych, o których przez wiele lat zapomniano. Do najważniejszych zalicza się: poczucie bezpieczeństwa, potrzebę przynależności i kontaktu, potrzebą aktywności, a także potrzeby poznawcze. Naukowcy duży nacisk kładą na potrzebę znaczenia i uznania przez innych.

7. REALIZACJA POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE PRZEZ OTOCZENIE

Upośledzeni umysłowo pragną być uznawani zarówno w swojej rodzinie, jak i własnej grupie, a także społeczeństwie. Ważne jest nie tylko doznawanie poczucia własnej wartości, ale również poczucie pełnienia określonych ról społecznych i przynależności do społeczeństwa w ogóle (Olechnowicz 1971a: 78).

Inkluzja wiąże się ściśle z realizacją potrzeby uznania i znaczenia. Poprzez kontakty ze społeczeństwem buduje się poczucie własnej wartości. Brak takich kontaktów dezorganizuje proces socjalizacji. Ważnym jest również, iż upośledzeni umysłowo budują obraz siebie samego, szacunek, a także wiarę we własne siły, wówczas, gdy czują, iż ocena innych jest pozytywna (Olechnowicz 1971a.: 71).

Ciekawym jest, iż wielu naukowców podkreśla znaczenie potrzeb psychicznych w prawidłowym funkcjonowaniu osobowościowym osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zdaniem H. Olechnowicz (1971b: 13), upośledzeni mają odmienny system potrzeb, w porównaniu z osobami w normie intelektualnie, jednakże pełniący tę samą funkcję- samoregulacji. Potrzeba autonomii silniej manifestuje się w wieku młodszym, aniżeli starszym. Dotyczy przede wszystkim takich sfer jak: aktywność własna, preferencje czy wygląd zewnętrzny. I. Obuchowska badająca problem autonomii niepełnosprawnych intelektualnie w środowisku rodzinnym, podkreśla, iż autonomia jest ograniczana. Ma charakter restrykcyjny, ograniczający, czy wręcz blokujący. Deprywacja tej potrzeby- zdaniem autorki- może zaburzać kształtującą się tożsamość i prowadzić do licznych dysfunkcji w dorosłości.

Próba ograniczenia może manifestować się również agresją werbalną, uporem i biernością (Obuchowska 1990: 32).

Zdaniem R. Kościelaka (1989: 42), efektem może stać się wykształcenie poczucia kontroli zewnętrznej. Czyniąc daleko idące spostrzeżenia można wnioskować, iż konsekwencjami staną się: brak motywacji i bezsensu podejmowania aktywności. W takiej sytuacji, proces włączania wymagać będzie dodatkowych działań o charakterze korekcyjnym, czy wręcz psychoterapeutycznym.

Istotnym czynnikiem zrównoważonego funkcjonowania jednostek z niepełnosprawnością jest postrzeganie siebie samego. M. Kościelska określiła trzy sposoby rozumienia swojej dysfunkcji przez niepełnosprawnych intelektualnie. Jednym z nich jest zniewolenie, uzależnienie od innych- rodziny, instytucji, osób trzecich. Tutaj „ja „ zostaje zdominowane, sterowane z zewnątrz, zależne. Innym sposobem postrzegania niepełnosprawności jest zniewolenie całkowite. Własne „ja„ jest udaremnione, ponieważ nie mogło się rozwinąć. Niedowartościowane (poczucie własnej wartości jest bardzo niskie, samoocena nieadekwatna). Tutaj manifestuje się wyuczona bezradność. Ostatni sposób to cierpienie. Zderzenie z rzeczywistością, ograniczenia budowane przez najbliższych powodują ból egzystencjalny (Kościelska 1995: 67).

8. PODSUMOWANIE

Aktywność osób z niepełnosprawnością intelektualną w środowisku społecznym warunkuje wiele czynników. Aby funkcjonowanie było najbardziej optymalne istotna jest równowaga między postrzeganiem siebie, wpływem rodziny środowiska społecznego na jednostki dysfunkcjonalne, system wsparcia, a także politykę państwa. W tym ostatnim zakresie ostatnie lata przyniosły wiele zmian. „Stworzone zostało odrębne ustawodawstwo dotyczące rehabilitacji społecznej i zawodowej, oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych, a zatrudnione osoby niepełnosprawne uzyskały zawartą w Kodeksie pracy gwarancję niedyskryminacji w stosunkach pracy ze względu na ich niepełnosprawność (Kulesza 1998: 15). Wiele dyrektyw unijnych dotyczących upośledzonych umysłowo zostało już wprowadzone do polskiego ustawodawstwa. Dużo jest jednakże jeszcze do zrobienia. Przepisy wciąż uwzględniają tylko niektóre potrzeby niepełnosprawnych. Najważniejsza wydaje się być potrzeba możliwości realizowania prawa do pracy osób dysfunkcyjnych zgodnie z ich kwalifikacjami i stanem fizycznym i psychicznym. „W polityce legislacyjnej osoby niepełnosprawne traktowane są przedmiotowo, a nie podmiotowo. Choć są przede wszystkim adresatami norm prawnych, ich wpływ na tworzenie prawa jest praktycznie żaden (Król 2000: 10).

Jednakże nie wszystkie przepisy zawężają prawa jednostek upośledzonych, są i takie, które dają wiele przywilejów. Przykładem takim jest ustawa stanowiąca o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Pozwala ona na rejestrację w urzędzie pracy, a tym samym korzystanie ze specjalistycznego wsparcia w zakresie doradztwa zawodowego, a także szkoleń i kursów.

Włączanie osób z niepełnosprawnością intelektualną w środowisko społeczne zależy od nas wszystkich. To my właśnie tworzymy społeczeństwo, w którym żyją i pragną być dostrzegane osoby upośledzone umysłowo. Jak podkreśla literatura przedmiotu, nie szukają oni litości, a jedynie akceptacji, poszanowania praw, a także wsparcia i pomocy w realizacji potrzeb. Sami nie zawsze potrafią tego dokonać, ponieważ im głębszy stopień upośledzenia, tym większa trudność w realizacji potrzeb. Tym samym, im głębszy stopień upośledzenia, tym trudniejsze, swobodne funkcjonowanie w świecie. Inkluzja zatem, pamiętać musi o mechanizmach funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną, znaczącym wpływie procesu socjalizacji, a także postaw wobec niepełnosprawności i motywacji własnej jednostek z dysfunkcją. W konsekwencji tej wiedzy, stwarzać grunt do pełnienia zadań rozwojowych, a także funkcjonowania społecznego w poczuciu przynależności.

LITERATURA

- Boczar K., Młodzież umysłowo upośledzona w rodzinie i środowisku pracy, Warszawa 1982.
- Chodkowska M., Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw, Lublin 1993.
- Dykciak W., Pedagogika specjalna, Poznań 1998.
- Hulek A., Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów, Warszawa 1969.
- Kościelak R., Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo, Warszawa 1989.
- Kościelska M., Oblicza upośledzenia umysłowego, Warszawa 1995.
- Kościelska M., Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny, Warszawa 1984.
- Kulesza E., O polityce społecznej państwa wobec osób niepełnosprawnych, „Polityka Społeczna” nr 10, Łódź 1998, s. 15.
- Larkowa H., Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy, w: Pedagogika rewalidacyjna, red. A. Hulek, Warszawa 1988.
- Obuchowska I., Rodzinne konflikty młodzieży niepełnosprawnej związane z realizacją potrzeby autonomii, w: Rodzina a rozwój jednostki, red. M. Tyszkowa, Poznań 1990.
- Olechnowicz H., Osobowość jednostek upośledzonych umysłowo w ujęciu psychologii funkcjonalnej, w: Rehabilitacja upośledzonych umysłowo, red. S. Kowalik, Warszawa 1971a.
- Olechnowicz H., Potrzeby psychiczne dzieci głębiej upośledzonych umysłowo, w: Materiały Informacyjno – Dydaktyczne, Warszawa 1971b.
- Przetacznik-Gierowska M., Zasady prawidłowości psychicznego rozwoju człowieka, w: Psychologia rozwoju człowieka, tom 1, red. M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, Warszawa 2002.
- Sękowski A. E., Psychologiczne determinanty postaw wobec inwalidów, Lublin 1994.
- Szczepański J., Elementarne pojęcia socjologii, Warszawa 1972.
- Szymczak M., Słownik języka polskiego, Warszawa 1978.



Krystyna Buszman

Uniwersytet Śląski
E-mail: kbuszman@us.edu.pl

Anna Brandt

Uniwersytet Śląski
E-mail: ann-ya@wp.pl

Ciało poza społecznym kanonem
piękna – ciało odrzucone: perspektywa
osób o ciele „nieidealnym” / *The body
out of the beauty canon – rejected body: the
perspective of individuals with “imperfect” body*

Abstract

The aim of this paper is to present how those individuals whose body has been changed due to disease process (anorexia or oncological pathologies) experience their bodyliness. Authors' own qualitative research among 10 women with anorexia and 10 who undergone mastectomy is going to be shown. Also potential mechanisms which can cause disordered body image and the phenomenon of self-stigma and self-exclusion in these groups will be consider. In the lights of obtained results, sample women feel embarrassed because of the “imperfect” body they have. The aspect of stigma which women after mastectomy internalized the most is the esthetic value, whereas those with anorexia have much difficulties in interpersonal relationships which leads to self-isolation.

Keywords: self-stigma, body image, body concept, anorexia, mastectomy

*Niewykluczone, że może właśnie ciało -
Sposoby obchodzenia się z nim,
Jest znakiem firmowym drugiej połowy
Upływającego stulecia
(Czaja, 2000: 7)*

1. WPROWADZENIE

Według wielu badaczy, współczesny człowiek obdarzył ciało nadzwyczajnym znaczeniem, przyjmując tym samym postawę somatocentryczną, której istota tkwi w nadawaniu szczególnej istotności wygląadowi ze-

wnętrznemu i w nadmiernym zainteresowaniu sferą cielesną (Kubacka-Jasiecka, 2008). Świadomość istnienia dysonansu pomiędzy własnym wyglądem fizycznym a społecznie promowanym i lansowanym kanonem piękna jest związane z przeżywaniem uczuć wstydu, lęku, złości, co może prowadzić osobę do przyjęcia autodestruktywnego wzorca przeżywania, np. depresja, izolacja społeczna, unikanie okazji do przeżywania radości, a w skrajnych przypadkach do odrzucania siebie i autodeprecjacji (Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008).

Osoba, którą stygmatyzuje deformacja ciała, bywa postrzegana przez pryzmat swojego defektu, choć bardziej zagrażającym zjawiskiem jest tzw. „internalizacja piętna” (*self stigma*), czyli odniesienie do siebie negatywnych stereotypów (Dyduch, Grzywa, 2009: 264; Jackowska, 2009: 658; Świtaj, 2005: 139). Przesadna koncentracja na cielesności może przyczyniać się w sposób znaczący do ich marginalizacji, często spowodowanej nie tyle faktycznym odrzuceniem ze strony otoczenia społecznego, co niską samooceną i samoizolacją. Takie wykluczenie wiąże się z obniżeniem poczucia własnego znaczenia i poczuciem nieadekwatności własnego ciała. Piętno może posiadać wymiary różne wymiary, które w mechanizmie samo-stygmatyzacji osoba zaczyna odnosić do samej siebie. Crocker (1999, za Świtaj, 2005: 139-140) wśród wymiarów piętna wymienia m.in.:

- widoczność - odnosząca się do stopnia, w jakim cecha piętnująca rzuca się w oczy,
- zmiany atrybutu w czasie – dotyczą charakteru piętna związanego z jego coraz większą widocznością, bądź postępującym charakterem,
- destrukcyjność (stopień zakłócenia relacji społecznych) – odnosi się do stopnia, w jakim zakłóca płynność kontaktów interpersonalnych,
- właściwości estetyczne – związane z subiektywną reakcją na brzydotę,
- pochodzenie cechy piętnującej, która może odnosić się do osobistej odpowiedzialności za jej wykreowanie,
- niebezpieczeństwo – zagrożenie, jakie w opinii innych może stwarzać dany atrybut.

Wyróżnione cechy piętna determinują nie tylko jego subiektywne doświadczenie, lecz również indywidualne strategie radzenia sobie z nim, jak i typy odpowiedzi społecznych jako reakcji na piętno danej osoby (Świtaj, 2005). Wśród tego typu krzywdzących reakcji społecznych Jackowska (2009: 656) wymienia m.in.: dystansowanie się, unikanie, dewaluację i stereotypizację.

2. WIZERUNEK CIAŁA A OBRAZ CIAŁA

„Ja” cielesne jest elementem „struktury Ja, organizującym doświadczenia cielesne w postaci reprezentacji, których jakoś wyznacza sposób przeżywania siebie, czyli fizyczne poczucie własnej tożsamości” (Sakson-Obada, 2009: 98). „Ja” cielesne stało się jednym z najważniejszych elementów autoprezentacji; traktowane jest jako wizerunek własnej osoby (Kubacka-Jasiecka, 2008: 187).

Rybicka-Klimczyk i Brytek-Matera (2008: 144) definiują wizerunek ciała jako „strukturę umysłową reprezentującą doświadczenia własne – w sferze poznaw-

czej, emocjonalnej i behawioralnej – związane z wyglądem własnego ciała”. Sfera poznawcza wiąże się bezpośrednio z percepcją własnego ciała, myślami i treściami przekonań na temat własnego wyglądu fizycznego. Aspekt emocjonalny dotyczy subiektywnego poczucia zadowolenia bądź niezadowolenia z własnego ciała. W wymiarze behawioralnym istotne są określone zachowania, jakie podejmuje jednostka celem poprawy wyglądu i wzrostu atrakcyjności. Według auterek wizerunek własnego ciała spełnia rolę regulacyjną w zachowaniu jednostki. Głębocka (2009: 20) dodaje i podkreśla znaczenie czwartego aspektu w wizerunku ciała, jakim jest sfera oddziaływań społecznych. Według autorki wizerunek ciała jest tworzony w oparciu o „zinternalizowane wzorce urody oraz informacje płynące z otoczenia”.

Obraz ciała jest pojęciem zbliżonym do wizerunku ciała i przez Fishera (1990, za: Grogan, 1999: 1) jest definiowany jako „spostrzeżenia, myśli i uczucia człowieka odnoszące się do jego własnego ciała”. W definicji tej dostrzec można trzy aspekty: percepcyjny (ocena rozmiarów ciała), kognitywny (ocena atrakcyjności) oraz afektywny (emocje i reakcje towarzyszące ewaluacji). Kearney-Cook (2004, za: Jakubiec, Sękowski, 2008) zauważa potrzebę dodania do definicji komponentu behawioralnego, a więc zachowań o charakterze adaptacyjnym lub kompensacyjnym, które towarzyszą ocenie wyglądu. Podsumowując, obraz ciała stanowi mentalną reprezentację ciała i jest nierozzerwalnie związany z jego oceną. Ma on charakter wielowymiarowy i w znacznym stopniu determinuje sposób, w jaki jednostka postrzega samą siebie i w jaki się do siebie odnosi. Wpływ obrazu własnej osoby na funkcjonowanie człowieka jest szczególnie zauważalny u osób doznających deformacji ciała w wyniku zabiegów chirurgicznych takich jak np. mastektomia oraz w grupie osób z zaburzeniami odżywiania. Do zaburzeń obrazu ciała mogą prowadzić również podwyższony poziom lęku i reakcji depresyjnych oraz chroniczne doświadczanie bólu (Zarek, 2004).

3. OBRAZ SIEBIE I SAMOOCENA W KONTEKŚCIE CHOROBY

Obraz siebie jest integralną częścią osobowości, która w sposób znaczący wpływa na ogólne samopoczucie, światopogląd, relacje społeczne oraz na efektywność w działaniu. Znajomość siebie to świadomość swoich myśli, uczuć oraz postaw. Pozwala ona człowiekowi „być autorem swoich zachowań”. Na bazie obrazu siebie tworzy się samoakceptacja oraz poczucie własnej wartości (Niebrzydowski, 1976, za: Malinowska, 2007: 86). Według Kozielskiego (1986, za: Rostowska, Wałęcka-Matyja, 2003: 8) obraz własnej osoby to inaczej „zbiór sądów i wyobrażeń na temat własnego wyglądu, intelektu, charakteru, dojrzałości emocjonalnej, stosunków z innymi i aspiracji życiowych”. Autor traktuje obraz siebie w kategoriach autoportretu, zbliżając tym samym swoją koncepcję do ujęcia McDowella (1991: 17), według którego obraz własnej osoby to rodzaj „umysłowego zdjęcia, które nosimy wewnątrz siebie”.

Jak twierdzi Offer (1981, 1988, za: Modrzejewska, Badura-Madej, 2008: 685-686), „obraz siebie to całość spostrzeżeń, myśli i uczuć dotyczących własnej osoby,

które mogą być mniej lub bardziej nazwane i mniej lub jaśniej wyartykułowane”. W skład obrazu siebie wchodzi następujące wymiary:

- psychologiczny (emocje, myśli, doświadczenia, stosunek do swojej emocjonalności, kontrola emocjonalna, obraz ciała),
- społeczny (stosunki społeczne, obraz „ja” w relacji do innych),
- seksualny (stopień zintegrowania popędu seksualnego i emocjonalności, postawy wobec seksu),
- rodzinny (klimat emocjonalny, pozycja zajmowana w rodzinie),
- związane z radzeniem sobie (umiejętność adekwatnego przystosowania się i radzenia sobie w sytuacjach nowych, skomplikowanych, trudnych).

Siek (1984: 276) rozumie obraz siebie jako „zorganizowany zespół cech, których jednostka nauczyła się na podstawie wcześniejszych i aktualnych doświadczeń uznawać za własne, pełniący funkcję integrującą struktury osobowości i powtarzalność zespołów schematów zachowań”. Według Brzezińskiej (1973: 91) obraz siebie zawiera następujące elementy:

- dekskryptywny (*self-concept*, czyli wiedza o sobie samym),
- wartościujący (zbiór samoocen – poczucie własnej wartości),
- normatywny („ja” idealne).

Malinowska (2008: 86-87) mówi o istnieniu dwóch nurtów w definiowaniu pojęcia obrazu siebie: klasyfikacje zalicza się do węższych albo do szerszych. Obraz siebie pojmowany wąsko to inaczej samowiedza – świadomość własnych cech, umiejętności i możliwości. Jako przykład takiego pojmowania obrazu siebie autorka przytacza definicję Kozieleckiego (1986, za: Malinowska 2008: 86), który rozumie obraz siebie w kontekście samowiedzy, składającej się z sądów: opisowych (samowiedza), wartościujących (samoocena), o standardach osobistych (pożądana wizja siebie), o regułach generowania wiedzy o sobie (źródła samowiedzy), dotyczących reguł komunikowania wiedzy o sobie. Szersze ujęcie obrazu siebie zostało wzbogacone o element poznawczy i emocjonalny, tzn. poza samowiedzą zawiera ustosunkowanie emocjonalne i ocenę.

Higgins (1987, za: Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008: 144) wymienia trzy elementy składowe systemu „ja”, które odpowiadają aktualnym, idealnym i powinnościowym cechom nazywanym standardami lub ukierunkowaniami „ja”. W myśl koncepcji autora jednostka zmierza do zmniejszenia dysonansu pomiędzy „ja” aktualnym (czyli takim, jak siebie obecnie spostrzega) a „ja” idealnym (czyli takim, jakim chciałaby siebie widzieć) czy „ja” powinnościowym (czyli jakim w swoim odczuciu powinna być). Istniejące różnice między ww. systemami kształtują niekorzystny rodzaj sytuacji psychologicznej, w której dominuje dyskomfort emocjonalny. W przypadku rozbieżności „ja” aktualnego i „ja” powinnościowego zaobserwować można występowanie permanentnego dystresu, któremu towarzyszą reakcje o charakterze lękowym. Natomiast dysonans między „ja” aktualnym a „ja” idealnym wiąże się z odczuciami depresyjnymi. Wszelkie tego typu rozbieżności przyczyniają się do pogorszenia funkcjonowania jednostek w środowisku rodzin-

nym i społecznym oraz do obniżenia efektywności działań zaradczych. Taki rozdźwięk ma istotne znaczenie w przypadku osób, które uwewnętrzniają piętno ciała „nieidealnego” i przeżywają je jako „wadliwą” część siebie.

4. OBRAZ CIAŁA W MASTEKTOMII – KOMPLEKS POŁOWY KOBIECY

Zabieg amputacji piersi, poza tym, że narusza integralność fizyczną ciała, powoduje poczucie okaleczenia i podważa jednocześnie podstawę psychospołecznej tożsamości kobiety. Zachorowanie na raka i utrata gruczołu piersiowego stanowią zatem zagrożenie dwóch spośród podstawowych dla kobiet wartości: poczucia bezpieczeństwa (poprzez zagrożenie życia) i poczucia własnej tożsamości (Wysocka-Bobryk, Procter, Tchórzewska, 2001: 41). Dla kobiet obraz własnego ciała jest bardzo ważny i, niezależnie od wieku, utrata piersi jest przeżywana przez każdą kobietę w bolesny sposób (Ślubowska, Ślubowski, 2008). Znaczenie utraconego narządu wpływa na proces adaptacji kobiety do zmienionych warunków życiowych, na zakres spostrzeganych zmian i na ich wartościowanie.

Odjęcie piersi, która symbolizuje kobiecość i macierzyństwo, wywołuje stres, poczucie wstydu oraz obawy związane z utraconą atrakcyjnością. Syndrom ten bywa nazywany przez badaczy „kompleksem połowy kobiety” (Chwałczyńska *et al.*, 2004: 312). Symboliczne znaczenie utraconego narządu może stać się determinantą reakcji na jego stratę. Mika (1999) podaje, że utrata piersi rodzi u dotkniętych nią osób poczucie niższej wartości jako kobiety, a także budzi lęk przed rozbięciem rodziny czy małżeństwa. Przyczyn negatywnych reakcji emocjonalnych związanych z mastektomią upatrywać można w uwarunkowaniach kulturowych. Pierś jest symbolem płci żeńskiej i macierzyństwa, a jej utrata może być poważnym zagrożeniem dla poczucia kobiecości i zadowolenia z relacji intymnych. Dla części kobiet sposobem na odzyskanie utraconego poczucia kobiecości jest poddanie się zabiegowi rekonstrukcji piersi, które w świetle badań, koreluje dodatnie z większą satysfakcją z własnego ciała (Parker *et al.*, 2008).

Badania wskazują na duże zróżnicowanie w zakresie obrazu własnego ciała w zależności od przebytego typu zabiegu chirurgicznego. Najkorzystniej oceniają swoje ciało kobiety po zabiegach oszczędzających, następnie kobiety z rekonstrukcją piersi, a najmniej korzystnie kobiety po samej mastektomii (Mock, 1993). Inne problemy kobiet w zakresie akceptacji własnego ciała, które zostały ujawnione w wyniku badań Chwałczyńskiej i wsp. (2004) i są to przede wszystkim poczucie niepełnowartościowości i niepełnosprawności. Dyskomfortowe sytuacje dla kobiet po mastektomii pojawiają się również w życiu codziennym, są to m.in.: niechęć do oglądania swojej sylwetki w lustrze czy konieczność dostosowania ubioru do mankamentów urody. Część kobiet poprzez zatuszowanie odpowiednim strojem przebytej mastektomii stara się uniknąć negatywnych komentarzy i reakcji ze strony otoczenia. Ponadto leczenie hormonalne, które jest bardzo częstą formą leczenia w przypadku nowotworów piersi, niejednokrotnie przyczynia się do niekontrolowanego przyrostu masy ciała i, w konsekwencji, do otyłości. Zmiany w obrębie ciała wśród kobiet po mastektomii stwarzają potrzebę poprawy wyglą-

du w następujących sferach: zmniejszenie wagi ciała, przywrócenie naturalnego owłosienia (gdy w leczeniu została zastosowana chemioterapia) oraz rekonstrukcja piersi. Ponadto, utrata piersi często zbiega się z fizjologiczną, lub farmakologiczną menopauzą, co dodatkowo może zakłócać spostrzeganie własnego ciała przez kobiety, osłabić ich poczucie kobiecości, m.in. poprzez utratę zdolności reprodukcyjnych, pojawienie się dolegliwości typowych dla okresu klimakterium (Sebastian i wsp., 2008).

Podsumowując, wszelkie zabiegi polegające na usunięciu części ciała, powodują ingerencję w obręb tożsamości kobiety – często dochodzi do redefinicji własnej osoby, dokonanej przez pryzmat zmiany w ciele. Nieosiągalny ideał piękna staje się dla kobiet po mastektomii źródłem poczucia nieadekwatności i niskiej wartości. Niespełnienie standardu cielesnego aspektu tożsamości kobiecej powoduje obniżenie samooceny, a tym samym szereg konsekwencji dla funkcjonowania intrapsychniczno, jak i relacyjnego.

5. „JA” REALNE A „JA” IDEALNE – PORÓWNANIE PACJENTEK Z ANOREKSJĄ I PO MASTEKTOMII

W dość specyficznej sytuacji znajdują się pacjenci onkologiczni, gdyż ich „ja” idealne to najczęściej obraz siebie sprzed okresu choroby, stąd znaczne obniżenie samooceny i samoakceptacji u kobiet po odjęciu piersi, świadczące o występowaniu leków oraz o zdawaniu sobie sprawy przez jednostkę ze swojego nieprzystosowania (Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2009; Chojnacka-Szawłowska, 1994).

Adamczak (1988) zwraca uwagę na fakt, że samoocena pozytywna, mierzona w niedługim czasie po zabiegu, ulega stopniowemu i regularnemu obniżeniu. Po upływie około roku od czasu mastektomii nasila się tendencja do krytycznych ocen własnego funkcjonowania. Jako przyczynę tego zjawiska autorka wskazuje na porównania, których dokonuje kobieta, konfrontując siebie z osobami zdrowymi, przy czym spostrzeganie siebie na ich tle powoduje nadmierną samokrytykę.

Szumacher (2010: 6) zauważa, że posługiwanie się w fachowej literaturze terminami „zniekształcenie” czy „okaleczenie”, odnoszonymi się do kobiet po amputacji piersi, nie tylko utwierdza pacjentkę w przekonaniu o własnej ułomności, ale i jest jednocześnie odbiciem „męskiego przerażenia zmienionym operacyjnie kobiecym ciałem”. Ponadto można się zastanowić, czy tak specyficzny opis nie prowokuje jeszcze jednej poważnej w skutkach konsekwencji: kreowania w społeczeństwie wizerunku kobiety po mastektomii jako „niepełnej” i utrwalania go wśród odbiorców tego typu komunikatów. Przejście amputacji piersi staje się zatem niejako punktem odniesienia dla przyjęcia nowej tożsamości – kobieta zaczyna nazywać siebie „amazonką” i w ten sam sposób zaczyna być definiowaną przez innych. Z etycznego punktu widzenia wydaje się niedorzeczne redukować bogactwo jeststwa i wielowymiarową tożsamość kobiety do niewielkiego fragmentu ciała, a raczej jego braku (Bauman, 2007). Dlatego, wobec upowszechnionych medialnych obrazów kobiety po mastektomii, obserwuje się dojmującą potrzebę stworzenia kampanii czy programu społecznego, który zmierzyłby się z byciem „amazonką” w dobie kultu ciała (Ratkowska, 2007).

W przypadku anoreksji sprawa wygląda nieco inaczej. Ideał szczupłej sylwetki jako wzór do naśladowania, pozwalający uzyskać szeroko rozumiane szczęście, jest wciąż propagowany przez media. Ładne i zadbane ciało stało się swoistym kluczem do osiągnięcia życiowego sukcesu (Stewart, Keel, Schiavo, 2006). Wszechobecny kult szczupłości powoduje, że szczególnie młode osoby zaczynają odczuwać presję i dążyć do zmniejszenia swojej masy ciała, chcąc dogonić współczesne trendy i zyskać społeczną akceptację (Thompson, Heinberg 1999; Mroczkowska, 2012)

Kolejną trudnością jest mała świadomość społeczna w zakresie czynników etiologicznych leżących u podłoża anoreksji. Jak wskazują badacze (Kubacka-Jasiecka, 2008) osoby z anoreksją są często postrzegane jako nadmiernie skoncentrowane na sobie, własnym wyglądzie i jedzeniu, w skutek czego, obwinia je się za zachorowanie (Kamabanis, 2016). Taki odbiór społeczny tych osób niesie ze sobą mnóstwo negatywnych konsekwencji: mają one problemy w bliskich relacjach, z rodziną czy przyjaciółmi. Ponadto stygmatyzacja społeczna zwiększa lęk przed przyznaniem się do choroby i poczucie winy, które pojawia się u chorych na skutek funkcjonujących w społeczeństwie przekonań i stereotypów. Co więcej, obniża to samoocenę osób z anoreksją, prowadzi do ich coraz większej izolacji od innych oraz zmniejsza szansę na szukanie przez nich pomocy w walce z chorobą i powrocie do zdrowia (Griffiths et al., 2015).

Często spotykaną praktyką jest nazywanie kobiet zmagających się z anoreksją „anorektyczkami”, co tylko sprzyja piętnowaniu, gdyż zawęży ich tożsamość jedynie do faktu bycia chorą, co jest znacznym nadużyciem z etycznego punktu widzenia. Im osoby z anoreksją czują większy brak akceptacji społecznej, tym bardziej dążą do uzyskania społecznie promowanego wyglądu.

6. CEL I PYTANIA BADAWCZE

Celem prezentowanych badań własnych było zbadanie odbioru własnego, „nieidealnego”, dotkniętego chorobą ciała przez osoby z anoreksją i po mastektomii. Za podstawę teoretyczną niniejszych badań posłużyła koncepcja wymiarów atrybutu piętnującego wg Crockera (1999, za: Świtaj, 2005), wśród których do najistotniejszych w prezentowanych badaniach należą: widoczność, destrukcyjność, centralność i pochodzenie cechy piętnującej.

Ze względu na zaprezentowany cel badań, sformułowano następujące pytania badawcze o charakterze eksploracyjnym:

1. Czy osoby, których ciało zostało zmienione przez chorobę czują się dotknięte piętnem stygmatyzacji?
2. Czy osoby te ulegają presji piętna i stygmatyzują same siebie i jakie wymiary ma to piętno w klasyfikacji Crockera (1999)?

7. OSOBY BADANE I METODA BADAŃ

Przedstawione badania miały charakter jakościowy i wzięło w nich udział 20 kobiet: 10 z diagnozą anoreksji i 10 po przebytym zabiegu amputacji piersi. Osoby ba-

dane poinformowano o dobrowolności udziału oraz zapewniono o anonimowości uzyskanych danych. Badania przeprowadzono przy pomocy specjalnie stworzonych do tego celu ustrukturyowanych wywiadów, w których pytania obejmowały:

- Odbiór zmienionego przez chorobę ciała przez osoby badane i ich bliskich
- Myśli i emocje dotyczące własnego ciała
- Wpływ wyglądu fizycznego na relacje z innymi: Czy te relacje zmieniły się z powodu choroby? Jak? Kto o tym zdecydował?
- Etykietowanie społeczne i autoetykietowanie
- Poczucie atrakcyjności / nieatrakcyjności
- Poczucie winy z powodu choroby

8. WYNIKI

Poniżej zaprezentowane zostaną pytania z wywiadu i przykładowe odpowiedzi udzielone przez kobiety z obu badanych grup.

POSTRZEGANIE WYBRANYCH WYMIARÓW PIĘTNA PRZEZ OSOBY Z ANOREKSJĄ I PO MASTEKTOMII

Widoczność

Pytanie: *Czy Twoje ciało zmieniło się na skutek choroby? Jakie zmiany dostrzegasz?*

Kobiety z anoreksją:

- „*ja tego tak nie widzę, nie wiem, choć jak oglądam stare zdjęcia, to wyglądam teraz inaczej*”
- „*nie wydaje mi się, żebym była szczuplejsza od koleżanek*”
- „*bardzo się zmieniło, choć przez długi czas tego nie widziałam*”
- „*często słyszę, że wystają mi kości, że wyglądam źle, jak trup... choć gdy zaczęłam się odchudzać, to mówili, że ładnie*”

Kobiety po mastektomii:

- „*Bardzo się zmieniło nie tylko przez mastektomię, ale też hormony – dużo przytyłam*”
- „*zmieniło się przez mastektomię i radioterapię, ale wiem to tylko ja i moi bliscy*”

Destrukcyjność

Pytanie: *Czy choroba wpłynęła na Twoje relacje z ludźmi? Jak? Kto o tym zdecydował?*

Kobiety z anoreksją:

- „*nie mam już tylu znajomych... na początku choroby jeszcze dzwonili, z czasem coraz mniej. Ja też jakoś nie chciałam/nie miałam siły. Na szczęście mam jeszcze przyjaciółkę*”.

- „samo jakoś tak wyszło, choć nigdy nie byłam super towarzyska, to przez chorobę czuję się bardziej samotna”
- „ludzie są, ale od czasu do czasu, jak im pasuje”

Kobiety po mastektomii:

- „mam teraz więcej koleżanek, które przeszły przez to samo, co ja”
- „więcej się spotykam z ludźmi, rodziną”
- „na początku nie chciałam się z nikim spotykać, teraz już częściej wychodzę do ludzi”

Stopień centralności

Pytanie: Czy słyszysz etykiety społeczne na swój temat? Jak się z tym czujesz? Czy sama tak siebie też nazywasz?

Kobiety z anoreksją:

- „często słyszę stwierdzenie anorektyczka, to taki slogan, wszyscy tak mówią przecież Czy sama tak o sobie myślę? Chyba...”
- „głupia anorektyczka, nienormalna, chora... Boli mnie to, ale nie mam na to wpływu”
- „anorektyczka... strasznie tego nie lubię, bo to niesprawiedliwe. Nie chcę być anorektyczką, nigdy nie chciałam”

Kobiety po mastektomii:

- „Amazonka”, ale dla mnie to jest ok., w końcu jestem amazonką, nosze bieliznę dla amazonek i uczęszczam do klubu”
- „Nie lubię określenia „amazonka”, nie chodzę też do Klubu, chcę zrobić rekonstrukcję piersi i zapomnieć o wszystkim”

Pochodzenie cechy piętnującej

Pytanie: Czy czujesz się odpowiedzialna / winna za to, że jesteś chora? Co mówią o tym Twoi bliscy?

Kobiety z anoreksją:

- „kiedy słyszę, że przecież sama tego chciałam, sama sobie to zrobiłam, to tak – czuję się winna”
- „czuję, choć wiem, że nie powinnam, bo tak naprawdę tu nie ma winnych”
- „nie, ale kiedy widzę płaczącą mamę, to czuję, że krzywdzę ją swoją chorobą”
- „na początku rodzice byli na mnie źli, bo nie rozumieli, a ja czułam, że ich zawiodłam”

Kobiety po mastektomii:

- „czasami myślę, że mogłabym wcześniej zrobić badania i wykryć raka”
- „nie, nie czuję się winna, choroba nie wybiera”

9. DYSKUSJA I WNIOSKI

Przeprowadzone badania wykazały, że we współczesnej kulturze, w której panuje kult idealnego, kobiecego ciała, osoby o ciałach niepasujących do kanonu piękna (zmienionych na skutek trwającego procesu chorobowego) spotykają się niejednokrotnie z problemem stygmatyzacji (Ratkowska, 2007: 75). Dzieje się tak w wyniku braku tolerancji i umiejętności społeczeństwa radzenia sobie z odmiennością.

Osoby badane miały świadomość, że ich ciała poddawane są nieustannej ocenie społecznej, stąd może wynikać dążenie do izolacji bądź spędzania czasu z osobami dzielącymi podobne doświadczenia z własnym ciałem. Do podobnych wniosków doszli Griffiths i wsp. (2015) czy Parker i wsp. (2007).

Długotrwała presja społeczna i niemożność sprostania stawianym przed osobami badanymi wymaganiom prowadzi do zjawiska autostygmatyzacji, czyli internalizacji cechy piętnującej i spostrzeganie siebie poprzez jej pryzmat. Zjawisko autostygmatyzacji silniej uwidacznia się w grupie kobiet z anoreksją, co można uzasadnić na kilka sposobów. Po pierwsze – choroba psychiczna stanowi większe źródło piękna niż choroba somatyczna (Dyduch, Grzywna, 2009; Jackowska, 2009; Mroczkowska, 2012; Podogrodzka-Niell, Tyszkowska, 2014).

W badaniach dokonano również analizy porównawczej w zakresie poszczególnych atrybutów piętna zmienionego chorobowo ciała, która pokazała, że kobiety z anoreksją w większym stopniu internalizują piętno w porównaniu do kobiet po mastektomii. W ich wypowiedziach uwidoczniła się skłonność do obwiniania się za wystąpienie choroby oraz poczucie winy związane z przekonaniem o rozczarowaniu osób bliskich, co również znajduje swoje odzwierciedlenie w doniesieniach zagranicznych (Farrell et al., 2015; Kambanis, 2016).

Cechami piętna bardziej obecnymi w życiu kobiet z anoreksją jest widoczność, szczególnie w przypadku bardzo wychudzonych osób, destrukcyjność – ujawniająca się w znacznym zubożeniu sieci społecznych w wyniku choroby oraz pochodzenie cechy piętnującej – kobiety z anoreksją wykazują skłonność do brania na siebie odpowiedzialności za wystąpienie objawów chorobach, co w znaczący sposób obniża ich nastrój i samoocenę, często skutkując postępującą autoizolacją społeczną.

Kobiety po zabiegu mastektomii w swoich wypowiedziach akcentują następujące aspekty: widoczność i właściwości estetyczne – niechętnie przeglądają się w lustrze stąd też w grupie tej zaobserwować można potrzebę ukrycia mankamentów wyglądu przy zastosowaniu odpowiedniego stroju, pozwalającego zatuszować niedoskonałości. Pozwala to również uniknąć negatywnych komentarzy i reakcji otoczenia. Ponadto, kobiety te przejawiają chęć poprawy swojego wyglądu w wielu innych wymiarach np. zmniejszenia wagi ciała, przywrócenia naturalnego owłosienia, zrekonstruowanie utraconej piersi. Tendencję do maskowania wyglądu strojem dostrzec można na pewnym etapie procesu zdrowienia również wśród kobiet z anoreksją, które ubierają się w zbyt duże ubrania, chcąc zakryć prawdziwe kształty swojego ciała – nadmierne wychudzenie.

Zjawisko etykietowania i autoetykietowania, choć niejednokrotnie szkodliwe, widoczne jest w obu badanych grupach. Tendencja ta wśród osób z anoreksją, jeśli zachodzi w okresie adolescencji znajduje swoje wytłumaczenie z perspektywy rozwojowej – młodzi ludzie szukają wzorców, w procesie kształtowania własnej tożsamości oraz mają silną potrzebę poczucia przynależności do grupy społecznej, stąd w tym okresie tendencje do autoetykietowania są znacznie bardziej nasilone niż w innych okresach rozwoju.

Z uwagi na znaczenie społeczne prezentowanej problematyki potrzebne jest stworzenie kampanii i programów na rzecz zwiększenia świadomości społecznej i tolerancji, a w konsekwencji ponownej inkluzji tych osób w funkcjonujące sieci społeczne. Celem tych programów byłoby również ograniczenie zjawiska stygmatyzacji i autostygmatyzacji osób, które różnią się jakimś atrybutem od większości ludzi.

10. OGRANICZENIA I KIERUNKI DALSZYCH BADAŃ

Niewątpliwym atutem badań jakościowych względem badań ilościowych jest skupienie się na poszczególnych osobach, co pozwala na znacznie pogłębioną analizę podejmowanego problemu badawczego. Z uwagi na jednak jakościowy charakter prezentowanych badań, a co za tym idzie – niewielką liczbę osób badanych, trudno jest wyciągnąć z otrzymanych wyników bardziej ogólne wnioski, które mogłyby znaleźć swoje odniesienie w większej populacji. W przyszłych projektach badawczych warto byłoby zatem zwiększyć liczbę osób w obu badanych grupach. Z uwagi na charakter i społeczną istotność analizowanej problematyki, dobrze byłoby również objąć badaniami inne grupy osób, np. osoby zmagające się z problemem otyłości czy niepełnosprawnością.

Takie rozszerzenie pola badań przy zachowaniu pogłębionego poziomu analiz mogłoby przyczynić się do zaprojektowania kampanii i programów społecznych, ukierunkowanych na przeciwdziałanie procesowi stygmatyzacji oraz zjawisku autostygmatyzacji osób, których wygląd różni się w jakimś aspekcie od większości społeczeństwa.

11. LITERATURA:

- Adamczak M. *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po przebytej mastektomii*. Poznań 1988
- Bauman Z. *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń 1995
- Brzezińska A. *Struktura o razu własnej osoby i jego wpływ na zachowanie*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3, 1973, s. 87-97.
- Chojnacka-Szawłowska G. *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław 1994.
- Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I. *Jakość życia po mastektomii*. „Wiadomości Lekarskie”, nr 7-8 (57), 2004 s. 312-316.
- Czaja D. (2000). *Ciało w kilku odsłonach*, w: D. Czaja *Metamorfozy ciała. Świadectwa i interpretacje*. Warszawa 2000
- Dyduch A., Grzywa A. *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. „Polski Merkurusz Lekarski”, nr 26 (153), 2009, s. 263-267.

- Farrell N. R., Lee A. A., Deacon B. J., Biological or psychological? Effects of eating disorder psychoeducation on self-blame and recovery expectations among symptomatic individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 2015, 32-37
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Griffiths S., Mond J.M., Murray S.B., Touyz S., The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 48, 2015, 767–774
- Grogan S. *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London and New York 1999
- Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie psychiczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy*. „*Psychiatria Polska*”, nr 6 (43), 2009, s. 655-670.
- Jakubiec B., Sękowski A. *Obraz ciała u tancerzy. Studia z psychologii na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim*. Lublin: 2009, s. 93-106.
- Kambanis P.E., Exploring the Stigmatization of Anorexia: A Focus on The Structural, Interpersonal, and Individual Levels of Stigma, *Student Works*, 11, 2016, s. 1-17
- Kubacka-Jasiecka D. *Ja cielesne i problematyka identyfikacji z ciałem w kontekście wartości współczesnej kultury i zdrowia*. W: I. Heszen, J. Życińska *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa 2008
- Lewandowska K., Bączek G. *Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji*. „*Ginekologia Praktyczna*”, nr 3, 2009, s. 12-16.
- Maier A., Ernst J.-P., Müller S., Gross D., Zepf F.D., Herpertz Dahlmann B., Hagenah U., Self-Perceived Stigmatization in Female Patients with Anorexia Nervosa - Results from an Explorative Retrospective Pilot Study of Adolescents, *Psychopathology*, 47, 2014, 127–132
- Malinowska K. *Realny i idealny obraz siebie u osób po próbach samobójczych*. „*Annales UMCS*”, nr 20, 2007, s. 85-100
- McDowell J. (1991). *Jego obraz, mój obraz*. Kraków: Towarzystwo Krzewienia Etyki Chrześcijańskiej.
- Mika K. (2005). *Po odjęciu piersi*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mock, V. (1993) Body image in women treated with breast cancer. *Nursing Research*, 42, 153-157
- Modrzejewska R., Badura-Madej W. (2008). *Zmiana obrazu siebie w późnej fazie adolescencji na przestrzeni 15 lat – badania porównawcze*. „*Psychiatria Polska*”, nr 5, s. 683-693.
- Mroczkowska D., Postrzeganie i rozumienie zaburzeń jedzenia – fakty i mity, *Forum Medycyny Rodzinnej*, nr 2, t. 6, 2012, 82-91
- Obada-Sakson O. *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Kraków 2009
- Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 2007, s. 3078–3089.
- Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. „*Psychiatria Polska*” nr 48(6), 2014, s. 1201-1211.
- Ratkowska L. *Przemilczane ciało. Kobieta, pierś, mass-media i mityzacja rzeczywistości*. W: E. Zierkiewicz, A. Łysak *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. Wrocław 2007
- Rybicka-Klimczyk A., Brytek-Matera A. *Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwoju*. „*Endokrynologia. Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*”, nr 4 (4), 2008, s. 143-151.
- Sebastian J., Manos D., Buena J., Mateos N. Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. *Psychology in Spain*. 12 (1), 2008, s. 13-25.

- Siek S.. *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Warszawa 1984
- Stewart M.-C., Keel P.K. and Schiavo R. S., Stigmatization of anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 2006, 320–325
- Szumacher E. *Feministyczna wizja. „Amazonki”*, nr 18, 2010, s. 5-7.
- Ślubowska M., Ślubowski T. *Problemy psychosocjalne w raku piersi*. „Psychoonkologia”, nr 1, 2008
- Świtaj P. *Piętno choroby psychicznej*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 2 (14), 2005, s. 137-144.
- Thompson J.K., Heinberg L.J. The Media Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? *Journal of Social Issues*, nr 55 (2), 1999, s. 339-353.
- Wałęcka K., Rostowska T. *Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi*. „Psychoonkologia”, nr 2 (6), 2002, s. 37-45.
- Wojtyna E., Życińska J., Stawiarska P. *The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer*. „Reports of Practical Oncology and Radiotherapy”, nr 2 (12), 2008, s. 109-117.
- Wysocka-Bobryk T., Prochner M., Tchórzewska H. *Hierarchia wartości i obraz płci psychologicznej w grupie kobiet chorych na nowotwory złośliwe piersi i układu chłonnego*. „Psychoonkologia”, nr 9, 2001, s. 41-48.
- Zarek A. *Zmiany obrazu ciała w wyniku choroby i interwencji medycznych*. „Psycho-terapia”, nr 1, 2004, s. 31-42.



Anita Pollak

Uniwersytet Śląski
E-mail: anita.pollak@us.edu.pl

Patrycja Rudnicka

Uniwersytet Śląski
E-mail: patrycja.rudnicka@us.edu.pl

Małgorzata Chrupała-Pniak

Uniwersytet Śląski
E-mail: malgorzata.chrupala-pniak@us.edu.pl

Pojęcie allostazy i znaczenie
czynników psychospołecznych dla
przeciążenia allostatycznego jako
wytyczne dla programów promocji
zdrowego starzenia się / *The concept of
allostasis and the importance of psychosocial
factors for allostatic overload as guidelines for
programs promoting healthy aging*

Abstract

The aim of this paper is to present the concept of allostasis and homeostasis and differences between these constructs, whose understanding is relevant to explain to cope with prolonged stress. In everyday life, homeostasis is responsible for the body's adjustment to the conditions in which person lives. However, it does not cover all cases to conform to the requirements of the environment and the situation, hence the concept of allostasis could be a complement to it. It is to help explain the functioning of the unit in relation to changes in the susceptibility to subjectively perceived stressors and undertaken attempts to cope with the expected difficulties. Thus, the advantage of this construct is the opportunity to make a custom profile, stress response, illustrating responses and the ability to handle unusual situations, in the changing ambient conditions. The article presents an overview of psychosocial factors associated with the alostatic overload, which indicates as relevant to the development of programmes for the promotion of healthy ageing.

Keywords: health; stress; Allostasis; allostatic overload; coping;

1. WPROWADZENIE

W artykule podjęto tematykę homeostazy i allostazy oraz różnic pomiędzy tymi konstruktami, których zrozumienie jest istotne dla wyjaśnienia radzenia sobie w sytuacjach przedłużającego się stresu. Powyższe pojęcia są osadzone na gruncie koncepcji *interieur milieu*, która została zaprezentowana po raz pierwszy przez Claude'a Bernarda w 1857 roku. Stała się ona inspiracją dla badań z zakresu fizjologii przez następne sto lat, chociaż nie od razu uznano jej prymat (Gros 1998: 380). Bernard ogłosił, że organizmy wielokomórkowe istnieją w płynnym środowisku wewnętrznym, które zapewnia ich komórkom wymianę, w ramach której pobierają substancje odżywcze i wydalają produkty przemiany materii. Twierdził także, że celem wszystkich procesów przebiegających w organizmie jest utrzymanie identycznych warunków dla środowiska wewnętrznego. Stabilizacja tych warunków stanowiła, jego zdaniem, warunek rozwoju układu nerwowego (Cooper 2008: 421).

Na początku XX wieku koncepcja Bernarda stała się podstawową ideą w fizjologii, podjęto również próby przeniesienia jej na grunt innych dziedzin nauki, m.in. geografii oraz psychofizjologii i psychologii (Gros 1998: 383). Jednym z naukowców, który swoimi pracami potwierdził wagę twierdzeń Bernarda i je rozwinął jest Walter D. Cannon (Cooper 2008: 424). W serii eksperymentów starał się on dowieść co kształtuje procesy stabilizujące stan organizmu. Swoje ustalenia przedstawił w 1929, ogłaszając, że organizm reagując na zmiany w otoczeniu automatycznie podejmuje działania służące utrzymaniu stanu wewnętrznej równowagi - homeostazy. Stan ten cechuje się pewną dynamiką, gdyż możliwe są nieznaczne odchylenia od stanu idealnego. Wskazanie, że równowaga organizmu nie jest stanem statycznym (*fixed values*), ale dynamicznym układem wzorca fizjologicznego (*keeping within narrow limits*), stanowiło wkład Cannona w rozwój myśli Bernarda (Cooper 2008: 424). Warto zaznaczyć, że wprowadzenie tych uściśleń było możliwe dzięki rozwojowi technik i urządzeń badawczych. Utrzymanie na względnie stałym poziomie wartości kluczowych zmiennych wewnętrznych tj. temperatura, stężenie sodu, potasu, wapnia w surowicy krwi, stężenie glukozy we krwi, ciśnienia krwi, gwarantuje organizmowi przeżycie. Cannon w swoich badaniach dowiódł, że wszelkie zakłócenia stanu homeostazy wzbudzają kaskadę zmian w funkcjonowaniu autonomicznego układu nerwowego, wywołując stany emocjonalno-motywacyjne i obserwowalne zachowania, w celu przywrócenia równowagi. Jego zasługą jest opisanie znaczącej roli, jaką odgrywa w tym procesie adrenalina i noradrenalina. Przeprowadzone eksperymenty wskazywały także, że nie ma jednego wzorca reakcji stabilizującej dla wszystkich zagrożeń. Niemniej Cannon był zdania, że po zadziałaniu stresora w długotrwałej perspektywie czasu wskaźniki funkcjonowania układów przyjmują poprzednie wartości, względnie stałe wartości (*set points*).

W codziennym życiu homeostaza odpowiada za dopasowanie organizmu jednostki do warunków, w jakich żyje oraz sytuacji, które stają się jej udziałem. Innymi słowy homeostaza zapewnia działanie w normalnym cyklu życia. Co dzieje się natomiast kiedy jednostka narażona jest na nieprzewidziane, obciążające ją sytuacje,

których występowanie przedłuża się lub kiedy zmuszona jest do proaktywnego radzenia sobie w długiej perspektywie? Jakie znaczenie mają dla reagowania i radzenia sobie z tymi nadzwyczajnymi sytuacjami, dotykające jednostkę kolejne infekcje o różnym podłożu (bakteryjnymi, wirusowymi), choroby czy odnawiające się schorzenia? Jak jednostka funkcjonuje wraz z upływem czasu bądź gdy zmienia się jej status socjoekonomiczny? Część badaczy jest zdania, że koncepcja homeostazy nie obejmuje wszystkich przypadków dostosowania się do wymogów otoczenia i sytuacji, stąd wartościowe jest uzupełnienie jej o pojęcie allostazy (Ganzel et al. 2010). Ma ono pomóc w wyjaśnieniu funkcjonowania jednostki w związku z zmianami podatności na subiektywnie spostrzegane stresory oraz podejmowanymi próbami radzenia sobie z antycypowanymi trudnościami (McEwen, Wingfield 2010: 105). W ujęciu homeostatycznym zdrowie to stan, w którym wszystkie parametry są w normie aż do momentu, gdy konieczne jest skorygowanie środkami farmakologicznymi. Dla kontrastu, w koncepcji allostazy zdrowie określa się jako stan elastycznej i optymalnej przewidywanej zmienności służącej zaadaptowaniu się do warunków otoczenia.

2. POJĘCIE ALLOSTAZY I JEJ WARTOŚĆ DLA ROZWAŻAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

Pojęcie allostazy zostało wprowadzone do literatury przedmiotu w 1988 roku przez Petera Sterlinga i Joe Eyer. Określili oni allostazę jako proces, który służy utrzymaniu fizjologicznej stabilności organizmu poprzez zmianę parametrów wewnętrznych w postaci dopasowania ich do wymogów otaczającego środowiska. Zaś, Bruce S. McEwen i Eliot Stellar (1993) zdefiniowali ją nie jako proces, ale zdolność organizmu do adaptacji poprzez wzrost lub spadek parametrów wewnętrznych w związku z dynamicznymi zmianami w otoczeniu. Stąd w literaturze najczęściej allostaza charakteryzowana jest jako osiągnięcie stabilności poprzez zmiany (McEwen i Wingfield 2007).

Istotną różnicą pomiędzy homeostazą a allostazą jest występowanie w przypadku allostazy znacząco wyższych poziomów wskaźników fizjologicznych m.in. tj. podwyższone tętno, ciśnienie krwi, poziom kortyzolu czy poziom cytokin (związanych z obecnością stanu zapalnego), które są odpowiedzialne w krótkiej perspektywie za adaptację do sytuacji stresowej, zaś w przedłużającej się prowadzą do schorzeń zdrowotnych (nadciśnienia, depresji, zapalenia stawów, zespołu insulinoodporności) (McEwen i Wingfield 2010: 106). Wiedza o poziomach biomarkerów związanych z allostazą pozwala na wprowadzenie wczesnych interwencji mających na celu przedłużenie życia i poprawę jego jakości (McEwen, 2003).

Allostaza stwarza szansę, aby opisać reakcję na stres w pewnej rozciągłości od codziennych sposobów radzenia sobie w odniesieniu do aktualnego samopoczucia, wieku, zmiennych społeczno-ekonomicznych do uwzględniających przypadki wystąpienia sytuacji trudnych (nieoczekiwanych, przekraczających możliwości, traumatycznych) (McEwen i Wingfield 2010: 106). Zatem zaletą tego konstruktu jest możliwość przedstawienia niestandardowego profilu reakcji na stres, ilustru-

jącego sposoby reagowania oraz możliwości jednostki do radzenia sobie w sytuacjach nietypowych, w zmieniających się warunkach otoczenia (Korte 2005: 5).

Kluczowym pojęciem w modelu allostazy jest energia. W zależności od historii życia jednostki i warunków w jakich żyje, energia może być zużyta przez jednostkę od razu w związku z przekształceniami w otoczeniu, czy ze względu na zapotrzebowanie w przypadku sytuacji trudnej lub też jest kumulowana do wykorzystania, gdy warunki otoczenia zmieniają się lub gdy osoba jest poddana czynnikom obciążającym (McEwen i Wingfield 2010: 108).

W dużym uproszczeniu, w modelu tym, przyjmuje się, że organizm pozyskuje energię z pożywienia i wykorzystuje ją, aby funkcjonować na co dzień. W przypadku, gdy energii wystarcza na normalną aktywność, stan organizmu jest dobry i nie występują symptomy zaburzeń w zachowaniu. Natomiast, gdy brakuje energii i organizm jest w stanie niedoboru, jego funkcjonowanie zostaje ograniczone i zdolność do radzenia sobie ze stresem zostaje osłabiona (przeciążenie allostyczne typu I) (Wingfield, Sapolsky 2003). A w skrajnym przypadku niedoboru czy braku energii grozi mu wyniszczenie, śmierć. W sytuacji, gdy realizacja codziennej aktywności nie pochłania całkowitej energii, wtedy jej nadmiar odkłada się w postaci tłuszczu. W niektórych przypadkach, staje się on zasobem, z którego jednostka korzysta w okresach, gdy nie spożywa jedzenia w wystarczających ilościach lub gdy znajduje się w sytuacjach trudnych dla siebie, stresujących. Natomiast, gdy objada się incydentalnie lub dostarcza sobie w długim okresie czasu nadmiernych kalorii, to staje się to przyczyną obciążającą organizm i prowadzącą w perspektywie czasu do otyłości, cukrzycy, zaburzeń sercowo-naczyniowych (Coccorello, D'Amato F.R., Moles 2008, Ramsay, Woods 2014).

Należy podkreślić, że o ile związek pomiędzy niewłaściwą dietą a wystąpieniem przeciążenia allostycznego ma charakter liniowy, to inne czynniki, które pośredniczą w tej relacji (tj. regulatory przemian węglowodanowych w tym insulina, glukagon oraz katecholaminy i hormon wzrostu) nie są liniowo powiązane z allostazą, ponieważ na poziom ich wydzielania wpływ mają czynniki psychospołeczne (McEwen, 2006). Podobnie jest w przypadku innych zachowań związanych z pogorszeniem zdrowia jednostki, wśród których podkreśla się rolę następujących: ograniczona aktywność fizyczna, deficyt snu, palenie tytoniu czy przyjmowanie substancji psychoaktywnych (Karatsoreos i McEwen 2011: 576). Stąd też kompletna analiza stanu jednostki, ilustrująca jej aktualny stan i jego wydolność, musi obejmować opis stanu zdrowia jednostki z charakterystyką dotychczasowych warunków życia oraz psychologiczny profil radzenia sobie ze stresem.

Do określenia stanu zdrowia jednostki pomocny jest wskaźnik przeciążenia allostycznego, który stanowi skumulowaną wartość obejmującą dane z pomiarów czynności układów wewnętrznych uwzględniającą zmiany w cyklu życia (np. pora zimowa, okres karmienia po ciąży, rekonwalescencja po urazie, chorobie) oraz zmienne psychospołeczne. Zidentyfikowano cztery rodzaje sytuacji, w których określony stan allostazy w organizmie skutkuje wystąpieniem przeciążenia allostycznego, mierzonego markerami biochemicznymi. Pierwsza powstaje na skutek

powtarzającego się zakłócenia, druga wynika z braku dostosowania się do występujących wcześniej zakłóceń, kolejna – brak dopasowania się do zmian, które wystąpiły po zadziałaniu bodźca, ostatnia wiąże się z wystąpieniem niewłaściwej reakcji w odpowiedzi na bodziec stresowy (Korte et al. 2005: 15).

Z perspektywy psychologicznej kluczowe są ustalenia dotyczące związków procesu allostazy z występowaniem bądź nie reakcji stresowej oraz funkcji obwodowego układu nerwowego i chorób z nim związanych dla ujawnianych przez jednostkę zachowań behawioralnych i sprawności jej procesów poznawczych. Wskazówki w tym zakresie w połączeniu z wynikami badań nad *vulnerability*, *resilience* i *resistance* przypuszczalnie przyczynią się to do wyjaśnienia osobniczych różnic w poziomie zdolności do adaptacyjnej i elastycznej regulacji na dynamiczne zmiany w otoczeniu. Kluczowe dla utrzymania dobrostanu jednostki jest zachowanie odporności na stres. W wyniku występowania przeciążenia allostatycznego i związanej z nim brakiem regulacji lub rozregulowania stanu układów wewnętrznych odporność na stres może zostać znacząco osłabiona (Karatsoreos i McEwen 2011: 576). Stąd w prowadzonych badaniach nad allostazą uwagę koncentruje się na mózgu jako narządowi kontrolującemu funkcjonowanie pozostałych układów i sterującego odpowiedzią na zakłócający bodziec. Mózg pozostaje w stałej gotowości do recepcji i przetwarzania bodźców w celu oceny stopnia ich destabilizującej roli dla układu oraz odpowiada za wzbudzenie adekwatnej reakcji. Charakter tej odpowiedzi zależy od dotychczasowych doświadczeń jednostki lub/ i spontanicznie uaktywniających się fragmentów wspomnień, dokonywanych przewidywań, czy używając pojęć pochodzących z relacyjnych koncepcji stresu – wynika on z pierwotnej i wtórnej oceny bodźca. Oznacza to, że jednostka w sposób ciągły poddaje ocenie te elementy otoczenia, które są ważne dla jej dobrostanu (ocena pierwotna) a w przypadku uznania danej sytuacji za stresującą, dokonuje oceny możliwości podjęcia działania łagodzącego lub usuwającego przyczyny stresu (ocena wtórna) (Lazarus, Folkman 1984). Poszerzenie wiedzy na temat allostazy i jej znaczenia dla funkcjonowania poznawczego i społecznego ludzi uznaje się za ważne dla kształtowania reakcji w przypadku przewidywalnych i nieprzewidywalnych zdarzeń. Wymienia się wśród nich np. zmiany w funkcjonowaniu związane z ciążą i karmieniem, zmiana miejsca zamieszkania lub konflikty społeczne, konkurowanie o ograniczone zasoby czy katastrofy naturalne (Korte et al. 2005: 5). Jednocześnie uwzględnia się to, że pewna część osób cechuje się osłabieniem odporności na stres, co skutkuje w ich przypadku wzrostem poziomu przeciążenia allostatycznego. Na gruncie psychologicznym o tej grupie osób mówimy, że charakteryzują się bardziej reaktywnym niż proaktywnym sposobem radzenia sobie ze stresem. Przy czym proaktywne radzenie jako proces wieloetapowy, opiera się na gromadzeniu zasobów na wypadek, gdyby wystąpiła sytuacja stresowa; aktywnym radzeniu sobie oraz pozyskiwaniu informacji zwrotnych przyczyniających się do lepszego zrozumienia sytuacji i poprawy skuteczności radzenia sobie (Heszen, 2014: 78).

Badacze wskazują również, że spadek odporności na stres wiąże się z kosztami jaki ponosimy żyjąc w „społeczeństwie 24/7”. Intensywny styl życia, wyrażający się poprzez stałą dyspozycyjność dla innych dzięki telefonom komórkowym i Internetowi, przedłużające się godziny pracy, doświadczanie potrzeby aktywności

i sukcesu, częstsze prezentowanie zachowań rywalizacyjnych niż kooperacyjnych oraz ograniczony czas poświęcany na aktywność ruchową i sen, upośledza stan fizyczny i psychiczny dobrostan jednostki (McEwen i Gianaros 2010).

3. CHARAKTERYSTYKA CZYNNIKÓW PSYCHOSPOŁECZNYCH ZWIĄZANYCH Z PRZECIĄŻENIEM ALLOSTATYCZNYM

W wyniku dotychczasowych badań uzyskano zestaw czynników psychospołecznych związanych ze zwiększonym obciążeniem allostatycznym (AL - *allostatic load*). Przy czym, nie uważa go za zamknięty, kompletny zestaw, mimo, że badania nad allostatą prowadzi się od 1997 roku, w wielu krajach (Stany Zjednoczone, Niemcy, Szwajcaria, państwa skandynawskie), czasami w bardzo licznych próbach (najlicniejszą próbę stanowiło 22 815 osób (Crimmins et al. 2003), a także na specjalnie dobranych próbach (np. pracownicy przemysłu ciężkiego, osoby z rozpoznaniem depresji). W Polsce jak dotąd nie przeprowadzono badań w zakresie allostaty i przeciążenia allostatycznego.

Poniżej przedstawiono opis zmiennych, które w badaniach okazały się korelatami obciążenia allostatycznego (AL). Są to wsparcie emocjonalne, duchowe oraz poczucie koherencji; status małżeński i funkcjonowanie w relacji z innymi; subiektywne poczucie stresu, stresujące doświadczenia życiowe; wysoki poziom wymagań w pracy, niski poziom kontroli sytuacji, trudności w podejmowaniu decyzji, nierównowaga pomiędzy wysiłkiem a nagrodą, zmęczenie i wypalenie zawodowe.

Omówiono również związki zmiennych socjologicznych, ujmowanych jako jeden konstrukt, w skład którego wchodzi niski poziom wykształcenia, niski status zawodowy i niskie dochody (określany mianem SES – *socio-economical status*) z uwagi na bogatą historię tych badań, a także dlatego, że czynniki psychologiczne okazały się mediatorami w związku pomiędzy AL a tymi zmiennymi.

Badania dowodzą, że wsparcie emocjonalne, duchowe i zasoby własne mają wpływ na zdrowie, jakość życia i odporność na stres, a także są pozytywnie skorelowane z niskim poziomem AL (Juster et al. 2010: 10). W badaniach longitudinalnych nad zdrowiem osób starszych potwierdzone zostały związki pomiędzy retrospektywnie ocenianym poziomem pozytywnych więzi z rodzicami i satysfakcjonującymi relacjami interpersonalnymi w późniejszym okresie życia a niskim poziomem AL u mężczyzn (Seeman et al. 2003). Natomiast w przypadku kobiet regularny udział w praktykach religijnych, niezależnie od subiektywnie ocenianej religijności, pozytywnie korelował z niskim poziomem AL (Maselko et al. 2007). Wysoki poziom poczucia koherencji oraz jeden z jego składników - poczucie sensowności (*meaningfulness*) również były pozytywnie skorelowane z niskim poziomem AL w badaniu, w którym uczestniczyły Szwedki w średnim wieku (Lindfors et al. 2006).

Badania dotyczyły również związków pomiędzy statusem małżeńskim oraz funkcjonowaniem w relacji z innymi a poziomem AL. W przeprowadzonych badaniach uzyskano potwierdzenie pozytywnego związku pomiędzy niskim poziomem AL a obecnością małżonka w przypadku mężczyzn z grupy młodszych starszych

(około 70 r.ż), natomiast korelacja nie występowała w przypadku kobiet w takiej samej grupie wiekowej (Seeman et al. 2002). Natomiast subiektywnie oceniana bliska relacja z innymi (przyjaciółmi, sąsiadami) współwystępowała z niskim poziomem AL, niezależnie od płci badanych (Seeman et al. 2004).

W koncepcji allostazy zakłada się, że wysoki poziom AL podobnie jak niski poziom wykształcenia i powiązany z nim niski status zawodowy i niższe dochody ma związek z subiektywnie ocenianym pogorszeniem samopoczucia, utrudnieniami w realizacji codziennych zadań oraz mniejszą aktywnością fizyczną. Przeprowadzone badania niejednoznacznie wskazują, że istnieje związek pomiędzy niskim poziomem wykształcenia a wysokim poziomem AL, w badaniach Seemana i współpracowników (2008) uzyskano potwierdzenie silnego związku pomiędzy tymi zmiennymi, zaś w badaniach Szanton i jej współpracowników (2009) korelacja dla tego związku nie była istotna. Podobnie wyniki uzyskane w badaniach Hu (Hu et al. 2007), analizowane przy pomocy dwuczynnikowej analizy wariancji nie wykazały istotnego efektu interakcji pomiędzy wysokim poziomem AL a poszczególnymi czynnikami: późnym wiekiem, płcią żeńską, niskim poziomem edukacji, niskimi dochodami, mniejszym spożyciem alkoholu i subiektywnie ocenianym pogorszeniem zdrowia.

Jednakże w badaniach Kubzansky'ej (Kubzansky et al. 1999) mediatorem związku pomiędzy niskim wykształceniem a wysokim poziomem AL były cechy osobowości paranoicznej (mierzonej testem MMPI). Potwierdzono, że cechy osobowości paranoicznej mogą osłabiać wpływ niskiego wykształcenia na poziom AL. Zaś, w pracach innych badaczy uzyskano wyniki mówiące o tym, że mediatorem związku pomiędzy powyższymi zmiennymi jest wdowieństwo oraz wysoki poziom wymagań wobec siebie i innych (Juster et al. 2010). Podobnie jest z przynależnością do rasy lub grupy etnicznej, jest ona również mediatorem w związku pomiędzy niskim wykształceniem a wysokim poziomem AL (Seeman et al. 2008). W badaniach Godmana i współpracowników potwierdzono, że przynależność do rasy białej może osłabiać wpływ niskiego wykształcenia na poziom AL (Goodman et al. 2005), podobny wynik uzyskano odnośnie przynależności do grupy amerykańskiej pochodzenia afrykańskiego (*African American*) i meksykańskiego (*Mexican American*) (Merkin et al. 2007; Nelson et al. 2007).

W badaniach nad allostazą ważnym czynnikiem są stresory i radzenie sobie ze stresem. Równoczesne występowanie bodźców stresowych (ich skumulowany efekt) i subiektywnie oceniany wysoki poziom stresu ma silny związek z wysokim poziomem AL zwłaszcza u kobiet (Goldman et al., 2005; Gersten 2008). Natomiast analiza związku pomiędzy przeżyciem stresujących wydarzeń życiowych z wysokim poziomem AL dowodzi, że jest on nieistotny (Gersten 2008). Analiza wyników zebranych w ciągu kilku lat wskazuje, że istnieje efekt interakcji czynników tj. poczucie kontroli, poczucie więzi z innymi oraz zajmowanie wysokiej pozycji społecznej pomiędzy poziomem AL a odpornością na stres (Glei et al. 2007). Badania prowadzone w grupie opiekunów osób z demencją ujawniły, że czas doświadczenia obiektywnie trudnej sytuacji różnicuje pod względem poziomu AL (Clark et al. 2007). Potwierdzają to badania nad matkami dzieci w terminalnym

okresie choroby, w których wysoki poziom AL był pozytywnie silnie skorelowany z długością czasu, jaki minął od rozpoznania (Glover et al. 2008). Doświadczanie dużej liczby negatywnych zdarzeń i związanych z nimi frustracji podczas konkretnej sytuacji (np. analizowany w badaniu stres związany z wystąpieniem publicznym) współwystępuje z wysokim poziomem AL (von Kanel et. al. 2003).

Badania odnoszące się do sytuacji pracy dostarczają dowodów, iż wysokie wymagania w pracy doświadczane przez starszych pracowników są skorelowane z wysokim poziomem AL (Schnorpfeil et al. 2003). Również podeszły wiek, płeć męska i niski zakres kontroli współwystępuje z wysokim poziomem AL w grupie pracowników branży produkcyjnej w Chinach (Li et al. 2007). Podobnie w badaniach Sun i współpracowników (2007) rosnący wiek, niski poziom edukacji, strukturalne ograniczenia w podejmowaniu decyzji, wysoki poziom wymagań w pracy oraz wzór osobowości A koreluje z wysokim poziomem AL. Badania w grupie pracowników pomocy społecznej ze Szwecji wskazują, że istnieje związek pomiędzy rosnącym wiekiem, zmęczeniem i brakiem wypoczynku a wysokim poziomem AL (von Thiele et al. 2006). Jednakże badania prowadzone w Niemczech na grupie nauczycielek w tym samym wieku (śr = 45 lat), dowodzą, że nierównowaga pomiędzy wysiłkiem a nagrodą, poczucie fizycznego wyczerpania i wypalenia zawodowego ma słaby związek z wysokim poziomem AL (Bellingrath et al. 2009). Ciekawe są ustalenia z badań nad grupą młodych Finów, w której wyniki po 6 latach wskazywały, że poczucie niestabilności kariery w okresie wcześniejszym korelowało z wysokim poziomem AL (Kinnunen et al. 2005). W odróżnieniu to tego, wyniki badań wśród Szwedek wskazują na brak związku pomiędzy wzorami kariery zawodowej, występowaniem konfliktu praca - dom, poczuciem optymizmu i psychicznego dobrostanu a wysokim poziomem AL.

Badania dotyczące allostaty wykazały również, że osoby charakteryzujące się niskim poziomem wykształcenia, statusu zawodowego i dochodu doświadczają subiektywnie ocenianego niskiego poziomu kontroli w miejscu pracy, czyli odczuwają, że nie mają wpływu na kształtowanie sytuacji w pracy (Warren et al. 2004). W porównaniu do osób cechujących się wysokim poziomem SES, oceniają, że uzyskują oni mniejsze wsparcie społeczne (Taylor i Seeman 1999) i wskazują na doświadczanie większej liczby zdarzeń ocenianych przez nich jako stresujące (Brunner, 1997).

4. PODSUMOWANIE

Koncepcja allostaty zdobywa coraz większą popularność, ponieważ oferuje możliwość wyjaśnienia funkcjonowania jednostki w związku z zmianami podatności na subiektywnie spostrzegane stresory oraz próbami radzenia sobie z antycypowanymi trudnościami. Oczywiście pojawiają się głosy krytyczne, wskazujące, że wiedza na temat allostaty jest rozposzona, a uzyskiwane wyniki badań niejednoznaczne (Day 2005). Stąd tak istotne jest uporządkowanie dotychczasowej wiedzy oraz prowadzenie dalszych badań w tym zakresie. Działania takie przyczynią się do zrozumienia mechanizmów leżących u podłoża fizjologicznej regulacji i jej zakłóceń oraz opracowania programów profilaktycznych i diagnostycznych identyfikujących czynniki ryzyka utraty zdrowia. Ma to znaczenie w kontekście m.in.

podwyższenia wieku emerytalnego i związanego z tym oczekiwania, że w okresie wczesnej starości jednostki będą nadal pozostawać fizycznie i poznawczo aktywne. Ze względu na to psychologom przypada szczególna rola obejmująca przygotowanie nowych propozycji metod do badania stresu, przedstawiających niestandardowe profile reakcji na stres, czyli uwzględniające radzenie sobie w zmieniających się warunkach otoczenia. Tak by, możliwe było wyłonienie w badaniach grup ryzyka i objęcie ich profesjonalną pomocą w zakresie kształtowania proaktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Kolejne zadanie, wiąże się z koniecznością podjęcia działań inicjujących większą liczbę programów na rzecz przeciwdziałania stresowi, prowadzonych w formie odmiennej od dotychczasowej – dostępne na urządzeniach mobilnych, interaktywne, wykorzystujące wiedzę z zakresu wywierania wpływu społecznego.

5. LITERATURA

- Bellingrath S., Weigl T., Kudielka B.M., Chronic work stress and exhaustion is associated with higher allostatic load in female school teachers, „Stress” 12, 2009.
- Clark M.S., Bond M.J., Hecker J.R., Environmental stress, psychological stress and allostatic load, „Psychol. Health Med.” 12, 2007.
- Coccorello R., D’Amato F.R., Moles A., Chronic social stress, hedonism and vulnerability to obesity: lessons from rodents, „Neurosci. Biobehav. Rev.” 2008.
- Cooper S. J., From Claude Bernard to Walter Cannon. Emergence of the concept of homeostasis, „Appetite” 51, 2008, s. 419–427.
- Crimmins E.M., Johnston M., Hayward M., Seeman T., Age differences in allostatic load: an index of physiological dysregulation, „Experimental Gerontology” 38, 2003.
- Day T.A., Defining stress as a prelude to mapping its neurocircuitry: No help from allostasis, „Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry” 29, 2005, s: 1195 -1200.
- Education, income and ethnic differences in cumulative biological risk profiles
- Ganzel B.L., Morris P.A. i Wethington E., Allostasis and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences, „Psychol Rev”, 117 (1) 2010, s: 134- 174, doi: 10.1037/a0017773
- Gersten O., Neuroendocrine biomarkers, social relations, and the cumulative costs of stress in Taiwan, „Soc. Sci. Med.” 66, 2008.
- Gleib D.A., Goldman N., Chuang Y.L., Weinstein M., Do chronic stressors lead to physiological dysregulation? Testing the theory of allostatic load, „Psychosom. Med.” 69, 2007.
- Glover D.A., Garcia-Arcena E.F., Mohlman J., Peripheral biomarker composite associated with smaller hippocampal volume, „Neuroreport” 19, 2008.
- Goodman E., McEwen B.S., Huang B., Dolan L.M., Adler N.E., Social inequalities in biomarkers of cardiovascular risk in adolescence, „Psychosom. Med.” 67, 2005.
- Gross C. G. (1998). Claude Bernard and the Constancy of the Internal Environment. Vol. 4, No. 5
- Heszen I., Psychologia stresu, Warszawa, 2013.
- Hu P., Wagle N., Goldman N., Weinstein M., Seeman T.E., 2007. The associations between socioeconomic status, allostatic load and measures of health in older Taiwanese persons: Taiwan social environment and biomarkers of aging study, „Journal of Biosocial Science”, 39, 2007.
- in a national sample of US adults: NHANES III (1988–1994), „Soc. Sci. Med.”, 66, 2008.
- Juster R-P, McEwen B.S., Lupien S.J., Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition, „Neuroscience and Biobehavioral Reviews” 35, 2010, s: 2–16.

- Karatsoreos I.N. i McEwen B., Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability, „Trends in Cognitive Sciences December” 15, 12, 2011, s. 576-584.
- Kinnunen M.J., Kaprio J., Pulkkinen L., Allostatic load of men and women in early middle age, „Journal of Individual Differences”, 26, 2005.
- Korte S.M., Koolhaas J.M., Wingfield J.C., McEwen B.S., The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease, „Neurosci. Biobehav. Rev.” 29, 2005, s. 3–38.
- Kubzansky L.D., Kawachi I., Sparrow D., Socioeconomic status, hostility, and risk factor clustering in the Normative Aging Study: any help from the concept of allostatic load?, „Annals of Behavioral Medicine”, 21, 1999.
- Lazarus R.S. i Folkman S., Stress, appraisal and coping, Springer 1984.
- Li W., Zhang J.Q., Sun J., Ke J.H., Dong Z.Y., Wang S., Job stress related to glycolipid allostatic load, adiponectin and visfatin, „Stress Health” 23, 2007.
- Lindfors P., Lundberg O., Lundberg U., Allostatic load and clinical risk as related to sense of coherence in middle-aged women, „Psychosom. Med.” 68, 2006.
- load and work conditions, Social Science & Medicine, 57, 2003.
- Maselko J., Kubzansky L., Kawachi I., Seeman T., Berkman L., Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly, „Psychosom. Med.” 69, 2007.
- McEwen B.S. i Stellar E., Stress and the individual: mechanisms leading to disease. „Arch. Intern. Med.” 153, 1993, s. 2093–2101.
- McEwen B.S. i Wingfield J.C., The concept of allostasis in biology and biomedicine, „Horm. Behav.” 43, 2003, s. 2-15.
- McEwen B.S., Stellar E., Stress and the individual. Mechanisms leading to disease, „Archives of Internal Medicine” 153 (18) 1993, s: 2093–101.
- McEwen B.S., Wingfield J.C., What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress, „Hormones and Behavior” 57, 2010, s. 105–111.
- McEwen, B.S. and Gianaros, P.J. (2010) Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease, „Ann. N.Y. Acad. Sci.” 1186, 2010, s. 190–222.
- McEwen, B.S., Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain, „Dial. in Clin. Neurosci.” 8, 2006, s. 367–381.
- Merkin S.S., Basurto-Davila R., Karlamangla A., Bird C.E., Lurie N., Escarce J., Seeman T., Neighborhoods and cumulative biological risk profiles by race/ethnicity in a national sample of U.S. adults: NHANES III, „Annals of Epidemiology”, 19, 2009.
- Ramsay D., Woods S. C., Clarifying the roles of homeostasis and allostasis in physiological regulation, „Psychological Review”, Vol. 121 (2), 2014, s. 225-247.
- relationships and allostatic load in Taiwanese elderly and near elderly, „Soc. Sci. Med.” 59, 2004.
- relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. „Psychosomatic Medicine”, 64, 2002.
- Romero L.M., Dickens M.J., Cyr, N.E., The reactive scope model—a new model integrating homeostasis, allostasis and stress, „Horm. Behav.” 55, 2009, s. 375–389.
- Schnorpfel P., Noll A., Schulze R., Ehlert U., Frey K., Fischer J.E., Allostatic
- Seeman T., Gleit D., Goldman N., Weinstein M., Singer B., Lin Y.H., Social
- Seeman T., Merkin S.S., Crimmins E., Koretz B., Charette S., Karlamangla A.,
- Seeman T.E., Singer B.H., Ryff C.D., Levy-Storms, L., Social
- Sterling P., Eyer J., Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology, w: Handbook of life stress, cognition, and health, red. S. Fisher, J. T. Reason, New York: 1988.
- Szanton S.L., Allen J.K., Seplaki C.L., Bandeen-Roche K., Fried L.P., Allostatic load and frailty in the women’s health and aging studies, „Biological Research For Nursing”, 10, 2009.

- von Kanel R., Dimsdale J.E., Patterson T.L., Grant I., Acute procoagulant stress response as a dynamic measure of allostatic load in Alzheimer caregivers, „Annals of Behavioral Medicine”, 26, 2003.
- von Thiele U., Lindfors P., Lundberg U., Self-rated recovery from work stress and allostatic load in women, „The Journal of Psychosomatic Research”, 61, 2006.
- Walsberg, G.E., How useful is energy balance as an overall index of stress in animals?, „Horm. Behav.” 43, 2003, s. 16–17.
- Wingfield J.C., Sapolsky R.M., Reproduction and resistance to stress: when and how, „J. Neuroendocrinol.” 15, 2003, s. 711–724.



Marta Banout

Uniwersytet Śląski
E-mail: mbanout@us.edu.pl

Michał Naczyński

Uniwersytet Śląski
E-mail: mnaczyński@us.edu.pl

Anna Pyszkowska

Uniwersytet Śląski
E-mail: a.pyszkowska@gmail.com

Postawy wobec osób starszych w kontekście kodów moralnych i moralnego dystansowania się

Abstract

21st century is the age of ageism as elderly people tend to suffer from isolation and discrimination. The study was exploratory and conducted to verify the relationships between moral foundations, moral distancing (mechanism of one's engagement in unethical behavior) and attitudes towards the elderly. It involved 302 subjects (208 women) from Poland, aged 12-58 ($M=25,51$; $SD=9,35$). The research revealed that moral distancing correlates negatively with foundations linked with caring and fairness, as well as with overall positive attitude towards older people. Only sanctity foundation correlates positively with contact frequency, probably as a result of religious/ethical orders. In the future, it is proposed to carry out a similar research, using implicit attitudes tests, as obtained results were as burdened with disturbance variable in the form of social approval.

Keywords: ageism; moral foundations; moral distancing

1. WSTĘP

XI wiek to czas przemian - osoby starsze stają się obywatelami drugiej kategorii i bywają grupą wykluczaną z życia społecznego. Mimo że starzenie się jest naturalną częścią życia (Bee 2004: 545), społeczeństwo zachodnie często traktuje starość jako degradację ciała i umysłu, a seniorów postrzega w kategoriach osób schorowanych, niesamodzielnych i będących ciężarem dla bliskich (Kilian 2004: 125-128). Tradycyjne wartości rodzinne, w których seniorzy pełnili rolę mentorów czy spadkobierców wiedzy rodu, zmieniają się z mocno konserwatywnych w bardziej liberalne - osoby starsze nie są już godne szacunku z samej racji swojego wieku. Zastanawiającym jest, co powoduje, że postawy wobec osób

starszych są współcześnie tak negatywne lub protekcyjne. W kontekście wspomnianych przemian postanowiono zbadać związek pomiędzy kodami moralnymi oraz moralnym dystansowaniem się a postawami wobec osób starszych. Czy osoby negatywnie nastawione wobec seniorów i mające tendencję do moralnego dystansowania się prezentują określony kod moralny?

2. AGEIZM

Stereotypy na temat osób starszych i w konsekwencji negatywne postawy wobec nich zostały ujęte przez Roberta N. Butlera w koncepcję ageizmu: seniorzy traktowani są jako niekompetentni, słabi, nieatrakcyjni, potrzebujący pomocy (Butler 1980: 8-11). Ageizm stawia się współcześnie na równi z seksizmem i rasizmem, jako trzeci największy „-izm” związany ze społecznymi uprzedzeniami, dyskryminacją i odrzuceniem ze względu na jakąś cechę (w tym przypadku – podeszły wiek) (Trempała, Zając-Lamparska 2007: 448).

Pomimo panującej powszechnie opinii o zmniejszającej się pozycji oraz wykluczeniu osób starszych w społeczeństwie, badacze nie są zgodni, które grupy wiekowe najbardziej dyskryminują seniorów. Część wyników wskazuje na brak związku pomiędzy wiekiem badanych a ageizmem (Nelson 2003: 221-224), inne zaś pokazują, że tendencje do ageizmu są większe w grupie osób młodych, które nie posiadają wiedzy na temat specyfiki okresu starzenia (Lucacel, Baban 2014: 156). Tak różne wyniki mogą być powodem zróżnicowanych metod badawczych lub nieodpowiedniego wyboru badanych czynników (Trempała, Zając-Lamparska 2007: 451).

Sami seniorzy często postrzegają swój wiek jako coś pozytywnego – czas na realizację marzeń, odpoczynek i przekazywanie wartości młodszemu pokoleniu (Łukomska, Wachowska 2008: 52-53).

3. KODY MORALNE

Teoria fundamentów moralnych opiera się na wykorzystaniu powiązań pomiędzy teorią ewolucji i obserwacjami antropologicznymi, przedstawiając koncepcję pięciu elementów składowych uniwersalnego szkicu ludzkiej moralności (Haidt 2014: 206). Na owe fundamenty składa się pięć kodów:

- Troska/krzywdą – opieka nad słabszymi oraz odczuwanie współczucia;
- Sprawiedliwość/oszustwo – adaptacyjne czerpanie korzyści ze współpracy;
- Lojalność/zdrada – budowanie i utrzymywanie koalicji;
- Świętość/degradacja – behawioralny system odpornościowy w obliczu zagrożeń o charakterze symbolicznym;
- Autorytet/władza – budowanie relacji w kontekście hierarchii społecznej (Haidt 2014: 180-205).

Fundamenty mają charakter wrodzony, tj. są „wbudowane, zorganizowane z góry, przed doświadczeniem” (Marcus 2004: 40) i razem tworzą matriksy moralne. Odzwierciedlają one polityczno-społeczne preferencje z kontinuum konserwatyzm-liberalizm – dla liberałów najważniejsze są dwa fundamenty: Troska i Spra-

wiedliwość, konserwatyści z kolei równie mocno cenią sobie wszystkie pięć fundamentów (Haidt 2014: 213-214).

4. MORALNE DYSTANSOWANIE

Współcześnie uwaga badaczy moralności skupiła się na zjawiskach związanych z nieetycznymi decyzjami oraz mechanizmami stojącymi za wyłączeniem osobistych matriksów moralnych. W klasycznym ujęciu Bandury (1986, za: Baron, Zhao, Miao, 2015: 108) moralna samoregulacja składa się z trzech modułów: *self-monitoring* (gdzie jednostka ocenia swoje działania), *self-judgemental processes* (zdarzenia oceniane są jako „dobre” lub „złe”) oraz *self-reactive mechanisms* (cenzura lub aprobaty zachowań).

Moralne dystansowanie jest procesem poznawczym polegającym na wyłączeniu moralnej samoregulacji, co w efekcie pozwala jednostkom postępować niezgodnie z wyznawanymi wartościami (Baron, Zhao, Miao 2015: 107). Na jego obraz składają się: moralne usprawiedliwianie, stosowanie eufemizmów, używanie korzystnych porównań (przedstawianie zdarzeń jako mniej krzywdzących niż inne, bardziej niemoralne), przenoszenie oraz rozpraszenie odpowiedzialności, umniejszanie negatywnych konsekwencji, dehumanizacja ofiary, a także atrybucja winy (sprawcy postrzegają siebie jako ofiary, zmuszone do podjęcia swoich czynów np. w ramach prowokacji) (Bandura 1990: 29-42; Paciello i in. 2008: 1289-1290; Chudzicka-Czupała, Baran 2016).

5. PROBLEM BADAWCZY I GRUPA BADAWCZA

Badanie miało charakter eksploracyjny. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją związki pomiędzy fundamentami moralnymi a postawami wobec osób starszych?
2. Czy istnieją związki pomiędzy moralnym dystansowaniem się a postawami wobec osób starszych?

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą ankiety internetowej. Udział wzięły 302 osoby w wieku od wczesnej dorosłości do okresu senioralnego.

6. NARZĘDZIA

Badanie przeprowadzono za pośrednictwem ankiety internetowej za pomocą formularza Google. Wykorzystano metryczkę socjodemograficzną oraz trzy kwestionariusze: MFQ-PL do zbadania fundamentów moralnych, PLS dla postaw wobec osób starszych oraz Skalę do badania moralnego dystansowania się.

MFQ-PL

MFQ-PL to polska adaptacja kwestionariusza Moral Foundations Questionnaire. Współczynnik rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych skal jest zadowalający, a jego rozkład dla poszczególnych skal przedstawia się następująco: troska/krzywda ($\alpha=0,70$), sprawiedliwość/oszustwo ($\alpha=0,63$), lojalność/zdrada ($\alpha=0,71$), auto-

rytet/kwestionowanie władzy ($\alpha=0,69$) oraz świętość/degradacja ($\alpha=0,84$) (Jarmakowski-Kostrzanowski 2014: 1).

KWESTIONARIUSZ POSTAW WOBEC LUDZI STARSZYCH

Zastosowano standardowe narzędzie Kwestionariusz Postaw wobec Ludzi Starszych P-LS N. Kogana w adaptacji J. Rembowski (1984: 149–152). Narzędzie składa się z 17 par stwierdzeń pozytywnych i negatywnych, z których badani wybierają po jednym z każdej pary. Ustosunkowują się wobec wybranego stwierdzenia na skali od 1 do 7 („nie zgadzam się całkowicie”, „całkowicie się zgadzam”) z wyłączeniem odpowiedzi środkowej. Na potrzeby badania elektronicznego połączono pary stwierdzeń w pojedyncze itemy o tożsamej treści problemowej, lecz przeciwnych stanowiskach na obu krańcach formatu odpowiedzi.

Kwestionariusz składa się z następujących podskal: problemów zamieszkiwania (A), towarzystwa ludzi starszych (B), stylów życia i wydajności (C), zależności od innych (D), gotowości do pracy (E), konfliktów między starymi i młodymi (F), podobieństw i różnic między starymi ludźmi (G), powierzchowności i cech osobowości (H). Obliczony współczynnik rzetelności wewnętrznej α -Cronbacha w poniższym badaniu wyniósł 0,76.

SKALA DO BADANIA MORALNEGO DYSTANSOWANIA SIĘ

Skala do badania moralnego dystansowania się Deterta, Trevino i Sweitzera w tłumaczeniu Chudzickiej-Czupały i Baran (2016, w druku) zawiera 24 itemy o pięciostopniowym formacie odpowiedzi. Narzędzie pozwala na obliczenie wyniku ogólnego oraz podskal: moralnego usprawiedliwiania, stosowania eufemizmów, korzystnego porównania, przeniesienia odpowiedzialności, rozproszenia odpowiedzialności, zniekształcenia konsekwencji zachowania, atrybucji winy oraz dehumanizacji ofiary. Rzetelność narzędzia (α Cronbacha) wynosi 0,85.

7. WYNIKI

Do analiz statystycznych wykorzystano program STATISTICA 12PL.

W badaniu udział wzięły 302 osoby, w tym 208 kobiet. Badani byli w wieku od 12 do 58 lat ($M=25,51$; $SD=9,35$), mieszkali w miastach do 150tyś. mieszkańców (40,4%), powyżej 150tyś. (28,15%), rzadziej powyżej 500tyś. (16,22%) lub na wsiach (15,23%). Badani częściej posiadali wykształcenie wyższe (42,38%) i średnie – maturalne (42,05%), niż ukończoną szkołę gimnazjalną (7,62%), ponadgimnazjalną (5,96%), czy podstawową (1,99%).

W zakresie częstotliwości kontaktu z osobami starszymi codzienny kontakt reprezentowała największa grupa badanych (31,79%), kolejno pod względem częstości: kilka razy w tygodniu (28,15%), raz, dwa razy w miesiącu (19,20%), raz w tygodniu (13,24%) oraz rzadziej niż raz w miesiącu (7,62%). Połowa badanych jest raczej zadowolonych z jakości kontaktu z osobami starszymi (50,00%), podobnie liczne są grupy w pełni zadowolonych respondentów (21,52%) oraz mających

mieszane uczucia (21,19%); mało liczne są grupy w pełni niezadowolone z jakości tych kontaktów (4,31%) i raczej niezadowolone (2,98%).

Wykonano testy mające na celu sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych. Rozkładem normalnym charakteryzowała się wyłącznie zmienna wyniku ogólnego moralnego dystansowania się.

Przeprowadzono analizy korelacji pomiędzy kodami moralnymi, działaniami w zakresie moralnego dystansowania się a postawą wobec osób starszych. Wykazano wiele istotnych korelacji pomiędzy zmiennymi ($p < 0,05$), jednakże były one bardzo niskie i nie przekraczały wartości 0,3, za wyjątkiem ujemnej korelacji w pomiędzy zniekształcaniem konsekwencji a kodem troska/krzywda. Wyniki te zostały przedstawione w tabelach 1 i 2. Istnieją więc pewne tendencje wskazujące na wzajemne powiązania pomiędzy zmiennymi, lecz ich siła jest na tyle niska, iż nie pozwala na wyciąganie wniosków o zależności.

Tabela 1. Przedstawienie korelacji rang Spearmana badanych zmiennych; * $p < 0,05$

	Troska/ Krzywda	Sprawiedliwość/ Oszustwo	Lojalność/ zdrada	Autoritet/ Kwestionowanie	Świętość/ Degradacja	Wiek	Częstotliwość kontaktu	Jakość kontaktu
Moralne usprawiedliwianie	-0,17*	-0,08	0,21*	-0,02	-0,08	-0,08	0,05	0,06
Stosowanie eufemizmów	-0,19*	-0,18*	0,02	-0,07	-0,26*	-0,20*	-0,07	-0,03
Korzystne porównania	-0,26*	-0,23*	0,02	-0,05	-0,16*	-0,08	-0,06	-0,06
Przeniesienie odpowiedzialności	-0,12*	-0,05	0,10	0,06	0,01	-0,20*	0,08	0,05
Rozproszenie odpowiedzialności	0,06	-0,00	-0,03	-0,06	0,01	-0,31*	-0,02	-0,03
Zniekształcenie konsekwencji	-0,31*	-0,25*	-0,00	-0,00	-0,08	-0,11	-0,03	-0,02
Atrybucja winy	-0,29*	-0,16*	0,02	0,04	0,04	-0,18*	0,03	-0,04
Dehumanizacja ofiary	-0,14*	-0,06	0,04	-0,05	-0,04	-0,12*	0,02	0,00
Ogólne moralne dystansowanie się	-0,27*	-0,18*	0,08	-0,04	-0,10	-0,26*	0,01	0,01
P-LS_A	0,24*	0,18*	0,06	0,04	0,06	0,14*	0,12*	0,23*
P-LS_B	-0,08	-0,04	-0,03	-0,12*	-0,11	0,17*	-0,08	-0,03
P-LS_C	0,15*	0,13*	0,16*	0,07	0,09	0,19*	0,05	0,26*
P-LS_D	0,04	0,01	0,06	0,12*	0,08	0,06	-0,07	0,12*
P-LS_E	0,14*	0,04	0,04	0,04	0,09	0,14*	-0,02	0,16*
P-LS_F	0,13*	0,13*	0,20*	0,13*	0,14*	0,15*	-0,00	0,30*
P-LS_G	0,24*	0,19*	0,01	-0,01	-0,01	0,16*	0,02	0,23*
P-LS_H	0,15*	0,19*	0,16*	0,04	0,15*	0,05	0,06	0,28*
Ogólna postawa wobec osób starszych	0,22*	0,17*	0,14*	0,07	0,09	0,23*	0,06	0,35*
Wiek	-0,03*	-0,05	-0,04	-0,07	-0,05	1,00	0,10	0,12*
Częstotliwość kontaktu	-0,03	-0,06	-0,05	-0,09	-0,07*	0,10	1,00	0,14*
Jakość kontaktu	-0,04*	-0,08	-0,07	-0,11	-0,08	0,12*	0,14*	1,00

Tabela 2. Przedstawienie korelacji rang Spearmana badanych zmiennych; * $p < 0,05$

	P-LS_A	P-LS_B	P-LS_C	P-LS_D	P-LS_E	P-LS_F	P-LS_G	P-LS_H	Postawa wobec osób starszych
Moralne usprawiedliwianie	-0,04	0,09	0,07	0,06	-0,08	0,09	-0,00	0,07	0,07
Stosowanie eufemizmów	-0,21*	-0,01	-0,20*	-0,03	-0,15*	-0,07	-0,19*	-0,10	-0,22*
Korzystne porównania	-0,15*	-0,00	-0,07	0,03	-0,08	-0,04	-0,15*	-0,13*	-0,13*
Przeniesienie odpowiedzialności	-0,07	0,01	0,05	0,03	-0,03	0,06	-0,03	-0,05	-0,00
Rozproszenie odpowiedzialności	-0,07	-0,04	-0,04	0,01	-0,01	0,00	0,03	-0,01	-0,03
Zniekształcenie konsekwencji	-0,13*	-0,00	-0,05	-0,01	-0,10	-0,01	-0,20*	-0,04	-0,13*
Atrybucja winy	-0,28*	0,04	-0,06	0,06	-0,11	-0,01	-0,20*	-0,09	-0,15*
Dehumanizacja ofiary	-0,26*	0,12*	-0,11	-0,01	-0,14*	-0,08	-0,19*	-0,02	-0,16*
Ogólne moralne dystansowanie się	-0,26*	0,04	-0,11*	0,02	-0,17*	-0,01	-0,19*	-0,09	-0,17*

Dodatkowo wykonano porównania postaw wobec osób starszych pod względem płci. Wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 3. Obserwuje się, iż kobiety osiągają istotnie wyższe wyniki w zakresie kodów moralnych troska/krzywda oraz sprawiedliwość/oszustwo, a także w zakresie percypowanej gotowości do pracy osób starszych. Mężczyźni zaś istotnie wyższe wyniki osiągają w zakresie kodów moralnych lojalność/zdrada, a w zakresie moralnego dystansowania się w moralnym usprawiedliwianiu, zniekształcaniu konsekwencji oraz ogólnym wyniku moralnego dystansowania się. Mężczyźni wykazywali się też wyższą częstotliwością kontaktów seniorami.

Tabela 3. Test U Manna-Whitneya dla badanych zmiennych względem płci. * $p < 0,05$

	Suma rang mężczyzn (N=94)	Suma rang kobiet (N=208)	U	Z popr.	p
Troska/Krywda	11474,50	34278,50	7009,50	-3,96	0,00*
Sprawiedliwość/Oszustwo	12144,50	33608,50	7679,50	-2,99	0,00*
Lojalność/Zdrada	15797,00	29956,00	8220,00	2,22	0,03*
Autorytet/Kwestionowanie	14458,00	31295,00	9559,00	0,31	0,76
Świętość/Degradacja	14730,50	31022,50	9286,50	0,70	0,49
Moralne usprawiedliwianie	18523,00	27230,00	5494,00	6,13	0,00*
Stosowanie eufemizmów	15556,00	30197,00	8461,00	1,89	0,06
Korzystne porównania	14194,50	31558,50	9729,50	-0,07	0,94

Przeniesienie odpowiedzialności	13616,50	32136,50	9151,50	-0,90	0,37
Rozproszenie odpowiedzialności	12922,00	32831,00	8457,00	-1,89	0,06
Zniekształcenie konsekwencji	16394,50	29358,50	7622,50	3,14	0,00*
Atrybucja winy	15587,50	30165,50	8429,50	1,94	0,05
Dehumanizacja ofiary	15309,50	30443,50	8707,50	1,53	0,13
Moralne dystansowanie się	16218,50	29534,50	7798,50	2,82	0,00*
P-LS_A	14146,50	31606,50	9681,50	-0,13	0,89
P-LS_B	15595,50	30157,50	8421,50	1,96	0,05
P-LS_C	15475,50	30277,50	8541,50	1,77	0,08
P-LS_D	13399,50	32353,50	8934,50	-1,20	0,23
P-LS_E	12322,50	33430,50	7857,50	-2,82	0,00*
P-LS_F	14750,00	31003,00	9267,00	0,73	0,47
P-LS_G	13984,00	31769,00	9519,00	-0,37	0,71
P-LS_H	15271,50	30481,50	8745,50	1,48	0,14
Postawa wobec osób starszych	14735,00	31018,00	9282,00	0,70	0,48
Częstotliwość kontaktu	15595,50	30157,50	8421,50	1,99	0,05*
Jakość kontaktu	15609,50	30143,50	8407,50	2,11	0,04

Tabela 4. prezentuje wyniki różnic w zakresie miejsca zamieszkania a częstotliwością kontaktu z osobami starszymi. Mieszkańcy wsi osiągają istotnie wyższe wyniki od mieszkańców miast powyżej 150 tys. mieszkańców ($p < 0,05$), obserwowalna jest także podobna tendencja wobec mieszkańców miast powyżej 500 tys. ($p < 0,1$), lecz nie jest ona istotna statystycznie. Różnica taka nie ujawnia się zaś wobec deklarowanej jakości kontaktu z osobami starszymi.

Tabela 4. ANOVA rang Kruskala-Wallisa dla częstotliwości kontaktu z osobami starszymi względem miejsca zamieszkania. $H(3, N=302)=12,75$ $p < 0,01$

	Wieś (N=46)	Miasto do 150tys (N=122)	Miasto powyżej 150tys (N=85)	Miasto powyżej 500tys (N=49)
Suma rang	8255,00	19626,50	11249,50	6622,00
Średnia rang (R)	179,46	160,87	132,35	135,14

W zakresie pozostałych zmiennych a miejsca zamieszkania obserwuje się różnice dla następujących zmiennych:

- Lojalność/Zdrada ($H(3, N=302)=12,42$ $p < 0,01$), gdzie mieszkańcy wsi ($R=180,68$) osiągają istotnie wyższe wyniki od mieszkańców miast powyżej 150 tys. ($R=138,28$ $p < 0,05$) oraz 500 tys. mieszkańców ($R=126,15$ $p < 0,05$). Mieszkańcy miast do 150 tys. ($R=159,89$) nie różnią się istotnie względem innych grup.
- Autorytet/Kwestionowanie ($H(3, N=302)=12,87$ $p < 0,01$), gdzie mieszkańcy wsi ($R=186,49$) osiągają istotnie wyższe wyniki od mieszkańców miast powy-

żej 150 tys. ($R=139,05$ $p<0,01$) oraz 500 tys. ($R=128,68$ $p<0,01$). Mieszkańcy miast do 150 tys. ($R=156,14$) nie różnią się istotnie względem innych grup.

- *Świętość/Degradacja* ($H(3,N=302)=15,85$ $p<0,01$), gdzie mieszkańcy miast powyżej 500 tys. ($R=113,15$) osiągają istotnie niższe wyniki od mieszkańców wsi ($R=171,08$ $p<0,01$) oraz miast do 150 tys. ($R=165,62$ $p<0,01$). Mieszkańcy miast powyżej 150 tys. ($R=142,75$) nie różnią się istotnie względem innych grup.

W zakresie pozostałych kodów moralnych, moralnego dystansowania się oraz postawy wobec osób starszych nie odnotowano takich różnic.

W celu określenia predykcji badanych zmiennych na kształtowanie się postaw wobec osób starszych przeprowadzono regresję wieloraką krokową, gdzie w piątym kroku określono istotny model predykcji ($F=20,441$ $p<0,001$). Predyktory wyjaśniają łącznie 21% wariancji zmiennej zależnej. Istotny wpływ mają: troska/krzywda ($\beta=0,27$; $t=5,02$; $p<0,01$; jakość kontaktu ($\beta=0,26$; $t=4,97$; $p<0,01$); stosowanie eufemizmów ($\beta=-0,20$; $t=-3,68$; $p<0,01$); moralne usprawiedliwianie ($\beta=0,18$; $t=3,30$; $p<0,05$).

8. Dyskusja wyników.

Zarówno wynik całościowy skali do badania moralnego dystansowania się, jak i poszczególne jego podskale korelują ujemnie przede wszystkim z fundamentami troska/krzywda i sprawiedliwość/oszustwo, a więc tymi z fundamentów, które łączą osoby o poglądach prawicowych i lewicowych. Moralne dystansowanie się ma związek nie tyle z ogółem wyznawanych wartości, co z tymi z nich, które dotyczą otaczania opieką słabszych i sprawiedliwego podziału ról społecznych. Jedyna dodatnia korelacja ujawnia się w związku moralnego usprawiedliwiania z fundamentem lojalność/zdrada – być może chęć utrzymania lojalności wobec grupy rodzinnej czy społecznej może skłaniać jednostkę do usprawiedliwiania nieetycznego zachowania.

pozytywna postawa wobec osób starszych koreluje z fundamentami troska/krzywda, sprawiedliwość/oszustwo oraz lojalność/zdrada. Osoby starsze, z założenia słabsze i wymagające opieki, są pozytywniej postrzegane przez tych badanych, którzy wykazują wyższe wyniki przywiązania do fundamentu opisującego troskę o słabszych, zapobieganie krzywdzie i niesprawiedliwości. Przekonanie o tym, że model funkcjonowania społecznego, w którym młodszy są winni starszym opiekę, opiera się na sprawiedliwości może stanowić takie rozumienie fundamentu sprawiedliwość/oszustwo, które domaga się prezentowania pozytywnej postawy wobec seniorów. Przywiązanie badanych do fundamentu lojalność/zdrada może skutkować takim traktowaniem osób starszych, które będzie wyrazem solidarności i lojalności z własną grupą – przede wszystkim rodziną.

Fundament świętość/degradacja jako jedyny łączy się częstotliwością kontaktów z osobami starszymi. Nakaz dbania o starszych członków rodziny, szanowania rodziców i odwiedzania ich jest nieraz postrzegany w kategoriach nakazu etycznego czy wręcz religijnego – wśród przykazań dekalogu pojawia się zapis sugerujący, iż opieka wobec starszych jest jednym z obowiązków człowieka bogobożnego. Być

może więc osoby prezentujące przywiązanie do wartości duchowych czy religijnych czują silniejszą konieczność podtrzymywania kontaktu z seniorami.

Postawa pozytywna wobec osób starszych koreluje ujemnie z moralnym dystansowaniem się. Biorąc pod uwagę profil badanej grupy można przypuszczać, iż dobre traktowanie seniorów prawdopodobnie częściej jest zgodne z szeroko rozumianym zinternalizowanym systemem wartości społeczeństwa, więc nie wymaga ono zabiegów poznawczych – dopiero zachowanie niezgodne z tym standardem może owocować potrzebą moralnego dystansowania się.

Dodatni związek pozytywnej postawy wobec osób starszych z jakością kontaktu z nimi interpretować można dwutorowo. Z jednej strony osoba mająca dobre doświadczenia w kontakcie z seniorami może prezentować ogólnie bardziej pozytywną postawę wobec starszych, z drugiej zaś strony deklarowanie i przejawianie pozytywnej postawy wobec starszych może zwrotnie skutkować odczuwaniem lepszej jakości w kontaktach z nimi – poprzez traktowanie seniorów z życzliwością, wyrozumiałością i cierpliwością jednostka odczuwa mniej stresu nawet w problematycznych kontaktach z osobami starszymi i ogólnie ocenia jakość kontaktu jako wysoką.

Wiek badanych koreluje dodatnio z postawą wobec osób starszych, można zatem założyć, że mniejsza różnica pokoleniowa może ułatwiać wzajemne zrozumienie osób dojrzałych i starszych. Z drugiej strony, seniorzy lepiej i z większym szacunkiem traktują osoby dojrzałe niż młodych dorosłych i przez to, zwrotnie, ich obraz w oczach osób młodych może być gorszy niż w gronie osób bardziej zbliżonych do nich wiekiem.

9. DALSZY KIERUNKI BADAŃ I IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

Uzyskane wyniki wykazały niskie istotne statystycznie związki pomiędzy moralnym dystansowaniem a postawami wobec osób starszych. Mając na uwadze spadek znaczenia seniorów w społeczeństwach zachodnich można zastanowić się nad zbadaniem zagadnienia izolacji i dyskryminacji tej grupy poprzez przeprowadzenie badań postaw utajonych, gdzie aprobaty społeczna nie odgrywa roli zmiennej zakłócającej.

Drugim proponowanym kierunkiem badań jest porównanie postrzegania osób starszych przez młodych dorosłych z postrzeganiem młodych dorosłych przez seniorów. Zbadane korelaty mogłyby posłużyć za pomost porozumienia pomiędzy tymi grupami.

Badanie wykazało, iż stosowanie eufemizmów jest negatywnym predyktorem pozytywnej postawy wobec starszych, dlatego istotne jest zaprojektowanie i prowadzenie kampanii, warsztatów i innych oddziaływań społecznych nakierowanych na podmiotowe traktowanie osób starszych, szczególnie w zakresie słownictwa i budowanych wypowiedzi na temat seniorów.

LITERATURA

- Bandura, A. (1990), Selective activation and disengagement of moral control. *Journal of social issues* 46(1) 27-46.
- Baron, R. A., Zhao, H., Miao, Q. (2015), Personal Motives, Moral Disengagement, and Unethical Decisions by Entrepreneurs: Cognitive Mechanisms on the "Slippery Slope", *J Bus Ethics* 128.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A forward. *Journal of Social Issues*, 36.
- Chudzicka-Czupała, A., Baran, L. (2016), Skłonność do moralnego dystansowania się studentów a ich intencje nieuczciwego zachowania się i reakcji na nieuczciwość akademicką innych *Chowanna*, 2, 267-288.
- Kilian, M. (2004), Źródła ageizmu i jego przejawy we współczesnym świecie, *Gerontologia Polska*, 12(3).
- Haidt, J. (2014), Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka?, *Wydawnictwo Smak Słowa*.
- Jarmakowski-Kostrzanowski, T. (2014), Polska Adaptacja Kwestionariusza Moral Foundations Questionnaire (MFQ-PL)- wstępne wyniki, [online]: https://www.researchgate.net/publication/266394141_Polska_Adaptacja_Kwestionariusza_Moral_Foundations_Questionnaire_MFQ-PL_-_wstepne_wyniki [dostęp: 05.02.2016];
- Lucacel, R., Baban, A. (2014), Young peoples' perspective regarding aging, *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 8(2).
- Łukomska, A., Wachowska, J. (2008), Seniorzy o swojej starości, *Gerontologia Polska*, 16(1).
- Marcus, G. (2004), *The birth of the mind*, New York: Basic Books.
- Nelson, T. D. (2003), *Psychologia uprzedzeń*, GWP.
- Paciello, M., Fida, R., Tramontano, C., Lupinetti, C., Caprara, G. V. (2008), Stability and Change of Moral Disengagement and Its Impact on Aggression and Violence in Late Adolescence, *Child Development*, 78 (5).
- Rembowski, J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Warszawa-Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trempała J., Zając-Lamparska L. (2007), Postawy wobec osób starszych: różnice międzypokoleniowe, *Przegląd Psychologiczny*, 50(4).



Justyna Wandasiewicz

Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii
E-mail: justawandasiewicz@wp.pl

Funkcjonowanie rodzin generacyjnych podopiecznych Oddziału Psychiatrycznego / *Functioning of generational families of charges of a psychiatric ward*

Abstract

The aim of the study was to learn about the dysfunctional factors inherent to a family environment which can contribute to a child's development, with a particular emphasis on the risk of future formation of psychosocial disorders among the individuals in adult life. The first part of the study includes the profile of a family, its functions and role in a child's upbringing. It also presents a description of selected forms of social pathology occurring among family members and the characterization of their effects. Another part of the study is devoted to the description of selected mental disorders on the grounds of a situation at family home. The study also includes a methodological part taking into account, inter alia, the major problem and other detailed issues. Finally, the results of the research are presented on the basis of the analysis of documents of patients in a psychiatric ward over the last 10 years (2004-2014) and interviews conducted with psychiatrists. The article ends with the conclusions summing up the research.

Keywords: family, factors hampering the proper functioning of a family, anxiety, neurosis, depression, schizophrenia.

1. POJĘCIE RODZINY, JEJ RODZAJE I FUNKCJE

Rodzinę można określić mianem podstawowej komórki społeczeństwa. Dla większości osób jest ona pewnego rodzaju schronieniem, daje bezpieczeństwo i poczucie bliskości, stanowiąc o wartości człowieka. Według F. Adamskiego rodzina jest duchowym zjednoczeniem szczupłego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, opartym na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną. Cechuje ją wspólne zamieszkanie członków, wspólne nazwisko,

wspólna własność, ciągłość biologiczna oraz wspólna kultura duchowa. Jest ona tak zwaną „jedyną grupą rozrodczą” (Adamski 2002: 13-33). Oznacza to, że tylko rodzina rozmnaża się poprzez rodzenie dzieci, a nie przyjmowanie członków z zewnątrz. Natomiast E. Jarosz i E. Wysocka dokonały podziału rodziny, wyodrębniając trzy główne jej typy:

- rodzinę normalną – rodzina ta charakteryzuje się pełnym składem osobowym, silnymi więziami emocjonalnymi, prawidłowym wychowywaniem dzieci;
- rodzinę zdeorganizowaną – to często rodziny niepełne, konfliktowe, w których panują słabe związki emocjonalne między jej członkami, doświadczające problemów materialnych oraz niewydolne wychowawczo;
- rodzinę zdemoralizowaną – to rodzina patologiczna, przekazująca nieprawidłowe wzorce zachowania dzieciom, nie poszukująca nigdzie pomocy i wsparcia (Jarosz i Wysocka 2006: 111-119).

Dzieci wychowujące się w rodzinach o typie zbliżonym do tego trzeciego często mają problemy w funkcjonowaniu w społeczeństwie, w szczególności wśród rówieśników, a także w kontaktach z osobami dorosłymi. Kiedy młodemu człowiekowi nie zostaną przekazane dobre wzorce, nie nakreśli się mu jak należy postępować, zacznie powielać negatywne zachowania zaobserwowane w najbliższym otoczeniu. To w przyszłości skutkować może zaburzeniami emocjonalnymi, a także kolejnymi formami dysfunkcji psychicznych. Podsumowując, rodzinę można określić jako ważną instytucję, która ma do zrealizowania kilka fundamentalnych zadań. Pierwszym, podstawowym i najważniejszym jest oczywiście zaspokajanie indywidualnych potrzeb członków rodziny. Innym, także istotnym jest realizowanie społecznych oczekiwań przez domowników. Do kolejnego jej zadania należy wypełnianie poszczególnych ról, które dotyczą nie tylko całej rodziny jako ogółu, ale także indywidualnych jej członków. Mam tu na myśli przede wszystkim funkcje opiekuńcze, socjalizacyjne i wychowawcze, które pomogą młodej osobie prawidłowo się rozwijać i uchronią ją przed zaburzeniami sfery psychicznej, osobowościowej czy emocjonalnej w życiu dorosłym.

W literaturze socjologicznej i pedagogicznej napotkać można wiele rodzajów funkcji, jakie pełni rodzina. Na uwagę zasługuje podział dokonany przez polskiego pedagoga społecznego S. Kawulę. Wyodrębnił on cztery podstawowe funkcje realizowane przez domowników, tj.: biologiczno-opiekuńczą, kulturalno-towarzystwą, ekonomiczną oraz wychowawczą (Kawula 2007: 57). Innego podziału funkcji rodziny dokonał T. Szlendak, który do najbardziej podstawowych zaliczył:

- funkcję reprodukcyjną – podtrzymywanie biologicznej ciągłości narodu;
- funkcję socjalizacyjną – zapewniającą ciągłość kultury;
- funkcję opiekuńczą – dbanie o dzieci, aż do momentu rozwinięcia się u nich wystarczającej samodzielności;
- funkcję emocjonalną – głównie zaspokajanie potrzeby miłości i wsparcia;
- funkcję seksualną – stanowiącą funkcję regulacyjną w życiu dorosłych ludzi;
- funkcję ekonomiczną – zapewniającą zasoby materialne;

- funkcję stratyfikacyjną – wyznaczającą odpowiedni status społeczny i role mu przynależne;
- funkcję identyfikacyjną – stanowiącą punkt życiowego startu i ukierunkowującą życiową drogę jednostki;
- funkcję integracyjno-kontrolną – wyznaczającą reguły postępowania w danej rodzinie, organizującą sposób funkcjonowania jej członków;
- funkcję rekreacyjno-towarzyską – gospodarowanie czasem wolnym, wprowadzanie dziecka w świat powiązań towarzyskich (Szlendak 2010: 116).

Tak naprawdę to jakim się człowiek stanie zależy w równym stopniu także od tego jakie postawy wychowawcze przyjęli jego rodzice. Do pozytywnych postaw rodzicielskich zalicza się: akceptację dziecka, uznanie jego praw, współdziałanie z nim oraz tzw. rozumną swobodę, czyli jej racjonalne wymierzanie. M. Ziemska charakteryzując te cztery postawy warunkujące prawidłowy rozwój dziecka, podkreśla, iż:

- akceptacja dziecka to przyjęcie go takim jakim ono jest (fizyczność, umysłowość, usposobienie, umiejętności i trudności);
- współdziałanie z dzieckiem (zaangażowanie i zainteresowanie rodziców);
- dawanie dziecku właściwej dla wieku swobody (poznawanie świata, samodzielność);
- uznanie praw dziecka równymi z prawami rodziców (Ziemska 2009: 57-59).

P. Mellody, amerykańska psychoterapeutka, już pod koniec ubiegłego wieku, przedstawiła wpływ dysfunkcyjnej rodziny na przekształcenie, jakiemu ulega pięć wrodzonych cech dziecka, które dają początek dysfunkcyjnym cechom samozachowawczym, tj.:

- drogocенność – nie jest uświadamiana dziecku, docierają do niego tylko negatywne komunikaty podkreślające jego niską wartość w rodzinie;
- bezbronność – rodzice nie chronią dziecka, a jego bezbronność jest nadużywana;
- niedoskonołaść – dzieci wierzą, że ich mankamenty są czymś nienormalnym, a ich niedoskonołaść nie jest szanowana i uznawana;
- zależność – zamiast stopniowo wdrażać dziecko do samodzielności, rodzice albo nieustannie je kontrolują albo ignorują;
- niedojrzałość – rodzice domagają się często od dzieci zachowań bardziej dojrzałych, nazbyt dziecinnych lub pozostają ambiwalentni w stosunku do potomstwa (Mellody 2005: 127-132).

Dysfunkcyjny dom rodzinny staje się źródłem przykrości, podłożem napięć i frustracji, w następstwie nieraz doprowadza domowników do zaburzeń psychospołecznych.

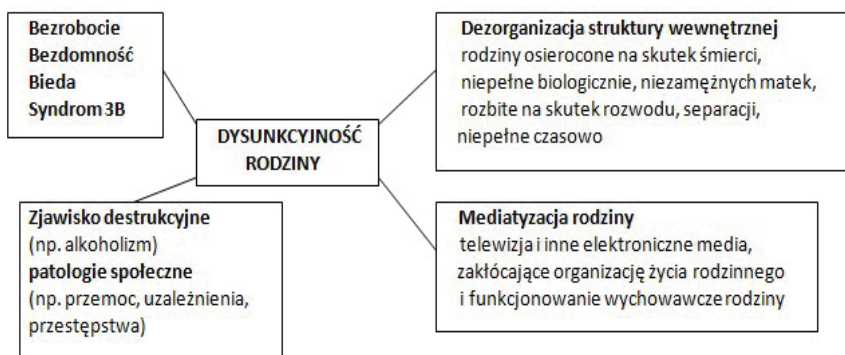
2. WYBRANE CZYNNIKI UPOŚLEDZAJĄCE PRAWIDŁOWE FUNKCJONOWANIE RODZINY

Wychodząc od diagnozy czynników dysfunkcyjnych w odniesieniu do rodziny, można skupić się między innymi na społeczno-emocjonalnej i środowiskowej sytuacji, zakładając, że rodziny posiadające konkretny problem charakteryzują się zbiorem cech, które świadczą o danej dysfunkcyjności czy patologii. W ten sposób dokonać można zobrazowania najczęstszych czynników wpływających w sposób negatywny na rozwój potomstwa. Do powyższych cech za S. Kawulą możemy zaliczyć między innymi:

- niewydolność materialną – niskie dochody, bezrobocie, wielodzietność, choroby;
- trudne warunki mieszkaniowe – braki w wyposażeniu, w zapleczu sanitarnym, zagęszczenie;
- patologię – alkoholizm, inne uzależnienia, przestępczość, przemoc, zaburzenia psychiczne;
- niską dojrzałość społeczno-emocjonalną rodziców – wczesny wiek, brak zainteresowania i wiedzy rodzicielskiej;
- samotne rodzicielstwo – w wyniku rozwodów, separacji, a także śmierci (Kawula 2006: 55-57).

Czynniki stanowiące o dysfunkcyjności rodziny mogą prowadzić także do powstania zaburzeń u dzieci żyjących w takiej rodzinie. Ma to związek między innymi z dorastaniem młodej osoby w środowisku, w którym nie są przestrzegane normy społeczne, gdzie uczy się postaw i umiejętności, których ogół społeczeństwa nie akceptuje i nie toleruje. Poczucie inności w jakimkolwiek obszarze funkcjonowania wpływa negatywnie na psychikę takiej jednostki i może skutkować chęcią odizolowania się od świata zewnętrznego. J. Izdebska podjęła się przedstawienia podstawowych zjawisk, które jej zdaniem mogą w negatywny sposób oddziaływać na dziecko (zaprezentowane na Schemacie nr 1.).

Schemat 1. Zjawiska prowadzące do dysfunkcyjności rodziny wg J. Izdebskiej (Izdebska 2003: 79).



Rodzina z problemem alkoholowym nie spełnia swoich podstawowych funkcji. Dla niej najważniejsze staje się przetrwanie i ukrywanie problemu przed otoczeniem. W takiej rodzinie stłamszeniu ulegają nie tylko partnerzy osoby uzależnionej, ale przede wszystkim jej dzieci. Wszelkie zainteresowania i wcześniejsze plany życiowe nie mają znaczenia. Wychowywane w takiej rodzinie dziecko zostaje pozbawione poczucia bezpieczeństwa i cierpi z niezawinionych przyczyn, a przewodnim hasłem staje się powiedzenie „*nie mów, nie ufaj, nie odczuwaj*” (Chańko 2011: 24-32). Dzieci unikają problemowego rodzica, a bojąc się że zostaną przez niego skrzywdzone, zaprzestają także zgłębiać czy analizować własne przeżycia i emocje.

W wielu opracowaniach akcentuje się znaczenie ról, jakie pełnią dzieci wychowujące się w rodzinie z problemem alkoholowym w kontekście rozwoju ich osobowości i struktur psychicznych. To, że osoby niepełnoletnie obwiniają się za nałóg opiekunów, że nie potrafią sobie z nim poradzić powoduje, że najczęściej w sposób nieświadomy przyjmują jedną z pięciu ról, takich jak:

- Bohater rodzinny – najczęściej najstarsze dziecko, które jest dzielne, opiekuje się rodziną i zatracą własną indywidualność.
- Wyrutek (kocioł ofiarny) – w odwecie za sytuację domową oraz przez obwinianie samego siebie, sprawia trudności wychowawcze.
- Maskotka (błazen) – bez względu na to, jakie emocje, cierpienia czy lęki przeżywa, uczy się ciągle okazywać pozytywne nastawienie, aby rozładowywać konflikty i napiętą atmosferę.
- Zagubione dziecko (dziecko we mgle) – ucieka w świat fantazji, woli wycofać się z życia rodzinnego, jest samotne i nie potrafi nawiązywać kontaktów interpersonalnych, w tej kategorii istnieje największe ryzyko popadnięcia w nałogi oraz rozwoju zaburzeń.
- Ułatwiacz (wspomaga) – dziecko najbardziej ze wszystkich obwinia siebie za zaistniały stan rzeczy, dlatego też robi wszystko, aby przeciwdziałać nałogowi bliskich, przeżywa przy tym wstyd i cierpienie, ale jednocześnie troskę, czym wyraża miłość do swych rodziców (Wiktorowicz 2007: 148-149).

Do głównych przejawów dysfunkcyjności rodziny zalicza się również przemoc domową. Może ona wynikać z ukształtowanego sposobu rozwiązywania konfliktów i dotyczyć zarówno współmałżonków, jak i dzieci. J. Surzykiewicz twierdzi, że przemoc polega na wykorzystaniu przewagi fizycznej czy psychicznej i wywieraniu świadomej presji na osobę słabszą od sprawcy. Podkreśla ponadto, że analizując pojęcie przemocy, nie należy zapominać o intencjach działania i określeniu ich intensywności w celu jak najbardziej trafnego rozpoznania indywidualnego przypadku i obrania odpowiedniej drogi pomocy takiej rodzinie (Surzykiewicz 2000: 20).

M. Johnson wyróżnił m.in. przemoc zwyczajną, w parach raczej rzadko spotykaną, terroryzm intymny stosowany do sprawowania kontroli nad partnerem, przemoc w odpowiedzi na atak fizyczny, która związana jest z samoobroną oraz wzajemną kontrolą działań za pomocą agresji (Johnson i Ferraro 2010: 80-84).

Dorastanie w środowisku, w którym panuje przemoc, sprawia, że dzieci narażone na jej codzienne oglądanie, same stosują ją w dorosłym życiu albo stają się jej ofiarami. Potwierdzeniem tego są tezy R. Heyman i A. Smith Slep, którzy dowiedli, że dziewczynki, które są świadkami przemocy w dzieciństwie, jako dorosłe kobiety zdecydowanie częściej są bite, zaś chłopcy doświadczający przemocy, w przyszłości zdecydowanie częściej sami ją stosują i są agresywni (Heyman i Smith Slep 2010: 89).

Warto również zwrócić uwagę na tzw. syndrom 3B. Jest to triada zależności, która negatywnie oddziałuje na rozwój i funkcjonowanie człowieka. Zazwyczaj z problemami biedy, bezdomności czy bezrobocia dana osoba zmaga się od dzieciństwa. W życiu dorosłym te sytuacje nadal odciskają na niej swoje piętno. W związku z tym łatwo u takich osób dochodzi do rozwoju zachowań aspołecznych, typowych dla środowiska, w którym dorastali. Często u tych osób pojawiają się także symptomy innych zaburzeń, od depresji po nerwice. Wiele negatywnych emocji towarzyszy osobie bezrobotnej, jednym z najgorszych jest uczucie bezradności, które ostatecznie zaczyna dotyczyć całej rodziny bezrobotnego. Do innych pozakonomicznych skutków należą między innymi: niezadowolenie społeczne, frustracje osobiste, pogorszenie stosunków interpersonalnych oraz występowanie patologii społecznych, czyli wszystko to, co stanowi predyktor do rozwoju zaburzeń psychicznych w życiu dorosłym dziecka (Czuma i Walczak 2000: 11-12). Bezrobocie burzy klimat życia rodzinnego, a także wpływa destrukcyjnie na funkcjonowanie w poszczególnych obszarach społeczno-kulturowych.

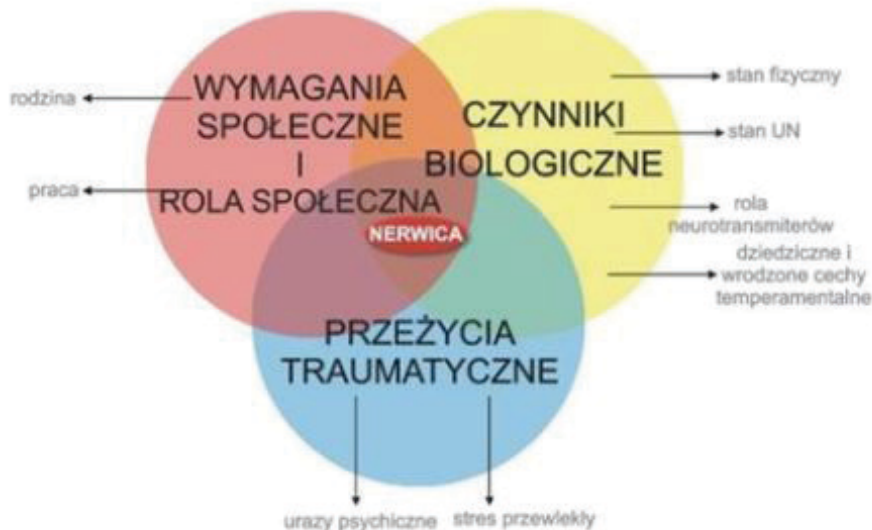
3. CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Występujące w rodzinie problemy i patologie niosą za sobą zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń nerwicowych czy depresji wśród jej członków. Podobny mechanizm dotyczy powstawania zaburzeń lękowych (Bemis i Barrada 2007: 24-25). Osoby, które są źle traktowane zaczynają się czuć coraz bardziej niepewnie, boją się tego, co przyniesie następny dzień, jak zachowają się ich opiekunowie, czy ktoś im pomoże, czy będą zdane tylko na siebie (Meder 2002: 35-36). Atmosfera ciągłego strachu mimowolnie wywołuje panikę i trwogę, nawet u najmłodszych. Wychowywanie się w rodzinach obciążonych problemem alkoholowym, zachowaniami demoralizującymi czy innymi patologiami, powoduje że dziecko wykształca w sobie specyficzne metody obrony. Zaliczyć do nich możemy między innymi: unikanie innych, skrywanie prawdziwych uczuć, a także nieustanne skupianie uwagi na tym, czy odpowiednio się zachowuje (Meder 2002: 36-37).

Jedną z koncepcji tłumaczących powstawanie zaburzeń nerwicowych mówi o tym, że są one skutkiem nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu, w którym jednostka dorasta i żyje na co dzień. Teorie systemowe tłumaczą i podkreślają fakt, iż nieprawidłowo ukształtowana rodzina nie zaspokaja podstawowych potrzeb, takich jak: poczucie bezpieczeństwa, miłości, przynależności (Meder 2002: 39). W konsekwencji ma to wpływ na rozwój takich objawów psychicznych jak: lęk, depresja, nerwice itp.

Schemat 2. Wpływ poszczególnych czynników na powstawanie nerwicy

(Gąsiorowski 2015).



Warto podkreślić, iż rozwój nerwicy uzależniony jest od trzech głównych elementów życia jednostki. Pierwszym z nich są czynniki biologiczne, mające związek ze stanem fizycznym organizmu oraz efektywnością funkcjonowania układu nerwowego. Drugim są wymagania społeczne i role, które przyjdzie nam w życiu odgrywać. Umiejętności i cechy, jakie posiada jednostka, określają zdolność do radzenia sobie ze stresem i trudnościami, jakie będą czyhać na jej drodze każdego dnia. Do nerwicogennych sytuacji należą zarówno decyzja o założeniu rodziny, pojawiające się wraz z nią obowiązki i odpowiedzialność za siebie i za jej członków czy stanowisko pracy, które nierzadko jest wysoce obciążające. Ostatni element wpływający na rozwój nerwicy uwzględnia traumatyczne przeżycia, do których możemy zaliczyć przewlekły stres oraz urazy psychiczne (Bemis i Barrada 2007: 29). Mogą one być spowodowane między innymi dorastaniem w rodzinie patologicznej, w której dziecko nie miało zapewnionych prawidłowych warunków rozwoju, poczucia bezpieczeństwa oraz spokoju.

Ważną rolę w pojawieniu się epizodów depresyjnych mają poprzedzające je wydarzenia życiowe, a także doświadczana przez człowieka przemoc fizyczna, psychiczna czy seksualna już od najmłodszych lat. Depresja przejawia się najczęściej w czworaki sposób, tj.: zmianami nastroju (dominują uczucia smutku i bezradności), zmianami sposobu myślenia (trud podejmowania jakichkolwiek decyzji), zmianami fizycznymi (wpływ na sen i nawyki żywieniowe) oraz zmianami zachowania (konflikty z innymi, zmiany dotychczasowych postaw) (Kramlinger 2007: 18-23, 34-36).

Prawdopodobieństwo zachorowania na depresję wzrasta proporcjonalnie do stopnia ciężkości traumatycznych przeżyć w dzieciństwie. Na ryzyko rozwoju tejże

choroby narażone są szczególnie dzieci wychowywane w niekorzystnych warunkach życia rodzinnego, m.in.:

- nasilone konflikty między rodzicami;
- przemoc w rodzinie;
- wszelkie formy wykorzystywania – seksualne, fizyczne, emocjonalne;
- długotrwała choroba któregoś z rodziców;
- utrata jednego z rodziców z powodu separacji, rozwodu czy śmierci;
- wszelkie rodzaje uzależnień rodziców (Kramlinger 2007: 40-47, 73).

Schizofrenia jest chorobą psychiczną, która charakteryzuje się przede wszystkim omamami, urojeniami, problemami z motywacją i koncentracją uwagi, otępieniem w sferze osobowości, zaburzeniami pamięci i myślenia, a także stępieniem uczuciowym, które przejawia się brakiem zainteresowań i zamknięciem się na wszelkie kontakty. Skutki tej choroby wiążą się z upośledzeniem umiejętności pełnienia ról społecznych. Osoby, u których wykryto to zaburzenie mają duży problem z odbieraniem świata zewnętrznego. Nie potrafią i nie chcą się dostosować do zasad, jakie funkcjonują w społeczeństwie (Alanen 2000: 33-36). Warty podkreślenia jest negatywny wpływ rodziny, która nie zawsze potrafi realizować określone funkcje, nie przekazuje wzorców dziecku, zatem uniemożliwia ukształtowanie prospołecznej i funkcjonalnej osobowości. Przez to nie może nastąpić określenie pozycji i roli społecznej dorastających członków rodziny, a co za tym idzie rozwijają się patologiczne formy adaptacji oraz możliwe jest pojawienie się zaburzeń towarzyszących i samej schizofrenii.

4. METODOLOGIA BADAŃ

Głównym celem moich badań jest przyjrzenie się cechom oraz przejawianym wzorom zachowań rodzin generacyjnych pacjentów Oddziału Psychiatrycznego, a zwłaszcza poznanie dysfunkcyjnych czynników tkwiących w ich środowiskach rodzinnych. Problem główny jaki sformułowałam w badaniach brzmi: Jaki jest wzór życia w rodzinach generacyjnych podopiecznych wybranego Oddziału Psychiatrycznego w województwie śląskim? Natomiast szczegółowe problemy badawcze podejmowane w pracy dotyczą kwestii:

- Jak wygląda sytuacja zdrowotna rodzin generacyjnych badanych pacjentów?
- Jaki rodzaj struktury rodziny pochodzenia najczęściej występuje wśród pacjentów zaburzonych psychicznie?
- Czy w rodzinach generacyjnych badanych pacjentów występują zjawiska patologiczne?
- Jakie najczęściej zjawiska patologiczne występowały w środowisku rodzinnym badanych pacjentów?
- Jak najczęściej wyglądają warunki socjalno-bytowe w rodzinach pochodzenia Pani/Pana pacjentów?
- Jak najczęściej wygląda sytuacja ekonomiczna rodziny pochodzenia jednostek zaburzonych psychicznie?

- Czy i jakie traumatyczne wydarzenia (np. śmierć w rodzinie, rozwód itp.) występowały w rodzinach generacyjnych badanych osób?
- Jakie postawy rodzicielskie prezentowali opiekunowie badanych pacjentów?
- Jakie metody wychowawcze stosowali opiekunowie wobec badanych?
- Czy i w jaki sposób rodzice badanych pacjentów współpracują z oddziałem szpitalnym?

Nawiązując do takich zjawisk społecznych, jak: przemoc domowa, alkoholizm, prostytutcja, bezdomność itp., wykorzystałam w pracy sondaż diagnostyczny. Badania przeprowadziłam w oparciu o takie techniki, jak wywiad oraz analiza dokumentów. Natomiast narzędziami wykorzystanymi w pracy są kwestionariusz wywiadu wypełniany przez pracowników oddziału szpitalnego (grupa ekspercka) oraz arkusz zestawienia zbiorczego zwany kluczem kategoryzacyjnym, który posłużył mi do przeanalizować udostępnionej dokumentacji placówki.

Badania zostały przeprowadzone w jednym z Oddziałów Psychiatrycznych funkcjonujących na terenie województwa śląskiego. Na podstawie przeczytanych dokumentów szpitalnych, uzyskałam możliwość przeanalizowania danych pacjentów, którzy przebywali na oddziale psychiatrycznym w przeciągu ostatnich 10 lat, to jest od 2004 do 2014r. Do wyselekcjonowania reprezentacyjnej próby zastosowałam dobór celowy. Na podstawie informacji uzyskanych od ordynatora szpitala, danych zawartych w teczkach pacjentów oraz prowadzonych w placówce statystyk odnośnie najczęściej występujących zaburzeń wśród przyjmowanych pacjentów, zdecydowałam, kto zostanie zakwalifikowany do badanej grupy. Do swoich badań wytypowałam osoby z czterema rodzajami zaburzeń: lękowymi, nerwicowymi, depresją oraz schizofrenią. Stanowiło to kryterium doboru celowego opartego na zasadzie dostępności. Grupa badawcza liczyła 80 osób (40 kobiet i 40 mężczyzn), w wieku od 19 do 57 lat. Według danych zawartych w dokumentacji medycznej, wyodrębniłam 18 osób cierpiących na zaburzenia lękowe, 17 osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem nerwicowym, 30 osób zmagających się z depresją oraz 15 ze schizofrenią. Udostępnione archiwa pozwoliły mi zdobyć wiele dodatkowych informacji dotyczących, nie tylko przebiegu choroby, ale również danych na temat rodziców i krewnych, a także środowiska, z jakiego wywodzili się badani pacjenci.

Ponadto posłużyłam się informacjami przekazanymi mi przez pięciu lekarzy pracujących na tym oddziale (grupa ekspercka). Psychiatryzy różnili się między sobą przede wszystkim stażem pracy, doświadczeniem w działaniach z konkretnymi rodzajami zaburzeń, płcią oraz dodatkowymi kwalifikacjami.

Badania prowadziłam na terenie Oddziału Psychiatrycznego w okresie od kwietnia do czerwca 2014 roku. Pierwszy etap polegał na zapoznaniu się z udostępnioną mi dokumentacją pacjentów. Uzyskane w ten sposób dane wykorzystałam do utworzenia klucza kategoryzacyjnego, na podstawie którego mogłam wyciągnąć wnioski potrzebne w celu odniesienia się do postawionych wcześniej problemów badawczych. Drugi etap stanowiło uzyskanie informacji od ekspertów. Z pięcioma lekarzami psychiatrami (każdym indywidualnie) przeprowadzałam wywiad w warunkach, które umożliwiały im swobodną wypowiedź.

5. WYNIKI I KONKLUZJE

Zebrane przeze mnie dane pozwoliły na wyciągnięcie wielu złożonych wniosków. Wyłącznie w 8 badanych przypadkach, chorzy nie mieli wśród swoich krewnych osób zaburzonych psychicznie (10,00%). Niestety, aż 72 badanych pacjentów (90,00%) posiadało w swoich rodzinach osoby, które zmagaly się z różnymi chorobami natury somatycznej i/lub psychicznej. Wyjątek stanowiły osoby, ze stwierdzoną schizofrenią, gdzie nie było przypadku, aby w rodzinie pochodzenia nie wystąpiło również to zaburzenie. Dlatego tak ważne jest dokładne zbieranie informacji medycznych dotyczących całej rodziny pacjenta, co podkreślali wszyscy eksperci. Umożliwia to postawienie szybszej, trafniejszej diagnozy i wdrożenie odpowiedniego leczenia oraz terapii osób zaburzonych psychicznie.

W zdecydowanej większości, tj. 64 badanych pacjentów pochodziło z rodzin o niezaburzonej strukturze, co stanowi 80% ogółu. Wśród badanych pacjentów były przede wszystkim osoby posiadające przynajmniej jedno rodzeństwo. W przypadku rodzin, gdzie potomstwo wychowywane było przez obojga rodziców, znalazło się aż 36 badanych pacjentów (45,00%) posiadających jedno rodzeństwo. W sytuacji, gdy chorzy dorastali w rodzinach niepełnych, najwięcej badanych pacjentów - 6 osób, pochodziło z rodzin mających łącznie dwójkę dzieci (54,54%).

W swoich badaniach starałam się określić, czy w rodzinach generacyjnych pacjentów występowały zjawiska patologiczne, odgrywające istotną rolę w rozwoju zaburzeń psychicznych. Okazało się, że u prawie wszystkich pacjentów (u 64 badanych, tj. 80% ogółu badanych) dominowały zjawiska patologiczne takie jak: przemoc, agresja fizyczna, ale równie wszelkie formy wykorzystywania i znęcania się nad osobami chorymi psychicznie. W zdecydowanej większości przypadków - 53, co stanowiło 64,64%, chorzy mieli do czynienia z fizyczną agresją ze strony swoich rodziców. Niestety często pojawiała się również przemoc psychiczna. W 29 przypadkach (35,36%), matka czy ojciec badanych pacjentów, znęcali się nad nimi wymyślając różne kary czy zadania, aby tylko poniżyć swe chore dziecko. Wśród badanych pacjentów, największą grupę stanowili ci, którzy posiadali przemocowego ojca - 52 przypadki (65,00%). Matki, które stosowały przemoc pojawiły się w 19 rodzinach badanych (23,75%). Także eksperci podkreślali, że większość ich pacjentów pochodzi z rodzin, gdzie stosowana jest przemoc, a do tego często jeszcze dodatkowo któryś z rodziców jest uzależniony od alkoholu. Najczęściej alkoholizm dotyczył ojców badanych przebywających w szpitalu psychiatrycznym (48 przypadków). Niestety wśród matek pacjentów były także osoby uzależnione od alkoholu (12 przypadków). U rodzin generacyjnych badanych pacjentów przeważał negatywny obraz i tylko nieliczni pacjenci wychowywali się i dorastali w warunkach wolnych od przemocy i wszelkich używek.

Kolejno starałam się określić, jak najczęściej wyglądają warunki socjalno - bytowe i ekonomiczne rodzin generacyjnych badanych. Pacjentów pochodzących z rodzin, gdzie przynajmniej jeden z opiekunów miał stałą pracę było 66, co stanowiło nie całe $\frac{3}{4}$ grupy badawczej (65,35%). Rodzice 9 chorych (8,91%) uzyskiwali zarobki z prac dorywczych. Ponadto w przypadku 19 rodzin (18,81%) źródłem dochodu były alimenty i zasiłki.

Po dokonaniu analizy materiału badawczego, okazało się że zarówno śmierć kogoś bliskiego (10 przypadków, co stanowiło 30,30% grupy badawczej), jak i bycie świadkiem rozwodu swych rodziców (8 przypadków - 24,24% badanych pacjentów) oraz towarzyszenie w chorobie krewnym, może stanowić bodziec do powstawania problemów natury psychicznej. Rzadziej pacjenci wymieniali takie czynniki jak: informacja o byciu adoptowanym, czy traumatyczne wydarzenie, w którym biernie lub czynnie uczestniczyli (7 przypadków). Badani lekarze podkreślali, że odporność na różnego typu incydenty jest bardzo zindywidualizowana i zależna od zasobów psychicznych.

Przeprowadzając badania miałam na względzie również poznanie najczęściej prezentowanych postaw rodzicielskich wśród opiekunów badanych pacjentów oraz sprecyzowanie, z jakich metod wychowawczych zazwyczaj oni korzystają. W 61 przypadkach (59,23% ogółu badanych) rodzice odtrącali swe potomstwo, a w 20 także unikali kontaktu z dzieckiem. Postawa nadmiernie wymagająca wystąpiła w 17 przypadkach. W nielicznych rodzinach zdarzały się postawy nadmiernie chroniące – 5 przypadków. Na przeciwnym kontinuum znajdowały się rodziny, wśród których dominowała postawa akceptacji chorego - 31 przypadków (45,59% ogółu badanych). Równie często pojawiały się informacje o współdziałaniu domowników z chorym - 30 przypadków. W domach, gdzie uznawane były prawa osób zaburzonych – 5 przypadków, panowała także atmosfera rozumnej swobody – 2 przypadki. Wśród rodzin badanych pacjentów dominują niestety zachowania negatywne. Mam tu na myśli między innymi obojętność, powierzchowność w kontaktach. Rodzice często mają problem z zaspokojeniem potrzeb osoby chorej albo wręcz starają się jak najbardziej ograniczyć z nią kontakt, wstydząc się jej. Występują przypadki, że rodzina i bliscy, zbyt często wyręczają pacjenta, co ogranicza jego dążenie do samodzielności. W przypadku stosowanych metod wychowawczych, należy podkreślić, iż duża część opiekunów należycie wywiązuje się ze swoich obowiązków, ale niestety istnieje też liczna reprezentacja rodzin, gdzie rządzi przemoc, nieprawidłowo utrzymywana dyscyplina czy brak nagradzania chorego za jakiegokolwiek dobre postępowanie. Najczęściej pojawiającą się metodą wychowawczą wśród matek badanych pacjentów była pomoc w walce z chorobą – 48 przypadków (26,52%), a w przypadku ojców przemoc psychiczna – 53 przypadków (27,18%). Nie można uogólniać i wysunąć jednoznacznego wniosku, że wszystkie rodziny generacyjne stosowały negatywne postawy rodzicielskie lub nieodpowiednie metody wychowawcze, albowiem były przypadki takie, gdzie oboje rodziców osób zaburzonych potrafiło opiekować się swym dzieckiem, dbać o niego i wspomagać.

Informacje na temat współpracy rodzin generacyjnych badanych pacjentów z personelem szpitala potwierdziły, że wiele rodzin angażuje się w niesienie pomocy chorym. Lekarze często prowadzą swoistego rodzaju psychoedukację, podkreślając wagę udzielanych porad oraz kształtowania wśród rodziny pacjentów postaw akceptacji i zrozumienia.

Badania pokazują, że zarówno w przypadku zaburzeń nerwicowych, lękowych oraz depresji czynnikami, które mogą wpływać na ich powstawanie i rozwój są

przede wszystkim występujące uzależnienia w rodzinach generacyjnych, a także patologiczne środowisko, w którym dorasta dana jednostka. Dodatkowo zdarzenia traumatyczne również mogą stanowić impuls do rozwoju problemów natury psychicznej. W przypadku chorych na schizofrenię, dominującym czynnikiem w jej powstawaniu, jest aspekt genetyczny.

Reasumując, funkcjonowanie rodzin generacyjnych zależy od wielu czynników oraz odgrywa niebagatelną rolę w powstawaniu i rozwoju zaburzeń psychicznych u badanych pacjentów. Dlatego tak ważnym jest tworzenie wszelkiego rodzaju programów pomocowych i terapeutycznych, które powinny skupiać się na walce z uzależnieniami, a także propagować pozytywne metody wychowawcze. Należy zwracać baczną uwagę również na procesy zachodzące w ludzkiej psychice po traumatycznych doświadczeniach oraz skupiać się na skuteczniejszym zwalczaniu przemocy w domach, która skutkuje nierzadko nieprawidłowym rozwojem sfery emocjonalnej czy psychicznej młodego człowieka, przyczyniając się tym samym do powstawania zaburzeń w życiu dorosłym.

LITERATURA

- Adamski F., Rodzina - wymiar społeczno-kulturowy, Kraków 2002.
- Alanen Y., Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb, Warszawa 2000.
- Bemis J., Barrada A., Pokonać lęki i fobie, Gdańsk 2007.
- Chańko A., Stygmat społeczny osoby współuzależnionej, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 9, 2011, s. 24-32.
- Czuma I., Walczak R., Bezrobocie a patologia społeczna, „Problemy Alkoholizmu” nr 1, 2000, s. 11-12.
- Gąsiorowski W., Przydatne informacje dla pacjentów, Euromedica-AWG, http://www.euromedica-awg.pl/Zespoly_Nerwicowo_Depresyjne [dostęp 23.10.2015r.]
- Heyman R., Smith Slep A., Do Child Abuse and Interparental Violence Lead to Adulthood Family Violence?, *Journal of Marriage and the Family*, w: Współczesne zagrożenia, J. Dworzecki, R. Kochończyk, Gliwice 2010.
- Izdebska J., Dziecko w rodzinie i środowisku rówieśniczym, Białystok 2003.
- Jarosz E., Wysocka E., Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania, Warszawa 2006.
- Johnson M., Ferraro K., Research on Domestic Violence In the 1990s: Making Distinctions, *Journal of Marriage and the Family*, w: Współczesne zagrożenia, J. Dworzecki, R. Kochończyk, Gliwice 2010.
- Kawula S., Kształty rodziny współczesnej. Szkice familologiczne, Toruń 2006.
- Kawula S., Rodzina jako grupa i instytucja opiekuńczo-wychowawcza, w: *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, S.Kawula, J.Brągiel, A.W.Janke, Toruń 2007.
- Kramlinger K., Co radzi lekarz? Depresja, Warszawa 2007.
- Meder J., Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi, Katowice 2002.
- Mellody P., Toksyczne związki, anatomia i terapia współuzależnienia, w: *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, S.Kawula, J.Brągiel, A.W.Janke, Toruń 2005.
- Surzykiewicz J., Agresja i przemoc w szkole. Uwarunkowania socjologiczne, Warszawa 2000.
- Szlendak T., Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie, Warszawa 2010.

- Wiktorowicz M., Proces formowania się osobowości osób wywodzących się z rodzin patologicznych. Socjologiczna charakterystyka badań, w: Socjologiczne i psychopedagogiczne aspekty przemocy, red. J. Wawrzyniak, Łódź 2007.
- Ziemska M., Postawy rodzicielskie, Warszawa 2009.



Iwona Pałgan

Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna w Radomiu
E-mail: palgan@eust.pl

Dziecko głodne oparcia i wartości

Abstract

You can have a family and feel lonely. Most of us associate home with the family, a safe place, full of warmth and love. Unfortunately, as it turns out, it is not always so. Changes occurring in the world today are linked to the transformation of the family. Parents focus on paid work, career, consumerism, pushing offspring to the second place. Children left to themselves, deprived of affection, interest, care- more often feel lonely and „hungry” of affection and love. This phenomenon occurs not only in pathological families, but also increasingly in the so-called normal families.

Keywords: Family, loneliness, solitude, chil

Rozwój osobowości dziecka, kompilowanie się procesów psychicznych, ich bogacenie się, odbywa się pod głównie wpływem oddziaływań wychowawczych. Rodzina jest podstawowym i pierwotnym środowiskiem wychowawczym kształtującym psychikę dziecka, jego rozwój i zachowanie. To z rodziny dziecko czerpie wszelkie wzorce, to atmosfera w niej panująca, wyznawane wartości rzutują w decydujący sposób na jego przyszłe życie. Rodzina dzięki swej stałości daje dziecku oparcie i poczucie bezpieczeństwa. Stabilność ta stanowi ważny czynnik jego równowagi emocjonalnej i zdrowia psychicznego. O poczuciu bezpieczeństwa, o tym czy dziecko czuje się kochane i akceptowane, decyduje wzajemny stosunek rodziców do siebie i do dzieci, a wszystko to składa się na atmosferę wychowawczą. W naszej kulturze rodzice są dla dziecka bardzo długo najważniejszymi osobami. Tymczasem w ciągu ostatniego dwudziestolecia tradycyjny model rodziny nuklearnej jako zalegalizowanego związku mężczyzny i kobiety wychowujących dzieci swoje lub adoptowane uległ znacznym przeobrażeniom. Liczba rodzin niepełnych z samotnym rodzicem, konkubinatów, małżeństw otwartych, związków homoseksualnych gwałtownie wzrasta. Zmienia się charakter nie tylko samej rodziny ale i relacji pomiędzy małżonkami, a także stosunek rodziców do dzieci. Zanikają podstawowe wartości. Rodzice koncentrują się na pracy zarobkowej, karierze, samorealizacji, konsumpcji i zapewnieniu jak najlepszej przyszłości

swojemu potomstwu głównie jednak pod względem materialnym. Wszystko to powoduje, że gwałtownie wzrasta liczba dzieci samotnych, zagubionych, poszukujących czegoś więcej niż wysokie kieszonkowe, drogie zabawki, dodatkowe zajęcia.¹ Coraz częściej dzieci odczuwają niedostatek psychicznego kontaktu z rodzicami, przeżywając dotkliwie osamotnienie wśród osób formalnie najbliższych². Według E. Kozdrowicz rodzice często są nieobecni w doświadczeniach i przeżyciach dzieci, nie dając im wystarczającego oparcia - co rodzi niepewność, nieufność i lęk oraz prowadzi do swoistego zagubienia dziecka,³ zaś dzieci, którym rodzice nie okazują dzieciom miłości, serdeczności, zainteresowania i zadowolenia oraz gotowości do niesienia pomocy szczególnie narażone są na poczucie osamotnienia. A poczucie to - jak dowiedziono - jest znacznie bardziej bolesne i groźniejsze dla zdrowia psychicznego, niż całkowity brak rodziny. W przekonaniu H. Izdebskiej: „Mieć bliskich i czuć się samotnym to najgorszy rodzaj samotności, ponieważ zabija w człowieku nadzieję, osłabia motywację, deformuje psychicznie”⁴.

Samotność może się pojawić w różnych okresach życia, wyjątkowo niebezpieczna jest jednak w okresie dorastania, które cechuje m.in. rozchwianie emocjonalne, niepewność, poszukiwanie swojego „ja”. W tym okresie życia dziecka szczególnie potrzebuje dowodów uczucia ze strony rodziców oraz przejawów doceniania go i uznawania.⁵

Termin „samotność” ma wiele zakresów znaczeniowych. J. Izdebska rozumie samotność jako taki stan relacji międzyludzkich, które zacieśnione są do samego siebie. Samotność związana jest z uczuciem odizolowania, brakiem bezpieczeństwa, bezradnością, wyobcowaniem.⁶

Zdaniem J. Rembowskiego samotność jest nieprzyjemnym stanem emocjonalnym będącym reakcją na brak kontaktu z rówieśnikami lub osobami znaczącymi⁷.

Z pojęciem samotność wiąże się określenie „osamotnienie”. Jan Szczepański wyraźnie rozróżnia te dwa pojęcia. Uważa on, że są to dwa różne stany i postacie ludzkiego bytowania i mylnie jest przypisywanie skutków osamotnienia – samotności. Według Szczepańskiego osamotnienie jest efektem braku kontaktu z innymi ludźmi oraz z samym sobą, a stanem idealnym jest śmierć. Natomiast samotność jest to obcowanie wyłącznie z sobą samym i koncentracja uwagi tylko na sprawach swojego wewnętrznego świata⁸. Autor wspomina o różnych obliczach samotności: chwilowej, przemijającej lub chronicznej, trwającej długo, prowadzącej do zamykania się w sobie, do utraty zdolności komunikowania się z innymi. Wyróżnia

1 J. Izdebska, *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku. Niepokoje i nadzieje*, Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok 2000, s. 12.

2 *Opuszczenie i osamotnienie dziecka wśród dorosłych*, red G. Gajewska D. Waloszek, [w:] *Nowe stulecie dziecka*, Zielona Góra 2001, s. 267.

3 E. Kozdrowicz, *Dziecko zagubione w rzeczywistości*. [w:] *Nowe stulecie...op.cit.*, s. 258 – 260.

4 E. Kopeć, *Samotność w rodzinie źródłem patologii wśród dzieci i młodzieży*, „Pedagogika Katolicka” 2013, nr 12, s. 56.

5 M. Sendyk, *Osamotnienie dziecka w rodzinie. Przegląd badań*, „Małżeństwo i Rodzina” 2003, nr 8.

6 J. Izdebska, *Dziecko osamotnione w rodzinie. Kontekst pedagogiczny*, Białystok 2004, s.19.

7 K. M. Wasilewska, *Samotność młodzieży*, Bydgoszcz 2010, s. 26.

8 *Ibid.*, s. 25-26.

się też samotność fizyczną, psychiczną (emocjonalną), nazywaną osamotnieniem oraz społeczną⁹.

Psychologowie traktują samotność jako deficyt potrzeb człowieka, deprywację psychiczną, wynikającą z dyskomfortu niezaspokajania potrzeb ważnych dla jednostki. W socjologii podkreśla się, iż samotność jest zjawiskiem społecznym związanym z funkcjonowaniem jednostki w grupie społecznej, definiowanym jako zagubienie, bezradność współczesnego człowieka, żyjącego w społeczeństwie pluralistycznym. Natomiast w pedagogice mówi się o samotności w kontekście osamotnienia dziecka w różnym środowisku: szkole, rodzinie, grupie rówieśniczej, placówce¹⁰.

K. Kmieciak – Baran podaje trzy elementy poczucia osamotnienia:

- jest ono odczuciem subiektywnym i nie jest tożsame z izolacją społeczną;
- jest rezultatem braku pożądanych relacji społecznych;
- jest źródłem przykrych stanów emocjonalnych, które mogą prowadzić do zaburzeń zachowania i funkcjonowania¹¹.

Z kolei J. Niewiadomska wyróżniła cztery rodzaje osamotnienia:

- osamotnienie transcendentalne - koncentrujące się wokół zerwanej więzi między człowiekiem a Bogiem, zachwianie wiary w przeznaczenie i cel życia człowieka,
- kulturowe – zanik więzi rodzinnych i religijnych, wartości moralnych. Źródła tego typu osamotnienia upatruje także w częstych migracjach – ludzie zmieniając miejsca zamieszkania nie mają czasu na budowanie trwałych więzi przyjacielskich, brak im lojalności wobec wspólnoty i wyznawanych przez nią wartości moralnych. Osamotnienie bez korzenia jest najczęściej doświadczane przez generację najmłodszą, która znajduje się w centrum wszystkich zmian i wciąż jest zmuszana przystosowywać do zmieniającego się otoczenia. W tym rodzaju osamotnienia jednostka odczuwa cierpienie z tego powodu, że niewiele wartości i norm postępowania ma pewny i trwały charakter,
- niezaspokojenie relacji międzyludzkich – miłości, troski, zainteresowania będzie prowadzić do alienacji jednostki, czego konsekwencją może być depresja, uzależnienia czy lęki. Czynnikiem sprzyjającym osamotnieniu jest również brak zaufania do innych ludzi.
- osamotnienie emocjonalne, które utożsamia z poczuciem tęsknoty, niezaspokojenia potrzeby bliskości. Takie znaczenie pojęcia jest ważne, gdy podmiotem rozważań jest jak w tym przypadku dziecko.¹²

W literaturze rozróżnia się także podział na samotność społeczną, psychiczną, moralną.

9 J. Biała, *Samotność dziecka polskiego na progu XXI wieku*, Kielce 2012, s. 35.

10 Ibid, s. 35.

11 K. M. Wasilewska, *Samotność ...op.cit*, s. 25-26.

12 J. Niewiadomska, *Poczucie osamotnienia jako osobowościowy czynnik ryzyka korzystania z kultów publiczności*. [In:] Nowak W., Ropiak S. (red.), *Sekty jako wyzwanie społeczne i religijne*, Olsztyn, 2005 s. 66-71.

Samotność społeczna w ujęciu socjologicznym jest określona jako samotność fizyczna lub społeczna. Taki rodzaj samotności charakteryzuje się osłabieniem lub brakiem więzi naturalnej z innym człowiekiem, lub też życie w bardzo luźnym związku ze społeczeństwem lub poza nim. Samotność społeczna występuje, gdy:

- człowiek nie założył własnej rodziny;
- została założona rodzina, ale z biegiem czasu relacje pomiędzy jednostką a jej krewnymi osłabiają się lub wygasły (rozpad rodziny);
- wystąpiła izolacja z woli jednostki lub otoczenia.

Samotność społeczna może mieć charakter całkowity lub częściowy. Pierwszy rodzaj samotności ma miejsce wtedy, gdy osoba nie posiada styczności osobistych trwałych, jak w przypadku izolacji społecznej lub braku obecności kontaktu z innymi ludźmi. Do tej grupy zaliczyć można ludzi starszych, izolowanych przez rodzinę, lub wychowanków placówek, nieposiadających kontaktów z rodziną własną. Natomiast samotność częściowa dotyczy tej grupy osób, u których brak jest więzi naturalnych lub są one zaburzone.¹³

Samotność psychiczna kojarzona jest w ujęciu socjologicznym z osamotnieniem i związana jest z subiektywnym odczuwaniem stanu samotności.

Z kolei W. Łukaszewski wyodrębnia następujące kategorie samotności: obiektywną i subiektywną. W tym rozumieniu jednym z kryteriów są kontakty z ludźmi; nie ma ludzi obiektywnie samotnych, gdyż każdy utrzymuje jakieś kontakty. Poczucie osamotnienia zależy od rodzaju kontaktów i osób, z którymi są utrzymywane styczności, ważne, aby człowiek był traktowany jako podmiot, a kontakty były trwałe i powtarzalne. Krótkotrwałość i przelotność nie chroni przed uczuciem samotności, a obojętność uczuciowa wobec ludzi, z którymi jednostka się kontaktuje, pogłębia poczucie samotności.

Drugim kryterium jest "obecność" w pamięci innych osób, szczególnie tych, które wywarły na jednostkę duże znaczenie. Jeśli tak nie jest, wzrasta poczucie samotności, również wtedy, gdy nie ma przekonania, że inni o nas pamiętają. Trzecim kryterium jest "przedmiotowość – podmiotowość"; odczucie lub faktyczny stan instrumentalnego traktowania przez innych także pogłębia poczucie samotności.¹⁴

J. Gajda wyróżnił zaś samotność moralną, związaną z ukształtowanym i zintegrowanym systemem wartości, który pozwala przetrwać trudne sytuacje w życiu i stanowi przeciwwagę samotności. „Brak zwartego zwrotnego systemu wartości, lub jego osłabienie, wywołuje napięcie, brak celów działania, obniża atrakcyjność działań, do których dążymy, wywołuje stan moralnej samotności” – pisze autor. Twierdzi on, że samotność współczesnego człowieka można rozumieć jako determinant uczestnictwa w kulturze i jako determinant stylu życia. Pierwszy z nich dotyczy dysponowania czasem wolnym, wyborem form, treści i głębokości kontaktów. W tym znaczeniu, mówiąc o samotności fizycznej, mamy na myśli osoby nieposiadające własnych rodzin naturalnych, ale dysponujące większą ilością cza-

13 J. Biała, *Samotność*op.cit, s. 35.

14 Ibid, s. 35.

su wolnego, co skłania ich do szukania większej aktywności w życiu społecznym, organizacjach, stowarzyszeniach, w pracy twórczej, uczestniczeniu w kulturze, a to stanowi substytut nieposiadanych wartości. Z kolei samotność psychiczna skłania ku większej introspekcji, wyrozumiałości dla innych oraz kształtowania postów moralnych i bardziej aktywnych kontaktów z kulturą. Samotność moralna natomiast często łączy się z kryzysem wartości, utratą sensu życia i głębszym uczestnictwem w kulturze.¹⁵

W przypadku dzieci wyróżniono w literaturze trzy sfery dziecięcej egzystencji, które prowadzą do osamotnienia, są to:

- sfera zagrożeń, które obejmują milczenie, brak poczucia przynależności, nie wypowiedzianie swojego zdania,
- sfera dewastacji, wyróżniana jako blokada emocjonalna, brak okazywania uczuć,
- sfera wyboru w różnorodnych formach: wycofanie, izolacja, unikanie kontaktów z innymi, smutek, depresja, myśli samobójcze, pustka emocjonalna i egzystencjonalna¹⁶.

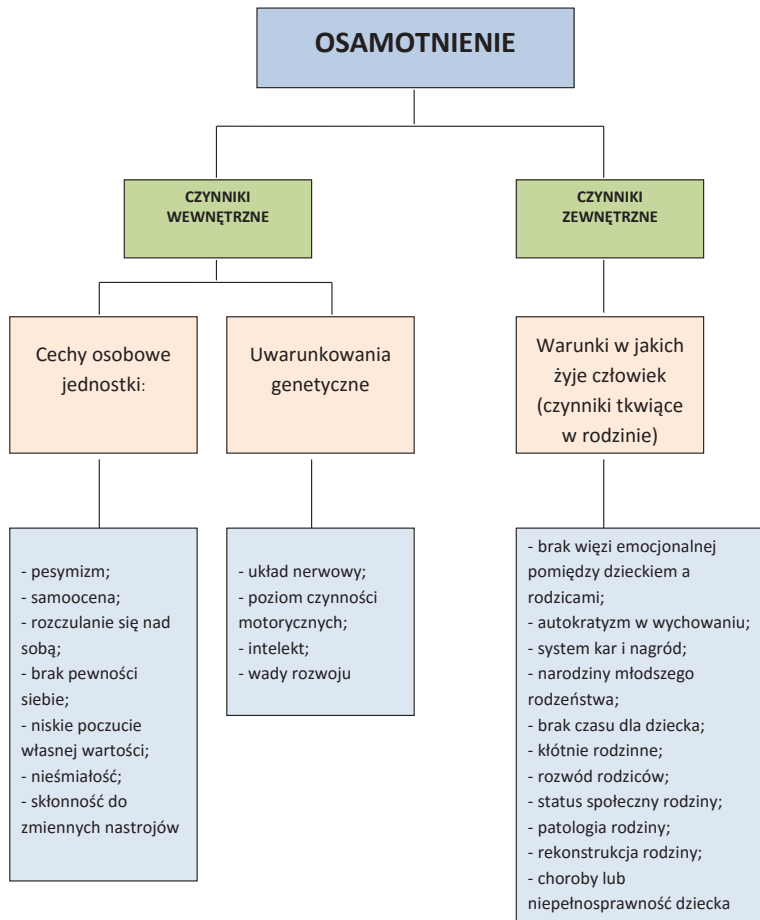
Dzieci mogą czuć się osamotnione zarówno w normalnym środowisku rodzinnym, jak i patologicznym. Stan osamotnienia dziecka jest dla niego bolesną dolegliwością i przeżyciem wynikającym z braku więzi i stałego kontaktu z osobą dla niego znaczącą. Osamotnienie więc to stan psychiczny spowodowany niezadawalającą ilością i jakością społecznych i emocjonalnych interakcji. Towarzyszyć mu mogą takie przeżycia, jak gniew, pesymizm, niezaradność, może też być reakcją na brak ważnych, społecznych wzmocnień. Osamotnienie (nazywane samotnością psychiczną) dziecka nigdy nie wynika z jego wyboru. Dziecko zawsze odczuwa lęk przed osamotnieniem. Stan ten jest wynikiem różnych sytuacji i okoliczności zewnętrznych, w których dziecko żyje, na które jest skazane, wobec których jest bezradne, bezsilne. Stanowi rezultat obiektywnych warunków, np. rodzinnych, szkolnych. Jest to poczucie opuszczenia przez najbliższe osoby.¹⁷

15 J. Gajda, *Samotność*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, red. T. Pilch, t. V, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006, s. 652–657.

16 J. Izdebska, *Dziecko osamotnione ...op.cit.*, s. 59.

17 W. Walc, *Emocjonalne głodne dzieci w Polsce*, [w:] *Głodne dzieci w Polsce*, red. Cz. Kępski, Lublin 2011, s. 120.

Rys 1. Czynniki (źródła) poczucia osamotnienia



Źródło: *Samotność dziecka we współczesnej rodzinie*, red. Dorota Sikora, Chełm 2001, s. 67.

Zdaniem A. Maciarz poczucie osamotnienia dziecka w rodzinie powstaje z braku miłości, zrozumienia i akceptacji emocjonalnej, rodziców. Natomiast M. Jakubowski uważa iż „poczucie osamotnienia dziecka w rodzinie to subiektywny stan psychiczny lub zjawisko psychospołeczne powstałe na skutek zawężenia opiekuńczej funkcji rodziny i rozbicia więzi uczuciowo – rodzinnej”¹⁸.

K. Obuchowski jest zdania, że poczucie osamotnienia, samotności w rodzinie stanowi bezpośrednią przyczynę kształtowania się niskiego poczucia wartości. Dziecko takie czuje się osamotnione, źle zrozumiane, nikomu niepotrzebne, zepchnięte na margines. Taka samotność oznacza również, że nie ma ono oparcia emocjonalnego w rodzinie, a przede wszystkim w rodzicach, do nikogo nie należy i nikt nie należy do niego. Świadomość ta jest źródłem braku poczucia bezpieczeństwa, równowagi emocjonalnej¹⁹.

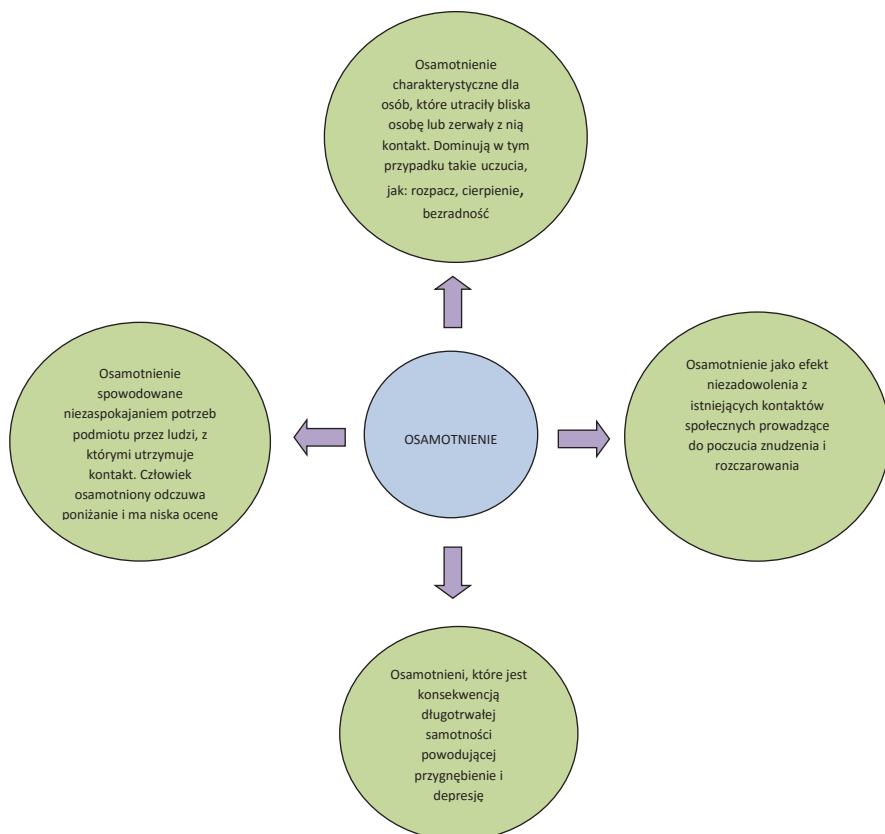
18 M. Gawęcka, *Poczucie osamotnienia dziecka w rodzinie własnej*, Toruń 2004, s. 10.

19 Ibid, s. 11.

Do czynników tkwiących w rodzinie, a będących przyczyną poczucia samotności przez dziecko można zaliczyć m.in. brak więzi emocjonalnej pomiędzy dzieckiem a rodzicami. Brak tej więzi przyczynia się do tego, że dziecko samo rozwiązuje swoje problemy, radzi sobie z trudnościami dnia codziennego, lecz cały czas próbuje zwrócić na siebie uwagę rodziców. Pustka emocjonalna jest tak dotkliwa, że może doprowadzić do głębokich stanów apatii i izolacji społecznej²⁰.

System kar i nagród, to kolejny czynnik wpływający na samotność dziecka w środowisku rodzinnym. Dziecko intensywnie karane fizycznie i psychicznie, ma poczucie niższej wartości, bo uświadamia mu się ciągle jego braki i niedociągnięcia, upokarza, izoluje emocjonalnie. W miejsce uczucia miłości i oddania pojawia się niechęć, wrogość i nienawiść do rodziców. Dom rodzinny staje się miejscem „tortur”; samotnią, w której dziecko przeżywa swój ból nie tylko fizyczny, ale także emocjonalny, a brak poczucia bezpieczeństwa nie pozwala mu na odczuwanie silnych więzi z rodzicami. Sytuacja, kiedy dziecko w zamian za uczucie i zainteresowanie jego sprawami jest obsypywane przez rodziców nagrodami rzeczowymi również może rodzić poczucie osamotnienia²¹.

Rys. 2. Przyczyny wywołujące osamotnienie



Źródło: R. Pawłowska, E. Jundził, *Pedagogika człowieka samotnego*, Gdańsk 2000, s. 23-25.

20 R. Pawłowska, E. Jundził, *Pedagogika człowieka samotnego*, Gdańsk 2000, s. 28 - 29.

21 Ibid, s.29.

Następnym istotnym czynnikiem wpływającym na poczucie osamotnienia dziecka są niewłaściwe postawy rodzicielskie, np. postawa odrzucająca, nadmiernie wymagająca, nadmiernie chroniąca oraz postawa unikająca. Kolejnym czynnikiem są patologie w rodzinie: alkoholizm, przemoc fizyczna, psychiczna czy emocjonalna. Patologiczna atmosfera życia rodzinnego wpływa negatywnie na prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny dziecka, zakłóca jego socjalizację i zaburza kształtowanie się prawidłowej osobowości.

Znaczny wpływ na osamotnienie dziecka ma również niepełna struktura rodziny. Osamotnienie przeżywają dzieci z rodzin niepełnych, osieroconych śmiercią rodzica, rozbitych na skutek rozwodu, samotnego rodzicielstwa, rozłączonych w wyniku wyjazdu jednego z rodziców, w wyniku ograniczonych kontaktów z rodzicem (lub rodzicami), ich codziennej nieobecności w domu²².

Rozbicie rodziny pozostawia trwałą uraz, gdyż rozłączenie z jednym z rodziców prowadzi przede wszystkim do utraty poczucia bezpieczeństwa, pojawiają się lęki, depresje, a także często poszukiwanie przez młodych ludzi oparcia poza domem i dołączanie do grup rówieśniczych, nie korzystnie wpływających na ich osobowość.²³ Czują się często odpowiedzialne za rozpad swojej rodziny i mają z tego powodu poczucie winy, niejednokrotnie odczuwają gniew wobec rodziców, ale też niepokój, poczucie nieszczęścia, cierpienie, niepewność, a także osamotnienie.²⁴

Czynnikami. Które mogą przyczynić się do zachowań wywołujących poczucie osamotnienia u dziecka, są też: hedonizm, konsumpcjonizm, bezrobocie, bezdomność, bieda, dezorganizacja, dezintegracja w sferze emocjonalnej, rozłąka związana z migracją, mediatyzacja życia rodzinnego, niewydolność wychowawcza, nieporadność, uzależnienia. Wiele z tych czynników to skutki procesów transformacji ustrojowej.

Do wcześniej wspomnianych czynników, wywołujących poczucie osamotnienia dziecka w rodzinie, M Gawęcka dodaje: wrażliwość, brak zrozumienia w rodzinie i brak porozumienia w rodzinie. Pierwsza grupa, czyli wrażliwość, dotyczy indywidualnych cech każdego człowieka, jego potrzeb i siły realizacji emocjonalnych, wynikających z szacunku i zachowania się rodziców wobec niego.

Biorąc pod uwagę postawy rodziców, które wraz z czynnikami, wynikającymi z indywidualnych potrzeb dziecka i nasilania reakcji, można mówić o:

- pełnej akceptacji dziecka, gwarantującej dziecku poczucie bezpieczeństwa, opartej na pozytywnych wzmocnieniach, dające szanse samodzielności i kierowania własnymi działaniami, adekwatnymi do jego poziomu rozwoju;
- częściowej akceptacji, w której nie wszystkie formy zachowań dziecka są akceptowane; dziecko działa tylko wtedy samodzielnie i pewnie, gdy jest akceptowane;

22 J. Gajda, *Samotność*, op.cit, s. 658.

23 S. Kawula, *Kształty rodziny współczesnej*, Toruń 2005, s. 127.

24 S. Kozak, *Patologia eurosieroctwa w Polsce. Skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin*, Warszawa 2010, s. 127.

- przypadkowej aktywności, która polega na sporadycznej akceptacji zachowań dziecka, które czuje się zagrożone, co obniża jego poczucie wartości, wzmacnia poczucie zagrożenia i rezygnacji z wielu zadań.²⁵

W literaturze znaleźć można następujące symptomy poczucia osamotnienia, wynikające z braku miłości:

- brak umiejętności nawiązywania i utrzymywania więzi emocjonalnych z otoczeniem;
- pozorną obojętność uczuciową, pragnienie uczucia w stopniu bardzo wysokim, przy braku zdolności do dawania i odbierania uczuć;
- brak inicjatywy i inwencji, słaba wyobraźnia;
- zachowania agresywne, kłamstwa, wykręty;
- brak zdolności do prawidłowych kontaktów emocjonalnych;
- oziębłość uczuciowa, egoizm, egocentryzm;
- zamknięcie się w sobie, obojętność, bierność;
- brak realizmu w ocenie zjawisk życiowych, obniżona asymfoniczność, czyli ograniczenie uczuciowe współbrzmienia z innymi osobami.²⁶

J. Izdebska na podstawie analizy wyników badań prowadzonych nad dzieckiem osamotnionym wyodrębniła kilka dziecięcych portretów:

- dziecko wrażliwe, które doświadcza stanów lękowych, uczucia strachu, często płacze, nie skarży się, ale łatwo je urazić;
- dziecko stroniące od innych, zamknięte w swoim wewnętrznym świecie;
- mały buntownik;
- dziecko pogodzone ze swoim losem;
- dziecko telewizyjne, komputerowe
- dziecko fantazjujące, przyjmujące różne role²⁷.

Poczucie osamotnienia w rodzinie może wpływać na przystosowanie społeczne dziecka w szkole oraz na rozwój umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów z rówieśnikami i nauczycielami. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez M. Sendyk, które dowodzą, że „38,8 % dorastających dzieci jest źle przystosowanych na poziomie zaburzeń podklinicznych, a 22,4% na poziomie zaburzeń klinicznych. Dzieci z poczuciem osamotnienia mają obniżoną motywację do nauki. Szczególnie słabo rozwinięte są u nich takie przejawy motywacji, jak: aktywność intelektualna, samodzielność w pracy, wytrwałość oraz koncentracja uwagi. Ponadto ponad 65% badanych uczniów przejawiało niską aktywność społeczną na terenie klasy i szkoły. Badani dość często narażeni byli na obojętność ze strony kolegów (20,9%) i na antypatię (19,4%). Często też zajmowali niekorzystne pozy-

25 J. Biała, *Samotność ...op.cit.*, s. 35.

26 M. Gawęcka, *Poczucie ...op.cit.*, s. 14-15.

27 M. Kierzkowska, *O samotności dziecka we współczesnym świecie*, „Kultura i Wychowanie” 2012, nr 3 (1), s. 134.

cje społeczne w nieformalnej strukturze swoich klas szkolnych (43,2% uczniów pozycje izolacji, 35,8% pozycje odrzucenia)”²⁸

Brak zaspokojenia potrzeb psychicznych w rodzinie przez dziecko wprowadza je w stan „głodu emocjonalnego”.²⁹ Pojęciami „emocjonalnego głodu”, „głodu miłości”, „uczuciowego lub emocjonalnego niedożywienia”, „uczuciowego dokarmiania” dziecka posługuje się m.in. twórczyni pedagogiki serca – Maria Łopatkowska. Podkreśla ona, że wszystko co składa się na poczucie dziecięcego szczęścia, jest uwarunkowane zaspokajaniem dwu podstawowych potrzeb (podstawowego głodu): miłości i bezpieczeństwa. „Emocjonalnie głodne” dzieci to dzieci pozbawione miłości (przede wszystkim rodzicielskiej) i poczucia bezpieczeństwa. „Emocjonalnie głodne” dzieci to – zdaniem Marii Łopatkowej – po prostu dzieci niekochane. Miłość rodziców do dziecka jest bowiem tym czynnikiem, który sprawia, że z należytą uwagą podchodzą oni do potrzeb dziecka, starając się zaspokoić je w optymalnym stopniu. Są wrażliwi na sygnały dziecka, reagują na nie ze szczerą troską, mając na uwadze dobro swojego syna czy córki. Brak miłości do dziecka nieuchronnie prowadzi do stanu jego emocjonalnego „wygłodzenia”. Taka sytuacja dziecka może przybierać różne postacie – emocjonalny głód dzieci jest to więc problem wielowymiarowy³⁰.

Szczególną kategorią „emocjonalnie głodnych” dzieci są ofiary przemocy ze strony rodziców. Jeśli dziecko doświadcza przemocy w rodzinie, niemożliwa staje się realizacja jego potrzeby bezpieczeństwa, miłości i przynależności, uznania, prestiżu, samoaktualizacji. Niejednokrotnie poważnie zaburzone jest również zaspokajanie potrzeb fizjologicznych.

Każde krzywdzenie dziecka może być przez nie odbierane jako dowód jego bezwartościowości. Trudno mu bowiem inaczej wytłumaczyć sobie sytuację, że osoby, które kocha, sprawiają mu fizyczny czy psychiczny ból. Najłatwiejszym wyjściem jest w tym przypadku przypisywanie sobie winy za negatywne postępowanie rodziców („widocznie sobie zasłużyłem, bo jestem zły”). Wszystkie ofiary przemocy są „emocjonalnie głodne”, krzywdzenie bowiem wyklucza możliwość optymalnego zaspokojenia psychicznych potrzeb ofiary. W szczególnej sytuacji są jednak dzieci doświadczające przemocy emocjonalnej – tej pozornie łagodniejszej jej formy, która nie budzi tak oczywistego sprzeciwu otoczenia. One niejednokrotnie nie zdają sobie sprawy z własnego „głodu”, raczej myślą, że z nimi „jest coś nie tak”.³¹

Przemoc psychiczna definiowana jest jako atak na dobre samopoczucie psychiczne dziecka. Już samo to określenie sugeruje brak możliwości zaspokojenia emocjonalnych potrzeb dziecka w sytuacji, gdy jest ono jej ofiarą – zwłaszcza ze strony rodziców – dorosłych, których kocha „najbardziej na świecie”. Przemoc psychiczna wobec dzieci może przejawiać się poprzez aktywne nadużycie bądź bierne zaniedbanie ze strony dorosłego. W formie aktywnej przyjmuje postać werbalnych ataków, wrogości wobec dziecka, terroryzowania go, straszenia, obrażania,

28 *Samotność dziecka we współczesnej rodzinie*, red. Dorota Sikora, Chełm 2011, s. 69.

29 M. Gawęcka, *Poczucie ...op.cit.*, s. 10.

30 W. Walc, *Emocjonalnie głodne ...op.cit.*, s. 117-118.

31 *Ibid.*, s. 121.

szantażowania, grożenia, wymuszania lojalności nadmiernego kontrolowania, wzbudzania poczucia winy, upokarzania, nieposzanowania godności osobistej i prywatności. Pasywna – bierna przemoc psychiczna natomiast wyraża się emocjonalnym odrzuceniu i zaniedbaniu potrzeb emocjonalnych dziecka, integrowaniu go, nieodpowiedniej opiece, unikaniu kontaktu z nim.³²

Konsekwencją wszystkich wymienionych sytuacji jest deprivacja istotnych potrzeb psychicznych dziecka. Położenie dziecka – ofiary przemocy emocjonalnej jest tym bardziej trudne, że psychiczna przemoc to ten rodzaj krzywdzenia dziecka, który jest wyjątkowo niejednoznaczny, czasami trudno jasno określić granicę pomiędzy wychowawczymi oddziaływaniami rodziców a ewidentną przemocą. Takiej przemocy zwykle nie zauważa otoczenie, bo jest ona czymś “normalnym”, tolerowanym w danym społeczeństwie czy wręcz w nim przyjętym (na przykład zawstydzanie dziecka lub częste krytykowanie go spowodowane chęcią zmiany jego postępowania). Także sama ofiara zwykle nie uświadamia sobie tego, że jest ewidentnie krzywdzona. Próbuje sprostać wymaganiom otoczenia “pograża się” coraz bardziej w poczuciu winy i własnej bezwartościowości. Zdarza się, że emocjonalnie krzywdzone dziecko dorasta w przekonaniu, że jest “niewiele warte” i dopiero jako dorosły człowiek, nie radząc sobie z funkcjonowaniem w wielu codziennych sytuacjach, uświadamia sobie własną krzywdę z okresu dzieciństwa³³.

Dawniej widoczną konsekwencją poważnego zaniedbywania emocjonalnego dziecka była choroba sieroca. Dziś jest ona rzadkością jednak jej przypadki w polskich domach dziecka nadal są obecne - wynikają z niekorzystnych warunków rozwojowych dzieci we własnych rodzinach, przed przybyciem do placówki. Konsekwencje zaniedbywania istotnych potrzeb emocjonalnych dziecka bywają nie tylko natury psychicznej – także rozwój somatyczny jednostki może zostać zaburzony, nawet poprzez większą skłonność zapadania na pewne schorzenia, które mogą w znacznym stopniu uniemożliwić normalne funkcjonowanie jednostki.³⁴

Pierwsze pięć lat życia dziecka, poczynając od szóstego miesiąca, naukowcy zaliczają do okresu krytycznego dla deprivacji potrzeby miłości. Osoby, które w dzieciństwie nie zaznały miłości rodzicielskiej niejednokrotnie poszukują jej w swoim dorosłym życiu – u partnerów. Osoby, które w dzieciństwie doznały “głodu miłości”, mogą oczekiwać od życiowego partnera rodzicielskich uczuć mają zatem trudności z założeniem czy utrzymaniem trwałości już założonej rodziny, tym bardziej, że bliskość z drugim człowiekiem może im się kojarzyć z cierpieniem. Gdy już założą rodzinę mają trudności z funkcjonowaniem wobec swoich dzieci jako rodzice. Bywa, że od własnych dzieci oczekują rodzicielskich postaw wobec samych siebie. W takim systemie rodzinnym dochodzi do poważnego pomieszania ról poszczególnych członków. Może też się zdarzyć, iż dorosłe, niekochane dzieci emocjonalnie nadal “tkwią” w swoich rodzinach pochodzenia, które wydają się dla nich ważniejsze te przez nich założone, tak, jakby ciągle miały nadzieję, że “może jednak w końcu mnie pokochają”. Wychowywane w takich warunkach ich

32 Ibid.

33 Ibid, s.122.

34 Ibid, s.123.

własne dzieci narażone są na deprywację potrzeb emocjonalnych i schemat “emocjonalnego niedożywienia” zostaje powielony.³⁵

Dorośli niekochani w dzieciństwie niosą w swoje dorosłe lata, razem z głodem miłości, lęk przed światem, nabyty w pierwszym okresie życia.

Potencjalne skutki “emocjonalnego głodu” doznanego w dzieciństwie, mogą prowadzić do niskiej samooceny, poczucia winy i krzywdy, zaburzonego poczucia własnej tożsamości, poczucia bezsensu, bezradności, psychologicznego uzależnienia od innych, silnej potrzeby kontrolowania otoczenia, depresji, fobii, nerwic, izolacji, perfekcjonizmu, negatywnych oczekiwań w stosunku do innych, zachowań agresywnych i autoagresywnych, przestępczych, alienacji, stosowania przemocy emocjonalnej w dorosłym życiu.³⁶

Zaniedbywane emocjonalnie dzieci dorastają w poczuciu własnej bezwartościowości, winy za całe zło, które ma miejsce w ich życiu.

Ważnym życiowym zadaniem takich dzieci - zwykle już jako dorosłych – jest wyzolenie się z poczucia winy za to, co miało miejsce w ich życiu. Nie jest to łatwe - trzeba dojrzałości, a niejednokrotnie zapewne także profesjonalnej pomocy, żeby uznać, że rodzice sami prawdopodobnie też są “ofiarami” swoich rodziców (być może również ofiarami ofiar). Oznacza to zrozumienie, że rodzice przypuszczalnie nie umieli okazywać uczuć, bo nikt ich tego nie nauczył, im również nikt nigdy ich nie okazywał, sami są “z głodniałymi” dziećmi, rozpaczliwie poszukującymi miłości.³⁷

“Emocjonalnie głodne” dziecko musi się też nauczyć kochać siebie. Miłość do własnej osoby jest niezbędnym warunkiem nawiązywania właściwych kontaktów interpersonalnych, bez niej trudno o satysfakcjonujące, szczęśliwe życie.

Tak naprawdę nie wiadomo, ile jest w Polsce dzieci, które można zakwalifikować jako “emocjonalnie głodne”. Maria Łopatkowa stwierdza: “Dzieci niekochanych są na świecie miliony”. Nie o liczby tu jednak chodzi. Problem z całą pewnością istnieje. Można się zastanawiać, czy na pewno wszystkie dzieci, które czują się niekochane, “emocjonalnie głodne”, pozbawione są rodzicielskich uczuć? Tego nie da się sprawdzić, nie można bowiem obiektywnie zmierzyć siły rodzicielskiego, emocjonalnego zaangażowania. Nie ma to zresztą i tak większego znaczenia. Dziecko bowiem reaguje na to, co czuje. Jeśli odczuwa niedostatek rodzicielskich uczuć, to ten fakt z całą pewnością zaburza jego rozwój.³⁸

“Emocjonalnie głodnym” dzieciom potrzebne jest wsparcie, konkretna pomoc. Z pewnością bardziej skuteczne jednak byłoby niedopuszczenie do pojawienia się zaburzeń, co oznacza konieczność zajęcia się dziećmi narażonymi na niezaspokojenie ich potrzeb w rodzinie. Pomóc im można jedynie poprzez zmianę postaw i zachowań rodziców, rozwój rodzicielskich kompetencji, ćwiczenie właściwych

35 Ibid., s. 125.

36 Ibid., s. 126.

37 Ibid., s. 127.

38 Ibid., s. 128.

zachowań wobec dzieci. Niewątpliwie nie jest zadanie proste, wymaga interdyscyplinarnych, systemowych działań. Warto jednak i trzeba się go podjąć, inaczej bowiem zjawisko "emocjonalnego głodu" dzieci będzie się rozszerzać, pozostając powodem do wstydu dla całego nowoczesnego społeczeństwa.³⁹

PODSUMOWANIE

Analiza problematyki osamotnienia dziecka w rodzinie jest zadaniem niezwykle trudnym; powodów może być kilka np.: rodzice niechętnie i niezwykle rzadko przyznają się do popełnienia błędów wychowawczych, które mogłyby taką sytuację powodować, czy też może mieć miejsce taka sytuacja, że nie istnieje brak poczucia osierocenia u dziecka, u którego są rzeczywiste oznaki zaniedbania, gdy wyraźne poczucie osamotnienia może wystąpić u dziecka, żyjącego w rodzinie posiadającej wysoki status społeczny, spełniającej prawidłowo swoje funkcje opiekuńczo - wychowawcze.⁴⁰ Ponadto dzieci nie zawsze potrafią nazwać stan emocjonalny w jakim się znajdują. Kwestia osamotnienia, samotności dzieci jest również niezwykle trudna dla działań o charakterze pomocowym. Dzieciom osamotnionym w rodzinie dysfunkcyjnej, pomoc można poprzez działania ratownicze całej sieci działań pomocowych (MOPS, organizacje non-profit tj. fundacje, stowarzyszenia, towarzystwa i inne), które pomogą w zmianie sytuacji „życiowej” rodziny, np. poprzez zorganizowanie odwyku, pomoc w znalezieniu pracy itp. działania. Równocześnie należy pracować nad uzdrowieniem funkcji opiekuńczo-wychowawczej rodziny poprzez odbudowanie zerwanych lub osłabionych relacji międzyludzkich i więzi emocjonalnych w rodzinie. Głównym bowiem wyzwaniem dla działań wspomagających i wspierających dzieci osamotnione w rodzinie dysfunkcyjnej jest likwidacja źródeł wywołujących osamotnienie dzieci, takich jak: przemoc, alkoholizm i inne uzależnienia, kłótnie, bieda⁴¹. Poziom trudności wzrasta gdy osamotnienie ma miejsce u dzieci z rodzin teoretycznie bez nałogów i problemów. Rodzicom o wysokim statusie materialnym i wykształconym, którzy mają wysokie poczucie zaspokajania potrzeb swoich dzieci trudno wytłumaczyć, że ich dziecko czuje się nieszczęśliwe, samotne czy osamotnione, a już bardzo ciężko wdrożyć w takich rodzinach procesy naprawcze.

Tak naprawdę tylko „Prawdziwy dom rodzinny chroni dziecko przed osamotnieniem”⁴², dziecko zaś nie będzie osamotnione tylko w rodzinie, w której jej członkowie mogą na siebie liczyć (są otwarci, wspierają się i pomagają sobie), a wychowanie oparte jest na miłości i szacunku.⁴³

BIBLIOGRAFIA:

- Biała J., *Samotność dziecka polskiego na progu XXI wieku*, Kielce 2012, s. 35.
- Gajda J., *Samotność*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, red. T. Pilch, t. V, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006, s. 652–657.
- Gawęcka M., *Poczucie osamotnienia dziecka w rodzinie własnej*, Toruń 2004, s. 10.

39 Ibid, s. 128-129.

40 E. Kopeć, *Samotność w rodzinie źródłem ...op.cit.*, s. 56.

41 J. Izdebska, *Dziecko osamotnione w rodzinie. Kontekst...*, op.cit., s. 192-193.

42 Ibid., s. 367.

43 Ibid.

- Izdebska J, *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku. Niepokoje i nadzieje*, Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok 2000, s. 12.
- Izdebska J., *Dziecko osamotnione w rodzinie. Kontekst pedagogiczny*, Białystok 2004, s.19.
- Kawula S., *Kształty rodziny współczesnej*, Toruń 2005, s. 127.
- Kierzkowska M., *O samotności dziecka we współczesnym świecie*, „Kultura i Wychowanie” 2012, nr 3 (1), s. 134.
- Kopeć E., *Samotność w rodzinie źródłem patologii wśród dzieci i młodzieży*, „Pedagogika Katolicka” 2013, nr 12, s. 56.
- Kozak S., *Patologia eurosieroctwa w Polsce. Skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin*, Warszawa
- Kozdrowicz E., *Dziecko zagubione w rzeczywistości*. [w:] *Nowe stulecie dziecka*, Zielona Góra 2001, s. 258 – 260.
- Niewiadomska J., *Poczucie osamotnienia jako osobowościowy czynnik ryzyka korzystania z kultów publiczności*. [In:] Nowak W., Ropiak S. (red.), *Sekty jako wyzwania społeczne i religijne*, Olsztyn, 2005 s. 66-71.
- *Opuszczenie i osamotnienie dziecka wśród dorosłych*, red G. Gajewska D. Waloszek, [w:] *Nowe stulecie dziecka*, Zielona Góra 2001, s. 267.
- Pawłowska R., E. Jundził, *Pedagogika człowieka samotnego*, Gdańsk 2000, s. 28 -29.
- *Samotność dziecka we współczesnej rodzinie*, red. Dorota Sikora, Chełm 2011, s. 69.
- Sendyk M., *Osamotnienie dziecka w rodzinie. Przegląd badań*, „Małżeństwo i Rodzina” 2003, nr 8.
- Walc W., *Emocjonalne głodne dzieci w Polsce*, [w:] *Głodne dzieci w Polsce*, red. Cz. Kępski, Lublin 2011, s. 120.
- Wasilewska K. M., *Samotność młodzieży*, Bydgoszcz 2010, s. 26.



Marta Stasiła-Sieradzka

Uniwersytet Śląski
E-mail: marta@sieradzki.pl

Małgorzata Dobrowolska

Uniwersytet Śląski
E-mail: malgorzata.dobrowolska@us.edu.pl

NEET - młodzi ludzie zagrożeni
wykluczeniem społecznym,
środowiskowe i indywidualne
determinanty zjawiska – zarys
problemu / *NEET-young people vulnerable
to social exclusion, environmental and individual
determinants of the phenomenon*

Abstract

The article has been touched the problem of NEET s in the EU, as a special case of unemployed young people. Presents the etymology of the concept, the probable risk factors of the phenomenon and the social costs to individual entities. Segmentation in the NEET population it's a significant problem. NEET is a category that contains a variety of subgroups, some of whom are vulnerable and some are not, with very different experiences, characteristics and needs. Heterogeneity of the NEET determine various forms of helping or intervention. The article also included are current proposals to solve the problem of NEETs in the EU.

Keywords: generation NEET, unemployed, social exclusion, young people.

1. WSTĘP

Dokonujące się we współczesnej gospodarce rynkowej zmiany demograficzne (dynamizacja procesu starzenia się społeczeństwa), jak i społeczno-ekonomiczne (zmiany modelu kształcenia, oczekiwań społecznych, postęp naukowo-techniczny, rozwój gospodarki opartej na wiedzy czy zmiany strukturalne na rynku pracy) wpływają na wzrost znaczenia ludzi młodych jako zasobów pracy. Usprawnienie przejścia z systemu edukacji na rynek pracy może determinować pełniejsze wykorzystanie tych zasobów i stymulować procesy wzrostu i rozwoju. To praca stanowi przecież źródło dobrobytu jednostki i warunek niezależności

ekonomicznej oraz decyduje o możliwościach produkcyjnych całej gospodarki (Markowski 2000: 125, Wziątek-Staśko 2012:17).

Proces socjalizacji i edukacji w całym jego przebiegu ukierunkowany jest na samodzielność ekonomiczną człowieka i możliwość wykorzystania przez niego wszelkich zasobów na rzecz indywidualnego rozwoju. Aktywna edukacyjnie, a następnie zawodowo młodzież jest czynnikiem dynamizującym strukturę społeczną wnosząc do niej wartości innowacyjne potrzebne społeczeństwu i gospodarce.

W ostatniej dekadzie w Europie nastąpił znaczny wzrost zainteresowania formami polityki ukierunkowanej celowo na ludzi młodych. Chociaż powody zaangażowania się państwa w pomoc tej grupie bywają różne, to wiele z nich wiąże się z koniecznością ograniczenia negatywnych skutków rosnącego bezrobocia i bierności osób młodych, które w konsekwencji mogą prowadzić do ich wykluczenia społecznego i ekonomicznego. Straty, które w tej sytuacji powstają, nie powinny być rozpatrywane wyłącznie z punktu widzenia mikroekonomicznego. Wysokie koszty finansowe oraz niewykorzystane zasoby pracy w gospodarce, w warunkach starzenia się społeczności, mogą ograniczyć możliwości produkcyjne gospodarki, co w warunkach narastającej konkurencji wydaje się oczywistym przejawem nieefektywności w skali makroekonomicznej. Najczęściej do badania sytuacji osób młodych na rynku pracy, wykorzystuje się standardowe miary, takie jak liczba zatrudnionych, bezrobotnych czy wskaźniki aktywności zawodowej, zatrudnienia oraz bezrobocia. Należy podkreślić, że choć są one powszechnie wykorzystywane i przydatne w ramach prowadzonych analiz, to pomijają pewną część młodych osób, które mają trudności z wejściem do zasobu aktywnych zawodowo oraz pozostają poza systemem kształcenia (Nagel 2013: 98).

W prowadzonych obecnie analizach sytuacji zawodowej młodzieży coraz częściej podkreśla się jej złożony charakter, który wyklucza możliwość opierania się w nich wyłącznie na wskaźnikach zatrudnienia i bezrobocia. W obszarze doradztwa karier coraz większa uwaga badaczy zjawisk na rynku pracy skupia się wokół grupy młodych zaliczanych do kategorii NEET (*not in employment, education or training*). Działania na rzecz aktywizacji tej grupy zalicza się aktualnie do jednych z najważniejszych problemów społecznych identyfikowanych w krajach Unii Europejskiej, które wymagają interwencji (Wziątek-Staśko 2015: 47).

Jak podają Mascherini, Ludwinek, Ledermaier (2015), autorzy raportu „*Social Inclusion of Young People*” liczebność osób w wieku 15-24 zaliczanych do grupy NEET znacznie wzrosła, z 10,9% w roku 2007 do 12,4% w 2014 r. Najwyższe wskaźniki odnotowuje się w takich krajach jak: Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Grecja, Irlandia, Włochy, Rumunia i Hiszpania. Szczególnie niepokojące jest tempo wzrostu populacji NEET w niektórych krajach europejskich, gdzie od 2007 do 2014, wskaźnik ten wzrósł z 11,5% do 19,1% (Grecja), z 12% do 17,1% (Hiszpania), z 10,7% do 15,2% (Irlandia), z 16,2% do 22,1% (Włochy). Z drugiej strony, niski i zarazem wciąż malejący udział NEET w grupie bezrobotnej młodzieży jest rejestrowany w Austrii, Danii, Niemczech, Luksemburgu, Holandii i Szwecji. W Polsce na rok 2014 udział grupy NEET wśród bezrobotnej młodzieży notowany był na poziomie

12%, co zbliża nas do wartości średniej dla krajów Unii Europejskiej, gdzie wskaźnik ten przyjmował w tym czasie wartość 12,4%. W krajach wspólnoty procent NEET jest wyższy dla grupy wiekowej 20-24 niż dla grupy wiekowej 15-19 (17,8% i 6,4% w 2014 roku), co wiąże się z ustawowym obowiązkiem uczęszczania do szkoły przez młodszą grupę wiekową. Obowiązkowe kształcenie do 16 roku życia zostało wprowadzone we wszystkich krajach UE, z wyjątkiem Grecji, gdzie wiek ten określono na 15 lat.

W raporcie podkreślane są także względnie duże koszty, które Europa płaci za posiadanie sporej grupy młodych ludzi zaliczanych do grupy NEET, która systematycznie wzrasta. W roku 2013 młodzież NEET była szacowana na 162 miliardy euro, co stanowi wzrost o 9 mld euro w stosunku do szacunków za rok 2012. Ponadto, jak podkreślają autorzy raportu, tak duża grupa NEET w Europie może również powodować skutki niedające się aktualnie oszacować w wymiarze ekonomicznym. Jednym z nich jest spadek zachowań obywatelskich oraz zaufania do instytucji państwowych, czego dalszym efektem może być wzrost ekstremistycznych postaw w społeczeństwie.

Panuje powszechna zgoda wśród zarówno teoretyków jak i praktyków, że wyłączenie z rynku pracy i edukacji przez dłuższy czas może prowadzić do permanentnego społecznego wykluczenia. Z tego punktu widzenia ciągle monitoring i działania na rzecz inkluzji zawodowej i społecznej populacji NEET stają się jednymi z podstawowych zadań ograniczających ryzyko powiększania się grup wykluczonych społecznie w odniesieniu do całego społeczeństwa.

2. NEET-GRUPA NIEHOMOGENICZNA

Po raz pierwszy termin NEET został oficjalnie wykorzystany w 1999 r. w Wielkiej Brytanii, w raporcie rządowym „*Bridging the Gap*”¹, w kontekście sytuacji młodzieży między 16. a 18. rokiem życia, która przez przynajmniej 6 miesięcy nie uczyła się, nie pracowała i nie uczestniczyła w jakimkolwiek kursie. Jak zauważa Nagiel (2013) w literaturze przedmiotu spotkać można było także inne, określające grupę NEET synonimy, takie jak: zmierzający donikąd (*getting nowhere*), wyrejestrowani, pominięci przez statystyki (*off register*), o statusie zero (*status Zero*), stracona młodzież (*wasted youth*), zwolnieni, zniechęceni, znikający młodzi ludzie (*disengaged, disaffected, disappeared young people*), osoby pozostające na utrzymaniu rodziny (*freeter*). Polscy badacze tego problemu używali określeń „generacja NEET”, „zbiorowość NEET” pokolenie „ani-ani” (Grotowska- Leder, Serafin-Juszczak 2014, Istance, Rees, Williamson 1994, Mirończuk 2014, Nagel 2013, Serafin-Juszczak 2014, Szczerbak 2008, Szcześniak, Rondón, 2011).

Coraz większa świadomość rosnącego problemu aktywizacji tej grupy oraz chęć monitorowania działań prowadzonych w różnych krajach na rzecz młodzieży nieaktywnej zawodowo i edukacyjnie, natrafiła na liczne problemy związane z jej zdefiniowaniem. Kontrowersje dotyczyły wieku osób zaliczanych do tej grupy (grani-

1 *Bridging The Gap: New Opportunities For 16-18 Year Olds Not In Education, Employment or Training*. Presented to Parliament by the Prime Minister by Command of Her Majesty, Department for Education and Employment, GB 1999, <http://dera.ioe.ac.uk/15119/2/bridging-the-gap.pdf>, (22.01.2016)

cy młodości), odmiennego w różnych krajach system edukacji (okres kształcenia obowiązkowego), formy edukacji szkolnej (w tym elastyczność tego systemu) oraz zakresu obowiązkowego wykształcenia obywateli i różnic kulturowych. W początkowym okresie przynależność do grupy NEET dotyczyła wyłącznie nastolatków. Obecnie baza danych Eurostatu umożliwia monitoring osób pozostających poza rynkiem pracy i sferą edukacji w wieku 25–29 oraz 30–34 lat. To ciągle redefiniowanie kategorii osób młodych jest związane zarówno z wydłużaniem się okresów nauki, jak i coraz późniejszym ekonomicznym usamodzielnianiem się młodzieży. W krajach nie należących do Unii Europejskiej także znacznie rozszerzono zakres wieku osób, które mogą wchodzić do kategorii NEET. Według japońskiej definicji NEET to osoby w wieku 15–34 lat, które pozostają poza rynkiem pracy, nie uczęszczają do szkoły ani nie zajmują się domem (Furlong 2007: 109, za Serafin-Juszczak, 2014, s.47). W Korei termin NEET odnosi się do osób w wieku 15–34 lat, które porzuciły szkołę, nie przygotowują się do rozpoczęcia własnej działalności gospodarczej, nie mają pracy, nie mają obowiązków rodzinnych (lub dzieci) i nie są w związku małżeńskim².

Obecnie procesem gromadzenia i przetwarzania informacji na temat osób młodych pozostających poza rynkiem pracy i systemem edukacji zajmuje się szereg instytucji ponadnarodowych, (OECD, Komisja Europejska i Rada Europy). Przyjęta w celach statystycznych definicja grupy NEET obejmuje osoby młode w wieku 15–24 lat, które nie uczestniczą w żadnej formie kształcenia formalnego i nieformalnego oraz są bezrobotne lub nieaktywne. Fundamentalną cechą osób należących do grupy NEET jest więc brak zaangażowania w dwie podstawowe sfery życia społecznego, tzn. sferę edukacji i sferę pracy. W grupie NEET znajduje się bowiem nie tylko osoba młoda, która spełnia kryteria osoby bezrobotnej, lecz także jednostka przedwcześnie kończąca edukację, nieszukająca pracy, pozostająca – czasem z wyboru, a czasem z konieczności – na utrzymaniu rodziców lub angażująca się w działalność nieakceptowaną społecznie. Dłuższy okres systematycznego tworzenia bazy danych oraz zastosowanie jednolitej metodologii ich pozyskiwania pozwalała na prowadzenie analiz porównawczych zarówno w różnych okresach, jak i między krajami. W ten sposób wyeliminowano problem zróżnicowania definicyjnego, które pojawiało się w różnych badaniach głównie o charakterze jakościowym³.

Jak podkreśla Serafin-Juszczak (2014) nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, kim jest przeciętny przedstawiciel grupy NEET, gdyż grupa ta nie jest homogeniczna. Fakt ten implikuje zróżnicowane wyzwania i określa bardzo specyficzne dla danej podgrupy rodzaje interwencji. W tym kontekście wszelkie próby wyłaniania precyzyjnych kryteriów segmentacji w ramach grupy tworzącej NEET dają szansę na zwiększenie skuteczności podjętych działań, gdyż wśród osób zaliczanych do tej grupy znajdują się takie, które w sposób szczególny narażone są

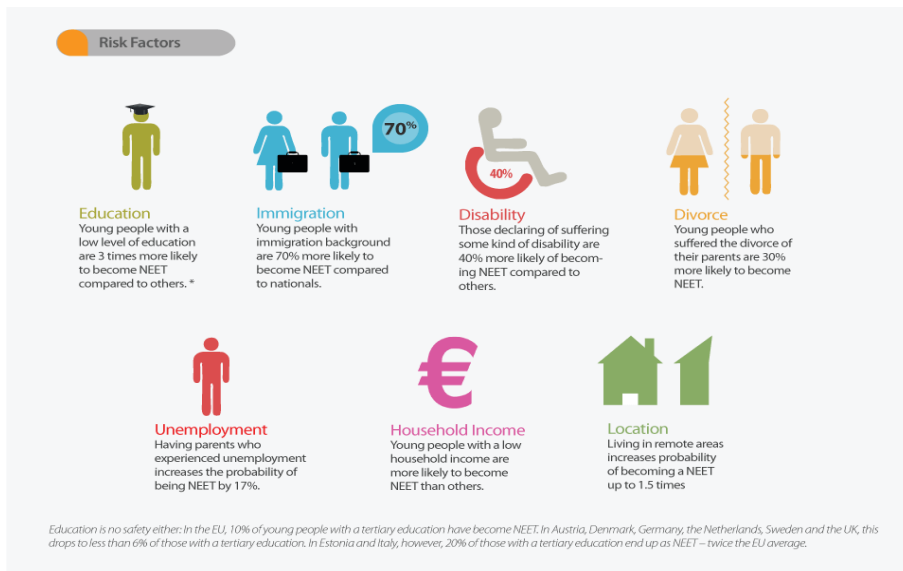
2 Off to a Good Start? Jobs for Youth, OECD 2010, s.41

www.unav.edu/matrimonioyfamilia/.../top/2010/OCDE_Jobs-for-youth.pdf (16.02.2016)

3 NEETs Young People not in Employment, Education or Training: Characteristics Costs and Policy Responses in Europe, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2012, s. 20 http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1254en.pdf (21.01.2016)

na marginalizację społeczną, jak i takie, które prawdopodobnie jej nie doświadczą ze względu na posiadany kapitał społeczny i kulturowy. Odnosząc się do działań prewencyjnych ważnym aspektem jest zatem zdiagnozowanie czynników wpływających na wzrost szans na włączenie i pozostanie młodego człowieka w grupie nieaktywnych zawodowo i edukacyjnie. Jako główne przyczyny zwiększające prawdopodobieństwo przynależności do grupy NEET podaje się: niski poziom edukacji (związany często z jej przerwaniem w ramach edukacji obowiązkowej w danym kraju), status emigranta, niepełnosprawność, wychowanie w niepełnej rodzinie (eurosieroctwo, rozwiedzeni rodzice), bezrobocie rodziców, ubóstwo oraz zamieszkanie w obszarze ograniczonego dostępu do pracy.

Rys.1. Czynniki zwiększające prawdopodobieństwo przynależności do grupy NEET



Źródło: Young people and «NEETs», <http://www.eurofound.europa.eu/young-people-and-neets-1> (22.01.2016)

Jako kolejne czynniki odnoszące się do samej jednostki i jej środowiska rodzinnego określono:

- problemy domowe (niska zdolność rodzicielska, patologie życia rodzinnego),
- konieczność opieki nad osobami zależnymi (np. rodzeństwem),
- niskie umiejętności podstawowe,
- wcześniejsze problemy z wykluczeniem,
- wcześniejsze i obecne problemy z nadużywaniem środków odurzających (alkohol, narkotyki),
- wczesne rodzicielstwo (nastoletni rodzice),
- niska motywacja i aspiracje,
- bezdomność,

- nierozpoznana dysleksja,
- przyjmowanie postawy roszczeniowej (po prostu chcę pracę),
- przeszłość przestępcza,
- słabe umiejętności społeczne,
- problemy ze zdrowiem psychicznym,
- zaniedbywanie systemu edukacji, słaba frekwencja szkolna (Arnold, Becker 2000, za Mirończuk 2014: 145).

Poza zdiagnozowaniem czynników środowiskowych i indywidualnych wpływających na wzrost szans na włączenie i pozostawanie w grupie NEET ważna jest także, z punktu widzenia skuteczności podejmowanych interwencji, próba klasyfikacji osób, które przynależą do grupy NEET. Autorzy raportu (Mascherini, Salvatore, Meierkord, Jungblut, 2012) „*NEETs Young People not in Employment, Education or Training*” przedstawili pięć podgrup kategorii NEET:

- bezrobotni długo i krótko okresowi (*conventionally unemployed*), którzy nie podejmują działań doksztalających,
- niezdolni z różnych przyczyn do podjęcia aktywności w sferze pracy lub nauki (*unavailable*) – młodzi chorzy, niepełnosprawni, opiekunowie osób zależnych,
- niezaangażowani (*disengaged*) – zniechęceni, byli pracownicy lub bezrobotni, ale także młodzi prowadzący aspołeczny tryb życia,
- poszukujący/oczekujący (*opportunity-seekers*) – młodzi aktywnie poszukujący pracy lub szkoleń odpowiadających ich aspiracjom i oczekiwanemu statusowi,
- dobrowolni NEET (*voluntary NEETs*)- zaangażowani w inne działalności nie związane z pracą zawodową (aktywność artystyczna, samodoskonalenie, podróże)⁴.

Jeszcze inny podział świadczący o niehomogeniczności tej grupy zaproponowany został w raporcie „*Tackling the NEETs problem*”⁵ z 2009 roku. W podziale tym uwzględniono stosunek osób należących do grupy NEET w obszarze edukacji i pracy oraz perspektywę przejścia do aktywności zawodowej. Wyłonione podgrupy to:

- 40% należących do „otwartych na naukę” (*open to learning*): zazwyczaj są to młodzi ludzie, którzy dokonali złych wyborów edukacyjnych. Mają często dobre doświadczenia związane ze szkołą, są pozytywnie nastawieni do przyszłości i zainteresowani podjęciem pracy, przebranżowieniem.
- 22% należących do „niezdecydowanych” (*undecided*), którzy nie są w stanie określić co chcą zrobić, albo nie są w stanie uzyskać dostępu do takiej formy edukacji lub pracy, którą pragną realizować. Zazwyczaj wykazują negatywny stosunek do dalszej edukacji.

⁴ Ibidem s.24

⁵ Tackling the NEETs problem. Supporting Local Authorities in reducing young people not in employment, education and training, Institute of Education University of London, 2009, <https://www.ioe.ac.uk/TacklingNEETs.pdf>

- 38% należących do „trwałych” (*sustained*), którymi są młodzi ludzie często bezrobotni od dłuższego już czasu lub mający bardzo ubogą historię zatrudnienia, charakteryzującą się niskim poziomem wykształcenia i bardzo negatywnymi doświadczeniami ze szkoły, w tym niską frekwencją, opuszczaniem zajęć (wagarowaniem).

3. SKUTKI WYKLUCZENIA ZAWODOWEGO I SPOŁECZNEGO MŁODZIEŻY NEET

Działania na rzecz aktywizacji zawodowej i edukacyjnej grupy NEET są istotne zarówno z uwagi na czynniki ekonomiczne jak i psychologiczne wynikające z przynależności do tej grupy. Osoby te są zaprzeczeniem skrajnie odmiennej grupy dla tego segmentu wiekowego, czyli kategorii EET (*educated, employed and trained*): wykształconych, pracujących i wykwalifikowanych młodych ludzi. Problemem polityki gospodarczej, a zwłaszcza polityki rynku pracy, jest z jednej strony ilościowa skala zjawiska NEET, a z drugiej- trwałość pozostawania w tym segmencie (Pawłowski, 2013, s.19-37.).

Osoby należące do grupy NEET stanowią niewykorzystany potencjał rynku pracy. NEET to bardzo zróżnicowana grupa pod względem wykształcenia oraz innych czynników indywidualnych. Nie ulega wątpliwości, że działania naprawcze powinny zmierzać w kierunku włączenia tej grupy do grona pracujących w różnych formach zatrudnienia. Młody człowiek nieaktywny zawodowo, z niskim poziomem edukacji, nie zarabia i nie płaci podatków, nie przynosi więc ani państwu, ani swoim bliskim dochodów. W ten sposób nie tylko nie zwracają się koszty inwestycji środków publicznych i rodzin w edukację młodego pokolenia, ale generowane są wysokie nakłady na świadczenia społeczne, utrzymanie urzędów pracy i innych instytucji zajmujących się wspieraniem osób wykluczonych.

Obecność NEET-ów w społeczeństwie oznacza koszty ponoszone na zabezpieczenie socjalne i reaktywację zawodową młodych roczników, na walkę z przestępczością oraz resocjalizację. Pozostawanie poza rynkiem pracy i wykluczenie z systemu oświatowego współwystępuje z różnymi formami dewiacji i dysfunkcji społecznych. Brak własnego źródła dochodu i niewielkie szanse na jego otrzymanie to podstawowe bariery w usamodzielnieniu się młodego człowieka, w tym na założenie rodziny i posiadanie dzieci. (Serafin-Juszczak 2014: 54-55). Jak podkreśla Męcina (2015) z analizy strat dla gospodarki spowodowanych niewykorzystaniem potencjału osób należących do grupy NEET utracone korzyści sięgają 1,5 procent polskiego PKB.

Oprócz kosztów w sferze ekonomicznej, dotyczących zarówno budżetu państwa jak i indywidualnych dochodów, nie bez znaczenia pozostaje cała sfera kosztów psychologicznych ponoszonych przez młode osoby należące do grupy NEET. Wyniki badania zaprezentowane w raporcie „*The Prince's Trust Youth Index*” z 2013 r. przeprowadzonego przez brytyjską organizację Princes's Trust⁶ wskazują, iż jeden na dziesięć młodych ludzi z populacji NEET czuje, że nie może poradzić sobie

6 The Prince's Trust Youth Index 2013, s.16-17 https://www.princes-trust.org.uk/Document_Youth-Index-2013.pdf, S.16-17(22.01.2016)

z życiem z dnia na dzień. Badania ukazały także różnice w poczuciu dobrostanu, określanego poprzez poczucia szczęścia i pewności siebie, pomiędzy grupami NEET i EET. Diagnozowanych było dziewięć obszarów: praca i edukacja, dom i najbliższe otoczenia, obszar zamieszkania, relacje rodzinne, relacji z przyjaciółmi, zdrowie fizyczne oraz psychiczne. Dokonano także oszacowania ogólnego indeksu dobrostanu (*wellbeing*) w obu badanych grupach. Uzyskane wyniki zamieszczono w Tab.1.

Tab. 1 Indeks wyników dobrostanu w zależności od statusu zatrudniania (EET vs. NEET)

Obszary	Szczęście		Pewność siebie	
	EET	NEET	ETT	NEET
Praca/edukacja	73	41	69	53
Dom, najbliższe otoczenie	77	68	74	65
Obszar zamieszkania	69	62	70	62
Relacje rodzinne	80	70	80	71
Relacje z przyjaciółmi	75	64	75	65
Dochody, pieniądze	60	45	67	55
Kwalifikacje	77	62	76	60
Zdrowie fizyczne	70	60	74	63
Zdrowie psychiczne, emocjonalne	68	55	74	62
Wynik ogólny dobrego samopoczucia	72	59	73	62

Źródło: opracowanie własne na podstawie The Prince's Trust Youth Index 2013, s.16, https://www.princes-trust.org.uk/Document_Youth-Index-2013.pdf , S.16-17 (22.01.2016), wyniki podane w %.

Wśród badanych EET 28% czuje się przygnębionych zawsze lub często, wśród NEET wynik ten ukształtował się na poziomie 48%. Przynależność do danej grupy związana jest także z poczuciem braku szczęścia w życiu, odczucie takie ma 49% młodzieży NEET i 14% osób zaliczanych do EET.

Długotrwała przynależnością do grupy NEET niemal w sposób kaskadowy wpływa także na problemy związane z wejściem na rynek pracy, otrzymaniem stabilnej i dobrze płatnej posady oraz jej utrzymaniem. Jak podkreślają Sisson i Jones (2012, s.10-11) w raporcie „*Lost in transition? The changing labour market and young people not in employment, education or training*”⁷ można wymienić cztery zasadnicze problem tej grupy.

Po pierwsze długa nieaktywność zawodowa powoduje brak rozwoju w zakresie kompetencji społecznych niezbędnych w sprawnym pełnieniu ról zawodowych na aktualnym rynku pracy (umiejętności komunikacyjne, zarządzanie czasem) oraz spadek motywacji do podejmowania działań aktywizacyjnych. Pojawia się także spadek wiary we własne możliwości i lęk przed rozmowami kwalifikacyjnymi. Ko-

7 P. Sissons , K. Jones Lost in transition? The changing labour market and young people not in employment, education or training, The Work Foundation part of Lancaster University, London 2012, s.10-11, [http://www.theworkfoundation.com/downloadpublication/report/310_lost_in_transition%20\(2\).pdf](http://www.theworkfoundation.com/downloadpublication/report/310_lost_in_transition%20(2).pdf) (28.01.2016)

lejnym problemem dotyczy związku bezrobocia wśród młodzieży z ryzykiem zachowań problemowych i przestępczości. Brak możliwości wykazania się niekaralnością jest barierą dla zatrudnienia i negatywnie wpływa na kolejne doświadczenia na rynku pracy. Kolejnym problemem dotyczy wpływu bezrobocia w młodym wieku na mniejsze dochody w perspektywie długofalowej jako skutek odroczenia w zdobywaniu doświadczeń zawodowych lub wręcz utratę szans na rozwijanie kompetencji związanych z posiadanym wykształceniem. Zjawisko to określane jest mianem „bliznowacenia płac” (*wage scarring*).

4. INICJATYWY NA RZECZ INKLUZJI MŁODZIEŻY NEET

W krajach Unii Europejskiej długoterminowo bezrobotna młodzież stanowi jedną trzecią ogółu zarejestrowanych. Sytuacja różni się jednak znacznie w poszczególnych krajach. W roku 2014 w Grecji 60% niepracującej młodzieży należała do grupy długotrwale bezrobotnych (ponad 12 miesięcy), podobnie we Włoszech (59,7%), Słowacji (57,2%) i Chorwacji (49,4%). Z drugiej strony, krajami o niskiej stopie długotrwałego bezrobocia wśród młodzieży są Finlandia, Dania, Szwecja, Austria (poniżej 10%). Wszystkie te kraje realizują różnorodne programy gwarancji dla młodzieży ułatwiające tranzyt na rynek pracy mieszczące się w ogólnej strategii przyjętej przez członków Unii Europejskiej. Nowe inicjatywy polityczne i ramy wspierania zatrudnienia młodzieży zawierają szereg propozycji koncentrujących się głównie na następujących obszarach:

- ograniczenia przedwczesnego kończenia nauki szkolnej,
- modernizację kształcenia i szkolenia, w tym szkolenia zawodowego,
- ułatwianie młodym ludziom dostępu do rynku pracy,
- promowanie mobilności w całej Unii Europejskiej,
- zapewnienie bardziej efektywnego wykorzystania funduszy europejskich na działania w dziedzinie zatrudnienia młodzieży (Massimiliano, Ludwinek, Ledermaier, 2014: 28-35)

Przekładając to na inicjatywy podejmowane przez państwa członkowskie odnoszące największe sukcesy na polu włączania grupy NEET warto wymienić przykładowe projekty „*Ausbildungsgarantie*” oraz „*Überbetriebliche Lehrausbildung*” implementowane w Austrii opierające się na tzw. gwarancji staży dla młodych ludzi w okresie do 90 dni od ukończenia szkoły. Szwecja realizuje natomiast program „*Jobbgarantinföringdomar*” adresowany do osób w wieku 16-24 lat, w ramach którego następują bardzo szybkie i intensywne działania włączające młodego człowieka w aktywność zawodową. Obejmują one poradnictwo edukacyjne i zawodowe, a także poszukiwania pracy w połączeniu z działalnością coachingową, w tym praktyki zawodowe, staże, pomoc w dostępie do edukacji, finansowanie typu start-up. Podobnie Finlandia, w ramach programu „*Nuorten Yhteiskuntatakuu*” jako najważniejszy czynnik ograniczający inkluzję uznała czas wejścia młodego człowieka na rynek pracy. Działania aktywizujące są więc tu skoncentrowane na maksymalnym wysiłku w zaplanowaniu dalszej aktywności zawodowej lub edukacyjnej młodzieży. Czas trzech miesięcy od momentu zarejestrowania się młodego człowieka jako osoby bezrobotnej poświęcony jest na zaplanowanie dalszych

szkoleń, staży lub pomoc w znalezieniu docelowego miejsca pracy.⁸ W przypadku uczniów, którzy rezygnują ze szkoły, wiele krajów wprowadziło inicjatywy dające szansę na ponowne włączenie w proces edukacyjny w połączeniu ze szkoleniami praktycznymi. We Francji na przykład, szkoły „*second-chance*” (szkoły drugiej szansy) proponują młodym ludziom ponowne przystąpienie do różnorodnych form kształcenia połączonych z nabywaniem umiejętności praktycznych w ramach praktyk zawodowych⁹.

Ogólne dyrektywy dotyczące działań na rzecz włączania społecznego młodzieży NEET oparte zostały między innymi na wynikach badań OECD i strategii „*Better skills, Better Jobs, Better Lives*”. Wskazuje się w nich, że w przypadku osób młodych (16–24 lata), które pozostają w edukacji lub/i w zatrudnieniu, wraz z wiekiem następuje przyrost kompetencji, natomiast w przypadku osób z grupy NEET – następuje ich regresja¹⁰. To właśnie brak umiejętności praktycznych i doświadczenia zawodowego jest najczęściej podnoszonym argumentem w kontekście wyłączenia młodych osób. Dlatego rekomendowano wszelkie działania mające na celu wsparcie tej grupy, które powinny się koncentrować wokół szkoleń, kursów oraz staży zawodowych w kierunkach wskazywanych jako zawody deficytowe, na które istnieje zapotrzebowanie. Fakt ten, jak podkreśla Riso (2016) lokuje problem włączenia społecznego grupy młodzieży NEET w perspektywie szerszych działań związanych z monitorowaniem zjawisk na rynku pracy, w tym dostosowywaniem form edukacji do realnych jego potrzeb. Zapewnienie możliwości kształcenia, a następnie pracy z wykorzystaniem pełnego wachlarza form tradycyjnych i elastycznych, który oferuje dzisiejszy rynek pracy, to kluczowe zadanie na rzecz włączenia młodzieży NEET. Należy jednak podkreślić, że kategoria NEET jest bardzo zróżnicowaną grupą, a określenie jej wspólnych cech niezwykle trudne, co powoduje konieczność wypracowywania różnorodnych form działań sprzyjających włączeniu społecznemu.

LITERATURA

- Arnold C., Becker T., *Transition from School to Work: Applying Psychology to NEET*, „*Educational & Child Psychology*” 2000, vol. 29, no. 3, s. 71.
- *Bridging The Gap: New Opportunities For 16–18 Year Olds Not In Education, Employment Or Training*, Presented to Parliament by the Prime Minister by Command of Her Majesty July 1999, Department for Education and Employment, London 1999.
- Furlong A., *The zone of precarity and discourses of vulnerability: NEET in the UK*, „*Journal of Social Sciences and Humanities*”, No. 381, 2007, s. 101–121.
- Grotowska-Leder J., Serafin-Juszczak B., *Zbiorowość NEET-niewykorzystane zasoby pracy młodzieży. Skala, dynamika i wybrane cechy zjawiska w perspektywie Unii Europejskiej*, red. L. Machol-Zajda, C. Sadowska-Snarska, *Rynek pracy i polityka społeczna w XXI wieku. Aktualne problemy*, Warszawa 2014.

8 Social inclusion of young people, Eurofound 2015, <https://www.eurofound.europa.eu/pl/publications/report/2015/labour-market-social-policies/social-inclusion-of-young-people> (16.04.2016)

9 Young people and NEETs in Europe: First findings, Eurostat 2011, <http://apyouthnet.ilo.org/resources/young-people-and-neets-in-europe-first-findings> (16.04.2016)

10 The OECD Skills Strategy „*Better Skills, Better Jobs, Better Lives*”, Warszawa 2012, http://www.ekspercibolonscy.org.pl/sites/ekspercibolonscy.org.pl/files/joanne_caddy.pdf (21.04.2016)

- Istance D., Rees G., Williamson H., Young people not in education, training or employment in South Glamorgan, South Glamorgan Training and Enterprise Council, Cardiff 1994.
- Markowski D., Wielkie struktury społeczne, Tyczyn 2000.
- Mascherini M., Salvatore L., Meierkord A., Jungblut J.M., NEETs Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe, Luxembourg 2012
- Mascherini M., Ludwinek A., Ledermaier .S, Social inclusion of young people, Report Eurofund nr 146, 2015.
- Mirończuk J., NEET – zjawisko i problem społeczno-ekonomiczny w Unii Europejskiej, „Przegląd Zachodniopomorski” zeszyt 3 VOL . 1, 2014, s. 237-255.
- Negel K., Młodzież pozostająca poza zatrudnieniem i edukacją w transformujących się krajach Unii Europejskiej, „Stadia Ekonomiczne” nr 197, 2014, s.99-109.
- Negel K., Wpływ kryzysu na sytuację osób młodych na rynku pracy na przykładzie wybranych krajów, „Humanities and Social Sciences” nr 4, 2013, s.97-109.
- Pawłowski G., Strategiczny cel stabilizacji rynku pracy a problem NEET, „Rozprawy Naukowe i Zawodowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Elblągu” zeszyt 16, 2013, s. 19-37.
- Riso S., Start-up support for young people in the EU: From implementation to evaluation, Luxembourg 2016.
- Sendrowicz B., Bezrobocie radykalizuje młodych, wywiad z J.Męcina, GazetaWyborcza. pl 12.01.2015,http://wyborcza.pl/1,76842,17239636,Jacek_Mecina__Bezrobocie_radykalizuje_mlodych.html (21.04.2016).
- Serafin-Juszczak B., NEET – nowa kategoria młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym, „FOLIA SOCIOLOGICA” nr 49, 2014, s.45-61.
- Sissons P., Jones K., Lost in transition? The changing labour market and young people not in employment, education or training, The Work Fundation part of Lancaster University, London 2012.
- Szczerbak, A., Changes and trends in Japanese HRM, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, nr 60, 2008, s. 89–104.
- Szcześniak M., Rondón G., Pokolenie „ani-ani”: o m odzieży, która się nie uczy, nie pracuje i nie dba o samokształcenie, „ Psychologia Społeczna” nr 63(18), 20111, s.241-251.
- Wziętek-Staśko A., Diversity management jako czynnik sukcesu w procesie strategicznej transformacji organizacji. [W]: Chwistecka-Dudek H., Sroka W. (red.) „Strategiczna transformacja polskich firm: od restrukturyzacji do strategii rozwoju zewnętrznego”, WSB, Dąbrowa Górnicza, 2012, s. 17
- Wziętek-Staśko A., Wiek kluczowym wyróżnikiem różnorodności pracowników-implikacje dla motywowania, „Społeczeństwo i Edukacja”, Instytut Spraw Międzynarodowych I Edukacji HUMANUM, 2015, nr 16 (1), ISSN 1898-0171, s. 47.



Andżelika Retmańczyk

Uniwersytet Szczeciński Wydział Humanistyczny
E-mail: angelka30@wp.pl

Paradoksy zwalczania ubóstwa. Rzecz
o (nie)upełnomocnieniu wyłączonego
społecznie / *The paradoxes of combating
poverty. The story of (non)empowerment of the
socially excluded*

Abstract

In the presented article the author presents the issue of empowerment understood as the fact of giving full rights to an individual or a group within the field of institutional influences from the point of view of a practician and long-time observer of the permanent changes in social support. Anthony Giddens, Pierre Bourdieu, Jurgen Habermas are just a few of public intellectuals manifesting interest in social policy and with whose opinions the author attempts to confront the field of practical influence of social services specialists. Moreover, the article attempts to describe paradoxes in social support in the form of unmasking facts, stereotypes, and camouflages in terms of organization of social support. The presented text, exemplifying the act of combating poverty, indicates problems appearing during application of the concept of empowerment in the field of social support. Numerous examples quoted in the presented text depict the paradoxical mechanisms in social activities, and thus the apparent subjectivity of social support clients, which disfavor empowerment.

Keywords: poverty, marginalization, social support, empowerment, social worker

1. WPROWADZENIE

„Bieda ma wiele oblicz. Nikt w tę biedę nas nie strąca, nie zawiniamy jej sami i nikogo z nią winić nie możemy. Możemy ją znosić godnie, możemy z nią sobie nie radzić, możemy póki co udawać, że nas nie dotyczy” (Filek 2010: 80).

W swojej codziennej praktyce zawodowej spotykam się z różnymi klientami, jak i różnymi problemami, których oni doświadczają. Dlatego z pozycji praktyka i wieloletniego oberwatora permanentnie zachodzących zmian w pomocy społecznej, uczyniłam zjawisko ubóstwa, jako przedmiot niniejszych rozważań. Centralnymi kategoriami są w nich zagadnienia pomocy

i wsparcia społecznego, jednak z perspektywy zaprzeczenia celowości oddziaływań pomocowych. Przedmiotem oddzielnej analizy uczyniłam zagadnienie *empowerment*, rozumiane jako upełnomocnienie jednostki lub grupy, a będące w moim przekonaniu istotną kwestią w obszarze oddziaływań instytucjonalnych. Literatura przedmiotu bardzo szeroko i wielowymiarowo traktuje zagadnienia ubóstwa, wyłączenia społecznego, marginalizacji itp. dlatego rezygnuję w artykule z teoretycznego charakteru przedstawienia poruszanych problemów, na rzecz podjęcia próby opisanego paradoksów w pomocy społecznej, w formie demaskujących faktów, stereotypów, kamuflaży, w zakresie organizacji pracy służb społecznych na rzecz jednostki, grupy, czy społeczności lokalnych.

2. SPOSOBY MYŚLENIA O POMOCY SPOŁECZNEJ

„W Polsce (...) gołym okiem widać, ile hołoty jest wśród tych co «na górze» i nie dotyczy to tylko klasy politycznej. Na samym dole zaś mieszka bieda. I jak ludzkość krzątająca się, konsumująca nie chce, by jej trzymano trupa na widoku, tak i nie chce widzieć tego trupa społecznego, jakim jest wyklęty, toteż: weźcie mi z oczu te ludzkie strzępy» (Filek 2010: 81).

Skoro przedmiotem analizowanego artykułu uczyniono jeden z głównych i najczęściej wymienianych powodów ubiegania się klientów o pomoc społeczną, nie sposób ominąć kwestii pracy socjalnej, która to właśnie ma za zadanie rozwiązywać ten problem, a już z pewnością minimalizować jego skutki. Praca socjalna w Polsce ma bogate tradycje i choć w ostatnich latach podjęto szereg rozwiązań i uregulowań prawnych, w celu nadania jej profesji i rangi, w dyskursie publicznym wciąż nie brakuje głosów krytyki w zakresie praktycznego, szczególnie instytucjonalnego wymiaru pracy socjalnej. Potwierdzeniem tego stanu rzeczy jest nie najlepsza opinia społeczna, dochodząca m.in. z przekazów medialnych, o całym systemie pomocy społecznej, jak i działalności samych pracowników socjalnych. Obok krytycznego myślenia, jest i pozytywne, które ujmuje pracę socjalną jako szereg konstruktywnych interwencji, mających na celu poprawienie sytuacji życiowej ludzi. Ten sposób myślenia o pracy socjalnej opiera się na czynieniu pozytywnych zmian w życiu osób wykluczonych społecznie. Ważne jest, by na pracę socjalną spojrzeć jak na działalność, która oddziela potrzeby ludzi pozostające do zaspokojenia przez państwo, od tych, które powinny być spełnione prywatnie. Praca socjalna ma godzić indywidualność z solidarnością społeczną. Nadanie takiego toku myślenia współczesnej pracy socjalnej oznacza nic innego, jak *empowerment*. Pomimo podejmowanych przez pomoc społeczną prób równoważenia wolności z ingerencją państwa dla zaspokojenia ludzkich potrzeb, problem ubóstwa dalej izoluje, ale o tym i innych dualizmach pracy socjalnej w późniejszej części artykułu.

W podstawowych jednostkach pomocy społecznej, jakimi bez wątpienia są ośrodki pomocy społecznej, ci sami pracownicy wykonują jednocześnie zadania aktywizujące klientów, jak i prace biurowe. Pomimo wyraźnie słyszalnej demonstracji oponentów opowiadających się za oddzieleniem biurowego pracownika socjalnego od terenowego pracownika socjalnego, w dalszym ciągu funkcjonuje omnipotentny pracownik socjalny, który pracuje w każdych warunkach, zmagając się z każdym problemem indywidualnego klienta, czy społeczności lokalnej, a także

biurowym. Tak więc prezentowane treści w równym stopniu odnoszą się do pracowników socjalnych, jak i innych osób zatrudnionych na równych stanowiskach w ośrodkach pomocy społecznej, stad też na potrzeby niniejszego artykułu zamiennie będą określani jako pomagacze lub specjaliści.

3. ISTOTA UPEŁNOMOCNIENIA W POMOCY SPOŁECZNEJ

Ograniczone możliwości objętościowe tekstu nie pozwalają na zgłębianie znaczeniowej złożoności pojęcia *empowerment*. Posługując się tym terminem w kontekście rozważanych tu zagadnień, przyjmuje się, iż *empowerment* to orientacja działania w pracy socjalnej, służąca umocnieniu i przywróceniu możliwie pełnego udziału jednostki, grupy w życiu społecznym, które z powodu różnych procesów zostały zmarginalizowane. *Empowerment* cytowany w literaturze polskiej oznacza najczęściej (w terminologii przyjętej w pracy socjalnej) upełnomocnienie bądź wzmocnienie. To „proces, przez który osoby i grupy rozwijają świadomość swoich zdolności kontrolowania lub wpływania na siebie i innych oraz uczą się umiejętności efektywnego stosowania swego wpływu” (Pernell 1986: 109). Jak wiele innych metod i narzędzi, tak i ideę *empowerment*, zapożyczono na grunt Polski z amerykańskiej pracy socjalnej, która za oceanem była reakcją na zmieniające się tam warunki ekonomiczno-społeczne w latach siedemdziesiątych.

Przeglądając literaturę można się dowiedzieć, iż pojęcie *empowerment* zostało w Polsce użyte po raz pierwszy przez Jerzego Szmagałskiego, kiedy popularyzował amerykańskie metody pracy socjalnej (Gulczyńska i Granosik 2014: 17). Pomimo, że upełnomocnieniu już od dawna przyznano ważne miejsce w definicji pracy socjalnej, to na przestrzeni swojej 16-letniej pracy zawodowej w obszarze gminnej i powiatowej polityki społecznej, nie zauważyłam szczególnego zainteresowania tą metodą, a tym bardziej popularności w zakresie jej uprawiania. Trudność w aplikowaniu tej orientacji wynika pewnie ze specyficznej i dość skomplikowanej jej strategii działania. W błędzie jest ten, kto uważa, iż to działalność prosta do zastosowania.

(...) empowerment jest zarówno procesem, jak i celem (...). Jako cel, wzmocnienie definiuje stan ostateczny – uzyskanie siły (mocy). W tym sensie poszczególne osoby, grupy, instytucje i społeczności mogą w sposób podobny walczyć o wzmocnienie. Jako proces, wzmocnienie oznacza ułatwienie, umożliwienie, sprzyjanie lub promowanie zdolności do kompetentnego przystosowawczego funkcjonowania (DuBois i Krogsrud Miley 1999: 141-142).

Zatem *empowerment* jest rozumiany jako zmiana układu sił do uzyskania mocy, a przedmiotem jego działania nie są tylko jednostki słabe, wykluczone, zmarginalizowane, a system społeczny uformowany przez mających władzę. Zwłaszcza ten drugi przedmiot wpływa, najczęściej w praktycznym oddziaływaniu, na trudność aplikacyjną omawianej orientacji. System społeczny wypełnia szereg profesjonalistów, których zadanie sprowadza się przede wszystkim do pomagania innym ludziom. Stąd też w niektórych częściach artykułu świadomie i celowo używam, może niezbyt prawidłowego, ale w moim przekonaniu oddającego istotę misji tych pracowników, określenia „pomagacze”. Dlaczego niektórzy pomagacze opornie odnoszą się do koncepcji upełnomocnienia? Zastosowanie tej koncepcji wymaga

od pomagaczy zawieszenia wiedzy i władzy, a co za tym idzie szanowania podejmowanych przez ludzi prób poradzenia sobie z własnymi trudnościami i uznania dla siły, która w nich tkwi. Wówczas orientacja ma sens i w sposób pozytywny odzwierciedla zmiany w strukturach osobowych, jak i środowiskowych. Idąc dalej, tak stawiany wymóg wchodzi w sprzeczność z inklinacją większości pomagaczy, którzy niechętnie chcą rezygnować z władzy.

Inną kwestią konieczną do przeanalizowania jest fakt braku stosowania przez pomagaczy terminu *empowerment*. Cała rzesza specjalistów nie wie, co termin wymieniony oznacza. To, co można byłoby połączyć z tą koncepcją w ich myśleniu to „uzyskiwanie samodzielności”, „wyjście z pomocy społecznej”. Pomimo, że specjaliści uważają, iż klienci winni być traktowani, jako podmioty, nie przedmioty działań socjalnych, pełnoprawni obywatele, których prawa nie wolno ograniczać, ponadto, którym pewnych wartości nie należy zmieniać pomimo, że godzą w panujące systemowe strategie, niestety ich praca bardzo często pozbawiona jest siły, mocy, czy zadowolenia.

4. ROLA POMAGACZY W ODDZIAŁYWANIACH SOCJALNYCH

„Ci biedni są naszymi nauczycielami, przed którymi zdajemy egzamin z naszego człowieczeństwa” (Filek 2010: 84).

Skoro *empowerment* rozumie się jako zjawisko interakcyjne, „(...) oparte na humanistycznej wizji człowieka” (Szczepkowski 2010: 19), jako wpływ, który jednostka lub grupa wywiera na innych i siebie, a nie tylko jako władzę instytucjonalną, to zgodnie z doktryną przedmiotowej idei, pracownik (pomagacz) powinien przyjmować określone role, by ludzie uzyskali panowanie nad własnym życiem, a struktury instytucjonalne reagowały na potrzeby ludzi w sposób sprawiedliwy.

Najwyraźniej zaznaczoną rolą w procesie *empowerment*, jaką przyjmuje pomagacz jest rola nauczyciela. Żeby spełnić się w tej roli, należy posiadać określoną wiedzę i umiejętności, bo w innej sytuacji podjęta rola może się sprowadzić do braku panowania nad jednostką czy grupą wykluczonych. Inną niemniej ważną rolą do spełnienia przez pracownika wdrażającego *empowerment* jest wsparcie merytoryczne w poszukiwaniu źródeł pomocy w otoczeniu rodzinnym, jak i społeczności lokalnej. W tej roli pracownik pomaga w uruchomieniu takiego systemu wsparcia, który zaktywizuje zmarginalizowanych do poszukiwania pomocy, a nie rozdzielą pomoc biernym klientom. Kolejna rola sprowadza się do refleksyjnego uświadamienia klientom ich bezradności życiowej w sferze socjalno-bytowej, jak i emocjonalnej. Jednostka czy grupa musi znać przyczyny swojej sytuacji, umieć rozwiązywać problemy, a profesjonalista winien podjąć niezbędne działania ku rekompensowaniu braków i rozwijaniu samowiedzy, samowystarczalności. Przy tej roli się zatrzymam, bowiem koreluje w mojej ocenie z poglądami publicznego intelektualisty Anthonyego Giddensa. Poglądy Giddensa mają swych zwolenników, jak i przeciwników, niemniej wywarły ogromny wpływ na polu pracy socjalnej. Obok słynnej teorii strukturacji, cytowany intelektualista podejmował „przemysłenia nad kwestiami związanymi z refleksyjnością, czyli możliwościami ludzi do

działania i refleksji na temat własnego życia. Zdolność człowieka do zastanawiania się nad własnym życiem i odpowiednie dostosowanie do niego swoich działań” to nic innego, jak „refleksyjne monitorowanie postępowania” (Gray i Webb 2012: 38-41). W myśl tej teorii refleksyjność stwarza ludziom warunki do dokonywania wyborów i na nowo planowania swego życia w kwestii: kim chcą być i jak żyć. Za Giddensem, promowanie planowania życia wśród usługobiorców jest kluczem do dobrej praktyki w pracy socjalnej, ale czy faktycznie tak się dzieje? Przecież ubóstwo stwarza nierówności, które ograniczają szanse życiowe jednostek. Inną kwestią w tych rozważaniach są sami pomagacze, którzy za każdym razem, w ramach swego oddziaływania socjalnego, mają czynić w taki sposób swą powinność zawodową, by ta dostarczała „metodologię planowania życia”. Giddens nazywa ten proces „polityką życia”, bo pomagacze „angażują się w pracę dotyczącą polityki życia usługobiorców (...) pomagają ludziom w planowaniu życia i podejmowaniu koniecznych decyzji, a także inicjowaniu działań” (Ibidem 2012: 42). Konkludując w tym miejscu, zauważam dysonans, gdy zestawiam powyższe poglądy z obserwowanymi praktykami socjalnymi. Dlatego i nie bez powodu wielu znawców polityki socjalnej odrzucało teorie Giddensa, które zakładały równość między władzą, strukturami i jednostkami. Dziś usługobiorcy nie mają przestrzeni i warunków do tworzenia własnego życia, a pomagacze do wdrażania własnych projektów. Decyzyjność pomagaczy została skutecznie ograniczona biurokracją i celami. Z pewnością prezentowane poglądy znajdują swe zastosowanie, ale tylko w kręgu osób zaspokojonych przez zasoby materialne i kulturalne, a nie tych wyłączonych społecznie, którzy nie są w stanie samodzielnie, bez pomocy z zewnątrz zaplanować sobie życia na nowo.

5. BIEDA – PRZEGLĄD PROBLEMATYKI

„Naszą pierwszą biedą jest bieda egzystencjalna. Inaczej z biedą materialną i jej społecznymi konsekwencjami. Tu można mówić o biedzie zawinionej bądź niezawinionej, o wybranej bądź niewybranej, o strukturalnej bądź losowej” (Filek 2010: 80).

Wypada w tym miejscu zauważyć, iż funkcjonują przeróżne sposoby konceptualizacji zjawiska biedy. Jednak w niniejszym opracowaniu pomijam całkowicie kwestie definiowania, rozumienia i statystycznego przeglądu omawianego problemu, bowiem nie były w tym wymiarze celem niniejszych rozważań, ponadto stanowi niemal odrębną, interdyscyplinarną gałąź wiedzy o bardzo bogatej literaturze przedmiotu. W dyskursie publicznym osobom biednym dość łatwo są przypinane etykiety, w opinii to osoby „pozbawione umiejętności życia w społeczeństwie i w pewien sposób społecznie ułomne” (Rakowski, 2009: 363). Takie interpretacje z góry nakładają na instytucje pomocowe odpowiednie ustosunkowanie względem nich, sprowadzające do zaszufładowania swych klientów w kategorii osób wyuczonych bezradności i bierności. Nie będzie niczym odkrywczym, bo już przez wielu znakomitych badaczy dowiedzione, że każdy ubogi jest wykluczony, ale nie każdy wykluczony jest biedny. Nie mniej ubóstwo jest jednym z podstawowych przyczyn trudności w społecznym funkcjonowaniu osób, rodzin, społeczności, o czym mogą świadczyć wszelkie dane sprawozdawcze podmiotów polityki społecznej. Fakt ten wydaje się świadczyć o pewnej stałości, a nawet uniwersalności tego problemu w obszarze społecznym. Przez pryzmat wieloletniej pracy zawo-

dowej w strukturach różnych służb społecznych potwierdzam, iż taki stan rzeczy utrzymuje się permanentnie, bez względu na czyniony wkład finansowy i rzeczowy, co oznacza, iż działania społeczne nigdy nie rozwiążą problemu ubóstwa. Jakże charakterystyczne dla współczesnych służb społecznych jest lokowanie we wszystkich niemalże oddziaływaniach jako pożądaney - walki z ubóstwem. Nasuwa się jednak pytanie: czy zainteresowanie przedmiotową tematyką jest faktyczne i niepozorowane, a kierunek działania skuteczny? Z praktycznego punktu widzenia, w zależności, kto u władzy, w jakiej dziedzinie życia wykazuje „preferencje”, tam z reguły, ze szczególnym naciskiem lokowane są środki budżetów gmin, czy powiatów. Jak wiadomo i niczym zaskakującym nie jest, że sfinalizowanie projektu na poprawę infrastruktury gminnej, w tym załatanie dziur w drodze, jest wskaźnikiem o wiele bardziej wymiernym i namacalnym, niż dofinansowanie projektu, chociażby na stworzenie nowego, bądź polepszenie istniejącego zasobu w przestrzeni wykluczonych, bo ten z efektywnością niedostrzegalny, a z pewnością nie dający się zmierzyć natychmiast. W tym stanie rzeczy decydenci w trosce o spokój społeczny, nieprovokowanie do konfliktów np. politycznych, nie rezygnują całkowicie ze wsparcia tej grupy osób, jednak fundusze na realizację zadań dla potrzebujących w budżetach ograniczają. Instytucje i władze lokalne zainteresowane są „świętym spokojem”, zaś pomagacz chciałby widzieć efekty swej pracy i zbytnio przy niej się nie wypalić, z kolei klient chce otrzymać największe z możliwych wsparcie, najlepiej w formie finansowej. Jakby na ten układ nie spojrzeć, to wyłania się konflikt spowodowany koncentracją na środkach, a nie celach.

6. PARADOKSY POMOCY UBOGIM JAKO MECHANIZMY UTWIERDZAJĄCE W BIEDZIE

Działania podejmowane wobec osób, rodzin, społeczeństw biednych przez specjalistów służb społecznych, oparte częściej o stereotypy, wydają się zaprzeczać celowości pomocy i wsparcia instytucjonalnego. Poniżej prezentuję tylko niektóre zjawiska paradoksalne pomocy ubogim, utrzymujące w ekskluzji, aniżeli prowadzące do zmiany życiowej. Niewątpliwie to, co jest uderzające, zauważalne i notowane w statystykach pomocy społecznej to fakt wyuczonej, często dziedzicznej bezradności. Zależność od instytucji pomocy społecznej nie wynika z ograniczeń zdrowotnych czy wieku, bądź trudnej sytuacji życiowej klientów, istotnym problemem jest brak motywacji do zmiany swej sytuacji. Strategie przystosowawcze domorosłych ekspertów od zdobywania świadczeń społecznych powodują, że nie wszyscy są zainteresowani zmianą, co wydaje się wiązać ze zjawiskiem wyuczonej bierności, pielęgnowanej często przez instytucje świadczące pomoc. Wyręczenie, przyzwyczajanie prowadzi klientów pomocy społecznej do stygmatyzującej tożsamości, co więcej, wywołuje roszczeniowość. Kilkunastoletnie obserwacje zawodowe pozwalają autorce stwierdzić, iż takie postawy są wynikiem działania nieupełnomocniającego przedstawicieli profesji społecznych. Nie jest niczym zaskakującym, kiedy specjaliści, chwytając środków nieformalnych, wpędzają klientów w „poczucie braku bezpieczeństwa (...), i niepewności (...), bezsprzecznie najpotężniejszego narzędzia władzy”. Z kolei „(...) każdy, kto mierzy się z przeciwnikiem (...), staje się bezsilny i bezbronny w oporze przeciw dyskryminacji i walce z nią (...)”, ponadto „(...) nie ma żadnych szans w rywalizacji o władzę z prze-

ciwnikami, którzy są ruchliwi, cieszą się swobodą wyboru, dysponują bezlikiem możliwości i są tak bardzo nieprzewidywalni” (Baumann 2011: 51).

Sednem tej części uczynię idę Pierre Bourdieu, choć powszechnie mało znaną, ale niezwykle interesującą i w ostatni czasie nabierającą popularności wśród badaczy. Okazuje się, że Bourdieu często ujawniał swoje zainteresowania polityką społeczną, podejmując próby zrozumienia sytuacji pracowników socjalnych. Zgodnie z koncepcją tego filozofa, antropologa i socjologa w jednym, pracownicy socjalni „muszą nieustannie walczyć na dwóch frontach: z osobami, którym chcą pomóc, a które często są zbyt zdemoralizowane (...), a także z podzielonymi i zamkniętymi w odrębnych światach urzędnikami oraz administracją” (Gray, Webb 2012: 58). Wedle tak pojmowanego systemu społecznego, przy zastosowaniu kluczowych pojęć Bourdieu, takich jak habitus, kapitał i pola, można przyjąć, iż pracownicy socjalni, a także osoby wykonujące podobną pracę działają „w polu z kapitałem politycznym, a stosowanie przez nich władzy” może spowodować „piętno, negatywny kapitał symboliczny dla ich klientów” (Ibidem 2012: 57). Ież w tym odbicia i przełożenia, gdy zaczniemy analizować pole praktycznego oddziaływania specjalistów służb społecznych. Wracając do władzy specjalisty nad klientem, który z kolei może ją legitymizować, ale nie musi, wydaje się raczej utrwać ubóstwo, aniżeli wspierać jej pokonywanie. Klient akceptuje władzę wtedy, gdy odczuwa ulgę, niesioną przez specjalistę mającego wiedzę, kompetencję, zrozumienie, empatię. W tym miejscu zachodzi nieodparta pokusa posłużenia się przysłowiem: konia z rzędem temu, kto wskaże instytucję, gdzie odbiorcy pomocy odczuwają zadowolenie, spełnienie, a w końcu ulgę w relacji ze specjalistą. Oczywiście zdarzają się przypadki zadowolenia, za którym stoją autorytety wiedzy i umiejętności, jednak jest ich tak „przytłaczająco” mała ilość, że to jednak przymus w oddziaływaniach socjalnych znacząco klientów ogranicza w drodze do upelnomocnienia. Czynnikiem przymusu ma kilka źródeł. Przywołując Bourdieu i jego postrzeganie pracownika socjalnego jako „agenta państwowego, który jest przepełniony sprzecznościami państwa”, należy przyjąć, że specjalista sięga po przymus dlatego, iż sam działa pod przymusem, spowodowanym z jednej strony biurokracją, z drugiej – strukturą władzy państwowej. Funkcjonowanie w dwóch układach, gdzie pierwszy wymaga od specjalisty lojalności względem etosu zawodowego, drugi zaś podporządkowania narzuconym przepisom prawa, nie sprzyja budowaniu prawidłowych relacji klient-pomagacz. Praktyka bowiem odsłania wpływ zasad rynku, wyrażony w panujących procesach politycznych, które z kolei oddziałują na to w jakim stopniu i na jakich warunkach profesjonalści mogą wykorzystać swoją wiedzę i umiejętności. Pomimo szeregu trafnych i daleko idących rozwiązań, w celu minimalizowania skutków biedy i niewydolności osób i rodzin, nie wszędzie jest tak, iż włodarze mniejszych, czy większych aglomeracji uprawomocniają ochoczo zadania lokalnej polityki społecznej. Oczywiście demonstrują wszem i wobec akceptację dla społecznych oddziaływań, bo tak wypada, jednak „w zaciszu laboratoriów” swych biur podejmują decyzje ograniczające w swych skutkach specjalistów, bo ich praca nie przynosi efektów tu i teraz. Można by było znaleźć poparcie, chociażby w medialnej modzie na sprawy polityczne państwa, ale włodarzom nie chodzi o taki rozgłos, gdzie najczęściej słyszy się o nieudolności służb społecznych.

W tym układzie wzmacnianie klientów, nadawanie im sprawczości i samodzielności, zawodzi i z pewnością nie służy realizacji zasady obywatelskości.

Komunikacja to kolejny aspekt praktyki pracy socjalnej i zestaw umiejętności dla pomagaczy, jednak mechanizm paradoksalny w działaniu socjalnym, niesprzyjający upełnomocnieniu biorców. Niestety, wbrew przyjętej zasadzie komunikacji, która ma miejsce wtedy „gdy ludzie komunikują się ze sobą za pomocą uzasadnionych argumentów na poparcie ważności tego, co mówią, aby osiągnąć wzajemne zrozumienie, zgodę i konsensus” (Ibidem, 2012: 35), pomagacze mało kiedy zastanawiają się nad celem, wartością komunikacji z klientem pomocy społecznej. Szybko, bez zwłoki, zbędnego obciążania swojej energii, bo sprawy się piętrzą, za którymi stoją kolejni klienci, to główny cel pomagaczy. Idąc za poglądami Jurgena Habermasa, który „postrzegał język jako kluczowe medium tworzenia rzeczywistości” i kładł nacisk na działania komunikacyjne w pracy socjalnej, należałoby przyjąć, że codzienna wymiana zdań winna być centralnym punktem wszystkich aktywności podejmowanych w pomocy społecznej. Jak jest zatem faktycznie, w dobie panoszącego się konsumpcjonizmu, instrumentalizmu? a mianowicie tak, że „przerażeniem napawa nas nie tyle możliwość naruszenia bądź pogwałcenia prywatności, ile coś zgoła przeciwnego: zamknięcie dróg wyjścia z niej (...), dziś to sfera publiczna stała się celem nieustającej inwazji, okupacji i kolonizacji” (Bauman 2011: 103), a to z kolei nie sprzyja praktyce komunikacyjnej partycypacyjnej, czy demokratycznej. „Chciwość i drapieżność sfery publicznej” (Ibidem 2011: 101) nie daje pierwszeństwa komunikacji, w której „rozwijają się tożsamość człowieka”. Wieloletnia obserwacja praktycznego działania pomagaczy pozwala w tym miejscu stwierdzić gorzką prawdę w ich mowie i bezpośrednim kontakcie z klientem, która jest mało prawdziwa i szczerą, niewłaściwą moralnie, bez zrozumienia punktu widzenia innej osoby, bo zawsze opatrzoną własnym interesem. Niejednokrotnie pomagacze manipulują przebiegiem rozmowy, by osiągnąć własne cele.

Mimo zgodności praktyków, co do ważności i konieczności upodmiotowienia osób i rodzin, pozostających w strukturach oddziaływań instytucjonalnych, w myśl zasady empowermentu, kontrola i władza (o której była mowa wcześniej) specjalistów nad klientem, jest kolejnym czynnikiem ograniczającym upełnomocnienie. Za Baumanem „wewnątrz organizacji pewna grupa funkcjonariuszy dąży do narzucania innej grupie, którą pragnie sobie podporządkować, możliwie najbardziej drobiazgowego i rozbudowanego kodeksu postępowania, (...), przy czym „grupa ta stara się, by jej ręce pozostawały niezwiązane” jednak w ostateczności „wymykają się rachubom i przewidywaniom grupy przeznaczonej do upodrzednienia”. Jeszcze inną istotą w tym „starciu elastycznych i uwiązanych”, jest to, iż sam pomagacz podlega kontroli wewnętrznej (kierownik jednostki), jak i zewnętrznej (inne instytucje), przy tym doświadcza presji: z jednej strony od klientów, z drugiej - mocodawcy. Ci pierwsi z zasady oczekują wyższych zasiłków, ci drudzy ograniczania środków. Ponadto, w dobie dzisiejszych czasów, media w tym przypadku stanowią kolejny i silny czynnik ukierunkowujący pracę specjalistów. Praca nacechowana uległością presji silniejszego i podporządkowaniem procedurom i ograniczeniom instytucjonalnym, zmusza pomagaczy do pracy niezgodnie

z zasadą postrzegania swej roli, a to z kolei ma swój bezpośredni wpływ na pracę z klientem paradoksalnie zmuszanym do wychodzenia z ubóstwa.

Pewne zaobserwowane praktyki w zakresie oddziaływań socjalnych pozwalają konstatować, iż pomagacze występując w roli zawodowej, często nie realizują jej misji, choć dysponują odpowiednimi narzędziami. Narzędziem przecież można posługiwać się w sposób fachowy albo dyletancki, można nim szkodę naprawić lub spowodować trwały uszczerbek, w końcu można celnie dopasować do potrzeb i okoliczności albo nie. To z pewnością kolejny paradoks na drodze zwalczania ubóstwa. Choć ustawodawca wyraźnie nakreślił katalog umiejętności i kwalifikacji względem osób wykonujących zawód pracownika socjalnego, a w literaturze przedmiotu nie bez powodu profesję tą określa się jako: „swoiście pojmowaną dziedzinę sztuki, łączącą wiedzę życiową i naukę o człowieku oraz środowisku” (Robertis 1996: 24), to nierzadkimi przypadkami są sytuacje, kiedy praca socjalna, wbrew swej idei i zasady pracy środowiskowej, wykonywana jest „z pozycji biurka”. Fakt ten zapewne nie sprzyja nadawaniu siły i mocy żadnej ze stron tego układu, a jedynie utrzymuje fikcyjność oddziaływań socjalnych. Pomijając w tym miejscu najczęściej wymieniane przez samych pracowników powody takiego stanu rzeczy, a mianowicie zbyt duża liczba środowisk pozostających pod ich bezpośrednim „nadzorem”, niesprzyjające warunki lokalowe, możliwości materialne, zasoby ludzkie, wydaje się być naturą pracy socjalnej papierkowo biurokratyczny charakter, a nade wszystko wygodnym powodem usprawiedliwiania nieupełnomocniających działań środowiskowych. Z kolei żaden biorca nie upomni się o wizytę w miejscu zamieszkania, bo wywiad środowiskowy z pozycji biurka jest doskonałym i wygodnym sposobem kamuflowania i omijania prawdy na temat faktycznej sytuacji socjalno – bytowej. Pomagacze, pomimo rosnącej rangi ich zawodu, nie czują doniosłości w wypełnianiu swej roli, natomiast czują niewdzięczność, brak zrozumienia, presję społeczną, „nagonkę” medialną. Konkludując jakże (nie)upełnomocniający proces, mamy do czynienia z układem spełnionym: z pozycji pracownika – bo zadanie wykonane bez zbędnego tracenia mocy, gdyż w jego ocenie biorca nie podejmie zmiany i za jakiś czas wróci, z pozycji klienta – bo wyrwał się w sposób możliwie łagodny z systemu „niemocy”. Jak widać, biorcy i dawcy są świadomymi obserwatorami własnych światów i skutecznymi analitykami na to, by nie pozbawić się siły i mocy. Innym, jakże nierozzerwalnym elementem tego układu jest obustronne narzekanie, które działa niczym ziewanie, jeden od drugiego się „zaraża”. Wzajemne narzekanie generuje złość, frustrację, nieporozumienia i konflikty. „Cudowni” klienci w systemie pomocy społecznej pojawiają się stosunkowo rzadko. Z kolei pomagacze nie potrafią wyzbyć się negatywnego nastawienia do klienta. Zatem nic dziwnego, że pomagacze otrzymują to, co dostają od swych klientów, są traktowani na wzór tego, jak sami postępują. Paradoksem jest tu fakt godzenia się wszystkich, nie tylko samych zainteresowanych, na manipulowanie systemem, co daje po raz kolejny potwierdzenie utwierdzenia ubóstwa, z czym właśnie cały system pomocy społecznej ma walczyć.

PODSUMOWANIE

Prezentowany tekst, stanowiący egzemplifikację zwalczania ubóstwa, wskazuje na występujące problemy w aplikowaniu idei empowerment na pole pomocy społecznej. Wiele przytoczonych przykładów w prezentowanym tekście obrazuje pozorowaną podmiotowość klientów pomocy społecznej. Z doświadczenia wiem, że to, co często utrudnia zmianę w tym zakresie, to siła przyzwyczajęń, a także własnych przekonań tych wszystkich, którzy do takiego stanu nie powinni doprowadzać. Rezygnując w tym miejscu z postulatów, które są oczywiste, niech kwintesencją niniejszych rozważań stanie się filozoficzno-etyczne stanowisko Jacka Filka:

Człowiek tonie. Ktoś krzyczy: ten człowiek idzie na dno! Nie, jeszcze nie, nie mamy pewności. Może w ogóle udaje. Trzeba mu rzucić koło! Ale czy już teraz? Nie można za wcześnie, może go to dotknąć. A za późno też nie ma sensu, szkoda koła. Poza tym nie wiadomo dokładnie, jakie ma być to „koło ratunkowe”. Nie może być za małe, bo to nic nie da i tylko poniesiemy straty. Nie może być też za duże, bo to rozrzutność i jeszcze można by ratowanemu zrobić krzywdę. Jakie jest więc odpowiednie? Musimy zorganizować kongres i przedyskutować ten problem. A gdzie? Na Malcie jest bardzo pięknie... A oni tam toną i toną.

LITERATURA

- Baumann Z., Straty uboczne. Nierówności społeczne w epoce globalizacji, Kraków 2012.
- Czarnecki P.S., Praca socjalna, Warszawa 2013.
- DuBois B., Miley K.K., Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił, t. K. Czekaj, tom 1, Katowice 1999.
- DuBois B., Miley K.K., Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił, t. K. Czekaj, tom 2, Katowice 1999.
- Filek J., Życie, etyka, inni, Kraków 2010.
- Grochalska M., Transgresyjne trajektorie. Zmiany statusu społecznego w perspektywie biograficznej, Kraków 2011.
- Gray M., Webb S.A., Praca socjalna. Teorie i metody, red. J. Szmagałski, Warszawa 2012.
- Gulczyńska A., Empowerment w pracy socjalnej: praktyka i badania partycypacyjne, red. M. Granosik, Warszawa 2014.
- Kaźmierczak T., Praca socjalna. Między upośledzeniem społecznym a obywatelnością, Katowice 2006.
- Pernell R., Empowerment and Social Group Work, New York 1986.
- Praca socjalna – jej dyskursy. Usytuowania i profile, red. A. Kotlarska-Michalak, K. Piątek, Toruń – Bydgoszcz 2013.
- Rakowski T., Łowcy, zbieracze, praktycy niemocy. Etnografia człowieka zdegradowanego, Gdańsk 2009.
- Robertis C., Metodyka działania w pracy socjalnej, Warszawa 1996.
- Szmagałski J., Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna, Warszawa 1996.
- Szczepkowski J., Praca socjalna – podejście skoncentrowane na rozwiązaniach, Toruń 2010.



Arkadiusz Kołodziej

Uniwersytet Szczeciński
E-mail: kolodziej.socjologia@gmail.com

Jakość życia seniorów w kontekście kapitału społecznego osób starszych */ The quality of seniors' life in the context of the social capital of elderly*

Abstract

Along with the aging of the Polish society the interest of various disciplines in the elderly people life quality is growing. Researchers have different perceptions about quality of life. They define the concept of quality of life both - subjectively, as an evaluation standard of life, and objectively, as a sum of various forms of the capital that have seniors at their disposal.

In this article the author attempts to present the issue of the quality of life of seniors in the context of social and symbolic capital of older people. The considerations are supplemented with two empirical illustrations.

Keywords: Seniors; quality of life; symbolic capital; social capital; social networks

1. DEMOGRAFICZNE KOMPONENTY PROCESU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA I ICH OCENA

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa polskiego w naturalny sposób wzrasta zainteresowanie naukowców różnych dyscyplin kategorią osób starszych i starością. Zainteresowanie to wynika po części z przyczyn czysto poznawczych; zmieniająca się rzeczywistość domaga się każdorazowo nowego opisu i wyjaśnienia.¹ Z drugiej strony, obok powodów czysto poznawczych, to rosnące zainteresowanie badaczy ma także podłoże praktyczne. Do życia w starzejącym się społeczeństwie trzeba się po prostu przygotować (Uzar 2011: 53-54).

¹ Wskazywany tu poznawczy potencjał zmiany obrazuje historia rozwoju nauki. Np. socjologia, jako dyscyplina naukowa, powstaje z potrzeby zrozumienia nowych zasad funkcjonowania tworzącego się (nowoczesnego) społeczeństwa. Innym przykładem może być statystyka jako dyscyplina naukowa stanowiąca główne narzędzie badań ilościowych. Nie bez przyczyny bazuje ona na zmiennych (cechach zróżnicowanych lub podlegających zmianie), a nie na stałych.

Procentowy wzrost liczby osób starszych stanowi wieloaspektowe wyzwanie, które domaga się przemyślanych rozwiązań wypracowanych w obrębie różnych dyscyplin naukowych (np. na gruncie architektury, medycyny, ekonomii, psychologii, socjologii, teorii organizacji i zarządzania itd.). Interdyscyplinarny charakter problematyki starzenia się społeczeństwa (w tym społeczeństwa polskiego) ma zatem zarówno poznawczy jak i praktyczny wymiar.

Mimo wyraźnie interdyscyplinarnego charakteru omawianego tu procesu, zagadnienie to, patrząc od strony dziedzin poszczególnych dyscyplin, ma pierwotnie (bezpośrednio) charakter demograficzny. Dokonując demograficznej dekompozycji procesu starzenia się społeczeństwa należy wyodrębnić jego trzy, także demograficznej natury, czynniki składowe, którymi są urodzenia, zgony i migracje. W przypadku społeczeństwa polskiego odnotować w tym kontekście należy:

- Niski współczynnik dzietności. Współczynnik ten nie musi się obniżać, wystarczy, że utrzymuje się poniżej progu tzw. prostej zastępowalności pokoleń. Wartość ta określona jest na poziomie nieco niższym niż 2,1 (Szukalski 2009: 59). Wg danych GUS na rok 2014 współczynnik ten wynosi w Polsce 1,29 (Mały Rocznik Statystyczny 2015: 106). Należy go zatem uznać za skrajnie niski.
- Wydłużenie się czas trwania życia (zjawisko charakteryzowane za pomocą statystyki „przeciętne trwanie życia”). Na rok 2013 mężczyźni żyli przeciętnie 73,1 lat, a kobiety 81,1 (co stanowi w porównaniu do 2000 roku wzrost odpowiednio o 3,4 i 3,1 lat) (Rutkowska 2014: 14). Interpretacja tego zjawiska zależna jest częściowo od definiowania (zmian w definiowaniu) progu starości. Należy więc tu odróżnić starzenie się społeczeństwa w kategoriach bezwzględnych (przeciętną długość życia), od społecznie skonstruowanych (zmiennych i subiektywnych) ocen danego wieku². Wraz z podnoszeniem się przeciętnego trwania życia podnosi się także próg wieku dla subiektywnego definiowania starości (Mamzer 2013: 102).
- Saldo migracji (w szczególności migracji na pobyt stały). Wg oficjalnych danych GUS (migracji rejestrowanej) wartość tej statystyki dla Polski na rok 2014 wynosi -15750. Przy czym to ujemne saldo opiera się głównie na ruchliwości, bardziej mobilnych, młodszych kategoriach wiekowych. Dla kategorii osób starszych (60 lat i więcej) wartość omawianego salda migracji wynosi -808 (w wartościach względnych daje to 5,1% salda migracji ogółem) (Mały Rocznik Statystyczny 2015: 112). Emigrujący „młodzi” ludzie dynamizują zatem proces starzenia się społeczeństwa polskiego.

Zauważmy, iż wskazane procesy podlegają zwykle odmiennej ocenie, co znajduje swój wyraz także w wymiarze normatywnym. Niskie wskaźniki dzietności w krajach rozwiniętych, to coś, czemu należy przeciwdziałać, co pociąga za sobą negatywne skutki ekonomiczne i społeczne. Wydłużenie przeciętnego trwania życia uznawane jest z kolei za wskaźnik postępu, a zatem za zjawisko pożądane, domagające się wsparcia. „Wszystkich sceptyków i relatywistów, - podejmuje kwestię

2 Z badań opinii społecznej wynika, iż starość „rozpoczyna się” wraz z osiągnięciem wieku 63 lat i 3 miesiące. Granica ta ulega stopniowemu przesunięciu (Zrałek 2014: 12).

postępu Piotr Sztompka - którzy kwestionują postęp we współczesnym społeczeństwie, zapytałbym: czy nie jest faktem, że średnia długość życia jest obecnie dwukrotnie większa niż w średniowieczu?” (Sztompka 2005: 42). Przeciętna długość życia uznana jest tu zatem za jedną z podstawowych i co ważne niebudzących kontrowersji, miar postępu. Z drugiej jednak strony, gdy mówimy dzisiaj o gorszej pozycji społecznej osób starszych, zarówno w wymiarze obiektywnym (np. ekonomicznym) jak i subiektywnym (postrzeganiem starości w społeczeństwie) wskazuje się właśnie na negatywne skutki upowszechnienia starości. Starość, jako zjawisko powszechne, przestaje się cieszyć szacunkiem przypisanym do zjawisk czy stanów rzadkich.

Migracje to kolejne zjawisko niepoddające się jednoznacznej ocenie. Ograniczając tę kwestię do emigracji, co w kontekście omawianego procesu ma pewne uzasadnienie w ujemnym saldzie migracji, może być ona rozpatrywana zarówno pozytywnie jak i negatywnie. Pozytywnie, jako obiektywna manifestacja prawa do zmiany miejsca zamieszkania; negatywnie zaś, gdy jest interpretowana w kategoriach wymuszonych decyzji obywateli; decyzji spowodowanych np. niezadowolającym standardem życia czy brakiem szans zawodowych.

Połączenie wskazanych wyżej zjawisk składa się na proces starzenia się społeczeństwa, który zwykle, przynajmniej w warstwie pozanaukowych, powszechnych odczuć, ponownie oceniany jest w sposób negatywny. Połączenie obiektywnego zjawiska (starzenia się społeczeństwa) z subiektywną troską (obawami znacznej części społeczeństwa ukierunkowanymi na to zjawisko) pozwala określić wskazane zmiany demograficzne mianem problemu społecznego. Jak każdy problem społeczny, tak i ten, ujmowany jest w różne ramy teoretyczne naświetlające inne aspekty tego zjawiska (starzenia się społeczeństwa). Z perspektywy teorii socjologicznej szczególnie istotne będą tu trzy podstawowe perspektywy, a mianowicie podejście interakcjonizmu symbolicznego, funkcjonalizmu (perspektywa strukturalno-funkcjonalna) i teorii konfliktu. Warto nadmienić, że każda perspektywa w innym świetle stawia omawiane tu zjawisko. W pierwszej z nich problemem społecznym jest to, co zostaje zdefiniowane w danej grupie jako problematyczne. Starość jest problemem o ile osoby starsze postrzegane są jako osoby niedołążne, z ograniczonymi możliwościami, wymagające pomocy, pozbawione autorytetu i wartościowego doświadczenia. Takie symboliczne określenie osób starszych będzie miało także realne konsekwencje w ustalaniu pozycji seniorów w przestrzeni społecznej. Niedocenianie potencjału osób starszych będzie realnie ograniczać ich faktyczne możliwości (choćby na rynku pracy) i w ten sposób wspierać zastany (negatywny) układ znaczeniowy. Podstawowym problemem towarzyszącym starzeniu się społeczeństwa będzie tu zatem sposób postrzegania i rozumienia starości w społeczeństwie.

Inaczej problem ten będzie się przedstawiał w ramach tradycji funkcjonalnej. Postrzeganie osób starszych (czy rosnącej liczby osób starszych) będzie tu rozpatrywane podobnie do bardziej znanego w myśli funkcjonalnej „problemu” uwarstwienia społecznego (zróznicowania dystrybucji dóbr w społeczeństwie). Tak jak uwarstwienie społeczne, w klasycznej perspektywie funkcjonalnej, jest pewnym

mechanizmem regulującym pracę społeczeństwa (podnoszącym efektywność systemu), tak upowszechnienie starości (a zatem pewna zmiana społeczna) wymaga wprowadzenia innych mechanizmów znoszących powstałe napięcia³. W rzeczywistości w rozwiązanie tego problemu zaangażowanych jest kilka mechanizmów, od rozwijania zabezpieczenia emerytalnego, poprzez zmiany w organizacji pracy np. w ramach programów *family friendly employment* - FFE. W wyniku działania tych mechanizmów system społeczny znosi pokoleniowe napięcia (wraca do równowagi) poprzez zgodę starszych na rezygnację z pracy (przekazanie miejsc pracy młodszym). Starzenie się społeczeństwa w tym ujęciu jest obiektywną dysfunkcją systemu, która powstaje w wyniku istotnej zmiany społecznej i której rozwiązanie wymaga wprowadzenia, także obiektywnej natury mechanizmów.

W teorii konfliktu proces starzenia się społeczeństwa można traktować jako wzmocnienie (przynajmniej na poziomie częstościowym) jednej z kategorii społecznej walczącej o swoje interesy (władzę, wpływy i dobra społeczne). Pogorszenie jakości życia seniorów w wymiarze materialnym, czy zanik poważania społecznego osób starszych (szacunku, godności, prestiżu) należałoby natomiast traktować jako wynik rywalizacji o zasoby oraz jako powód do dalszej konfrontacji osób starszych z innymi kategoriami wiekowymi społeczeństwa (Henslin 2008: 26-46).

Proces starzenia się społeczeństwa obciążając system emerytalny, stwarza realny problem zarówno dla obecnych jak i przyszłych emerytów (Góra, Rutecka 2013: 163). Patrząc szerzej proces ten, zwiększając poziom obciążenia demograficznego, stanowi także wyzwanie dla młodszych pokoleń. Dodajmy na marginesie prowadzonych tu rozważań, iż świadomość negatywnych skutków omawianych tu zmian demograficznych budowana jest w sposób intencjonalny np. za pośrednictwem spotów obrazującymi to zagrożenie⁴. Taka negatywna ocena procesu starzenia się społeczeństwa nie jest jednak bezwyjątkowa. Wśród opinii naukowców, poza ocenami negatywnymi (Jurek 2013: 45), spotkać się bowiem możemy i z takim podejściem, które proces starzenia się społeczeństwa przedstawia w neutralnym lub nawet pozytywnym kontekście. Neutralny odbiór faktu starzenia się społeczeństwa wiązany jest z przeświadczeniem, iż ma być to jeden z typowych procesów towarzyszący rozwojowi społeczeństwa (społeczeństwa wysoko rozwinięte charakteryzują się zwykle niższą dzietnością i dłuższym przeciętnym trwaniem życia, niż kraje słabiej rozwinięte)⁵. Proces ten, a dokładniej niski poziom dzietności, może być także łączony z polepszeniem sytuacji kobiet (Putnam Tong 2002: 107-110). W takim też ujęciu starzejące się społeczeństwo jest nie tylko immanentną składową rozwoju, ale także wymiarem postępu społecznego. Wskazane wcześniej negatywne skutki omawianego procesu demograficznego minimalizować ma dodatkowo tworzenie się (częściowo spontanicznie częściowo w sposób intencjonalny) społeczeństwa informacyjnego, a zatem takiej organizacji życia społecznego,

3 Napięcia pokoleniowe na linii młodzi – starsi.

4 Elementem takiej kampanii informacyjnej był np. spot emerytalny MPiPS „Demografia”.

5 Choć procesy te są w różnych krajach rozwiniętych zróżnicowane (nie ma więc tu prostej relacji typu: im kraj bardziej rozwinięty gospodarczo, tym niższy poziom dzietności), zauważyć należy, iż sumarycznie rzecz ujmując w najszybszym tempie starzeje się Europa (Strzelecki 2014: 25).

która charakteryzuje się mniejszym zapotrzebowaniem na uznawaną za atrybut młodości siłę fizyczną.

Wskazane zmiany demograficzne, dotyczące najprostszego wymiaru struktury społecznej, wiążą się z bardziej szczegółowym zagadnieniem jakim jest problem jakości życia seniorów. Ponownie problematyka ta cechuje się interdyscyplinarnym charakterem. Podnoszenie jakości życia seniorów w starzejącym się społeczeństwie wymaga pewnych dostosowań architektonicznych, medycznych czy organizacyjnych - np. organizacji pracy dla pracujących seniorów (Tokarz 2010: 293). Wymaga także pewnej pracy nad świadomością społeczną, nad postrzeganiem starości w starzejącym się społeczeństwie (Leszczyńska-Rejchert 2012: 20-21)⁶.

2. JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORÓW

Problematyka jakości życia seniorów jest obecnie stosunkowo często podejmowana⁷. Jest to zagadnienie wielowymiarowe, a zatem takie, które nie daje się opisać za pomocą jednej charakterystyki⁸. Samo pojęcie „jakości życia” nie przyjmuje w naukach społecznych jednolitego rozumienia; wybór określonej definicji, aspektu, w jakim jakość życia będzie analizowana, zależy zatem od samego badacza (Robak 2014: 92). Bogdan Gębski charakteryzując kategorię „jakość życia” zaznacza w tym wielowymiarowym kontekście, iż: „opis jakości życia obejmuje wymiar ekonomiczny, edukacyjny, poczucia bezpieczeństwa, ochrony zdrowia, uczestnictwa w kulturze, warunków mieszkaniowych, systemu komunikacyjnego itp.” (Gębski 2007: 73). Charakterystyka ta zwraca uwagę na subiektywny i obiektywny wymiar badań nad jakością życia. Wymiary te, co potwierdza szereg badań, nie muszą się pokrywać; obiektywne charakterystyki życia jak wiek, zamożność, poziom wykształcenia nie przekładają się w prosty, proporcjonalny sposób na subiektywną ocenę jakości swojego życia (na dobrostan psychiczny). „Biedni okazują się być nieco tylko mniej szczęśliwi od bogatych, starzy tak samo szczęśliwi jak młodzi, wykształceni przeciętnie odrobinę szczęśliwsi od niewykształconych. Jedynie stan cywilny i zdrowie (ale tylko subiektywna jego ocena, nie zaś obiektywna diagnoza medyczna) konsekwentnie i wyraźnie różnicują poziom dobrostanu psychicznego” (Czapiński 2014: 219). Wskazane konceptualne problemy wyrażone w zróżnicowanym sposobie rozumienia wykorzystywanych pojęć, pociągają za sobą także trudności metodologiczne. Manifestują się one w braku jednorodności stosowanych podejść badawczych. Podejścia te możemy umownie podzielić na dwie grupy strategii: „badań indywidualistycznych i kolektywistycznych”, przy czym obie perspektywy badawcze są „wewnętrznie” także znacząco zróżnicowane. W ramach krótkiej charakterystyki warto nadmienić, że w podejściu indywidualistycznym

6 Jako przykład można tu podać sytuację obsługi klientów przez starszego sprzedawcę. Zatrudnienie osoby starszej może wymagać pewnych dostosowań organizacyjnych (zmian w organizacji pracy). Pożądane byłoby, jednak także, aby tym zmianom towarzyszyło pozytywne postrzeganie pracy seniora (czasem nieco wolniejszej) przez samych klientów.

7 Problematyka ta w sposób interdyscyplinarny podejmowana była np. w trakcie I Ogólnopolskiej Konferencji „Nauki społeczne i humanistyczne - zakres współpracy na rzecz rozwiązywania problemów starzejącego się społeczeństwa” (Katowice 19 czerwca 2015).

8 Do badań jakości życia stosowane są takie narzędzia jak: Human Development Index, Quality of Life Index, Better Life Index (Prandecki 2014: 115).

w większym stopniu akcentowane są subiektywne oceny sytuacji życiowej badanych jednostek; w ujęciu kolektywistycznym zaś w większej mierze uwzględniane są obiektywne wyznaczniki jakości życia. Często wyznaczniki te (ujęcie kolektywistyczne) istotne są także w wymiarze ponadjednostkowym dla szerszych zbiorowości (np. stan środowiska naturalnego w danym regionie) (Szatur-Jaworska 2014: 215-216).

Zagadnienie jakości życia seniorów jest zatem problematyką wielowymiarową. Każde podejście badawcze może dostarczyć nam jedynie aspektowego poznania interesującej nas tu charakterystyki. Z wielu możliwych sposobów ujmowania tego zagadnienia, w podejściu socjologicznym, na uwagę zasługuje także i takie, które łączy problematykę „jakości życia” z teoretyczną kategorią „różnych form kapitału”. Uznaje się przy tym, że wyższy poziom różnych form kapitału koreluje z wyższą jakością życia. W dalszej części tekstu skupimy się na problematyce kapitału symbolicznego i społecznego w kontekście jakości życia seniorów.

3. KAPITAŁ SPOŁECZNY I SYMBOLICZNY A JAKOŚĆ ŻYCIA

Za klasycznym już rozumieniem form kapitału przedstawionym w teorii Pierre’a Bourdieu wyróżnić możemy cztery jego typy (Turner 2004: 597-598). Mamy tu na myśli kapitał materialny, kulturowy, społeczny i symboliczny⁹. Zasoby te, którymi w różnym stopniu dysponuje każda jednostka, mają zarówno charakter społeczny (określają pozycję jednostki w strukturze społecznej) jak i czysto jednostkowy. Wyznaczają one bowiem typowe biografie oraz jakość życia pojedynczych ludzi. Mają one zatem, w obydwu wymiarach, charakter strukturyzujący; określają strukturę społeczną w rozumieniu dystrybucyjnym i ukierunkowują działania jednostek.

Wielkość posiadanego kapitału określa oczywiście także jakość życia seniorów. W najbardziej oczywisty sposób manifestuje się związek między kapitałem materialnym (wszystkim tym, co ostatecznie określa wielkość środków do życia, którymi dysponuje senior), a jakością jego życia np. dostępnością do opieki zdrowotnej, czy szerzej wielkością konsumpcji. Zmienne te, ujęte w triadę praca-dochód-konsumpcja są także głównymi wskaźnikami pozycji społecznej (Swadźba 2014: 60), która ulega wyraźniej zmianie (zwykle degradacji) wraz z przejściem danego pracownika (seniora) na emeryturę. Znaczący, w omawianym strukturalnym (staturowym) kontekście, jest także poziom kapitału kulturowego seniora obejmujący styl jego życia. Zasób ten określał będzie zarówno gotowość do uczestnictwa w kulturze wysokiej jak i nawyk (stosunek do) czynnego dbania o swój stan zdrowia. W niniejszym artykule skupimy się wyłącznie na dwóch pozostałych formach zasobów, a mianowicie na kapitale społecznym i symbolicznym.

Kapitał społeczny jednostki definiowany jest przez Bourdieu w kategoriach „łącznej wielkości faktycznych bądź potencjalnych zasobów, które są powiązane z posia-

⁹ Pojęcia te (różne formy kapitału) znajdują w socjologii różne rozumienie. Np. interesujący nas tu kapitał społeczny, może być (i jest stosunkowo często) rozumiany za Robertem Putnamem w odmienny od prezentowanego tu sposobu „jako szczególny zasób, na który składają się normy, wartości i zrozumienie, ułatwiające kooperację wewnątrz grup i pomiędzy nimi” (Siemińska 2009: 104).

daniem trwałej sieci bardziej lub mniej zinstytucjonalizowanych związków wzajemnej znajomości i uznania, lub inaczej mówiąc, z członkostwem w grupie, która zapewnia każdemu ze swych członków wsparcie poprzez wspólnie posiadany kapitał; zapewnia <poświadczenie>, które uprawnia ich do kredytu w szerokim sensie tego słowa” (Bourdieu 2011: 86). Jak widzimy znaczenie tak rozumianego kapitału jest bardzo szerokie; uzyskiwane „poświadczenie” może mieć tu bardzo różne podstawy. W niniejszym tekście ograniczymy się wyłącznie do rozumienia kapitału społecznego w kategoriach faktycznych relacji towarzyskich (sieci kontaktów towarzyskich) utrzymywanych przez seniorów. Przyjmujemy tu, że sieci te generują potencjał wsparcia i w tym rozumieniu współokreślają jakość życia seniorów. Wymiar ten ma szczególne znaczenie w kontekście utrzymania zdrowia. Sieć kontaktów towarzyskich traktowana jest tu jako sieć wsparcia zarówno w ważnych jak i codziennych sytuacjach życiowych.

Kapitał symboliczny opisywany jest natomiast w kategoriach wykorzystywania „symboli do uprawomocnienia posiadania pozostałych trzech typów kapitału na różnych poziomach i w różnych konfiguracjach” (Turner 2004: 597). W przypadku seniorów interesującą kwestią będzie tu kulturowo określony sposób postrzegania starości w społeczeństwie oraz odczuwana i deklarowana potrzeba okazywania szacunku osobom starszym właśnie z racji wieku. Kapitał ten przekłada się także na szeroko rozumianą jakość życia seniorów (bezpośrednio – na relacje międzyludzkie i pośrednio na inne formy kapitału).

W ramach uzupełnienia, przed przejściem do ilustracji empirycznej, należy przypomnieć, że jakość życia seniorów określona jest oczywiście także innymi „zewnątrznymi” czynnikami, jak chociażby miejscem zamieszkania. Zmienna ta w sposób istotny różnicuje seniorów zarówno pod względem dostępu do opieki zdrowotnej jak i poszczególnych instytucji kultury. Wymiar ten pokrywa się częściowo z podziałem miasto-wieś. Podstawowym zasobem jest oczywiście także zdrowie. Jest ono wprawdzie związane z innymi wcześniej przedstawionymi formami kapitału, ale nie jest ono (w omawianej koncepcji „czterech form kapitału”) jedną z nich. Dodajmy, iż w praktyce badań społecznych zmienna ta (subiektywnie oceniany stan zdrowia) zaliczana jest czasami do innej kategorii, a mianowicie do „kapitału ludzkiego”¹⁰ (Węziak-Białowolska, Kotowska 2014: 86). Pojęcie kapitału podobnie do kategorii „jakości życia” ma w socjologii różne rozumienie, co pociąga za sobą różne sposoby jego operacjonalizacji.

4. KAPITAŁ SPOŁECZNY I SYMBOLICZNY SENIORÓW – ILUSTRACJA EMPIRYCZNA

Przedstawione niżej dane pochodzą z dwóch badań zatytułowanych, zgodniez podjętą problematyką: *Kapitał społeczny* i *Kapitał symboliczny seniorów*. Badania

¹⁰ Warto przytoczyć w tym miejscu definicję kapitału ludzkiego. „Kapitał ludzki to zasób wiedzy, umiejętności, zdrowia i energii vitalnej zawarty w każdym człowieku i społeczeństwie jako całości, określający zdolność do pracy, do adaptacji do zmian w otoczeniu oraz możliwości kreacji nowych rozwiązań. Zasób ten nie jest dany przez genetyczne właściwości danej populacji, ale można go powiększać za pomocą inwestowania w człowieka, czyli przez ogół działań wpływających na przyszły pieniężny i fizyczny dochód jednostek” (Kryńska, Kwiatkowski 2013: 145-146).

ukierunkowane były (odpowiednio) na identyfikację zmian w obszarze relacji towarzyskich związanych z przejściem na emeryturę (badania sieci społecznych seniorów) oraz na określenie znaczenia wieku osób starszych dla postrzegania ich przez osoby młodsze (badania opinii studentów). Poniżej zamieszczona została krótka charakterystyka obu badań:

Kapitał społeczny. Pierwsze z badań przeprowadzone było na uczestnikach Szczecińskiego Humanistycznego Uniwersytetu Seniora (SHUS) w latach 2014-2015. Respondenci (kategoria wiekowa 60+) poproszeni zostali o wypełnienie (w domu) kwestionariuszy ankiet ukierunkowanych problemowo na odtworzenie ich sieci społecznej (sieci kontaktów towarzyskich) przed emeryturą i dwa lata po przejściu na emeryturę. Z rozdanych 80 kwestionariuszy (osoby, które spełniały warunki związane z przejściem na emeryturę) wypełnionych zostało 25.

Kapitał symboliczny. Badania przeprowadzone zostały w 2014 i 2016 roku na studentach Uniwersytetu Szczecińskiego. W ramach szerszej problematyki, dotyczącej znaczenia i obowiązywania zasad *savoir-vivre*, studenci (19-23 lata) wypowiedzieli się także na temat stosunku do osób starszych i właściwych relacji z seniorami. W badaniu ankietowym wzięło udział 110 osób¹¹.

5. PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ

Rozpoczynając od badań nad „kapitałem symbolicznym”, rozumianym tu jako forma przypisania szacunku (godności społecznej) na bazie osiągniętego wieku, zacznijmy od podstawowego pytania (zadanego respondentom): *Czy osobom starszym, z racji ich wieku, należy się szacunek?* Na tak postawione pytanie 69 osób udzieliło odpowiedzi pozytywnej, 36 osób wybrało odpowiedź „Raczej tak”, 4 – „Raczej nie”. Jeden respondent wybrał odpowiedź jednoznacznie przeczącą (Nie), argumentując, że szacunek należy się każdemu i nie jest uzależniony od wieku danej osoby. Respondenci proszeni byli także o uzasadnienie swoich wyborów (wyniki obrazuje Tabela 1.).

Tabela 1. Sposoby uzasadnienia konieczności okazywania szacunku osobom starszym

Lp.	Rodzaje argumentacji	*Częstość (n.)	Przykłady uzasadnień respondentów
1	Doświadczenie życiowe i wiedza zdobywana wraz z biegiem życia	53	Nie tylko z racji wieku należy się szacunek, lecz również z nabytego doświadczenia życiowego i zawodowego.
2	Wiek „sam w sobie” – jako podstawa szacunku	28	Z powodu tego, że są to osoby starsze, które „przeżyły już swoje” i powinno się mieć do nich szacunek nawet z racji wieku.
3	Zły (gorszy) stan zdrowia związany z wiekiem	13	Dlatego, że są często schorowani i doświadczeni życiowo. Potrzebują naszej uwagi i pomocy.
4	Kwestia dobrego wychowania (kultury osobistej) i kultywowania tradycji	10	Szacunek należy wiązać z tradycją. Z racji tego, że tradycja stanowi ważny element w moim życiu uważam, że osobom starszym szacunek się należy.

¹¹ W obu przypadkach mamy do czynienia z próbą nielosową (przypadkową), w analizie pominięto zatem techniki estymacji.

5	Starsi są autorytetem dla młodszych	8	Są naszymi nauczycielami, mentorami, najczęściej wzorami do naśladowania. Edukują kolejne pokolenia.
6	Oczekiwanie szacunku w przyszłości	5	Jak ja się zestarzeję też chciałabym żeby mnie szanowali.
7	**Brak szacunku ze strony osób starszych (starsi nie traktują z szacunkiem młodszych).	3	Zbyt dużo razy spotykałam się z całkowitym brakiem szacunku dla ludzi młodszych. Ludzie starsi uważają, że wszystko im się należy, mogą sobie robić, co im się żywnie podoba.
8	**Wiek nie jest wyznacznikiem należnego szacunku.	2	Bo każdy jest równy. Szacunek zależy od tego, co się sobą reprezentuje.

* Częstości występujących rodzajów argumentacji nie sumują się do N=110. Odpowiedzi zebrane zostały w oparciu o pytanie otwarte; niektóre z sformułowanych przez respondentów argumentów zostały zakwalifikowane do dwóch kategorii.

** W ostatnim i przedostatnim wierszu tabeli znajduje się argumentacja „negatywna” zmierzająca do wykazania, iż starszym (z racji wieku) szacunek nie jest należny.

Źródło: Badania własne

Dane z tabeli pierwszej świadczą o tym, iż argumentacja dotycząca zasadności okazywania szacunku osobom starszym jest zróżnicowana. Odnosi się ona bowiem zarówno do posiadania pewnego kapitału przez osoby starsze (doświadczenia, wiedzy, wieku jako takiego), jak i do braku pewnego „kapitału” (gorszego stanu zdrowia, gorszego radzenia sobie z sytuacjami życia codziennego). Wszystkie ze wskazanych argumentów (poza przypadkami z dwóch ostatnich wierszy Tabeli 1.) świadczą jednak, przynajmniej w warstwie deklaratywnej, o pewnym kapitale symbolicznym osób starszych. Osobom starszym, zdaniem respondentów, z racji wieku, „należy się” szacunek.

Osoby starsze tracąc pozycję społeczną z powodu przejścia na emeryturę, w obrębie różnych form kapitału¹², ciągle jeszcze zyskują w omawianym tu wymiarze szacunku społecznego. W tym też kontekście obowiązywanie wskazanej normy (szanuj starsze osoby) jest elementem ważnego mechanizmu funkcjonalnego, kompensującego straty w innych obszarach wyznaczających ogólną pozycję seniora. Zapotrzebowanie na ten mechanizm wzrasta wraz z obniżaniem się innych wyznaczników pozycji seniora (np. z obniżaniem emerytur czy, inaczej rzecz ujmując, zwiększaniem przeciętnej dysproporcji między „ostatnią pensją”, a pierwszą emeryturą). Niestety można spodziewać się, iż wraz ze starzeniem się społeczeństwa wartość kapitału symbolicznego zacznie topnieć. Szereg czynników takich jak „upowszechnienie się starości” (podniesienie się odsetka ludzi starszych), czy obniżenie przeciętnej wysokości emerytury, są zagrożeniem dla uznawania szczególnej wartości wieku w społeczeństwie. Wraz z zachodzeniem tego procesu ograniczona zostanie skuteczność mechanizmu kompensującego pozycję osób starszych w strukturze społecznej.

Drugim istotnym wymiarem kapitału, którym dysponują seniorzy, jest sieć relacji towarzyskich. Jasne jest, że interesujący nas tu kapitał społeczny, nie ogranicza

¹² Materialnego – niższe przychody, prestiżu – związanego z dawniej wykonywanym zawodem, władzy – wynikającej z zajmowanego miejsca w strukturze organizacji.

się wyłącznie do tego typu relacji. Określany jest on bowiem także przez kontakty zawodowe utrzymywane w trakcie i na bazie realizowanych przez siebie obowiązków zawodowych. Wraz z przejściem na emeryturę, „zawodowy” komponent kapitału społecznego zostaje zawieszony, co funkcjonalnie rzecz ujmując podnosi znaczenie kontaktów towarzyskich.

Szczególnie istotne w interesującym nas tu kontekście będzie zatem porównanie relacji towarzyskich seniorów z okresu poprzedzającego przejście na emeryturę¹³ z relacjami obecnymi (kontaktami utrzymywanymi w trakcie pobierania emerytury). W badaniu seniorów respondenci proszeni byli o scharakteryzowanie swoich relacji towarzyskich w dwóch wskazanych okresach z uwzględnieniem osób, które brały udział w tych kontaktach (np. krewny, znajomy, przyjaciel, sąsiad) oraz częstotliwości i długości spotkań. Głównym celem badania było zestawienie sieci kontaktów towarzyskich z obu okresów.

Zanim przystąpimy do właściwego (częstościowego) zaprezentowania wyników badań, warto zwrócić uwagę na bardzo znaczące zróżnicowanie respondentów pod względem wyróżnionych w badaniu zmiennych. Zróżnicowanie to sprawia (wysokie współczynniki zmienności), iż utrudnione jest zaprezentowanie „typowej” sieci towarzyskiej seniorów. Wskazany problem, wraz z wyraźną asymetrią uzyskanych rozkładów zmiennych uzasadnia wykorzystanie mediany (M) jako głównej miary tendencji centralnej (w tabeli jako uzupełnienie przedstawiona została także wartość średniej arytmetycznej (x).

Tabela 2. Charakterystyka kontaktów towarzyskich seniorów przed i po przejściu na emeryturę

Lp.	Dwa lata przed emeryturą:		Obecnie (w trakcie pobierania emerytury):	
1	Liczba osób (ogółem), z którymi respondent utrzymywał kontakty towarzyskie	M=7 x=7,6	Liczba osób (ogółem), z którymi respondent utrzymuje kontakty towarzyskie	M=8 x=8,1
2	Liczba krewnych, z którymi respondent utrzymywał kontakty towarzyskie	M=3 x=3,3	Liczba krewnych, z którymi respondent utrzymuje kontakty towarzyskie	M=5 x=4,2
3	Czas poświęcany na kontakty towarzyskie z krewnymi w tygodniu (w godzinach)	M=4 x=15,7	Czas poświęcany na kontakty towarzyskie z krewnymi w tygodniu (w godzinach)	M=4,5 x=14,2
4	Liczba znajomych*, z którymi respondent utrzymywał kontakty towarzyskie	M=4 x=4,3	Liczba znajomych, z którymi respondent utrzymuje kontakty towarzyskie	M=3 x=3,9
5	Czas poświęcany na kontakty towarzyskie ze znajomymi w tygodniu (w godzinach)	M=6,5 x=12,5	Czas poświęcany na kontakty towarzyskie ze znajomymi w tygodniu (w godzinach)	M=3,8 x=6,3

*Do kategorii znajomi zakwalifikowani zostali także przyjaciele i sąsiedzi.

Źródło: Badania własne

Mimo, iż badanie zostało przeprowadzone na seniorach starających się aktywnie spędzać swój czas (przypomnijmy, iż były to osoby uczestniczące w zajęciach or-

¹³ Respondenci proszeni byli o przypomnienie sobie swoich relacji towarzyskich z okresu dwóch lat poprzedzających przejście na emeryturę.

ganizowanych na Uniwersytecie Szczecińskim), to jednak ich relacje towarzyskie w wymiarze kontaktów ze znajomymi zostały zarówno osobowo jak i czasowo ograniczone. Szczególnie wyraźne jest to w ostatnim wierszu tabeli drugiej wskazującym na wyraźne ograniczenie czasu kontaktów towarzyskich ze znajomymi mimo większej ilości czasu wolnego związanego z przejściem na emeryturę. Utrata kontaktów zawodowych, które w pewnym stopniu zaspakajały potrzebę kontaktu z drugą osobą, zostaje w ten sposób wzmocniona przez ograniczenie kontaktów towarzyskich. Zmiana ta podnosi znaczenie instytucjonalnych form organizacji życia pozazawodowego seniorów jako aktywnych członków społeczeństwa. Sieć kontaktów towarzyskich seniorów zostaje wprawdzie „wzmocniona” przez relacje w obrębie rodziny, ale przynajmniej po części zmiana ta dotyczy pomocy w wychowywaniu wnuków. Zmiany w sieci kontaktów społecznych po przejściu na emeryturę nie rekompensują więc w wymiarze społecznym utraty kontaktów zawodowych.

Wraz z przejściem na emeryturę pozycja jednostki w strukturze społeczeństwie ulega znacznym zmianom. Całościowo rzecz ujmując można tu mówić obniżeniu „globalnej” pozycji jednostki w strukturze społecznej. Czynnikiem wzmacniającymi tę pozycję (po przejściu na emeryturę), warunkującymi poprawienie szeroko rozumianej jakości życia seniorów, mogą być sieci relacji towarzyskich oraz szacunek społeczny przypisywany osobom starszym. Obiektywne zmiany zachodzące w społeczeństwie polskim (przede wszystkim wzrost odsetka osób starszych i niższe emerytury) będą wpływać na obniżenie się pozycji w strukturze społecznej i pogorszenie jakości życia seniorów. W takim też kontekście omówione tu czynniki (niematerialne zasoby kapitału) będą miały coraz większe znaczenie społeczne. Tam gdzie jest to możliwe należy więc je intencjonalnie wspierać.

LITERATURA:

- Bourdieu P., *The Forms of Capital*, w: *Cultural Theory: An Anthology*, red. I. Szeman, T. Kaposy, Oxford 2011, s. 81-93.
- Czapiński J., Wykluczenie a różne wymiary jakości życia, w: *Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013. Raport tematyczny*, red. I. E. Kotowska, Warszawa 2014, s. 219-223.
- Gębski B., Jakość starości na tle jakości życia zachodniopomorskiej ludności wiejskiej, w: *Region Zachodniopomorski – kolaż socjologiczny*, red. A. Kołodziej-Durnaś, Warszawa 2007, s. 73-90.
- Góra M., Rutecka J., System emerytalny, w: *Rynek pracy wobec zmian demograficznych*, red. M. Kiełkowska, Warszawa 2013, s. 162-178.
- Henslin J. M., *Social Problems: A Down-to-Earth Approach*, Boston 2008.
- Jurek Ł., Determinanty niskiej aktywności zawodowej osób w wieku przedemerytalnym, „*Folia Oeconomica*” nr 291, 2013, s. 45-54.
- Kryńska E., Kwiatkowski E., *Podstawy wiedzy o rynku pracy*, Łódź 2013.
- Leszczyńska-Rejchert A., Stereotyp starości w perspektywie społeczno-pedagogicznej, w: *Stereotypy a starość i niepełnosprawność*, red. A. Leszczyńska-Rejchert, E. Kantowicz, Toruń 2012, s. 17-27.
- Mamzer H., Kulturowe uwarunkowania starości, w: *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie*, red. A. Kotlarska-Michalska, Poznań 2013, s. 101-125.
- Prandecki K., Jakość życia w perspektywie 2050 roku, w: *Kryzys jakości życia*, red. Z. Strzelecki, E. Kryńska, J. Witkowski, Warszawa 2014, s. 115-130.
- Putnam Tong R., *Myśl feministyczna. Wprowadzenie*, Warszawa 2002.

- Robak E., Praca – jej uwarunkowania i zagrożenia wpływające na poczucie jakości życia, w: Między pracą a konsumpcją. Co decyduje o miejscu człowieka w dzisiejszym społeczeństwie, red. F. Bylok, U. Swadźba, Katowice 2014, s. 91-105.
- Rutkowska L., Trwanie życia w 2013 r., Warszawa 2014.
- Siemieńska R., O samodzielności i samowystarczalności polskich rodzin i roli sieci społecznych, w: Życie po zmianie. Warunki życia i satysfakcje Polaków, red. K. Zagórski, Warszawa 2009.
- Strzelecki Z., Tendencje rozwoju ludności świata, w: Kryzys jakości życia, red. Z. Strzelecki, E. Kryńska, J. Witkowski, Warszawa 2014, s. 17-38.
- Swadźba U., Od świata pracy do świata konsumpcji. Analiza socjologiczna systemu wartości, w: Między pracą a konsumpcją. Co decyduje o miejscu człowieka w dzisiejszym społeczeństwie, red. F. Bylok, U. Swadźba, Katowice 2014, s. 51-68.
- Szatur-Jaworska B., Diagnozowanie w polityce społecznej. Metody i problemy, Warszawa 2014.
- Sztompka P., Socjologia zmian społecznych, Kraków 2005.
- Szukalski P., Czy w Polsce nastąpi powrót do prostej zastępowalności pokoleń?, „Folia Oeconomica” nr 231, 2009, s. 59-75.
- Tokarz B., Jak rozwijać współpracę międzypokoleniową, w: Młodość i starość. Integracja pokoleń, red. B. Bugajska, Szczecin 2010, s. 291-296.
- Turner J. H., Struktura teorii socjologicznej, Warszawa 2004.
- Uzar K., Wychowanie w perspektywie starości. Personalistyczne podstawy geragogiki, Lublin 2011.
- Węziak-Białowolska D., Kotowska I. E., Pomiar kapitału ludzkiego i jego zróżnicowanie według cech demograficznych, społecznych i ekonomicznych, w: Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013. Raport tematyczny, red. I. E. Kotowska, Warszawa 2014, s. 81-106.
- Zrałek M., Społeczne konteksty starzenia się w Polsce, w: Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne, red. A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, M. Zrałek, Oświęcim 2014, s. 9-50.
- Mały Rocznik Statystyczny Polski 2015, Warszawa 2015.



Małgorzata Sapińska

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 5 w Sosnowcu
E-mail: mal.sap01@gmail.com

Osoby z autyzmem- możliwości ich włączania w życie społeczne / *People with autism- the possibilities of their inclusion in a social life*

Abstract

The subject of the discussion in this article is the ability of social functioning of people diagnosed with autism. Autism is a kind of pervasive developmental disorders that causes difficulty in building relationships with others. It has negative effect on functioning in a society. More and more actions are taken to enable autistic people function in a society and improve their life's quality. It is worth considering what characteristics evinced by autistic people may have some impact on their social life and what actions should be implemented to support these people in making professional activity and in the acquiring some skills in order to be independent and function well in the social life.

Keywords: autism, Asperger syndrome, pervasive development disorders, disability, society, intellectual disability.

Obecnie coraz częściej spotykamy się z pojęciem autyzmu oraz Zespołu Aspergera. Należą one do całościowych zaburzeń rozwoju, które mogą znacznie utrudniać osobom dotkniętym tym problemem funkcjonowanie w świecie społecznym. Aby mogli oni jak najlepiej wykorzystywać swoje potencjalne możliwości w coraz większym stopniu podejmuje się działania mające dwójaki charakter. Z jednej strony jest to wsparcie dla osób dotkniętych autyzmem. Z drugiej zaś prowadzenie różnego rodzaju kampanii społecznych, których celem jest budowanie w społeczeństwie świadomości istnienia problemu całościowych zaburzeń rozwoju oraz mogących pojawiać się u nich zachowań. Jedną z form włączania w życie społeczne osób z autyzmem i zespołem Aspergera jest umożliwianie im kształcenia integracyjnego, które pozwala nie tylko na zwiększanie zasobu wiedzy osób dotkniętych całościowymi zaburzeniami rozwoju, ale także na jak najlepsze wykorzystywanie potencjalnych możliwości komunikacji oraz kształtowanie kompetencji społecznych. Można zakładać, że kształtowanie kompetencji

w wieku szkolnym ułatwia osobom z autyzmem funkcjonowanie w społecznym świecie osób dorosłych i na miarę ich możliwości pozwala im na samodzielność.

CZYM JEST AUTYZM I ZESPÓŁ ASPERGERA?

Zarówno autyzm jak i Zespół Aspergera należą do grupy całościowych zaburzeń rozwoju, w których występują trudności w zakresie społecznych interakcji, problemy związane z powtarzającymi się, stereotypowymi reakcjami i zachowaniami oraz trudności w zakresie komunikacji. (Pużyński 2000: 209)

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi opisanymi w klasyfikacji DSM-IV, w zaburzeniach autystycznych wyróżnić można trzy zasadnicze obszary pojawiających się trudności, jakimi są:

1. Upośledzenie interakcji społecznych
2. Zaburzenia komunikacji
3. Występowanie stereotypowych, powtarzających się zachowań bądź zainteresowań (Wciórka 200: 45).

U osób dotkniętych autyzmem pojawiają się trudności w zakresie komunikacji niewerbalnej, problemy związane z tworzeniem interakcji z rówieśnikami, problemy w zakresie rozumienia i ekspresji emocji. U dzieci z autyzmem widoczny jest także brak umiejętności zabawy symbolicznej. Trudności w zakresie komunikacji językowej natomiast dotyczyć mogą braku rozwoju bądź opóźnienia umiejętności posługiwania się językiem mówionym. W przypadku pojawienia się rozwoju języka mówionego deficyty dotyczyć mogą umiejętności inicjowania rozmowy bądź kontynuowania konwersacji. (Wciórka 2000: 46)

Z kolei, w rozpoznaniu występowania zespołu Aspergera, uznawanego często za łagodną odmianę autyzmu, w kryteriach diagnostycznych wyróżnia się:

1. Jakościowe ograniczenia w zakresie interakcji społecznych;
2. Występowanie powtarzających się, stereotypowych wzorców zachowań oraz zainteresowań, takich jak na przykład sztywne przywiązanie do własnych rytuałów czy manieryzmy o charakterze ruchowym;
3. Problemy w zakresie funkcjonowania społecznego czy zawodowego. (Wciórka 2000: 48)

Zespół Aspergera natomiast nieco różni się od samego autyzmu. Warto tu zwrócić uwagę głównie na trudności w zakresie komunikacji. Bowiem u osób dotkniętych Zespołem Aspergera nie występuje opóźnienie rozwoju mowy ani brak umiejętności posługiwania się językiem. Również rozwój funkcji poznawczych pozostaje adekwatny do wieku danej osoby. Trudności dotyczą natomiast rozwoju sfery emocjonalnej, w zakresie takim jak umiejętności nawiązywania kontaktu wzrokowego, rozumienia emocji, mimiki czy postawy ciała oraz problemów w zakresie tworzenia relacji z innymi osobami (Pużyński 2000: 213-214).

Wśród trudności, na jakie należy zwrócić uwagę, poruszając tematykę społecznego funkcjonowania osób z autyzmem i Zespołem Aspergera z pewnością powinny

znaleźć się zachowania takich osób, które potencjalnie mogą spotkać się z niezrozumieniem bądź negatywną reakcją otoczenia społecznego.

W przypadku autyzmu dziecięcego nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania jednostki najczęściej ujawniają się już przed trzecim rokiem życia (Pisula 2005: 21). W przypadku Zespołu Aspergera natomiast nie można jednoznacznie stwierdzić, opóźnienia rozwoju funkcji poznawczych oraz funkcji w zakresie komunikacji (Pużyński 2000: 213-214).

Wśród osób, u których zdiagnozowano autyzm bądź zespół Aspergera mogą występować różnego rodzaju zachowania utrudniające nawiązywanie relacji społecznych. Mogą być one widoczne już w okresie dzieciństwa. W wieku przedszkolnym i szkolnym stają się jednak bardziej zauważalne. (Komender 2009: 43)

W związku z potrzebą rutyny i przewidywalności sytuacji dzieci na pojawiające się zmiany w otoczeniu mogą reagować na przykład wystąpieniem ataków złości oraz zachowań oporowych. Wystąpienie takich zachowań oraz nieznamość ich podłoża może stać się przyczyną pojawiania się negatywnych reakcji ze strony otoczenia. Inny problem może stanowić fakt, że dzieci dotknięte autyzmem chętniej spędzają czas na indywidualnej zabawie opartej na konkretach niż na zabawach funkcjonalnych, angażujących inne osoby. Zdarza się także, że podejmowane próby interakcji z rówieśnikami inicjowane są w sposób niewłaściwy, czego efektem jest brak nawiązania współpracy (cf. Komender 2009: 40-48).

Taki stan rzeczy może z kolei powodować niechęć rówieśników do podejmowania współpracy z osobami cierpiącymi na całościowe zaburzenia rozwoju. W zakresie komunikacji mogą także ujawniać się uwagi i opinie obrazujące brak umiejętności rozpoznawania uczuć i potrzeb drugiej osoby. Przykład tego rodzaju zachowań mogą stanowić negatywne wypowiedzi dotyczące wyglądu czy zachowania innych osób. Ponadto może zdarzyć się, że zachowania osób z autyzmem cechuje egocentryzm, w związku z czym nie potrafią one postawić się w sytuacji osób, z którymi mają współpracować. Mogą także występować obsesje oraz kompulsje bądź pojawiać się nieadekwatne reakcje emocjonalne oraz zaburzenia nastroju, objawiające się na przykład wystąpieniem krzyku bądź płaczu niemającym konkretnej, bezpośredniej przyczyny.

Wraz z rozwojem psychicznym, dzięki wdrażaniu oddziaływań mających na celu zmniejszanie deficytów, jakimi dotknięte są osoby z autyzmem i Zespołem Aspergera oraz kształtowaniem kompetencji społecznych, w życiu dorosłym osoby te często mogą prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie. W niektórych przypadkach są w stanie funkcjonować samodzielnie, w innych wymagają stałego wsparcia ze strony osób trzecich. Można wymienić różne formy włączania osób z autyzmem w życie społeczne, takie jak na przykład umożliwienie im kształcenia w szkołach integracyjnych, tworzenie zakładów pracy chronionych, dążenie do rozwijania ich umiejętności w wąskim zakresie, zgodnie z ich predyspozycjami, podejmowanie działań mających na celu wypracowanie umiejętności adekwatnego reagowania w zróżnicowanych sytuacjach społecznych.

Jako jedną z form oddziaływania na rzecz społecznego włączania osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju uznać można kształcenie integracyjne. Kształcenie integracyjne może być realizowane na wszystkich etapach edukacyjnych, poczynając od kształcenia przedszkolnego, poprzez okres szkoły podstawowej, gimnazjum aż po szkołę średnią. Integrację zdefiniować można jako włączanie osób z niepełnosprawnością do życia osobistego i społecznego oraz kształcenie ich i rehabilitacja (Hulek 1977).

Obecnie w klasach integracyjnych, zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym z dnia 24 lipca 2015r. oprócz dzieci nie posiadających żadnych dysfunkcji, mogą kształcić się także dzieci posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydawane przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną. Kształcenie w tej formie dotyczy dzieci z różnymi niepełnosprawnościami, w tym również z autyzmem oraz zespołem Aspergera. Poza realizacją zajęć dydaktycznych, dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju objęte są także zajęciami rewalidacyjnymi. Zajęcia te dotyczą w dużej mierze kształtowania umiejętności społecznych oraz komunikacji. Osoby, u których występują trudności z opanowaniem języka mówionego, można uczyć alternatywnych metod komunikacji, takich jak na przykład piktogramy, fonogramy czy język migowy.

Działania mające na celu społeczne włączanie osób dotkniętych całościowymi zaburzeniami rozwoju można przybliżyć na podstawie opisu obserwacji osoby, u której zdiagnozowano Zespół Aspergera. U dziecka występują typowe zachowania charakteryzujące opisywane zaburzenia. Natomiast dzięki podjętym oddziaływaniom mającym na celu nabycie umiejętności adekwatnego funkcjonowania w świecie społecznym, dziecko w coraz większym stopniu adaptuje się w grupie oraz nawiązuje relacje z innymi osobami. Wykorzystała metodę badawczą stanowiła tu obserwacja oraz wywiad.

CHARAKTERYSTYKA DZIECKA Z ZESPOŁEM ASPERGERA

U dziecka zdiagnozowano Zespół Aspergera. Powodem, dla którego przeprowadzone zostały badania mające na celu postawienie określonej diagnozy były trudności adaptacyjne oraz problemy w zachowaniu się dziecka. Problemy te występowały już w okresie przedszkolnym, a ich nasilenie widoczne było na etapie edukacji wczesnoszkolnej. Wśród zachowań, które mogły świadczyć o istnieniu zaburzenia najbardziej zauważalny był brak potrzeby nawiązywania relacji z rówieśnikami. Chłopiec bardzo lubił bawić się w samotności. Unikał gier zespołowych oraz zabaw wymagających stosowania się do ogólnie przyjętych reguł. Najchętniej bawił się klockami, według wymyślonych przez siebie zasad. Najczęściej nie dopuszczał do zabawy innych dzieci, a jeżeli taka sytuacja miła miejsce, wówczas wymagał od innych osób ścisłego stosowania się do proponowanych przez niego reguł. Taki stan rzeczy skutkowało niechęcią rówieśników do zabawy z chłopcem. Skupianie się głównie na zabawie klockami stanowiło również przejaw ograniczonych, wąskich zainteresowań, które są charakterystyczne dla osób, u których zdiagnozowa-

no Zespół Aspergera. Chłopiec w znacznym stopniu interesował się także wybranymi grami komputerowymi.

Inną pojawiającą się trudnością, która utrudniała dziecku funkcjonowanie w grupie społecznej, były problemy w zakresie komunikacji językowej. Z jednej strony rozwój mowy przebiegał prawidłowo, chłopiec posługiwał się stosunkowo dużym zasobem słów. Deficyty dotyczyły natomiast sposobu komunikowania się z innymi osobami. Chłopiec nie wykazywał inicjatywy, która miałaby na celu podjęcie rozmowy z innymi osobami, zarówno rówieśnikami jak i dorosłymi. Zauważalny był także brak umiejętności komunikowania swoich potrzeb oraz uczuć. Chłopiec nie potrafił odpowiedzieć na pytanie, jakie w danym momencie są jego uczucia. Nie potrafił również określić, czego w danym momencie oczekuje od innych osób. Na podstawie obserwacji można stwierdzić, że chłopiec zakładał, iż osoby trzecie wiedzą, jakie są jego zamiary i potrzeby i w związku z tym, oczekiwał, że będą one postępować zgodnie z jego założeniami. Znaczne deficyty zauważyć można w zakresie komunikowania się w sposób niewerbalny. Najbardziej charakterystycznym tego przejawem jest fakt, iż chłopiec nie potrafił rozpoznać emocji na podstawie wyrazów mimicznych. Podobne trudności sprawiało mu rozpoznawanie gestów czy znaczenia postawy ciała. Trudności dało się zauważyć także w sferze prozodii, chłopiec bowiem posługiwał się specyficznym akcentem oraz intonacją.

Znaczącym problemem, który pojawiał się w zachowaniu chłopca były reakcje nieadekwatne do sytuacji. Zdarzały się u niego reakcje emocjonalne, takie jak krzyk, płacz, zachowania oporowe, które były spowodowane czynnikami na pozór neutralnymi, takimi jak na przykład przypadkowe zrzucenie zabawki ze stolika lub pomylenie kierunków drogi.

Ponadto chłopiec nie lubił zajęć ruchowych. Dało się zauważyć u niego także niezgrabność ruchową. Nieadekwatnie do wieku rozwijały się umiejętności w zakresie motoryki dużej oraz motoryki małej. Obniżona była również sprawność grafomotoryczna.

W sferze emocjonalno- motywacyjnej u dziecka dało się zauważyć nieumiejętność dłuższego skoncentrowania się na zadaniu oraz wycofywanie się lub niechęć podejmowania działań trudnych. Pojawiające się w czasie wykonywania zadań przeszkody często powodowały reakcje nieadekwatne do sytuacji i rezygnację z podejmowania wysiłku mającego na celu rozwiązanie problemu.

Wszystkie opisane trudności, które dotyczyły zachowania ucznia w efekcie powodowały nasilanie się trudności w relacjach społecznych. Chłopiec był izolowany w grupie rówieśniczej. Inne osoby nie chciały wchodzić z nim interakcje podczas zabawy. Sam chłopiec również nie wykazywał takiej inicjatywy, co utrudniało kształtowanie umiejętności społecznych.

Po postawieniu diagnozy, świadczącej o tym, że u chłopca występuje Zespół Aspergera rozpoczął on kształcenie w klasie integracyjnej. Poza tym został on objęty terapią, która miała na celu kształtowanie kompetencji społecznych.

Uczęszczanie do klasy integracyjnej pozwoliło na włączanie chłopca w życie społeczne szkoły. Dzięki odpowiednio przygotowanym zajęciom, jego zainteresowania mogły być wykorzystane do nauki relacji społecznych. Chłopiec początkowo izolował się w grupie rówieśniczej. W miarę upływu czasu i zapoznania się z zasadami obowiązującymi w grupie chłopiec zaczął nawiązywać pewne interakcje z rówieśnikami. Potrafi obecnie bawić się i wykonywać zadania zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami, natomiast nadal problemem pozostaje brak umiejętności inicjowania rozmowy z innymi osobami.

Chłopiec został także objęty terapią, która miała na celu kształtowanie umiejętności komunikacyjnych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na aspekt niewerbalny. Chłopiec podczas zajęć, w których wykorzystywane były m.in. symulacje i scenki sytuacyjne nabywał wiedzę i umiejętności dotyczące znaczenia mimicznych wyrazów emocji, znaczenia gestykulacji i postawy ciała. W czasie rozmów z chłopcem często tłumaczono mu obowiązujące normy społeczne i zasady komunikacji, a także znaczenie wybranych metafor i przenosi adekwatnie do jego umiejętności. Ważnym elementem pracy z dzieckiem była także nauka komunikowania własnych potrzeb w sposób adekwatny.

Nieco odmiennym elementem mającym na celu ułatwienie chłopcu społecznego funkcjonowania było zwrócenie szczególnej uwagi na jego zainteresowanie w zakresie tworzenia różnych konstrukcji. Założono bowiem, że wykorzystanie i rozwijanie jego umiejętności w tym zakresie może stanowić potencjalną możliwość realizowania się w późniejszym życiu zawodowym, a tym samym dać mu szansę na samodzielne i sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie.

W miarę upływu czasu u chłopca zauważyć można postęp w zakresie rozwoju społecznego. Obecnie stosunkowo dobrze funkcjonuje on w grupie społecznej, potrafi stosować się do większości obowiązujących zasad. Pomimo dalszego występowania wąskich zainteresowań, chłopiec obecnie wykonuje bardziej zróżnicowane zadania. Problemem natomiast nadal pozostaje występowanie reakcji nieadekwatnych do sytuacji oraz bardzo mała tolerancja zmian. Chłopiec przejawia znaczne trudności w zakresie adaptacji do sytuacji nowych, nieprzewidzianych, które nie stanowią realizacji rutynowego planu dnia. Trudności nadal utrzymują się także w zakresie komunikacji niewerbalnej oraz wykazywania inicjatywy w kontaktach z innymi osobami.

Na podstawie obserwacji działań zarówno o charakterze diagnostycznym jak i terapeutycznym można stwierdzić, że chłopiec ze zdiagnozowanym, mieszczącym się w spektrum autyzmu Zespołem Aspergera coraz sprawniej funkcjonuje w grupie społecznej. Pomimo ciągłego występowania trudności w zakresie relacji społecznych, ich nasilenie jest nieco mniejsze, a chłopiec bardziej samodzielny.

Podjęte tu i opisane oddziaływania są wyrazem wybranych, obecnych dostępnych metod mających na celu włączanie w życie społeczne osób z autyzmem, w tym zespołem Aspergera.

Wśród innych niż kształcenie integracyjne metod sprzyjających społecznemu włączaniu osób z autyzmem wyróżnić można także tworzenie zakładów pracy przystosowanych do potrzeb i możliwości osób z autyzmem. Warto w tym miejscu wspomnieć również o instytucjach, które zajmują się propagowaniem idei zatrudniania osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju i ukazywaniem korzyści, jakie może ono przynosić.

Obecnie włączanie w życie społeczne osób dotkniętych autyzmem i zespołem Aspergera najbardziej daje się zauważyć na etapie szkolnym. Dzięki istnieniu kształcenia integracyjnego dzieci z tym zaburzeniem mają możliwość uczestniczenia w życiu społecznym, kształtowania umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji z innymi oraz uczenia się adekwatnych do sytuacji reakcji czy komunikowania swoich potrzeb. Wszelkie podejmowane na tym etapie oddziaływania można uznać za element stanowiący podstawę sprawnego, samodzielnego i efektywnego funkcjonowania społecznego w dorosłym życiu.

LITERATURA:

- Hulek A., Integracyjny system nauczania i wychowania [w:] A. Hulek red.: Pedagogika rewalidacyjna, Warszawa 1977;
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Puzyński red., Kraków, Warszawa 2000;
- Komender J., Jagielska G., Bryńska A., Autyzm i zespół Aspergera, Warszawa 2009;
- Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR, Wciórka red., Wrocław 2000.



Piotr Frączek

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku
E-mail: fraczekp@tlen.pl

Bariery w zwalczaniu ubóstwa:
Wypalenie zawodowe i inne
uwarunkowania pracy pracowników
socjalnych na Podkarpaciu / *The barriers
in the poverty reduction: Burnout and others
conditions of work among social workers in
Podkarpacie Province*

Abstract

The main aim of social system is to reduce poverty and minimizing social problems. The adequate social infrastructure and human resources are necessary to accomplish this goal. One of the most important group among social services are social workers. The quality of their work has strong influence on the effectiveness of the social assistance system. The article presents the results of a survey conducted among 378 social workers from the Podkarpacie Province. The results of empirical research has identified some conditions of the profession of social workers. The article is also an attempt to identify the level of burnout among social workers in Podkarpacie Province.

Keywords: social system; social assistance; poverty reduction; barriers; burnout; work conditions; social workers; Podkarpacie Province

1. WPROWADZENIE

W każdym kraju, niezależnie od poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego kluczową rolę odgrywa polityka społeczna. Politykę społeczną należy tutaj rozumieć jako działalność państwa, samorządów oraz organizacji pozarządowych na rzecz poprawy położenia materialnego, asekuracji przed ryzykami żywymi oraz wyrównywanie szans życiowych grup społeczeństwa ekonomicznie i socjalnie najsłabszych (Auleytner i Zgłobicka, 2000: 16). Jednym z elementów polityki społecznej jest system socjalny, którego głównym za-

daniem jest zwalczanie ubóstwa i minimalizowanie problemów społecznych. Do realizacji tego zamierzenia niezbędna jest odpowiednia infrastruktura społeczna oraz zasoby kadrowe. W Polsce jedną z najważniejszych grup zawodowych wchodzących w skład służb społecznych są pracownicy socjalni, to właśnie od jakości ich pracy zależy skuteczność systemu pomocy społecznej. Zawód pracownika socjalnego zaliczany jest do grupy tzw. *helping profession*, co oznacza, że jego istotą jest niesienie pomocy potrzebującym w trudnych sytuacjach życiowych. Generuje to jednak wiele sytuacji stresowych, które wpływają na życie zawodowe i prywatne pracowników socjalnych, co w konsekwencji może prowadzić do wypalenia zawodowego i nienależytego wywiązywania się ze swoich obowiązków służbowych. Taka sytuacja może być barierą w sprawnym funkcjonowaniu systemu socjalnego.

Problematyka wypalenia zawodowego została szeroko opisana w literaturze przedmiotu, zwłaszcza tej z zakresu psychologii i socjologii (zob. m.in. Kraczkla 2013; Mickiewicz et. al. 2011; Tucholska 2001; Simpson 2013; Okła i Steuden 1998; Szczygieł et. al. 2009; Anczewska, Świtaj i Roszczyńska 2005; Gramlewicz 2012, Tucholska 2016). Jednym z modeli wypalenia zawodowego występującym w literaturze jest ten opracowany przez Ch. Maslach, który uznaje wypalenie za proces wielowymiarowy, uwzględniający trzy podstawowe dymensje: (1) emocjonalne wyczerpanie, (2) depersonalizację oraz (3) obniżenie zadowolenia z osiągnięć zawodowych (Tucholska 2016). Wyczerpanie emocjonalne daje następujące objawy: zaburzenia psychosomatyczne- bóle głowy, bezsenność, drażliwość, poczucie ciągłego zmęczenia, skargi hipochondryczne. Depersonalizacja z kolei może posiadać takie objawy jak: obojętność, bezdusność, odhumanizowany stosunek do klienta, jakość wykonywanej pracy ulega zdecydowanemu obniżeniu. Ostatnim etapem jest obniżona ocena własnych możliwości, nazywana „fazą terminalną”. Polega ona na tym, że pracownicy wypadają ze swojej roli, praca jest źródłem udręki i cierpienia. Często osoby rezygnują z pracy, starają się „łagodzić” nieprzyjemne objawy, na przykład alkoholem lub innymi używkami (Siemiński, Nitka-Siemińska i Nyka 2007: 46). W literaturze przedmiotu istnieją także prace wskazujące, że główną cechą wypalenia zawodowego jest wyczerpanie. Na przykład E. Aronson, w oparciu o prace M. Buchka i J. Hackenberga, podzielił wyczerpanie na trzy kategorie: wyczerpanie fizyczne (m.in. brak energii, chroniczne zmęczenie, osłabienie, bóle pleców, zaburzenia snu); wyczerpanie emocjonalne (uczucie przeziębienia, bezradności, uczucie beznadziejności i braku perspektyw, niepohamowany płacz; osamotnienie, brak chęci do działania) oraz wyczerpanie psychiczne (negatywne nastawienie do siebie i pracy, cynizm, lekceważenie, zerwanie kontaktów z klientami i kolegami, poczucie niższej wartości) (Szostak 2016). Trudno jest jednoznacznie określić kolejność występowania poszczególnych przejawów wypalenia zawodowego i zależność między nimi (Anczewska, Świtaj i Roszczyńska 2005: 69). Często zakłada się, że etapy wypalenia zawodowego określone przez Ch. Maslach pojawiają się chronologicznie zgodnie z kolejnością ich wcześniejszego wymienienia, czasami jednak autorzy suponują, że trzy grupy objawów pojawiają się równocześnie (Siemiński, Nitka-Siemińska i Nyka 2007: 47). Sprawia to, że trudno jest mówić o ścisłych kryteriach, iż dana osoba jest bądź nie jest wypalona zawodowo. W literaturze przedmiotu opisano

wiele skali, kwestionariuszy, które służą do pomiaru wypalenia zawodowego (np. MBI –Maslach Burnout Inventory, MBI-Human Services Survey, MBI-General Survey) (Anczewska, Świtaj i Roszczyńska 2005: 70), pojawiają się także głosy, że w badaniach nad wypaleniem zawodowym można wykorzystywać kwestionariusze opisowe, mogą one być jednak trudne w interpretacji oraz budzić wątpliwości, co do trafności zastosowania.

Niezależnie jednak od sposobu przyjętego pomiaru wypalenia zawodowego pracowników socjalnych, można sformułować wniosek, że jest ono zespołem symptomów występujących łącznie. Mogą one manifestować się w specyficzny dla danej osoby sposób i przybierać różną intensywność (Gramlewicz 2012: 459). Najpoważniejszym źródłem zespołu wypalenia zawodowego w pracy socjalnej są bezpośrednie kontakty z osobami objętymi opieką. Osobiste problemy tych osób są silnymi negatywnymi emocjami, a pracownik socjalny musi angażować się w te problemy (Gramlewicz 2012: 463). Należy także pamiętać, że w środowisku pracy pracowników socjalnych poza wypaleniem zawodowym mogą występować także inne czynniki, które są barierą w sprawnym funkcjonowaniu systemu socjalnego. Dlatego też tak ważna jest ich identyfikacja. Właśnie tym zagadnieniom poświęcony jest niniejszy tekst.

2. CEL, METODY ORAZ TECHNIKI BADAŃ

Celem badania była identyfikacja wybranych uwarunkowań wykonywania zawodu pracownika socjalnego oraz określenie czy wśród pracowników socjalnych na Podkarpaciu występuje zjawisko wypalenia zawodowego. Badania empiryczne przeprowadzono w grupie pracowników socjalnych zamieszkujących na terenie województwa podkarpackiego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał 24 pytania oraz informacje o charakterze metryczkowym. Badaniem ankietowym przeprowadzonym w okresie VI-XI 2015 r. objęto 299 jednostek funkcjonujących w sektorze pomocy społecznej, w których zatrudniani byli pracownicy socjalni (w tym 160 ośrodków pomocy społecznej, 21 centrów pomocy rodzinie, 63 środowiskowe domy samopomocy, 8 dziennych domów pomocy oraz 47 domów pomocy społecznej). Zatem ankiety zostały rozsyłane niemalże do wszystkich jednostek w województwie zatrudniających pracowników socjalnych. Ostatecznie autorowi badania udało się pozyskać 378 ankiet zwrotnych, co oznacza, że w badaniu empirycznym wzięło udział 30,6% ogółu pracowników socjalnych tj. 378 spośród 1236 osób (zob. ROPS-Rzeszów 2014: 28), którzy wykonują swoją pracę na terenie województwa podkarpackiego. Zebrany materiał poddano analizie ilościowej i jakościowej.

3. WYNIKI BADAŃ

Badana grupa pracowników socjalnych to w większości osoby w wieku średnim (zob. tab. 1).

Tabela 1. Wiek pracowników socjalnych objętych badaniem w województwie podkarpackim

Wiek pracowników socjalnych	Liczba osób	w %
20-29 lat	22	5,9
30-39 lat	151	39,9
40-49 lat	89	23,5
50-59 lat	109	28,8
60-69 lat	7	1,9
Suma	378	100

Źródło: Opracowanie własne na podst. przeprowadzonych badań

Prawie 40% wszystkich badanych pracowników socjalnych było w wieku 30-39 lat, dość liczna była również grupa wiekowa 50-59 lat - prawie 30% ogółu respondentów. Najmniej liczne były grupy wiekowe skrajne – najmłodsza (20-29 lat) i najstarsza (60-69 lat). Może to oznaczać, że grupa pracowników socjalnych na Podkarpaciu jest dość ustabilizowana i niezbyt często pojawiają się w zawodzie nowe młode osoby, które dopiero ukończyły edukację. Wnioski te po części pokrywają się z badaniami prowadzonymi w skali całego kraju, które sugerują, że następuje powolny proces starzenia się tej grupy zawodowej. W Polsce w latach 1988-2010 odsetek pracowników socjalnych w wieku 41 lat i więcej wzrósł z 6,1% do 44% (Łuczyńska 2012: 43-44). Zawód pracownika socjalnego w Polsce jest zawodem wysoce sfeminizowanym, ogólnopolskie badania prowadzone w 2013 roku dowiodły, że 91,2% badanych było kobietami (Olech i Łuczyńska 2013: 9). Podobne wnioski wypływają z badań zagranicznych. A. Campanini i C. Facchini w swojej publikacji zauważają, że wielu krajach zachodnioeuropejskich ponad 90% studentów na kierunku praca socjalna było kobietami (Campanini i Facchini 2013: 2). W województwie podkarpackim zawód pracownika socjalnego jest jeszcze bardziej sfeminizowany. Jedynie 3,2% tj. 12 osób spośród badanych wskazało, że jest mężczyznami, a 96,8% (366 osób) to kobiety.

Na Podkarpaciu dominują pracownicy socjalni o długim stażu pracy w zawodzie – powyżej 20 lat (34,4% ogółu), dość liczna jest również grupa, która pracuje w zawodzie 5-10 lat (25,1% ogółu).

Tabela 2. Staż pracy i poziom wykształcenia pracowników socjalnych objętych badaniem w województwie podkarpackim

Staż pracy w zawodzie pracownika socjalnego	Średnie (w tym policealne)	Wyższe-licencjat	Wyższe-magister	Inne- np. doktor	Suma	w %
do 2 lat	0	3	15	0	18	4,7
2-5 lat	0	5	30	0	35	9,3
5-10 lat	2	11	82	0	95	25,1
10-15 lat	3	4	25	0	32	8,5
15-20 lat	19	2	29	0	50	13,2

Powyżej 20 lat	102	5	22	1	130	34,4
Brak danych	3	6	9	0	18	4,8
Razem	129	36	212	1	378	100
w %	34,1	9,5	56,1	0,3	100	

Źródło: Jak dla tab. 1

Można przyjąć, że pracownicy socjalni w badanym regionie są grupą wykształconą. Ponad połowa badanych posiada wyższe wykształcenie magisterskie, a niemalże 10% respondentów ukończyło studia licencjackie uprawniające do wykonywania zawodu pracownika socjalnego. Wśród pracowników socjalnych na Podkarpaciu dużo jest również osób, które posiadają wykształcenie średnie - 34,1% (tj. 129 osób). Taki poziom wykształcenia występuje najczęściej wśród osób, które mają długi staż pracy w zawodzie - ponad 20 lat. Oznacza to, że osoby te po podjęciu pracy w sektorze pomocy społecznej zazwyczaj nie podnosiły swoich kwalifikacji zawodowych na studiach wyższych. Natomiast w grupie młodych pracowników socjalnych, którzy pracują w zawodzie od niedawna i mają stosunkowo niedługi staż pracy dominuje wykształcenie wyższe magisterskie.

W przypadku pracowników socjalnych, oprócz wykształcenia ważną rolę pełnią kwalifikacje specjalistyczne tj. specjalizacje w zawodzie pracownika socjalnego. W badaniu empirycznym połowa respondentów – 189 osób wskazała, że posiada takie kwalifikacje (zob. tab. 3).

Tabela 3. Kwalifikacje specjalistyczne i poziom wykształcenia pracowników socjalnych objętych badaniem w województwie podkarpackim i w Polsce

	Wykształcenie średnie	Wykształcenie wyższe – licencjat	Wykształcenie wyższe – magister	Inne wykształcenie np. stopień naukowy doktora	Ogółem*	w %	Badanie w Polsce – 2013 r (w %)**
I stopień specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny	68	9	49	0	126	31,5	35
II stop specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny	10	1	16	0	27	6,8	6
Specjalizacja z zakresu Organizacji pomocy społecznej	7	1	40	1	49	12,3	7
4- inne kwalifikacje zawodowe	1	0	7	0	8	2,0	
Brak wskazań	47	26	116	0	189	47,4	52
Łączna liczba wskazań	133	37	228	1	399	100	100

*liczba wskazań ≠ liczbie respondentów, ponieważ osoby badane mogły wskazać kilka odpowiedzi

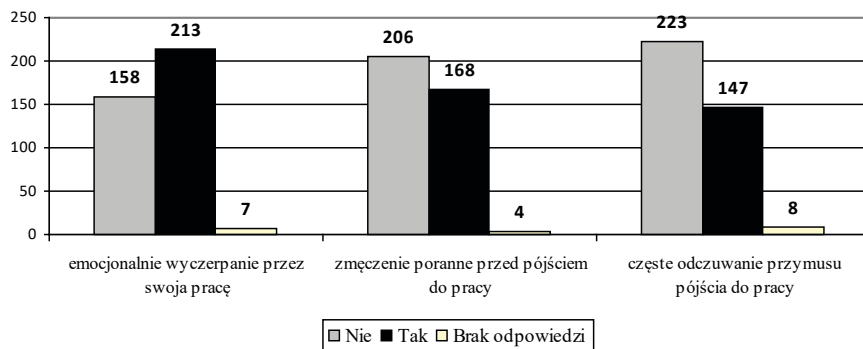
**Olech i Łuczyńska 2013: 13

Źródło: Jak dla tab. 1

Największa liczba respondentów wskazywała, że posiada specjalizację I stopnia w zawodzie pracownik socjalny. Stosunkowo niewielu badanych pracowników socjalnych na Podkarpaciu – 6,8% posiada specjalizację II stopnia w zawodzie pracownik socjalny. Ponad 12% badanych wskazywało, że posiadają specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej. Niepokojący może być fakt, że aż 116 osób z wykształceniem wyższym magisterskim wskazywało, że oprócz ukończenia studiów wyższych nie podnosiło swoich kwalifikacji zawodowych. Przeprowadzone badanie ankietowe dowiodło, że pracownicy socjalni na Podkarpaciu posiadają dodatkowe kwalifikacje specjalistyczne w zawodzie na podobnym poziomie, jak pracownicy socjalni w pozostałych regionach Polski.

Jednym z przejawów wypalenia zawodowego jest emocjonalne wyczerpanie i zmęczenie związane z pójściem do pracy.

Wykres 1. Emocjonalne wyczerpanie, zmęczenie poranne oraz odczuwanie przymusu pójścia do pracy wśród pracowników socjalnych na Podkarpaciu (liczba wskazań)



Źródło: Jak dla tab. 1

W województwie podkarpackim prawie 57% badanych pracowników socjalnych wskazało, że czują się emocjonalnie wyczerpani przez swoją pracę, 41,8% respondentów nie odczuwa wyczerpania. Pracowników socjalnych zapytano również o to, czy wstając rano czują się zmęczeni przed pójściem do pracy. Okazało się, że takie zmęczenie odczuwa 44,4% badanych, a większość pracowników socjalnych wskazała, że zmęczenia nie odczuwa. Pozytywny jest fakt, że większość badanych pracowników socjalnych (60%- tj. 223 osoby) nie odczuwa przymusu pójścia do pracy.

W przypadku zawodów wymagających znacznego zaangażowania w pomoc i rozwiązywanie problemów innych osób istotna jest umiejętność oddzielania życia prywatnego od pracy zawodowej.

Tabela 4. Umiejętność oddzielania życia prywatnego od swojej pracy zawodowej oraz przenoszenie problemów klientów do domu wśród pracowników socjalnych na Podkarpaciu (liczba osób i %)

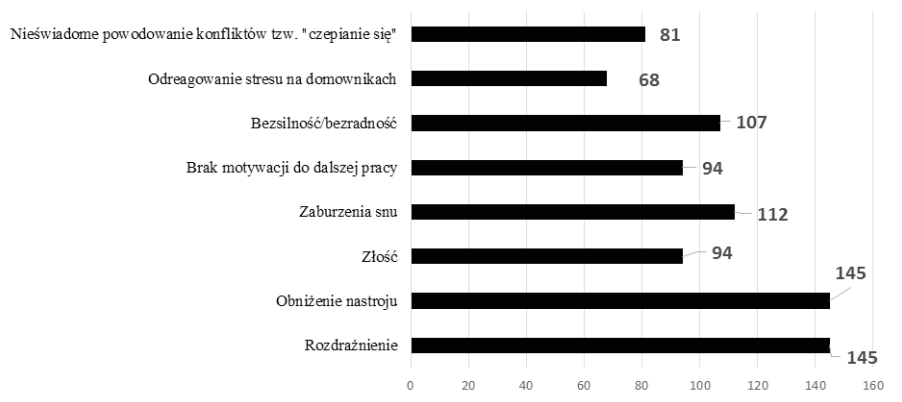
	NIE przenoszę problemów klientów do domu	TAK przenoszę problemy klientów do domu	Brak odpowiedzi	Razem
Nie - umiem oddzielić życie prywatnego od zawo- dowego	58	35	2	95
TAK - umiem oddzielić życie prywatnego od zawo- dowego	244	34	1	279
Brak odpowiedzi	3	1		4
Liczba osób	305	70	3	378
w %	80,69	18,52	0,79	100

Źródło: Jak dla tab. 1

Badanie ankietowe pokazało, że pracownicy socjalni w woj. podkarpackim potrafią oddzielić pracę zawodową od życia prywatnego. Jedynie co czwarty respondent deklarował, że nie jest w stanie dokonać takiego rozdziału. W trakcie badania pracownicy socjalni deklarowali również, że nie przenoszą problemów swoich klientów do domu i nie traktują swoich domowników jako biernych słuchaczy, jedynie co piąty pracownik wskazał, że przenosi problemy swoich klientów do domu. Co ciekawe, nawet ci pracownicy, którzy deklarowali, że nie umieją oddzielić swojego życia prywatnego od życia zawodowego w większości nie przenoszą problemów swoich klientów do domu (58 osób spośród 95 nieumiejących oddzielić życia prywatnego od zawodowego).

Przeprowadzone badanie ankietowe pozwoliło również określić wpływ problemów w pracy na życie rodzinne i osobiste. Nawet pomimo wcześniejszych deklaracji pracowników socjalnych o tym, że umieją oddzielać życie zawodowe od prywatnego oraz o tym, że nie przenoszą problemów swoich klientów do domu, badanie ankietowe wskazało, że problemy w pracy jednak wywierają wpływ na życie rodzinne i osobiste – takiej odpowiedzi udzieliło aż 55,5% respondentów (tj. 210 osób). Najczęściej wskazywane skutki wpływu problemów w pracy na życie rodzinne i osobiste przedstawia poniższy wykres.

Wykres 2. Przejawy wpływu problemów w pracy w życiu rodzinnym i osobistym wśród pracowników socjalnych na Podkarpaciu (liczba wskazań)



Źródło: Jak dla tab. 1

Najczęściej pracownicy socjalni wskazywali, iż problemy w pracy wywołują w ich życiu rodzinnym i osobistym rozdrażnienie oraz obniżenie nastroju (po 145 wskazań), zaburzenia snu (112 wskazań), a także bezsilność i bezradność (107 wskazań). Ponadto skutkiem problemów zawodowych była złość (94 wskazania) i brak motywacji do pracy (94 wskazania). Część pracowników socjalnych oświadczyła również, iż w takich sytuacjach nieświadomie wywołuje konflikty w rodzinie oraz odreagowuje stres na domownikach.

Istotą pracy socjalnej jest wspieranie innych osób bądź grup w odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie. Praca ta w szczególny sposób może jednak przyczynić się wyczerpania i prowadzić do zubożnienia oraz zaniku empatii. Badanie empiryczne pozwoliło sprawdzić, czy pracownicy socjalni na Podkarpaciu dotknięci są zubożnieniem i przejawiają brak empatii wobec problemów swoich klientów. 58% respondentów wskazało, że praca z ludźmi ich nie wyczerpuje, ale pozostała część badanych – aż 158 osób (42%) wskazała, że praca z ludźmi w ich przypadku prowadzi do wyczerpania. Pracownicy socjalni określili, że do wyczerpania prowadzą najczęściej następujące problemy, które występują w relacjach z klientami: roszczeniowa postawa klientów, brak współpracy i motywacji klientów do zmiany swojej sytuacji, agresja ze strony klientów oraz ograniczone formy pomocy. Potwierdzeniem tych spostrzeżeń mogą być następujące wypowiedzi pracowników socjalnych:

- ... roszczeniowość klientów, oszustwa klientów (Resp. 12)
- ... klienci są roszczeniowi, nastawieni na „branie”, nie dając nic od siebie. Bywa, że otrzymują zasiłki, które przewyższają moje zarobki!!! (Resp.26)
- ... roszczeniowi, oczekujący wyłącznie pomocy finansowej, oszukujący i ukrywający faktyczne dochody, tylko po to aby dostać wsparcie, złości zwłaszcza to, że niejednokrotnie pomoc, którą otrzymują przewyższa nasze zarobki. (Resp. 27)

- Agresja, roszczeniowość, brak współpracy, negatywne nastawienie do pracownika socjalnego (Resp. 60)
- ...bezradność, brak prestiżu w zawodzie pracownika socjalnego, niedostosowane przepisy, brak odpowiednich narzędzi do pracy. (Resp. 69)

Niepokojący wydaje się zwłaszcza fakt, że wielu pracowników socjalnych w swoich wypowiedziach sygnalizuje, że osoby korzystające z ich wsparcia zachowują się w stosunku do nich agresywnie. Poczucie zagrożenia podczas wykonywania swoich obowiązków służbowych może być nie tylko istotną przyczyną wyczerpania pracowników socjalnych, ale może także przyczyniać się do nienależytego zaangażowania w pomoc klientom. Wyniki badań empirycznych przeprowadzonych na Podkarpaciu potwierdzają zatem doniesienia pojawiające się w literaturze przedmiotu (zob. m.in. Nowicka i Kolasa 2001) oraz w mass mediach o wzroście liczby przypadków agresji słownej oraz aktów przemocy fizycznej wobec pracowników socjalnych w Polsce (zob. m.in. MPiPS 2016; Portal OPS 2016). Jednym z przejawów wypalenia zawodowego może być brak empatii i obojętność względem klientów. W przeprowadzonych badaniach okazało się, że znacząca większość pracowników socjalnych (320 osób – 85% ogółu) nie zauważa u siebie braku empatii i obojętności względem problemów swoich klientów, a jedynie 41 pracowników (11% ogółu badanych) wskazało, że zdarza się im lekceważyć problemy klientów. Najczęściej lekceważono: roszczeniowe postawy klientów, niechęć do zmiany swojej sytuacji, problemy błahe, agresywne postawy klientów względem pracowników socjalnych, kłótnie rodzinne klientów.

Przykładowe wypowiedzi respondentów w tym zakresie [*lekceważę problemy swoich klientów w przypadku- P.F*]:

- ...braku konsekwencji wobec przemocy w swojej rodzinie, niechęci do zmiany nawyków /bierność zawodowa/ (Resp. 238)
- ... problemów finansowych- nie są adekwatne do rzeczywistości, my pracownicy socjalni nie jesteśmy policją skarbową! (Resp. 204)
- zapewniania opieki, asystentury, pomocy specjalistów – nie mam co klientom zaproponować, a przede wszystkim ofert pracy (Resp. 202)

Znużenie pracą i kontaktem z klientami może prowadzić również do konfliktów ze współpracownikami.

Tabela 5. Sytuacje konfliktowe w pracy pracowników socjalnych na Podkarpaciu (liczba osób i %)

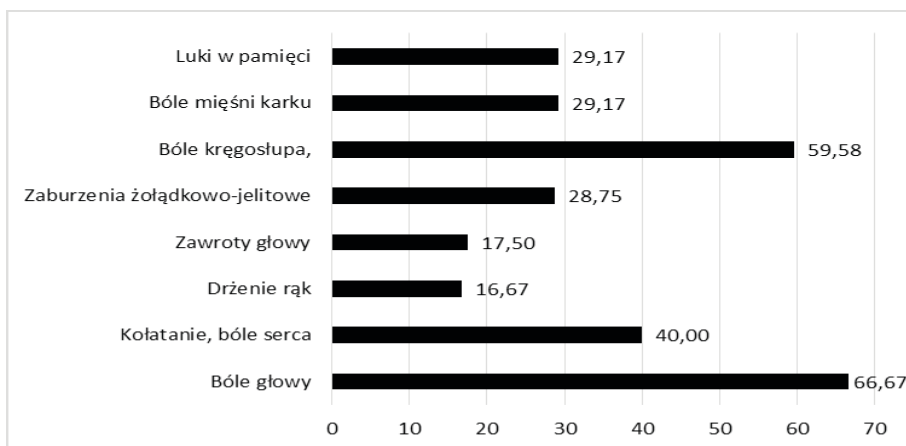
	NIE występują konflikty w pracy	TAK występują konflikty w pracy	Razem	w %
NIE -zwiększyła się ich częstotliwość występowania konfliktów w pracy	317	44	361	96
TAK -zwiększyła się ich częstotliwość występowania konfliktów w pracy	---	17	17	4
Suma	317	61	378	
w %	84	16	100	100

Źródło: Jak dla tab. 1

Badani pracownicy socjalni oświadczyli, że w ich pracy nie występują sytuacje konfliktowe (317 osób- 84% ogółu). Ponadto w badanej grupie zawodowej nie udało się potwierdzić zwiększenia częstotliwości ich występowania.

Wypalenie zawodowe oprócz wyczerpania emocjonalnego może również prowadzić do nasilenia dolegliwości fizycznych. Aż 240 respondentów (63% ogółu) wskazało, że odczuwa dolegliwości fizyczne w związku z wykonywaną pracą. Jednocześnie prawie 3/4 wszystkich pracowników socjalnych objętych badaniem zadeklarowało, że odkłada rozwiązywanie własnych problemów na późniejszy termin. Najczęściej wskazywane dolegliwości fizyczne związane z wykonywaną pracą przedstawia poniższy wykres.

Wykres 3. Najczęściej odczuwane dolegliwości fizyczne w związku z wykonywaną pracą wśród pracowników socjalnych na Podkarpaciu (w %)

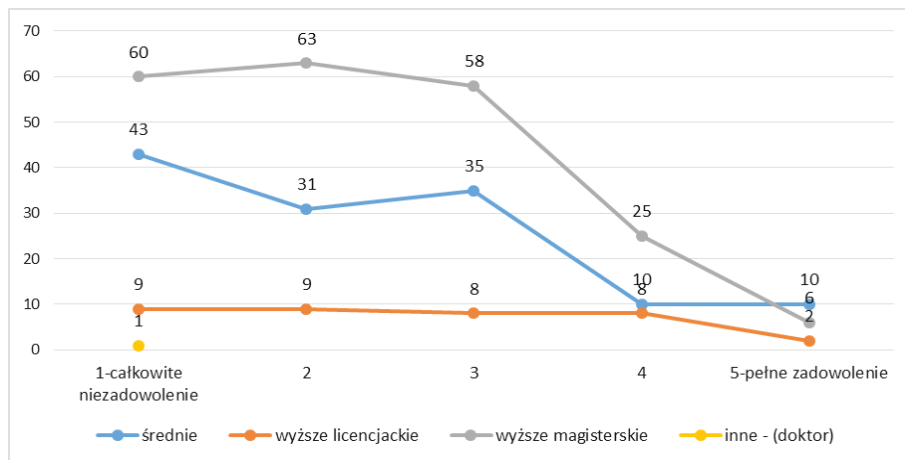


Źródło: Jak dla tab. 1

Badani pracownicy socjalni najczęściej odczuwają bóle kręgosłupa (59,58%) oraz bóle głowy (66,67%). Nieco mniejsze nasilenie miały problemy zdrowotne związane z bólem mięśni karku (29,17%), zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi (28,75%). Oznacza to, że problemy zdrowotne pracowników socjalnych mające w ich opinii związek z pracą zawodową niekoniecznie muszą być związane z procesem wypalenia zawodowego. Mogą być spowodowane charakterem pracy np. przy biurku w zamkniętym pomieszczeniu.

Jednym z najważniejszych czynników motywujących do właściwego wykonywania obowiązków służbowych jest odpowiednie wynagrodzenie. W trakcie badania udało się określić poziom zadowolenia pracowników socjalnych z otrzymywanego wynagrodzenia. Niemalże wszyscy pracownicy objęci badaniem ankietowym wykazywali niezadowolenie ze swojego wynagrodzenia (prawie 60% ogółu badanych).

Wykres 4. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wynagrodzenia z uwzględnieniem poziomu wykształcenia wśród pracowników socjalnych na Podkarpaciu (liczba osób)



Źródło: Jak dla tab. 1

Niezadowolenie z otrzymywanego wynagrodzenia wśród pracowników socjalnych widoczne było we wszystkich kategoriach wykształcenia. Natomiast zadowolenie z wynagrodzenia za pracę w odniesieniu do ilości wykonywanych obowiązków deklarowało jedynie 4,76% ogółu badanych (tj. 18 osób), 10 osób z tej grupy posiadało wykształcenie średnie.

Podczas badania nie udało się zidentyfikować powiązania pomiędzy zadowoleniem z otrzymywanego wynagrodzenia a motywem wyboru zawodu pracownika socjalnego. Natomiast analiza powiązań pomiędzy poziomem zadowolenia z otrzymywanego wynagrodzenia a deklaracją czy praca zawodowa wpływa na życie rodzinne i osobiste, pozwala dostrzec, że w grupie osób, które deklarowały, że praca zawodowa wpływa na ich życie prywatne jest więcej osób niezadowolonych ze swojego wynagrodzenia. Oczywiście definitywne określenie, iż taka korelacja pomiędzy tymi czynnikami rzeczywiście istnieje wymagałaby prowadzenia dalszych pogłębionych badań i analiz.

Badania empiryczne pozwoliły również zidentyfikować bariery, które najbardziej przeszkadzają pracownikom socjalnym w wykonywaniu obowiązków zawodowych. Jako bariery w pracy zawodowej respondenci najczęściej wskazywali: biurokrację, nadmiar obowiązków oraz złe przepisy prawne. Pracownicy socjalni wskazywali, że przeszkadza im:

- *nadmierna papierologia (Resp. 14)*
- *nadmiar zbędnej dokumentacji do sporządzania, nastawienie systemu pom. sp. na statystykę, działania pozorne Ministerstwa (np. „Karta dużej rodziny”, „Empatia”, „Bezpieczeństwo danych”) (Resp. 15)*
- *nadmiernie rozbudowana biurokracja raczej utrudnia pracę niż ją wspomaga (Resp. 27)*

- *roszczeniowa postawa klientów, niemożność udzielenia pomocy klientom z powodu przepisów prawnych – kryterium dochodowe (Resp. 40)*
- *ograniczenia ustawowe (pracownik socjalny zna swojego klienta, wie co mu jest potrzebne, nie jest w stanie mu tego zaoferować ponieważ ustawa, rozporządzenia nakładają konkretne warunki i limity świadczeń), warunki lokalowe*
- *zbyt duże dokumentowanie w wersji papierowej i nie tylko pracy tj. druki, programy komputerowe. Roszczeniowi klienci którzy poparcie i utwierdzenie znajdują u lokalnej władzy (Resp. 286).*

Ponadto barierą w wykonywaniu obowiązków służbowych wśród pracowników socjalnych są warunki lokalowe:

- *niemożność koncentracji, atmosfera w pokoju/ siedzenie w pokoju z 5 innymi kobietami gdzie każda ma inny zakres zadań- brak poczucia bezpieczeństwa, zaufania jak przychodzi klient i wchodzi do pokoju gdzie siedzą baby żądne pozyskania nowych informacji puszczania ich w obieg- plotkowanie masakra (Resp. 201)*
- *zbyt duża liczba pr. socjalnych w pokoju (7 osób) (Resp. 332)*
- *... brak pomieszczeń, w których można porozmawiać spokojnie i w „cztery oczy” (Resp. 104)*
- *za mało przestrzeni – sprzęt komputerowy zajmuje dużo miejsca w pokoju, „promieniowanie”, szumy, stwarza sytuacje konfliktowe (Resp. 204)*

Barierą jest również brak specjalistów oraz zaplecza, wypowiedzi respondentów w tym zakresie były następujące:

- *... brak lub utrudniony dostęp do specjalistów np. pedagogów, terapeutów itp. (Resp. 21)*
- *Brak odpowiednich instrumentów do pracy (zaplecze instytucjonalne).....(Resp. 183)*
- *Rozległość terenu, brak środków komunikacji (od 20 lat ten sam przelicznik ryczałtowy... (Resp. 91).*

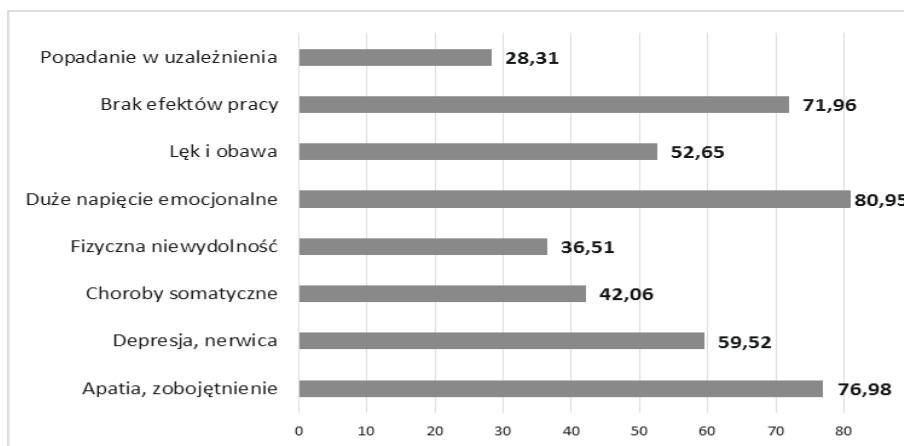
Ponadto barierami w wykonywaniu obowiązków zawodowych w opinii pracowników socjalnych są stosunki panujące w pracy, zagrożone poczucie bezpieczeństwa pracowników socjalnych oraz kreowanie negatywnego wizerunku pracownika socjalnego przez media. Obrazują to następujące wypowiedzi badanych:

- *To, że gdy chce się coś robić więcej często jestem zniechęcanym przez innych, uznawane to jest za wychylanie i nadgorliwość (Resp. 57)*
- *Brak motywacji do pracy, niskie zarobki, ciągłe obwinianie pracowników pomocy społecznej za ludzkie tragedie (Resp. 69)*
- *... brak bezpieczeństwa w pracy pracownika socjalnego (Resp. 59)*
- *... nagonka społeczeństwa oraz mediów na pracowników socjalnych (Resp. 109)*
- *... przedkładanie problemów klienta ponad wszystko, obarczanie winą za niepowodzenia wyłącznie pracowników socjalnych chaotyczne działania przełożonego (Resp. 81)*

- *Zidentyfikowane bariery częściowo są tożsame z barierami, które zostały zidentyfikowane w trakcie badań z 2006 r. prowadzonych w woj. podkarpackim (zob. Zbyrad 2007).*

W trakcie badania pracowników socjalnych zapytano czy wiedzą co oznacza termin wypalenie zawodowe. Tylko dwóch respondentów nie znało znaczenia tego terminu, dwie kolejne osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie, a aż 374 pracowników socjalnych wskazało, że wie co to jest wypalenie zawodowe. Oznacza to, że pracownicy socjalni wiedzą na czym polega wypalenie zawodowe oraz znają jego objawy.

Wykres 5. Podstawowe objawy wypalenia zawodowego w opinii badanych pracowników socjalnych na Podkarpaciu (w %)

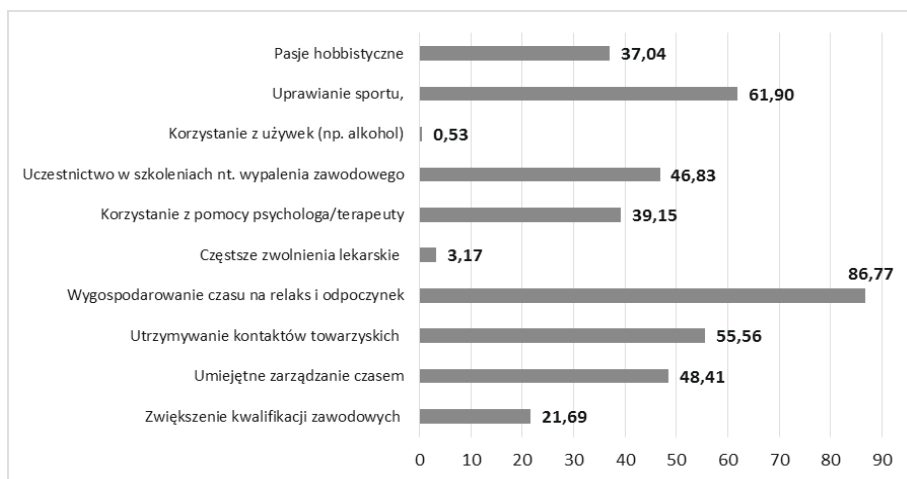


Źródło: Jak dla tab. 1

Zdaniem respondentów wypalenie zawodowe najczęściej objawia się dużym napięciem emocjonalnym (80,95% odpowiedzi), brakiem efektów w pracy (71,96%) oraz apatią i zubożeniem (76,98%). Znacznie mniej ankietowanych wskazało, że wypalenie zawodowe może objawiać się poprzez popadanie w uzależnienia (28,31%), lęki i obawy (52,65%), choroby somatyczne (42,06%) oraz fizyczną niewydolność (36,51%). Ponadto respondenci mogli wskazać inne objawy wypalenia zawodowego, wśród odpowiedzi pojawiły się następujące:

- ciągłe zmęczenie (Resp. 169)
- cynizm i postawa strofująca wobec klientów, niezdolność do koncentrowania się na klientach (Resp. 19)
- brak szans na zmianę własnej sytuacji, brak poczucia własnej wartości (Resp. 35)
- brak motywacji do pracy, bezsilność (Resp. 228).

Pracownicy socjalni zostali także poproszeni o wskazanie sposobów jakie ich zdaniem mogą zapobiegać wypaleniu zawodowemu.

Wykres 6. Sposoby zapobiegania wypaleniu zawodowemu w opinii badanych pracowników socjalnych na Podkarpaciu (w %)

Źródło: Jak dla tab. 1

Ankietowani w trakcie badania wskazali, iż najlepszym sposobem na zapobieganie wypaleniu zawodowemu jest wygospodarowanie czasu na relaks i wypoczynek (86,77% odpowiedzi), uprawianie sportu (61,90%), utrzymywanie kontaktów towarzyskich (55,56%) oraz umiejętne zarządzanie czasem (48,41%). Niewielu pracowników socjalnych uważa, że zapobieganie procesowi wypalenia zawodowego powinno odbywać się poprzez korzystanie z używek np. alkoholu (0,53%) i częste zwolnienia lekarskie (3,17%).

Prawie 83% pracowników objętych badaniem ankietowym uważa, że skuteczny system motywacyjny jest w stanie zapobiegać wypaleniu zawodowemu.

Tabela 6. Najskuteczniejsze elementy systemu motywacyjnego wśród pracowników socjalnych objętych badaniem (liczba odpowiedzi i %)

	Stabilność zatrudnienia	Dobra atmosfera w pracy	Satysfakcjonujące wynagrodzenie	Obiektywizm przełożonych/sprawiedliwość w ocenie pracownika	Ciekawa, dająca możliwość rozwoju osobistego praca	Możliwość szybkiego awansu	Możliwość zdobycia nowych kwalifikacji	Spotkania integracyjne (imieniny, urodziny, święta, zabawy, wycieczki itp.)	inne (jakie)
Liczba odpowiedzi	239	328	340	188	116	37	126	130	10
w %	63,23	86,77	89,95	49,74	30,69	9,79	33,33	34,39	2,65

Źródło: Jak dla tab. 1

Według ankietowanych najskuteczniejszym elementem systemu motywacyjnego wśród pracowników socjalnych jest dobra atmosfera w pracy (86,77% odpowiedzi), satysfakcjonujące wynagrodzenie (89,77%) oraz stabilne zatrudnienie (63,23%). Niewielu respondentów uważa natomiast, że skutecznym elementem systemu motywacyjnego pracowników socjalnych jest możliwość szybkiego awansu (9,79%).

Jednym ze sposobów zapobiegania wypaleniu zawodowemu w badanej grupie zawodowej jest poprawa warunków ich pracy.

Tabela 7. Zmiany, które przyczynią się do poprawy pracy pracowników socjalnych w opinii badanych (liczba odpowiedzi i %)

	Krótszy czas pracy	Ścisła współpraca w zakresie rozwiązywania problemów klientów	Poprawa warunków pracy, w tym także wynagrodzenia	Możliwość skorzystania z dłuższego urlopu na poratowanie zdrowia	Większy katalog narzędzi (form pomocy) wykorzystywanych w celu rozwiązywania problemów klientów	Zmiany przepisów prawnych (w zakresie?)
Liczba odpowiedzi	79	205	292	202	214	87
w %	20,90	54,23	77,25	53,44	56,61	23,02

Źródło: Jak dla tab. 1

Pracownicy socjalni wskazywali, iż do poprawy jakości ich pracy przyczyniłaby się poprawa warunków pracy w tym wynagrodzenia (77,25%), większy katalog narzędzi wykorzystywanych w celu rozwiązywania problemów klientów (56,61%) oraz ścisła współpraca w zakresie rozwiązywania problemów klientów (54,23%). Zastanawiający może być fakt, iż pomimo wcześniejszych deklaracji, że przepisy prawne utrudniają wykonywanie obowiązków służbowych, tylko 23,02% respondentów wskazało, że zmiana przepisów prawnych może przyczynić się do poprawy ich pracy.

Do poprawy pracy zawodowej mogą przyczynić się również nowe technologie. Prawie 77% ankietowanych wskazało, że nowe technologie pomagają w pracy pracownika socjalnego (...można się wyszkolić, zdobyć nowe umiejętności... - Resp. 57), a 16,14% zadeklarowało, że nie ma zdania na ten temat. Natomiast 7,41% pracowników socjalnych uznało, że nowe technologie stanowią barierę w pracy zawodowej:

- *system jest, komputery są przestarzałe, często się zawieszają, małe dotacje z urzędu wojewódzkiego na dofinansowanie, małe pokoje. W pokoju pracownicy, serwer, komputery, komputery, sprzęt komputerowy wypełnia dużo przestrzeni, w pokoju nie ma miejsca na pracownika i klienta (Resp. 204)*
- *[Nowe technologie przeszkadzają- P.F.]...ponieważ wywiady trzeba pisać na formularzu i w komputerze (Resp. 335)*
- *...praca w systemie Pomost tj. wprowadzanie danych i inne czynności dodatkowo obciążają pracowników socjalnych (Resp. 143)*

4. WNIOSKI KOŃCOWE

Wypalenie zawodowe określa się w literaturze jako stan zmęczenia i frustrację spowodowaną poświęceniem dla sprawy. Kluczowe w procesie wypalenia zawodowego jest poczucie emocjonalnego wyczerpania, zanikanie empatii i obojętność wobec problemów klientów, narastanie problemów zdrowotnych związanych z wykonywaną pracą oraz odczuwanie przymusu pójścia do pracy.

Badanie empiryczne dowiodło, iż trudno jest jednoznacznie wskazać, że na Podkarpaciu wśród pracowników socjalnych występuje zjawisko wypalenia zawodowego. Badani pracownicy socjalni znali znaczenie pojęcia wypalenia zawodowego oraz jego objawy. Wprawdzie 57% respondentów wskazało, że czują się emocjonalnie wyczerpani przez swoją pracę, ale jednocześnie większość osób ankietowanych nie odczuwała przymusu i zmęczenia związanego z pójściem do pracy. Pracownicy socjalni deklarowali, że umieją oddzielić swoje życie zawodowe od prywatnego i nie przenoszą problemów zawodowych do domu. Pomimo tych deklaracji ponad połowa badanych wskazała, że problemy w pracy wpływają jednak na ich życie rodzinne. Przejawem wypalenia zawodowego może być także brak empatii i zobojętnienie na problemy klientów. Badania dowiodły, że na Podkarpaciu znacząca większość pracowników socjalnych nie zauważa u siebie obojętności i braku empatii względem problemów osób, które korzystają z ich wsparcia. Wypalenie zawodowe może również prowadzić do nasilenia dolegliwości fizycznych. Pracownicy socjalni z terenu województwa podkarpackiego deklarowali, że najczęściej odczuwają bóle kręgosłupa, bóle głowy oraz bóle mięśni karku. Może to prowadzić do wniosku, iż schorzenia te mają związek z charakterem wykonywanej pracy, aczkolwiek nie muszą być przejawem wypalenia zawodowego.

Niewątpliwie trudności z interpretacją wyników badań wynikają z zastosowanego narzędzia badawczego, stąd też przy wyciąganiu wniosków ogólnych należy zachować pewną ostrożność. Podczas badania wypalenia zawodowego pracowników socjalnych na Podkarpaciu nie wykorzystano kwestionariusza pochodzącego z literatury, lecz stworzono własne narzędzie, w którym część pytań miała charakter jakościowy, co niewątpliwie wywołało pewne problemy z jednoznaczną interpretacją wyników badań. Ta pozorna słabość narzędzia badawczego okazała się ostatecznie jego zaletą, gdyż w trakcie badań nie ograniczono się jedynie do badania zjawiska wypalenia zawodowego, ale dokonano również określenia wybranych uwarunkowań wykonywania zawodu pracownika socjalnego na Podkarpaciu.

Badanie empiryczne pozwoliło zidentyfikować wybrane uwarunkowania wykonywania zawodu pracownika socjalnego, które mogą być barierą w zwalczaniu ubóstwa na Podkarpaciu.

Pracownicy socjalni w woj. podkarpackim posiadali dość wysoki poziom kwalifikacji zawodowych, który nie odbiega od poziomu kwalifikacji pracowników socjalnych w innych regionach kraju. Pomimo tego niemalże cała badana grupa wyraża niezadowolenie z powodu otrzymywanego wynagrodzenia za pracę. Udało się również zidentyfikować najczęstsze bariery, które przeszkadzają pracownikom socjalnym w ich pracy, są to: biurokracja, nadmiar obowiązków, złe warunki lo-

kalowe oraz brak specjalistów (psychologa, pedagoga, terapeuty) i zaplecza instytucjonalnego. Dużym problemem w pracy zawodowej pracowników socjalnych jest również brak poczucia bezpieczeństwa w trakcie wykonywania obowiązków służbowych. Bariery zidentyfikowane w trakcie niniejszego badania w większości są tożsame z barierami zidentyfikowanymi w trakcie badania przeprowadzonego w 2006 r., co świadczy o tym, że w ciągu ostatnich 10 lat sytuacja w tym zakresie nie poprawiła się.

Przeprowadzone badanie pozwoliło określić jakie zmiany przyczyniłyby się do poprawy pracy pracowników socjalnych na Podkarpaciu. Najczęściej osoby poddane badaniu ankietowemu wskazywały, iż do poprawy jakości ich pracy przyczyniłyby się: poprawa warunków pracy, w tym wynagrodzenia, większy katalog narzędzi wykorzystywanych w celu rozwiązywania problemów klientów oraz ściślejsza współpraca poszczególnych podmiotów w zakresie rozwiązywania problemów klientów pomocy społecznej. Wdrożenie tych zmian przyczyniłoby się niewątpliwie do poprawy efektywności pracy pracowników socjalnych, a co za tym idzie także do zwiększenia skuteczności systemu socjalnego zwalczającego ubóstwo na Podkarpaciu. Wszystkie te ustalenia mogą mieć istotny wpływ na działalność podmiotów polityki społecznej na rzecz włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa na Podkarpaciu.

LITERATURA:

- Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J., *Wypalenie zawodowe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 2005, 14(2)
- Auleytner J., Zgłobicka K., *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, Warszawa 2000
- Campanini A. and Facchini C., *Values and motivations in BA students of social work: The Italian case*, „Social Work & Society”, 2013, vol. 11, No 1, ISSN: 1613-8953
- Garbiec R., *Perspektywy rozwoju pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych jako narzędzia polityki społecznej w Polsce*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, Uniwersytet Rzeszowski, nr 19 (2011), s. 337-354.
- Gramlewicz M., *Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pracowników zajmujących się pracą socjalną*, „Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne”, 2012, 1
- Kraczlą M., *Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie”, 2 (2013), s. 69-81.
- Łuczyńska M., Olech A., *Wprowadzenie do superwizji pracy socjalnej*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013
- Łuczyńska M., *Pracownicy socjalni w procesie zmian - na podstawie badań z 1988, 1995 i 2010 roku*; W: Rymsza M. (red.), 2012, *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012,
- Mickiewicz, I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K. i Roslan K. (2011), *Stopień zadowolenia z wykonywanej pracy oraz jakość życia zawodowego pracowników zakładów opieki paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna”, 2011, 3, 163-176.
- MPIPS, *Bezpieczeństwo pracowników socjalnych*, <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/pomoc-spoleczna/art,7055,bezpieczenstwo-pracownikow-socjalnych.html> (data dostępu: 2016.04.02);
- Nowicka M., Kolasa W., *W obliczu agresywnego petenta-konsekwencje psychologiczne dla pracowników*, „Medycyna Pracy”, 2001, 52 (2001), s. 1-5.
- Okła W., Steuden S., *Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia*, „Roczniki Psychologiczne”, 1998, 1, s. 119-130.

- Olech A., Łuczyńska M., Pracownicy socjalni w Polsce – portret zbiorowy 2013; Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2013, ISBN 978-83-64518-03-4
- Portal OPS, *Bezpieczeństwo pracowników pomocy społecznej*, <http://ops.pl/2015/04/bezpieczenstwo-pracownikow-pomocy-spoecznej/> (data dostępu: 2016.04.02).
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) w Rzeszowie, *Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie podkarpackim-2013 rok*, Rzeszów 2014
- Siemiński M., Nitka-Siemińska A., Nyka W. M., *Zespół wypalenia*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, 2007, Vol. 1. No. 1
- Simpson D., *Istota i konsekwencje ekonomiczne wypalenia zawodowego*, „International Business and Global Economy”, 2013.Tom 32 (2013)
- Szczygieł D., Bazińska R., Kadzikowska-Wrzosek R. i Retowski, S., *Praca emocjonalna w zawodach usługowych – pojęcie, przegląd teorii i badań*, „Psychologia Społeczna”, 2009, 4(3 (11)), s. 155-166.
- Szostak J., *Wypalenie zawodowe osób zajmujących się pomaganiem oraz proces ich psychoprofilaktyki*, <http://www.fidesetratio.org.pl/files/plikipdf/szostak4.pdf> (data dostępu: 2016.04.03)
- Tucholska S., *Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju*, „Przegląd psychologiczny”, 2001 44.3, s. 301-317.
- Tucholska S., *Wypalenie zawodowe w ujęciu strukturalnym i dynamicznym*, www.kul.pl/files/37/www/Wypalenie_materiały.doc (data dostępu: 2016.04.04)
- Waszkowska, M., A. Potocka, and P. Wojtaszczyk, *Miejsce pracy na miarę oczekiwań. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2010.
- Zbyrad T., *Źródła stresu pracowników socjalnych*, „Polityka Społeczna”, 2007, nr 5-6, s. 22-28.



Agnieszka Skorupa

Uniwersytet Śląski
E-mail: agnieszka.skorupa@us.edu.pl

Anna Bogacz

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
E-mail: a_bogacz@interia.pl

Aktywność turystyczna mieszkańców
terenów ogarniętych konfliktem
zbrojnym na przykładzie Ukrainy / *The
touristic activity during war conflict: a study of
Ukraine*

Abstract

Since 2014 there is an armed conflict going on the territory of Ukraine. The conflict has a strong impact on inhabitants, especially it cause limitation of civil liberties, also the social exclusion emerges. The aim of conducted researches was to diagnose the impact of armed conflict on youths and young adults' touristic activity. Measurements were done twice once in 2014 and once in 2016. Due to study findings, there is no relation between development of armed conflict and touristic activity of Ukrainians. In the light of war youths do not change their travelling patterns, and their touristic activity seems to be more related with the type of personality. Possible explanation of that fact is the type of military conflict itself. Perhaps nowadays wars are perceived differently by the civil population.

Keywords: touristic activity; touristic motivation; youths and young adults; Ukraine; war conflict; social exclusion

1. WSTĘP

Aktywność turystyczna Europejczyków postrzegana jest jako jedna z niekwestionowanych swobód obywatelskich, prawo, z którego korzysta się niemal bezrefleksyjnie. Jednak nie we wszystkich krajach Europy obywatele posiadają takie same możliwości migracji turystycznej. Przykładem państwa z ograniczeniem swobód w tym zakresie jest Ukraina. Z jednej strony, zgodnie z prawem Unii Europejskiej, mieszkańcy tego terytorium muszą starać się o wize na pobyt turystyczny w państwach układu z Schengen¹. Z drugiej strony, od 2014 roku na

¹ Informacje nt. obowiązujących wiz obywatele Ukrainy mogą znaleźć m.in. na stronie: http://www.kijow.msz.gov.pl/pl/sprawy_konsularne_i_wizowe/wizy/inf_wiz_cudz/wiza_schen/wiza_schen

terenie Ukrainy toczy się konflikt zbrojny z Rosją, co ex definitione ogranicza swobody obywatelskie, w tym w zakresie podróżowania.

Przedmiotem rozważań w niniejszym artykule będzie aktywność turystyczna młodych Ukraińców w obliczu konfliktu zbrojnego. W literaturze przedmiotu spotyka się w większości badania nt. tego jak wygląda turystyka przyjazdowa do obszarów ogarniętych konfliktem zbrojnym. Zauważalny jest jednak znaczny niedobór rozważań nt. aktywności turystycznej mieszkańców tychże obszarów. Osia niniejszego artykułu będzie to, czy, a jeśli tak to w jaki sposób zmieniają się wzorce podróżowania obywateli Ukrainy w obliczu toczącego się konfliktu zbrojnego. Rozważania teoretyczne zostaną zilustrowane badaniami empirycznymi przeprowadzonymi wśród mieszkańców Ukrainy w grudniu 2014 i w styczniu 2016 roku.

2. INHIBITORY AKTYWNOŚCI TURYSTYCZNEJ

Aktywność turystyczną uznaje się za jeden ze wskaźników rozwoju społeczno-gospodarczego regionu oraz indyktor poziomu i stylu życia ludności (Alejziak 2007: 61). Turystyka odgrywa znaczącą rolę zarówno w gospodarce krajów rozwiniętych, gdzie stanowi wyznacznik nowoczesności, dobrobytu i jest istotnym elementem konsumpcji, jak i w krajach rozwijających się, gdzie uznawana jest za „jedną z najlepszych opcji wzrostu”, gdyż stymuluje rozwój gospodarczy, społeczny i kulturalny (Urry 2007: 17). Ponadto turystyka jest składową strukturą potrzeb człowieka, należy do grupy potrzeb wyższego rzędu (Alejziak 2007: 61). W. Alejziak (2007: 61) twierdzi, że oprócz badania ogólnego poziomu uczestnictwa w turystyce, istotne jest także badanie jego zróżnicowania w konkretnych grupach oraz diagnoza zjawiska wykluczenia społecznego w tym zakresie. Według Nowakowskiej (1989: 41) „zróżnicowanie poziomu aktywności turystycznej wśród różnych grup społecznych jest zjawiskiem naturalnym i raczej niemożliwym do wyeliminowania”. Rozważając kwestię nierówności w dostępie do turystyki i wykluczenia z uczestnictwa w niej, należy pamiętać, że pomimo coraz szerszej dostępności, czy nawet umasowienia, turystyka ciągle przynależy do grupy usług wyższego rzędu. Ponadto większość analiz uczestnictwa w turystyce dotyczy ściśle określonego czasu (zazwyczaj ostatniego roku, poprzedzającego moment przeprowadzenia badań), natomiast rzadko bada się długoterminowe konsekwencje ewentualnego wykluczenia z aktywności turystycznej (Alejziak 2011: 15). Z uwagi na fakt, iż brak uczestnictwa w turystyce ma zazwyczaj okresowy charakter, w odniesieniu do aktywności turystycznej rzadko stosuje się termin „wykluczenie społeczne”. Częściej mówi się o społecznym zróżnicowaniu uczestnictwa w turystyce (Alejziak 2007: 61).

Aktywność turystyczna, podobnie jak każda aktywność człowieka, podlega różnego rodzaju ograniczeniom przez czynniki biologiczne, ekonomiczne, społeczno-kulturowe czy osobowościowe (Alejziak 2007: 62). W literaturze przedmiotu czynniki te nazywane są inhibitorami² (Alejziak 2009: 384). Problematyka inhibitorów aktywności turystycznej jest stosunkowo rzadko podejmowana badawczo. G. F. Ross (1998: 22) podkreśla, że „nawet jeśli problematyka ograniczeń uczest-

2 łac. inhibeo – zatrzymuję

nictwa w turystyce jest już podejmowana, to dotyczy przede wszystkim motywacji, a nie całokształtu zagadnienia aktywności turystycznej”

Z zagadnieniem inhibitorów nieodłącznie związana jest tematyka ryzyka. Ch. R. Goeldner i B. J. R. Ritchie (2006: 317) zwracają uwagę na obawę o bezpieczeństwo jako czynnik hamujący podejmowanie wyjazdów turystycznych. C. Cooper, J. Fletcher, D. Gilbert i S. Wanhill (2005: 120) piszą natomiast o „ tłumionym popycie turystycznym” (*suppressed demand for tourism*), łącząc strach w jedną grupę z brakiem zainteresowania. Warto przytoczyć też klasyfikację S. Dolnicar (2005: 197–208), dotyczącą czynników ryzyka w turystyce. Autorka wyróżnia:

- ryzyko polityczne (terroryzm, niestabilna sytuacja polityczna, wojny i inne konflikty militarne),
- ryzyko środowiskowe (katastrofy naturalne, trzęsienia ziemi),
- ryzyko zdrowotne (brak dostępu do opieki medycznej, żywności i wody),
- ryzyko związane z planowaniem (niesolidni organizatorzy, linie lotnicze, opóźnienia),
- ryzyko utraty mienia (kradzieże, zagubienie bagażu).

Decydując się na wyjazd na Ukrainę turysta podejmuje w dużej mierze ryzyko polityczne. Obywatel Ukrainy opuszczając jej terytorium w celach turystycznych niekoniecznie konfrontuje się z ryzykiem, a wręcz pozbywa się części ryzyka związanego z jego codziennością.

3. KONFLIKTY ZBROJNE A TURYSTYKA

Inhibitor, któremu poświęcona jest w niniejszym artykule szczególna uwaga to konflikt zbrojny. Stymulująca rola gospodarki turystycznej zależy głównie od wielkości światowego i krajowego ruchu turystycznego, który jest z kolei pochodną poziomu rozwoju ekonomicznego i stabilności politycznej danego kraju (Tisdell 2001: 23). Tym samym uczestnictwo obywateli w turystyce jest silnie skorelowane z sytuacją ekonomiczną i polityczną danego państwa (Goeldner i Ritchie 2006: 377). Jednym z gwarantów stabilnego rozwoju turystyki jest bezpieczeństwo podróży, gdyż turyści w trosce o własne bezpieczeństwo preferują wyjazdy do państw stabilnych politycznie i wolnych od konfliktów (Sala 2012: 15). Kraje cechujące się wysokim poziomem bezpieczeństwa wewnętrznego, niską przestępczością, dobrymi stosunkami z sąsiadami, dużą stabilnością polityczną i liberalną polityką ekonomiczną mogą swobodnie rozwijać sektor turystyczny i odgrywać w tym zakresie ważną rolę na światowym rynku. Z kolei wszelkie konflikty zbrojne, napięcia polityczne, konflikty wewnętrzne czy zamachy terrorystyczne skutkują zwykle natychmiastowym zmniejszeniem wielkości ruchu turystycznego, zwłaszcza przyjazdowego (Sala 2012: 16). Niestabilność polityczna może przynosić zarówno natychmiastowe, jak i długotrwałe skutki dla danej destynacji turystycznej. Sama groźba niebezpieczeństwa może odwieść turystów od przyjazdu w dane miejsce (Haddad et al. 2015: 53-58). W rezultacie może powstać błędne koło: niepokoje polityczne obniżają popyt, spada liczba inwestycji prywatnych, gdyż inwestorzy tracą zaufanie, maleją również inwestycje publiczne, ponieważ problemy związane

z bezpieczeństwem wymuszają relokację środków. Prowadzi to do zmniejszenia atrakcyjności kraju jako destynacji turystycznej oraz dalszej redukcji jego atrakcyjności dla turystów (Haddad et al. 2015: 54). Turystyka krajowa także przeżywa regres w czasie politycznych turbulencji, ponieważ mieszkańcy wolą oszczędzać na niepewne czasy, które ich czekają (Haddad et al. 2015: 54).

Ostatnie lata przyniosły liczne przykłady dużego wpływu sytuacji politycznej na rynek turystyczny. Destabilizacja polityczna w Egipcie, Tunezji i Libii natychmiast spowodowała znaczący spadek liczby wyjazdów turystycznych do tych krajów (Sala 2012: 17). Skutkiem ataków w kurorcie Sharm el Sheikh w 2005 roku i ataku na miasto Dahab w 2006 roku była utrata 8% krajowych wpływów z turystyki zagranicznej. W wyniku Arabskiej Wiosny i obalenia prezydenta Mubaraka w 2011 roku ilość przyjazdów turystycznych spadła o prawie 1/3. Dochód generowany przez sektor turystyczny zmniejszył się z 14 mln dolarów do 9,5 mln dolarów. Historia powtórzyła się dwa lata później, kiedy zawirowania polityczne, zakończone obaleniem prezydenta Mursiego doprowadziły do ponownego zmniejszenia przyjazdów turystycznych. Obrazują to liczby: 11,5 mln dolarów zysków z turystyki w 2012 roku, 9,5 mln dolarów zysków w 2013 roku (Haddad et al. 2015: 53). Równie wyniszczający wpływ na turystykę ma terroryzm. Dla przykładu, Dżammu i Kaszmir w Indiach od wieków stanowiły popularną destynacją turystyczną. Od drugiej połowy XX wieku wraz ze wzrostem ilości aktów terrorystycznych liczba turystów drastycznie się zmniejszyła, co stworzyło poważny problem dla lokalnej gospodarki (ul Islam 2014: 1). Terroryzm często powoduje wstrzymanie lub zupełne odwołanie wyjazdów turystycznych do konkretnej destynacji, pomimo że przed atakami przemysł turystyczny w danym regionie wydawał się mieć niezwykle stabilną pozycję (Chauhan i Khanna 2009: 71). Nie bez znaczenia dla tego zjawiska jest narracja z terenów ogarniętych konfliktem zbrojnym prowadzona przez krajowe i międzynarodowe media. Dramatyczne doniesienia zdecydowanie zniechęcają zagranicznych turystów do wizyty (ul Islam 2014: 3). Podobny wpływ wywierają wszelkie negatywne doświadczenia rodziny i przyjaciół. Utworzony w ten sposób niekorzystny wizerunek destynacji turystycznej może utrzymywać się przez lata i wpływać na cały kraj, nawet jeśli niestabilność polityczna dotyczyła tylko jednego małego regionu (Haddad et al 2015: 54).

Na Ukrainie kryzys polityczny w 2008 roku, wywołany konfliktem zbrojnym między Gruzją a Rosją spowodował spadek przyjazdów zagranicznych turystów o około 18% (Haddad et al. 2015: 54). Jak wynika z raportu Global Peace Index (GPI), opublikowanego w 2015 roku przez Institute for Economics and Peace, współczesny świat jest coraz bardziej niebezpieczny. W rankingu mierzącym percepcowane bezpieczeństwo danego terytorium Ukraina zajmuje 150 miejsce wśród 162 krajów. Oznacza to, że jest trzynastym najniebezpieczniejszym państwem świata. Dla porównania w 2008 roku zajmowała 96 miejsce i była uznawana za kraj stosunkowo spokojny i bezpieczny. Spadek, jaki zanotował kraj, jest efektem rosyjskiej aneksji Krymu i wojny w Donbasie. Pomimo zawarcia rozejmu w lutym 2015 roku, długoterminowe perspektywy rozwiązania konfliktu są nikłe. Rywalizacja geopolityczna między Rosją a Zachodem podnosi prawdopodobieństwo dalszego konfliktu w całym regionie w najbliższych latach (Global Peace Indeks 2015: 16).

4. KONFLIKT ZBROJNY NA UKRAINIE

Krajem, któremu przede wszystkim są poświęcone niniejsze rozważania jest Ukraina. Żeby móc jeszcze lepiej zrozumieć analizowane treści warto pokrótce opisać dynamikę konfliktu zbrojnego na terytorium tego państwa. Źródłem konfliktu należy upatrywać w rewolucji, która miała miejsce na Ukrainie w 2013 roku, a której bezpośrednią przyczyną było niezadowolenie części społeczeństwa z polityki integracyjnej Ukrainy. Kwestia akcesu do Unii Europejskiej była poruszona już w trakcie „pomarańczowej rewolucji” w 2004 roku. W konsekwencji władzę przejął posiadający prozachodnie poglądy Wiktor Juszczenko. Okres jego prezydentury wywołał jednak rozczarowanie, co doprowadziło do zwycięstwa w wyborach w 2010 roku prorosyjskiego polityka, Wiktora Janukowycza. Początkowo kontynuował on politykę poprzednika w kwestii integracji europejskiej. W 2012 roku parafowano nawet umowę stowarzyszeniową między UE a Ukrainą, jednak 21 listopada 2013 roku wstrzymano proces przygotowań do jej podpisania. Jeszcze tego samego dnia doszło do pierwszych ulicznych demonstracji na kijowskim Placu Niepodległości (Majdanie) oraz w innych miastach Ukrainy. Pierwsze dni manifestacji miały charakter pokojowy. Dopiero próba pacyfikacji Euromajdanu przez siły bezpieczeństwa 30 listopada 2013 roku doprowadziła do eskalacji napięcia i gwałtownego wzrostu liczby protestujących. W styczniu 2014 roku intensywność demonstracji zaczęła słabnąć, następnie w lutym znów przybrały na sile. Zacięte walki z siłami bezpieczeństwa zakończyły się masakrą w Kijowie i ucieczką Janukowycza do Rosji. W następstwie tych wydarzeń władzę przejęli opozycjoniści. Niestabilna sytuacja wewnętrzna Ukrainy została wykorzystana przez Federację Rosyjską. 16 marca 2014 roku zorganizowano referendum na Krymie w sprawie przyłączenia tego obszaru do Rosji. Według oficjalnych wyników 96,77 proc. głosujących opowiedziało się za, dzięki czemu dwa dni później ogłoszono aneksję Półwyspu. Ukraina i społeczność międzynarodowa nie uznały wyników plebiscytu. W kwietniu doszło w Donbasie do masowych demonstracji przeciw rządowi w Kijowie. Miały one miejsce m.in. w Doniecku, Ługańsku i Charkowie. Ostatecznie 7 kwietnia proklamowano Doniecką Republikę Ludową, a 27 kwietnia Ługańską Republikę Ludową. W tym momencie rząd w Kijowie utracił kontrolę nad wschodnią Ukrainą. 2 maja 2014 roku rozpoczęła się próba siłowego odzyskania wpływów poprzez operację antyterrorystyczną (ATO). Był to początek regularnych walk między separatystami a siłami rządowymi. Trudną sytuację w Donbasie dodatkowo skomplikowało tragiczne zestrzelenie przez separatystów samolotu pasażerskiego linii Malaysia Airlines. Końcem sierpnia władze w Kijowie podjęły starania o zawieszenie broni, które weszło w życie 5 września 2014 roku. Rozejm był jednak nagminnie łamany przez separatystów. Kolejną próbę porozumienia podjęto 12 lutego 2015 roku w Mińsku. Pozwoliło ono na częściową deeskalację konfliktu, jakkolwiek daleki jest on od definitywnego rozwiązania (cf. Lakomy 2015: 14-24).

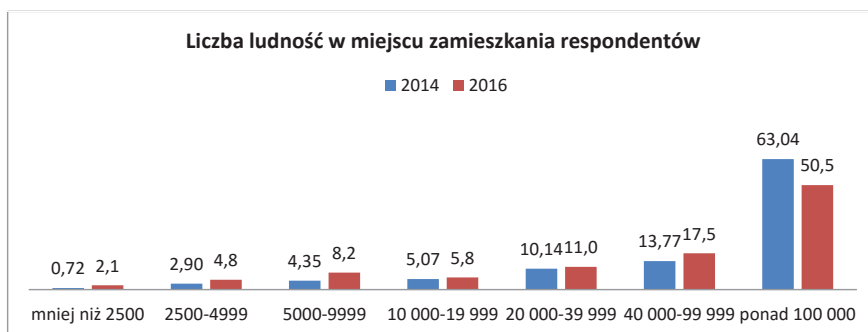
5. AKTYWNOŚĆ TURYSTYCZNA MIESZKAŃCÓW TERENÓW OGARNIĘTYCH KONFLIKTEM ZBROJNYM W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH

Celem przeprowadzonych przez autorki badań empirycznych było zweryfikowanie jak wygląda aktywność turystyczna młodych dorosłych na Ukrainie w tak specyficznym kontekście społecznym, jakim jest stan wojny niosący ze sobą nierówność społeczną, poczucie wykluczenia, biedę, bezrobocie, czy też ograniczenie swobód obywatelskich. Wybrane zagadnienie badawcze wydaje się szczególnie warte eksploracji, gdyż w literaturze przedmiotu zdecydowanie więcej miejsca poświęca się skutkom niestabilności politycznej dla turystyki przyjazdowej, niż aktywności turystycznej mieszkańców państw objętych konfliktami.

OPIS BADANEJ GRUPY

Badania zostały przeprowadzone na grupie młodych dorosłych Ukraińców, w wieku od 18 do 35 lat. W sumie w badaniu wzięło udział 705 osób, w tym 450 kobiet i 255 mężczyzn. To samo badanie przeprowadzono dwukrotnie, w 2014 roku (N=414; 300 kobiet i 144 mężczyzn) i w 2016 roku (N=291; 180 kobiet i 111 mężczyzn). Na rycinie 1 została zaprezentowana wielkość aglomeracji, z których pochodzili respondenci³. Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi poprzez internetowy kwestionariusz, a dobierani byli metodą kuli śnieżnej. Warunkiem uczestnictwa w badaniu była znajomość języka angielskiego⁴, w którym to języku został skonstruowany cały kwestionariusz.

Ryc. 1. Wielkość aglomeracji, w których mieszkają respondenci; z uwzględnieniem podziału na lata badania. Wartości na wykresie podane są w procentach.



METODY BADAWCZE

Przeprowadzone badanie koncentrowało się wokół następujących treści:

- Ogólne zmienne socjo-demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania);

³ W całości analiz prezentowanych w artykule nie będzie podawana ilość wyników ważnych, ponieważ za każdym razem jest ona równa liczebności badanej próby.

⁴ Rozkład poziomu znajomości języka angielskiego był porównywalny wśród respondentów z 2014 i 2016 roku. W 2014 roku dominował poziom B2 (37,4% badanych), C1 (26,3% badanych) i B1 (21,7% badanych). W 2016 roku poziomy B1 i B2 występowały równie często (w obu przypadkach u 28,9% badanych), a poziom C1 prezentowało 18,2% badanych.

- Zmienne socjo-demograficzne związane z turystyką (częstość podróżowania, preferowana destynacja turystyczna, typ uprawianej turystyki);
- Zmienne osobowościowe;
- Motywacja do uprawiania turystyki.

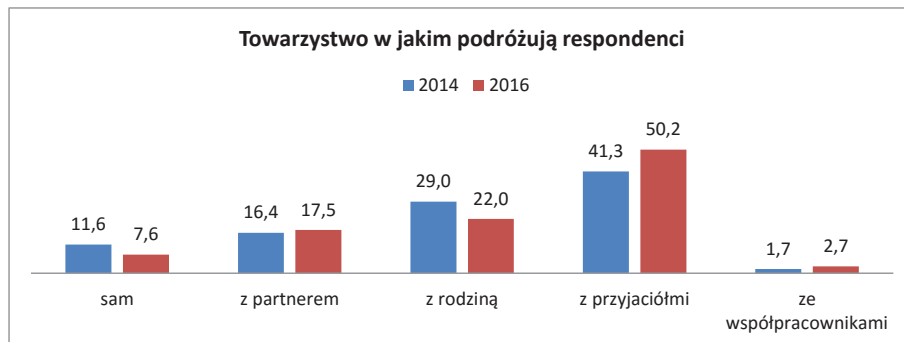
Do badania został wykorzystany ustrukturalizowany wywiad opracowany przez autorki, dodatkowo ankietowani wypełniali kwestionariusz osobowości EPQ-R(S) autorstwa H. Eysencka (2011) oraz szacowali na trzystopniowej skali w jakim stopniu dany motyw podejmowania aktywności turystycznej jest dla nich charakterystyczny. Lista 69 motywów została zaczerpnięta z klasyfikacji Pearce (2013: 59-61).

WYNIKI BADAŃ

A. Aktywność turystyczna badanych

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic⁵ w częstości podejmowania aktywności turystycznych, w preferowanych destynacjach turystycznych, czy w typie uprawianej turystyki. Jedyną statystycznie istotną różnicą występuje w tym, z kim badani podejmują aktywność turystyczną ($p=0,017$). W 2016 roku w porównaniu do 2014 roku badani rzadziej podróżują sami i z rodziną, częściej podróżują z przyjaciółmi.

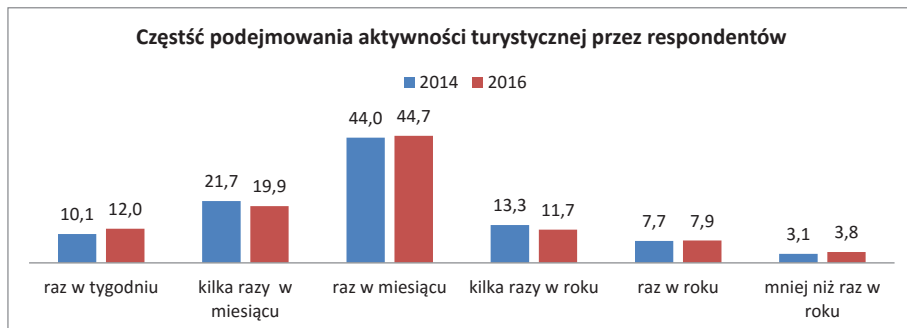
Ryc. 2. Towarzystwo w jakim podróżują respondenci; z uwzględnieniem podziału na lata badania. Wartości na wykresie podane są w procentach.



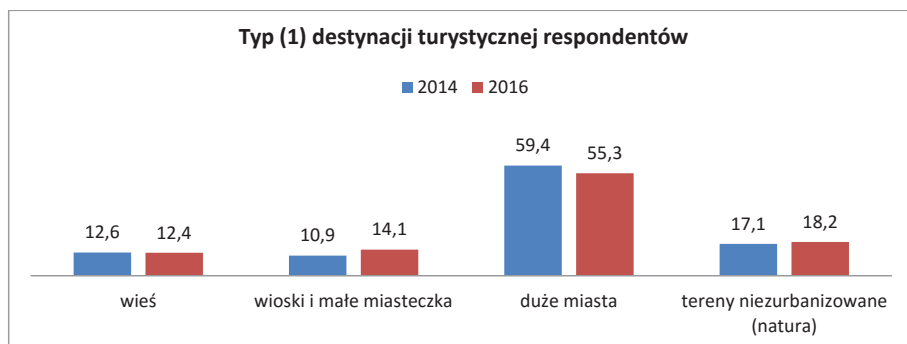
Tak w 2014, jak i w 2016 roku większość respondentów deklaruje, że podejmuje aktywność turystyczną raz w miesiącu (por. Ryc. 3). Obie grupy preferują wyjazdy do dużych miast (por. Ryc. 4), podróżują głównie po Europie (por. Ryc. 5). Zgodnie z typologią wprowadzoną przez P. L. Pearca (2013) respondenci w 2014 i 2016 roku uprawiali głównie turystykę zorientowaną na kulturę i przygodę, w dalszej kolejności dominował typ zorientowany na naturę i turystyka miejska (por. Ryc. 6).

⁵ Wszystkie wyniki prezentowane w niniejszym artykule dotyczące testów istotności różnic zostały sprawdzone dla przedziałów ufności $p < 0,05$, przy ich obliczaniu zastosowano statystyki nieparametryczne, Test U Manna-Whitneya.

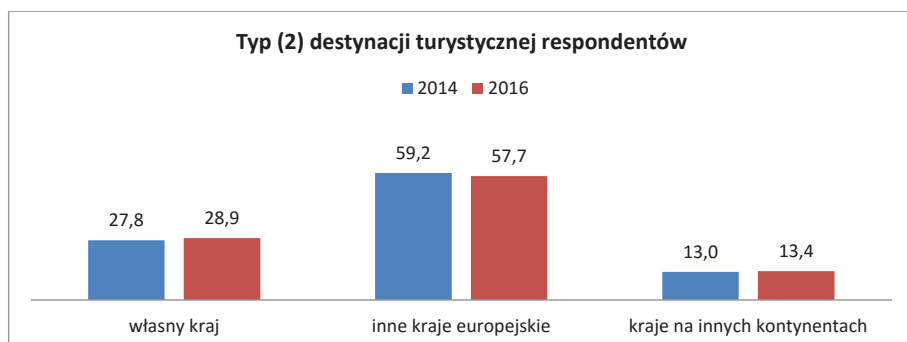
Ryc. 3. Częstość podejmowania przez respondentów aktywności turystycznej; z uwzględnieniem podziału na lata badania. Wartości na wykresie podane są w procentach.



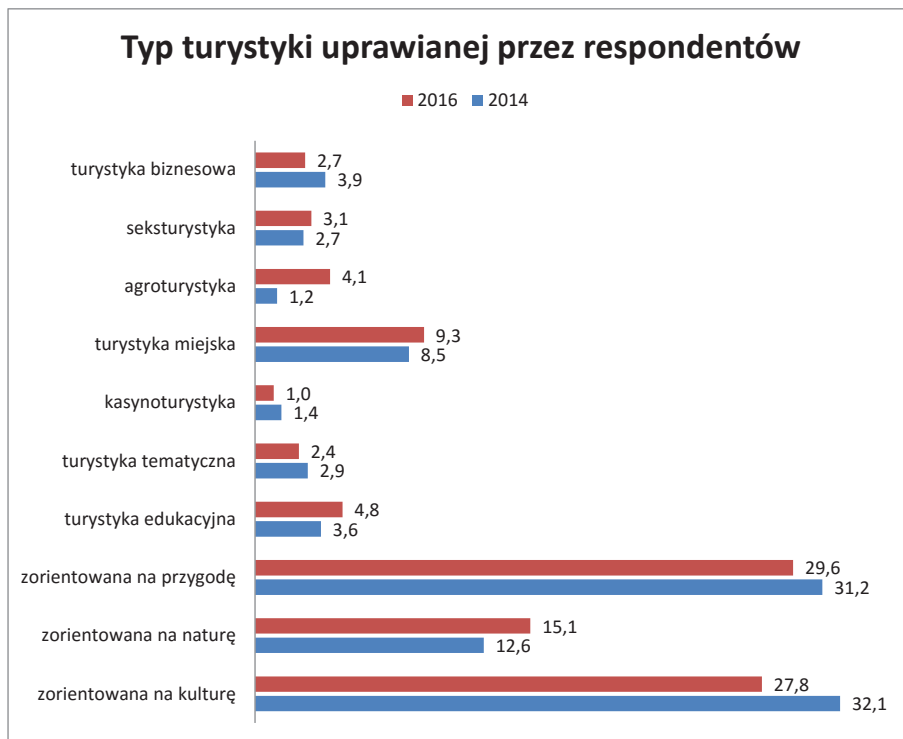
Ryc. 4. Preferowany przez respondentów typ (1) destynacji turystycznej; z uwzględnieniem podziału na lata badania. Wartości na wykresie podane są w procentach.



Ryc. 5. Preferowany przez respondentów typ (2) destynacji turystycznej; z uwzględnieniem podziału na lata badania. Wartości na wykresie podane są w procentach



Ryc. 6. Typ turystyki uprawianej przez badanych; z uwzględnieniem podziału na lata badania. Wartości na wykresie podane są w procentach.



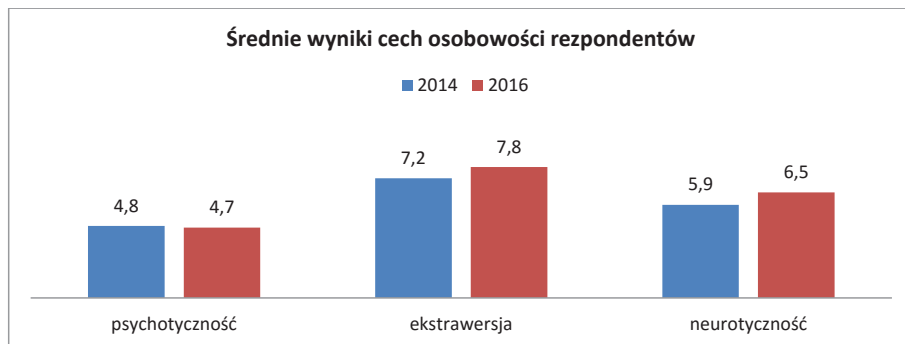
B. Charakterystyki osobowościowe badanych

Porównując grupę z 2014 i 2016 roku, obserwowalna jest istotna statystycznie różnica w średnim poziomie ekstrawersji ($p=0,008$) i neurotyczności ($p=0,005$). Badani z 2016 roku przejawiają średni wyższy poziom natężenia ekstrawersji i neurotyczności (por. Ryc. 7). W uproszczeniu oznacza to, że poszukują większej ilości kontaktów i stymulacji, jednocześnie będąc bardziej nerwowymi i lękowymi.

Co interesujące, analizując obie badane grupy łącznie, psychotyczność ($p=0,036$), ekstrawersja ($p=0,003$) oraz neurotyczność ($p=0,049$) różnicują w sposób istotny statystycznie to, z kim jeżdżą badani. Ponadto, psychotyczność koreluje istotnie statystycznie⁶ ujemnie z typem (1) aktywności turystycznej ($r=-0,122$) oraz istotnie statystycznie dodatnio z typem uprawianej turystyki ($r=0,235$). Ekstrawersja koreluje istotnie statystycznie dodatnio z częstotliwością uprawiania turystyki ($r=0,095$) oraz z tym, z kim uprawiana jest turystyka ($r=0,102$). Neurotyczność natomiast koreluje istotnie statystycznie dodatnio z typem (2) aktywności turystycznej ($r=0,086$).

⁶ Korelacje porządku rang Spearmana, istotne statystycznie z $p<0,05$.

Ryc. 7. Średnia wyników surowych dla testu EPQ-R(S) w badanych grupach. Wynik maks. to 12, wynik min. to 0.



C. Motywacja badanych do uprawiania turystyki

Nie ma prawie żadnych istotnych statystycznie różnic pod kątem motywacji do uprawiania turystyki wśród respondentów z 2014 i z 2016 roku. Odnotowano jedynie istotną statystycznie różnicę w zakresie motywu 13 ($p=0,04$), oznacza to, że w 2016 roku badani częściej motywowani są chęcią spędzenia czasu z rodziną/przyjaciółmi. Najczęstsze⁷ przejawiane przez badanych motywy w latach 2014 i 2016 zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tab. 1 Najczęstsze przejawiane przez badanych motywy podejmowania aktywności turystycznej; z uwzględnieniem podziału na lata badania. Liczba w nawiasie to numer konkretnego motywu.

Badani z 2014 (N=414)	Badani z 2016 (N=291)
(1) dobra zabawa	(1) dobra zabawa
(2) doświadczenie czegoś nowego	(2) doświadczenie czegoś nowego
(3) poczucie atmosfery odwiedzanego miejsca	(3) poczucie atmosfery odwiedzanego miejsca
(4) odwiedzanie miejsc związanych z zainteresowaniami	(4) odwiedzanie miejsc związanych z zainteresowaniami
(5) odpoczynek i relaks	(5) odpoczynek i relaks
(6) ucieczka od codziennego stresu i presji psychicznej	---
(7) bycie z dala codziennej rutyny	---
(9) odpoczynek dla umysłu	(9) odpoczynek dla umysłu
(13) spędzanie czasu z rodziną/przyjaciółmi	---
(25) nauka nowych rzeczy	(25) nauka nowych rzeczy
---	(26) doświadczanie innych kultur
(28) rozwój wiedzy o danym obszarze	---
(33) odczuwanie podekscytowania	(33) odczuwanie podekscytowania
(39) rozwój osobistych zainteresowań	(39) rozwój osobistych zainteresowań
(69) pokazanie innym, że byłem w danym miejscu	---

⁷ Próg włączenia popularności motywów: średnia 1,30 w badanej grupie. Gdzie skala oceny prezentowała się następująco: 0-zupełnie nie mój motyw, 1-częściowo mój motyw, 2-zdecydowanie mój motyw.

W badanej grupie istnieją istotne statystycznie różnice w motywacji ze względu na zmienne osobowościowe. I tak, czym większa psychotyczność, tym częściej badani wykazują motyw 7 ($p=0,01$), czyli chcą być z dala od rutyny, motyw 25 ($p=0,04$), czyli chcą uczyć się nowych rzeczy oraz motyw 41 ($p=0,05$), czyli pragną osiągnąć poprzez podróżowanie poczucie spełnienia. Czym większa neurotyczność, tym częściej badani wykazują motyw 11 ($p=0,02$), czyli chcą uciec od codziennego stresu i presji fizycznej, motyw 47 ($p=0,04$), czyli chcą poznawać ludzi o podobnych wartościach i zainteresowaniach, oraz motyw 51 ($p=0,040,04$), szukają w podróży nowego spojrzenia na życie. Motywy, które wykazują badani o wyższej ekstrawersji zebrane zostały w tabeli 2.

Tab. 2. Motywy wykazywane przez badanych o wyższej ekstrawersji. Liczba w nawiasie to numer konkretnego motywu.

Nazwa motywu	p	Nazwa motywu	p
(1) dobra zabawa	0,01	(28) rozwój wiedzy o danym obszarze	0,04
(2) doświadczenie czegoś nowego	0,00	(29) poznawanie lokalnych społeczności	0,00
(3) poczucie atmosfery odwiedzanego miejsca	0,04	(30) obserwowanie innych ludzi w okolicy	0,00
(4) odwiedzanie miejsc związanych z zainteresowaniami	0,01	(31) udział w bieżących wydarzeniach	0,02
(5) odpoczynek i relaks	0,00	(34) niespodziewane doświadczenia	0,00
(7) bycie z dala codziennej rutyny	0,01	(36) brawurowe/ ryzykowne doświadczenia	0,02
(8) ucieczka od problemów dnia codziennego	0,04	(37) dreszczyk emocji	0,00
(10) brak presji czasu	0,05	(38) ryzyko związane z podróżą	0,02
(12) spędzanie czasu z kolegami	0,00	(43) rozwój umiejętności i zdolności	0,03
(14) bycie z ludźmi, którzy lubią to samo co ja	0,00	(47) poznawanie ludzi o podobnych wartościach/zainteresowaniach	0,03
(15) wzmacnianie więzi z towarzyszem podróży	0,04	(49) obecność innych ludzi, jeśli ich potrzebuję	0,04
(17) kontakt z rodziną/ przyjaciółmi, którzy mieszkają gdzie indziej	0,02	(51) nowe spojrzenie na życie	0,00
(18) poczucie niezależności	0,00	(52) poczucie wewnętrznego spokoju/harmonii	0,04
(20) robienie rzeczy na swój własny sposób	0,00	(55) praca nad sobą	0,02
(21) podziwianie krajobrazów	0,00	(57) unikanie stresu i presji	0,02
(25) nauka nowych rzeczy	0,00	(65) dzielenie się wiedzą i umiejętnościami	0,02
(27) poznawanie nowych i różnorodnych ludzi	0,00	(67) potrzeba uznania i rozpoznawalności przez innych	0,02

6. WNIOSKI I PODSUMOWANIE

Z prezentowanych wyników badań płynie wniosek, że mimo pojawienia się i rozwoju konfliktu zbrojnego na Ukrainie wzorce podróżowania przejawiane przez młodych obywateli tego kraju nie uległy zmianie. Tak motywacja do podejmowa-

nia podróży, jak i jej częstotliwość, czy wybierane destynacje pozostają podobne wśród badanych w 2014 i 2016 roku. Jedną z eksplanacji tego faktu może być postawione przez T. Okrasę (2014: 6-7) pytanie o to jak w ogóle należy definiować współczesny konflikt zbrojny i co należy za niego uznawać. Być może w percepcji obywateli toczący się konflikt zbrojny to nie klasyczna wojna, a raczej – odwołując się do terminologii wprowadzonej przez Dolnicar (2005: 197-208) – ryzyko polityczne i to o umiarkowanym nasileniu. Z drugiej strony, być może młodzi dorośli nie są grupą społeczną⁸ bezpośrednio dotkniętą konfliktem zbrojnym i nie odczuwają związanych z nim konsekwencji.

Interesującym jest wynik prymatu osobowości w predykcji aktywności turystycznej. Wydaje się, że realizacja cech człowieka i wynikających z nich potrzeb jest priorytetowa, niezależnie od kontekstu środowiskowego w jakim przyszło żyć danej jednostce. Skoro, jak pisał Alejsiak (2007: 61), aktywność turystyczna jest jedną z potrzeb człowieka, zaspokojenie jej realizacji w badanej grupie jest priorytetowe nawet w obliczu konfliktu zbrojnego.

Młodzi Ukraińcy zdają się przejawiać wzorce podróżowania charakterystyczne dla ogółu młodych dorosłych. Pearce (2013: 56-61), z którego badań została zaczerpnięta klasyfikacja motywów do uprawiania turystyki oraz typologia wyjazdów turystycznych, przebadał 1012 osób, z czego 57% respondentów pochodziło z Australii, 22% z Wielkiej Brytanii, a 21% z innych krajów zachodnioeuropejskich. Połowa z badanych była w wieku poniżej 36 roku życia, stąd można ich uznać za grupę młodych dorosłych porównywalną z grupą eksplorowaną badawczo w niniejszym artykule. U Pearce'a najczęstszymi przejawianymi przez badanych motywami podejmowania aktywności turystycznej były: dobra zabawa, doświadczenie czegoś nowego i poczucie atmosfery odwiedzanego miejsca. Motywy te zdecydowanie pokrywają się ze wskazywanymi przez młodych Ukraińców.

Nie należy zapominać, że badana grupa nie stanowi przekroju reprezentatywnego dla całego społeczeństwa Ukrainy. W badaniu wzięli udział młodzi ludzie mieszkający głównie w dużych aglomeracjach, posługujący się płynnie językiem angielskim i mający swobodny dostęp do Internetu. Z jednej strony, prawdopodobnie są to osoby o wyższym statusie materialnym niż średnia dla ich rówieśników. Z drugiej strony, ten układ czynników socjodemograficznych może determinować u badanych zachowania związane z byciem mieszkańcem „globalnej wioski”, a nie z konkretną tożsamością narodową. Niezaprzeczalnie istnieje jednak duża potrzeba dalszych badań z zakresu aktywności turystycznej mieszkańców terenów ogarniętych konfliktem zbrojnym. Przyczyni się to nie tylko do zrozumienia wzorców behawioru turystycznego, ale umożliwi lepszy wgląd w naturę współczesnego konfliktu zbrojnego.

LITERATURA

- Alejsiak W., Aktywność turystyczna: międzynarodowe i krajowe zróżnicowanie oraz kwestia wykluczenia społecznego, w: *Turyzm* 21/1-2, 2011.
- Alejsiak W., Determinanty i zróżnicowanie społeczne aktywności turystycznej, *Kra-ków* 2009.

8 Zupełnie osobną grupę stanowią młodzi dorośli powołani do wojska.

- Alejski W., Inhibitory aktywności turystycznej. Teoretyczne i metodologiczne aspekty studiów nad ograniczeniami i barierami uczestnictwa w wyjazdach wypoczynkowych, w: *Folia Turistica* nr 18, Kraków 2007.
- Chauhan V., Khanna S., *Tourism: A Tool for Crafting Peace Process in Kashmir*, w: *Tourismos: An International Multidisciplinary Journal of Tourism* nr 4, India 2009.
- Cooper C., Fletcher J., Fyall A., Gilbert D., Wanhill S., *Tourism Principles and Practice*, Edinburgh 2005.
- Dolnicar S., Understanding barriers to leisure travel – tourist fears as marketing basis, w: *Journal of Vacation Marketing* nr. 11 (3), 2005.
- Goeldner Ch., Ritchie J., *Tourism. Principles, Practices, Philosophies*, New Jersey 2006.
- Haddad Ch., Nasir A., Ghida E., Al Ibrahim H., How to Re-emerge as a tourism destination after a period of political instability, w: *The Travel & Tourism Competitiveness Report*, Geneva 2015.
- Lakomy M., Przebieg i uwarunkowanie konfliktu na wschodzie Ukrainy, w: *Implikacje konfliktu ukraińskiego dla polityki zagranicznej i bezpieczeństwa Polski. Aspekty polityczne, wojskowe, gospodarcze oraz społeczne*, red. K. Czornik, M. Lakomy, M. Stolarczyk, Katowice 2015.
- Nowakowska A., Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania ruchu turystycznego w układach przestrzennych, w: *Zeszyty Naukowe ser. monografie* nr 88, Kraków 1989.
- Okraska T., *Oblicza współczesnych konfliktów zbrojnych*, Katowice 2014.
- Pearce P. L., *The social psychology of tourist behaviour: International Series in Experimental Social Psychology*, 2013.
- *Report Global Peace Index*, The Institute for Economics and Peace, 2015.
- Ross G.F., *The Psychology of Tourism*, Melbourne 1998.
- Sala J., Stabilizacja gospodarczo-polityczna a turystyka, w: *Zeszyty Naukowe nr 35 Szkoły Głównej Handlowej*, Warszawa 2012.
- Tisdell C., *Tourism Economics, the Environment and Development*, Northampton 2001.
- ul Islam A., *Impact of Armed Conflict on Economy and Tourism: A Study of State of Jammu and Kashmir*, 2014.
- Urry J., *Spojrzenie turysty*, Warszawa 2007.



Justyna Tomczyk

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
E-mail: justynatomczyk1@wp.pl

Aktywność obywatelska jako narzędzie walki z ubóstwem: rola, znaczenie, modele aplikacyjne / *Active citizenship as a tool for fighting poverty: the role, significance, application models*

Abstract

The article concerns the role of active citizenship in the process of poverty eradication. In democratic states civic activity plays an important role in the social development and modernization, because it enables effective prevention of social problems. Models of civic activity can be regarded as models of prevention against poverty.

Keywords: active citizenship; poverty; civil society

WPROWADZENIE

Przedmiotem artykułu jest znaczenie aktywności obywatelskiej w procesie zwalczania ubóstwa rozumianego jako zjawisko destruktywne i zagrażające całemu społeczeństwu. W państwach demokratycznych aktywność obywatelska odgrywa istotną rolę w rozwoju społecznym oraz modernizacji, przede wszystkim dlatego, iż umożliwia skuteczne przeciwdziałanie problemom społecznym, a w przypadku ich zaistnienia – pozwala je wyeliminować. Poprzez aktywność obywatelską możliwe staje się osiągnięcie dobrostanu i równowagi społecznej – czyli takiego stanu społeczeństwa, kiedy istniejące dysfunkcje nie są na tyle poważne, by podważyć istniejący ład, uniemożliwić prawidłowe funkcjonowanie społeczeństwa lub zagrozić jego przetrwaniu. Im bardziej rozwinięta aktywność obywatelska, tym silniejsze społeczeństwo obywatelskie i jego formacje (rozbudowane sieci społeczne, struktury współpracy, zaufanie; agendy wspomagające – w postaci grup wolontaryjnych, dobrowolnych stowarzyszeń, organizacji działających na rzecz pożytku publicznego). Aby wskazać możliwości aplikacyjne aktywnego obywatelstwa, refleksja naukowa jest kierowana na przedstawienie czterech

typów aktywności obywatelskiej – traktowanych jako modele prewencyjne lub zaradcze wobec problemu ubóstwa.

AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA W UJĘCIU DEFINICYJNYM

Aktywność obywatelska we współczesnym rozumieniu jest kontynuacją długiej i ważnej tradycji obywatelstwa, opartej na założeniu, że wolni i równi w prawach obywatele mają możliwość kształtowania otaczającej ich rzeczywistości w wymiarze społecznym, prawnym, religijnym, kulturowym, ekonomicznym. Idea aktywności obywatelskiej powstała na początku XX wieku – jako efekt końcowy ewolucji praw człowieka. Pionier aktywnego obywatelstwa, T.H. Marshall, twierdzi, iż bierze ono swój początek w osiemnastym stuleciu, kiedy powszechne stały się podstawowe wolności osobiste (słowa, przekonania, wyznania). Drugim etapem ewolucji praw była możliwość partycypacji wyborczej, sprawowania urzędów, uczestnictwa w procesie politycznym. Z kolei następstwem praw politycznych było uzyskanie praw społecznych – bezpieczeństwa socjalnego i ekonomicznego, prawa do emerytur, edukacji, opieki medycznej, które gwarantowały zabezpieczenie i spokój w sytuacjach, kiedy jednostka nie była zdolna samodzielnie funkcjonować i musiała korzystać z pomocy państwa (Marshall 2010: 135-139). Właśnie na tej podstawie narodziło się aktywne obywatelstwo – najwyższa forma rozwoju cywilizacyjno-prawnego.

Aktywność obywatelska nie ma jednorodnej i stałej definicji. Ogólnie można uznać, iż jest to każde dobrowolne działanie, które ma wymiar prospołeczny, potwierdza fakt bycia obywatelem i służy zbudowaniu społeczeństwa obywatelskiego. Bezpośrednim skutkiem tych działań ma być zaspokojenie potrzeb członków społeczeństwa, artykulacja i realizacja ich interesów. Procesy te mogą się odbywać w sposób zinstytucjonalizowany – za pośrednictwem organizacji, stowarzyszeń, specjalnie powołanych grup, które świadczą usługi na rzecz społeczeństwa, lub wywierają nacisk na władzę, by ta – poprzez prowadzoną politykę – odpowiadała na aktualne potrzeby społeczne. Aktywność obywatelska może mieć również charakter pozainstytucjonalny – obejmuje wówczas prywatne i nieformalne formy działań (np. manifestacje, strajki, wiece, demonstracje), które nie mają rynkowego charakteru, lecz są zorientowane na poprawę bieżącej sytuacji społecznej. Aktywność obywatelska polega na racjonalnym, legalnym, efektywnym korzystaniu z praw i dyspozycji, które wynikają z przywileju bycia obywatelem, po to, aby pomnożyć kapitał społeczno-kulturowy oraz rozbudować sieci obywatelskie (Barber 1984; Putnam 1995; Putnam 2008). Chodzi tu przede wszystkim o poszerzenie sektora obywatelskiego, na który składają się: niepaństwowe instytucje, pozarządowe organizacje, stowarzyszenia i ruchy obywatelskie, lecz także wszelkie inne struktury społeczne uniezależnione od budżetu państwa, pozostające poza jawną lub ukrytą kontrolą polityczną, odcięte od wpływów grup lobbystycznych czy monopolizujących. Aktywność obywatelska polega na czynnym uczestnictwie pojedynczych jednostek lub zwartych grup społecznych w sferze publicznej i współdecydowaniu o ważnych sprawach dotyczących ogółu. Uczestnictwo jest tu rozumiane dwojako: po pierwsze, jako mniej lub bardziej zinstytucjonalizowany udział różnych podmiotów społecznych w procesie zarządzania sferą publiczną.

Po drugie: jako praktyczny przejaw demokracji oraz dowód na istnienie wspólnoty obywatelskiej, gdzie wszyscy wolni i równi w prawach obywatele mają prawo współdecydować o losach wspólnoty politycznej, do której przynależą.

Piotr Gliński i Hanna Palska definiują aktywność obywatelską jako zracjonalizowane i kolektywne działania, których celem jest artykulacja, realizacja albo obrona interesów jakiejś grupy. Podstawą aktywności obywatelskiej jest więc racjonalność oraz wspólnotowość, które w konsekwencji powinny przynieść oczekiwane, pozytywne rezultaty dla społeczeństwa pojmowanego jako pewna całość. Aktywność obywatelska przyjmuje zróżnicowane postaci, formy, przejawy, rodzaje. W jej zakres wchodzi przede wszystkim działania, które umożliwiają powstanie tożsamości obywatelskiej oraz spełniają typowe funkcje obywatelskie – takie jak: kontrola działań władzy, artykulacja interesów jakiejś grupy społecznej, protest, bojkot obywatelski. Ponadto aktywność obywatelska polega na uczestnictwie w procesach przygotowania i podejmowaniu decyzji na różnych szczeblach władzy (w ramach konsultacji, uczestnictwa w ciałach decyzyjnych lub ciałach doradczych, weryfikowanie rozwiązań prawnych); sygnalizowaniu problemów i ważnych wydarzeń (tzw. wczesne ostrzeganie); proponowaniu alternatywnych projektów, autorskich programów, innowacyjnych rozwiązań; samodzielnym zagospodarowywaniu określonych obszarów sfery publicznej i bezpośrednim zaspakajaniu potrzeb społecznych (poprzez projekty czy kampanie edukacyjne, wdrożenie nowych programów, proponowanie usług); samokształceniu obywatelskim (Gliński i Palska 1997: 365). Do głównych komponentów aktywności obywatelskiej można więc wliczyć: potrzebę oraz umiejętność zbiorowego działania, wrażliwość polegającą na dostrzeganiu problemów społecznych i wskazywaniu ewentualnych możliwości ich rozwiązania, dążenie do realizacji interesów słabszych grup społecznych, dobrowolne zaangażowanie w działalność organizacji, stowarzyszeń czy fundacji *non profit*, edukację i wiedzę obywatelską. Tym samym w obręb szeroko pojmowanej aktywności obywatelskiej wchodzi subaktywności o charakterze mikro- i makrostrukturalnym.

SUBAKTYWNOŚCI AKTYWNOŚCI OBYWATELSKIEJ	
MAKROSTRUKTURALNE:	MIKROSTRUKTURALNE:
<ul style="list-style-type: none"> - Działalność bezpośrednio nakierowana na rozwój wspólnoty obywatelskiej. - Podejmowanie inicjatyw obywatelskich – oddolna, najczęściej lokalna, tematyczna. - Deliberatywne i partycypacyjne podstawy działań. - Demokratyczny system rozwiązania problemów czy sporów. - Edukacja i wiedza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Działalność oparta na zaufaniu, trosce, kompromisie, współdziałaniu. - Wrażliwość społeczna, empatia. - Wysoki stopień zaangażowania. - Pomoc i wsparcie. - Odpowiedzialność za los wspólnoty. - Altruizm, filantropia i usługodawstwo. - Służba na rzecz innych.

Opracowanie własne

AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA JAKO REMEDIUM NA PROBLEMY SPOŁECZNE

Aktywność obywatelska wyrasta z koncepcji, zgodnie z którą problemy społeczne są rozwiązywane w toku deliberacji, współpracy, konsensusu, porozumienia, kie-

dy członkowie danej zbiorowości – na mocy przysługujących im praw i z poczucia obowiązku wobec wspólnoty – szukają optymalnych rozwiązań, wspólnie podejmują wiążące decyzje. Dochodzi wówczas do aktywowania sił oraz potencjałów społecznych, co wielokrotnie przynosi lepsze rezultaty niż sięganie do modeli instytucjonalnych. Podstawą aktywności jest mobilizacja, która skutkuje przekształceniem biernej masy jednostek w czynnego i sprawczego aktora społecznego. Mobilizacja w tym przypadku może być rozumiana na dwa sposoby. Po pierwsze, jako proces społeczny, którego istotą jest gotowość do zmiany obowiązującego porządku społeczno-ekonomicznego i zastąpienia go lepszym, bardziej efektywnym. Po drugie, jako proces polityczny polegający na zwiększeniu poparcia dla oferowanych ideologii, programów, doktryn (Jałowicki i Szczepański 2002: 19). Efektem mobilizacji jest zawiązanie stronnictw, przyjęcie strategii i przystąpienia do działań naprawczych lub korekcyjnych, które w zamierzeniu powinny przyczynić się do usunięcia problemu. Wyraźnie widać, iż kraje, które mają szczególną zdolność mobilizacji, a jednocześnie najwyższe wskaźniki aktywności obywatelskiej (Szwecja, Norwegia, Francja, Niemcy, Wielka Brytania), szybko i skutecznie radzą sobie z problemami. Sprzyja temu wielowiekowa tradycja demokratyczna i umocniony proceduralnie ład społeczny, zbudowany na idei egalitaryzmu i sprawiedliwości. Kraje te realizują demokrację w praktyce życia codziennego – jest to tzw. codzienna demokratyzacja (*everyday democratization*) (Giddens 2009: 23) umożliwiająca upowszechnienie istotnych obszarów wolności. Poszerzana w ten sposób aktywność obywatelska jest wykorzystywana w procesach rozwojowych i modernizacyjnych, zwłaszcza jeśli pozostaje to w zgodzie z ogólnym klimatem kulturowych i politycznym oraz mentalnością, postawami i przekonaniem mieszkańców danego kraju.

Aktywni obywatele formują otaczającą ich rzeczywistość i dostosowują ją do swoich potrzeb w procesie zawiązywania interakcji, kontaktów, stosunków społecznych. Z jednej strony podtrzymują te, które już istnieją, oraz są pożyteczne i efektywne; z drugiej strony – budują nowe platformy współpracy, poszerzają sieci, mnożą kapitał społeczny. W efekcie powstaje zorganizowany układ interakcji i wzajemności jednostek i grup społecznych, dzięki czemu możliwa staje się integracja, kooperacja, wolontaryzm, zaangażowanie, zdolność stowarzyszenia się i współpracy. W ten sposób aktywność obywatelska staje się zasobem dynamizującym rozwój społeczny. Już w XIX wieku Alexis de Tocqueville, doszukując się źródeł potęgi Ameryki, wskazywał na znaczenie aktywności obywatelskiej:

„niezależnie od wieku, pozycji, poziomu umysłowego Amerykanie nieustannie się stowarzyszają. Mają nie tylko towarzystwa handlowe i przemysłowe, do których należą wszyscy, ale również mnóstwo innych: istnieją stowarzyszenia religijne i moralne, stowarzyszenia o poważnym i błahym charakterze, stowarzyszenia zajmujące się ogólnymi i bardzo szczegółowymi sprawami, stowarzyszenia wielkie i małe. Amerykanie stowarzyszają się w celu organizowania zabaw, tworzenia seminariów, budowania zajazdów, wznoszenia kościołów, rozpowszechniania książek, wysyłania misjonarzy na antypody. W ten właśnie sposób zakłada się w Ameryce szpitale, więzienia, szkoły. Amerykanie stowarzyszają się również i po to, by głosić jakąś prawdę lub przez dostarczenie przykładu rozwijać w społeczeństwie jakieś uczucia” (de Tocqueville 1996: 116).

Jerremy Rifkin przypomina, że amerykańska tendencja do społecznikostwa wynika ze społecznie utrwalonych poglądów na temat człowieka – jednostki silnie zindywidualizowanej, wolnej, podejmującej autonomiczne wybory. Aby zadbać o indywidualną akumulację dóbr oraz mieć pełną kontrolę nad prywatną własnością, Amerykanie minimalizują rolę państwa, poszerzając jednocześnie sektor non profit. Rozwój instytucji obywatelskich jest wspierany przez stare tradycje religijne: „wiele organizacji non profit zajmujących się opieką zdrowotną, edukacyjną i opieką społeczną powstało jako kontynuacja instytucji religijnych. Amerykanie od początku opowiadali się na przykład za organizowanie szpitali jako organizacji non profit, a przeciwko prowadzeniu ich przez państwo. Obecnie 46 procent pracowników sektora non profit jest zatrudnionych w instytucjach opieki zdrowotnej” (Rifkin 2005: 57). Przynależność do wspólnot religijnych skutkuje sukcesywnym zwiększaniem się liczby wolontariuszy pracujących w ośrodkach opieki społecznej, którzy zajmują się organizowaniem noclegów dla bezdomnych, niesieniem pomocy dla ubogich i pokrzywdzonych społecznie. Stowarzyszenia charytatywne, organizacje dobroczynne, które Alexis de Tocqueville określał jako „wielkie wolne szkoły” (de Tocqueville 1996: 115), są najważniejszym miejscem kształcenia postaw i wzorów obywatelskich. Pomimo że zwykle działają na małym obszarze i mają ograniczony zasięg wpływów, to skutecznie uczą oddolnej samoorganizacji oraz współpracy w złożonych strukturach wyższego rzędu, zwłaszcza w instytucjach państwa demokratycznego. Jest to o tyle ważne, że aktywność obywatelska ma eskalacyjny zakres występowania – z reguły bierze swój początek w mikrostrukturach, czyli w obrębie małych zbiorowości terytorialnych lub społeczności lokalnych, na terenie osiedla czy gminy, aby w dłuższej perspektywie poszerzyć swój zasięg i znaczenie na państwo lub formacje ponadpaństwowe. Kapitał obywatelski, zbudowany na partnerskich relacjach i zrównoważonej współpracy, bezpośrednio przekłada się na tempo, skuteczność i jakość rozwiązywania problemów. Sieci społeczne, które wytwarzają się podczas współdziałania ze sobą grup i jednostek, mogą być wykorzystywane do realizacji kolejnych zadań i celów, niekoniecznie związanych ze sprawą, która stanowiła o ich powstaniu. Uzyskane korzyści wychodzą ponad zysk zaktywizowanych społeczności – beneficjentami aktywności obywatelskiej staje się całe społeczeństwo (Putnam 2008: 654-661).

Aktywność obywatelska toruje nowe ścieżki rozwoju społecznego – jest bowiem warunkiem modernizacji zarówno w sensie instytucjonalnym (wzmacnia siłę państwa oraz efektywność gospodarowania, stanowi odniesienie dla tworzenia polityk legislacyjnych, edukacyjnych, ekonomicznych), jak również pozainstytucjonalnym (ogranicza oportunizm, niweluje zachowania aspołeczne i patologiczne). Jest tak dlatego, iż sedno aktywnego obywatelstwa polega na myśleniu w kategoriach wspólnoty i dobra społecznego, a w dalszej kolejności transponowaniu tego myślenia na praktykę społeczną. Aktywne obywatelstwo jest realizowane przez partycypację publiczną, uczestnictwo polityczne, udział w grupach obywatelskich, podnoszenie rangi sąsiedztw i usług lokalnych, promowaniu kultury zaufania (Zukewich i Norris 2007: 3-8). Aktywność obywatelska – odpowiednio ukierunkowana i skanalizowana – staje się instrumentem zaradczym wobec po-

jawiających się problemów, niezależnie od tego, czy wynikają one z kultury, czy struktury społeczeństwa.

AKTYWNOŚĆ OBYWATELSKA W WALCE Z UBÓSTWEM: MODELE APLIKACYJNE

Jednym z poważniejszych problemów społecznych, który powinien być eliminowany za pośrednictwem aktywności obywatelskiej, jest ubóstwo (bieda). Zjawisko to występuje w większości współczesnych społeczeństw, a jednocześnie jest stale wypierane z dyskursu publicznego i rzadko stanowi temat przewodni debaty publicznej (Warzywoda-Kruszyńska 2002). Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, iż bieda w świadomości zbiorowej uchodzi za szczególnie drastyczny przejaw patologii społecznej, a równocześnie symptom niedyspozycji państwa. Głównym przejawem ubóstwa jest brak środków materialnych, które w dostateczny sposób zaspokajają bieżące potrzeby bytowe jednostki (jedzenie, mieszkanie, ubranie) oraz potrzeby kulturowe (uczestnictwo w kulturze, turystyka). Ubóstwo ma wiele przyczyn, które niosą za sobą szereg niebezpiecznych konsekwencji. Przyczyny ubóstwa są opisywane i tłumaczone z dwóch perspektyw: strukturalnej oraz kulturowej. Strukturalna interpretacja ubóstwa, określana też jako sytuacyjna, zakłada, że przyczyny ubóstwa nie zależą od jednostki, nie ma ona na nie wpływu, gdyż decydujące są czynniki zewnętrzne. Ubóstwo w tym przypadku wynika z miejsca, pozycji, hierarchii, statusów, które jednostka zajmuje w społeczeństwie; może być wywołane przez ruchy społeczno-ekonomiczne lub procesy o charakterze makrostrukturalnym – kryzys gospodarczy, masowe bezrobocie, restrukturyzacje gospodarcze (Tarkowska 2013: 56). Kulturowym podłożem ubóstwa jest zniewalająca oraz uniemożliwiająca wyjście poza krąg swojej dominacji „kultura biedy”, która nadaje biednym specyficzne właściwości (cechy, wzory, normy, wartości, przekonania). Do tych właściwości należą: brak integracji z instytucjami ogólnospołecznymi, marginalizacja, niekorzystanie z opieki zdrowotnej, świadczeń społecznych, usług bankowych, muzealnych, niski poziom wykształcenia, alkoholizm, przemoc, wysoka tolerancja na patologie, poczucie rezygnacji, fatalizmu, zależności, osobistej bezwartościowości i niższości, pozbawienia władzy i wpływu (Kazimierzczak 1996: 34-35).

Wyodrębnione wyżej przejawy biedy jednoznacznie wskazują na jej destruktywny charakter, uświadamiając tym samym konieczność podjęcia działań prewencyjnych lub pomocowych, a następnie wdrożenie i upowszechnienie modeli tych działań. Inicjowanie aktywności obywatelskiej zasadniczo sprowadza się do tworzenia sieci obywatelskich i grup samopomocowych, które są skoncentrowane na walce z problemem. Eliminowanie obszarów biedy oraz pomoc ubogim powinny odbywać się dwutorowo – zarówno za pośrednictwem działań niezinstytucjonalizowanych (zwłaszcza procesów oddolnych), lecz także tych o charakterze instytucjonalnym, współbieżnym z polityką państwa i oficjalnymi działaniami rządu i Unii Europejskiej. Chodzi tu przede wszystkim o wyznaczanie celów, projektowanie strategii, monitorowanie programów walki z problemem. Konieczne jest współdziałanie instytucji i organizacji, ze szczególnym uwzględnieniem zasady partycypacji i konsultacji z ludźmi dotkniętymi biedą. Jest to o tyle trudne, że

biedni mają ograniczone zaufanie wobec formalnego systemu politycznego, czego następstwem jest niechęć uczestnictwa w sferze publicznej, wzmacniana poprzez złożony język, profesjonalne zasady komunikacji. Kolejne bariery biorą się z deficytów materialnych, kulturowych, psychicznych i fizycznych wynikających z ubóstwa, które powodują postrzeganie i traktowanie biednych w kategoriach Innego (Lister 2004: 209).

Jako że ubóstwo jest problemem złożonym i wieloczynnikowym (w zakresie etiologii oraz następstw) nie jest możliwe wskazanie wyłącznie jednego modelu walki z nim. Podobnie nie istnieje jeden uniwersalny model aktywności obywatelskiej, mówić można raczej o wielu różnych aktywizmach lub określać aspekty czy podrodzaje zaangażowania społecznego. Piotr Gliński i Hanna Palska wymieniają w tym kontekście cztery wymiary aktywności obywatelskiej: aktywność werbalną, aktywność potencjalną, aktywność enklawową, aktywność empiryczną (sondazową) (Gliński i Palska 1996: 366-385). Każda z nich charakteryzuje się innym repertuarem działań, postaw, algorytmów emocjonalnych czy motywacyjnych. Każda wynika z odrębnych założeń doktrynalnych, normatywnych, ideologicznych. Każda wreszcie, odznaczając się właściwą sobie dynamiką, skutkuje innym rodzajem zmiany społecznej, której jest centralnym elementem.

Aktywność werbalna, zwana też mentorską, jest pochodną polskiej mentalności czy obyczajowości. Przejawami tej aktywności są charakterystyczne dla kultury sarmackiej rozważania o sytuacji Rzeczypospolitej, wygłaszanie wykładów na tematy społeczne, które mają być dowodem kultury i dojrzałości obywatelskiej oraz zaangażowania społecznego. Aktywność werbalna to wypowiedzanie się na temat ważkich spraw społecznych – najczęściej w postaci opinii lub skarg, jak również doradzanie, komentowanie, a przede wszystkim formułowanie różnych recept czy porad dotyczących uzdrowienia życia publicznego. Tego rodzaju aktywność wydaje się najbardziej charakterystyczna dla większości Polaków, którzy komentują wydarzenia w sferze publicznej, opiniują scenę polityczną i dają tzw. dobre rady na temat polskiej gospodarki, systemu szkolnictwa, opieki medycznej, ekip politycznych, dystrybucji władzy, podziału dóbr, organizacji życia społecznego, etyki i moralności. Mimo iż aktywność werbalna „zdaje się mieć niewiele wspólnego z aktywnością sprzyjającą rozwojowi demokratycznego społeczeństwa, trzeba przyznać, że w wielu takich wypowiedziach obecna jest pewna «gotowość obywatelska»: chęć rozumienia zjawisk społecznych oraz określenie swego w nich miejsca” (Gliński i Palska 1996: 368). Już sama dyspozycja do zajmowania się sprawami publicznymi, choćby na poziomie myślenia lub rozmawiania o nich, może stać się przyczynkiem do podjęcia w sprzyjających okolicznościach czynnego udziału w realizacji lub monitorowaniu jakiejś ważnej sprawy lub interesu grupowego. W odniesieniu do tego modelu walka z ubóstwem powinna rozpocząć merytoryczną debatę i omówienie istoty tego problemu społecznego. Ważne, aby wzięli w niej udział ludzie reprezentujący tę grupę społeczną – ci, których problem dotyka w sposób bezpośredni, znają go z autopsji, którzy ze swojej perspektywy będą w stanie wskazać główne przyczyny ubóstwa, potrzeby i oczekiwania ludzi ubogich oraz ewentualne i odpowiednie do ich możliwości psychicznych i fizycznych działania, które są gotowi podjąć, by zmienić swoją sytuację materialną. Tymczasem

dużym, a jednocześnie powszechnie powielanym błędem jest traktowanie ubogich jako „niemych obiektów” (Lister 2007: 210), czego dalszą konsekwencją jest ustalanie polityki walki z ubóstwem poza nimi (Frieske 1997: 214-215). Mimo iż powstają oficjalne strategie i plany na rzecz zwalczania ubóstwa, tworzone przez specjalistów z zakresu polityki społecznej, to nie przynoszą one oczekiwanych rezultatów, gdyż paradoksalnie brakuje w nich dyskursu tych, których on dotyczy.

Drugi typ aktywności obywatelskiej (aktywność potencjalna) dotyczy sondażowo deklarowanej potrzeby i chęci powołania instytucji, które powinny reprezentować interesy obywateli, oraz idącą za tą deklaracją gotowość udziału w tych instytucjach i ich wspieranie. W krajach Europy Zachodniej i USA istnieje wiele organizacji działających na rzecz walki z ubóstwem i wykluczeniem, które mają rozbudowaną infrastrukturę i wykwalifikowany personel. Organizacje te mają charakter międzynarodowy, co powoduje, iż działają w oparciu o standardy krajów wysoko rozwiniętych, niekoniecznie tożsamy z kulturą społeczności słabo rozwiniętych. To z kolei powoduje, że niesiona pomoc nie zawsze jest celowa i w pełni odpowiada potrzebom mieszkańców. W powoływaniu organizacji *anti-poverty* konieczne jest uwzględnienie kontekstu lokalnego poszczególnych społeczności, tak aby reprezentowały interesy konkretnych grup czy środowisk. Stopień i natężenie aktywności potencjalnej zależą od następujących zmiennych: wiek, wykształcenie, zawód, dochód. Jak podkreślają Gliński i Palska, ludzie z wyższym wykształceniem dostrzegają wokół siebie i doceniają wartość instytucji społecznych, które działają w ich interesie, a tym samym nie widzą potrzeby powoływania na ich zastępstwo nowych. Wśród grup lepiej wykształconych posiadających wyższy status społeczny aktywność obywatelska jest wyższa, co wynika przede wszystkim ze zdolności ludzi wykształconych do lepszej i szybszej samoorganizacji oraz samopomocy. Kompetencje komunikacyjne, umiejętność współpracy, porozumienia i dialogu powoduje, że nie mają oni potrzeby poszerzania zinstytucjonalizowanych narzędzi partycypacji lub angażowania się w nowe struktury organizacyjne. Duża moc predykcyjna wykształcenia wynika również z wyższego poziomu „racjonalności ocen (mniej, jak się wydaje, skłonność do irracjonalnego narzekania), większa skłonność do przyjmowania na siebie odpowiedzialności za własną sytuację życiową (a nie przerzucanie tej odpowiedzialności na państwo czy wskazywanie jakiegokolwiek inne zewnętrzne przyczyny – np. brak «właściwych» organizacji), wreszcie większa u osób wykształconych niezależność myślenia i deklaracji (a więc mniejsza podatność na wpływy narzędzia badawczego)” (Gliński i Palska 1996: 370). Aktywność potencjalna może mieć wyłącznie deklaracyjny charakter, być artefaktem procesu badawczego, który znajduje swoje uzasadnienie w polskiej obyczajowości (malkontenctwie, nieodpowiedzialności za słowa i czyny, cynizmu, wyuczonej bezradności). W pewnym sensie aktywność potencjalna jest skutkiem psychologicznych deficytów oraz frustracji dotyczących Polaków (już w 1956 roku Jan Szczepański sformułował swoją hipotezę o Polakach jako „społeczeństwie sfrustrowanym”), u których źródeł leżą braki socjalne, słaba infrastruktura edukacyjna, prawna, finansowa, aktywizacyjna, organizacyjna. W sytuacji tłumienia potrzeb lub niemożności ich realizacji, energia i aktywność ludzi może przekształcić się w ogólny stan zniechęcenia, apatii, bierności, a nawet zachowań

antyobywatelskich, czego prostą konsekwencją jest multiplikacja problemów społecznych.

Trzeci wymiar aktywności obywatelskiej, wyróżniony przez Glińskiego i Palską, to aktywność enklawowa. Jest to najbardziej, spośród pozostałych, zintensyfikowana forma zaangażowania, która odbywa się w „pewnych, częściowo izolowanych, obszarach życia społecznego i dotyczy względnie «wyłączonych» środowisk społecznych. Jest to więc aktywność charakterystyczna dla specyficznych «nisz» czy «enklaw» społecznych” (Gliński i Palska 1996: 371). Wymiar enklawowy ma dwa podwymiary: jeden obejmuje obywatelsko zaktywizowane zrzeszenia, środowiska czy grupy; drugi dotyczy określonych problemów społecznych, które są przedmiotem rozważań i działań obywateli. Aktywność enklawowa w Polsce obejmuje przede wszystkim działalność w ruchach i organizacjach obywatelskich, nomenklaturowo klasyfikowanych jako organizacje pozarządowe (*non-governmental organizations* – NGO). Przestrzeń ich działania nazywa się „trzecim sektorem”, który rozwija się obok „pierwszego sektora” (państwa i administracji publicznej) oraz „drugiego sektora” (biznesu i prywatnej przedsiębiorczości). NGO-sy to struktury niezależne, apolityczne, niezwiązane żadnym lobby (wyjątkiem są organizacje QUANGO). Wskazując kierunek rozwoju aktywności enklawowej w Polsce, w odniesieniu do problemu ubóstwa, należy podkreślić, iż krąg „pomocowych enklaw” sukcesywnie się poszerza – 8% ogółu organizacji pozarządowych (w przybliżeniu 4,5 tys.) działa na rzecz walki z ubóstwem (www.wiadomości.ngo.pl). Świadczona pomoc polega przede wszystkim na dystrybucji żywności, ubrań, darów rzeczowych, udzielaniu psychicznego wsparcia oraz informacji.

Czwarty wymiar aktywności obywatelskiej określane jest jako „aktywność empiryczna” (sondażowa). Jej poziom wskazują wyniki reprezentatywnych sondaży opinii publicznej, potwierdzając tym samym publicystyczno-naukowe oraz potoczne opinie o bierności społeczeństwa polskiego. Wyniki cyklicznie przeprowadzanych sondaży pokazują niechęć Polaków do czynnego uczestniczenia w życiu publicznym, brak inicjatyw obywatelskich i spadek tendencji do dobrowolnych działań prospołecznych. Z badań CBOS wynika, że aktywność obywatelska zależy od następujących wskaźników: wykształcenie, zawód, wiek, pełnione role i zajmowane pozycje. Największym obszarem aktywności społecznej jest działalność wyłącznie indywidualna (54%), w dalszej kolejności: działalność indywidualna i praca w organizacjach (26%). Brak jakiegokolwiek aktywności społecznej deklaruje 19% respondentów, natomiast 1% badanych działa wyłącznie w organizacjach (www.stat.gov.pl). Bierność obywatelska jest prawdopodobnie podstawową przyczyną faktu, że zakres ubóstwa w Polsce nie zmniejsza się – stopy ubóstwa skrajnego i relatywnego pozostają od kilku lat na podobnym poziomie (7,4% ubóstwo skrajne; 16,2% - relatywne) (www.stat.gov.pl).

PODSUMOWANIE

Ubóstwo jest poważnym problemem społecznym, który ma zasięg globalny i dotyczy większości społeczeństw, bez względu na ich poziom rozwoju i zgromadzonego bogactwa narodowego. Bieda dotyka kolejnych podmiotów i nowych przestrzeni społecznych, na co składa się kilka czynników. Przede wszystkim, implozja

idei państwa opiekuńczego lub jego niewydolność w zakresie świadczenia usług socjalnych (opieki społecznej, ograniczania bezrobocia, ubóstwem, wykluczenia). Oprócz słabego państwa coraz bardziej zauważalny staje się kryzys tradycyjnej demokracji, której istota polega na reprezentacji politycznej interesów ludzi potrzebujących lub/i pokrzywdzonych. Elity rządzące tracą siłę wpływów, są postrzegane jako nieporadne i niezdolne do eliminowania problemów lub zapobiegania im (ze względu na brak perspektywicznego i nowoczesnego myślenia, zdolności planowania). Wady te osłabiają społeczną legitymację władzy. Następnym jest separacja władzy od obywateli na szczeblu lokalnym i centralnym, a w dalszej kolejności odstępstwo lub negacja wartości demokratycznych (takich jak: sprawiedliwość i równość społeczna, kontrola obywatelska, transparentność władzy i działalność *pro publico bono*). Zwykle w ich miejsce pojawiają się działania społeczne (korupcjoniizm, nepotyzm, nieufność, cynizm, nepotyzm, *rent seeking*, kalkulacyjność, efekt pasażera na gapę). Poza tym stale pogłębiają się nierówności społeczne w kolejnych polach życia społecznego, co powoduje, iż wprost proporcjonalnie wzrasta poziom ubóstwa, zwłaszcza skrajnego. W tych warunkach funkcjonowanie mechanizmów oraz instytucji demokratycznych jest utrudnione – słaba demokracja przestaje być skuteczna.

Sposobem ożywienia demokracji, będącej instrumentem w walce z problemami, jest aktywne obywatelstwo – idea ufundowana na przekonaniu, że państwo nie jest bytem niezależnym od obywateli, podmiotem decyzyjnym działającym ponad ich głowami, bez konieczności konsultacji i deliberacji poszczególnych rozwiązań czy decyzji. Jest bowiem zobligowane działać na rzecz interesów obywatelskich, zaś obywatele mają prawo wysuwać roszczenia i domagać się realizacji tych interesów. Poza tym aktywne obywatelstwo zakłada, iż zrzeszeni i zsolidaryzowani obywatele są w stanie zredukować zakres problemów społecznych poprzez samopomoc, kooperację, wzajemność, subsydiarność. W przypadku ubóstwa zasada pomocniczości i wzajemnego wsparcia ma szczególne znaczenie, ponieważ bieda wywołuje liczne dysfunkcje oraz dezorganizuje życie nie tylko ubogich, lecz także całej populacji. W związku z tym walka z ubóstwem nie dotyczy tylko wycinkowej grupy społecznej, ale społeczeństwa pojmowanego jako pewna zwarta całość. Co istotne: bieda jest nie tylko problemem społeczno-ekonomicznym (kiedy niemożliwe staje się zabezpieczenie podstawowych interesów oraz utrzymanie minimalnego standardu życiowego), lecz także moralnym, uniemożliwiającym jednostce godne życie – „przez co czuje się ona poniżona w swej ludzkiej godności, a rozwój jej osobowości przeżywa kryzys, którego, niestety, nie jest w stanie samodzielnie przezwyciężyć. W związku z tym niezbędna jest jej pomoc” (Dyczewski 1997: 397).

Aktywność obywatelska jest więc koniecznym warunkiem zmniejszenia stopy ubóstwa. Istnieje kilka wyżej przedstawionych modeli aplikacyjnych, które pozwalają wykorzystać tę aktywność. Niemniej należy wyraźnie podkreślić, iż sposoby, tempo i skuteczność rozwiązania problemów nie zależą wyłącznie od aktywności, lecz także od dominujących w danej społeczności systemów wartości, orientacji ideologicznych, reguł gospodarczych, religijnych i prawnych, a przede wszystkim od działań określanych jako polityka społeczna. Co oczywiste, problem ubóstwa jest podejmowany w ramach działalności wielu instytucji i agend rządo-

wych; programy zwalczania biedy są formułowane na szczeblach lokalnych, krajowych, a także międzynarodowych (przez Organizację Narodów Zjednoczonych, Unię Europejską). Jednak warunkiem sukcesu jest współdziałanie władzy z silnym społeczeństwem obywatelskim, które wyznacza zakres interwencji państwa i kanały zaspokojenia potrzeb i interesów obywateli, zarówno obligatoryjnych, jak i fakultatywnych.

LITERATURA:

- Barber B.R., *Strong Democracy: Participatory Politics for New Age*, University of California Press, Berkeley 1984
- Dyczewski L., *Kościół katolicki wobec ubóstwa i ludzi ubogich*, w: *Polska bieda II*, red. Z. Golinowska, Warszawa 1997
- Frieske K.W., *Bieda – miary i interpretacje*, w: *Polska bieda II*, red. Z. Golinowska, Warszawa 1997
- Giddens A., *Europa w epoce globalnej*, przeł. M. Klimowicz, M. Habura, Wyd. PWN, Warszawa 2009
- Gliński P., Palska H., *Cztery wymiary społecznej aktywności obywatelskiej*, w: *Elementy nowego ładu*, red. H. Domański, A. Rychard, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1997
- Jałowicki B., Szczepański M.S., *Rozwój regionalny i lokalny w perspektywie socjologicznej*, Tychy 2002
- Kazimierzczak T., *Deprywacja społeczna a pomoc społeczna*, w: *Wprowadzenie do pomocy społecznej*, red. T. Kazimierzczak, M. Łuczyńska, Warszawa 1996
- Lister R., *Bieda*, Wyd. Sic!, Warszawa 2007
- Marshall T.H., *Obywatelstwo i klasa społeczna*, w: „Zoon Politicon”, Warszawa 2010
- Putnam R.D., *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, przeł. J. Szacki, Wyd. Znak, Kraków 1995
- Putnam R.D., *Samotna gra w kręgle. Upadek i odrodzenie wspólnot lokalnych w Stanach Zjednoczonych*, przeł. P. Sadura, S. Szymański, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008
- Rifkin J., *Europejskie marzenie. Jak europejska wizja przyszłości zaćmiewa amerykański dream?*, przeł. W. Falkowski, A. Kostarczyk, Wyd. Nadira, Warszawa 2005
- Tarkowska E. (red.), *Dyskursy ubóstwa i wykluczenia społecznego*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 2013
- Tocqueville de A., *O demokracji w Ameryce*, przeł. B. Janicka, M. Król, Wyd. Znak, Kraków 1996
- Warzywoda-Kruszyńska W., *Unia Europejska wobec problemów biedy i wykluczenia społecznego*, w: *Prawo dziecka do godziwych warunków socjalnych*, Warszawa 2002
- Zukewich N., Norris D., *National Experiences and International Harmonization in Social Capital Measurement: A Beginning*, Paper presented at The Meeting of the Siena Group in Helsinki, <http://www.stat.fi/sienagroup2005/douglas1.pdf>



Agata Basek

Spółeczne Towarzystwo Hospicjum Cordis w Katowicach
E-mail: agata.basek@gmail.com

Agata Chudzicka-Czupała

Uniwersytet Śląski w Katowicach, Instytut Psychologii
E-mail: agata.chudzicka-czupała@us.edu.pl

Współczesne podejście do umierania
i żałoby - etyczne aspekty mediatyzacji
śmierci / *Modern approach to death and
mourning – ethical aspects of mediatization of
death*

Abstract

Nowadays, death has become a taboo. People usually die in sterile conditions of hospitals or hospices. Death is commonly not accepted, it is treated as a phenomenon so improper that it had better not even be discussed. People who lose their closest ones can rely on support from people around them less and less, due to loosening of social bonds and the individual anonymity in big cities. As a result, mourning is being experienced in isolation or, at best, within the few members of the closest family, which hinders the process of overcoming the pain and accepting the loss.

The purpose of this article is to bring attention not only to the problems of those who have lost their family members, but also to the mediatization of death from the social point of view and its ethical aspect. Paradoxically, the more of a taboo death is considered in day-to-day life, the more reverse a process can be observed in media. Displaying the mourning within the Internet is a relatively new phenomenon and expresses the need to go back to experiencing death collectively. The presentation of death in the Internet frequently is aimed at shocking, interesting or to some extent entertaining the audience. There is a positive side to presenting death in media, too, which enables the switch from old rituals to new ones, getting acquainted with the occurrence of death, sympathizing with the mourners or the deceased, and showing support.

Keywords: mediatization of death, dying, ethics, tribalization

**WPROWADZENIE. STOSUNEK DO ŚMIERCI I UMIERANIA WE
WSPÓŁCZESNEJ KULTURZE ZACHODU**

Utrata bliskiej osoby jest doświadczeniem uniwersalnym i nieuniknionym, dotyczy każdego człowieka, jest obecna w każdej kulturze i strefie geograficznej. Od wieków ludzie doświadczali śmierci członków własnej rodziny lub przyjaciół i, próbując ją oswoić, wykształcili szereg rytuałów, wierzeń oraz

przesądów na jej temat. Żałobników obowiązywały ściśle ustalone normy, określone przez społeczność, umiejscowione w wyznaczonym do tego czasie, o ustalonym rytmie, których przestrzeganie miało pomóc ludziom w przeżyciu straty, w zderzeniu się z nią i zaakceptowaniu jej, a nierzadko pozwalało to również chronić resztę grupy przed „nieczystością” związaną z kontaktem z ciałem zmarłych (Di Nola, 2006).

Wraz z nastaniem ery industrialnej i zmian kulturowych, które zapoczątkowała, tradycyjne zachowania dotyczące śmierci i żałoby zaczęły wyraźnie zanikać. Archaiczny rodzaj oplakiwania zmarłych, przejawiający się w solidarnym współczuciu ze strony całej społeczności, wyrażanym bliskim zmarłego, pozostaje aktualny wyłącznie w małych zbiorowościach (Littlewood, 1993). Zamiera zwyczaj grupowego dzielenia kulturowo uwarunkowanych zachowań i rytuałów, mających na celu koić rozpacz, a jednocześnie sprzyjać refleksji nad własną śmiertelnością. Czerń nie jest już tylko kolorem żałobników, lecz bywa najmodniejsza w danym sezonie, co nie ułatwia otoczeniu identyfikacji osób potrzebujących wsparcia. Żałobę przeżywa się w gronie najbliższej rodziny, pod warunkiem, że się ją ma i że nie straciło się kontaktu z najbliższymi, co w dobie globalizacji i migracji ludności jest coraz to częstszym zjawiskiem.

W dużych miastach rozluźniają się więzi społeczne, ze względu na większą anonimowość sąsiedzi często nie znają się i nie mają świadomości ponoszonych przez siebie wzajemnie strat. Proces indywidualizacji prowadzi do faktu, że część osób zostaje w rezultacie pozbawiona społecznego wsparcia w styczności ze śmiercią. Sposób zachowania się w obliczu umierania innych stał się „białą plamą na mapie zachowań społecznych” (Mellor, Shilling, 1993, s. 417).

Znajduje to wyraz także w słownictwie związanym z umieraniem, jakim posługują się ludzie, w którym brak jest przyzwolenia na cierpienie i ból, gdzie nie akceptuje się śmierci, która nie jest już traktowana jako naturalne zakończenie życia, ale uchodzi za zjawisko wręcz niestosowne, za klęskę, bo tylko życie jest wartością i trzeba je przedłużać, ile tylko się da. Jak pisze Ariès (2007, s. 249, 318-319) „wydaje się, że w przypadku śmierci i nakazu milczenia na temat śmierci współcześni socjologowie poszli za przykładem Freuda w odniesieniu do seksu i związanych z nim zakazów. Dlatego do przełamania tabu, jakim stała się śmierć, dochodzi okrężną drogą, za pośrednictwem naukowców... Postawę wobec śmierci zmieniło nie tylko ubezwłasnowolnienie chorego, lecz także wahania długości okresu umierania. Utracił on niegdysiejszą doskonałą regularność – dawniej było to zawsze kilka godzin, oddzielających pierwsze oznaki od ostatnich pożegnań. Postępy medycyny nieustannie wydłużają ten czas, w pewnych granicach można go zresztą skracać lub rozciągać, a to zależy od woli lekarza, personelu szpitalnego, od możliwości rodziny lub kraju”.

Współcześnie mamy do czynienia z tabuizacją śmierci, szczególnie śmierci własnej i naszych najbliższych. O śmierci rzadko się mówi, częściej milczymy, znalazłszy się w jej obliczu. Śmierć została w pewnym sensie „wykluczona”-usunięta z codziennego życia, chociażby w związku ze specjalizacją ról społecznych i zawo-

dów oraz z nieustającym postępem technologicznym, z postępem w medycynie. Umieranie, zamiast odbywać się, jak dotąd, w prywatnych domach, coraz częściej przenoszone bywa do sterylnych warunków szpitali czy hospicjów (Ariès, 1974), a proces izolacji społecznej skazuje wielu ludzi na samotność w sytuacji śmierci ich krewnych. Obowiązujące przepisy sanitarne zabraniają również przetrzymywania ciała zmarłego w domu, a rolę rodziny w przygotowaniu ciała do pochówku w pełni przejęły zakłady pogrzebowe (Mitchell, Stephenson, Cadell, Macdonald, 2012). Wraz z zanikiem społecznych aspektów przeżywania żałoby nawet prawo do okazywania żalu wydaje się być ograniczone, gdyż istnieje niepisany nakaz jego tłumienia. Dlatego uważamy, że w pewnym sensie mianem wykluczonych można też określić ludzi, którzy doświadczają straty kogoś bliskiego, gdyż kultura i konwenanse uniemożliwiają im swobodne wyrażanie bólu i żalu po stracie najbliższych.

Kaczmarek (2009) zauważa, że w sytuacji, kiedy umieranie, a nawet i sam moment śmierci, zostały wyrzucone ze sfery publicznej, gdy nie ma nakazu ani rytuału bycia blisko osoby odchodzącej, a umierającemu nie zawsze towarzyszą już rodzina i przyjaciele, lecz leki i aparatura „podtrzymująca życie”, niezwykle przewrotnie brzmią słowa Pascala (2000, s.148) „Pocieszni jesteście, że szukamy wytchnienia w towarzystwie podobnych nam, nędznych jak my, bezsilnych jak my; nie pomogą nam; umiera się samemu”. Paradoksalnie, współczesny człowiek kultury Zachodu, który ma dostęp do najnowocześniejszych urządzeń leczniczych, umiera często w osamotnieniu, zarówno fizycznym, jak i mentalnym. Jak wskazuje Kaczmarek (2009, s.171) śmierć współczesnego człowieka przekształciła się z formy rytuału wspólnotowego w niewygodną, prywatną traumę, do której przyczynia się w dużym stopniu „medykalizacja życia, umierania i śmierci oraz związane z nią podstawowe przekonanie o wyjątkowości techniki, która może dać złudną nadzieję nieśmiertelności”. Jak podkreśla wspomniana Autorka osławiającym śmierć obszarem są na przykład ruchy hospicyjne.

Kałużny (2012) podaje, że pierwszym, który zwrócił uwagę na zjawisko usuwania czy wypierania śmierci i jej szczególnej obecności w mediach, co ma miejsce we współczesnych, rozwiniętych społeczeństwach, był brytyjski socjolog i antropolog Gorer. W pracy z 1955 roku, zatytułowanej „The pornography of death”, wypowiedział się na temat obecności śmierci w mediach masowych. Sądził on, że podczas gdy w społeczeństwach tradycyjnych sferą tabu były kwestie związane z seksualnością i narodzinami człowieka, w miarę jak „opresyjność kultury Zachodu w kwestii życia seksualnego ulegała liberalizacji, śmierć jako proces naturalny stawała się coraz bardziej niewymawialna” (Gorer, 1979, za: Kałużny, 2012, s. 142). Spowodowało to „odwrócenie się” od śmierci, mówienie o której stało się niewłaściwe, szczególnie jeśli nastąpiła z przyczyn naturalnych, ze starości czy z powodu przewlekłych chorób. Taka śmierć stała się wstydliva, niewłaściwa, dlatego przez pruderię tuszowano fakty na temat naturalnego umierania oraz niesmaczny stał się bezpośredni kontakt z umierającym, trupem, rozkładającym się ciałem. W to miejsce, zdaniem Gorera (1979), pojawiło się wynaturzone zainteresowanie makabrycznymi, krwawymi, a czasem nawet nierealnymi zgonami, tak wszechobecnymi w wytworach popkultury.

Dopatrując się przyczyn obowiązującego współcześnie podejścia do śmierci, napełnionego lękiem, Kaczmarek (2009) zauważa, że sytuacja umierania jest w kulturze Zachodu traktowana inaczej niż w kulturze Wschodu, gdzie śmierć oznacza możliwość uwolnienia się od doświadczanego cierpienia, dolegliwości, trudności i niepokoju dotychczasowego życia. Przez uczestnika kultury Zachodu śmierć jest ujmowana w kategoriach straty i przeżycia napełnionego lękiem, będącego skutkiem przykrych starości. Jak podsumował to Jaspers (za: Rudziński, 1978, s. 207) „żądza życia relatywizuje lęk egzystencjalny, unicestwia egzystencję i wydobywa na wierzch bezradny lęk przed śmiercią”.

MEDIATYZACJA ŚMIERCI I JEJ FUNKCJE

Wraz z coraz to częstszym ujmowaniem śmierci w kategoriach tabu w życiu, obserwujemy jednak odwrotny proces w mediach. Medialne wypowiedzi są pełne śmierci i jej obrazów, w tym wojen, ostrzeliwania, katastrof i wypadków, w których masowo giną ludzie. Paradoksalnie też, chociaż przerwanie milczenia na temat śmierci wydaje się wywoływać konsternację, narodziła się innego rodzaju „kultura śmierci”. Przejawia się ona na przykład w żądaniu prawa do eutanazji czy do kary śmierci oraz w liberalizacji przepisów w tym zakresie w niektórych krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych.

Śmierć jest też wszechobecna w mediach, gdzie nie stanowi tabu. Jest ona raczej środkiem wyrazu, służącym do wywoływania szoku, zaskoczenia lub stanowi system obrazów, będących źródłem swoistej rozrywki (Gibson, 2007). Zainteresowanie mediów śmiercią i umieraniem w wyniku różnych chorób, zabójstw czy wypadków, widoczne jest zarówno w serwisach informacyjnych, szczególnie w przypadku śmierci celebrytów, lokalnych lub globalnych tragedii i bardziej spektakularnych katastrof. Śmierć jest tematem wiodącym w wielu produkcjach filmowych. Zdaniem Kałużnego (2012, s. 141) śmierć „odgrywa niemalejącą rolę w wytworach wyobraźni serwowanych masowemu odbiorcy – w Internecie, kinie, muzyce, powieściach, telewizji czy przestrzeni turystycznej. Kultura popularna znajduje się w objęciach Tanatosa”.

Zaborowski (2014, s.10), podkreślając szczególnie ważną rolę mediów w przebiegu procesów społecznych, definiuje mediatyzację jako „postępujący i pogłębiający się proces, polegający na udziale mediów w wyznaczaniu ram debaty publicznej, w określaniu pożądanych zachowań społecznych i postaw, a także w kreowaniu rzeczywistości”. Mediatyzacja śmierci, oznaczająca przeniesienie śmierci, jej obrazów i dyskusji o niej do mediów, z jednej strony może stać się obszarem refleksji i naukowych poszukiwań, a z drugiej polem do powstawania nowych form zachowania się czy rytuałów społecznych. Zachęca ona do obserwacji zachowania się ludzi, zmieniających się norm, tworzących się i wykorzystywanych przez ludzi nowych form zachowania się. Ludzie, którzy są zainteresowani śledzeniem losów innych, umieraniem i śmiercią, nie tylko biernie obserwują mediatyzacyjną rzeczywistość, ale też aktywnie uczestniczą w jej tworzeniu, pisząc o swoich odczuciach i dodając własne komentarze.

Mediatyzacja śmierci w społeczeństwie, gdzie na poziomie indywidualnym czujemy się bezradni wobec umierania, może pełnić zarówno funkcję informacyjną, jak i rozrywkową - ukazywanie śmierci ma najczęściej na celu wzbudzać silne emocje oraz zainteresowanie, śmierć w mediach jest sensacyjna i robi wrażenie na oglądających ją widzach, spragnionych coraz to silniejszych wrażeń. Nieco rzadziej mediatyzacja pełni funkcję edukacyjną, wskazującą, w jaki sposób należy lub można zachować się w określonych sytuacjach, czy skłaniającą do refleksji nad sensem i celem życia. Goldberg (1998) twierdzi, że śmierć zawsze była obecna w mediach, ale wraz z jej zniknięciem z bezpośredniego codziennego doświadczenia, odkąd mniej ludzi umiera w domach, w sąsiedztwie, media wypełniają tę „pustkę”, zwiększając koncentrację ludzi na obrazach związanych ze śmiercią, ukazywaną na przykład w wieczornych wiadomościach lub w programach dokumentalnych, stanowiących źródło specyficznej rozrywki (Klastrup, 2015). Według Kałużnego (2012, s. 147) „epatowanie naturalistycznymi scenami okrucieństwa naraża odbiorców na zgorszenie oraz obrzydzenie, a wykorzystywanie wizerunków ofiar pozbawia je godności, uprzemiatawia, zmieniając w komercyjny towar”.

Wspomniane wcześniej zmiany kulturowe, związane z porzuceniem tradycji i rozwojem przemysłu, powstawaniem dużych miast, gdzie panuje anonimowość, mogą uniemożliwiać swobodne okazywanie uczuć, doświadczanych przez ludzi opłakujących śmierć bliskich, oraz tych, którzy są dalszymi obserwatorami śmierci innych i których udziałem jest współczucie dla ich rodziny. W rezultacie żałobę nierzadko przeżywa się w izolacji, która utrudnia proces przezwyciężania bólu oraz godzenia się ze stratą (Klein, 1940). Ludzie, którzy nie mają możliwości pełnego przeżywania żałoby, czynią to niejako w sposób pośredni - za pomocą mediów, na przykład w Internecie, jako autorzy blogów, internetowych pamiętników, dostępnych innym, w których dzielą się swoimi bolesnymi doświadczeniami, upubliczniając je. Podobnie świadkowie choroby, śmierci innych i czyjegoś bólu, mogą okazywać im wsparcie i empatyczne współczucie za pomocą internetowych komunikatorów. Czy tego rodzaju praktyka stanowi wyraz potrzeby powrotu do zbiorowego przeżywania śmierci?

Ukazywanie śmierci lub umierania w mediach, obok motywu wzbudzania sensacji i niezdrowej podniety, może pełnić i pełni współcześnie jeszcze jedną znaczącą rolę - daje możliwość towarzyszenia innym w żałobie, przyglądania się temu, jak umiera i odchodzi konkretny człowiek, nie jako anonimowy bohater newsów, ale jako osoba, w wymiarze personalnym. Mediatyzacja śmierci pozwala na aktywne uczestnictwo w tym procesie, na przykład poprzez identyfikowanie się z żałobnikami lub opłakiwanymi, co może pomagać współczesnemu człowiekowi uczyć się, poprzez obserwację zachowania się innych, jak przeżywa się stratę, ból, jak należy i można przeżywać żałobę. Dzięki mediom możemy doświadczyć tak zwanych relacji/znajomości paraspołecznych (ang. "parasocial familiarity") - poczucia więzi z postacią ukazywaną w mediach, która nie jest nam osobiście znana (Eyal, Cohen, 2006). Być może to, co określane jest w brytyjskich mediach jako "mourning sickness", czy "recreational grief" (O'Neil, 2004), czyli zbiorowa żałoba w reakcji na śmierć celebrytów lub ofiar nagłośnionych medialnie zabójstw, bywa sposobem przeciętnego człowieka na oswojenie się ze śmiercią i trudnymi uczuciami przeży-

wanymi w obliczu straty. Walter (1995) sugeruje, że powodem, dla którego lubimy czytać o żałobie innych, jest fakt, iż historia taka daje nam normatywne wytyczne jak w przeszłości możemy przeżywać żałobę własną.

MEDIA JAKO PRZESTRZEŃ DLA NOWYCH RYTUAŁÓW ZWIĄZANYCH ZE ŚMIERCIĄ I ŻAŁOBĄ ORAZ ŹRÓDŁO WSPARCIA

Czy możemy założyć, że dawne rytuały, które przez swoją powtarzalność służyły nam za wzory zachowania się i zapewniały przewidywalność, próbujemy zastąpić nowymi, praktykowanymi za pośrednictwem mediów (por. Sumiała, 2013)?

Mimo rozluźnienia się więzi społecznych w krajach kultury Zachodu większość mieszkańców tych krajów uczestniczy w różnego rodzaju społecznościach „on-line”, kreując tam swój wizerunek lub komunikując się z innymi lub komentując ich zachowanie się. Tego rodzaju praktyki mogą przyczyniać się do zmiany podejścia do prywatności przeżyć i zwiększają akceptację dla publicznego wygłaszania opinii i relacjonowania własnych emocji (Falconer, Gibson, Sachsenweger, Norman, 2011). W efekcie rozwoju kultury elektronicznej ludzie coraz częściej szukają zaspokojenia swoich potrzeb społecznych w Internecie (Chih-Huei, 2013).

Taka szybka i coraz to bardziej powszechna forma komunikacji, jaką umożliwia Internet, niewątpliwie daje szansę poszukiwania informacji i nowych doświadczeń, a także ułatwia dostęp do wsparcia społecznego (Chudzicka-Czupała, 2008). Badania dowodzą wyraźnego wzrostu roli wsparcia udzielanego przez Internet, szczególnie w przypadkach konkretnych problemów (Grabowska, 2006). Specyfika relacji nawiązywanych w Internecie pozwala mówić na przykład o wsparciu wyobrażonym, które bywa efektem świadomości związku z ważnymi dla człowieka osobami, nawet nieznanymi sobie bezpośrednio, lecz z którymi mamy kontakt internetowy (Henderson, Bostock, 1977). Wyobrażanie sobie ludzi, którzy nam pomagają, czytanie słów mówiących o chęci wsparcia, może być szczególnie ważne w sytuacjach długotrwałej izolacji, związanej na przykład ze specyfiką wykonywanej pracy lub w warunkach uwięzienia (Sęk, 1998). Współcześnie, kiedy wielu ludzi nawiązuje relacje z innymi przez Internet, zjawisko korzystania z wirtualnego wsparcia w sytuacji śmierci bliskiej osoby dotyczyć może coraz szerszej populacji. W Internecie możliwa jest wymiana myśli, udzielanie rad, podtrzymywanie na duchu, pocieszanie, okazywanie pozytywnych emocji.

Wsparcie społeczne to pomoc dostępna w ramach społecznych interakcji, zorientowana na łagodzenie negatywnego oddziaływania stresu, spostrzegana jako wyrażanie troski i pozwalająca na zaspokojenie specyficznych potrzeb powstałych w wyniku nieprzyjemnych i trudnych wydarzeń życiowych (por. Sęk, 2004, za: Sęk, Cieślak, 2004). Możliwość skorzystania ze wsparcia społecznego zależy nie tylko od chęci osoby, która go potrzebuje, ale także od sposobności stwarzanych w tym względzie przez społeczeństwo. Szereg możliwości daje właśnie Internet, gdzie może mieć miejsce okazywanie innym troski. Tłumaczy to fakt, dlaczego media społecznościowe stają się przestrzenią swobodnego przeżywania i opisywania uczuć związanych ze stratą, na przykład w formie blogów, profili upamiętnia-

jących zmarłych lub na specjalnie do tego stworzonych stronach, w postaci wpisów lub filmów nieograniczonych czasem i dostępnymi w różnych środowiskach. Coraz więcej osób decyduje się na opisywanie swoich przeżyć, niejednokrotnie zdając relację on-line z umierania swoich bliskich.

Intrygującym jest fakt, że wśród ludzi czytających i komentujących tego typu strony, ze względu na ich publiczny charakter, znajdują się osoby zupełnie obce autorom czy opłakiwanym, które deklarują, że są bardzo poruszone cudzą stratą (Mitchell, Stephenson, Cadell, Macdonald, 2012). Osoby te nazwane przez DeGroot (2013) „gapiami” lub „przyglądającymi się” (ang. rubberneckers – gapiący się) pozostają wciąż niepoznaną grupą, a o jej specyfice mogą stanowić pewne szczególne cechy psychologiczne lub wcześniejsze doświadczenia. Być może ten rodzaj aktywności jest zjawiskiem negatywnym i bazuje wyłącznie na ciekawości, chęci podglądania innych lub nawet czerpania satysfakcji czy rozrywki z ich nieszczęścia (Behr, 2005, za: DeGroot, 2012). Może jest on wyrazem potrzeby kontaktu z drugim człowiekiem, refleksji, okazywania innym empatycznej troski i wspólnotowego przeżywania żałoby, a może jest powodowany bywa jednym i drugim.

Różni autorzy (McQuail, 2007; Mrozowski, 2001; Winterhoff-Spurk, 2007, za: Rowiński, Głuskowska 2014) wymieniają cztery główne grupy potrzeb, które mogą być zaspokajane przez mass media i strony internetowe, pozwalające na przyglądanie się śmierci czy żałobie i poszukiwanie treści związanych z chorobą oraz umieraniem:

1. potrzeby związane ze zdobywaniem informacji: poszukiwanie informacji; zaspokajanie ciekawości; poszukiwanie rady, wsparcia, uzyskiwanie poczucia bezpieczeństwa dzięki zdobytej wiedzy;
2. potrzeby pozwalające na kształtowanie tożsamości: poszukiwanie potwierdzenia, wzmocnienia, słuszności indywidualnego systemu wartości; poszukiwanie modeli zachowań; identyfikowanie się z wartościowymi postaciami; możliwość odczuwania empatii;
3. potrzeby związane z poszukiwaniem integracji i interakcji: uzyskiwanie wglądu w warunki życia innych, uzyskiwanie poczucia przynależności, znajdowanie podstawy lub tematów do konwersacji; posiadanie substytutu rzeczywistego towarzystwa; pomoc w wypełnianiu ról społecznych; umożliwianie kontaktu z innymi;
4. potrzeby związane z poszukiwaniem wrażeń i rozrywki: eskapizm, relaks; wypełnianie czasu; rozluźnienie emocjonalne; uzyskiwanie wewnętrznego zadowolenia kulturalnego i estetycznego.

Współczesne media i komunikatory otwierają przez ludzi nowe możliwości i drogi wyrażania innym współczucia, a także doświadczania solidarności i wspólnoty (Pantti, Sumiala, 2009), co być może pozwala nam powrócić do dających poczucie bezpieczeństwa rytuałów i zbiorowego przeżywania oraz opłakiwania straty. Mass media mogą pełnić rolę kompensacyjną, pozwalając ich użytkownikom realizować potrzeby, które z różnych powodów nie są przez nich realizowane

poza mediami (Bargh, 2002; Bargh, McKenna, Fitzimons, 2002; Bargh, Mc Kenna, 2004; Caplan, 2005; Rowiński, Głuskowska, 2014).

Bargh, McKenna i Fitzimons (2002) sugerują, że niektóre osoby wyrażają siebie swobodniej w kontaktach "on-line" niż w interakcjach twarzą w twarz. Twierdzą oni, że siła tego efektu jest kwestią cech osobowości. Wyniki badań przeprowadzonych przez McKenna, Green i Gleason (2002) wskazują, że dotyczy to osób, które mają problemy w kontaktach z innymi, samotnych i lękających się kontaktów społecznych albo z różnymi względów ich unikających, wstydliwych, które przestają odczuwać dyskomfort podczas kontaktów w Internecie. Scharlott i Christ (1995, s. 116) dowodzą, że osoby nieśmiałe, które mają tendencję do „bycia spiętymi i do zahamowań w obecności innych”, znacząco częściej korzystały z portali randkowych, bazujących na tekście pisanim, w celu zapoznania potencjalnego partnera romantycznego. Ten rodzaj komunikacji może powodować neutralizację lęku, związanego z trudnymi sytuacjami społecznymi, dzięki czemu użytkownicy są w stanie pełniej i bardziej świadomie kontrolować treść i formę swoich komunikatów (Caplan, 2005).

Z niektórych badań wynika także, że ludzie o wyższych kompetencjach społecznych mogą czerpać dużo z aktywności przejawianej przez nich w mediach. Zdaniem Rowińskiego i Głuskowskiej (2014), którzy uznają media za katalizator, wzmacniający umiejętności lub brak tychże u użytkowników, środki masowej komunikacji wzmacniają po prostu już istniejące zasoby, w tym umiejętność efektywnego radzenia sobie w sytuacjach społecznych i pomagają w realizacji potrzeb, co, zdaniem tych autorów jest zgodne z wynikami wielu badań (Kraut, Kiesler, Boneva, Cummings, Helgeson, Crawford, 2002).

PODSUMOWANIE

Nie ma wątpliwości, że rola mass mediów w kształtowaniu stosunku współczesnego człowieka do śmierci i wyobrażeń na temat śmierci jest ogromna, a tak zwane media społeczne mają tu pozycję wiodącą (Walter, 2011; Zelizer, 2010; Sumiała, Hakola, 2013). Podawane w mediach wiadomości, treści przedstawiane w tak zwanej „reality tv”, filmy na You Tube, filmy fabularne czy gry komputerowe, ukazują coraz to inne obrazy śmierci i niosą różne informacje na temat umierania, zadawania śmierci, reakcji otoczenia na nią. Mówi się nawet o swoistym ponowoczesnym *renesansie śmierci* poprzez media (Lee, 2008), o oswojaniu ludzi ze śmiercią, takim „na miarę współczesności” (Krasowska-Marut, 2002, s. 401).

Mediatyzacja śmierci, towarzyszenie innym w bólu i cierpieniu, odbywające się na drodze komunikacji medialnej, mogą być wyrazem ludzkiej potrzeby rytualizacji umierania, a media stały się środkiem, który pozwala na jej realizację. Z punktu widzenia antropologii w wielu zbiorowościach śmierć nie jest wydarzeniem prywatnym, lecz należy ją badać jako zdarzenie o ważnym wymiarze społecznym (Di Nola, 2006). Rozpowszechnienie się komunikowania się poprzez media spowodowało wzrost poczucia intymności między ludźmi, których w innym wypadku uznawalibyśmy za obcych (Meyrowitz, 1994). Olcoń-Kubicka (2006) uważa, że zjawisko blogowania można nawet uznać za przejaw ponowoczesnego trybalizmu,

a twórców i ludzi czytających blogi za ponowoczesną formę plemion. Środowisko blogowiczów tworzy otwartą i dynamiczną wspólnotę osób, kreujących własną ideologię, zwyczaje i rytuały, identyfikujących się z autorami, których przeżycia i refleksje są im bliskie, osób, których z komentatorami łączą emocjonalne więzi, oferujących całej tej społeczności swoisty tryb życia.

W sytuacji, kiedy bezpośrednio nie doświadczamy straty nikogo bliskiego, być może podświadomie poszukujemy trudnych treści w mediach po to, by zaspokoić swoje ukryte potrzeby. Śmierć opowiedziana w mediach daje możliwość identyfikacji przeżywaną w związku z nią emocji (DeGroot, 2013) oraz refleksji nad własnym życiem i śmiercią.

BIBLIOGRAFIA

- Ariès, P. (2007). *Rozważania o historii śmierci*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Ariès, P. (1974). *Western Attitudes Toward Death: From Middle Ages to the Present*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Bargh, J.A. (2002). Beyond simple truths: the human-Internet interaction. *Journal of Social Issues*, 58,1,1-8.
- Bargh, J.A., McKenna, K.Y.A., Fitzsimons, G.M. (2002). Can you see the real me? Activation and expression of the true self on the Internet. *Journal of Social Issues*, 58,1, 33-48. doi:10.1111/1540-4560.00247
- Bargh, J. A., McKenna, K. Y. A. (2004). The Internet and social life. *Annual Review of Psychology*, 55, 573-590.
- Behr, R. (2005-04-07). Boo hoo, said the crocodile. *The Guardian*. http://web.archive.org/web/20080103225710/http://blogs.guardian.co.uk/observer/archives/2005/04/07/boo_hoo_said_th.html
- Caplan, S. E. (2005). A social skills account of problematic Internet use. *Journal of Communication*, 55,4, 721-736.
- Chih-Huei, K. (2013). Antecedents and Consequences of Blog Readers' Gratification with Social Interaction. *Taiwan Journal of Marketing Science*, 9,1, 1-24.
- Chudzicka-Czupała, A. (2008). Wsparcie otrzymywane w sieci jako przyczyna nadmiernego korzystania z internetu przez dorastającą młodzież. (w:) T. Misztalski, G. Waclawik (red.). *Adolescencja. Szanse i zagrożenia*. (85-99). Dąbrowa Górnicza: Wyd. MiB Partnerzy.
- DeGroot, J. M. (2012). Maintaining relational continuity with the deceased on Facebook. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 65, 195-212, doi:10.2190/OM.65.3.c
- DeGroot, J. M. (2013). "For whom the bell tolls": Emotional rubbernecking in Facebook memorial groups. *Death Studies*,37, 448-470, doi:10.1080/07481187.2011.649940
- Di Nola, A. M. (2006). *Tryumf śmierci. Antropologia żałoby*. (tłum. M. Woźniak, J. Kornecka, R. Sosnowski, M. Surma-Gawłowska, M. Olszańska). Kraków: Universitas.
- Eyal, K., Cohen, J. (2006). When good friends say goodbye: A parasocial breakup study. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 50, 502-523. doi:10.1207/s15506878jobem5003_9
- Falconer, K., Gibson, K., Norman, H., Sachsenweger, M. (2011). Grieving in the Internet age. *New Zealand Journal of Psychology*, 40(3), 79-88
- Gibson, M. (2007). Death and mourning in technologically mediated culture. *Health Sociology Review*,16, 415-424.
- Goldberg, V. (1998). Death takes a holiday, sort of (w:) Jeffrey H. Goldstein (red.), *Why we watch: The attractions of violent entertainment*. (27-52). New York, NY: Oxford University Press.
- Gorer, G. (1979). Pornografia śmierci. *Teksty*, 3, 197-203.

- Grabowska, M. (2006). *Wartość dodana Internetu na przykładzie internetowych grup wsparcia. Wielka sieć. E-sesje z socjologii Internetu*. Warszawa: Trio.
- Henderson, S., Bostock, T. (1977). Coping behaviour after shipwreck. *British Journal of Psychiatry*, 131, 1, 15-20.
- Kaczmarek, A. (2009). Śmierć. Poszukiwanie znaczenia w kontekstach kulturowych, społecznych i politycznych, *TEKA Komisji Politologii i Stosunków Międzynarodowych PAN*, 4, 165-179.
- Kałużny, Ł. (2012). Pomiedzy tabu a pornografią. Graficzne reprezentacje śmierci w prasie. *Kultura Popularna*, 4, 34, 40-48.
- Klastrup, L. (2014). "I didn't know her, but...": parasocial mourning of mediated deaths on Facebook RIP pages. *New Review of Hypermedia and Multimedia*. doi:10.1080/13614568.2014.983564.
- Klein, M. (1940). Mourning and it's relation to manic-depressive states. (w:) *The writings of Melanie Klein*, Vol. 1. (344-369). London: Hogarth 1975.
- Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V., Crawford, A. (2002). Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*, 58,1, 49-74.
- Krasowska-Marut, A. (2002). Krasowska-Marut A., 2002, Obrazy śmierci w piśmach codziennych, (w:) J. Kolbuszewski (red.) *Problemy współczesnej tanatologii*, Vol 6. (399-406). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Lee, R. L. M. (2008). Modernity, Mortality and Re-Enchantment: The Death Taboo Revisited, *Sociology*, 42, 4, 745 – 759.
- Littlewood, J. (1993). The denial of death and rites of passage in contemporary societies. In D. Clark (red.). *The sociology of death* (69–84). Oxford: Blackwell.
- McQuail, D. (2007). *Teoria komunikowania masowego*. Warszawa: PWN.
- Mellor, P. A., Shilling, C. (1993). Modernity, self-identity and the sequestration of death. *Sociology*, 27, 411–431.
- Meyrowitz, J. (1992). *The life and death of media friends: New genres of intimacy and mourning*. (w:) S. J. Drucker, R. S. Cathcart (red.). *American heroes in a media age* (62-81). Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Mitchell, L.M., Stephenson, P.H., Cadell, S., Macdonald, M.E. (2012). Death and grief on-line: Virtual memorialization and changing concepts of childhood death and parental bereavement on the Internet. *Healthy Sociology Review*, 21,4, 413-431.
- Mrozowski, M. (2001). *Media masowe. Władza, rozrywka i biznes*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza APSRA-JR Nielsen.
- Olcoń-Kubicka, M. Blogi jako przejaw współczesnego trybalizmu. (w:) D. Batorski, M. Marody, A. Nowak (red.) *Spoleczna przestrzeń Internetu*. (147-161). Warszawa: Wyd. SWPS Academica.
- O'Neil, Sean (2004-02-23). Britain 'wallowing in mourning sickness'. *Telegraph*. <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1455117/Britain-wallowing-in-mourning-sickness.html>
- Pantti, M., Sumiala, J. (2009). Till death do us join: Media, mourning rituals and the sacred centre of the society. *Media, Culture & Society* 31,1, 119– 135.
- Pascal, B. (2000). *Myśli*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Rowiński, T., Głuskowska, J. (2014). Gratyfikowanie potrzeb przez mass media a poziom kompetencji społecznych. *Studia Psychologica UKSW*, 14,2, 5-23.
- Rudziński, R. (1978). *Jaspers*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Scharlott, B. W., Christ, W. G. (1995). Overcoming relationship-initiation barriers: The impact of a computer-dating system on sex role, shyness, and appearance inhibitions. *Computers in Human Behavior*, 11,2, 191–204. doi:10.1016/0747-5632(94)00028-G
- Sęk, H. (1998). *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Sumiala, J. (2013). *Media and Ritual. Death, Community and Everyday Life*. London: Routledge.
- Sumiala, J., Hakola, O. (2013). Introduction: Media and Death. *Thanatos*, 2,2, 3-7.

- Walter, Tony. 2011. Angels not souls: Popular religion in the online mourning for British celebrity Jade Goody. *Religion*, 41,1, 29–51.
- Winterhoff-Spurk, P. (2007). Psychologia mediów. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Zaborowski, M. (2014). Mediatyzacja jako wyzwanie dla politologa. *Historia i Polityka*, 11,18, 9–21.
- Zelizer, B. (2010). *About to Die: How News Images Move the Public*. New York: Oxford University Press.



Katarzyna Konczelska

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział
Zamiejscowy we Wrocławiu
E-mail: konczelska.k@wp.pl

Ubóstwo jako czynnik utrudniający
przeżywanie żałoby po śmierci
dorosłego dziecka / *Poverty as a factor
impeding bereavement after the death of an adult
child*

Abstract

There is little research in the field of bereavement that takes into consideration the financial component. Previous publications have indicated that bad financial situation may impede the process of mourning. This paper examines the research conducted by A. Moore in Togo on the influence of poverty on parents dealing with bereavement and puts it in a wider context of bereavement theory.

Keywords: bereavement; poverty; loss of an adult child; mourning.

1. WSTĘP

Na podstawie wieloletnich badań dotyczących śmierci dzieci, Catherine Sanders uznała ją za źródło najcięższego bólu (Sanders 2001: 15). Rodzice kwestionują znaczenie i sens swojego życia po stracie dziecka, izolują się w przeżywaniu żałoby. Przeżywanie straty uzależnione jest od wielu czynników, takich jak związek ze zmarłym, uwarunkowania kulturowe i poglądy religijne. Wskazuje się również na sposób w jaki dziecko zmarło (Weiss). Śmierć dziecka jest dla rodziców zawsze zaskoczeniem. Jednak istnieją takie rodzaje śmierci dziecka, które wymagają zdecydowanie więcej pracy, czasu i wysiłku, aby je przepracować. E. Kübler-Ross wyróżnia następujące najcięższe rodzaje śmierci: zabójstwo dziecka, samobójstwo, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), niewyjaśniona przyczyna zgonu, zaginięcie dziecka (syndrom pustego grobu), poronienie, śmierć w okresie prenatalnym czy okołoporodowym dziecka (Kübler-Ross). Równie trudna do zaakceptowania jest śmierć jedyne dziecko i śmierć dziecka niepełnosprawnego (doświadczenia własne w pracy z osieroconymi rodzicami).

Niniejsza praca skupia się na szczególnym przypadku przeżywania żałoby po śmierci dziecka, omawiając wpływ ubóstwa na przeżywanie żałoby po śmierci dorosłego dziecka. Temat jest omówiony na podstawie badań Moore przeprowadzonych w 2006 roku w Togo pośród rodziców żyjących w ubóstwie, którzy stracili dorosłe dzieci w wyniku AIDS.

2. ŻAŁOBA

„Żałoba jest procesem trwającym w czasie, którego istotą pozostaje zmaganie się z bólem i cierpieniem po stracie bliskiej osoby” (Kubacka-Jasiecka 2010: 268). Przeżywanie żałoby pozwala na radzenie sobie ze śmiercią i bólem, to uniwersalny proces, który we wszystkich kulturach odnosi się do tych samych wartości i działań. To, co różni poszczególne kultury to symbolika i tradycje. Pierwszym działaniem jest zapewnienie dostępu do bliskich ludzi, którzy mogą zaoferować wsparcie osobie, która doświadczyła straty kogoś bliskiego. To, co następuje później to początek prawdziwego przeżywania żałoby. (Berezin 2004)

Pionier problematyki żałoby, psychiatra Erich Lindemann (1944), zwrócił uwagę na pięć typowych reakcji związanych z przeżywaniem żalu po stracie. Pierwszą są dolegliwości płynące z ciała, głównie osłabienie, brak apetytu, sporadyczna utrata oddechu. Następnie pojawiają się wyobrażenia i wrażenia, że się widzi lub słyszy zmarłą osobę. Kolejną charakterystyczną reakcją jest poczucie winy oraz wypowiadanie samooskarżeń za to, co się stało. Czwartą reakcją jest gniewna irytacja, która ujawnia się chociażby poprzez odbieranie obecności innych ludzi jako drażniącej. Na końcu można wyróżnić pobudzone, chaotyczne, bezcelowe zachowanie. (Dodziuk 2001: 19) Podsumowując, „osierocenie nie jest stanem lecz procesem, który przebiega etapami, w sposób indywidualny i zależny od wielu czynników” (Krzyżanowski i in. 2005: 128). Żałoba jest procesem, który nie może być pospieszany. Rodzice muszą być gotowi na to, że przeżywanie żałoby zmieni ich, ponieważ niemożliwe jest powrócenie do stanu sprzed straty. (The Death of a Child, 2005)

Według Sanders „żałoba niesie w sobie pewien szczególny, pokrewny wstydowi rodzaj piętna, wynikający z traktowania śmierci jako kary. W żadnej innej sytuacji nie jest to tak oczywiste, jak w wypadku utraty dziecka” (Sanders 2001: 28). Rodzice czują, że śmierć dziecka jest wynikiem ich zaniedbania. Uważają, że miała miejsce ponieważ zaniedbali swój obowiązek ochrony dziecka. Sanders w „Jak przeżyć stratę dziecka” (2001) opisuje pięć faz charakteryzujących żałobę rodziców po śmierci dziecka. To jak długo trwa dany etap jest uzależnione od indywidualnej sytuacji danego rodzica. Możliwe jest też, że rodzic doświadczy jedynie niektórych z wymienionych objawów (Sanders 2001: 31). Żałoba zaczyna się od szoku, który jest naturalną izolacją mogącą łagodzić wybuch rozpacz. Do objawów należą: wzburzenie, objawy wegetatywne czy psychologiczne dystansowanie się. Drugi etap to uświadomienie sobie straty. Jest to czas, kiedy rodzice odczuwają niepokój, przewlekły stres i dezorganizację emocjonalną. Ten etap charakteryzuje się największą zmiennością przeżywanych uczuć, które nachodzą na siebie z wielką intensywnością i zaskakują nie tylko bliskich, ale przede wszystkim osoby przeżywające żałobę. Następnie odnotowuje się chronienie siebie. Rodzice wycofują się,

ich zachowanie zaczyna przypominać objawami depresję. Potrzeba izolacji, dlatego też kluczowe jest pozwolenie rodzicom na odseparowanie się od kontaktów towarzyskich (Sanders 2001: 35-37). Kolejny etap to powracanie do zdrowia. Rodzice zaczynają tworzyć dla siebie nową tożsamość, ich rany zaczynają się goić. To czas wzmacniania kontaktu z rodziną, budowania nowych więzów (Sanders 2001: 46). Ostatni etap to odnowa – próba podjęcia odpowiedzialności za swoje własne szczęście, uczenia się życia bez dziecka, które odeszło. „Gdy porzucamy dawne role i naszą poprzednią tożsamość, stopniowo rodzi się w nas i rozwija nowe życie” (Sanders 2001: 49).

3. WPŁYW SYTUACJI EKONOMICZNEJ NA PRZEŻYWANIE POWIKŁANEJ ŻAŁOBY

Nam wskazuje, że za mało uwagi zwraca się na wpływ czynników zewnętrznych, jak trudności finansowe, na przeżywanie powikłanej żałoby, żałoby, która trwa dłużej i ma cięższy przebieg. Według badań powikłana żałoba dotyczy do 20% wszystkich przypadków. (Nam 2012)

Zwraca się na uwagę na powiązanie między ciężką sytuacją finansową a stanami depresyjnymi w trakcie żałoby. Badania nad powikłaną żałobą i sytuacją materialną opierały się na wcześniejszych publikacjach z 1995 i 2000, w których zaznaczono, że osoby w złej sytuacji finansowej są bardziej narażone na stany depresyjne. Nam wskazuje na istnienie pośredniego wpływu problemów finansowych na występowanie objawów depresyjnych u osób, które doświadczają powikłanej żałoby. W związku z tym sugeruje, że poprawa złej sytuacji finansowej może pomóc w przeżywaniu żałoby. Odwołuje się również do badań Keene’a i Prokosa, które wskazują na wprost proporcjonalny stosunek objawów depresyjnych do poziomu trudności finansowej, która pojawiła się po śmierci bliskiej osoby (Nam 2012).

4. TOGO

Togo to kraj w Afryce Zachodniej, zamieszkały przez 6,3 miliona ludzi. Średnia długość życia mieszkańców to 56 lat u mężczyzn i 59 wśród kobiet (BBC). Zamieszkuje go 39 grup etnicznych. Podstawą utrzymania jest rolnictwo praktykowane na własne potrzeby. Oznacza to, że mieszkańcy są w stanie wyhodować wystarczającą ilość jedzenia, która zaspokaja ich własne potrzeby, ale nie pozwala na handel (UK Foreign Office, 2007). Niezależnie od grupy etnicznej czy kultury mieszkańcy Togo wskazują na istnienie obowiązku dziecka do wspierania starzejących się rodziców, pomocy finansowej lub materialnej (Moore 2008).

5. BADANIE MOORE

Moore wskazuje, że „role pełnione w życiu rodziców przez dziecko mają również wpływ na sposób, w jaki rodzice przeżywają żałobę.” Także w przypadku regionów, które charakteryzują się problemami socjoekonomicznymi, a dzieci są zobowiązane pomagać rodzicom finansowo, ich śmierć wiąże się z większymi konsekwencjami niż ich śmierć w regionach, które nie doświadczają problemów finansowych. W Afryce wielu rodziców doświadcza śmierci dorosłego dziecka w wyniku AIDS, co dotyczy grupy badanej przez Moore. Korzystając z badań jakościowych prze-

przeważała w Lomé, Togo między sierpniem a październikiem 2006 roku badanie dotyczące przeżywania żałoby pośród rodziców żyjących w ubóstwie, którzy stracili swoje dorosłe dzieci w wyniku AIDS. W badaniu zastrzeżone zostało, że ze względu na korzystanie z doboru celowego wszelkie uogólnienia powinny być formułowane ostrożnie (Moore 2008).

W badaniu wzięło udział sześć kobiet i jeden mężczyzna, badani byli w wieku 54-80 lat. Otrzymali średnio 1.4 roku wykształcenia, przy czym cztery osoby nie miały żadnego formalnego wykształcenia. Badani to przede wszystkim rolnicy. Dwie osoby były w związku małżeńskim, trzy owdowiałe, dwie rozwiedzione. Wiek dzieci w momencie śmierci wynosił średnio 33 lata, samo badanie było przeprowadzane średnio rok od momentu śmierci dziecka. W sumie badani stracili sześć córek i dwóch synów, przy czym jedna z badanych osób straciła dwoje dzieci w wyniku AIDS. Z wyłączeniem jednej z badanych osób, pozostali po śmierci swojego dziecka musieli zajmować się swoimi wnukami (spośród wnuków sześcioro dzieci również miało HIV/AIDS) (Moore 2008).

6. WYNIKI BADAŃ

Moore wyróżnia cztery rodzaje trudności, które odnotowali badani w trakcie przeżywania żałoby: problemy finansowe i społeczne, problemy psychologiczne, problemy wychowawcze, problemy z ujawnieniem informacji.

Problemy finansowe i społeczne:

- brak wsparcia zapewnianego przez zmarłe dziecko (wsparcie finansowe, wsparcia towarzyskie i emocjonalne)
- problem z utrzymaniem wnuków (zapewnienie jedzenia, zapewnienie opieki medycznej i zapewnienie dostępu do edukacji).

Problemy psychologiczne:

- problem z zaakceptowaniem śmierci dziecka (płacz przy rozmyślaniu o dziecku co skutkowało negatywnym wpływem na zdrowie, niezdolność do jedzenia, co skutkowało negatywnym wpływem na zdrowie).

Problemy wychowawcze:

- poczucie, że dziecko zostało na nich „zrzucone” (negatywny wpływ na zdrowie)
- niemożność zajęcia się dzieckiem z powodu zaawansowanego wieku (negatywny wpływ na zdrowie).

Problem z ujawnieniem informacji:

- strach przed ujawnieniem informacji o przyczynie śmierci dziecka;
- strach przed reakcją innych ludzi.

W przypadku problemów finansowych badani skupiali się na braku wsparcia, które otrzymywali od dziecka przed jego śmiercią. Wsparcie finansowe przyjmowało różne formy, mogło być to bezpośrednie przekazanie pieniędzy lub pomoc

w handlu. Badani mówili również o wsparciu emocjonalnym, które otrzymywali ze strony swoich dzieci. Jak zaznacza jedna z badanych „*od momentu narodzin moich dzieci, cierpiałam i dużo poświęciłam, wychowując je, żeby opiekowały się mną na starość. Od kiedy nie ma jej z nami, jej bracia pocieszają mnie. Teraz mam problemy, żeby znaleźć coś do jedzenia.*” Problemy finansowe pojawiały się również w związku z koniecznością zajmowania się wnukami. Brakowało im środków, aby zapewnić im odżywcze jedzenie i niezbędne leki. Badani byli świadomi jak kluczowa była kwestia wykształcenia, lecz nie mogli zorganizować środków, które pozwoliłyby wnukom na partycypację w zajęciach. W niektórych przypadkach dzieci uczęszczały do szkoły, lecz w którymś momencie musiały z niej zrezygnować, aby zgromadzone mogły zostać pieniądze na opłaty za szkołę.

Jeśli chodzi o problemy psychologiczne Moore stwierdza:

Należy wspomnieć, że badani, co prawda przeżywali żalobę poprzez zachowania spójne z tym, co uznawane jest za „normę”, jak płacz w trakcie rozmyślań o zmarłym dziecku, ale intensywność ich emocji związanych ze stratą była zaburzona ze względu na ich socjoekonomiczny status. Badani martwili się przede wszystkim o dobrobyt swój i swoich wnuków, jako że zmarłe dzieci zapewniały dobra socjoekonomiczne.

Kwestie finansowe i materialne były dominującym zmartwieniem, ponieważ wraz ze śmiercią dziecka pojawiły się ogromne braki socjoekonomiczne, które poważnie utrudniły szanse przetrwania zarówno rodzicom zmarłych, jak i ich dzieciom. W celu zilustrowania bólu emocjonalnego badanych Moore cytuje ich bezpośrednio wypowiedzi. Sześćdziesięcioletnia Nopé, która straciła dwoje spośród sześciorga dzieci w wyniku AIDS, w trakcie badań opiekowała się trojgiem dzieci w wieku 10 lat, 7 lat i 18 miesięcy, powiedziała:

„Ciągłe myślę o śmierci moich dzieci, czasami zapominam o wszystkim innym. Kiedy płaczę moje wnuki próbują mnie pocieszyć. Mówią, że powinnam przestać płakać, bo inaczej się rozchoruję i nie będzie już nikogo, kto mógłby zająć się nimi po mojej śmierci.(...) Kiedy mówią takie rzeczy, przestaję płakać na zewnątrz, ale wciąż płaczę w środku.”

Yawa, jedna z badanych, zwróciła również uwagę na pogorszenie się swojego stanu zdrowia: „*Niepokój, który odczuwam od śmierci córki doprowadził mnie do choroby. Poszłam do lekarza, który kazał zrobić mi prześwietlenie.(...) Powiedział, że jeśli chcę (...) umrzeć powinnam kontynuować swoje rozpaczanie; w innym przypadku muszę przestać.*”

Odnosząc się do problemów wychowawczych niektórzy z badanych wspominali, że drugi rodzic ich wnuków nie dawał środków na ich utrzymanie, (niektórzy nawet przestali odwiedzać dzieci). Śmierć ich dzieci była nieoczekiwana, więc nie spodziewali się, że będą musieli w swoim wieku zajmować się małymi dziećmi. Kossivi, jedyny mężczyzna w grupie zaznaczył:

„Kobiety wiedzą o wiele lepiej jak zajmować się dziećmi niż my, mężczyźni. Nie potrafię zająć się moją wnuczką tak jak jej matka.[...] Jak mężczyzna może dobrze wychować dziewczynkę?”

Problem z ujawnieniem informacji łączy się z przyczyną śmierci dziecka jaką jest AIDS. Dla niektórych badanych problemem był fakt, iż jest ona uznawana za chorobę ludzi rozwiązłych. Ze względu na stygmat społeczny związany z AIDS badani informowali o przyczynie śmierci jedynie nielicznych członków rodziny. Badani mówili, że chcieliby rozmawiać o śmierci swojego dziecka, ale tak naprawdę nie mieli żadnej osoby, której mogli ufać i, na której mogli polegać.

Amavi, jedna z badanych, powiedziała:

„Boję się mówienia o tym, bo ludzie zaczną mówić o tym innym ludziom. Nie chcę, żeby ludzie o tym wiedzieli. Będą mnie obrażać, bo moje dziecko zmarło na AIDS.”
(Moore 2008)

7. PODSUMOWANIE BADAŃ

Status socjoekonomiczny sprawił, że wszystkie problemy badanych wynikające ze śmierci dziecka w wyniku AIDS nasilały się. Moore sugeruje szereg działań, które mogłyby poprawić sytuację osób, które przechodzą to, co badani. Przede wszystkim należy identyfikować osoby, które wymagają wsparcia finansowego. Rząd i organizacje charytatywne powinny oferować im małe pożyczki, które umożliwiłyby działania na rzecz uzyskiwania dochodu, dzieci w wieku szkolnym powinny mieć dostęp do programów finansujących ich wykształcenie. Ponadto kluczowe są programy, które pomagałyby w walce z dyskryminacją i uprzedzeniami wobec osób z HIV/AIDS. Moore zauważa również, że „potrzebne są dalsze badania dotyczące starszych rodziców, którzy stracili dorosłe dzieci w wyniku AIDS, szczególnie w regionach, które posiadają bardzo ograniczone środki, gdzie epidemia AIDS przyniosła spustoszenie” (Moore 2008).

8. WNIOSKI

Istnieje niewiele opracowań dotyczących wpływu złej sytuacji finansowej na przeżywanie żałoby. Corden i Hirst analizując żałobę po śmierci partnera wyróżniali ekonomiczny aspekt żałoby, który wpływa na przeżywanie jej ze względu na większy poziom stresu w wyniku zagrożonej sytuacji finansowej i dodatkowe zobowiązania związane ze śmiercią osoby, która okazywała wsparcie finansowe (Corden, Hirst 2013). W badaniach Moore opisane zostały osoby, które znajdowały się w złej sytuacji finansowej nawet przed śmiercią dzieci. Pogorszenie sytuacji ekonomicznej badanych utrudnia przeżywanie żałoby, ponieważ kwestia przeżycia i zapewnienia podstawowych środków życiowych wnukom stają się bardziej kluczowe niż analizowanie własnych emocji.

Śmierć dziecka jest bolesnym przeżyciem niezależnie od jego wieku, zwraca się szczególną uwagę na zapewnienie wsparcia emocjonalnego rodzicom, którzy doświadczyli tego rodzaju straty. Należy jednak pamiętać, iż przeżywanie śmierci dziecka łączy się z rolą, jaką pełniło ono w życiu rodzica i, że rola ta zmienia się wraz z upływem lat. Dlatego też badając żałobę należy wziąć pod uwagę rodzaj wsparcia, które dziecko udzielało rodzicom. W odniesieniu do tego programu pomocy dla rodziców, którzy stracili dorosłe dziecko, powinny brać pod uwagę aspekt emocjonalny i aspekt materialny straty.

LITERATURA

- BBC, Togo. <<http://www.bbc.com/news/world-africa-14106781>>
- Berezin R., Mourning Is the Key, „Psychology Today”, 16.01.2014.
- Corden A., Hirst M., Economic Components of Grief, University of York, England 2013.
- Dodziuk A., Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2001.
- Krzyżanowski D., Różańska O., Chybicka A., Mess E.: Osierocenie osób dorosłych po stracie bliskiej osoby, „Onkol. Pol” 2005.
- Kubacka-Jasiecka D.: Interwencja Kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych, Warszawa 2010.
- Kübler – Ross E.: Dzieci i śmierć. Poznań 2007.
- Moore A., Older Poor Parents Who Lost an Adult Child to AIDS in Togo, West Africa: a Qualitative Study, „Omega” nr 56(3), 2007-2008.
- Nam I., Effect of Economic Hardship on Complicated Grief, University of Pittsburgh, 2012.
- Sanders C.: Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei, Gdańsk 2001.
- The Death of a Child, National SIDS/Infant Death Resource Center, VA 2005.
- UK Foreign Office <www.gov.uk/foreign-commonwealth-office >
- Weiss M., Grieving the Loss of a Child, American Association for Marriage and Family Therapy.



Ewa Flaszyńska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
w Warszawie
E-mail: eflaszynska@wp.pl

W kierunku profesjonalizacji usług w pomocy społecznej - warszawski model oddzielenia pracy socjalnej od postępowań administracyjnych

Abstract

The aim of this article is to present the new model of social work introduced on a pilot basis at the Social Welfare Centre in Bielany district in Warsaw. What is innovative about this model is the way of conducting professional, in-depth social work by a social worker who is not troubled by preparation and payment of social assistance benefits. This solution meets the needs expressed for years, both in the concept of a new law on social assistance and in experts' opinions, to separate tasks concerning the administrative procedures from the proper social work. In this article I would like to show how the proposed changes have been implemented in current state of law and how the division of tasks performed by social workers functions.

Keywords: administrative proceedings, social work, social welfare services.

WPROWADZENIE

Dyskusje na temat tego, jak powinna funkcjonować współczesna pomoc społeczna toczą się od lat. Statystyki pokazują, że najczęstszą formą pomocy w Polsce są świadczenia pieniężne. W 2014 r. liczba osób w gospodarstwach domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej wyniosła 2 954 tys., co stanowiło blisko 8% ludności Polski (GUS Kraków 2015:59). W tej liczbie 2 048 tys. osób należało do gospodarstw domowych spełniających kryterium dochodowe stosowane w przypadku ubiegania się o świadczenia pieniężne - w 2014 r. kryterium dochodowe wynosiło dla osoby samotnie gospodarującej 542 zł, a dla osoby w rodzinie 456 zł (Od 1 października 2015 r. Rozporządzeniem z dnia 14 lipca 2015 r., w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy z pomocy społecznej, Rada Ministrów podwyższyła kryteria dochodowe na: dla osoby samotnie gospodarującej 634 zł, dla osoby

gospodarującej w rodzinie 514 zł). Wśród gospodarstw domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej spełniających kryterium dochodowe przeważały gospodarstwa osób bezrobotnych, a ich głównym źródłem utrzymania były niezarobkowe źródła, w tym przede wszystkim świadczenia społeczne (GUS Warszawa 2015:9). W 2014 r. świadczenia z pomocy społecznej kosztowały budżet państwa ponad 3,5 mld zł.

Porównując te dane z latami ubiegłymi niestety nie widać znacznego spadku liczby osób korzystających z pomocy społecznej w Polsce, pomimo radykalnej poprawy sytuacji na rynku pracy. Wieloletnie pozostawanie bez pracy i brak dochodów prowadzi do wykluczenia społecznego i często do uzależniania się beneficjentów od pomocy społecznej. Do procesu włączenia społecznego niezbędne jest więc szerokie zaangażowanie służb społecznych. Brak działań prewencyjnych i aktywizacyjnych, przy skupianiu się tylko na długoterminowej interwencji finansowej, negatywnie wpływa nie tylko na pojedyncze osoby, ale również na funkcjonowanie gospodarki i całego społeczeństwa.

Wypada zatem odpowiedzieć na pytanie, jakie są kamienie milowe w naprawianiu polskiej polityki społecznej tak, by uznać można było, że dokonano w tym zakresie istotnej zmiany. Od lat w Polsce mówi się o tym, że wykluczeniu społecznemu przeciwdziałać powinno odbiurokratyzowanie ośrodków pomocy społecznej. Ośrodki powinny być podmiotami, których pracownicy, uwolnieni od wypłaty zasiłków, ściśle działają na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, które odpowiada za kierunki działań w zakresie szeroko rozumianej polityki społecznej, proponuje zmianę sposobu funkcjonowania systemu pomocy społecznej polegającej przede wszystkim na oddzieleniu (wyselekcjonowaniu) zadań o charakterze tylko administracyjnym (wypłata świadczeń pieniężnych - zasiłków) od funkcji strictly pomocowych dla obywateli (wsparcia społecznego) oraz dokonanie tym samym podziału zadań pomocy społecznej na dwa segmenty zagadnień, przy założeniu, że świadczenie pracy socjalnej jest podstawowym instrumentem pracy z klientem. Pod koniec grudnia 2015 r. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ogłosiło konkurs w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, którego przedmiotem jest wyłonienie ośrodków pomocy społecznej, w których nastąpi pilotażowe wdrożenie usprawnień organizacyjnych polegających na oddzieleniu pracy administracyjnej od pracy socjalnej oraz usług socjalnych. Ministerstwo przyjęło założenie, że punktem wyjściowym i podstawą do zmiany struktury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej jest zmiana sposobu i organizacji pracy zatrudnionych w nich osób, przy jednoczesnym położeniu nacisku na zadania stanowiące istotę pomocy społecznej, czyli wykonywanie pracy socjalnej oraz innych usług, bez jednoczesnego pomniejszania roli zasiłków – jako podstawowego wsparcia dochodowego dla osób najuboższych. O rezultatach tego konkursu i być może wypracowaniu nowego, polskiego modelu pracy socjalnej, będzie jednak można mówić za rok lub dwa, w zależności od szybkości oceny składanych projektów i monitoringu wprowadzanych zmian.

Niezależnie od trwających na szczeblu centralnym prac nad zmianą przepisów prawnych i systemu pomocy społecznej, niektóre ośrodki pomocy społecznej w Polsce już zaczęły wprowadzać zmiany organizacyjne w tym zakresie, usprawniając (lub próbując usprawnić) funkcjonowanie pomocy dla osób jej potrzebujących. Przykładem są działania wprowadzone w Ośrodku Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany w Warszawie.

CZY W OBECNYM STANIE PRAWNYM ODDZIELENIE PRACY SOCJALNEJ OD POSTĘPOWAŃ ADMINISTRACYJNYCH JEST W OGÓLE MOŻLIWE?

Odpowiedź na pytanie, które stawiam wyżej wcale nie jest prosta. Obecnie obowiązujące przepisy nierozdzielnie łączą rolę pracownika socjalnego z wykonywaniem pracy socjalnej i postępowaniem administracyjnym. Praca socjalna jest wymieniana jako pierwsze, główne zadanie pracownika socjalnego (art. 119 ust. 1 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej). W innym artykule jest mowa o tym, że tylko pracownik socjalny może przeprowadzić rodzinny wywiad środowiskowy (art. 107 ww. Ustawy). Na podstawie przeprowadzonego wywiadu pracownik socjalny dokonuje analizy i oceny sytuacji danej osoby lub rodziny i formułuje wnioski, stanowiące podstawę planowania pomocy. Przeprowadzenie wywiadu środowiskowego jest konieczne dla przyznania świadczeń z pomocy społecznej. Pracownik socjalny uczestniczy więc w procesie postępowania administracyjnego. Zgodnie z art. 106 ust. 1 wspomnianej Ustawy przyznanie świadczeń z pomocy społecznej następuje w formie decyzji administracyjnej. Dopiero wydana decyzja stanowi podstawę do wypłaty świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej i czyni z osoby ubiegającej się o uzyskanie pomocy rzeczywistego beneficjenta świadczeń.

W 2011 r. nowelizacja Ustawy o pomocy społecznej wprowadziła nowy art. 110a, który jest próbą oddzielenia pracy administracyjnej ośrodka pomocy społecznej od zadań, do których został on powołany, tj. wykonywania profesjonalnej pracy socjalnej (w tym i zadań integracji społecznej). Wprowadzony zapis określa, że w ramach struktury organizacyjnej ośrodka pomocy społecznej może zostać wyodrębniony zespół realizujący zadania tego ośrodka w zakresie pracy socjalnej i integracji społecznej. Ośrodek ma obowiązek zatrudnienia w takim zespole przynajmniej trzech pracowników socjalnych.

Gdzie zatem tkwi problem? Pracownikowi socjalnemu, do którego obowiązków należy praca socjalna oraz przeprowadzanie rodzinnych wywiadów środowiskowych, przysługuje raz na dwa lata dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych (jeżeli przepracował nieprzerwanie i faktycznie co najmniej 5 lat) oraz wypłacany co miesiąc dodatek do wynagrodzenia w wysokości 250 zł (art. 121 ust. 3 i 3a ww. Ustawy). Pracownik socjalny chcąc zachować te przywileje musi więc łącznie wykonywać pracę socjalną i przeprowadzać rodzinne wywiady środowiskowe. Jeśli zadania te będą wykonywane rozdzielnie przez różne zespoły – pracownicy socjalni utracą prawo do dodatkowego urlopu wypoczynkowego oraz dodatku do wynagrodzenia. Szczególnie ta druga kwestia budzi obawy: dodatek

bowiem, przy niskich zarobkach pracowników socjalnych, jest ważnym elementem systemu wynagradzania tych pracowników.

Odpowiadając zatem na pytanie zawarte w tytule tego rozdziału czy rozdzielenie pracy socjalnej od postępowań administracyjnych w obecnym stanie prawnym jest możliwe, należy odpowiedzieć twierdząco pamiętając jednak, że może to się odbyć ze szkodą dla pracowników socjalnych. Co więc zrobić, aby podchodząc literalnie do zapisów Ustawy o pomocy społecznej, można było jednak wprowadzić zmiany organizacyjne w ośrodku pomocy społecznej, jednocześnie bez naruszania nielicznych „przywilejów” pracowników socjalnych? Próby wprowadzania zmian podjęto w kilku ośrodkach w Polsce. W niniejszy artykule chciałabym przedstawić działania w tym zakresie jakie podjęto w Ośrodku Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy.

ZAŁOŻENIA BIELAŃSKIEGO MODELU

Dzielnice Bielany, jedną z 18 warszawskich dzielnic, zamieszkuje ponad 128 tys. mieszkańców. W 2015 r. wsparciem ze strony bielańskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w formie świadczeń pomocy społecznej (w tym w formie pracy socjalnej) objęte zostały osoby i rodziny pozostające w 3 878 gospodarstwach domowych o łącznej liczbie 6 821 osób. tj. ok. 5,33% wszystkich mieszkańców Dzielnicy (Sprawozdanie z działalności Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy za 2015 rok, 2016:20). W 2015 r. OPS miał w budżecie na zadania bieżące do dyspozycji kwotę 20 844 200 zł. W sprawach świadczeń realizowanych zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej w 2015 r. wydano 18 440 decyzji administracyjnych i postanowień. Z usługi pracy socjalnej skorzystało w tym czasie 1751 rodzin (3152 osób w rodzinach).

W Ośrodku, wg stanu na dzień 31.12.2015 r., zatrudnionych było 114 osób etatami, w tym 52 pracowników socjalnych.

Prace nad rozdzieleniem pracy socjalnej od postępowań rozpoczęły się w OPS w lipcu 2015 r., a weszły w życie z początkiem 2016 r. Celem strategicznym zmian było podniesienie jakości świadczeń udzielanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy poprzez ich profesjonalizację w celu efektywniejszej obsługi klienta. Za cele operacyjne przyjęto: oddzielenie usługi pracy socjalnej od udzielania świadczeń pieniężnych (wprowadzenie zasady prowadzenia pracy socjalnej wyłącznie przez pracowników socjalnych, do których obowiązków nie należy prowadzenie postępowań administracyjnych), wykorzystanie przez pracowników realizujących pracę socjalną elementów nowoczesnych metod pracy z klientem (np. TRS, coaching), uproszczenie wewnętrznej dokumentacji i procedur (dostosowanie do potrzeb pracowników), wprowadzenie superwizji dla pracowników socjalnych świadczących usługę pracy socjalnej oraz wprowadzenie specjalizacji problemowej (na przykładzie Zespołu ds. wsparcia rodziny w kryzysie zajmującego się problematyką przeciwdziałania przemocy w rodzinie).

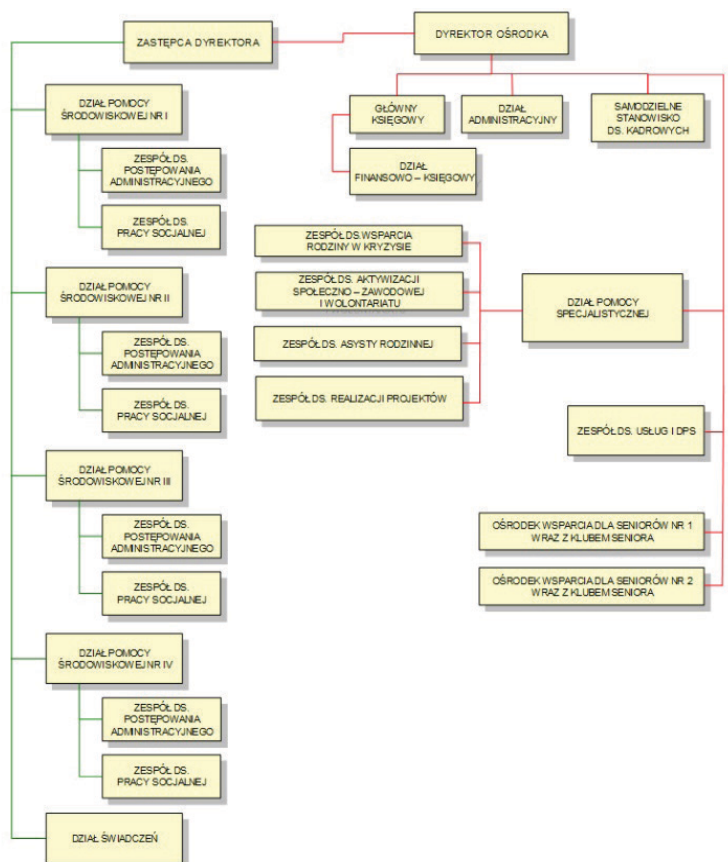
Dotychczasowe działy pomocy środowiskowej (cztery) zostały podzielone na Zespoły ds. pracy socjalnej i Zespoły ds. postępowań administracyjnych. Podjęto się

też wprowadzenia tzw. wyspecjalizowanej pracy socjalnej w Zespole ds. wsparcia rodziny w kryzysie, do którego przede wszystkim trafiają sprawy przemocy w rodzinie.

Próbując rozwiązać problem nie pozbawiania pracowników socjalnych dotychczasowych uprawnień bielański Ośrodek zaproponował, aby praca socjalna i przeprowadzanie wywiadów środowiskowych było przewidziane w zakresie obowiązków wszystkich pracowników socjalnych, jednak przy założeniu, że:

- rejonowi pracownicy socjalni prowadzą postępowania administracyjne oraz podstawową/krótkoterminową pracę socjalną (na czym ona polega – wyjaśnię niżej),
- praca socjalna wymagająca wykorzystania narzędzi pracy socjalnej (czyli pogłębiona i długotrwała), prowadzona jest przez pracowników socjalnych ds. pracy socjalnej wg przyjętego przez OPS modelu pracy socjalnej, z uwzględnieniem, iż pracownicy ci nie prowadzą postępowań administracyjnych. W tym przypadku jednak uwzględniono rozwiązania przyjęte w obecnie obowiązujących przepisach tj. dokonywanie ustaleń i oceny sytuacji następujące w drodze rodzinnego wywiadu środowiskowego, dzięki czemu pracownicy nie tracą prawa do dodatkowego urlopu i dodatku do wynagrodzenia.

Schemat 1. Struktura organizacyjna Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany po zmianach



Źródło: Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany.

Ze względu na specyfikę warszawskiej Dzielnicy Bielany i dużą liczbę mieszkańców korzystających ze świadczeń pieniężnych przyjęto, że średnia ilość spraw na pracownika socjalnego ds. postępowania administracyjnego będzie wynosiła do 70. Żeby zmniejszyć to obciążenie przyjęto, że planowanie pomocy będzie obejmowało nie miesiąc, a np. 3 miesiące. Pracownicy socjalni zostali podzieleni na rejony, tzn. zostali przydzieleni do konkretnego obszaru Dzielnicy obejmującego jedną lub kilka ulic. W odniesieniu do pracownika socjalnego ds. pracy socjalnej założono, że średnia ilość spraw na pracownika wyniesie ok. 30 i nie ma konieczności dokonywania rejonizacji w Zespołach ds. pracy socjalnej.

Kierownictwo OPS przyjęło dwie główne zasady działania:

1. Zespół ds. postępowania administracyjnego charakteryzować musi szybkie i jasne postępowanie bez zbędnej zwłoki.
2. Zespół ds. pracy socjalnej pracuje tak, by czas poświęcony klientowi zawsze był dopasowany do indywidualnej sytuacji klienta.

PODZIAŁ ZADAŃ I CZYNNOŚCI POMIĘDZY PRACOWNIKÓW

Rozdzielenie najlepiej prześledzić patrząc na podział zadań i czynności pomiędzy pracowników. Pracownik socjalny ds. postępowań administracyjnych prowadzi postępowania administracyjne m.in. w sprawach dotyczących świadczeń z pomocy społecznej, w tym: świadczeń pieniężnych (zasiłków celowych, specjalnych, zasiłków celowych, zasiłków okresowych, zasiłków stałych) i świadczeń niepieniężnych (pracy socjalnej – podstawowej/ krótkoterminowej, posiłków, usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, usług świadczonych w ośrodkach wsparcia, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi, mieszkań chronionych, sprawienia pogrzebu, składek na ubezpieczenie zdrowotne, składek na ubezpieczenie społeczne) oraz ustala zasady współpracy z wykorzystaniem m.in. kontraktu socjalnego.

Kluczem do wszystkiego jest określenie, czym w tym wypadku jest krótkoterminowa praca socjalna, którą wykonuje pracownik socjalny ds. postępowań administracyjnych. W OPS przyjęto, że jest to udzielanie osobom zgłaszającym się informacji o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy oraz udzielanie wskazówek i pomocy dotyczącej rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej. Ponadto do krótkoterminowej pracy socjalnej zaliczono pomoc w uzyskaniu poradnictwa w zakresie udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy. W OPS przyjęto, że krótkoterminową, czy też podstawową pracą socjalną jest każde działanie pracowników socjalnych, które „ma na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi”, a które nie jest realizowane w oparciu o przyjęty w OPS model usługi pracy socjalnej. W praktyce wygląda to tak, że pracownicy ds. postępowań administracyjnych, przy okazji

tych postępowań albo między postępowaniami, udzielają rad, wskazówek, kierują do innych instytucji czy specjalistów. Są to pojedyncze czynności. Dzięki takiemu rozwiązaniu nie są naruszane przepisy Ustawy o pomocy społecznej, a pracownicy wykonujący pracę administracyjną nie tracą dodatku do wynagrodzenia i dodatkowego urlopu.

Pracownicy ds. pracy socjalnej prowadzą pogłębioną pracę socjalną z osobami i rodzinami w oparciu o stworzony na Bielanach model pracy socjalnej oraz z wykorzystaniem narzędzi pracy socjalnej z uwzględnieniem, że pracownicy ci nie prowadzą postępowań administracyjnych. Przy opracowywaniu modelu prowadzenia pracy socjalnej przez pracownika ds. pracy socjalnej uwzględniono rozwiązania przyjęte w obecnie obowiązujących przepisach tj. dokonywanie ustaleń i oceny sytuacji w drodze rodzinnego wywiadu środowiskowego i wykorzystanie kontraktu socjalnego jako sposobu ustalania zakresu współpracy z klientem.

MODEL PRACY SOCJALNEJ

W Ośrodku Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany przyjęto następujące zasady kwalifikowania osób (klientów) do pogłębionej i długoterminowej pracy socjalnej:

1. Ujawnienie/pojawienie się problemów wymagających wsparcia w formie pracy socjalnej w sytuacji, kiedy praca socjalna nie będzie miała wpływu na uprawnienia do innych świadczeń z zakresu pomocy społecznej (dobrowolność skorzystania z pracy socjalnej).

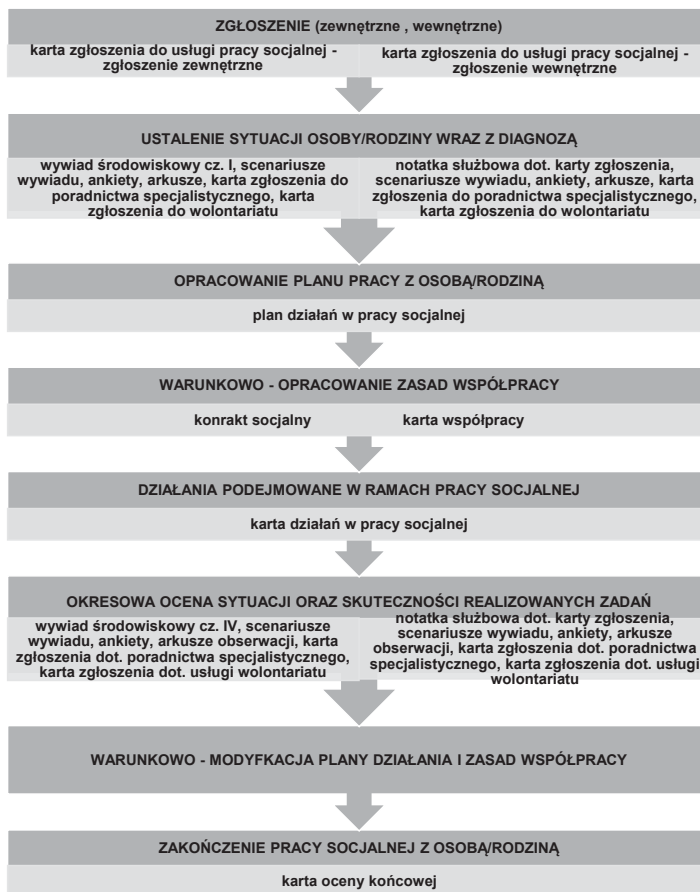
Osoba lub rodzina jest informowana przez pracownika socjalnego o możliwości skorzystania z pomocy w formie pracy socjalnej. Powyższa oferta proponowana jest gdy:

- a) osoba/rodzina nie korzysta z innych świadczeń pomocy społecznej,
 - b) osoba/rodzina korzysta z innych świadczeń pomocy społecznej, przy czym dotychczasowe działania pomocowe w obszarze krótkoterminowej pracy socjalnej okazały się niewystarczające dla rozwiązania problemu.
2. Ustalenie konieczności skorzystania przez osobę lub rodzinę ze wsparcia w postaci pracy socjalnej w celu rozwiązania trudnej sytuacji życiowej. Osoba lub rodzina jest informowana przez pracownika socjalnego o konieczności skorzystania z pomocy w formie pracy socjalnej. Powyższa oferta proponowana jest gdy:
 - a) osoba/rodzina posiada uprawnienia i możliwości ale ich nie wykorzystuje mimo, iż posiada zdolności do ich samodzielnego wykorzystania. Decyzję o skorzystaniu lub nie, podejmuje osoba/rodzina. Nieuzasadniona odmowa skorzystania z pracy socjalnej może oznaczać brak współdziałania i negatywne konsekwencje w obszarze przyznawania innych świadczeń.
 - b) osoba/rodzina z uwagi na brak zdolności do samodzielnego wykorzystania uprawnień i możliwości, a także samodzielnego przezwyciężenia trudności życiowych wymaga wsparcia w formie pracy socjalnej (w tym osoby zależne, samotne, niepełnosprawne).

- Ujawnienie/pojawienie się sytuacji wymagającej rozeznania oraz zapewnienia bezpieczeństwa w ramach działań interwencyjnych.

W pracy socjalnej pracownicy muszą kierować się przede wszystkim zasadą podmiotowości klienta i opierać swoje działania na budowaniu relacji. Praca socjalna jest usługą pomocową i nie obejmuje udzielania wsparcia finansowego. Model i narzędzia pracy socjalnej przedstawiono na schemacie poniżej. Na każdym etapie procesu pracy socjalnej istnieje możliwość powołania zespołu doradczo-wspierającego, w szczególności na etapie podejmowania decyzji o zakończeniu usługi pracy socjalnej. Wymiana informacji między pracownikiem socjalnym ds. pracy socjalnej, pracownikiem socjalnym ds. postępowań administracyjnych oraz innymi specjalistami następuje w formie pisemnej tj.: zgłoszenia (karta zgłoszenia) i informacji zwrotnej (notatka służbowa dotycząca karty zgłoszenia).

Schemat 2. Model i narzędzia pracy socjalnej realizowane w Ośrodku Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentów Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany

W stosowanym na warszawskich Bielanych modelu rozdzielenia postępowań administracyjnych i pracy socjalnej konieczne jest przestrzeganie rzetelnego prze-

kazywania informacji pozyskanych w ramach swoich obowiązków przez każdą ze stron oraz możliwość korzystania z informacji zgromadzonych w systemie informatycznym. Chodzi o nie powielanie już dostępnych informacji i unikanie nadmiernego obciążenia pracą. W przypadku prowadzenia pracy z tą samą rodziną przez pracownika socjalnego ds. postępowania administracyjnego oraz ds. pracy socjalnej wymagane jest uzgodnienie zasad wymiany informacji na temat realizacji zadań w celu wykluczenia powielania działań lub podejmowania działań wykluczających się.

ZAŁOŻENIA A PRAKTYKA – CZY TAKI MODEL SIĘ SPRAWDZA?

Praca socjalna jest zespołem zaplanowanych, zorganizowanych czynności prowadzonych według metody zgodnej z przyjętymi założeniami teoretycznymi. Praca socjalna jest ukierunkowana na osiągnięcie celu prowadzącego do zmiany (poprawy) i jest zespołem metodycznych czynności (czyli procesem) służących osiągnięciu celu. Najważniejsze w niej jest zbudowanie odpowiedniej relacji pomocowej między pracownikiem socjalnym a klientem. W obecnym systemie prawnym zbyt duża biurokracja w pomocy społecznej ogranicza pomoc klientowi w postaci pracy socjalnej. Pracownicy socjalni, którzy łączą oba zadania (przydzielania świadczeń pieniężnych i pomocy w formie pracy socjalnej) skupiają się głównie na przyznawaniu pomocy materialnej klientowi, co wiąże się jeszcze z terminowością, a praca socjalna schodzi na dalszy plan. W związku z prowadzeniem postępowania administracyjnego (często skomplikowanego) w wielu przypadkach praca socjalna jest po prostu pomijana.

W sytuacji rozdzielania zadań nie dochodzi do bagatelizowania pracy socjalnej, a kompleksowość wsparcia otrzymywanego w Ośrodku skutkuje większą skutecznością podejmowanych działań i wzrostem efektywności na poziomie realizacji celów. Intensywność oraz zróżnicowanie udzielonego wsparcia ma szansę na wzbudzenie zmian i poprawę funkcjonowania osoby i rodziny. A wszystko to przy zapewnieniu dotychczasowych uprawnień pracowników socjalnych.

Rozdzielenie omawianych zadań w Ośrodku Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany w Warszawie to proces zmiany w kilku formatach: zmiana regulaminu organizacyjnego OPS w taki sposób, aby była możliwa realizacja nowych zadań przez pracowników, zmiana zakresów obowiązków i sposobu pracy poszczególnych pracowników socjalnych, zmiana sposobu obsługi klientów OPS, rejonizacja w przypadku postępowań administracyjnych i brak rejonizacji w przypadku pracy socjalnej, szeroka akcja informacyjna skierowana do klientów Ośrodka.

Za wcześniej jednak o ocenę wprowadzonego na Bielanych modelu. Kierownictwo Ośrodka założyło, że ocena będzie możliwa po pełnym roku pracy w tym systemie. Na bieżąco jednak jest prowadzony monitoring pracy, ewaluacja, a pracownicy socjalni uczestniczą w superwizji. Powołany został Zespół do spraw monitorowania rozdzielania pracy socjalnej od postępowań administracyjnych, składający się z pracowników OPS i spotykający się dwa razy w miesiącu.

Nie ulega wątpliwości, że zmiany w tym Ośrodku mają przyczynić się do tego, aby przyznawane świadczenia, oferowane usługi, w tym praca socjalna, odpowiadały rzeczywistym potrzebom i możliwościom osób i rodzin, a nowy podział zadań i ról pracowników socjalnych bardziej mobilizująco i aktywizująco wpływały na postawy klientów pomocy społecznej. Od pracowników socjalnych zależy, czy taki model pracy socjalnej będą potrafili zaimplementować w swej codziennej pracy, a od klientów OPS zależy, czy go zaakceptują.

BIBLIOGRAFIA:

- Beneficjenci pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych w 2014 r., GUS, US w Krakowie, Kraków 2015.
- Projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw, <https://www.mpips.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnych/projekty-ustaw/pomoc-spoeczna/projekt-zalozen-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-pomocy-spoecznej-oraz-niektorych-innych-ustaw/#akapit1> (wejście: 7.02.2016 r.).
- Regulamin organizacyjny, Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy, Warszawa 2015.
- Sprawozdanie z działalności Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy za 2015 rok, Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy, Warszawa luty 2016.
- Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, GUS, Warszawa 2015.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015 poz. 163 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 nr 81 poz. 440).
- Zasady wdrażania usprawnień organizacyjnych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, http://www.kapitalludzki.gov.pl/gfx/kapitalludzki/userfiles/99/22_zasady_wdrazania_usprawnien_oranizacyjnych.pdf (wejście: 31.01.2016 r.).



Renata Cybulska

Uniwersytet Śląski w Katowicach
E-mail: renata.cybulska@us.edu.pl

Forma realizacji zadań gminy z zakresu pomocy społecznej na przykładzie ośrodka pomocy społecznej

Abstract

One of the forms of public tasks is to create organizational entities by units local government. Social help is a special task of the community and this is why the law maker has introduced an obligation for municipalities - the local government units which are the closest to residents, to create an organizational unit in the form of municipal social welfare centre. This unit performs a significant part of tasks, including those aimed at citizens at risk of exclusion. Thus it is a good legal instrument, helping to partially solve the problem of how to get to the persons concerned.

Keywords: local government; organizational units; social assistance.

FORMA REALIZACJI ZADAŃ GMINY Z ZAKRESU POMOCY SPOŁECZNEJ NA PRZYKŁADZIE OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ

Jednym z obszarów zajmujących się zwalczaniem ubóstwa i wykluczeniem społecznym jest szeroko pojęty system pomocy społecznej. Pomoc społeczna jest dziedziną, którą zajmuje się wiele dyscyplin naukowych, w tym m.in. prawo. Głównym aktem prawnym regulujących przedmiotową sferę jest ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹. Przyjmuje się, że jest to dziedzina klasyfikowana do gałęzi prawa administracyjnego, jako że m.in. udzielaniem pomocy zajmują się co do zasady organy administracji publicznej, kształtowane właśnie przez tą gałąź prawa (Sierpowska 2016: 27 i 45, Nitecki 2008: 58 i n). Bardzo duże znaczenie dla kształtowania uregulowań prawnych pomocy społecznej ma też prawo ustrojowe, które m.in. określa formy i sposoby realizacji zadań, w tym

¹ Dz. U. 2016, poz. 163, zwana dalej u.p.s.

z zakresu pomocy społecznej, a także zasady i zakres działania podmiotów realizujących te zadania. Istotna rola samorządu terytorialnego w tym zakresie przejawia się zwłaszcza w kontekście realizacji zasady subsydiarności (inaczej: zasady pomocniczości), która w omawianym obszarze może być rozumiana co najmniej dwojako. Z jednej bowiem strony, jak wskazuje I. Sierpowska zasada ta może być interpretowana w zakresie samego udzielania pomocy społecznej i rozumiana „(...) jako pewnego rodzaju ostateczność w systemie zabezpieczenia społecznego. Udzielenie tej pomocy następuje wówczas, kiedy osoba nie jest w stanie zaspokoić swoich potrzeb poprzez dochody otrzymywane z pracy lub świadczenia z ubezpieczenia społecznego” (Sierpowska 2008: 47). Innymi słowy, pomoc społeczna powinna być udzielana w wyjątkowo trudnej sytuacji życiowej konkretnej osoby. Jak wskazuje się bowiem w orzecznictwie udzielenie świadczeń z zakresu pomocy społecznej „(...) nie jest prawem bezwarunkowym i nie wiąże się z przerzuceniem wszelkich kosztów utrzymania na organy pomocy społecznej będące dysponentami środków publicznych, przeznaczonych na realizację zadań pomocy społecznej”². S. Nitecki wywodzi natomiast zasadę pomocniczości z art. 2 ust. 1 u.p.s., który stanowi, że *pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości*. Autor twierdzi bowiem, że jest to jedno z ujęć zasady pomocniczości związane z sytuacją poszczególnych osób, a rozumiane w ten sposób, aby samodzielnie realizowały te zadania, z którymi mogą sobie poradzić (Nitecki 2008: 96-97). Dopiero brak takich możliwości, może spowodować rozpoczęcie działań w ramach pomocy społecznej. Zasada subsydiarności nakłada więc na samorząd terytorialny niejako zobowiązanie stania na straży realizacji celów polityki społecznej (Stopka 2008:48). Swoje działania może podjąć dopiero wówczas, gdy dana osoba jest w stanie samodzielnie przezwyciężyć życiowych trudności.

Powyższa zasada rozumiana jest jednak przede wszystkim jako zasada prawna, uregulowana zarówno w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej³, jak i przepisach samorządowych. Zgodnie z przepisem art. 163 Konstytucji samorząd wykonuje zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych. Jest to właśnie wyraz zasady subsydiarności, która wskazuje, że zadania publiczne powinny być realizowane jak najbliżej mieszkańca. Tym samym, w przypadku wątpliwości, czy dane zadanie powinno być zrealizowane przez administrację rządową czy administrację samorządową, domniemanie właściwości będzie na rzecz administracji samorządowej. Zasada ta wyrażona została również w przepisie art. 4 ust 3 Europejskiej Karty Samorządu Lokalnego, zgodnie z którym zadania powinny być realizowane przez te organy władzy, które znajdują się najbliżej obywateli. Powierzenie zadań innym organom władzy może nastąpić dopiero po uwzględnieniu zakresu i charakteru zadania oraz mając na uwadze wymogi efektywności o gospodarności⁴. Omawiana zasada znajduje wyraz również

2 Wyrok WSA w Gliwicach z dnia 26 marca 2015 r., IV SA/GI 745/14, LEX nr 1677004.

3 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm., zwana dalej: Konstytucją.

4 Europejska Karta Samorządu Lokalnego sporządzona w Strasburgu w dniu 15 października 1985, Dz. U. z 1994 r., Nr 124, poz. 607 ze zm.

w przepisie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, który wskazuje, że *do zakresu działania gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów*⁵. Zasada pomocniczości jest więc niezwykle istotna w realizacji wielu zadań publicznych, w tym w zakresie zadań z obszaru pomocy społecznej. Założenia realizacji zadań publicznych wynikające z omawianej zasady potwierdza ustawa o pomocy społecznej, w której realizację zadań z niej wynikających przypisuje w znacznej mierze jednostkom samorządu terytorialnego, a w szczególności gminie. Zadania gminy w przedmiotowym zakresie podzielone zostały na zlecone i własne, a te z kolei na obowiązkowe i nieobowiązkowe (Maciejko 2009: 224-225). Należy nadmienić, że wyodrębnienie z zadań gminy zadań (nie tylko w omawianym zakresie) obowiązkowych zostało już dokonane w art. 7 ust. 2 u.s.g., z którego wynika, że ustawy szczególne określają, które zadania własne gminy mają charakter obowiązkowy. *A contrario*, nie wszystkie zadania własne gminy mają charakter obowiązkowy. Oznacza to, że „gmina, będąc zobowiązana do realizacji obowiązkowych zadań własnych, nie może uchylić się od ich realizacji. W ten sposób ustawodawca wprowadził hierarchizację zadań własnych gminnych, uprzywilejowując zadania własne obowiązkowe” (Chmielnicki 2004: 81). Natomiast W. Maciejko – odnosząc się do zadań z zakresu pomocy społecznej - podkreśla nawet, że analiza zakresu świadczeń przyznawanych w ramach pomocy społecznej powinna być poprzedzona analizą przepisów ustrojowych, bowiem na tym tle można dopiero ocenić charakter prawny świadczeń. Zadania gminy w przedmiotowym zakresie podzielone zostały bowiem na zlecone i własne, a te z kolei na obowiązkowe i nieobowiązkowe (Maciejko 2009: 224-225). Z kolei T. Moll wskazuje, że zadania własne obowiązkowe to takie zadania, których realizacji gmina nie może się pozbyć nawet wówczas, gdy przekaże je do realizacji innym podmiotom (Moll 2016: 257). Zadania własne obligatoryjne realizowane są więc jako zadania priorytetowe pod tym względem, że niezależnie od woli i możliwości gminy muszą być zrealizowane. „Zaklasyfikowanie zadania publicznego jako dobrowolnego daje jednostce samorządowej możliwość rozstrzygnięcia w sprawie przystąpienia do jego realizacji. Obligatoryjny charakter zadania publicznego eliminuje możliwość decydowania przez samorząd o jego wykonaniu” (Sierpowska 2008: 70).

Jak już zostało wskazane, ustawa o pomocy społecznej przypisuje konkretnym jednostkom samorządu terytorialnego poszczególne zadania. Dodatkowo, ustawodawca zleca gminom zadania z zakresu administracji rządowej. „Gmina nie może odmówić ich przyjęcia, ale jednocześnie otrzymuje środki na ich realizację” (Sierpowska 2012). Innymi słowy gmina jest zobowiązana do ich realizacji, a środki finansowe na ich wykonanie zapewnia strona przekazująca zadania, czyli strona rządowa. Zadania administracji rządowej mogą być przekazane zarówno w drodze ustawy, jak i w drodze porozumienia. W przypadku zadań wynikających z u.p.s. to w dużej mierze zostały przekazane w drodze ustawowej. Świadczy to o ważkości tych zadań, a także o potrzebie ich stałej i bieżącej realizacji. Oznacza to więc, że nie są to zadania dobrowolne, ale obligatoryjne (Chmielnicki 2004:

5 ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 446, zwana dalej: u.s.g.

79). I tak np. z art. 18 ust. 1 u.p.s. wynika wprost, że do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminę należy m.in.: organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia, czy też wypłacanie wynagrodzenia za sprawowanie opieki.

Omawiana ustawa wskazuje też szeroko zadania, które realizują poszczególne jednostki samorządu terytorialnego. Najszerszy katalog zadań przypisany jest do gminy, co wydaje się naturalne w kontekście wskazanej już zasady subsydiarności. Z przepisu art. 17 u.p.s. wynika, że z zadań własnych gminy wydzielone są też zadania własne obowiązkowe. Dla przykładu zadaniami własnymi zgodnie z przepisem art. 17 ust. 2 u.p.s. są m.in.:

- przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych,
- prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki,
- opracowanie i realizacja projektów socjalnych,
- podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznanych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych.

Natomiast zadaniami własnymi obowiązkowymi, które I. Sierpowska zalicza do takich, które stanowią minimum bytowe (Sierpowska 2008: s. 73) są natomiast m.in.:

- opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka,
- udzielanie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym,
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych, okresowych, celowych,
- prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych,
- kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu,
- utworzenie i utrzymywanie ośrodka pomocy społecznej.

Zgodnie z przepisem art. 9 ust. 2 u.s.g. gmina może realizować zadania w różnych formach prawnych, w tym poprzez jednostki organizacyjne, które nie posiadają osobowości prawnej. Taką jednostką, której obligatoryjne utworzenie przewiduje przepis art. 17 ust. 1 pkt 18 u.p.s. jest ośrodek pomocy społecznej⁶. Umieszczenie tego zadania jako własnego obowiązkowego wskazuje, że jest ono niezwykle istotne w katalogu zadań gminy określonych w u.p.s. W celu realizacji zadań pomocy

6 Zwany dalej: OPS.

społecznej gmina może zgodnie z przepisem art. 111 u.p.s. stworzyć też inne jednostki organizacyjne⁷. Są to jednak jednostki tworzone fakultatywnie. Bowiem to OPS jest główną jednostką realizującą w gminie zadania z zakresu pomocy społecznej, w podstawowym zakresie (Augustyniak, Moll 2015: 156). Pomimo tego, że utworzenie tej jednostki jest obligatoryjne, nie powstaje ona z mocy prawa. Organ stanowiący gminy musi podjąć w tym zakresie stosowną uchwałę. Tworzenie jednostek organizacyjnych gminy należy bowiem zgodnie z przepisem art. 18 ust. 2 pkt 9 lit. h do wyłącznych kompetencji rady gminy. Dotyczy to również jednostki organizacyjnej jaką jest ośrodek pomocy społecznej, który w gminie o charakterze wiejskim przebiera nazwę gminnego ośrodka pomocy społecznej, a w gminach miejskich – miejskiego ośrodka pomocy społecznej. Po utworzeniu OPS rada gminy nadaje mu statut, który jest aktem prawa miejscowego, czyli przepisem powszechnie obowiązującym na danym terenie. Jest to jednocześnie jeden z ważniejszych aktów prawnych dla OPS, który reguluje jego działalność. Tworząc taką jednostkę rada gminy wyposaża ją również w majątek niezbędny do funkcjonowania⁸.

Ośrodek pomocy społecznej, tak jak inne jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej działa w ramach osobowości prawnej gminy. Powoduje to dalsze konsekwencje w postaci np. odpowiedzialności gminy za zobowiązania tej jednostki⁹, obowiązku udzielenia stosownych pełnomocnictw do działania, czy upoważnień do wydawania decyzji administracyjnych przez wójta/burmistrza/prezydenta. Jako samodzielny podmiot praw i obowiązków jednostka działa natomiast jako pracodawca samorządowy, w którego imieniu działa kierownik jednostki – m.in. nawiązując i rozwiązując stosunek pracy z pracownikami OPS. Ma to również pośrednie znaczenie przy organizowaniu pracy w zakresie pomocy społecznej wykonywanej przez pracowników socjalnych oraz podnoszenia przez nich kwalifikacji w celu sprawniejszego działania w tym zakresie (Nitecki 2008: 311-312).

W związku z tym, że jednostka organizacyjna gminy jaką jest OPS działa w ramach danej gminy, również kierownik tej jednostki działa na podstawie pełnomocnictw i upoważnień organu wykonawczego tej gminy. Upoważnienie do wydawania decyzji administracyjnych w indywidualnych sprawach z zakresu pomocy społecznej należących do właściwości gminy udzielane jest na podstawie art. 110 ust. 7 u.p.s., który stanowi, że wójt (burmistrz, prezydent miasta) udziela kierownikowi ośrodka pomocy społecznej stosownego upoważnienia. „Treść art. 110 ust. 7 u.p.s. wyraźnie wskazuje, że wójt udziela upoważnienia do wydawania decyzji w sprawach z zakresu pomocy społecznej należących do zadań własnych gminy kierownikowi ośrodka pomocy społecznej”¹⁰. S. Nitecki podnosi, że jest to

7 Np. domy pomocy społecznej, ośrodki wsparcia, placówki opiekuńczo-wychowawcze.

8 Art. 18 ust. 2 pkt 9 lit h u.s.g. oraz art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, t.j. Dz. U. z 2013 r, poz. 885 ze zm.

9 Jak wskazał SN w wyroku z dnia 15 września 2009 r., II UK 416/08, LEX nr 794868: „Podstaw odpowiedzialności (lub ich braku) jednostki samorządu terytorialnego za zobowiązania utworzonej przez nią jednostki organizacyjnej należałoby w pierwszej kolejności poszukiwać w akcie prawnym rangi ustawowej regulującym ustrój gminy, a więc w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym”.

10 Wyrok WSA w Olsztynie z dnia 21 maja 2013 r., II SA/OI 329/13, LEX nr 1323714.

o tyle prawidłowe rozwiązanie z punktu widzenia prawa do pomocy społecznej, że z jednej strony kierownik nie posiada pełnej samodzielności, a z drugiej strony posiada wiedzę w zakresie potrzeb ubiegających się o pomoc (Nitecki 2008: 310). Nadto, „(...) analiza tego przepisu prowadzi do wniosku, że w tym przypadku wójt nie podejmuje oceny co do dekoncentracji swoich kompetencji, lecz stosownie do brzmienia tej normy, która nakazuje dekoncentrację, upoważnia kierownika ośrodka pomocy społecznej do wydawania decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu pomocy społecznej. Z powyższego wynika, że wójt nie jest organem właściwym do prowadzenia postępowania w przedmiocie udzielenia ewentualnej pomocy w tym przedmiocie. Na zasadzie art. 110 ust. 1 u.p.s. obowiązek ten realizuje właściwy ośrodek pomocy społecznej, a sprawę rozstrzyga, wydając decyzję administracyjną kierownik ośrodka pomocy społecznej, działający z upoważnienia odpowiednio wójta, burmistrza lub prezydenta miasta.”¹¹ Co więcej, jak wskazuje M. Szewczyk ustawodawca pozbawił tym samym wójtów możliwości wydawania decyzji w sprawach z zakresu pomocy społecznej. Kierownik wydaje więc decyzje w imieniu swoim, a nie w imieniu wójta (Szewczyk 2004:6). Tak więc wydawanie decyzji administracyjnych przez kierownika OPS, a nie przez organ wykonawczy gminy, usprawnia działania tej jednostki, a tym samym sprawia, że udzielenie wsparcia osobom potrzebującym jest sprawne.

Przepis art. 110 ust. 8 wskazuje natomiast, że upoważnienie do wydawania decyzji administracyjnych może być także udzielone innej osobie na wniosek kierownika ośrodka pomocy społecznej. Innymi słowy, warunkiem upoważnienia przez wójta pracownika jednostki jest złożenie odpowiedniego wniosku przez kierownika ośrodka pomocy społecznej¹². Stanowisko takie prezentuje też M. Węgrzyn-Skarbek, która wskazuje wprost, że w sytuacji braku wniosku kierownika jednostki, wójt nie może upoważnić innej niż kierownik osoby do wydawania decyzji administracyjnych w sprawach z zakresu pomocy społecznej (Węgrzyn-Skarbek 2007: 228). Natomiast na podstawie przepisu art. 47 u.s.g.¹³ wójt może udzielić kierownikowi OPS pełnomocnictwa do jednoosobowego działania. Nie reprezentuje on bowiem kierowanego przez niego ośrodka pomocy społecznej, ale właściwą gminę. Jak wskazuje J. Jagoda czynności dokonywane przez kierownika jednostki mają skutek dla gminy jako osoby prawnej, a stroną czynności prawnej dokonanej przez niego jest gmina (Jagoda 2016: 942). Powyższe rozwiązania prawne w zakresie wydawania decyzji, czy podejmowania działań na podstawie udzielonego przez wójta pełnomocnictwa powoduje, że możliwe jest udzielenie pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej w sposób trafny i stosunkowo szybki.

PODSUMOWANIE

Jak więc widać, część zadań realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej jako jednostki organizacyjne gminy może dotyczyć również działań na rzecz osób zagrożonych ubóstwem, czy z różnych przyczyn zagrożonych wykluczeniem. Ustawodawca nie zapewnił wprawdzie kompleksowego uregulowania w zakre-

11 Wyrok WSA w Olsztynie z dnia 21 maja 2013 r., II SA/OI 329/13, LEX nr 1323714.

12 Por. wyrok WSA we Wrocławiu z dnia 8 grudnia 2010 r., IV SA/Wr 491/10, LEX nr 759170.

13 Art. 47 u.s.g.: Kierownicy jednostek organizacyjnych gminy nieposiadających osobowości prawnej działają jednoosobowo na podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez wójta.

sie pomocy społecznej, co jest jednak o tyle zrozumiałe, że nie jest możliwe, aby przewidzieć i uregulować wszystkie możliwe zagrożenia w omawianym obszarze. „Skoro nawet najbardziej wnikliwy i przezorny ustawodawca nie jest w stanie przewidzieć i uregulować szczegółowo wszystkich możliwych sytuacji życiowych, w których mogłyby się znaleźć jednostka, a które uzasadniałyby udzielenie wsparcia z pomocy społecznej, to tym bardziej nie jest w stanie przewidzieć dla nich jednakowego rozwiązania” (Stopka 2008: 43). Jednakże bez wątplenia jednym z lepszych rozwiązań ustawowych jest obligatoryjność powołania OPS, który jako wyspecjalizowana jednostka skupiona jest wyłącznie na realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej. Pozwala to bowiem na dotarcie do dużej znacznej ilości jej potrzebujących.

LITERATURA:

- Chmielnicki P. (red.) [w:] Komentarz do ustawy o samorządzie gminnym, Warszawa 2004;
- Jagoda J. [w:] Ustawa o samorządzie gminnym komentarz, red. B. Dolnicki, Warszawa 2016;
- Maciejko W., Instytucje pomocy społecznej, Warszawa 2009;
- Moll T. [w:] Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz, red. B. Dolnicki, Warszawa 2016;
- Nitecki S., Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym, Warszawa 2008;
- Sierpowska I., Prawo pomocy społecznej, Warszawa 2008;
- Sierpowska I., Pomoc społeczna jako administracja świadcząca. Studium administracyjnoprawne, Warszawa 2012, LEX;
- Stopka K., Zasada subsydiarności a prawo do świadczeń z pomocy społecznej, Samorząd Terytorialny 11/2008;
- Szewczyk M., Udzielanie upoważnień do wydawania decyzji z zakresu pomocy społecznej (interpretacja art. 110 ust. 7 i 8 ustawy o pomocy społecznej z 2004 r.), Casus 4/2004;
- Węgrzyn-Skarbek M., Organizacja pomocy społecznej w gminach, Administracja 3/2007.



Jagoda Sikora

Uniwersytet Śląski
E-mail: jasikora@us.edu.pl

Doświadczenie macierzyństwa jako czynnik rozwojowy? / *Motherhood - developmental factor?*

Abstract

Motherhood is one of the most important experiences in woman's life. It is connected not only with change in position within the social role, it is also a series of changes related to the psyche of women. Motherhood is a popular topic of many researchers, but most of them do not focus on motherhood and changes which are connected with it.

The purpose of articles is to present the experience of motherhood from the perspective of woman development. More over it is important to recognized a motherhood like a developmental factor, which stimulates self-realization and shows motherhood from psychological perspective.

Keywords: motherhood; development; developmental factor; prenatal psychology; changes, parenthood

1. WSTĘP

Macierzyństwo jest przedmiotem badań i analiz na gruncie różnych nauk, wśród których można wymienić przede wszystkim socjologię, teologię, ale również psychologię (Kotowska E. Słotwińska-Rosłanowska 2007: 6). Jest ono obszarem badawczym niezwykle szerokim, dzięki czemu liczne dyscypliny naukowe mogą eksplorować badawczo temat, jednocześnie aranżując interdyscyplinarne projekty naukowe. Rozmowa o macierzyństwie na gruncie medycznym uwzględnia przede wszystkim zmiany fizjologiczne związane z urodzeniem i wychowaniem dziecka. Na gruncie socjologii rozważania dotyczące macierzyństwa koncentrują się najczęściej wokół analizy obszaru z perspektywy społecznej, który wiąże się z badaniami prowadzonymi w ramach psychologii pracy (Kotowska E. Słotwińska-Rosłanowska 2007: 6). Powyższe badania dotyczą przede wszystkim motywów i determinantów powrotu lub braku powrotu do pracy, długości urlopu macierzyńskiego, wychowawczego. To również temat stykowy dla ekonomii,

w ramach której analizuje się sytuację ekonomiczną rodziny, matki po urodzeniu dziecka.

Jedną z badaczek podejmującą temat macierzyństwa jest Adrienne Rich (1995), która analizuje macierzyństwo z perspektywy instytucji społecznej, jak i doświadczenia osobistego. To właśnie doświadczenie osobiste, jakim jest macierzyństwo, jest niezwykle istotne i ważne z perspektywy badawczej.

Macierzyństwo jest jednym z ważniejszych doświadczeń w życiu kobiety. Urodzenie dziecka związane jest nie tylko ze zmianą w obrębie pełnionej dotąd roli społecznej - to przede wszystkim szereg zmian związanych z psychiką kobiety. Dyscypliną zajmującą się okresem ciąży jest psychologia prenatalna. W ramach prowadzonych badań i analiz psychologia prenatalna traktuje o wielu aspektach związanych z narodzinami dziecka. Zdaniem badaczki Doroty Kornas-Bieli (2003: 179) w zakres psychologii prenatalnej włącza się nie tylko psychologiczne zagadnienia związane z rozwojem dziecka w łonie matki, ale również uwarunkowania i przede wszystkim problemy okresu perinatalnego i okołoporodowego. Zdaniem badaczki w ramach psychologii prenatalnej badany i analizowany temat to również realizowanie się człowieka w sferze prokreacyjnej. W obrębie zainteresowań wspomnianej dyscypliny znajduje się zarówno dziecko prenatalne (Kornas-Biela 2001), jak i jego rodzice; powiązania między tym, co prenatalne, i tym, co prokreacyjne.

Celem artykułu jest przedstawienie doświadczenia macierzyństwa z perspektywy rozwoju kobiety, ujmowanego jako czynnika rozwojowego, czyli takiego, który stymuluje do samorealizacji, a także przedstawienie przeglądu badań i zaproponowanie nowych kierunków badawczych w obrębie tematu macierzyństwa ujmowanego z perspektywy psychologicznej. Dotychczas zadanie rozwojowe, jakim jest macierzyństwo, ujmowane było najczęściej tylko z perspektywy rozwoju w relacji matka-dziecko. Kobieta rozwijała się, co przekładało się na dynamikę więzi w relacji z synem lub córką (Mądry 2012: 11). W ramach artykułu zaproponowana zostanie szersza perspektywa, zachęcająca do spojrzenia na macierzyństwo jako czynnik rozwojowy, który wpływa również na inne obszary życia kobiety (np. pracę).

2. MACIERZYŃSTWO A PSYCHOLOGIA ROZWOJU

Temat macierzyństwa jest jednym z obszarów analizowanych na gruncie psychologii prenatalnej, ale również na gruncie psychologii rozwoju, która traktuje o rozwoju człowieka w cyklu całego życia.

Psychologia rozwoju człowieka jest powszechnie i często upraszczana i rozumiana jako dyscyplina zajmująca się dzieckiem, jego rozwojem społecznym, emocjonalnym, a także fizycznym. Od stosunkowo niedługo czasu psychologowie rozwojowi zajmują się zmianami, które wykraczają poza młodych dorosłych. Sam «rozwój» odnosi się do szeroko rozumianej zmiany w obrębie trzech sfer: poznawczej, społecznej i biologicznej.

Charakterystyka poszczególnych okresów życia człowieka (Harwas-Napierała, Trempała 2009) w ramach psychologii rozwojowej podzielona jest na osiem części. Autorki wyróżniają: okres prenatalny, okres wczesnego dzieciństwa, okres średniego dzieciństwa - wiek przedszkolny, okres późnego dzieciństwa - wiek szkolny, okres adolescencji, okres wczesnej dorosłości (obejmujący czas od 20/23 roku życia do ok. 35/40 roku życia, w przypadku kobiet związany najczęściej z doświadczeniem macierzyństwa) oraz okres średniej dorosłości i okres późnej dorosłości.

Wśród licznych teorii i modeli rozwoju nie we wszystkich koncepcjach zwrócono uwagę na rodzicielstwo, które jest jednym z zadań rozwojowych przypadających na okres wczesnej dorosłości. Wśród badaczy który podkreśla rolę rodzinne jako wysoce istotne dla okresu wczesnej i średniej dorosłości jest Havighurst (1981). Analizując macierzyństwo jako jedno z zadań przypadających na wyżej opisany okres życia, czy uprawnione jest interpretowanie macierzyństwa jako czynnika rozwojowego?

Czynnik rozwojowy to pojęcie niejednorodne i rozumiane w różnoraki sposób. Wśród zagranicznych badaczy dominuje stanowisko interpretujące czynnik rozwojowy (*developmental factor*) jako pewien motyw stymulujący do zmiany (Chen, Hazan, 2009:859).

Na potrzeby artykułu przyjęto rozumienie „czynnika rozwojowego” jako motywu wpływającego na rozwój jednostki.

Jedną z badaczek podejmujących temat macierzyństwa, koncentrująca się na rozwoju indywidualnym jest Bogusława Budrowska (2000) - socjolożka, która wyróżnia poszczególne zadania rozwojowe przypadające na etap macierzyństwa. Wymienia w szczególności ustosunkowanie się kobiety-matki do powszechnie i społecznie przyjętego stereotypu „dobrej matki” (Budrowska, 2000), zwraca również uwagę na konfrontację z własnymi oczekiwaniami związanymi ze sposobem pełnienia roli matki. Doświadczenie macierzyństwa to również dobry moment na aktualizację oczekiwań związanych z funkcjonowaniem rodziny. Wśród kolejnych zadań Budrowska wymienia również rozwój kompetencji potrzebnych do opieki i wychowywania swojego dziecka.

To właśnie ostatnie z zadań jest stosunkowo rzadko poruszonym tematem badawczym. Z dotychczasowych badań i modeli teoretycznych wynika, że uwzględnienie szerszego kontekstu towarzyszącej zmiany związanej z doświadczeniem macierzyństwa jest konieczne dla dokładnego zbadania problemu. Takie spojrzenie pozwoli zmienić perspektywę, otwierając tym samym nowe możliwości badawcze, dotyczące tematu kobiety w roli zawodowej. Bardzo cenne mogą być badania, która zweryfikują jak zmienia się spostrzeganie miejsca pracy, jak to z kolei przekłada się na satysfakcję matki, ale również i wydajność, umiejętność kreatywnego rozwiązywania problemów i inne.

Kolejną badaczką podejmującą temat macierzyństwa, jako związanego z rozwojem człowieka, jest Maria Mądry (2012: 10), która określa macierzyństwo jako płaszczyznę do permanentnego rozwoju, ujmując tym samym macierzyństwo

nie tylko jako jedno z zadań przypadające na określony okres życia, ale szerzej - uwzględniając macierzyństwo jako wydarzenie sprzyjające rozwojowi jednostki. W ramach prowadzonych analiz badaczka przedstawia kilka interesujących tez, wynikających z szerokiej analizy założeń teoretycznych oraz modeli badawczych dotyczących macierzyństwa. Pełnienie roli matki stanowi długofalowy proces, na który składają się różne etapy. Początkowy czas realizacji w roli matki (kiedy dziecko jest małe) jest najbardziej intensywnym okresem, przez co można wnioskować, że zachodzi najwięcej zmian w kontekście rozwoju kobiety. Maria Mądry (2012: 6) podkreśla jednak, że każdy etap macierzyństwa związany jest z pojawieniem się nowych zadań rozwojowych, których pozytywne rozstrzygnięcie powoduje nabycie ważnych umiejętności. Kolejnym założeniem badaczki jest teza związana ze zbieżnością okresu pełnienia roli matki oraz okresów rozwojowych w życiu kobiety, co potwierdza ogólne założenie o macierzyństwie jako płaszczyźnie permanentnego rozwoju.

Założenia przedstawione przez Marię Mądry (2012:6) są niezwykle istotne ze względu na szerszą perspektywę przyjmowaną przez badaczkę. Macierzyństwo ujmowane jako zadanie rozwojowe - czyli służące rozwojowi jednostki - choć obecne w teoriach i modelach z zakresu psychologii rozwoju, często jest wąsko rozumiane. Założenia Marii Mądry sugerują ujmowanie macierzyństwa nie jako *stricte* zadania, czyli obowiązkowego planu do wykonania czy też przykrego obowiązku, ale podsuwają pozytywne spojrzenie na macierzyństwo jako możliwość do rozwoju kobiety na wielu płaszczyznach.

Co więcej, opisane powyżej spojrzenie na macierzyństwo jako płaszczyznę permanentnego rozwoju jest stosunkowo nowym podejściem. Mimo że od lat doświadczenie macierzyństwa traktowane jest jako jedno z zadań rozwojowych, to rzadko analizy tego przełomowego wydarzenia w życiu kobiety spostrzegane są z perspektywy ciągłego rozwoju kobiety jako jednostki, która trwale dąży do samorealizacji w różnych rolach życiowych.

3. PRZEGLĄD BADAŃ NAD MACIERZYŃSTWEM

Samo macierzyństwo jest tematem badawczym, który często towarzyszy przeróżnym projektom naukowym. Rzadko jednak spotyka się analizy, które w centrum swojego problemu badawczego stawiają matkę i dążą do szczegółowego wyjaśnienia, czym jest macierzyństwo, jakie zmiany niesie i jakie są determinanty tej zmiany.

Macierzyństwo często analizowane jest na etapie ciąży, liczne badania traktują o problemach emocjonalnych oraz depresji w tym okresie. W toku analiz można szczegółowo przyjrzeć się czynnikom towarzyszącym macierzyństwu (van Busse, 2009:233). Badań, które traktują o macierzyństwie z szerokiej, interdyscyplinarnej perspektywie jest bardzo niewiele.

Na gruncie polskim tematem macierzyństwa podjęła Bogna Bartosz (2002), która starała się uchwycić dynamikę wewnętrznych przeżyć kobiety-matki. W ramach realizowanego doktoratu starała się przybliżyć temat przeżywania macierzyństwa

w perspektywie personalistycznej - związku z systemem znaczeń osobistych i sposobem życia. Wspomniana wcześniej badaczka Bogusława Budrowska (2000) również podjęła temat macierzyństwa analizując doświadczenie macierzyństwa z perspektywy indywidualnej jednostki (Budrowska 2000: 99). Jednak te badania nie podejmowały tematu zmiany, jaką niesie macierzyństwo i jej determinantów.

Powodem, który być może sprawił, że macierzyństwo i towarzysząca mu zmiana jest rzadko podejmowanym tematem badawczym, jest konieczność prowadzenia badania podłużnego. Badania z powtórzonym pomiarem są niezwykle wartościowe, jednak ich prowadzenie związane jest z licznymi trudnościami, którym musi sprostać badacz (Shaughnessy J. J. Zechmeister 2007). Być może również wielość różnego rodzaju czynników towarzyszących zmianie, którą niesie macierzyństwo utrudnia szczegółowe planowanie badań i powoduje niższe zainteresowanie badaczy powyższym tematem.

Wśród doniesień zagranicznych możemy wyróżnić kilka badań traktujących o adaptacji do macierzyństwa jak i do zmiany, z jaką jest związane same macierzyństwo.

Badania J.A. Smith (1999: 281) prowadzone w paradygmacie narracyjnym (badania jakościowe) wykazały szereg czynników istotnie związanych z momentem przeobrażania się w matkę. Z analiz prowadzonych wynika, że w okresie ciąży kobiety nastawiają się bardziej w kierunku bliskich relacji, wycofują się ze świata społecznego po to, aby skupić się na przyjaciółach, z którymi budują bliższe i bardziej stabilne relacje (Smith, 1999: 281).

Innym równie interesującym badaniem prowadzonym w paradygmacie jakościowym są badania prowadzone przez Tinę Miller (2007:337), w ramach których badaczka odnosi się do transformacji kobiety do roli matki. Z badania wynika, że zmiana towarzysząca przekształcającej się roli jest dynamiczna i jest wypadkową wielu czynników związanych z doświadczaniem macierzyństwa.

Na szczególną uwagę zasługują również badania prowadzone przez Ingela Wiklund (2009:1636), które dotyczyły zmiany w obrębie osobowości kobiety, która staje się matką. W ramach realizowanego projektu przebadano kobiety w 37-39 tygodniu ciąży oraz 9 miesięcy po porodzie. Zaobserwowano wzrost wyników w zakresie impulsywności i spadek w zakresie socjalizacji kobiety-matki. Badacz zwróciły również uwagę na zmienną, która wpływała istotnie na poziom wyników: był to rodzaj porodu (siłami natury vs. cesarskie cięcie) (Wiklund i in 2009:1636). To jedno z niewielu badań, które prowadzone były w paradygmacie ilościowym i wykazały, że zachodzi zmiana w obrębie indywidualnego funkcjonowania kobiety na przestrzeni czasu, gdy zostaje ona matką.

Szczególnie interesujące wydaje się analizowanie wpływu doświadczenia macierzyństwa na funkcjonowanie kobiety w środowisku zawodowym. Wśród badań, które weryfikowały zależności pomiędzy powrotem do pracy po urodzeniu dziecka, na uwagę zasługuje projekt realizowany pod kierunkiem Bettiny Wiese (2012: 318). Z badań prowadzonych przez badaczke wynika, że u kobiet, które wracają do

pracy po urodzeniu dziecka, poczucie własnej skuteczności zmienia się. Co więcej, zdaniem badaczki, zmienia się również poziom odczuwanego stresu, a także poziom spostrzeganego wsparcia społecznego (na przestrzeni pierwszych 6 miesięcy od powrotu do pracy) i jest to związane z adaptacją kobiety do miejsca pracy. Te badania nasuwają pytanie jaką rolę w doświadczanej zmianie pełnić może macierzyństwo.

4. PODSUMOWANIE

Macierzyństwo rozpatrywane na gruncie różnych nauk i paradygmatów jest układem dynamicznym, który niesie ze sobą liczne zmiany - nie tylko te analizowane z perspektywy społecznej i ekonomicznej, ale również (i przede wszystkim) ze strony jednostki - jej wewnętrznych przeżyć.

Nieliczne badania, w których badacze podejmują temat zmiany, którą niesie macierzyństwo, koncentrując się tym samym na kobiecie i jej przeżyciach, są spójne we wnioskach, że zmiana taka zachodzi.

Trudności związane z podejmowaniem badawczo tematu macierzyństwa i zmian jemu towarzyszących nie powinny zniechęcać badaczy, ale raczej motywować do eksplorowania badawczo danego obszaru. Wyniki szerokich badań mogą przyczynić się do lepszego kształtowania się społecznej świadomości na temat pełnienia roli matki, mogą być również bardzo przydatne dla organizowania adekwatnych form wsparcia dla kobiet, które stają się matkami.

BIBLIOGRAFIA

- Bartosz B., Doświadczenie macierzyństwa: analiza narracji autobiograficznych, Wrocław 2002.
- Budrowska B., Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety. Warszawa 2000.
- Chen Y., Hazan V., Developmental factors and the non-native speaker effect in auditory-visual speech perception). *The Journal of the Acoustical Society of America*, 2009, 126.2: 858-865.
- Chickering A. W., Havighurst R. J., The life cycle, „The modern American college” 1981, s. 16-50.
- Harwas-Napierała B., Trempała J., Psychologia rozwoju człowieka: Charakterystyka okresów życia człowieka, Warszawa 2009.
- Kornas-Biela D, Oblicza ojcostwa, Lublin 2001.
- Kornas-Biela D., Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy z obszaru prokreacji „Przegląd Psychologiczny” nr 46(2), 2003, s. 179-196.
- Kotowska I., Słotwińska-Rosłanowska E., Styrc M., Zadrozna A., Sytuacja kobiet powracających na rynek pracy po przerwie spowodowanej macierzyństwem i opieką nad dzieckiem. Wieloaspektowa diagnoza sytuacji kobiet na rynku prac, Warszawa 2007.
- Mądry M., Macierzyństwo jako płaszczyzna permanentnego rozwoju kobiety w biegu życia, „Psychologia Rozwojowa”, 2012, nr. 9-21.
- Miller T., “Is this what motherhood is all about?” Weaving experiences and discourse through transition to first-time motherhood, „Gender & Society”, nr 21(3), s.337-358.
- Rich A., Of woman born: Motherhood as experience and institution. 1995.
- Smith J. A., Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of reproductive and infant psychology*, 1999, nr 17(3), s. 281-299.

- Shaughnessy J. J., Zechmeister J. S., & Zechmeister, E. B. *Metody badawcze w psychologii*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- Wiklund, I., Edman, G., Larsson, C., & Andolf, E., First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. *Journal of advanced nursing*, 2009, nr 65(8), s. 1636-1644.
- Wiese B., Heidemeire H., Successful return to work after maternity leave: Self-regulatory and contextual influences. *Research in Human Development*, 2012, nr 9.4 s. 317-336.
- van Bussel J. C., Spitz B., Demyttenaere K., Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations, „*Journal of affective disorders*” nr 114(1),2009, s. 232-242.



Małgorzata Dobrowolska

Uniwersytet Śląski w Katowicach
Zakład Psychologii Pracy i Organizacji
E-mail: Malgorzata.dobrowolska@us.edu.pl

Agata Chudzicka-Czupała

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Wydział Zamiejscowy w Katowicach
E-mail: achudzicka-czupała@swps.edu.pl

Przykład dobrych praktyk biznesowych
CSR lokalnego przedsiębiorcy
realizującego projekty pomocowe
w ramach Programu Operacyjnego
Kapitał Ludzki / *Development projects of
Human Capital Operational Programme as an
example of good business practices CSR of local
entrepreneur*

Abstract

The authors have described some examples of good business practices of CSR entrepreneurs who belongs to the SME sector of the province of Silesia and performs support activities for groups at risk of social exclusion in 2011-2015. The article briefly describes the theoretical background of corporate social responsibility and presents descriptions of selected examples of aid projects.

Keywords: CSR, good practices, UE projects

WSTĘP

W artykule opisano wybrane przykłady dobrych praktyk biznesowych CSR przedsiębiorcy należącego do sektora MŚP z województwa Śląskiego, realizującego działania pomocowe dla grup zagrożonych wykluczeniem społecznym w latach 2011-2015. Artykuł stanowi uzupełnienie analizy studium przypadku prowadzonej u tego samego przedsiębiorcy, realizującego projekty pomocowe przedakcesyjne i projekty pomocowe w ramach perspektywy

finansowej EFS 2004-2006, 2007-2013 i 2014-2020 (por. Dobrowolska, 2012a, s. 185-210).

Wśród realizowanych projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki dla grup społecznych o najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy, przewidziano działania głównie dla osób biernych zawodowo, długotrwale bezrobotnych, uzależnionych od alkoholu i innych środków odurzających, niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, bezdomnych, osadzonych i opuszczających placówki penitencjarne, dla młodzieży przebywającej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, osób o szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, niepracujących po pięćdziesiątym roku życia i innych dyskryminowanych na rynku pracy grup społecznych o rozmaitych dysfunkcjach.

W artykule skrótowo opisano tło teoretyczne społecznej odpowiedzialności biznesu, a także ograniczono opisy wybranych przykładów projektów pomocowych - przykłady dobrych praktyk realizacji idei społecznej odpowiedzialności biznesu. Całość materiałów opisu studium przypadku jest w posiadaniu Auterek wraz ze stosownymi zgodami do ich upowszechniania (por. Dobrowolska, 2012b).

1. KONCEPCJA CSR

Społeczna odpowiedzialność biznesu (ang. corporate social responsibility - CSR) to sposób zarządzania organizacją, który reaguje na zidentyfikowane potrzeby interesariuszy, przyczyniając się zarówno do wzrostu konkurencyjności, jak i kształtowania korzystnych warunków do rozwoju ekonomicznego i społecznego, tworząc tym samym wartość ekonomiczną i społeczną jednocześnie (por. Paliwoda-Matiolańska, 2009, s.77).

Najważniejsze założenia CSR to (na podstawie: Grzegorzewska – Ramocka, 2001, s.75):

- a) biznes i społeczeństwo to połączone ze sobą organizmy symbiotyczne,
- b) dzięki działaniom partycypacyjnym, przedsiębiorstwa mogą zachować swoją rolę w dłuższej perspektywie temporalnej,
- c) o poziomie odpowiedzialności ekonomicznej i prawnej przedsiębiorstw decyduje standard życia danej społeczności,
- d) każde działanie biznesowe dbające i wspierające sprawy pracownicze, społeczne, wzmacnia pozycję przedsiębiorstwa na konkurencyjnym rynku,
- e) rodzaj i zakres społecznej odpowiedzialności jest konsekwencją możliwości i kompetencji danego przedsiębiorstwa.

W ramach realizacji idei społecznej odpowiedzialności biznesu firmy powinny: dbać o ochronę planety, praw człowieka i całego społeczeństwa, innych organizmów żywych stanowiących zarówno florę, jak i faunę (por. Żemigąła, 2007, s.183). Oznacza to, że zakres działań w ramach CSR jest bardzo szeroki. Zaangażowanie w sprawy społeczne może dotyczyć działań o różnorodnym charakterze. Działania te przynoszą organizacji różne korzyści, do szczególnie cenionych należy wzrost

zainteresowania firmą przez inwestorów i potencjalnych klientów. CSR to działalność społeczna, ale również przejrzyste zarządzanie, odpowiedzialne budowanie wizerunku na rynku, poprawne relacje z otoczeniem. Idea społecznej odpowiedzialności biznesu zaleca godzenie interesów społecznych z działalnością firmy ukierunkowaną na osiągnięcie zysku. Podkreśla ona, że przedsiębiorstwa muszą być odpowiedzialne za konsekwencje własnych decyzji wobec innych (Chudzicka-Czupala, 2013).

Rozpatrując społeczną odpowiedzialność z perspektywy wewnętrznego środowiska organizacji niewątpliwą korzyścią jest jej pozafinansowy charakter motywacyjny dla pracowników, budowanie wspólnych wartości i kultury organizacyjnej, co również wpływa na przewagę konkurencyjną poprzez poprawę wizerunku wewnątrz firmy.

2. PRZYKŁADY REALIZACJI CSR U PRZEDSIĘBIORCY W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Firma w latach 2011-2015 zrealizowała kilka projektów współfinansowanych ze środków EFS POKL, których celem było rozwiązywanie problemów społecznych w regionie poprzez aktywizację społeczno – zawodową grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.

W tym celu opracowała szereg własnych autorskich pomysłów, wspierających proces inkluzji społecznej wybranych grup z lokalnego środowiska. Obok własnej działalności komercyjnej, opisywany podmiot pozyskał w celu finansowania działań pomocowych środki z funduszy unijnych, realizując wsparcie na rzecz grup zmarginalizowanych.

Poniżej zamieszczono charakterystykę według tej samej, przyjętej formuły: tytuł i ogólne informacje o projekcie, cel, opis grup, działań i rezultatów projektu wyłącznie dla projektów szkoleniowo-doradczych, wpisujących się w tzw. działania pomocowe na rzecz społeczności lokalnej.

2.1. PROJEKT: „AKTYWNE”

1. INFORMACJE O PROJEKCIE:

Program operacyjny: Program Operacyjny Kapitał Ludzki

Numer i nazwa Priorytetu: Priorytet VII Promocja integracji społecznej

Numer i nazwa Działania: Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej

Numer i nazwa Poddziałania: Poddziałanie 7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym

Okres realizacji projektu: 01.06.2011 – 31.07.2013 (26 miesięcy)

Obszar realizacji projektu: województwo śląskie

2. CEL PROJEKTU:

Celem projektu była aktywizacja społeczno-zawodowa kobiet po 45 roku życia zagrożonych wykluczeniem społecznym powracających na rynek pracy po przerwie związanej z izolacją więzienną w oparciu o zaadaptowane metody wsparcia instytucji holenderskich.

3. OPIS GRUP DOCELOWYCH:

Adresatami projektu było 50 kobiet w wieku powyżej 45 lat, osadzonych w Zakładzie Karnym, powracających na rynek pracy po przerwie związanej z izolacją więzienną, posiadających prawa publiczne, zdolnych i gotowych do podjęcia zatrudnienia. Ponadto w ramach projektu zapewniono wsparcie dla 120 osób z otoczenia tych kobiet. Były to osoby zatrudnione w Zakładzie Karnym i strukturach nadrzędnych, przebywające, zamieszkujące lub zatrudnione w środowisku osób wykluczonych społecznie.

4. OPIS DZIAŁAŃ:

W ramach projektu przeprowadzono następujące działania:

a. WSPÓŁPRACA PONADNARODOWA

1. KONFERENCJA OTWIERAJĄCA pt. „Adaptacja nowych form i metod wsparcia indywidualnego i środowiskowego na rzecz integracji społeczno-zawodowej grup wykluczonych społecznie z powodu izolacji więziennej – prezentacja instrumentów reintegracji”.
2. WARSZTATY-INSTRUMENTY REINTEGRACJI – warsztaty przeprowadzono przed rozpoczęciem bloku zajęć dla kobiet osadzonych w Zakładzie Karnym, w celu nauki holenderskich instrumentów reintegracji.
3. KONFERENCJA UPOWSZECHNIAJĄCA – prezentacja usług społecznych przewyższających bariery w powrocie na rynek pracy”
4. SEMINARIUM dla otoczenia osób wykluczonych społecznie tj. kadry zatrudnionej
5. PRZYGOTOWANIE, TŁUMACZENIE I WYDANIE PUBLIKACJI – kompleksowe opracowania zarówno dla instytucji wsparcia-otoczenia osób osadzonych (ich pracowników), i samych osadzonych;

b. SZKOLENIA „MIĘKKIE” – wzmocnienie motywacji do podnoszenia, uzupełniania lub zmiany kwalifikacji oraz poznanie technik aktywnego poruszania się po rynku pracy; zagadnienia komunikacji interpersonalnej; automotywacji; metody aktywnego poszukiwania pracy.

1. Warsztaty motywacji i poczucia własnej wartości
2. Warsztaty umiejętności interpersonalnych i radzenia sobie ze stresem,
3. Warsztaty aktywności na polskim i unijnym rynku pracy

- c. *WARSZTATY KOMPUTEROWE* – zdobycie umiejętności w zakresie sprawnej obsługi podstawowych programów komputerowych: Obsługa programów MS Office Word, MS Office Excel, MS Office Power Point
- d. *SZKOLENIA ZAWODOWE*:
 - 1. *WARSZTATY KOSMETYCZNE*– przygotowują do podjęcia pracy w pełnym pakiecie usług kosmetycznych dłoni i stóp oraz asystowania z salonach kosmetycznych o szerszej ofercie usług.
 - 2. *WARSZTATY OPIEKUNA OSÓB STARSZYCH* – zagadnienia z anatomii i fizjologii człowieka; zagadnienia z higieny i epidemiologii; podstawy żywienia i przygotowania posiłków; metodyka organizacji czasu wolnego.
 - 3. *WARSZTATY PROFESJONALNEGO SPRZĄTANIA Z OBSŁUGĄ MASZYN SPRZĄTAJĄCYCH* – przygotowują do pracy z wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu.
- e. *ZAJĘCIA INDYWIDUALNEGO PORADNICTWA*: Indywidualne poradnictwo prawne (zakres konsultacji: prawo cywilne, prawo rodzinne i opiekuńcze, prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, zakładanie własnej działalności gospodarczej), indywidualne poradnictwo psychologiczne (zakres konsultacji: diagnoza potencjału osobowego, wartościowanie celów życiowych, planowanie aktywności życiowej), indywidualne poradnictwo zawodowe (zakres konsultacji: diagnoza predyspozycji zawodowych, zapoznanie i analiza predyspozycji zawodowych i przedsięwziętych, metody aktywnego poszukiwania pracy, redagowanie dokumentów aplikacyjnych, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej).

5. REZULTATY PROJEKTU:

W wyniku realizacji zaplanowanych w projekcie działań 67 kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym zakończyło udział w projekcie, z tego 52,24% , czyli 35 osób otrzymało zatrudnienie. Ponadto 95,71% tej grupy uzupełniło swoje kwalifikacje i kompetencje zawodowe, kompetencje komputerowe. Uczestnicy projektu poprawili także swoje umiejętności interpersonalne i przedsiębiorcze, zwiększyli poziom motywacji do podjęcia zatrudnienia i wiarę we własne możliwości, nabyli umiejętności pozytywnej autoprezentacji.

2.2. PROJEKT: „AKADEMIA URODY I ZDROWEGO STYLU ŻYCIA”

1. INFORMACJE O PROJEKCIE:

Program operacyjny: Program Operacyjny Kapitał Ludzki

Numer i nazwa Priorytetu: Priorytet VII Promocja integracji społecznej

Numer i nazwa Działania: Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej

Numer i nazwa Poddziałania: Poddziałanie 7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym

Okres realizacji projektu: 01.04.2013 – 31.03.2015 (24 miesiące)

Obszar realizacji projektu: województwo śląskie

2. CEL PROJEKTU:

Celem głównym projektu była aktywizacja społeczno-zawodowa w ciągu dwóch lat 60 kobiet (w przedziale wiekowym 15-27 lat) zagrożonych wykluczeniem społecznym opuszczających Zakład Karny.

3. OPIS GRUP DOCELOWYCH:

Grupę docelową projektu stanowią niepracujące kobiety w przedziale wiekowym 15-27 lat, opuszczające Zakład Karny, zamieszkałe w woj. Śląskim, posiadające prawa publiczne, zdolne i gotowe do podjęcia zatrudnienia, zagrożone wykluczeniem społecznym wielowymiarowym (z co najmniej jednego powodu: m.in. ubóstwa, bezdomności, alkoholizmu i narkomanii, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu Zakładu Karnego).

4. OPIS DZIAŁAŃ:

W ramach projektu przeprowadzono następujące działania:

- a. *Warsztaty rozwijające umiejętności i kompetencje społeczne, niezbędne na rynku pracy:*
Trening rozwoju osobistego i umiejętności psychospołecznych;
- b. *Zajęcia indywidualnego poradnictwa:* Indywidualne poradnictwo zawodowe (diagnoza predyspozycji zawodowych, tworzenie dokumentów aplikacyjnych, tworzenie katalogu firm), Indywidualne poradnictwo psychologiczne (planowanie aktywności życiowej, diagnoza potencjału osobowego, wartościowanie celów życiowych, wsparcie i diagnoza potencjału osobowego), Indywidualne poradnictwo prawne (usługi z zakresu prawa pracy, prawa cywilnego, ubezpieczeń społecznych, kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), Indywidualne poradnictwo biznesowe;
- c. *Warsztaty komputerowe* (obsługa komputera, programy komputerowe: MS Word, MS Excel, MS Power Point, MS Outlook, grafika komputerowa, projektowanie stron WWW).
- d. *Kursy zawodowe:* Instruktor fitness, Vademecum profesjonalnego dietetyka, Prowadzenie małej gastronomii i nauki carvingu, Mobilna stylizacja paznokci, Kurs wizażu mobilnego, Kurs szycia i projektowania mody;

Zajęcia odbywały się w 10-osobowych grupach i obejmowały 411 godzin dydaktycznych na jednego uczestnika projektu. Zrealizowano 6 takich edycji.

5. REZULTATY PROJEKTU:

W wyniku realizacji zaplanowanych w projekcie działań 54 kobiety zakończyły udział w projekcie, poprzez uczestnictwo we wszystkich zaplanowanych dla

nich formach wsparcia z tego 33,33% 18 osób otrzymało zatrudnienie. Ponadto 90% nabyło kwalifikacje zawodowe i kompetencje komputerowe. Tyle samo uczestniczek zdobyło kompetencje społeczne. Uczestnicy projektu poprawili także swoje umiejętności komunikacyjne, zwiększyli pewność siebie, podnieśli motywację do podjęcia zatrudnienia i rozwinęli umiejętności poruszania się po polskim i unijnym rynku pracy.

2.3. *PROJEKT: „NA NOWO. PROGRAM INKLUZJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ DLA OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ”*

1. INFORMACJE O PROJEKCIE:

Program operacyjny: Program Operacyjny Kapitał Ludzki

Numer i nazwa Priorytetu: Priorytet VII Promocja integracji społecznej

Numer i nazwa Działania: Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej

Numer i nazwa Poddziałania: Poddziałanie 7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym

Okres realizacji projektu: 01.05.2013 – 31.05.2015 (25 miesięcy)

Obszar realizacji projektu: województwo śląskie

2. CEL PROJEKTU:

Celem głównym projektu była aktywizacja społeczno-zawodowa w ciągu dwóch lat 110 osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością (w tym 60 mężczyzn i 50 kobiet).

3. OPIS GRUP DOCELOWYCH:

Grupę docelową projektu stanowiło 100 osób pozostających bez zatrudnienia, zamieszkałych na terenie woj. śląskiego: w tym 60 bezdomnych mężczyzn, korzystających: z noclegowni, jadłodajni, schronisk dla bezdomnych, podopiecznych Towarzystwa Pomocy im. Św. Brata Alberta, podopiecznych ośrodków pomocy społecznych oraz 50 kobiet bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością osadzonych i opuszczających Zakład Karny (z trudnościami w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego z uwagi na bezdomność).

4. OPIS DZIAŁAŃ:

W ramach projektu przeprowadzone były następujące działania:

- a. *Warsztaty rozwijające umiejętności i kompetencje społeczne, niezbędne na rynku pracy:*

Warsztat motywacji i rozwoju osobistego, Warsztat umiejętności psychospołecznych, Warsztat aktywności na rynku pracy;

- b. *Warsztaty komputerowe* (obsługa komputera, programy komputerowe: MS Word, MS Excel, MS Power Point, MS Outlook, grafika komputerowa, projektowanie stron WWW).
- c. *Kursy zawodowe*: Profesjonalne sprzątanie z obsługą maszyn sprzątających, Opiekun osób starszych i niepełnosprawnych, Opiekun terenów zielonych z obsługą maszyn koszących, Dekorator wnętrz z elementami malarstwa i tapicjarstwa, Malarz – tapeciarnik z elementami dekoratorstwa wnętrz;
- d. *zajęcia indywidualnego poradnictwa*: Indywidualne poradnictwo zawodowe (diagnoza predyspozycji zawodowych, tworzenie dokumentów aplikacyjnych, tworzenie katalogu firm), Indywidualne poradnictwo psychologiczne (planowanie aktywności życiowej, diagnoza potencjału osobowego, wartościowanie celów życiowych, wsparcie i diagnoza potencjału osobowego), Indywidualne poradnictwo prawne (usługi z zakresu prawa pracy, prawa cywilnego, ubezpieczeń społecznych, kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), Indywidualne poradnictwo biznesowe, Indywidualne spotkania z akompaniатorem;

Zajęcia odbywały się w małych, kameralnych grupach i obejmowały 365 godzin dydaktycznych, przeznaczonych na jednego uczestnika projektu. Zrealizowanych zostało 11 edycji szkoleń.

5. REZULTATY PROJEKTU:

W wyniku realizacji zaplanowanych w projekcie działań 108 osób zakończyło udział w projekcie, poprzez uczestnictwo we wszystkich zaplanowanych dla nich formach wsparcia z tego 28,70% tj. 31 osób otrzymało zatrudnienie. Ponadto 98,18% nabyło kwalifikacje zawodowe i kompetencje komputerowe. Tyle samo uczestniczek zdobył kompetencje społeczne. Uczestnicy projektu poprawili także swoje umiejętności komunikacyjne, zwiększyli pewność siebie, podnieśli motywację do podjęcia zatrudnienia i rozwinęli umiejętności poruszania się po polskim i unijnym rynku pracy.

2. 4. PROJEKT: „AKADEMIA UTRZYMANIA CZYSTOŚCI I PIELĘGNACJI TERENÓW ZIELONYCH”

1. INFORMACJE O PROJEKCIE:

Program operacyjny: Program Operacyjny Kapitał Ludzki

Numer i nazwa Priorytetu: Priorytet VII Promocja integracji społecznej

Numer i nazwa Działania: Działanie 7.4 Niepełnosprawni na rynku pracy

Okres realizacji projektu: 01.07.2013 – 31.06.2015 (24 miesiące)

Obszar realizacji projektu: województwo śląskie

2. CEL PROJEKTU:

Celem głównym projektu była aktywizacja społeczno-zawodowa w ciągu dwóch lat 55 osób podopiecznych instytucji pomocowych.

3. OPIS GRUP DOCELOWYCH:

Grupę docelową projektu stanowili:

- 30 kobiet pozostających bez zatrudnienia, niepełnosprawnych, posiadających orzeczenia Miejskich/Powiatowych zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności i/lub ZUS, opuszczających Zakład Karny, zamieszkałych (w rozumieniu KC) na terenie woj. śląskiego; posiadających prawa publiczne, co umożliwiło uczestnictwo w projekcie na tych samych warunkach, co osoby przebywające na wolności; zdolnych i gotowych do podjęcia zatrudnienia, w co najmniej połowie czasu pracy, zgodnie z art.121 §2 KK,
- 25 mieszkańców Domu Pomocy Społecznej, w wieku 18-60 lat, pozostających bez zatrudnienia, niepełnosprawnych, posiadających orzeczenia Miejskich/Powiatowych zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności i/lub ZUS, zamieszkałych (w rozumieniu KC) na terenie woj. śląskiego.

4. OPIS DZIAŁAŃ:

W ramach projektu przeprowadzono następujące działania:

- a. *Warsztaty rozwijające umiejętności i kompetencje społeczne, niezbędne na rynku pracy:*
Trening rozwoju osobistego, umiejętności psychospołecznych i elastycznych form zatrudnienia;
- b. *Kursy zawodowe:* Opiekun terenów zielonych, Architekt krajobrazu, Profesjonalne sprzątanie z obsługą maszyn sprzątających;
- c. *Praktyki zawodowe z usługą marketingu pracy i osobistego asystenta zawodowego;*
- d. *zajęcia indywidualnego poradnictwa:* Indywidualne poradnictwo zawodowe (diagnoza predyspozycji zawodowych, tworzenie dokumentów aplikacyjnych, tworzenie katalogu firm), Indywidualne poradnictwo psychologiczne (planowanie aktywności życiowej, diagnoza potencjału osobowego, wartościowanie celów życiowych, wsparcie i diagnoza potencjału osobowego), Indywidualne poradnictwo prawne (usługi z zakresu prawa pracy, prawa cywilnego, ubezpieczeń społecznych, kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), Indywidualne poradnictwo biznesowego;
- e. *Obóz wspinaczkowy z animacją czasu prozawodowego;*

Zajęcia odbywały się w 12 osobowych grupach i obejmowały 297 godzin dydaktycznych na jednego uczestnika projektu. Zrealizowanych zostało 5 edycji szkoleń.

5. REZULTATY PROJEKTU:

W wyniku realizacji zaplanowanych w projekcie działań 55 osób zakończyło udział w projekcie, poprzez uczestnictwo we wszystkich zaplanowanych dla nich formach wsparcia z tego 28,70% tj. 31 osób otrzymało zatrudnienie. Ponadto 98,18% nabyło kwalifikacje zawodowe i kompetencje komputerowe. Tyle samo uczestniczek zdobyło kompetencje społeczne. Uczestnicy projektu poprawili także swoje umiejętności komunikacyjne, zwiększyli pewność siebie, podnieśli motywację do podjęcia zatrudnienia i rozwinęli umiejętności poruszania się po polskim i unijnym rynku pracy.

2.5. *PROJEKT: „ELASTYCZNI 50+. ELASTYCZNE FORMY ZATRUDNIENIA NA MAŁOPOLSKIM RYNKU PRACY SZANSĄ DLA SPOŁECZEŃSTWA STARZEJĄCEGO SIĘ”*

1. INFORMACJE O PROJEKCIE:

Program operacyjny: Program Operacyjny Kapitał Ludzki

Numer i nazwa Priorytetu: Priorytet VII Promocja integracji społecznej

Numer i nazwa Działania: Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej

Numer i nazwa Poddziałania: Poddziałanie 7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym

Okres realizacji projektu: 01.10.2008 – 31.03.2010 (18 miesięcy)

Obszar realizacji projektu: województwo małopolskie

2. CEL PROJEKTU:

Celem projektu była diagnoza sytuacji 50+ na małopolskim rynku w zakresie ich integracji społeczno-zawodowej i polityki społecznej w regionie.

3. OPIS GRUP DOCELOWYCH:

Beneficjentem ostatecznym byli zgodnie z Priorytetem VII Działaniem 7.2.1. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki i Planem Działania na lata 2007-2008 dla Małopolski: 200 instytucji spośród: a) instytucji pomocy i integracji społecznej i b) partnerów społecznych i gospodarczych, z woj. małopolskiego, bezpośrednio korzystających z rezultatów badań tj. konferencji, podręczników, informatorów, raportów itp. oraz c) 600 osób niepracujących z Małopolski po 50 r.ż. bezpośrednio korzystających z rezultatów badań -poradnika dla osób 50+.

4. OPIS DZIAŁAŃ:

W ramach projektu przeprowadzono następujące działania:

Adekwatność wsparcia zgodne z PO KL NSRO 07-13 1.1.5, Planem Działań dla Priorytet VII I.1 Preferowane formy wsparcia. Projekt badawczy.

Przeprowadzenie badań i analiz: Projekt był systemowy i kompleksowy (uwzględniał czynniki podmiotowe, środowiskowe i relacyjne) i interdyscyplinarny (1. analiza psychologiczna, 2. socjologiczna, 3. ekonomiczna i 4. prawna).

Próba badawcza:

1. eksperci z zakresu polityki społecznej: 30 osób
2. osoby pracujące w ramach 9 form zatrudnienia elastycznego - 9 fokus grup FGI: 72 osoby
3. niepracujące osoby 50+: 100 osób
4. reprezentatywna próba mieszkańców woj. małopolskiego: 300 osób
5. pracownicy instytucji wsparcia dla 50+ (instytucje rynku pracy, instytucje pomocy): 100 instytucji
6. pracodawcy z 3 sektorów (prywatnego, publicznego, społecznego): 300 organizacji

Stosowana metodologia:

Metodologia projektu zakładała przeprowadzanie badań: kwestionariuszowych, wywiadów pogłębionych-eksperckich, fokusowych FGI, opinii publicznej mieszkańców, eksperyment laboratoryjny w formie szkolenia z elastycznych form zatrudnienia dla 50+. Zostały opracowane nowatorskie rozwiązania z zakresu integracji 50+. Zostało wykonanych 19 analiz badawczych, w tym:

1. Analiza polityki państwa i polityki społecznej w regionie wobec osób 50+: wywiady eksperckie;
2. Diagnoza istniejących form zatrudnienia w sektorze elastycznym w Małopolsce dla 50+: badanie dla 9 niżej wymienionych grup zatrudnionych w formie:
 - pracy na zastępstwo,
 - pracy tymczasowa,
 - samozatrudnienia/prowadzenie własnej działalności gospodarczej,
 - telepracy,
 - pracy na czas określony,
 - pracy na czas w niepełnym wymiarze,
 - pracy w ramach umowy cywilno-prawnej,
 - prac sezonowych,
 - ekonomii społecznej.
3. Diagnoza możliwości podjęcia elastycznych form zatrudnienia wśród niepracujących 50+: wywiady kwestionariuszowe, eksperyment laboratoryjny
4. Diagnoza postaw wobec elastycznych form zatrudnienia i integracji zawodowej 50+ mieszkańców woj. małopolskiego- badanie opinii publicznej - ankietowe

5. Analiza zakresu działań instytucji wsparcia dla 50+: wywiady kwestionariuszowe
6. Diagnoza potencjału małopolskich pracodawców w zakresie stosowalności elastycznych form zatrudnienia: wywiady kwestionariuszowe

Zespół badawczy Naukowców:

1. Ekspert ds. polityki społecznej
2. Ekspert ds. regulacji prawnych
3. Ekspert ds. badań psychologicznych
4. Ekspert ds. badań socjologicznych
5. Ekspert ds. wsparcia instytucjonalnego
6. Ekspert ds. ekonomicznych i Statystyk

Etapy działania zespołu badawczego:

1. Analiza danych teoretycznych i empirycznych - całościowa analiza problematyki integracji 50+ w regionie w formie kompendium wiedzy
2. Opracowanie narzędzi diagnostycznych do badań i jako gotowych metod dla instytucji tematycznie związanych z projektem
3. Badania empiryczne w/w 1-6 grup badawczych (z perspektywy psychologicznej, socjologicznej, ekonomicznej, prawnej), interpretacja wyników, analizy badawcze
4. Opracowanie: podręcznika „Integracja elastycznych 50+” dla specjalistów, informatora „ABC elastycznych form zatrudnienia”, poradnika dla osób 50+ „Elastyczne formy zatrudnienia szansą na pracę”, raportu „Rozwiązywanie problemów społecznych – wytyczne dla zwiększania integracji zawodowej 50+” w regionie

Upowszechnianie i promowanie aktywności zawodowej 50+ w elastycznych formach zatrudnienia: Konferencja „Elastyczni 50+ w Małopolsce” dla uczestników wśród m.in. instytucji pomocy i integracji społecznej, partnerów społecznych i gospodarczych, niepracujących 50+, przedstawicieli samorządów gmin i powiatów

2.6. *PROJEKT: „SPÓŁDZIELNIE SOCJALNE NA ŚLĄSKU. PROMOCJA I UPOWSZECHNIANIE IDEI PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ”*

1. INFORMACJE O PROJEKCIE:

Program operacyjny: Program Operacyjny Kapitał Ludzki

Numer i nazwa Priorytetu: Priorytet VII Promocja integracji społecznej

Numer i nazwa Działania: Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej

Numer i nazwa Poddziałania: Poddziałanie 7.2.2 Wsparcie ekonomii społecznej

Okres realizacji projektu: 01.07.2008 – 31.01.2010 (19 miesięcy)

Obszar realizacji projektu: województwo śląskie

2. CEL PROJEKTU:

Celem projektu była promocja idei spółdzielczości socjalnej na Śląsku poprzez stworzenie warunków do integracji społeczno - zawodowej i ożywienie środowisk lokalnych, a także wsparcie informacyjne, wzrost wiedzy i świadomości funkcjonowania spółdzielczości socjalnej.

3. OPIS GRUP DOCELOWYCH:

- instytucje ekonomii społecznej (m.in. banki spółdzielcze, spółdzielnie, przedsiębiorstwa społeczne i socjalne, agencje rozwoju regionalnego, stowarzyszenia, fundacje);
- instytucje rynku pracy (m.in. publiczne służby zatrudnienia, Ochotnicze Hufce Pracy, agencje zatrudnienia, instytucje szkoleniowe, instytucje dialogu społecznego, instytucje partnerstwa lokalnego);
- instytucje pomocy i integracji społecznej (m.in. organizacje pozarządowe działające w sferze pomocy i integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, placówki specjalistycznego poradnictwa, placówki opiekuńczo-wychowawcze, ośrodki adopcyjno-opiekuńcze).

Sumarycznie przewidziano 400 beneficjentów ostatecznych.

4. OPIS DZIAŁAŃ:

Projekt był projektem promocyjnym i zakładał szeroki zakres oddziaływania:

Organizacja kampanii informacyjno-promocyjnych:

1. W wybranych miastach Śląska zostały zorganizowane 20 sympozjów pt. „Spółdzielnie socjalne na Śląsku” z udziałem Ekspertów w zakresie spółdzielczości socjalnej. Poruszone zostały następujące zagadnienia:
 - prawne;
 - finansowo-księgowo;
 - zarządzanie podmiotem spółdzielczym;
 - rozwiązywanie problemów natury psychologiczno-socjologicznej spółdzielni socjalnej;
 - marketing inwestycyjny i pozyskiwanie finansowania;
 - przykłady dobrych praktyk spółdzielców;
 - funkcjonowanie spółdzielni socjalnych.
2. Wydano profesjonalny informator „Spółdzielnie socjalne od A do Z”.

3. Nakręcono film DVD informacyjno - edukacyjny „Vademecum Spółdzielni Socjalnej”.
4. Przekazywano informację o spółdzielczości socjalnej w promocyjnych przekazach prasowych, radiowych i telewizyjnych.
5. Przekazywano informację i promowano problematykę spółdzielczości socjalnej poprzez stronę internetową.
6. Promowano ideę spółdzielczości socjalnej przez plakaty i ulotki informacyjne.

5. REZULTATY PROJEKTU:

400 instytucji ekonomii społecznej, rynku pracy, pomocy i integracji społecznej uzyskało wsparcie w ramach projektu poprzez uczestnictwo w kampaniach informacyjnych „Spółdzielnie socjalne na Śląsku”, przeprowadzono 20 sympozjów, wydano 14 artykułów w prasie, 105 spotów w radiu, 48 emisji TV, wydano 400 informatorów „Spółdzielnie socjalne od A do Z”, 400 szt. filmów DVD „Vademecum Spółdzielni Socjalnej”, 500 szt. plakatów promujących spółdzielczość socjalną.

Stworzono warunki do integracji społeczno-zawodowej i ożywienia środowisk lokalnych poprzez podejmowanie wspólnych wysiłków w celu wsparcia instytucji ekonomii społecznej wśród instytucji rynku pracy, pomocy i integracji oraz ekonomii społecznej. Projekt miał na celu wsparcie informacyjne, wzrost wiedzy i świadomości o funkcjonowaniu spółdzielczości socjalnej wśród pracowników różnorodnych instytucji z woj. śląskiego oraz wśród potencjalnych spółdzielców.

Ciekawym celem, jednocześnie świadczącym o przemyślanej strategii społecznej odpowiedzialności biznesu, realizowanym przez badaną firmę, jest podejmowanie przez nią kompleksowych działań w celu rozwiązywania problemów społecznych. W tej kompleksowości oddziaływań adekwatnie dobrane są zarówno działania, jak i ich odbiorcy. Wybierane do realizacji są projekty, które z jednej strony wspierają bezpośrednio grupy społeczne dotknięte dysfunkcjami psychospołecznymi, oraz te, które należą do ich otoczenia społecznego – instytucje rynku pracy, pomocy i integracji społecznej oraz ich pracownicy.

PODSUMOWANIE

Współcześnie ciekawym trendem na świecie jest deinstytucjonalizacja usług publicznych w kierunku podmiotów zaliczanych do sektora ekonomii społecznej oraz zawieranie partnerstw, sieci instytucji na rzecz pomocy osobom wykluczonym społecznie, również o charakterze ponadnarodowym. Daje to znacznie większe możliwości pozyskiwania środków finansowych i testowania instrumentów walki z wykluczeniem. Przejście od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnej to kluczowe priorytety Unii Europejskiej. Wspomniane wytyczne w zakresie wdrażania i wspierania trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, w przypadku osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, stanowi wyzwanie dla teoretyków i praktyków

dyscyplin pokrewnych psychologii – pedagogów, polityków społecznych, specjalistów zarządzania i innych.

Hasła społecznej odpowiedzialności biznesu, istniejące w wielu polskich firmach kodeksy etyczne nie zawsze pokrywają się z faktycznymi działaniami w kierunku poprawy relacji międzyludzkich w miejscu pracy, uczciwości wobec partnerów biznesowych czy sprawiedliwego traktowania samych zatrudnionych. Filek (2001) podkreśla, że wielokrotnie tworzy się tylko etyczny obraz firmy, sztucznie kreuje się poprawny wizerunek publiczny, który ma, niestety, mało wspólnego z rzeczywistością.

Na szczęście, obserwując trendy na polskim rynku pracy, widoczne stają się coraz częściej faktyczne działania społecznie odpowiedzialne, w ramach wdrażanych przez firmy prywatne długofalowych przedsięwzięć, obejmujących wszystkich interesariuszy. Zaczyna przybywać ekspertów zajmujących się tą problematyką i coraz szerzej transferowane są rozwiązania zaczerpnięte z dobrych praktyk zagranicznych. Korzystanie z takich pozytywnych wzorów pozwala uniknąć popełnianych zwykle błędów, ogranicza czas wdrażania przejętych od partnerów rozwiązań i, co najważniejsze, umożliwia stosowanie tylko tych instrumentów, które wiążą się z wysoką skutecznością.

Zasada społecznej odpowiedzialności biznesu realizowana jest w przedsiębiorstwach z różnych powodów. Argumenty ideologiczne często nie przemawiają do Polaków-być może można ich przekonać argumentami ekonomicznymi, jako że etyczne postępowanie przedsiębiorstw odzwierciedla się często w ich sukcesie finansowym (por. Chudzicka-Czupała, 2013). Jakikolwiek nie byłyby te powody, niezależnie od intencji i motywacji właścicieli firmy, realizacja wizji społecznej odpowiedzialności przekłada się na realne i znaczące wyniki, pozwalające na rozwiązywanie problemów społecznych w regionie. Podejmowanie przedsięwzięć z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu, przyczynia się w konsekwencji do wzrostu wartości rynkowej przedsiębiorstwa. Służąc człowiekowi i otoczeniu, organizacja zwiększa szansę na poprawę własnych wskaźników ekonomicznych, sprzyjając tym samym poprawie wyników finansowych osób zatrudnionych. Uważamy, że świadomość wagi kwestii etycznych w zachowaniach organizacyjnych i praktykach biznesowych jest kluczowa.

BIBLIOGRAFIA

- Dobrowolska M. (2012), *CSR z doświadczeń lokalnego przedsiębiorcy*, w: Adamus – Matuszyńska A., Maćkowska R., red.: *Public relations – doskonalenie procesu komunikowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice, s. 185-210
- Dobrowolska M. (2012), *Psychological aspects of corporate social responsibility in light of social and vocational integration of groups threatened by social exclusion – a case study*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 112
- Chudzicka-Czupała A. (2013), *Etyczne zachowanie się człowieka w organizacji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Dymowski J., Szymańska M. (2009), *CSR Społeczna odpowiedzialność biznesu. Raport specjalny*, „Brie”, nr 113/2.

- Grzegorzewska-Ramocka E. (2001), *Cele społeczne przedsiębiorstwa, a kierunki inwestowania*, „Handel Wewnętrzny”, nr 4-5.
- Nakonieczna J. (2008), *Społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw międzynarodowych*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin sp. z o.o., Warszawa.
- Olędzki J., Tworzydło D. (red.) (2009), *Leksykon public relations*, Wyd. Newline Sp. z o.o., Rzeszów.
- Paliwoda-Matiolańska A. (2009), *Odpowiedzialność społeczna w procesie zarządzania przedsiębiorstwem*, Wyd. C.H. Beck Sp. z o.o., Warszawa.
- Pisz Z., Rojek-Nowosielska M. (red.) (2009), *Społeczna odpowiedzialność biznesu. Uwarunkowania, kontrowersje, dobre i złe praktyki*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 42, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Rok B. (red.) (2003), *Menadżerowie 500 i odpowiedzialny biznes. Raport*, Wyd. Forum Odpowiedzialnego Biznesu, Warszawa.
- Sawicka A., Lepka J., Ptak A. (red.) (2003), *Przedsiębiorstwa w krainie działań społecznych*, Wyd. Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa.
- Tarczydło B. (2010), *Społeczna odpowiedzialność biznesu. Wybrane przykłady*, (red.) Stankiewicz J., *Społeczne wymiary zarządzania nowoczesnymi przedsiębiorstwami*, Wyd. Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra
- Żemigała M. (2007), *Społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa. Budowanie zdrowej, efektywnej organizacji*, Oficyna Kluwer Polska Sp. z o.o., Kraków.



Bernadetta Izydorzyc

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
E-mail: b.izydorzyc@interia.pl

Małgorzata Dobrowolska

Uniwersytet Śląski w Katowicach
E-mail: malgorzata.dobrowolska@us.edu.pl

Wzorce więzi emocjonalnej w
dzieciństwie a relacje społeczne
w rodzinie i pracy osoby dorosłej /
*Emotional bond pattern and social relations
in family and at work in adult life*

Abstract

The article presents a growing interest in bond theories. It explains the connection between functioning in social relations and emotional style (results from child experience) which people need to build the relationships. It describes contemporary bond theories and metallization.

Keywords: emotional bond, social relations

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest wskazanie na rosnące w praktyce psychologicznej i psychologii społecznej zainteresowanie teoriami więzi, tłumaczącymi zależność pomiędzy funkcjonowaniem w różnorodnych relacjach społecznych a wynikającym z doświadczeń dziecięcych, stylem budowania emocjonalnej więzi osoby w jej relacjach z innymi ludźmi.

Współczesny człowiek w swej sytuacji zawodowej i rodzinnej rodzinie łączy w realizacji owych aktywności wiele ról osobistych, zawodowych, społecznych. Wszystkie z wymienionych ról wymagają wieloaspektowego funkcjonowania osoby w sytuacji społecznej i tym samym nawiązywania poprawnych relacji społecznych tj. takich, w których osoba realizuje potrzeby indywidualne i spełnia adekwatnie do nich i sytuacji, standardy społeczno-kulturowe. Nawiązując do konstruktywnego (satisfakcjonującego) funkcjonowania osoby w grupie społecznej (jest nią także grupa zawodowa w organizacji i strukturze środowiska pracy i rodziny), warto wskazać na znaczenie potrzeby budowania od dziecięcych lat życia, więzi społecznej. Z drugiej strony w procesie budowania więzi społecznej należy uwzględnić

konieczność stałego i wieloletniego, psychologicznego procesu konstruowania w relacjach z innymi ludźmi, prawidłowej (empatycznej, akceptującej potrzeby własne i innych) więzi emocjonalnej. Dotychczasowe więzi uczuciowe z innymi ludźmi stanowią swoistą bazę do kształtowania się i nawiązywania pozytywnych bądź negatywnych relacji społecznych, szczególnie w relacjach z bliskimi i znaczącymi dla osoby ludźmi. Pozytywne lub negatywne rodzaje więzi emocjonalnej (uczuciowej) tworzą się szczególnie w relacjach środowiska rodzinnego. Emocjonalne więzi między ludźmi stanowią istotny element wpływający także na budowanie społecznych relacji, nawiązywanych w środowisku pracy. Tworzące się negatywne lub pozytywne więzi społeczne dotyczą zarówno wzorców relacji interpersonalnych ze współpracownikami, relacji z przełożonymi oraz wszystkich innych relacji, jakie nawiązuje osoba w szeroko rozumianym środowisku pracy.

Jakość więzi emocjonalnej i powstającego także w związku z nią wzorca więzi społecznej to zagadnienia, które są istotne zarówno z perspektywy psychologii klinicznej, jak i społecznej. Sposób, w jaki osoba realizuje swoje społeczne relacje w sytuacjach codziennego życia w nauce, pracy i rodzinie, implikuje trudności w budowaniu więzi z innymi ludźmi oraz może sprzyjać ujawnianiu nieprawidłowych zachowań społecznych np. pogłębiającej się alienacji relacji z ludźmi, reakcji impulsywnych, agresywnych i innych, nie sprzyjających realizacji potrzeb zarówno jednostki, jak i potrzeb otoczenia społecznego. Zachowania powyższe, z definicji, w zależności czego dotyczą, należą do aspołecznych i/lub antyspołecznych.

WSPÓŁCZESNE TEORIE WIĘZI I MENTALIZACJI – ZARYS PROBLEMU

Ujawniające się różnorodne trudności w budowaniu emocjonalnej więzi i interpersonalnej relacji osoby w szeroko pojętej sytuacji społecznej w pracy czy rodzinie, można wyjaśniać z perspektywy wielu psychologicznych teorii. Ciekawym i godnym uwagi naukowym stanowiskiem, tłumaczącym zjawisko zaburzeń w rozwoju emocjonalnej więzi i społecznych relacji są współczesne teorie więzi (Bowlby, 1982, 1985, 1988, 1991) oraz teoria mentalizacji (Fonagy i in. 1991, 2008, 2011; Adamczyk, 2013; Górska, Marszał, 2014).

Wspomniane powyżej psychologiczne teorie uznają znaczący wpływ powstałych wczesnodziecięcych wzorców więzi emocjonalnych i społecznych na rozwijające się w dalszej kolejności, wzorce relacji społecznych osoby, w jej szeroko pojętym środowisku życia (nauki, pracy i rodziny). Jakość wczesnodziecięcych więzi uczuciowych dziecka i ich konsekwencje dla późniejszego funkcjonowania społecznego i emocjonalnego to problem ważny dla rozumienia różnorodnych nieprawidłowości występujących w zachowaniu osób w sytuacji pracy (w rolach pracownika, zarządzającego), czy też funkcjonowania w rolach życia rodzinnego (męża, żony, rodzica, syna, córki, brata, siostry i innych).

Począwszy od teorii relacji z obiektem reprezentowanych m in. koncepcjami Melanie Klein, Otto Kernberga, Margaret Mahler, Williama Ronalda Doddsa Fairbairna, Donalda Winnicotta (Grzesiuk, 2005) po teorie przywiązania Johna Bowlby'ego (1982, 1988, 1985, 1991), aż do współczesnych badaczy teorii więzi,

problematyka przywiązania jest stale weryfikowana w różnych kontekstach klinicznych oraz społecznych. Teorie przywiązania i budowania więzi budzą zainteresowanie także z perspektywy oceny siły wpływu wzorca przywiązania i budowania więzi uczuciowych na zachowania społeczne i wzorzec relacji interpersonalnych w środowisku. Sroufe i in. (2000), wskazują, że „zaburzenia związków uczuciowych, będąc czymś więcej niż czynnikiem ryzyka, mogą stać się prekursorem indywidualnej psychopatologii, poprzez rolę jaką odgrywają w ustanawianiu fundamentalnych wzorców regulacji emocji. Mogą być początkiem, prowadzących do zaburzeń, ścieżek rozwojowych” (2000).

Analizując problem zdrowia psychicznego i tworzonych na jego podstawie wczesnodziecięcych więzi społecznych Bowlby wskazywał, że „osiągnięcie zdrowia psychicznego wymaga aby niemowlę i małe dziecko doświadczyło cieplej, intymnej i nieprzerwanej relacji z matką lub jej stałym substytutem” (Bowlby, 1951, s.13, za Bretherton, 1992). W teorii przywiązania wskazuje się na ważność internalizacji powtarzających się interakcji z opiekunem, wpływających tym samym na wzorzec kształtowania się u dziecka wewnętrznych struktur spostrzegania siebie i świata (Bowlby 1982, 1985, 1988, 1991). Brak możliwości wytworzenia emocjonalnej więzi pomiędzy dzieckiem a jego opiekunami, znacząco dezorganizuje budowanie związków z innymi ludźmi w dalszym codziennym życiu oraz sprzyja nieufności i niepewności w funkcjonowaniu psychospołecznym dorosłej już osoby.

W praktyce klinicznej i procesie diagnozowania czy analizowania przyczyn zaburzeń i zakłóceń różnorodnych aspektów komunikacji społecznej, często pomijane jest znaczenie wspomnianego już na wstępie tematu pracy, specyfiki ujawnianego wzorca emocjonalnej relacji oraz wzajemnych interakcji pomiędzy rodzicami (lub innymi ważnymi opiekunami), a dzieckiem we wczesnym okresie jego rozwoju, w procesie budowania przyszłych relacji z otoczeniem społecznym w rodzinie i środowisku pracy osoby dorosłej.

Teoria przywiązania Bowlby'ego stała się inspiracją dla wielu współczesnych badaczy, tworzących koncepcje rozwoju emocjonalnego podkreślających ważność wzorów przywiązania w różnych okresach życia (Sroufe, 1995; Crittenden, 1997; Solomon, George, 1999). We współczesnej psychologii rozwojowej teoria przywiązania i jej implikacje mają szczególne zastosowanie w rozumieniu psychopatologii procesów rozwojowych (Cassidy, Shaver, 1999).

Diagnoza specyfiki rozwoju wczesnodziecięcych więzi uczuciowych doświadczonych i ukształtowanych jako wzorce emocjonalnego reagowania pozwala na uzyskanie informacji, dotyczących charakteru wzorców funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego i społecznego (Schaffer, 1994) w życiu zawodowym, rodzinnym i społecznym w ogóle. Powstające trudności w formowaniu więzi emocjonalnych osłabiają zdolności do pozytywnego rozwiązywania kolejnych kryzysów rozwojowych i utrudniają integrację życiowych doświadczeń, powodując narastające trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym osoby (Logan, 1986).

Analiza więzi dziecka z osobami znaczącymi pozwala lepiej zrozumieć i wyjaśnić podatność dziecka na negatywny wpływ różnego rodzaju czynników psy-

chologicznych związanych ze stylami przywiązania na dalszy rozwój jednostki. Teorie więzi opisując źródła tworzenia się patologii wzorców relacji społecznych w kontaktach z innymi ludźmi wskazują na znaczenie zniekształceń opracowania poznawczego stanów afektywnych w związku z doświadczonymi przez osobę deficytami emocjonalnej więzi. Przedstawianą perspektywę rozwoju zakłóceń i zaburzeń w komunikacji społecznej wspiera w swoich głównych założeniach współczesna teoria mentalizacji Petera Fonagy'ego. Teoria ta wskazuje, że powstałe zniekształcenie mentalizacji stanów umysłu własnego i innych ludzi mogą być źródłem zaburzeń osobowości (Fonagy, 1991; Choi-kain, Gunderson, 2008; Bate-man, Fonagy P., 2010).

Jak wskazuje teoria więzi i mentalizacji powstałe w dzieciństwie wzorce przywiązania to swoiste struktury poznawcze reprezentujące wzajemne relacje i emocje doświadczane w kontaktach z głównymi postaciami przywiązania. Z czasem wzorce te zaczynają kierować zachowaniem w kolejnych etapach życia we wszystkich emocjonalnych relacjach. Z tego powodu wzorce te ujawniają się w komunikacji społecznej i wzorcach tej komunikacji z innymi ludźmi, nie tylko w systemie rodzinnym ale także w strukturach organizacji pracy.

Reasumując, więzi z rodzicami (opiekunami) są istotne w prawidłowym rozwoju psychicznym oraz stanowią prototyp późniejszych relacji międzyludzkich. Zgodnie z teoriami więzi, zaburzenia psychiczne są związane z niewłaściwie ukształtowaną strukturą osobowości oraz deficytami w relacjach z ważnymi osobami (tzw. obiektami) we wczesnym dzieciństwie.

Brak lub deficyt więzi z osobą znaczącą stanowią istotny element funkcjonowania osobowości, rzutując na najważniejsze obszary życia uczuciowego - rodzicielstwo, przyjaźń oraz związki miłosne. To, jak jednostka sprawdzi się w roli ojca, matki zależy w dużej mierze od wzorców przejętych od opiekunów, rodziców. W jaki sposób osoba doświadczy związków partnerskich może również zależeć od specyfiki wzorców wczesnodziecięcego przebiegu procesu przywiązania do opiekuna i/ lub rodzica. Odmienna historia rozwoju więzi uczuciowej u poszczególnych osób staje się przyczyną różnych sposobów reagowania emocjonalnego w związkach partnerskich, począwszy od ujawniania w nich wzorca opartego o emocje pozytywne (tj. czułość, troskliwość i zaufanie), po ujawnianie a wzorców negatywnego reagowania w relacji z partnerem (strach przed bliskością, nadmierną zazdrość, wahania nastroju itp.).

Znaczenie wczesnodziecięcych wzorców przywiązania i emocjonalnego reagowania pozostaje także ważnym elementem w badaniach neuropsychologicznych. Wskazuje się w nich, że wewnętrzny wzorec emocjonalnego przywiązania jest związany z regulacją stanów motywacyjnych oraz afektywnych działaniem prawej półkuli (Schore, 2009). W literaturze spotykamy wyniki badań potwierdzających znaczenie komunikacji reprezentowanej we wzorcu bezpiecznego przywiązania w procesie dojrzewania układu limbicznego, regulującego i przetwarzającego społeczno – emocjonalne bodźce (Schore, 2009).

Teoria przywiązania i Bowlby'ego stałą się inspiracją dla M. Ainsworth (1978), która w nawiązaniu do niej, opracowała 3 style emocjonalnego przywiązania dziecka względem rodzica (opiekuna): styl bezpieczny, lękowo-ambiwalentny oraz unikający. Najbardziej pożądanym u dziecka tzw. styl bezpieczny cechuje się zaufaniem dziecka w stosunku do obiektu przywiązania oraz przekonaniem o jego dostępności, wrażliwości oraz gotowości do udzielenia wsparcia i opieki. Opiekun (rodzic) pełni rolę „bezpiecznej bazy”, przy której odkrywa otoczenia i nabiera przekonania o własnej wartości i zasługiwaniu na miłość. Styl przywiązania emocjonalnego oparty o poczucie bezpieczeństwa u dziecka łączy się z odczuwaniem satysfakcji z bliskiej emocjonalnie relacji między dzieckiem i jego opiekunem (rodzicem). W takim stylu przywiązania i budowania więzi uczuciowej dziecko a potem osoba dorosła ma rozwinięte przekonanie o dostępności partnera, szczególnie w sytuacji gdy oczekuje ona wsparcia lub pomocy. Osoba doświadczająca bezpiecznego stylu przywiązania w dzieciństwie ujawnia mniejszy opór przed odkrywaniem się i budową zaufania w relacjach interpersonalnych w środowisku społecznym (np. w relacjach ze współpracownikami czy też autorytetami, przełożonymi w środowisku pracy). Osoby z wykształconym tzw. bezpiecznym stylem emocjonalnym przywiązania nawiązują w sposób bardziej otwarty komunikację z drugim człowiekiem, z zachowaniem świadomości i refleksji, iż zostanie się wysłuchanym oraz wspieranym przez drugą osobę w kontakcie społecznym. Cechą znaczącą nawiązywanych relacji omawianego wzorca budowania więzi jest odczuwana przez osobę satysfakcja z emocjonalnej bliskości, empatii i poczucie bezpieczeństwa.

Odmiernym w sposobie budowania późniejszych uczuciowych więzi z innymi ludźmi jest wykształcony z dzieciństwa styl przywiązania nazywany lękowo – ambiwalentnym. Taki wzorzec emocjonalnego przywiązania charakteryzuje się doświadczaniem przez dziecko niepewności co do stałości i bezpiecznej dostępności rodzica (opiekuna). Dziecko funkcjonuje z permanentnie odczuwanym brakiem poczucia bezpieczeństwa i pewności, że rodzic (opiekun) udzieli mu pomocy czy wsparcia w sytuacji kiedy zajdzie taka potrzeba. Osoba prezentująca taki wzorzec przywiązania odczuwa lęk przed rozstaniem, (utrata) opiekuna. Ten stan emocjonalny powoduje, że dziecko nie jest nastawione na eksplorację społecznego otoczenia. W okresie życia dorosłego w sytuacjach rodzinnych czy związanych ze środowiskiem pracy, osoba rozwijająca w relacjach społecznych styl (wzorzec) lękowo – ambiwalentny zwykle prezentuje stały niepokój i lęk o trwałość związku z bliską jej osobą (np. partnerem) bądź znaczącą dla niej osobą (np. autorytetem, przełożonym w środowisku pracy). Tak osoba prezentuje zwykle nadmierną czujność oraz obawę o występujący brak atrakcyjności związku u partnera bądź bycia atrakcyjnych, potrzebnym, czy akceptowanym pracownikiem. Przedstawione powyżej utrwalone lękowe i ambiwalentne postawy wobec relacji z innymi ludźmi są stymulowane szczególnie w sytuacji, gdy zachowania drugiej osoby nie są zgodne z oczekiwaniami (np. gdy partner, autorytet, przełożony) nie jest wystarczająco dla partnera relacji wspierający. Często powyższe obawy i poczucie emocjonalnego odrzucenia może wynikać z braku poczucia bezpieczeństwa jednego z partnerów relacji społecznej, o której mowa wyżej.

Drugim odmiennym od bezpiecznego stylu przywiązania jest styl nazywany unikającym. Wzorec budowania uczuciowej więzi w oparciu o styl unikający posiada swe źródła rozwoju w doświadczaniu niedostępności rodzica (opiekuna) w sytuacji zagrożenia lub braku wrażliwości rodzica (opiekuna) na sygnały płynące ze strony dziecka. W konsekwencji takiego wzorca emocjonalnej relacji z rodzicem (opiekunem) dziecko czuje się odrzucone, nieakceptowane, co powoduje unikanie bliskiego kontaktu, aby nie doświadczyć ponownego „emocjonalnego zranienia” (Wojciszke, 2004). Styl unikający cechuje się brakiem tendencji do tworzenia bliskich, otwartych relacji z partnerem, współpracownikiem, autorytetem i innymi osobami, z którymi osoba pozostaje ze względu na sytuację w kontakcie społecznym.

Osoba o takim stylu przywiązania często prezentuje stan nadmiernego podenerwowania, niepewności, braku spontaniczności, otwartości, szczególnie kiedy partner relacji zmierzać będzie do budowania coraz większej bliskości (współpracy, przyjaźni).

Poza wymienionymi powyżej trzema stylami przywiązania w literaturze wymienia się także w związku z prowadzonymi badaniami dotyczącymi rozwoju przywiązania i jego roli w dorosłym życiu, także inne typy przywiązania w relacji. Bartholomew i Horowitz (1991) wskazują i wyróżniają wyróżnienie cztery typy przywiązania u dorosłych: pozytywny: pewny-ufny (*secure*); pozytywny: unikający (*dismissing*) oraz negatywny: zaabsorbowany (*preoccupied*) i negatywny: lękowy (*fearful*).

Wytworzone zgodnie z wymienionymi powyżej stylami przywiązania Ainsworth (1978) i Bartholomew i Horowitz (1991) wewnętrzne reprezentacje relacji mają istotne znaczenie dla naszego funkcjonowania emocjonalnego i społecznego w relacjach społecznych. Wzorce wewnętrzne relacji przywiązania mają swój udział w determinowaniu poznawczego opracowania otrzymywanych informacji ze środowiska. Opracowanie poznawcze wpływa na ocenę i postrzeganie siebie: pozytywne (człowieka wartego miłości, akceptacji i wsparcia) lub negatywne (człowieka niewartego miłości, akceptacji i wsparcia) oraz postrzeganie innych: jako godnych zaufania i przystępnych lub niegodnych zaufania.

Z jednej strony ukształtowane na podstawie wczesnodziecięcych interakcji różne style (wzorce) przywiązania pozwalają wyjaśnić różnorodność wzorców reagowania w relacjach społecznych, z drugiej zaś strony wskazują na różnorodność wzorców rozwoju struktury osobowości (Dacko, 2011). Zarówno psychologia kliniczna, jak i psychiatria kliniczna są zgodne co do tego, że zaburzenia osobowości posiadają w genezie i symptomatologii, zróżnicowane psychologiczne mechanizmy, wynikające z deficytów emocjonalnych trudności w budowaniu więzi z innymi ludźmi (Cierpiałkowska, 2014; Gabbard i in., 2013). Wiedza naukowa na temat psychologicznych mechanizmów zaburzeń osobowości wskazuje dla przykładu, że osoba z zaburzeniami osobowości histrionicznej czy borderline będzie prezentowała częściej wzorec reakcji impulsywnych i nawiązywała będzie powierzchowne reakcje emocjonalne. Osobie z cechami osobowości narcystycznej bliski będzie

w relacji z innymi ludźmi wzorzec reakcji omnipotentnych, nieempatycznych, potwierdzający wielkościowościowe Ja osoby narcystycznej. W tym przypadku możemy spodziewać się braku empatii w relacji, podatności na "emocjonalne zranienie" i braku rozpatrywania w kontakcie społecznym potrzeb partnera relacji. Roszczeniowa postawa społeczna oraz poczucie bycia lepszym mogą wspierać utrzymanie i ochronę wielkościowego Ja. Partner relacji osoby narcystycznej (będącej w roli pracownika, podwładnego czy przełożonego, współmałżonka, kolegi) nie będzie w relacji podmiotowej tj. nie będą uwzględniane jego potrzeby i wyrażane zdanie. Ograniczenia w dostępności do empatii w relacji z osobą narcystyczną (od narcyzmu o cechach neurotycznych do narcyzmu głębokiego nazywanego często złośliwym) korelują z wykształconymi w okresie dzieciństwa stylami przywiązania opartymi o brak poczucia bezpieczeństwa i deficyty emocjonalne. Ten wzorzec powielany jest w relacjach z innymi ludźmi w różnych sytuacjach społecznych.

Z kolei osoba z osobowością schizoidalną częściej prezentować będzie w relacjach społecznych styl przywiązania oparty o unikanie relacji oraz alienację społeczną. Realizacja potrzeb emocjonalnych osoby schizoidalnej nie będzie uwzględniała potrzeb partnera relacji a ilość nawiązywanych bliskich emocjonalnie relacji będzie bardzo ograniczona. Społeczne relacje osoby schizoidalnej zwykle nie są ukierunkowane na realizację potrzeb partnera relacji.

W przypadku spotkania w relacji społecznej osoby z osobowością lękliwą (unikającą) możemy oczekiwać, iż jest to osoba prezentująca najczęściej wzorzec nieufności, wstydu i lęku w relacji reakcji wobec otoczenia społecznego. Niemniej jednak zachowana u takiego człowieka, zdolność do empatii przy współistniejącej możliwości redukcji lęku w sytuacji powrotu poczucia bezpieczeństwa, dają możliwość nawiązania relacji społecznej, w której potrzeby obu stron będą realizowane.

ZAKOŃCZENIE

Podsumowując dotychczasowe rozważania na temat wpływu ukształtowanego we wczesnym dzieciństwie stylu przywiązania, warto podkreślić, że dzieci doświadczające bezpiecznego przywiązania potrafią bezpośrednio i swobodnie wyrażać swoje potrzeby, czego nie ujawniają dzieci przejawiające w relacji z opiekunem unikający styl przywiązania (gdzie emocje i zachowania przywiązaniowe są tłumione) i ambiwalentny (gdzie są one wyolbrzymiane). Z perspektywy rozwoju dziecka utrwalony wewnętrzny wzorzec relacji oparty o bezpieczne przywiązanie z rodzicem (opiekunem) tworzy prawidłowe środowisko do rozwoju emocjonalnego dziecka i stanowi bazę do dalszego rozwoju uczuciowego człowieka w kolejnych latach jego życia.

Uznając ważność relacji z rodzicami i opiekunami we wczesnym dzieciństwie i ich wpływ na tworzenie się bliskich więzi w dorosłym życiu oraz zdrowie psychiczne jednostki, należy zwrócić uwagę, że wzorzec emocjonalnego przywiązania podlega w życiu stałej ewaluacji i zmianie pod wpływem doświadczeń społecznych. Zdobyte w relacjach społecznych doświadczenia w połączeniu ze wsparciem wzorców rodziny (małżonka, przyjaciół, innych bliskich emocjonalnie osób), środowiska nauki czy pracy (przełożonych, współpracowników, autorytetów) korygują utrwa-

lone wzorce reagowania i funkcjonowania osoby w jej związkach interpersonalnych. Z jednej strony mamy możliwość opracowania poznawczego i korzystania z teorii uczenia się w procesie kształtowania naszych emocji, zachowań i reakcji w środowisku społecznym. Z drugiej strony nasza osobowość i możliwości mentalizacji tj. utrwalona aktywność umysłowa umożliwia nam spostrzeżenie, uświadomienie sobie i interpretowanie ludzkiego zachowania w kategoriach intencjonalnych stanów umysłu, takich jak potrzeby, pragnienia, uczucia, wierzenia, przekonania, cele, zamiary, przyczyny, powody itp. Obok teorii więzi taką perspektywę naszego rozwoju i nawiązywania relacji społecznej rozwija współczesna teoria mentalizacji P. Fonagy'ego (Allen i in. 2008; Adamczyk, 2013; Górska, Marszał, 2016). Zdolność do mentalizacji odgrywa znaczącą rolę w codziennym życiu, umożliwiając i ułatwiając rozumienie zdarzeń społecznych i tworzenie więzi interpersonalnych, poszukiwanie współpracowników i pomocników. Zdolność do mentalizacji poprawia komfort życia, decyduje o zdrowiu, a nawet fizycznym przetrwaniu, jej deficyt może być uogólnionym markerem psychopatologii: autyzmu, poważnych patologii osobowości (borderline, osobowość dyssocjalna, zaburzenia odżywiania się) i innych problemów emocjonalnych (Adamczyk, 2013, Górska, Marszał, 2014). Teoria mentalizacji jest osadzona w teorii przywiązania i kontynuuje myśl J. Bowlby'ego, Ainsworth. wg. Allena, Fonagy'ego, Batemana (2008, 2011) zdolność mentalizacji jest tworem dynamicznym, kształtowanym w procesie rozwoju w relacji z opiekunami, zależy od nabytych umiejętności i podlega nieustannym wpływom środowiska, czyli jest ściśle powiązana z poziomem aktualnie doświadczanego stresu i pobudzenia emocjonalnego. Mentalizowanie uznawane jest jako ważnym aspekt poznania społecznego (Fonagy, P, Luyten, 2010; Frith, 2012). Fonagy i współpracownicy (2007, 2011) wskazują, że dziecko rozwija kontrolującą funkcję uwagi i zdolność do samoregulacji w procesie modelowania tych procesów przez opiekunów. Samokontrola i internalizacja zdolności regulacyjnych są osadzone we wzajemnej empatii, wrażliwości i gotowości do współpracy istniejącej między dzieckiem i jego opiekunami. Z regulacją stresu i pobudzenia związana jest aktywacja i dezaktywacja systemu przywiązania.

Zatem zarówno współczesne teorie przywiązania, więzi, jak i mentalizacji potwierdzają znaczenie wczesnodziecięcych doświadczeń w budowaniu wzorców więzi z rodzicem (opiekunem) z ich wpływem na kształtowanie się wzorców relacji z szeroko pojętym otoczeniem społecznym w późniejszym okresie życia człowieka. Wzorce więzi emocjonalnej w dzieciństwie odzwierciedlają się w relacjach społecznych zarówno w środowisku rodzinnym i środowisku pracy osoby dorosłej.

LITERATURA

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates. (tłum. M. Stobiecka)
- Allen, J. G, Fonagy, P, Bateman, A.W. (2008). Introduction. W: Allen, J.G, Fonagy P, Bateman, A. W. (red.) *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008, s. 1–24.
- Adamczyk, L. (2013). *Mentalizacja*. cz. 1: Wprowadzenie do zagadnienia. *Wymiary mentalizacji*. *Psychoterapia*, 3 (166), 25–36

- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9 (1), 11–15.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss: Volume 1. Attachment*. Penguin Books
- Bowlby, J. (1973/1985). *Attachment and Loss: Volume 2. Separation. Anxiety and Anger*. Penguin Books.
- Bowlby, J. (1988). *Secure Base. Clinical applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1980/1991). *Attachment and Loss: Volume 3. Loss. Sadness and Depression*. Penguin Books.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28 s. 759-775 (tłum. M. Stobiecka).
- Cassidy, J., Shaver, Ph., R. (1999). *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Application*. The Guilford Press.
- Choi-kain, L. W., Gunderson J. G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 165, 1127–1135.
- Cierpiałkowska, L., Soroko, E. (2014). *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań, Wyd. Uniwersytetu Adama Mickiewicza, ISBN 978-83-232-2698-7
- Crittenden, P. (1997). Patterns of Attachment and Sexual Behavior: Risk of Dysfunction versus Opportunity for Creative Integration. W: Atkinson, L., Zucker, K. (red.) *Attachment and Psychopathology*. The Guilford Press
- Dacko M. (2011). Zaburzenia osobowości a styl przywiązania u osób w bliskich związkach partnerskich. *Curr Probl Psychiatry* 2011; 12(4): 428-432
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int. J. Psychoanal.* 72, 639–656.
- Fonagy, P, Bateman A.W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *J. Ment. Health*, 16(1): 83–101.
- Fonagy, P, Bateman, A.W. (2008). Introduction. W: Fonagy P, Bateman A.W, red. *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008, 1–24.
- Fonagy, P, Bateman, A.W. Luyten, P. (2011). Introduction and overview. W: Bateman, A.W, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 3–42.
- Fonagy, P, Luyten P. Mentalization: understanding borderline personality disorder (2010) w: Fuchs Th, Henningsen P, Sattel H, red. *The embodied self: dimensions, coherence and disorders*. Stuttgart: Schattauer, 260–278.
- Frith CD. (2012). The role of metacognition in human social interactions. *Phil. Trans. Royal Society* 2012; 367: 2213–2223.
- Gabbard, G. O., Clarkin J.F., Fonagy, P (2013). *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, ISBN: 978-83-233-3448-4
- Górską, D., Marszał, M. (2014) Mentalizacja i teoria umysłu w organizacji osobowości borderline – różnice pomiędzy afektywnymi i poznawczymi aspektami poznania społecznego w patologii emocjonalnej. *Psychiatria Polska Psychiatr. Pol.* 2014; 48(3): 503–513 PL ISSN 0033-2674 www.psychiatriapolska.pl
- Grzesiuk L. (2005). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteya.
- Horowitz L.M, Bartholomew K. (1991) - „Attachment Styles Among Young Adults - A Test Of a Four-Category Model”,
- Logan, R. (1986) Rekonceptualizacja teorii Eriksona: powtórzenia wątków egzystencjalnych i instrumentalnych. *Human Development*, 29, s. 125-136 (tłum. A. Brzezińska)
- Schaffer, R. (1994). Wczesny rozwój społeczny. W: Brzezińska, A., Lutomski, G. (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*. Wydawnictwo Zysk i S-ka. (tłum. A. Brzezińska, K. Warchoł).

- Schore A. (2009). Zaburzenia regulacji prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopato genezy stresowego zaburzenia pourazowego. Warszawa; Instytut Psychiatrii i Neurologii
- Solomon, J., George, C. (1999). The Measurement of Attachment Security in Infancy and Childhood. W: Cassidy, J., Shaver, Ph.,R.. (red.), Handbook of attachment. Theory, reaserch and clinical applications., The Guilford Press.
- Sroufe, A. (1995). Emotional Development. The Organization of Emotional Life in the Early Years. Cambridge University Press
- Sroufe, A., Duggal, S., Weinfield, N., Carlson, E. (2000). Relationships, Development and Psychopatology. W: Sameroff, A., Lewis, M., Miller, S. (red.). Handbook of Developmental Psychopathology. Kluwer Academic / Plenum Publishers
- Wojciszke B. (2004). Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Warszawa; Wydawnictwo Naukowe „Scholar”



Agnieszka Labus

Politechnika Śląska
E-mail: agnieszka.labus@polsl.pl

Małgorzata Dobrowolska

Uniwersytet Śląski w Katowicach
E-mail: malgorzata.dobrowolska@us.edu.pl

Samotność osób starszych a cohousing / *Loneliness of elderly and Cohousing*

Abstract

The issue of the article is concerned with two main issues: loneliness and cohousing relating to the contemporary challenges of an aging society. The authors of the article put the thesis that cohousing - understood as a way for the investment, which is the creation of a group of residential units (apartments, houses) of interrelated strict principles, which helps to continuously strengthen the neighborly bonds - may be the response to the loneliness of the elderly.

Keywords: cohousing, loneliness, aging population

WSTĘP. TRENDY MIESZKANIOWE W KONTEKŚCIE STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

W kontekście jednego z największych wyzwań przed jakim stoimy, czyli starzenia się społeczeństwa, poszukiwanie nowych sposobów zamieszkania jest jednym z nadrzędnych priorytetów polityki mieszkaniowej, a zarazem leży w kompetencji władz lokalnych, odpowiedzialnych za zarządzanie miastem oraz architektów i urbanistów, których rola w XXI wieku zaczyna ewaluować z narzucających swoją wizję architektoniczną i odpowiedzialnych wyłącznie za zagadnienia przestrzenne na rzecz mediatorów procesów inwestycyjnych powstania obiektu, łącząc w sobie zagadnienia społeczne,

ekonomiczne i przestrzenne, a nawet prawne. Konsekwencją starzenia się społeczeństwa istotną z punktu widzenia polityki mieszkaniowej są:

- zmiana modelu rodziny, poprzez zanikanie tradycyjnego modelu rodziny wielopokoleniowej (Stachowiak 2012: 130) dzieci często opuszczają dom i rodzice zostają sami na dużej powierzchni mieszkania,
- wzrost ilości singli (30% osób przed 30 r. życia żyje samotnie),

- duże koszty utrzymania samodzielnie gospodarstwa domowego,
- samotność starszych ludzi - znacznie częściej w gospodarstwach jednoosobowych pozostają kobiety (Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2012: 6).
- zróżnicowane modele rodzinne, w których żyją osoby starsze (Szlendak 2010: 475),
- feminizacja starości (kobiety statystycznie żyją dłużej niż mężczyźni),
- zderzenie się z nowymi kulturami w wyniku zmniejszenia się ilości rdzennej ludności w Polsce (Stachowiak 2012: 132).

Trendy te rzutują na sytuację życiową osób starszych, a nowe formy stylu życia wymuszają potrzebę stworzenia alternatywnych do istniejących (domy opieki, domy starców, itp.) form zamieszkania.

Przyjmując wzrost ilości osób starszych w społeczeństwie jako szansę na pozytywne zmiany w strukturze miast, w tym w polityce mieszkaniowej, może przyczynić się do powstania innowacyjnych rozwiązań m.in. w zakresie poszukiwania alternatywnych form zabudowy dla osób starszych, aby zapewnić im jak najlepszą jakość życia, godną i niezależną starość, możliwość integracji oraz współdecydowania o swoim środowisku życia z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb wynikających z wielu czynników.

1. SAMOTNOŚĆ JAKO JEDNO Z NAJWIĘKSZYCH WYZWAŃ XXI WIEKU

1.1 SAMOTNOŚĆ OSOB STARSZYCH

Trendy w wielu państwach europejskich¹ wskazują, że: więcej niż 50% ludzi nie zna swoich sąsiadów; 33% ludzi boi się, że ich rodzice w starszym wieku będą czuć lub czują się samotni; jedna na 3 osoby żyje samotnie; 76% osób w wieku 65+ obawiają się, że są ciężarem dla swoich dzieci; tylko 20% osób starszych jest w kontakcie ze swoimi rodzinami, przyjaciółmi, sąsiadami mniej niż raz na tydzień; 5 milionów osób starszych uważa, że telewizja to ich jedyna rozrywka oraz jedna na pięć osób starszych chciałaby, aby ich dzieci mieszkały bliżej. Ponadto psycholog Johna Cacioppo (Cacioppo, Patrick 2008), światowej sławy ekspert od samotności udowodnił w swoich badaniach, że poczucie samotności może zwiększać u osób starszych ryzyko przedwczesnej śmierci o 14 % oraz podzielił zdrowe związki międzyludzkie na trzy sfery:

- powiązania intymne - łączą nas z osobami, które są nam wyjątkowo bliskie, które kochamy i które również nas darzą uczuciem,
- powiązania z innymi ludźmi, znajomymi - bezpośredni kontakt z nimi daje nam uczucie przyjemności,
- powiązania kolektywne - te dają nam poczucie przynależenia do jakiejś grupy.

Dobre samopoczucie jest wtedy, kiedy doświadczamy związków międzyludzkich w tych trzech strefach.

1 W oparciu o badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii: <https://www.towergateinsurance.co.uk/commercial-property-insurance/is-cohousing-the-future>

1.2. SAMOTNOŚĆ I OSAMOTNIENIE W STAROŚCI

Oczywiście o samotności można pisać z różnych perspektyw, powołując się na opracowania wielu dyscyplin naukowych jak: filozofia, pedagogika, socjologia, gerontologia, psychologia, teologia, itp., bowiem jest to w ogóle element składowy ludzkiego życia, egzystencji. Niezależnie od przyczyny samotności – nieposiadanie biskich więzi, izolacja z wyboru, odosobnienie z przymusu, opuszczenie przez innych, jest to stan przykrego doświadczenia. Skłoność do pogłębienia samotności występuje szczególnie w końcowej fazie życia (Wrótniak, 2015). Wśród wielu definicji i opinii na temat samotności najbardziej adekwatna dla doświadczeń strasznej osoby wydaje się być prezentowana przez J. Gierveld (1998) o nieprzyjemnych lub niedopuszczalnych brakach relacji, znacząco i dotkliwie odczuwanych mniej niż pożądanym relacji z innymi ludźmi. Autor podkreśla, że chodzi tu o ilość i ich jakość. Należy w tym miejscu podkreślić, że samotność w odróżnieniu do osamotnienia może być również stanem pozytywnym. Osamotnienie, jak podkreśla M. Łopatkowa (1983, s. 4) to „*boleśnie odczuwany brak więzi, systematycznego kontaktu z ważną osobą*”. Jej zdaniem starość jest związana z czynnikami zwiększającymi ryzyko doświadczenia właśnie owego dotkliwego osamotnienia. Ten wewnętrzny stan może być powodowany czynnikami obiektywnymi, dlatego opisywane rozwiązania cohousingu wydają się być optymalnym sposobem łagodzenia doświadczanej zarówno samotności, jak i osamotnienia. Niestety osamotnienie może być również związane z odczuwanym wyobcowaniem pomimo fizycznych kontaktów z innymi. Pojęcia: samotności, osamotnienia, samotnego życia, itd. mimo iż nakładają się na siebie, należy traktować jako terminy różne (za: Wrótniak, 2015).

Najczęstszą przyczyną doświadczanych wymienionych konstruktów u osób starszych jest zamieszkiwanie w jednoosobowym gospodarstwie domowym, czyli bycie w większości czasu samemu ze sobą, bez kontaktów z innymi. Rozwiązania cohousingowe są więc pewnego rodzaju lekiem na życie pozbawione więzi społecznych, fizycznych kontaktów z innymi ludźmi.

Wrótniak (2015, s. 90, za: Gielas, 1999, s. 25) podkreśla także, że doświadczanie samotności u osób starszych to wynik niedostatecznego przygotowania się do okresu schyłku kariery i emerytury, zmiany ról związanych z obowiązkami rodzinnymi i wyjściem z domu wychowywanych dzieci, zmiany miejsca zamieszkania lub sposobu zamieszkania w wyniku wyprowadzki dzieci lub śmierci współmałżonka, kalectwa i/lub problemów zdrowotnych, ograniczenia przemieszczania się w najbliższej i dalszej przestrzeni. Autorki podkreślają również znaczenie różnic indywidualnych w doświadczaniu samotności przez osoby strasze różnej płci i różnej biografii, tych co założyli rodziny i tych, którzy nie mieli takiej możliwości, tych którzy wychowywani byli jako jedynacy i tych z dużych, wielodzietnych rodzin. Powszechnie wiadomo, że o samotności w tzw. tłumie możemy mówić zawsze, nawet wówczas gdy osoby starsze zamieszkują DPSy, prywatne domy dla seniorów, ogromne osiedla dla seniorów. Niemniej, w świetle tego co wiemy z teorii i badań na temat samotności w fazie starczej i przedstarczej to czynnikami warunkującymi jej przebieg jest: płeć, wiek, stan cywilny, posiadane dzieci, miejsce zamieszkania – aglomeracja miejska, wiejska, oddalenie od skupisk osób, wykształcenie, adaptacja

do strości, sprawność fizyczna i niezależność społeczno-finansowa, jakość relacji społecznych z rodziną, przyjaciółmi, opieką specjalistyczną (Wrótniak, 2015). Wrótniak (tamże, s. 94-95) dokonał syntezy przyczyn samotności u osób starszych, dzieląc je na siedem grup: czynniki geograficzne, językowe, kulturowe, styl życia, utrata najbliższych i świadomość nieuchronnej śmierci. Kluczowe dla doświadczania samotności, wymieniane na pierwszym miejscu są kwestie mieszkaniowe, szczególnie istotne dla osób starszych. To w jakich warunkach i jak doświadczają zamieszkiwaną przestrzeń seniorzy warunkuje ich samopoczucie psychiczne.

1.3 FEMINIZACJA STAROŚCI, CZYLI SAMOTNE STARSZE KOBIETY W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH

W wielu krajach europejskich około 70% starszych kobiet żyje samotnie (w wieku 65 lat bardziej narażone na samotność są kobiety (69%), a odsetek wzrośnie z 63% w grupie od 65 do 74 wieku do 76 % w grupie wiekowej 85 i więcej). Sytuacja wygląda podobnie w Polsce, gdzie mamy do czynienia z singularyzacją w starości, której wyrazem jest wysoki odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Według prognoz GUS, w 2030 r. ogółem aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 i więcej lat (GUS 2010). Oznacza to, że samotnie w swoich gospodarstwach domowych pozostawać będzie odpowiednio 2740 tys. osób w wieku 65 i więcej lat, w tym 887 tys. osób w wieku 80 lat i więcej. Znacznie częściej w gospodarstwach jednoosobowych pozostają kobiety. Wynika to m.in. ze współczynnika długości życia kobiet i mężczyzn, ponieważ statystycznie kobiety żyją dłużej niż mężczyźni (feminizacja starości - średnie dalsze trwanie życia mężczyzny w wieku 60 lat wzrosło w drugiej połowie XX wieku i w początkach XXI wieku o 3,1 roku, a kobiety o 5,9 lat), zmienia się struktura gospodarstw domowych (więcej wdów, singularyzacja starości, zanika model rodziny wielopokoleniowej, itp.) (Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2012: 5).

Trendy te przyczyniają się do: hiper-izolacji osób starszych i związanego z tym wzrostu poziomu stresu. Starsze kobiety są znacznie bardziej dyskryminowane pod względem społeczno-gospodarczym w całym swoim życiu niż mężczyźni, czego konsekwencją jest także niższe zaplecze finansowe, niższe emerytury w podeszłym wieku (Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2012: 6). Starsze kobiety częściej także cierpią na przewlekłe choroby, ponieważ żyją dłużej niż mężczyźni, więc ich środowisko życia powinno respektować zarówno fizyczne, jak i społeczne aspekty codziennego życia. Przestrzeń domowa, powinna uwzględniać w większym stopniu kwestie wieku i płci kulturowej (Moss 1997). Badania pokazują, że wiele osób starszych żyje w złych warunkach, w wielu krajach europejskich osoby starsze żyją w zadbanych domach opieki społecznej i domach starców, ale czują się samotni i ograniczani, stąd tak ważne jest znalezienie na starość odpowiedniej opcji mieszkaniowej (Durrett 2009, 3). Wyniki NSP 2011 w Polsce (podobnie jak spis powszechny z 2002 roku) wskazują, że czynnikami zasadniczo różnicującymi sytuację rodzinną oraz zamieszkania ludzi starszych są płeć i wiek. Różnice pokoleniowe, pochodzenia, doświadczenia i oczekiwania są również ważnym aspektem

w kontekście tworzenia warunków zamieszkania dla dzisiejszego i przyszłego pokolenia ludzi starszych. Trendy te pokazują, że istnieje silna potrzeba (bardziej niż kiedykolwiek) stworzenia nowego rodzaju wspólnot i zabudowy mieszkaniowej w odpowiedzi na starzenie się społeczeństwa.

Wiele badań dowodzi, że życie w przyjaznym otoczeniu może zmniejszyć lub opóźnić konieczność opieki zdrowotnej, a co z tym związane, także kosztów z budżetu państwa (DCLG et al. 2009).

2. COHOUSING JAKO ALTERNATYWNY SPOSÓB ZAMIESZKANIA DLA SAMOTNYCH OSÓB STARSZYCH

Zidentyfikowane trendy i tendencje opisane na początku niniejszego artykułu, które wpływają na politykę mieszkaniową w kontekście starzenia się społeczeństwa tj. zanik rodziny wielopokoleniowej, singularyzacja starości, feminizacja starości, mogą być przyczynkiem osamotnienia osób starszych, a to z kolei jak dowodzi Cacioppo i Patrick (2008) może zwiększać u osób starszych ryzyko przedwczesnej śmierci o 14 %. Stąd wiele państw europejskich w odpowiedzi na te trendy rozwiązanie upatruje w cohousingu, czyli alternatywnym sposobie zamieszkania, w szczególności dla ludzi samotnych i starszych.

2.1 CO TO JEST COHOUSING I SKĄD POCHODZI?

Koncepcja cohousingu ma swoje korzenie w utopijnych, feministycznych i wspólnotowych ruchach z XIX i XX wieku, ale jej korzenie sięgają nawet wcześniej do utopijnych wyobrażeń o idealnym siedlisku opisanych w utopijnych wizjach miasta tj. „Utopia” Tomasza Morusa, w której opisał społeczeństwo, w idealnym stanie, postulując równą edukację dla mężczyzn i kobiet, bez własności prywatnej, czy Phalansteres Charlesa Fouriera, utopijnego socjalistę, według którego idealne miasto to takie, gdzie znajduje się wspólna jadalnia, szkoła, przedszkole, biblioteka, sala wykładowa, teatr i inne obiekty do wspólnego użytkowania przez mieszkańców. Forma wspólnego zamieszkania i dzielnie się wspólnymi pomieszczeniami nie jest nowatorskie, ale nowatorski jest sposób przystosowania i nadania tej formie zamieszkania nowego wyrazu w odpowiedzi na współczesne trendy i tendencje.

W realnym odniesieniu koncepcja cohousingu narodziła się w latach 60. XX wieku w Danii (aktualnie w Danii cohousingi stanowią 1% duńskich zasobów mieszkaniowych), następnie idea przeniosła się do Szwecji, potem do Holandii (30 wybudowanych cohousingów) w latach 70. We wczesnych latach 90. XX wieku rozprzestrzenił się w Stanach Zjednoczonych, gdzie dobrze się przyjęła (ok. 130 wybudowanych cohousingów), aż pod koniec lat 90. XX zawitał do Wielkiej Brytanii (18 wybudowanych cohousingów). W Polsce powoli zaczynają się formułować kooperatywy i wzrasta zainteresowanie tą formą zabudowy. Pierwszy cohousing ma powstać we Wrocławiu w ramach osiedla Nowe Żerniki², gdzie trzy działki przeznaczono pod kooperatywy mieszkaniowe. Jak pisze Gronostajska

2 <http://www.wroclaw.pl/nowe-zerniki-mieszkancy-buduja-dla-siebie>

(2016: 126): *tego typu zespoły mieszkaniowe mają dużą szansę powstania w warunkach polskiego środowiska mieszkaniowego.*

Cohousing³ to sposób na realizację inwestycji, jaką jest tworzenie grupy jednostek mieszkalnych (mieszkań, domów jednorodzinnych) powiązanych ze sobą ściśle określonymi zasadami, pomagającą w sposób ciągły wzmacniać więzi sąsiedzkie. Cohousing może być kierowany i zakładany przez różne grupy, w różnym wieku, płci, o różnych potrzebach i upodobaniach. Istnieją dwa zasadnicze typy cohousingu: senioralny oraz międzypokoleniowy. W niniejszym artykule autorki skupiły się na cohousingu senioralnym.

2.2 COHOUSING SENIORALNY

Cohousing senioralny, często nazywany jest wspólnotą lub kooperatywą, którą tworzą osoby w wieku 50+, nie tylko takie, które przeszły już na emeryturę, ale także aktywne zawodowo, które z różnych przyczyn (wyprowadzka dzieci, wdowieństwo, samotne życie, itp.) chcą zamieszkać z osobami o podobnych poglądach i współdecydować o tym jak będzie wyglądało ich środowisko życia od podstaw (wybór działki, współpraca z architektem, decydowanie o efekcie końcowym projektu na każdym etapie jego powstawania, zarządzanie istniejącą strukturą, korzystanie z przestrzeni wspólnych i dbanie o nie, wymienianie się czynnościami domowymi jeśli tylko mają chęć i potrzebę, itp.). Według wielu autorów (Jarvis 2011, Tummers 2015) cohousing senioralny może być sposobem i odpowiedzią na zmiany demograficzne i nowy styl życia społeczeństw. Pierwszy cohousing senioralny powstał w Danii – Midgarden w 1987 roku. Obecnie w wielu państwach europejskich cohousingami senioralnymi zainstresowane jest pokolenie głównie *baby boomers-ów*, wszyscy, którzy szukają alternatywnych sposobów zamieszkania, często żyją samotnie i odrzucają konwencjonalne formy mieszkalnictwa dla osób starszych tj. domy opieki, czy domy seniora, które są paternalistyczne i instytucjonalne (Scanlon, Fernández Arrigoitia 2015, 107). W cohousingu nie ma personelu opiekuńczego ani narzuconych aktywności, co umożliwia osobom starszym bycie niezależnymi i aktywnymi członkami społeczności lokalnych, a także minimalizuje koszty opieki społecznej i medycznej.

W wielu krajach europejskich rośnie zainteresowanie cohousingiem senioralnym, skierowanym głównie do pokolenia *baby boomers-ów*, którzy szukają alternatywnych sposobów zamieszkania, często żyjąc samotnie i odrzucając konwencjonalne formy mieszkalnictwa dla osób starszych tj. domy opieki, czy domy seniora, które są paternalistyczne i instytucjonalne (Scanlon, Fernández Arrigoitia 2015, 107; Gronostajcka 2016: 113). W rządowym brytyjskim raporcie pt. *Housing our Ageing Population: Panel for Innovation* *reflected in the recommendations about living in a supportive community environment* zapisano, że życie w przyjaznym otoczeniu może zmniejszyć lub opóźnić konieczność opieki zdrowotnej, a co z tym związane, także kosztów z budżetu państwa (DCLG et al. 2009). Ponadto dokument *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods* zwraca uwagę na fakt, że osoby starsze będą stanowić 48% nabywców nowych mieszkań w Wielkiej Brytanii w roku 2026, po-

3 <http://cohousing.pl/cohousing/>

strzegając osoby starsze jako kluczowych klientów rynku mieszkaniowego. Przesłaniem z raportu jest to, że rynek nieruchomości powinien nie tylko uwzględniać potrzeby osób starszych, ale także ich uwarunkowania kulturowe i aspiracje (Lifetime domy ...: 7).

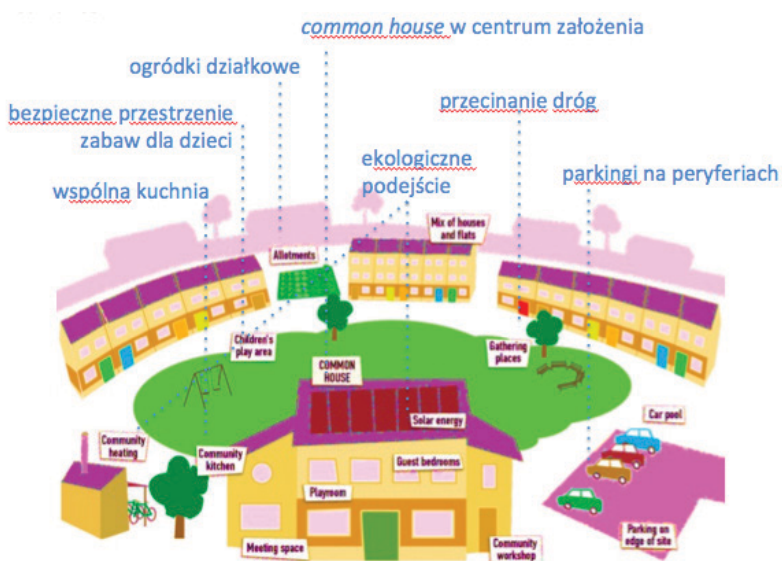
Przez wielu autorów publikacji naukowych cohousing jest określany jako alternatywa dla domów starców i innych obiektów z instytucjonalną opieką (Labit 2015, Tummers 2015, Jarvis 2011), a także jako ceniona i przyszłościowa nisza na rynku mieszkaniowym (Bamford 2005).

2.2.1 Zasady kształtowania cohousingu

Cohousing jest tworzony zazwyczaj w oparciu o 6 komponentów⁴ procesu inwestycyjnego opracowanych przez Ch. Durretta, architekta amerykańskiego i popularizatora idei cohousingu w Stanach Zjednoczonych. Do 6 komponentów procesu inwestycyjnego cohousingu zaliczył:

1. **Proces partycypacyjny** - mieszkańcy aktywnie uczestniczą w całym procesie inwestycyjnym powstania cohousingu;
 - **Projektowanie sąsiedztwa i budynku** - cohousing może powstać w różnych miejscach i kontekstach urbanistycznych (w centrach miast, na przedmieściach, na terenach rewitalizowanych) i może przybrać różne formy (zgrupowanie wolnostojących domów, szeregowo, w bloku, itp.), ponadto cohousing może być wybudowany na nowo lub powstać w zaadaptowanych przestrzeniach. Przestrzeń wewnątrz i na zewnątrz budynku powinny być tak zaprojektowane, aby zachęcać do integracji mieszkańców;
2. **Przestrzeń wspólnie użytkowane** - mieszkańcy wspólnie dzielą wybrane przestrzenie i biorą udział we wspólnych aktywnościach;
3. **Zarządzanie miejscem zamieszkania** - mieszkańcy sami zarządzają swoją wspólnotą (finanse, naprawy, spotkania, celebrowanie świąt, wspólne posiłki, opieka nad dziećmi i osobami starszymi, wzajemne wsparcie i organizowanie różnych aktywności),
4. **Nie-hierarchiczna struktura** - nie ma hierarchicznej struktury w cohousingu – podział na grupy zadaniowe, wszyscy są równi i mają takie samo prawo głosu (transparentność decyzji, negocjacje, wypracowanie decyzji na zasadach konsensusu),
5. **Oddzielne źródło dochodu** - społeczności zwykle nie mają wspólnych finansów - mogą zdobyć pieniądze z wynajmu swoich obiektów innym osobom lub uruchamiając kursy, ale zwykle działają na zasadach wolontariatu.

⁴ Durrett Ch., 2009, A Community Approach to Independent Living. Senior Cohousing.



Rys. 1 Kluczowe zasady projektowania cohousingu

Źródło: opracowanie Labus A. na podstawie <http://cohousing.org.uk/>



Rys. 2 Przykładowy projekt architektoniczny cohousingu z naniesionymi funkcjami

Źródło: Cohousing dla starszych kobiet grupy OWCH (Older Women Cohousing) w dzielnicy High Barnet w Londynie, opracowanie Labus A. na podstawie <http://www.owch.org.uk/>

Warto podkreślić, że cohousing może być tworzony przez różne grupy ludzi, których zazwyczaj łączą wspólne zainteresowania (np. ogrodnictwo, eko-podejście do życia, wiek, płeć, orientacja seksualna, mniejszość etniczna). Grupy cohousingowe mogą być różnej wielkości od 10 do 40 mieszkań. Inicjatorami cohousingu mogą być różne podmioty: samorządy, prywatni inwestorzy, fundacje lub stowarzyszenia. Mieszkania w cohousingu mogą być wynajmowane lub własnościowe. Z reguły można zaobserwować cohousingi o modelu mieszanym pod względem własności, w którym część mieszkań jest na wynajem a część na własność.

ZAKOŃCZENIE

Jak pokazano w artykule cohousing może stanowić odpowiedź na jedną z większych bolączek XXI wieku jaką jest samotność osób starszych, a także w ogóle ważny element polityki mieszkaniowej dla starzejącego się społeczeństwa. Wiele badań naukowych dowodzi, że cohousing jest lepszym rozwiązaniem niż tradycyjne formy zamieszkania (sprzyja integracji co wpływa na lepsze, zdrowsze i szczęśliwsze życie (Forbes 2002:6, Labit 2015: 34). Cohousing pozwala zachować niezależność z równoczesnym zapewnieniem wzajemnej pomocy, uczy zaradności i daje poczucie bezpieczeństwa (równe traktowanie wszystkich mieszkańców, wykluczenie anonimowości, ograniczenie kradzieży), stwarza możliwość wykorzystania potencjału i doświadczenia osób starszych w wykonywaniu różnych obowiązków, tworzy warunki do aktywności ludzi we wspólnocie (nieustanna stymulacja), jest środowiskiem wspierającym – tworząc naturalną asystę społeczną, wychodzi naprzeciw pogarszającej się z wiekiem kondycji psychofizycznej seniorów, potencjalnej niepełnosprawności, trudnościom w orientacji przestrzennej w radzeniu sobie z codziennością, także niskimi kosztami utrzymania, umożliwia budowanie relacji społecznych, przeciwdziała samotności, a w rezultacie tzw. „śmierci społecznej“.

BIBLIOGRAFIA

- Brenton M., 1999, Co-operative living arrangements among older women, *Local Environment: The International Journal of Justice and Sustainability*, 4:1, 79-87
- Brenton M., 2013, Senior cohousing communities – an alternative approach for the UK?, *Joseph Rowntree Foundation Programme Paper A Better Life, UK Co-Housing Network*, <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/senior-cohousing-communitiesfull.pdf>
- Brudek P., Steuden S., Januszewska I., Gamrowska A., 2015, (red.) w: *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna*, Wyd. KUL, Lublin
- Cacioppo J. Patrick W., 2008, *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*, New York, W.W. Norton
- Choi, J. S.(2004). Evaluation of community planning and life of senior cohousing projects in Northern European countries. *European Planning Studies*, 12(8), 1189-1216
- Durrett Ch., 2009, *The Senior Cohousing Handbook: a community approach to independent living*, New Society Publishers, Canada
- Forbes J., 2002, *The Application of Age-integrated Co-housing for Older People*, Hobart: The Winston Churchill Memorial Trust for Australia
- Fromm D., de Jong E., 2009, *Community and Health: Immigrant Senior Cohousing in the Netherlands*, *Communities*; Winter 2009, Issue 145, 50-53
- Fromm, D (2006) 'Aging Together: self-planned cohousing communities of seniors' in *Urban Land*, 65(5), 72-77.

- Gielas J., 1999, Samotność starego człowieka, "Wspólne tematy", nr 6
- Gierveld J., 1998, A review of loneliness: Concept and definitions determinants and consequences. Review in *Clinical Gerontology*, 8/1
- Glass A.P., 2009, Aging in a Community of Mutual Support: The Emergence of an Elder Intentional Co-Housing Community in the United States, *Journal of Housing for the Elderly* 23: 283-303
- Gornostajska B.E., 2016, Kształtowanie środowiska mieszkaniowego dla seniorów, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław
- Guzewicz M., Steuden S., Bruclek P. 2015, (red.) w: *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa społeczno-kulturowa*, tom II, Wydaw. KUL, Lublin
- Horelli L., 2013, The role of shared space for the building and maintenance of community from the gender perspective – a longitudinal case study in a neighbourhood of Helsinki, *Social Sciences Directory*, Vol.2, No. 5, 47-63
- Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2012, Raport na temat sytuacji starszych kobiet, Warszawa
- Jarvis H., 2011, Saving Space, Sharing Time: Integrated Infrastructures of Daily Life in Cohousing, *Environment and Planning A* 43 (3), p. 560-577
- Labit A., 2015, Self-managed co-housing in the context of an ageing population in Europe, *Urban Research & Practice*, 8:1, 32-45, DOI: 10.1080/17535069.2015.1011425
- Lifetime Neighbourhoods: A national strategy for housing an ageing society, DCLG, DoH, DWP, Feb 2008
- Łopatkowa M., 1983, Samotność dziecka, Warszawa
- Scanlon K. and Fernández Arrigoitia M., 2015, Development of new cohousing: lessons from a London scheme for the over-50s, *Urban Research & Practice*, 8:1, 106-121
- Tummers L., 2015, Understanding co-housing from a planning perspective: why and how?, *Urban Research&Practice*, Vol.8, No.1, p. 64-78
- Vestbro, D. U., Horelli, L. (2012) 'Design for gender equality – the history of cohousing ideas and realities' (in:) *Built Environment*, Volume 38, Number 3, July 2012, 315-335(21)
- Wrótniak J., 2015, Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności, Wyd. Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej, Lublin

Informacja dla Autorów

Redakcja „SIE” zaprasza do współpracy Autorów, którzy chcieliby publikować swoje teksty na łamach naszego pisma. Uprzejmie informujemy, że przyjmujemy do publikacji artykuły nie dłuższe niż 20 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków ze spacjami na stronę), a w przypadku recenzji – niż 8 stron. Do artykułów prosimy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim (wraz z angielskim tytułem artykułu) o objętości do 200 słów. Prosimy o niewprowadzanie do manuskryptów zbędnego formatowania (np. nie należy wyrównywać tekstu spacjami czy stosować zróżnicowanych uwypukleń, wycień itp.). Sugerowany format: czcionka Arial, 12 pkt., interlinia 1,5. Piśmiennictwo zawarte w artykule należy sformatować zgodnie z tzw. zapisem harwardzkim, zgodnie z którym lista publikacji istotnych dla artykułu ma być zamieszczona na jego końcu i ułożona w porządku alfabetyczny. Publikacje książkowe należy zapisywać:

Fijałkowska B., Madziarski E., van Tocken T.L. jr., Kamilska T. (2014). Tamizdat i jego rola w kulturze radzieckiej. Warszawa: Wydawnictwo WSM.

Rozdziały w publikacjach zwartych należy zapisywać:

Bojan A., Figurski S. (2014). Nienowoczesność – plewić czy grabić. W.S. Białokozowicz (red.), Nasze czasy – próba syntezy. Warszawa: Wydawnictwo WSM.

Artykuły w czasopismach należy zapisywać:

Bobrzyński T.A. (2009). Depression, stress and immunological activation. British Medical Journal 34 (4): 345-356.

Materiały elektroniczne należy zapisywać:

Zientkiewicz K. Analiza porównawcza egocentryka i hipochondryka. Żart czy parodia wiedzy? Portal Naukowy „Endo”. www.endo.polska-nauka.pl (data dostępu: 2014.07.31).

W tekście artykułu cytowaną publikację należy zaznaczyć wprowadzając odnośnik (nazwisko data publikacji: strony) lub – gdy przywołane jest nazwisko autora/nazwiska autorów w tekście – (data publikacji: strony), np.: Radzieckie władze „[...] podjęły walkę z tamizdaten na dwóch płaszczyznach: ideologicznej i materialnej” (Fijałkowski i wsp. 2014: 23). lub: Radziecka prasa, jak stwierdzają Fijałkowski i współnicy, „lżyła autorów druków bezdebitowych” (2014: 45). W przypadku przywoływanych tekstów, gdy nie ma bezpośredniego cytowania, należy jedynie podać nazwisko i rok publikacji (bądź sam rok, jeśli nazwisko autora pada w tekście głównym). W odnośnikach w tekście głównym należy w przypadku więcej niż dwóch autorów wprowadzić „i wsp.”, np. (Fijałkowski i wsp. 2014). W tekście piśmiennictwa (tj. alfabetycznie ułożonej literaturze) prosimy wymienić wszystkich autorów danej publikacji. Więcej o zasadach stylu harwardzkiego m.in. na Wikipedii (http://pl.wikipedia.org/wiki/Przypisy_harwardzkie). Uwaga, przypisy krytyczne, inaczej tzw. aparat krytyczny, prosimy w miarę możliwości zredukować do minimum i wprowadzać do głównego tekstu manuskryptu.

Zaznaczamy, że Redakcja nie płaci honorariów, nie zwraca tekstów niezamówionych oraz rezerwuje sobie prawo do skracania tekstów.

Texty prosimy przesyłać drogą elektroniczną za pomocą formularza na stronie WWW: <http://humanum.org.pl/czasopisma/humanum/o-czasopismie> lub na adres e-mailowy: biuro@humanum.org.pl

Do tekstu należy dołączyć informację o aktualnym miejscu zamieszkania, nazwie i adresie zakładu pracy, tytule naukowym, stanowisku i pełnionych funkcjach. Każdy tekst przesłany pod adres Redakcji z prośbą o druk na łamach czasopisma podlega ocenie. Proces recenzji przebiega zgodnie z założeniami „double blind” peer review (tzw. podwójnie ślepej recenzji). Do oceny tekstu powołuje się co najmniej dwóch niezależnych recenzentów (tzn. recenzent i autor tekstu nie są ze sobą spokrewni, nie występują pomiędzy nimi związki prawne, konflikty, relacje podległości służbowej, czy bezpośrednia współpraca naukowa w ciągu ostatnich 5 lat). Recenzja ma formę pisemną i kończy się stwierdzeniem o dopuszczeniu lub niedopuszczeniu tekstu do druku.

W związku z przypadkami łamania prawa autorskiego oraz dobrego obyczaju w nauce, mając na celu dobro Czytelników, uprasza się, aby Autorzy publikacji w sposób przejrzysty, rzetelny i uczciwy prezentowali rezultaty swojej pracy, niezależnie od tego, czy są jej bezpośrednimi autorami, czy też korzystali z pomocy wyspecjalizowanego podmiotu (osoby fizycznej lub prawnej).

Wszystkie przejawy nierzetelności naukowej będą demaskowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrudniające Autorów, towarzystwa naukowe itp.).

Do przedłożonych tekstów z prośbą o druk, Autor tekstu jest zobowiązany dołączyć:

1. Informację mówiącą o wkładzie poszczególnych Autorów w powstanie publikacji (z podaniem ich afiliacji oraz kontrybucji, tj. informacji, kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. wykorzystywanych przy przygotowaniu publikacji), przy czym główną odpowiedzialność ponosi Autor zgłaszający manuskrypt.
2. Informację o źródłach finansowania publikacji, wkładzie instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów.



Instytut Studiów Międzynarodowych
i Edukacji w Warszawie



INTERNATIONAL
SCHOOL OF MANAGEMENT
SLOVAKIA