

POLITYKA SPOŁECZNA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY
PRACY
I SPRAWOM
SOCJALNYM.
UKAZUJE SIĘ
OD 1974 ROKU.
PISMO
PUNKTOWANE

SENIORZY PO PANDEMII COVID-19

- WSPIERANIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ
OSÓB STARSZYCH
- SYTUACJA ZDROWOTNA
- POTENCJAŁ AKTYWIZACYJNY INSTYTUCJI
SAMORZĄDU LOKALNEGO
- AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA
I AKTYWNOŚĆ RELIGIJNA



UKSW

UNIWERSYTET KARDYNAŁA
STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE



LAGODZENIE
SKUTKÓW
PANDEMII

IPiSS
INSTYTUT PRACY I SPRAW SOCJALNYCH



Ministerstwo
Edukacji i Nauki

Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup
wysokiego ryzyka – osoby 60+” finansowany
ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki
na podstawie Decyzji Nr 41/WFSN/2021

Referencyjny Ośrodek Badawczy UKSW
ul. Włóczyńskiego 1/3, 01-938 Warszawa
Budynek nr 23, pok. 402 i 403
tel. +48 22 561 90 32 | rob.uksw.edu.pl

SPIS TREŚCI

| | |
|---|----|
| OD REDAKTORA TEMATYCZNEGO NUMERU – Agnieszka Sowa-Kofta..... | 1 |
| WEJŚCIE OSÓB STARSZYCH W WIEK EMERYTALNY. TRENDY I WYZWANIA – Gertruda Uścińska..... | 2 |
| SYTUACJA EKONOMICZNA OSÓB STARSZYCH W OKRESIE PANDEMII COVID-19 – Elżbieta Kuźma..... | 9 |
| SYTUACJA ZDROWOTNA OSÓB STARSZYCH W CZASIE I PO PANDEMII – Elżbieta Bojanowska..... | 16 |
| WSPÓŁPRACA INSTYTUCJI LOKALNYCH W PROWADZENIU DZIAŁAŃ NA RZECZ SENIORÓW. PRZYKŁAD GMIN WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO – Agnieszka Sowa-Kofta..... | 21 |
| WSPARCIE SENIORÓW W OBSZARZE AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ – Martyna Kawińska | 27 |
| AKTYWNOŚĆ RELIGIJNA SENIORÓW JAKO CZYNNIK ICH AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ W OKRESIE POPANDEMICZNYM – Ryszard Czekalski..... | 34 |

NOTKI O AUTORACH

Spisy treści oraz streszczenia artykułów są zamieszczane na stronie internetowej:
<http://polityka-spoleczna.ipiss.com.pl>

CONTENTS

| | |
|---|----|
| FROM THE ISSUE EDITOR – Agnieszka Sowa-Kofta | 1 |
| REACHING RETIREMENT AGE BY OLDER PERSONS. TRENDS AND CHALLENGES – Gertruda Uścińska | 2 |
| ECONOMIC SITUATION OF OLDER PEOPLE DURING THE COVID-19 PANDEMIC – Elżbieta Kuźma..... | 9 |
| HEALTH SITUATION OF THE ELDERLY PEOPLE DURING AND AFTER THE PANDEMIC – Elżbieta Bojanowska..... | 16 |
| COOPERATION OF LOCAL INSTITUTIONS IN CARRYING OUT ACTIVITIES FOR SENIORS. THE EXAMPLE OF COMMUNES OF THE MAZOWIECKIE VOIVODESHIP – Agnieszka Sowa-Kofta..... | 21 |
| SUPPORT FOR THE SENIORS IN THE FIELD OF SOCIAL ACTIVITY – Martyna Kawińska | 27 |
| RELIGIOUS ACTIVITY OF SENIORS AS A FACTOR OF THEIR SOCIAL ACTIVATION IN THE POST-PANDEMIC PERIOD – Ryszard Czekalski | 34 |

ABOUT THE AUTHORS

Content List and Abstracts are easy to find at the following website:
<http://polityka-spoleczna.ipiss.com.pl>

Od redaktora tematycznego numeru

Trzy lata temu w obliczu pandemii wirusa SARS-CoV-2 z dnia na dzień zmieniła się rzeczywistość społeczna. Mimo stosunkowo niskiej liczby zakażeń w pierwszym okresie pandemii w Polsce, bardzo szybko zostały wprowadzone ograniczenia fizycznych kontaktów w celu zapobiegania transmisji wirusa. W konsekwencji tych działań ciężar życia zawodowego przeniesiono do obszaru wcześniej zarezerwowanego dla życia rodzinnego, a aktywności społeczne w dużej mierze zostały wstrzymane. W nowych warunkach szczególnie trudna była sytuacja osób starszych, które mogły doświadczać wysokiego poczucia zagrożenia z powodu ryzyka zakażenia i potencjalnie groźnych jego skutków, niewystarczającego dostępu do ochrony zdrowia, ale też w wyniku ograniczenia kontaktów społecznych i rodzinnych.

Prezentowany w bieżącym numerze miesięcznika „Polityki Społecznej” zbiór tekstów jest drugim z cyklu artykułów powstałych w projekcie pt. „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, realizowanym przez zespół ekspertów Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, a finansowanym ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki. Celem projektu jest zaproponowanie rozwiązań, które przy wsparciu władz lokalnych i organizacji pozarządowych, mogą wesprzeć seniorów w okresie postpandemicznym, dając możliwość pokonania postępującej izolacji społecznej, czy zapewniając pogłębienie więzi społecznych w środowisku lokalnym, ale też uzyskanie wsparcia w ramach zasobów instytucji publicznych funkcjonujących lokalnie. Działania zaproponowane w modelu interwencji społecznej obejmowały szerokie spektrum aktywności w kluczowych obszarach życia osób starszych: zabezpieczenia sytuacji finansowej, wspierania aktywności zawodowej, społecznej i kulturalnej, promowania zdrowego stylu życia i aktywności fizycznej, wspierania opiekunów i możliwości pozyskania opieki odpowiedniej do potrzeb. Wymienione aktywności zostały wdrożone w trzech gminach województwa mazowieckiego: Bogutach-Piankach, Przasnyszu oraz Wyszogrodzie.

W artykułach zaprezentowanych w niniejszym numerze przedstawiamy wybrane doświadczenia z realizacji projektu. Materiał empiryczny do tekstów został uzyskany w trakcie dwóch fal badań. Obejmowały one analizy ilościowe w oparciu o badania na reprezentatywnej próbie osób w wieku 60 lat i więcej, zamieszkujących województwo mazowieckie, przeprowadzone w grudniu 2021 r.-lutym 2022 r. oraz w styczniu-lutym 2023 r., a także wywiady pogłębione na próbie 60 osób – uczestników projektu – w wieku 60 lat i więcej, mieszkańców gmin, w których realizowany był pilotaż. Druga fala badań obejmowała również zogniskowane wywiady grupowe z realizatorami pilotażu oraz przedstawicielami władz lokalnych we wskazanych powyżej lokalizacjach. Pierwszy z zamieszczonych artykułów poświęcony jest problematyce trudnego momentu w życiu osób starszych, związanego z osiągnięciem uprawnień emerytalnych i dezaktywacją zawodową. Podejmuje ważny z perspektywy zmian demograficznych wątek motywacji do kontynuowania aktywności zawodowej. Rozważane są w nim również instrumenty wspierające wydłużanie okresu aktywności zawodowej. Sytuacji finansowej i zagrożeń wynikających zarówno z doświadczeń okresu pandemii, jak i nowych ryzyk (wzrostu cen towarów i usług, wojny w Ukrainie) dotyczy drugi z artykułów. Kolejny tekst poświęcony jest także ważnemu uwarunkowaniu aktywności – sytuacji zdrowotnej seniorów. Realizując projekt pilotażowy przyglądaliśmy się również uwarunkowaniom współpracy instytucji lokalnych w działaniach wspierających osoby starsze. Prezentujemy wnioski z tych obserwacji z nadzieją, że będą one przydatne dla lokalnych władz. W samorządach lokalnych bowiem leży największy potencjał, ale też i odpowiedzialność, za wspieranie osób starszych w ich najbliższym środowisku. Ostatnie z prezentowanych artykułów podejmuje problematykę aktywności społecznej osób starszych. Obserwacje poczynione w trakcie projektu bowiem skłaniają do refleksji, że wśród senierek i seniorów nieaktywnych na rynku pracy ten obszar działań – obok wspierających kondycję fizyczną – cieszył się największym zainteresowaniem. Przedsięwzięcia o charakterze aktywizacyjnym wspierane były również przez parafie i niejednokrotnie łączyły się z aktywnościami o charakterze religijnym, które są ważną sferą życia polskich seniorów – o tym właśnie traktuje końcowy artykuł w prezentowanym numerze.

Agnieszka Sowa-Kofta
ORCID: 0000-0003-0365-8134
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

WEJŚCIE OSÓB STARSZYCH W WIEK EMERYTALNY. TRENDY I WYZWANIA

REACHING RETIREMENT AGE BY OLDER PERSONS. TRENDS AND CHALLENGES

Gertruda Uścińska

ORCID: 0000-0001-7379-5156

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych*

e-mail: g.uscinska@ipiss.com.pl

Abstract: Each year, over 300,000 persons retire from the labour market in Poland. This is a worrying phenomenon especially in the light of the population ageing. It causes a loss for the economy of valuable labour resources, which are increasingly scarce. It also puts a heavy burden on public finance with the payment of an increasing number of old-age pension benefits. Retiring early immediately after obtaining entitlement or within a few months after this occurrence increases a risk of poverty. Pensions in Poland are generally low; the amount of the calculated benefit increases significantly with each additional year of work and payment of old-age insurance contributions.

The article describes the issues related to the possibility of encouraging persons who have obtained the entitlement to an old-age pension to remain in the labour market and defer claiming the benefit. Based on the results of the Institute of Labour and Social Studies' research project on mitigating the effects of the pandemic among high-risk groups, the author analysed the main reasons for retirement of persons at pensionable age and the motives indicated by them for continuing employment or returning to the labour market. On this basis, using selected elements of the support model developed in the cited project, solutions have been identified that may – without the need to raise the statutory retirement age – reduce the outflow of persons at retirement age from the labour market.

Keywords: retirement age, old-age pension amount, pension adviser, labour market

Author's affiliation: Institute of Labour and Social Studies

Abstrakt: Corocznie z rynku pracy w Polsce odchodzi na emeryturę ponad 300 tys. osób. Jest to zjawisko niepokojące szczególnie w warunkach starzejącej się populacji. Powoduje utratę cennych, bo coraz rzadszych zasobów pracy. Ponadto poważnie obciąża finanse publiczne wypłatami coraz większej liczby świadczeń emerytalnych. Przechodzenie na emeryturę natychmiast po nabyciu uprawnień lub zaledwie w ciągu kilku miesięcy od tego zdarzenia oznacza wzrost ryzyka zagrożenia ubóstwem. Emerytury w Polsce są bowiem generalnie niskie, a możliwa do uzyskania kwota świadczenia wyraźnie wzrasta z każdym rokiem pracy i opłacania składek emerytalnych.

W artykule opisano zagadnienia dotyczące możliwości zachęcania osób, które uzyskały prawo do emerytury, do pozostania na rynku pracy. Na podstawie wyników projektu badawczego IPiSS dotyczącego łagodzenia skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka przeanalizowano główne przyczyny dezaktywizacji zawodowej osób w wieku emerytalnym oraz wskazywane przez nich motywy do kontynuacji zatrudnienia lub powrotu na rynek pracy. Na tej podstawie, posiłkując się wybranymi elementami modelu wsparcia wypracowanego w cytowanym projekcie, wskazano rozwiązania, które mogą – bez konieczności ustawowego podnoszenia wieku emerytalnego – zmniejszyć odpływ osób w wieku emerytalnym z rynku pracy.

Słowa kluczowe: wiek emerytalny, wysokość emerytury, doradca emerytalny, rynek pracy

WPROWADZENIE

Termin „wiek emerytalny” (czasami „wiek około-emerytalny”) to w badaniach, analizach i źródłach statystycznych najczęściej wiek między 50. a 70. rokiem życia. Obejmuje on nie tylko populację w przedziale wyznaczonym ustawowymi granicami wieku emerytalnego, ale też zbiorowość z sąsiednich grup wieku, wśród której obserwuje się największą liczbę osób opuszczających rynek pracy (Raciborski i Samoliński, 2013, s. 2–3).

Zgodnie z prognozami demograficznym udział populacji w wieku poprodukcyjnym wśród ogółu ludności Polski wzrośnie z 22,0% w 2019 r. do 35,8% w 2059 r., po czym spadnie do 33,5% w 2080 r. Tym samym seniorzy stanowią będą 1/3 ogółu ludności w naszym kraju. Tak znaczny udział osób w wieku poprodukcyjnym w strukturze polskiego społeczeń-

stwa jest poważnym wyzwaniem dla rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Seniorzy to generacje posiadające ogromny potencjał kapitału ludzkiego i społecznego, który powinien zostać w optymalnym stopniu spożytkowany; zwłaszcza w warunkach kurczących się zasobów pracy (Wróblewska, 2020, s. 96–107). To jednak także coraz liczniejsza zbiorowość, do której corocznie transferowane są coraz większe kwoty z tytułu zobowiązań państwa, wynikających z zasad publicznego systemu ubezpieczeń emerytalnych (Uścińska i Wiśniewski, 2022).

Corocznie około 300–330 tys. osób osiąga wiek emerytalny i przechodzi na emeryturę. Z badań aktywności zawodowej ludności Głównego Urzędu Statystycznego przeprowadzonych w III kwartale 2022 r. wynika, że na rynku pracy aktywnych było 757 tys. osób w wieku poprodukcyjnym, w tym 275 tys. mężczyzn w wieku 65–89 lat i 482 tys. ko-

* 01-022 Warszawa, ul. J. Bellottiego 3b, tel. (22) 53-67-511, e-mail: sekretariat@ipiss.com.pl

biet w wieku 60–89 lat. To bardzo mały odsetek każdej z tych zbiorowości – odpowiednio: 9,8% mężczyzn i 9% kobiet w tych grupach wieku (GUS, 2023, tab. 1.3.). Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pochodzących z rejestrów ubezpieczonych i pobierających świadczenie emerytalne liczba osób w wieku emerytalnym aktywnych zawodowo jest nieco wyższa – 870 tys. Niemniej dla większości pracujących osiągnięcie ustawowego wieku emerytalnego oznacza zakończenie aktywności zawodowej i odejście z rynku pracy.

Podstawowym wyzwaniem dla państwa i społeczeństwa jest przesunięcie wieku dezaktywacji zawodowej seniorów. Nie chodzi tu jednak o ustawową decyzję o podniesieniu tego wieku, a o stworzenie systemu zachęt, w którym takie decyzje będą wychodzić od osób pracujących; będą ich autonomicznym wyborem.

Generalnie jest to zachowanie korzystne dla wszystkich zainteresowanych stron. Dla państwa dłuższa aktywność zawodowa pracujących oznacza odciążenie funduszy ubezpieczeniowych i kontynuację wpływu składek i podatków związanych z pracą. Dla całego społeczeństwa jest to możliwość wykorzystania potencjału kwalifikacji i doświadczenia, jakie na rynek pracy wnoszą seniorzy, oraz złagodzenie skutków i spowolnienie tempa kurczenia się zasobów pracy. Dla samych seniorów dalsza obecność na rynku pracy to wymierna korzyść w postaci wyższej emerytury (każdy rok pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego to nawet 15-procentowy wzrost świadczenia), ale też korzyści o charakterze psychologicznym: podtrzymanie kontaktów międzyludzkich i poczucie przydatności, większej niezależności, bezpieczeństwa finansowego (Pawlikowska-Łagód i Dąbska, 2018, s. 146–148).

WIEK PRZEJŚCIA NA EMERYTURĘ

W 2020 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyznał emerytury dla 293,9 tys. osób, tj. o 2,8% mniej niż w 2019 r. (302,3 tys.) i 0,3% więcej niż w 2021 r. (293,1 tys.). Ponadto Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wydała w 2020 r. 15,3 tys. decyzji przyznających świadczenia emerytalne rolnikom i domownikom z gospodarstw rolnych, a w 2021 r. – 16,3 tys. takich decyzji. Łącznie ze świadczeniami dla pracowników służb mundurowych corocznie uprawnienia do emerytury uzyskuje około 330 tys. pracujących i większość spośród nich kończy aktywność zawodową w momencie osiągnięcia wieku emerytalnego.

Z danych ZUS obsługującego największy z systemów emerytalnych w Polsce wynika, że nowe świadczenia przyznawane są w większości kobietom (w 2021 r. – 57,7% osób przechodzących na emeryturę).

Średni wiek osób, którym w 2021 r. przyznano emeryturę według nowych zasad wyniósł 62,5 roku i był o 0,2 roku wyższy niż w 2019 r., przy czym średni wiek mężczyzn wyniósł 65,2 roku, a kobiet – 60,6 roku. W obu zbiorowościach rzeczywisty wiek eme-

rytalny tylko nieznacznie przekraczał ustawowy próg wieku emerytalnego. Tymczasem im późniejszy wiek przejścia na emeryturę, tym sytuacja korzystniejsza: wiek jest generalnie wyznacznikiem długości stażu pracy, czyli tzw. okresu składkowego w ubezpieczeniu emerytalnym i liczby składek wpłaconych na indywidualne konto emerytalne. Zgromadzony na tym koncie kapitał to podstawa do wyliczenia kwoty przysługującej emerytury (Uścińska, 2022a).

Dlatego w warunkach generalnie niskich emerytur w Polsce, gdzie mówi się o stopie zastąpienia (ostatniego wynagrodzenia za pracę emeryturą) na poziomie 53,8% w 2020 r., a w 2040 r. – do 40% (Uścińska, 2022b, s. 99), tak ważne jest m.in. zgromadzenie jak największego kapitału emerytalnego. Ponieważ zgromadzony kapitał będzie dzielony na coraz więcej lat życia na emeryturze – gdyż żyjemy coraz dłużej – niezwykle istotne jest, aby na tę emeryturę przechodzić jak najpóźniej.

Tabela 1. *Kiedy Polki i Polacy odchodzą na emeryturę?**

| Wyszczególnienie | Rok | |
|---|-------|-------|
| | 2020 | 2021 |
| | w % | |
| Ogółem | 100,0 | 100,0 |
| – zaraz po osiągnięciu wieku emerytalnego | 62,4 | 68,2 |
| – w ciągu 11 miesięcy po osiągnięciu wieku emerytalnego | 24,7 | 21,0 |
| – rok lub dłużej po osiągnięciu wieku emerytalnego | 12,9 | 10,8 |

* dotyczy emerytur z ZUS.

Źródło: dane Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS.

Ponad 2/3 spośród osób, które osiągnęły wiek emerytalny i uzyskały uprawnienia do świadczenia emerytalnego, nie odkłada skorzystania z tej możliwości i od razu przechodzi na emeryturę.

Wzrosła liczba (i odsetek) osób, którym emeryturę przyznano dokładnie w chwili osiągnięcia wieku emerytalnego. Należy przy tym zaznaczyć, że rok 2020 i 2021, których dotyczą cytowane dane, to okres pandemii COVID-19, który silnie zweryfikował postawy i zachowania społeczne, między innymi przyspieszając decyzję o przejściu na emeryturę. W warunkach masowych zakażeń, destabilizacji sytuacji gospodarczej i lockdownu prawo do emerytury stało się czynnikiem zwiększającym poczucie bezpieczeństwa i życiowej stabilizacji.

Trend do korzystania z prawa do emerytury zaraz po jego uzyskaniu wyraźnie widoczny jest w nieco dłuższym horyzoncie czasowym (tabela 2).

Zdecydowana większość Polek i Polaków korzysta z prawa do przejścia na emeryturę bezpośrednio po spełnieniu wymogów formalnych (osiągnięcie wieku emerytalnego). Udział tej zbiorowości w kolejnych latach wzrasta, przy czym takie postawy dotyczą częściej mężczyzn niż kobiet. Natomiast odkładanie decyzji o emeryturze dotyczy częściej kobiet, które odkładają ją – generalnie – na dłużej niż mężczyźni.

Tabela 2. *Kobiety i mężczyźni przechodzący na emeryturę w latach 2018–2021 według czasu od osiągnięcia wieku emerytalnego (w % – stan w grudniu danego roku)*

| Lata | Mężczyźni | | | Kobiety | | |
|------|-------------------------------|---|---|-------------------------------|---|---|
| | Dokładnie w wieku emerytalnym | 1–11 miesięcy po osiągnięciu wieku emerytalnego | Co najmniej rok po osiągnięciu wieku emerytalnego | Dokładnie w wieku emerytalnym | 1–11 miesięcy po osiągnięciu wieku emerytalnego | Co najmniej rok po osiągnięciu wieku emerytalnego |
| 2018 | 63,8 | 32,2 | 4,0 | 53,5 | 38,5 | 8,1 |
| 2019 | 68,0 | 22,3 | 9,7 | 56,1 | 26,4 | 17,5 |
| 2020 | 70,8 | 21,5 | 7,8 | 57,1 | 26,7 | 16,2 |
| 2021 | 76,1 | 17,6 | 6,3 | 62,3 | 23,4 | 14,3 |

Źródło: dane Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS.

Jedną z przyczyn tych różnic jest zapewne niższy (i generalnie niski) wiek emerytalny kobiet. W latach 2021 i 2022 nie bez znaczenia było skrócenie przeciętnego dalszego trwania życia (skutek tzw. nadmiarowych zgonów w wyniku pandemii), które powodowało, że świadczenia osób decydujących się w tym właśnie czasie przejść na emeryturę były wyższe niż wcześniej. Przez dwa kolejne lata miał miejsce spadek średniego dalszego trwania życia we wszystkich przedziałach wiekowych, w tym w 2022 r. o 8,8 miesiąca dla 60-latków i o 8,1 miesiąca dla 65-latków, w porównaniu z tablicą z 2021 r. Z kolei w porównaniu z tablicą z roku 2020, a zatem łącznie za dwa lata epidemii COVID-19, spadek ten był jeszcze większy i wynosił 22,6 miesiąca dla 60-latków i 21,4 miesiąca dla 65-latków. Pod względem trwania życia cofnęliśmy się w roku 2021 do 2009 r., a w roku 2022 – do 2004 r.

Paradoksalnie, tragiczne zjawisko nadmiarowych zgonów owocuje pozytywnym rezultatem dla wysokości przyznawanych aktualnie emerytur. Skrócony okres dalszego trwania życia pozwalał obliczyć emeryturę osoby w wieku 60 lat wyższą o 3,7%, a osoby w wieku 65 lat – o 4,1%, niż na podstawie poprzedniej tablicy. Wiele osób skorzystało na bieżąco z tej możliwości, nie uwzględniając szansy skumulowania korzyści z tego tytułu, gdyby odroczyłyby przejście na emeryturę. W warunkach pandemii przy przesunięciu przejścia na emeryturę o 2 lata można było uzyskać świadczenie nawet do 50% wyższe.

Według prognoz przygotowanych przez ZUS, w latach 2023–2027 na emerytury przechodzić będzie około 300 tys. uprawnionych rocznie. Prawo do emerytury uzyskają bowiem mężczyźni z licznego rocznika 1958. Ponadto znaczna część kobiet urodzonych w 1963 r., które dopiero nabyły uprawnienia emerytalne, także decyduje się przejść na emeryturę. Dla rynku pracy i finansów publicznych optymalnym rozwiązaniem byłoby zmniejszenie tego odpływu zasobów pracy przynajmniej o 1/3. Dla całej populacji w wieku okołiemerytalnym przyniosłoby to skutek w postaci wyższych świadczeń, co – jak potwierdzają badania IPISS (2022, 2023) dotyczące m.in. wpływu pandemii koronawirusa na sytuację zawodową seniorów i ich status na rynku pracy – jest najczęściej wskazywaną przyczyną kontynuacji pracy zawodowej mimo przekroczenia wieku emerytalnego.

POWODY PRZEJŚCIA NA EMERYTURĘ

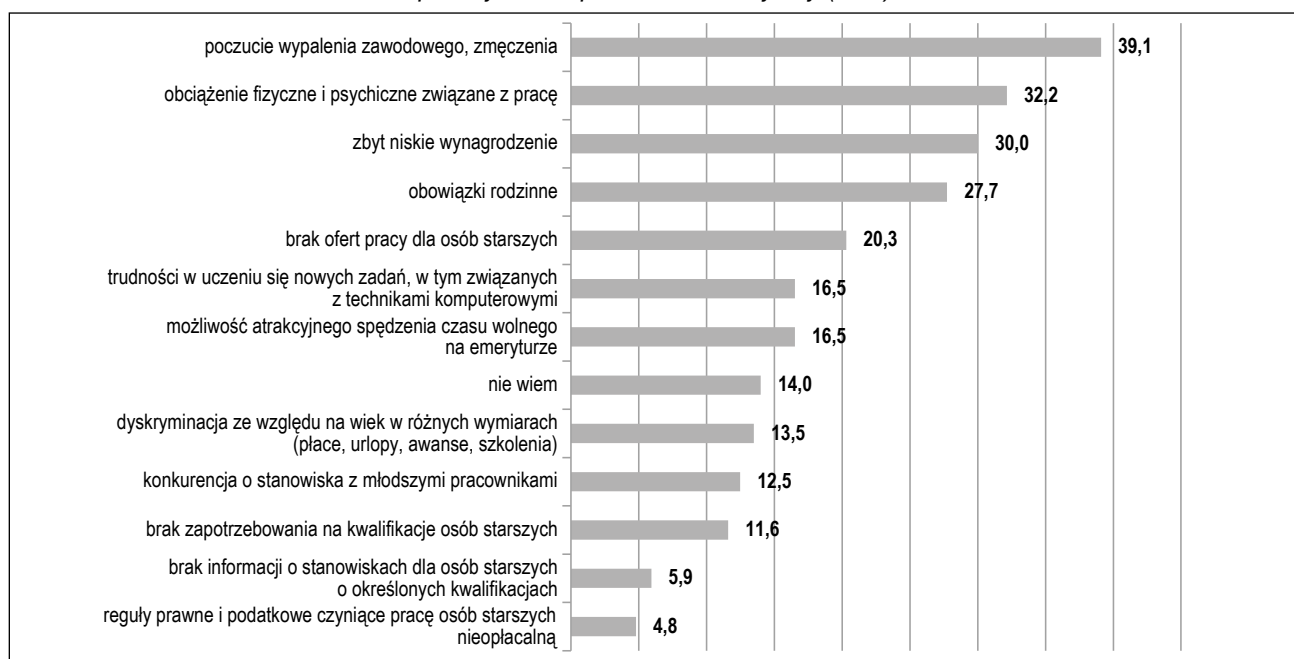
Wiek okołiemerytalny i sytuacje związane z przejściem na emeryturę to skomplikowana faza życia. Postawy, decyzje i działania na tym etapie są wyznaczone przez różne zjawiska i sytuacje mające swoje źródło zarówno w uwarunkowaniach indywidualnych, jak też w szerszych zjawiskach i procesach środowiskowych czy nawet makrospołecznych i makroekonomicznych. Z perspektywy jednostki skorzystanie z prawa do przejścia na emeryturę oznacza zaprzestanie lub ograniczenie aktywności zawodowej, ze wszystkimi tego konsekwencjami – pozytywnymi i negatywnymi – dla sytuacji dochodowej, podziału ról w rodzinie, budżetu czasu, możliwości samorealizacji, kontaktów społecznych itd. (Raciborski i Samoliński, 2013).

Emerytury w Polsce – generalnie – nie są wysokie. Ustawowo określona emerytura minimalna, którą w systemie powszechnym (z ZUS) otrzymywało 185 tys. emerytów, wynosiła w 2022 r. 1338,44 zł¹. To kwota stanowiąca około 1/4 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce.

Emeryturę w wysokości nieprzekraczającej minimalnego wynagrodzenia w gospodarce wypłacano ponad 70% emerytów (ZUS, 2022). Ponadto na koniec grudnia 2022 r. 365 tys. osób, tj. ponad 8% więcej emerytów niż rok wcześniej, pobierało emeryturę w wysokości niższej niż minimalna. Przewidywany jest dalszy wzrost ich liczby w kolejnych latach do ponad 650 tys. osób w 2030 r.² Największy odsetek emerytur (16,6%) mieści się w przedziale od 2 tys. do 2,4 tys. zł brutto. Dla niewielu pracujących zachętą do przejścia na emeryturę może więc być kwota przysługującego im świadczenia.

Jakie więc są powody masowego przechodzenia na emeryturę zaraz po uzyskaniu do tego prawa? Na to między innymi pytanie szukano odpowiedzi w ramach projektu badawczego pt. „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, realizowanego przez zespół pracowników Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych oraz Uniwersytetu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w styczniu 2022 r. (IPISS, 2022; 2023). Respondenci pytani byli m.in. o przyczyny zniechęcenia do podejmowania i kontynuowania pracy zawodowej po uzyskaniu prawa do emerytury.

Wykres 1. Przyczyny zniechęcenia do podejmowania i kontynuacji pracy zawodowej po uzyskaniu prawa do emerytury (w %)



Źródło: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, I fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” (styczeń/luty 2022), s. 40.

Zdecydowanie najczęściej (dotyczy prawie 1/3 badanych) przesłankami decyzji o zaprzestaniu pracy zawodowej są warunki pracy i zmęczenie obowiązkami zawodowymi. W tym kontekście nie powinno dziwić, że to mężczyźni (których warunki pracy często są trudniejsze niż kobiet z powodu charakteru wykonywanych prac) częściej decydują się przejść na emeryturę od razu po osiągnięciu wymaganego wieku (por. tabela 2). Znaczna grupa respondentów odeszła z rynku pracy, gdyż – generalnie – jako seniorzy napotkali trudności w utrzymaniu się na nim. Są w tej grupie zarówno ci, którzy wprost mówią, że doświadczyli dyskryminacji ze względu na wiek, jak i osoby, które zmuszone były konkurować o pracę z młodszymi pracownikami.

Jakie są ich szansy w tej konkurencji? Z wypowiedzi wynika, że starsi pracownicy krytycznie odnosili się do swoich możliwości uczenia się nowych zadań, zwłaszcza związanych z technikami komputerowymi (częściej niż co 6. z respondentów). Z rynku pracy wyklucza osoby starsze także brak umiejętności lub chęci wykorzystania ich wiedzy i kwalifikacji przez pracodawców i służby zatrudnienia. Seniorzy wskazywali bowiem, że brakuje ofert pracy dla osób starszych oraz że nie ma zapotrzebowania i informacji o stanowiskach pracy dla osób starszych o określonych kwalifikacjach.

Ponad 1/4 respondentów wskazywała, że emerytura oznacza dla nich przede wszystkim czas na obowiązki rodzinne, wykluczające kontynuację lub podjęcie pracy zawodowej. To uwarunkowanie dotyczące kobiet, które nie tylko zajęły się prowadzeniem domu i opieką nad wnukami, pomagając swoim dzieciom i ułatwiając im pracę zawodową, ale też nierzadko równocześnie opieką nad niesamodzielnymi rodzicami i/lub współmałżonkiem, wy-

kluczającą z rynku pracy z powodu trudności w pogodzeniu obowiązków rodzinnych z zawodowymi.

Opisywane wyniki badań empirycznych nie tylko potwierdziły występowanie problemu „sandwich generation”, ale też znaczną skalę występowania problemu podwójnego obciążenia obowiązkami opiekuńczymi pokolenia w wieku okołoemerytalnym (Grotowska-Leder i Roszak, 2016).

Badania socjologiczne i medyczne wskazują, że wyobrażenia o przebywaniu na emeryturze jako czasie „dla siebie”, przeznaczaniu go na własne hobby, na realizację odłożonych planów prywatnych i odpoczynek nie są w pokoleniu w wieku emerytalnym rzadkie. Zmęczenie pracą i wypalenie zawodowe powodują, że im bliżej emerytury, tym takie oczekiwania zdarzają się częściej (Pawlikowska-Łagód i Dąbska, 2018; Raciborski i Samoliński, 2013). W badaniu zrealizowanym przez IPISS dotyczącym łagodzenia skutków pandemii wśród osób 60+ możliwość atrakcyjnego spędzenia czasu wolnego na emeryturze była przyczyną niekontynuowania i niepodjęcia pracy zawodowej dla znacznej grupy (ponad 16%) respondentów.

Warto też zwrócić uwagę, że prawie 5% (co 20.) badanych wskazywało, że praca zawodowa osób starszych jest nieopłacalna. Tymczasem, jak wynika z badań jakościowych IPISS, wiodącymi czynnikami motywującymi respondentów do nieprzerwywania aktywności zawodowej – poza indywidualną potrzebą pozostania aktywnym na rynku pracy – jest potrzeba uzyskania dodatkowego dochodu w celu poprawienia sytuacji finansowej swojej i/lub najbliższej rodziny (IPISS, 2023, s. 18).

Badania IPISS wskazują też, że osobom w wieku emerytalnym dodatkowych powodów do przerwania i niekontynuowania aktywności zawodowej po przej-

ściu na emeryturę dostarczyła pandemia COVID-19. Kluczową determinantą okazał się tu lęk przed kontaktami z innymi ludźmi i powodowana tym skłonność do izolowania się z obawy przed zakażeniem³. To doświadczenie powinno zostać uwzględnione w kształtowaniu rozwiązań dotyczących m.in. organizowania pracy w czasie kryzysów w bezpiecznych dla pracowników formach, co wymaga działań przygotowujących i pracowników, i pracodawców do stosowania nowych, niestandardowych form jej wykonywania.

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA EMERYTÓW

Ani osiągnięcie wieku emerytalnego, ani nawet przejście na emeryturę nie oznacza jednoznacznie zakończenia aktywności zawodowej i odejścia z rynku pracy.

Przejście na emeryturę jest prawem, a nie obowiązkiem. Polacy kontynuują aktywność zawodową po osiągnięciu wieku emerytalnego w coraz większym zakresie. W ciągu ostatnich ośmiu lat liczba pracujących emerytów wzrosła o ponad 40%.

Co więc decyduje o kontynuowaniu lub podejmowaniu pracy mimo prawa do emerytury?

Przyczyny obecności na rynku pracy osób, które mają już formalnie prawo do emerytury, mają różny charakter i różny zakres oddziaływania. Generalnie są to motywy: ekonomiczne (finansowe), zdrowotne i psychospołeczne. Najczęściej (2/3 respondentów) wskazywane są motywy finansowe: potrzeba uzyskania pieniędzy na własne potrzeby. Są to przesłanki, z powodu których kontynuowanie pracy zarobkowej jest nie zawsze wyborem, a często finansową koniecznością.

Podobnie jest w przypadku respondentów, którzy deklarowali, że pracują mimo prawa do emerytury, gdyż potrzebują wyższych dochodów, aby wspierać najbliższą rodzinę. Znaczący udział tych dwóch grup wśród wszystkich respondentów deklarujących motywy pozostawania na rynku pracy

może wskazywać na ich generalnie niskie emerytury. Pozostając na rynku pracy uzyskują nie tylko wyższe dochody bieżące, ale też pracują na docelowo wyższe świadczenie.

Blisko połowa respondentów w wieku emerytalnym pozostawała aktywna zawodowo, ponieważ pozwalała im na to dobry stan zdrowia. Ponadto prawie 10% respondentów pozostało na rynku pracy dzięki temu, że mają pracę niewymagającą wysiłku fizycznego i nieobciążającą psychicznie. To pozytywne dane, zwłaszcza w kontekście opisanych wcześniej przyczyn bierności zawodowej respondentów badań IPISS, gdzie kluczowe znaczenie miało zmęczenie pracą, wypalenie zawodowe i trudne fizyczne warunki pracy (por. wykres 1).

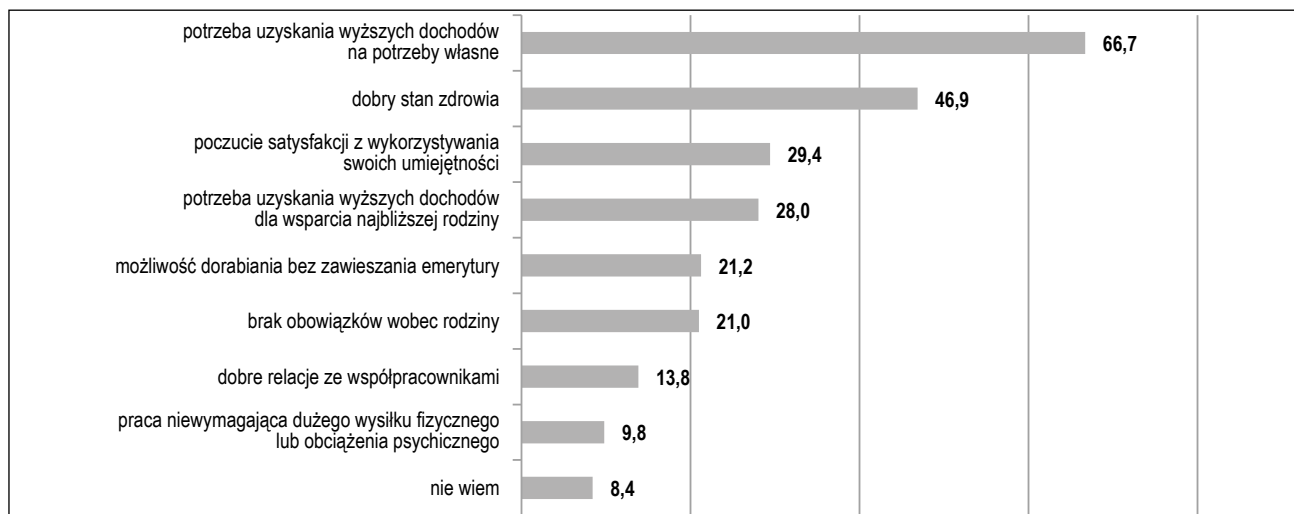
Istotne znaczenie dla kontynuowania lub powrotu do aktywności zawodowej po uzyskaniu prawa do emerytury mają też czynniki psychospołeczne: poczucie przydatności, wynikające z satysfakcji, jaką daje możliwość wykorzystywania posiadanych umiejętności oraz podtrzymywania więzi społecznych, kontaktów i dobrych relacji ze współpracownikami. Nie można też pominąć tego, że co piąty z respondentów mógł pracować zawodowo, gdyż nie miał obowiązków rodzinnych.

DZIAŁANIA NA RZECZ WYDŁUŻANIA AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ OSÓB W WIEKU EMERYTALNYM

Cytowane badania IPISS dotyczące łagodzenia skutków pandemii wśród osób w wieku okołoemerytalnym wskazują, że możliwość pracy była dla respondentów ważnym czynnikiem poprawy jakości ich życia (po pomocy finansowej, z którą jest wzajemnie powiązana), przy czym osoby wciąż aktywne wyżej cenią sobie możliwość świadczenia pracy niż pomoc finansową (IPISS, 2022; 2023, s. 42).

Opisane wyżej stymulatory i ograniczenia aktywności zawodowej osób w wieku emerytalnym pośrednio wskazują zarówno na kierunki, jak i formy dzia-

Wykres 2. Przyczyny podejmowania lub kontynuacji pracy zawodowej po uzyskaniu prawa do emerytury (w %)



Źródło: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, I fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” (styczeń/luty 2022), s. 39.

tań, jakich oczekują seniorzy, aby – mimo uzyskania prawa do emerytury – pozostać na rynku pracy.

Generalnie, w skali ogólnej, w odniesieniu do całego zjawiska aktywności zawodowej emerytów kapitalne znaczenie ma edukacja i coraz szersza wiedza (informowanie) w społeczeństwie na temat zasad działania systemu ubezpieczenia emerytalnego, w którym dłuższa praca oznacza wyższe świadczenie. Polski system jest pod tym względem szczególnie korzystny, bo mimo że wydłużenie pracy na przykład o 2 lata po osiągnięciu wieku emerytalnego oznacza brak 24 wypłat świadczenia, to kwotę tę w ciągu 5–7 lat zrekompensuje przyznana dwa lata później, ale wyższa, emerytura. Warto zaznaczyć w tym kontekście, że w Polsce mężczyznę w wieku 65 lat czeka przeciętnie 15 lat życia, a więc pobierania świadczenia, a kobietę – 23 lata. Poza tym dorabianie do emerytury pozwala tylko przez pewien czas uzyskiwać dochód z obydwu źródeł, natomiast odłożenie decyzji o przejściu na emeryturę daje wyższe świadczenie do końca życia. Obliczenia ZUS potwierdzają, że po 5 latach odraczania emerytury jest ona wyższa nawet o 35–40%, niż przy dorabianiu i tylko przeliczaniu przyznanego już wcześniej świadczenia.

W procesie edukacji i informowania osób w wieku emerytalnym o warunkach i skutkach decyzji o przejściu na emeryturę istotną rolę odgrywają doradcy emerytalni ZUS i kalkulator emerytalny. Te usługi są kluczowym elementem modelu wsparcia finansowego i aktywności zawodowej osób starszych, wypracowanego w przytaczanym projekcie IPiSS.

Zadaniem doradcy emerytalnego jest wyjaśnianie indywidualnym klientom zasad przyznawania świadczeń. Doradcy tłumaczą, od czego zależy wysokość emerytury, a także obliczają – przy pomocy opisanego niżej – kalkulatora emerytalnego wysokość świadczenia prognozowanego dla danej osoby. Pokazują przy tym różne warianty, w których rozmaite czynniki decydują o wysokości emerytury, np. jak wpłynie na tę kwotę opóźnienie zakończenia aktywności zawodowej o rok, dwa czy pięć lat. Celem doradcy, z którym można umówić się zarówno na bezpośrednie indywidualne spotkanie, na wizytę przez centra obsługi telefonicznej, jak i na e-wizytę online, jest dostarczenie klientom wiedzy niezbędnej do podjęcia optymalnej, autonomicznej decyzji o momencie zakończenia aktywności zawodowej i przejścia na emeryturę. O tym, że jest to potrzebna forma wsparcia świadczy fakt, że od początku funkcjonowania (tj. od 2017 r.) doradcy obsłużyli prawie 30 mln klientów, przy czym tylko w ostatnim półroczu 2022 r. było to 3,3 mln osób.

Narzędziem wspierającym pracę doradców emerytalnych⁴ jest kalkulator emerytalny, który daje możliwość obliczenia kwoty prognozowanej emerytury w dwóch ujęciach: jako symulacja kwoty świadczenia obliczonej w bieżącym roku oraz jako prognozowanej wysokości świadczenia w kolejnych latach. Kalkulator emerytalny uwzględnia nie tylko składki zapisane na koncie emerytalnym danej osoby oraz

kapitał początkowy, ale również środki zapisane na subkoncie oraz środki zgromadzone w otwartym funduszu emerytalnym. Ponadto w kalkulatorze emerytalnym uwzględnia się kolejne waloryzacje składek i waloryzacje kapitału początkowego. A zatem kalkulator emerytalny daje pełny obraz, w jaki sposób uzyskiwane obecnie i w przyszłości wynagrodzenia oraz wiek przejścia na emeryturę wpłyną na przyszłą wysokość świadczenia w momencie, gdy zostanie ono przyznane. Należy bowiem zaznaczyć, że obydwa instrumenty – usługi doradcy emerytalnego i kalkulator – dedykowane są dla osób, które nie przeszły jeszcze na emeryturę.

Inna, „pozaubezpieczeniowa” grupa rozwiązań ukierunkowanych na wydłużenie aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym dotyczy działań z obszaru ochrony zdrowia. Cytowane badania IPiSS wskazują, że chodzi tu o szerokie podejście do zagadnienia, obejmujące zarówno profilaktykę schorzeń, jak i ich leczenie. Oczekiwane są przy tym działania systemowe, kompleksowe. Dla seniorów ważne jest ograniczenie czynników utrudniających dostęp do usług medycznych nie tylko przez działania w obszarze polityki ochrony zdrowia, ale znacznie szersze, w tym takie, które pozwolą na eliminację przejawów wykluczenia w dostępie do tych usług z powodu problemów komunikacyjnych (transportowych).

Kolejna grupa rozwiązań ukierunkowanych na wspieranie dłuższej aktywności zawodowej dotyczy bezpośrednio funkcjonowaniu osób w wieku okołoemerytalnym na rynku pracy. Respondenci wymieniali tu zarówno oczekiwane działania ze strony pracodawców, jak i służb zatrudnienia. Wskazywali, że potrzebne są konkretne rozwiązania organizacyjne, a w niektórych przypadkach związane z charakterem pracy dostosowania warunków pracy. Podstawową przesłanką do ich wdrażania musi być jednak eliminowanie negatywnych stereotypów i tworzenie w całym społeczeństwie klimatu, w którym dostrzega się wartość pracy seniorów, ich kapitał ludzki i społeczny, wieloletnie doświadczenie, zaangażowanie w pracę, czy też to, że np. rzadziej niż młodszy przebywają na zwolnieniach lekarskich (ZUS, 2023).

Z badań IPiSS (2022; 2023) wynika, że osoby w wieku emerytalnym aktywne zawodowo częściej niż niepracujący emeryci wyrażali chęć uczestnictwa w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe. Na tym polu respondenci dostrzegali jednak też własne ograniczenia w pozyskiwaniu nowej wiedzy i nowych kwalifikacji. Dlatego m.in. zgłaszali wyraźnie sprecyzowane oczekiwania dotyczące formy działań, które pozwoliłyby je przełamywać: preferencje dla szkoleń, które odbywają się regularnie, są bezpłatne i organizowane jako zajęcia stacjonarne. Ci, którzy byli nieaktywni zawodowo, preferowali dodatkowo szkolenia, które organizowane są w miejscu zamieszkania. Im starsi respondenci, tym ich oczekiwania w wymienionych względach są silniejsze i – jak można oczekiwać mając na względzie dwa główne uwarunkowania aktywności zawodowej

seniorów, czyli wiek i stan zdrowia – gotowość do udziału w szkoleniach mniejsza.

ZAKOŃCZENIE

Polacy kontynuują aktywność zawodową po osiągnięciu wieku emerytalnego w coraz większym zakresie. W ciągu ostatnich ośmiu lat liczba pracujących emerytów wzrosła o ponad 40%. Na koniec 2021 r. pracowało 870 tys. osób w wieku emerytalnym, w tym 813 tys. emerytów. Także efektywny wiek emerytalny, czyli rzeczywisty wiek osób przechodzących na emeryturę, stopniowo rośnie (61,9 roku w 2016 r., 62,4 roku w 2021 r.).

Osoby w wieku emerytalnym coraz częściej dostrzegają korzyści z opóźnienia dezaktywizacji zawodowej w postaci wyższych świadczeń. Pozytywnie działają tu dodatkowe składki z tytułu kontynuacji zarobkowania, coroczna waloryzacja stanu konta w ZUS oraz – wspomniane wcześniej – przyjmowane do obliczeń emerytury krótsze dalsze trwanie życia. Oczekiwania seniorów co do zaspokajania przez dochody z pracy potrzeb finansowych własnych i rodziny, jak i te, które wynikają z troski o kondycję budżetu państwa w warunkach starzenia się populacji oraz z deficytów odczuwanych na rynku pracy, są zbieżne: kluczowym kierunkiem działania pozwalającym na uzyskanie oczekiwanych skutków może być wydłużenie okresu aktywności zawodowej. I nie chodzi tu o ustawowe podwyższanie wieku emerytalnego, a o tworzenie warunków, w których osoby w wieku okołoemerytalnym będą chciały i mogły pracować mimo uprawnień do przejścia na emeryturę. W tym celu można podejmować działania o różnym charakterze.

Bardzo ważna jest edukacja i informowanie o mechanizmie systemu emerytalnego. Wiedza w tym zakresie pozwala na podejmowanie świadomych decyzji dotyczących opuszczania rynku pracy. Konieczne są też reformy aktywnej polityki rynku pracy (pośrednictwa pracy), dostosowywania miejsc pracy do potrzeb starszych pracowników, upowszechnienia zwiększania kompetencji oraz koncepcji uczenia się przez całe życie, zachęcania – w różnych formach – pracodawców do zatrudniania starszych pracowników, ale też przełamania stereotypów dotyczących pracowników w wieku okołoemerytalnym. Ważne są też działania związane z ochroną zdrowia osób w wieku emerytalnym i eliminowanie wykluczenia komunikacyjnego.

Najważniejsza zachęta do odraczania emerytury jest jednak „zaszyta” bezpośrednio w systemie emerytalnym, który premiuje długą aktywność zawodową w postaci wyraźnie wyższych świadczeń. Jeśli Polacy trwale zmieniają swoje wzorce przechodzenia na emeryturę i zaczną to robić później, to – dzięki wzrostowi stopy zastąpienia w przyszłości – uzyskają wyższą adekwatność świadczeń emerytalnych.

Stopa zastąpienia może wzrosnąć także, jeżeli uda się rozwiązać problem rosnącej liczby bardzo niskich (tzw. groszowych) emerytur, przyznawanych już za kilka opłaconych składek. Należy jednak za-

znaczyć, że indywidualne stopy zastąpienia, które przekładają się na wysokość indywidualnej emerytury, są bardzo zróżnicowane i zależą od tego, ile składek odłoży osoba ubezpieczona i w jakim wieku przejdzie na emeryturę. Im później to nastąpi i im więcej składek zostanie odprowadzonych do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tym wyższe będzie świadczenie.

PRZYPISY/NOTES

- ¹ Od 1 marca 2023 r. minimalna emerytura wynosi 1588,44 zł.
- ² Emerytury niższe niż minimalna (nazywane też emeryturami groszowymi) otrzymują osoby, które nie mają wymaganego prawem minimalnego stażu składkowego (20 lat kobiety i 25 lat mężczyźni), i które zgromadziły na kontach emerytalnych bardzo niskie kwoty (zob. Uścińska, 2022b).
- ³ Obiektywnym uzasadnieniem takich zachowań jest rosnące wraz z wiekiem ryzyko zakażenia się koronawirusem i ciężki przebieg choroby.
- ⁴ Z kalkulatora można też korzystać samodzielnie bez pośrednictwa doradcy, na platformie PUE ZUS lub na stronie internetowej ZUS.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- Grotowska-Leder, J., Roszak, K., 2016. *Sandwich generation? Wzory wsparcia w rodzinach trypokoleniowych. Na przykładzie mieszkańców dwóch gmin województwa świętokrzyskiego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- GUS, 2023. *Aktywność ekonomiczna ludności Polski – 3 kwartał 2022 r.* Warszawa, tabl. 1.3.
- IPiSS, 2022. *I fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń/luty.*
- IPiSS, 2023. *II fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń.*
- Pawlikowska-Łagód, K., Dąbska, O., 2018. Aktywność zawodowa a przejście na emeryturę w opinii polskich seniorów. *Rynek-Społeczeństwo-Kultura*, 2(28), 146–148.
- Raciborski, F., Samoliński, B., 2013. *Stres okołoemerytalny w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym*. Raport MPIPS. Warszawa, 2–3.
- Uścińska, G., 2022a. *Prawo ubezpieczeń społecznych. Zasady, finansowanie, organizacja*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Uścińska, G., 2022b. Systemy emerytalne a sytuacja demograficzna. W: G. Uścińska, Z. Wiśniewski, red. *Zmiany demograficzne a rynek pracy i ubezpieczenia społeczne. Materiały z III Kongresu Demograficznego*, cz. IV. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 99.
- Uścińska, G., Wiśniewski, Z., red. 2022. *Zmiany demograficzne a rynek pracy i ubezpieczenia społeczne. Materiały z III Kongresu Demograficznego*, cz. IV. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Wróblewska, W., 2020. Procesy demograficzne i gospodarka senioralna w Polsce – wybrane aspekty. W: M. Sosnowski, A. Zabiński, red. *Teoretyczne i aplikacyjne wyzwania współczesnych procesów gospodarczych*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 96–107.
- ZUS, 2022. *Struktura emerytów, którym świadczenie wypłaca ZUS według wysokości świadczeń i płci (w odsetkach)*. Dostępny w: <https://www.zus.pl/documents/10182/2564874/E+ni%C5%BCsze+niz+najni%C5%BCsze+XII+2022.pdf/bdb684e3-e4f8-c732-f0fb-5fcf30ca291c?t=1677580536426> [Dostęp: 28.02.2023].
- ZUS, 2023. *Absencja chorobowa w 2022 r.* Informacja Departamentu Statystyki Prognoz Aktuarialnych Warszawa: ZUS, tab. 4.

SYTUACJA EKONOMICZNA OSÓB STARSZYCH W OKRESIE PANDEMII COVID-19

ECONOMIC SITUATION OF OLDER PEOPLE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Elżbieta Kuźma

ORCID: 0000-0001-7601-9961
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych*
e-mail: e.kuzma@ipiss.com.pl

Abstract: The aim of the article is to describe the economic situation of seniors aged 60+ during the Covid-19 pandemic, debt forms of some of them and noticeable changes in the structure of expenses. The text also attempts to indicate possible actions to be taken to improve the quality of life of older people, especially those with a disability or dependency certificate. The article is based on the results of two-stage field research conducted in the Mazowieckie Voivodship among seniors aged 60+.

Keywords: seniors, finances, social service, debt, needs

Author's affiliation: Institute of Labour and Social Studies

Abstrakt: Celem artykułu jest opis sytuacji ekonomicznej seniorów w wieku 60+ w czasie pandemii COVID-19, form zadłużenia części z nich oraz dostrzegalnych zmian w strukturze wydatków. Tekst podejmuje także próbę wskazania możliwych do podjęcia działań prowadzących do poprawy jakości życia osób starszych, w tym zwłaszcza osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub niesamodzielności. Podstawę opracowania stanowią wyniki dwuetapowych badań terenowych przeprowadzonych na terenie województwa mazowieckiego wśród seniorów w wieku 60+.

Słowa kluczowe: seniorzy, finanse, pomoc społeczna, zadłużenie, potrzeby

WSTĘP

Wiosna roku 2020 zmieniła bezpowrotnie życie społeczeństw, które musiały stawić czoła bezprecedensowej we współczesnym świecie sytuacji związanej z ogłoszeniem stanu epidemii COVID-19 i wynikających z tego różnorodnych obostrzeń i ograniczeń. Wśród grup społecznych dotkliwie odczuwających konsekwencje tej wyjątkowej rzeczywistości znalazły się osoby starsze, w wieku 60+. Dla większości z nich nowe realia wiązały się ze zmianą nabytych przyzwyczajęń i sposobu funkcjonowania w dotychczasowych warunkach, a także spowodowały reorganizację domowych budżetów i koszyka zakupowego.

Niniejszy tekst poświęcony jest sytuacji finansowej osób starszych w czasie pandemii. Poza ogólnym zarysem materialnych realiów, w których egzystują polscy seniorzy, porusza on problem trudności finansowych napotykanym przez część senioralnych gospodarstw domowych w tym niełatwym okresie. W artykule poruszone zostają także zagadnienia związane ze sposobami radzenia sobie w sytuacji materialnego impasu, zadłużeniem osób starszych i korzystaniem z pomocy społecznej. Przedstawione są także możliwości zapobiegania materialnym kłopotom wśród seniorów w wieku 60+.

Podstawę opracowania artykułu stanowią badania empiryczne przeprowadzone w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego i Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Badania przeprowadzone zostały w dwóch etapach. Pierwszy z nich, zrealizowany w okresie styczeń – luty 2022 r., polegał

na równoległym przeprowadzeniu badań jakościowych – za pomocą indywidualnych wywiadów pogłębionych TIDI (*Telephone Individual In-depth Interview*) w trzech gminach województwa mazowieckiego – oraz ilościowych – polegających na wywiadach telefonicznych wspomaganym komputerowo CATI (*Computer-Assisted Telephone Interview*) przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie wśród populacji w wieku 60 lat i więcej z terenu województwa mazowieckiego. Drugi etap badań, przeprowadzonych w okresie grudnia 2022 r. i stycznia 2023 r., polegał na zrealizowaniu badania ilościowego techniką telefonicznych wywiadów wspomaganym komputerowo CATI¹, badania jakościowego techniką telefonicznych wywiadów pogłębionych TIDI² w tych samych trzech gminach województwa mazowieckiego oraz również tam przeprowadzonych trzech zogniskowanych wywiadów grupowych (*Focus Group Interview – FGI*). Niniejsze opracowanie wykorzystuje badania ilościowe z I-go i II-go etapu.

ZARYS SYTUACJI FINANSOWEJ SENIORÓW

Analizę materialnego wymiaru egzystencji osób starszych należy rozpocząć od bliższego przyjrzenia się dochodom pozyskiwanym zarówno przez

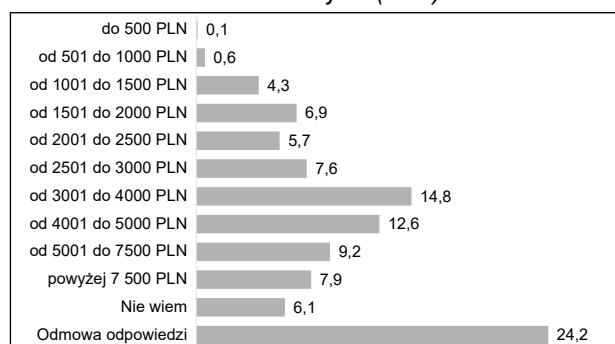
¹ Badanie CATI przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 801 osób w wieku powyżej 60 lat.

² Badanie TIDI zostało zrealizowane w trzech gminach województwa mazowieckiego: gminie miejskiej Przasnysz, gminie miejsko-wiejskiej Wyszogród i gminie wiejskiej Boguty-Pianki. Łącznie przeprowadzono 75 wywiadów zarówno z seniorami, jak i asystentami osób niesamodzielnych i przedstawicielami grupy wsparcia opiekunów.

samych seniorów, jak i przez innych członków senioralnych gospodarstw domowych, oczywiście w przypadku osób, które nie zamieszkują samotnie.

Pytanie o dochód jest kwestią drażliwą, stąd wśród respondentów badania ankietowego, blisko jedna czwarta (24,2%) odmówiła udzielenia informacji. Z danych uzyskanych od osób, które odpowiedziały na to pytanie, wyłania się obraz stosunkowo mocno zróżnicowanej sytuacji ekonomicznej w gospodarstwach domowych, do których należeli uczestniczący w badaniu seniorzy. Spora rozpiętość pozyskiwanych dochodów – od tych najniższych, nie przekraczających 500 PLN do najwyższych wynoszących ponad 7500 PLN – wynika nie tylko z wysokości świadczeń pozyskiwanych przez seniorów, ale także z różnej liczby osób tworzących gospodarstwo domowe i ich dochodów. Szczegółowe dane dotyczące deklarowanych dochodów gospodarstw domowych ankietowanych seniorów prezentuje poniższy wykres.

Wykres 1. Deklarowana przeciętna wysokość dochodów netto gospodarstw domowych osób starszych (w %)



Źródło: opracowanie na podstawie wyników CATI, grudzień 2022 – styczeń 2023, N=801.

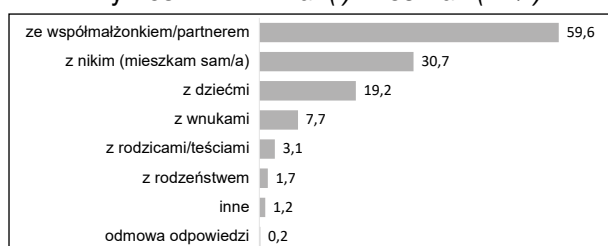
Porównując powyższe dane z wynikami badań przeprowadzonymi rok wcześniej w ramach pierwszej fali badań, można zauważyć, iż w pierwszej edycji badania, podobnie jak w drugiej, jedna czwarta badanych (25,7%) odmówiła udzielenia odpowiedzi na to pytanie. Ponad 0,6% respondentów nie wiedziało, jakie są dochody ich gospodarstwa domowego. Ponadto, porównując dane z dwóch kolejnych lat, można dostrzec nieco inny rozkład dochodów pozyskiwanych przez gospodarstwa domowe ankietowanych seniorów. Udział gospodarstw domowych deklarujących niskie dochody jest procentowo bardzo zbliżony. W wynikach pozyskanych w drugiej fali badań można zauważyć wyższy odsetek gospodarstw domowych deklarujących dochody w przedziałach od 5000 PLN do 7500 PLN i powyżej 7500 PLN. Różnice te wynikają najprawdopodobniej z faktu, iż pierwsza część badania była realizowana w czasie trwania kolejnej fali pandemii i związanych z nią restrykcji, w tym ograniczeń w prowadzeniu działalności gospodarczej. Obowiążące w tym okresie obostrzenia uniemożliwiają normalne funkcjonowanie wielu przedsiębiorstw, zwłaszcza z sektora usług, przelożyły się na obniżenie pozyskiwanych dochodów przez pracujących członków gospodarstw domowych, np. pracującego jeszcze współmałżonka bądź partnera zwłaszcza w prze-

dziale wiekowym 60–64 lata lub dorosłe dzieci, które podjęły już pracę zawodową.

Jak już wspomniano, zadeklarowane przez respondentów dochody gospodarstw domowych należy przeanalizować pod kątem liczby osób zamieszkujących wspólnie pod jednym dachem – im więcej osób, tym wyższe bowiem potencjalne dochody gospodarstwa domowego.

Jak wynika z pozyskanych danych, zdecydowana większość badanych zamieszkuje pod wspólnym dachem przynajmniej z jedną osobą. Najczęściej jest to współmałżonek bądź partner, następnie dzieci, a na trzecim miejscu – wnuki.

Wykres 2. Z kim Pan(i) mieszka? (w %)



Źródło: opracowanie na podstawie wyników CATI, grudzień 2022 – styczeń 2023, N=801.

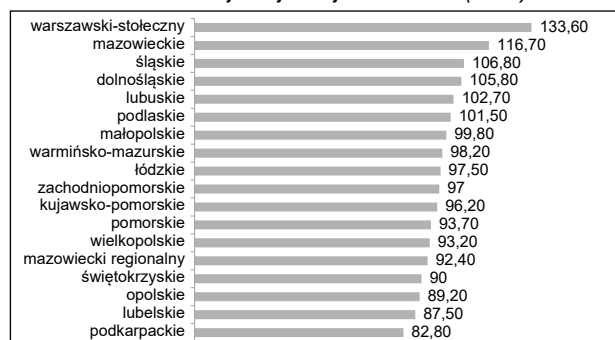
Blisko jedna trzecia ankietowanych seniorów mieszka sama. Można przypuszczać, że to właśnie te, jednoosobowe gospodarstwa domowe, charakteryzują się niższymi w porównaniu z innymi deklarowanymi dochodami miesięcznymi. Osoby starsze mieszkające samotnie (30,7% badanych) znajdują się w potencjalnie w najtrudniejszej sytuacji finansowej, gdzie ciężar utrzymania gospodarstwa domowego, a także wszelkich innych kosztów, jak chociażby wykupienie niezbędnych leków, produktów spożywczych czy odzieży, spoczywa na jednej osobie i pozyskiwanych przez nią dochodach.

Podobnie, w trudniejszej sytuacji materialnej znajdują się gospodarstwa domowe osób starszych, w których przynajmniej jeden z członków rodziny jest osobą niesamodzielną lub niepełnosprawną. Wśród seniorów biorących udział w drugiej turze badań, 16,9% posiadało orzeczenie o niesamodzielnosci lub stopniu niepełnosprawności. Ponadto, część ankietowanych miała pod swoją opieką własnych rodziców lub potomstwo z niepełnosprawnościami. W tego typu gospodarstwach domowych, kwestie materialne nabierają szczególnego znaczenia. Możliwość zaspokojenia wszystkich potrzeb, w tym zakupu bądź wynajmu specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego, dodatkowych środków medycznych (np. pampersy, podkłady, wsparcie w opiece czy też zakupu usług medycznych w prywatnym sektorze opieki zdrowotnej, staje się niekiedy prawdziwym wyzwaniem, przed którym stoją seniorzy.

Analizując sytuację finansową gospodarstw domowych, należy wziąć pod uwagę zróżnicowanie terytorialne dochodów. Badania były przeprowadzone na terenie województwa mazowieckiego, które jest obszarem o najwyższych średnich dochodach w kraju. W roku 2020, podobnie jak rok wcześniej, najwyższe przeciętne dochody w przeliczeniu na 1 osobę (2 241

PLN) były wyższe niż przeciętny krajowy dochód na 1 osobę aż o 16,7% (GUS, 2021a). Dla porównania, najniższe dochody pozyskiwały gospodarstwa domowe w województwie podkarpackim (1 589 PLN), o 17,2% poniżej średniej krajowej, lubelskim, gdzie były niższe o 12,5% od średniej krajowej i w opolskim – mniej o 10,8% (GUS, 2021a).

Wykres 3. Wskaźnik przeciętnego dochodu rozporządzalnego w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwach domowych w stosunku do średniej krajowej w 2020 r. (w %)



Źródło: opracowanie na podstawie danych z raportu *Budżety gospodarstw domowych w 2020 r.*, Główny Urząd Statystyczny (2021a, s. 33).

W 2021 r. średnia emerytura wypłacana w ramach świadczeń emerytalnych ZUS wyniosła 2 644,84 PLN i była wyższa o 6,9% w porównaniu z rokiem poprzednim. Najwyższe emerytury wypłacano w województwie śląskim (3 134,87 PLN), a najniższe w podkarpackim (2 374,37 PLN) (GUS, 2022b). W województwie mazowieckim w 2021 roku średnia emerytura wyniosła 2 773,11 PLN (Rocznik Statystyczny Województw 2022).

Z kolei przeciętna renta wypłacana przez ZUS z tytułu niezdolności do pracy wyniosła w 2021 r. 2 088,27 PLN i wzrosła o 4,5% w skali roku. Także i w tym przypadku najwyższe świadczenia były wypłacane w województwie śląskim (2 621,62 PLN). Najniższe renty wypłacano w województwie łódzkim (1 796,00 PLN) i podkarpackim (1 796,89 PLN) (GUS, 2022b). W województwie mazowieckim było to 1 941,61 PLN (Rocznik Statystyczny Województw, 2022).

TRUDNOŚCI EKONOMICZNE W DOBIE PANDEMII

Dane pozyskane w trakcie realizacji drugiego etapu badań wskazują, że 37,3% seniorów żyje oszczędnie i dzięki temu wystarcza im pieniędzy na zrealizowanie wszystkich swoich potrzeb. Na bieżące wydatki bez specjalnych wyrzeczeń starcza 22,7% ankietowanych, ale nie udaje im się nic zaoszczędzić. To, że żyje bardzo oszczędnie, by móc udźwignąć ciężar większych wydatków, deklaruje 9,3% seniorów. Tylko na podstawowe potrzeby wystarczają posiadane środki finansowe 7,6% badanych. W najlepszej sytuacji materialnej znajdowało się 20,1%, którym starcza na wszystko bez specjalnych wyrzeczeń i jeszcze oszczędzają na przyszłość.

Jak widać, jedynie niewielkiej części badanych brakuje środków finansowych, by bez problemu

mogli zaspokoić wszystkie podstawowe potrzeby, w tym w szczególności opłacić rachunki, zakupić niezbędne leki oraz artykuły spożywcze.

Porównując uzyskane dane z wynikami z pierwszej fali badań, można zaobserwować poprawę sytuacji finansowej osób starszych. Obniżył się odsetek seniorów, którym nie wystarcza pieniędzy nawet na zakup najtańszego jedzenia (z 1,0% do 0,6%) oraz osób, którym starcza środków pieniężnych jedynie na podstawowe potrzeby (z 10,20% do 7,60%). Ponadto dane wskazują, że w ciągu roku praktycznie podwoiła się liczba osób w wieku 60+, którym pieniędzy wystarcza na wszystko i są jeszcze w stanie coś zaoszczędzić na przyszłość (wzrost z 10,80% do 20,10%).

Wykres 4. Sposoby zarządzania dochodem w gospodarstwach domowych (badania z lat 2022 i 2023) (w %)



Źródło: opracowanie na podstawie wyników CATI, styczeń-luty 2022, opracowanie na podstawie wyników CATI, grudzień 2022 – styczeń 2023, N=801.

Relatywnie dobra sytuacja materialna senioralnych gospodarstw domowych to wynik pomocy dla seniorów, realizowanej na poziomie państwowym od 2020 r. Składają na nią różne programy pomocowe, wśród których należy wymienić przede wszystkim:

- coroczną waloryzację rent i emerytur;
- wypłacanie dodatkowej emerytury (tzw. trzy-nastki), która ustawą z lutego 2020 r. stała się corocznym świadczeniem gwarantowanym;
- podnoszenie wysokości świadczeń minimalnych;
- zwrot podatku dochodowego na rzecz emerytów i rencistów pobierających najniższe świadczenia;
- wypłacanie kolejnej dodatkowej emerytury (tzw. czternastki) w latach 2021 i 2023 (Uścińska, 2022).

Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego, gospodarstwa seniorów w 2021 r. osiągały wyższe dochody w porównaniu z poprzednim rokiem, ale zarazem ponosiły wyższe wydatki. Średni dochód miesięczny gospodarstw domowych, w których była przynajmniej jedna osoba w wieku powyżej 60 lat, w 2021 r. wynosił 2 017 PLN na osobę. Oznacza to, że wzrósł w stosunku do poprzedniego roku o 8,0%. Jednocześnie, wydatki na jedną osobę osiągnęły w tych gospodarstwach domowych wartość 1 285 PLN na miesiąc, czyli o 8,9% więcej niż w 2020 r. (GUS 2022a).

Wśród seniorów biorących udział w badaniach na terenie województwa mazowieckiego prawie połowa (49,1%) nie odczuła zmiany swojej sytuacji finansowej od momentu ogłoszenia pandemii. Jedynie 38,6% było zdania, że warunki materialne ich egzystencji uległy

pogorszeniu. Możliwe, że dotyczy to w głównej mierze gospodarstw domowych jednoosobowych oraz gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi bądź niesamodzielnymi. Te ostatnie zostały zmuszone do rezygnacji z hobby i wyjazdów wypoczynkowych (40,8%) oraz do ponoszenia większych kosztów na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, głównie poprzez zakup usług w prywatnym sektorze medycznym i zakup leków (39,9%).

Mimo stosunkowo dobrej sytuacji finansowej w większości senioralnych gospodarstw domowych zmniejsza się odczuwalna siła nabywcza. Wynika to m.in. ze wzrostu wysokości opłat spowodowanych rosnącą inflacją. Potwierdza to struktura wydatków za 2021 r. Wydatki na żywność, mieszkanie/dom, opłaty za energię, napoje bezalkoholowe i zdrowie w przeliczeniu na jedną osobę ponoszone w gospodarstwach seniorów w porównaniu do tych, gdzie nie ma osób w wieku 60+, były o 13,4 pkt proc. wyższe i stanowiły 60,0% ogółu wydatków seniorów, a w gospodarstwach bez starszych osób wynosiły 46,6%. Najbardziej widoczna różnica dotyczyła kosztów związanych ze zdrowiem. W tym przypadku, udział tych kosztów w całości wydatków w senioralnych gospodarstwach domowych był ponad dwukrotnie wyższy niż w pozostałych gospodarstwach (GUS, 2022a).

Największa od dziesięcioleci inflacja to jedna z największych obaw badanych seniorów. Jako czynniki w największym stopniu oddziałujące na ich sytuację w ciągu najbliższych 1–2 lat, respondenci najczęściej wskazywali rosnącą inflację i towarzyszący jej wzrost cen (84%), wysokie ceny energii i koszty utrzymania mieszkania (83,5%), postęp technologiczny w medycynie (66,8%) oraz wypłatę trzynastej i czternastej emerytury (52,6%).

Obawy seniorów odnośnie do wzrostu kosztów życia potwierdzają dostępne dane statystyczne. Przykładowo, dane z raportu GUS za wrzesień 2022 r. wskazują, że w porównaniu z wrześniem 2021 r. odnotowano wyższe ceny mieszkań (o 26,0%), żywności (o 20,0%), transportu (o 16,4%) oraz rekreacji i kultury (o 13,9%) (GUS, 2022c).

ZADŁUŻENIE I MOŻLIWOŚCI SPŁATY DŁUGÓW

Dodatkowych informacji na temat sytuacji materialnej gospodarstw domowych seniorów dostarczają odpowiedzi uzyskane na pytanie o ich ewentualne

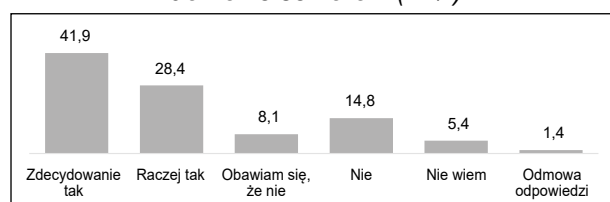
zadłużenie. Z udzielonych informacji wynika, że 88,9% respondentów nie posiada żadnych długów, zaś 9,2% badanych przyznało, że ich gospodarstwo domowe jest zadłużone. Jedynie 0,2% nie wiedziało o zadłużeniu, zaś 1,7% odmówiło udzielenia odpowiedzi. Niewiele ponad 9% zadłużonych gospodarstw domowych ankietowanych seniorów to relatywnie niewiele w porównaniu z danymi GUS wskazującymi, że aż 28% gospodarstw domowych w skali kraju było zadłużonych w 2020 r. (GUS, 2021a).

Seniorzy, którzy mieli niespłacone zobowiązania finansowe, w większości (55,4%) zaciągnęli je jeszcze przed pandemią, czyli przed marcem 2020 r. Pozostała część badanych (43,2%) zadłużyła się już w okresie epidemii koronawirusa.

Najczęstszym rodzajem zadłużenia gospodarstw domowych seniorów jest zaciągnięty kredyt bankowy bądź wzięta pożyczka (83,8%). Na następnym miejscu znalazły się zaległości w opłatach czynszowych (6,8%) oraz opłatach za media (prąd, woda, gaz, śmieci – 4,1%). Część ankietowanych seniorów przyznała, że posiada jakieś zobowiązania finansowe, ale nie sprecyzowała jakie, stąd też znalazły się one w kategorii „inne” (4,1%). Tyle samo respondentów odmówiło udzielenia odpowiedzi.

W kontekście zadłużenia części seniorów nasuwa się pytanie o możliwości spłaty zaciągniętych zobowiązań finansowych. Zdecydowana większość (42%) seniorów uważa, że ich gospodarstwo domowe zdecydowanie poradzi sobie ze spłatą długu, zaś nieco ponad 28% jest zdania, że raczej będzie to w stanie zrobić. Wśród seniorów mających obawy, co do możliwości wyjścia z długów, 17% respondentów obawia się, że nie będzie to możliwe, a prawie 15% z nich uważa, że nie poradzi sobie z zadłużeniem bez pomocy.

Wykres 5. Oceny możliwości samodzielnej spłaty zobowiązań finansowych przez gospodarstwo domowe seniorów (w %)



Źródło: opracowanie na podstawie wyników CATI, grudzień 2022 – styczeń 2023, N=74.

Tabela 1. Co wpłynie na Pana(i) sytuację w okresie najbliższych 1–2 lat? (w %)

| | Zdecydowanie nie | Raczej nie | Ani tak, ani nie | Raczej tak | Zdecydowanie tak |
|---|------------------|------------|------------------|------------|------------------|
| Wojna na Ukrainie | 16,6 | 23,6 | 19,1 | 21,6 | 19,1 |
| Napływ uchodźców z Ukrainy lub innych terenów | 29,6 | 28,5 | 12,9 | 16,1 | 12,9 |
| Rosnąca inflacja i wzrost cen podstawowych towarów na rynku | 3,7 | 8,7 | 3,6 | 21,3 | 62,7 |
| Ceny energii i wysokie koszty utrzymania mieszkania | 4,1 | 7,4 | 5,0 | 22,5 | 61,0 |
| Kolejna fala pandemii | 14,0 | 18,0 | 16,6 | 21,1 | 30,3 |
| Wypłata trzynastej i czternastej emerytury | 17,5 | 16,7 | 13,2 | 22,9 | 29,7 |
| Postęp technologiczny w medycynie | 8,1 | 12,0 | 13,1 | 25,7 | 41,1 |

Źródło: opracowanie na podstawie wyników CATI, grudzień 2022 – styczeń 2023, N=801.

Tabela 2. Zmiana nawyków zakupowych w okresie pandemii wśród seniorów (w %)

| | Tak | Nie | Nic się nie zmieniło |
|---|------|------|----------------------|
| Kupuje się więcej leków i/lub suplementów diety | 40,6 | 30,3 | 29,1 |
| Więcej pieniędzy przeznaczana się na prywatne leczenie, zabiegi medyczne, badania | 40,3 | 43,3 | 16,4 |
| Więcej pieniędzy przeznaczana się na sfinansowanie niezbędnej pomocy (zakupy, sprzątanie, opieka, asysta) | 14,0 | 74,5 | 11,5 |
| Kupuje się żywność lepszej jakości | 37,5 | 36,0 | 26,5 |
| Więcej pieniędzy przekazuje się rodzinie jako pomoc dla niej | 18,0 | 64,9 | 17,1 |
| Ograniczone zostały wydatki na wypoczynek, hobby | 42,8 | 40,1 | 17,1 |
| Zwiększyły się wydatki na utrzymanie mieszkania/domu (np. energię, opał itp.) | 87,4 | 9,5 | 3,1 |

Źródło: opracowanie na podstawie wyników CATI, grudzień 2022 – styczeń 2023, N=801.

Najczęstszym wyjściem z trudnej sytuacji finansowej seniorów jest doświadczana przez nich pomoc ze strony najbliższej rodziny, przeznaczana zarówno na bieżące potrzeby, jak i na spłatę zadłużeń i innych zobowiązań finansowych.

ZMIANA STRUKTURY WYDATKÓW

Ogłoszenie pandemii w marcu 2020 r. i idące za tym ograniczenia w gospodarce nie wpłynęły w znaczącym stopniu na sytuację finansową osób starszych w wieku 60+, zarówno w Polsce, jak i w Europie. Wyniki europejskiego sondażu Eurofound wskazują, że sytuacja finansowa seniorów była bardziej stabilna niż innych grup ludności dzięki zabezpieczeniom dochodów w ramach istniejących systemów emerytalnych (Eurofound, 2022).

Badania przeprowadzone w województwie mazowieckim wskazują, że ponad połowa seniorów (52,8%) ankietowanych w ramach drugiej fali badań wskazała, że sytuacja finansowa ich gospodarstwa domowego nie uległa zmianie w ciągu ostatnich 6. miesięcy poprzedzających realizację badań. Zmianę na gorsze deklarowało 40,7% ankietowanych.

Wśród seniorów zmianie uległy wybory konsumenckie i zawartość koszyka zakupowego. Utrudniony dostęp do świadczeń medycznych w ramach państwowej służby zdrowia zmusił seniorów do korzystania z dostępnego w czasie pandemii prywatnego leczenia: wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych i zabiegów medycznych. W tym okresie 40,3% respondentów przeznaczało więcej środków finansowych na te właśnie trzy elementy niemożliwe bądź znacznie utrudnione w realizacji w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia. Z kolei 40,6% seniorów zadeklarowało zwiększenie ilości nabywanych leków i suplementów diety (m.in. witaminy), zaś 37,5% stwierdziło, że w okresie pandemii kupowało żywność lepszej jakości. W tym szczególnym okresie 14,0% respondentów przeznaczało także więcej pieniędzy na sfinansowanie niezbędnej im pomocy, takiej jak: sprzątanie, robienie zakupów, opieka czy asysta. Warto zaznaczyć, że wśród udzielonych odpowiedzi pojawiło się przeznaczanie większej ilości pieniędzy na pomoc rodzinie, co

wskazało 18,0% respondentów. Zwiększenie wydatków na niezbędne w okresie pandemii zakupy bądź też usługi czy pomoc najbliższym odbyła się m.in. kosztem ograniczenia wydatków na wypoczynek i hobby. Aż 42,8% seniorów wskazało właśnie tę kategorię jako elementy, na które przeznaczają mniej pieniędzy.

Najistotniejszą jednak zmianą, którą można dostrzec na podstawie wypowiedzi respondentów, jest wzrost wydatków ponoszonych na utrzymanie mieszkania lub domu, w tym na pokrycie opłat za prąd, gaz i ogrzewanie. Zwiększenie wydatków na te cele deklaruje 87,4% badanych. Kryzys energetyczny, będący wynikiem niepewności związanej w konfliktem rosyjsko-ukraińskim, zwiększonym zapotrzebowaniem na paliwo i wzrostem globalnego zużycia ropy naftowej, przekłada się na gwałtowny wzrost cen energii elektrycznej, gazu i opału.

Nieco inna jest zmiana struktury wydatków w przypadku gospodarstw domowych seniorów posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub niesamodzielności. Wśród respondentów z tej kategorii aż 58,5% badanych przeznaczają środki finansowe na zakup większej ilości leków i suplementów diety. Nieco ponad jedna czwarta respondentów (25,9%) mających wymienione orzeczenie nie zaobserwowała zmian w tej kwestii.

Tabela 3. Związek pomiędzy stwierdzeniem „kupuje się więcej leków i/lub suplementów diety” a orzeczeniem o niepełnosprawności

| | | Tak | Nie | Bez zmian | |
|--|-----|--------|-------|-----------|-------|
| Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności / niesamodzielności | Tak | Liczba | 79 | 21 | 35 |
| | | % | 58,5% | 15,6% | 25,9% |
| | Nie | Liczba | 243 | 218 | 197 |
| | | % | 36,9% | 33,1% | 29,9% |

Źródło: opracowanie na podstawie wyników CATI, grudzień 2022 – styczeń 2023, N=793.

Korelacja pomiędzy posiadaniem orzeczenia o niepełnosprawności lub niesamodzielności a zakupem większej ilości leków i/lub suplementów diety wynika ze zwiększonych potrzeb zdrowotnych tych osób. W konsekwencji niepełnosprawni seniorzy

zmuszeni są do zwiększenia wydatków na zakup niezbędnych medykamentów kosztem zaspokajania innych potrzeb. Przykładowo, w ankietowanej grupie tej nieco ponad połowa badanych (51,9%) zmuszona była do ograniczenia swoich wydatków na wypoczynek lub hobby, by móc podołać innym zobowiązaniom finansowym.

KORZYSTANIE Z POMOCY SPOŁECZNEJ

Wyniki badań wśród seniorów wskazują, że stosunkowo niewielki odsetek respondentów korzystał ze wsparcia pomocy społecznej, zarówno przed pandemią, jak i w trakcie jej trwania. Pomimo wzrostu kosztów utrzymania spowodowanych inflacją, wzrostem cen i rosnącymi kosztami utrzymania, a także dodatkowymi wydatkami gospodarstw domowych wynikających z zakupu większej ilości leków i suplementów diety (np. witaminy), nie odnotowano wzrostu udziału seniorów korzystających z pomocy społecznej. Nieliczne osoby korzystające z tego typu wsparcia najczęściej otrzymywały: pomoc finansową w postaci: zasiłku stałego, okresowego bądź celowego (6,8%), pomocy rzeczowej, takiej jak: nieodpłatnych paczek żywnościowych, odzieży, posiłków lub opału (3,6%). Z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych (3,0%) oraz z pomocy asystenta osoby niesamodzielnej/niepełnosprawnej korzystało w sumie 1,0% seniorów.

Seniorzy, którzy korzystali ze wsparcia oferowanego przez ośrodki pomocy społecznej w trakcie pandemii, tj. między marcem 2020 r. a początkiem 2022 r. (31,5%) ocenili, że pandemia nie wpłynęła na dostępność świadczeń oferowanych przez tę instytucję. Jedynie 9,3% respondentów określiło wsparcie OPS jako mniejsze.

W przypadku części respondentów społeczną rolę wspierającą spełniają najbliżsi członkowie rodziny. Najczęstsze formy pomocy otrzymywanej od krewnych, które wymienili uczestnicy badań tere-

nowych, to m.in.: dbanie o regularne przyjmowanie leków, utrzymywanie czystości w domu, transport, robienie zakupów, drobne prace naprawcze i pomoc finansowa. Seniorzy biorący udział w badaniu pierwszej fali wskazali jako najpopularniejsze formy otrzymywanego wsparcia: nieodpłatną pomoc sąsiedzką, z której skorzystało 16,3%, oraz pomoc finansową z ośrodka pomocy społecznej, którą otrzymało 6,8%.

MOŻLIWOŚCI POPRAWY SYTUACJI FINANSOWEJ SENIORÓW

Badania przeprowadzone w 21 państwach członkowskich Unii, a także w Wielkiej Brytanii, Norwegii i Szwajcarii wskazują, że ekonomiczne skutki pandemii najdotkliwiej odczuły młodsze kategorie wiekowe obywateli Europy. Spadek dochodów był szczególnie dotkliwy dla osób w wieku 18–21 lat, gdzie aż 50% młodych ludzi stwierdziło, że zmniejszyły się ich dochody. Dla porównania, obniżenie dochodów odczuło jedynie 15% osób w wieku 65+ (Intrum, 2021; Eurfound, 2022).

Polscy seniorzy nie odczuli w sposób dotkliwy ekonomicznych skutków pandemii dzięki opisanym powyżej działaniom rządu i wprowadzeniu dodatkowych świadczeń łagodzących trudną dla innych grup społecznych sytuację finansową. Poza wprowadzeniem trzynastych i czternastych pensji, waloryzacją rent i emerytur, a także podnoszeniem najniższych wypłacanych świadczeń emerytalnych, rząd podjął się w 2023 r. przeprowadzenia kolejnej waloryzacji rent i emerytur, które od 1 marca wzrosły o 14,8%, tyle ile wyniosła średnioroczna inflacja dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów (14,4%). Jest to waloryzacja kwotowo-procentowa z zastosowaniem gwarantowanej kwoty podwyżki w wysokości 250 zł brutto. Podwyżką objęte zostały również dodatki i świadczenia pieniężne, w tym najpopularniejszy z nich – dodatek pielęgnacyjny – który wynosi 294,39 zł.

Tabela 4. *Formy wsparcia, z których korzystali seniorzy w ciągu ostatniego roku (w %)*

| | Nie | Nie wiem | Tak |
|---|------|----------|------|
| Pomocy finansowej z ośrodka pomocy społecznej, np. zasiłek stały, okresowy, celowy | 94,7 | 0,1 | 5,2 |
| Dopłaty do nośników energii w związku ze wzrostem ich cen (np. zakupu węgla) | 81,7 | 0,4 | 17,9 |
| Pomocy rzeczowej z ośrodka pomocy społecznej, np. opału, posiłku, odzieży | 96,8 | 0,1 | 3,1 |
| Usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych | 97,6 | 0,2 | 2,2 |
| Usług asystenta osoby niepełnosprawnej | 98,4 | 0,1 | 1,5 |
| Opieki wytchnieniowej, czyli pomocy w sprawowaniu opieki w czasie odpoczynku opiekunów rodzinnych | 98,4 | 0,2 | 1,4 |
| Klubu seniora/domu seniora/domu dziennego pobytu | 95,0 | 0,1 | 4,9 |
| Pomocy psychologa | 95,8 | 0,1 | 4,1 |
| Pomocy pielęgniarki środowiskowej | 95,4 | 0,2 | 4,4 |
| Pomocy sąsiedzkiej (nieodpłatnej) | 87,3 | 0,2 | 12,5 |
| Pomocy wolontariuszy | 98,3 | 0,1 | 1,6 |
| Pomocy opłacanej prywatnie | 93,9 | 0,1 | 6,0 |
| Innego rodzaju wsparcia | 96,5 | 0,4 | 3,1 |

Źródło: opracowanie na podstawie wyników CATI, grudzień 2022 – styczeń 2023, N=801.

Pomimo tego część senioralnych gospodarstw domowych nadal boryka się z trudnościami finansowymi, zadłużeniem i koniecznością spłaty zaciągniętych zobowiązań materialnych. Są to, jak wynika z badań, w szczególności gospodarstwa domowe osób starszych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub niesamodzielności lub mających pod opieką niepełnosprawne dziecko. Obniżenie jakości życia jest widoczne w życiu seniorów, zwłaszcza tych, którzy prowadzą jednoosobowe gospodarstwa domowe (Senior Hub Raport, 2021).

To właśnie ci seniorzy wydają się grupą wymagającą dodatkowego ciągłego lub doraźnego wsparcia finansowego. Zdaniem ankietowanych seniorów, pomoc dla potrzebujących mogłaby przybierać postać stałych dodatkowych świadczeń pozyskiwanych przez osoby pobierające najniższe świadczenia emerytalne bądź renty lub celowych czy też okresowych dotacji wypłacanych w poszczególnych sytuacjach. W myśl opinii wyrażanych przez osoby biorące udział w pierwszym etapie badań terenowych, dobrym rozwiązaniem trudnej sytuacji finansowej seniorów byłoby także wsparcie od państwa wyrażone w dotacjach przyznawanych osobom o niskich dochodach lub w nieopodatkowanych emeryturach. Realizacja tego typu postulatów w sposób stały lub powtarzalny mogłaby stanowić zbyt duże obciążenie budżetu państwa.

Trzeci element stanowi bardziej skuteczne informowanie o istniejących możliwościach pozyskania wsparcia z ośrodka pomocy społecznej, tak by osoby starsze znajdujące się w potrzebie wiedziały o szerokim wachlarzu usług wspierających, z których mogą skorzystać, zwłaszcza w odniesieniu do osób niesamodzielnych, posiadających orzeczenie o niesamodzielności lub niepełnosprawności, które znajdują się najczęściej w najtrudniejszej sytuacji finansowej wynikającej, z jednej strony, z konieczności zaspokojenia większych potrzeb zdrowotnych, a z drugiej, z przeciętnie niższych niż inni seniorzy wynagrodzeń.

Ważne jest, by różnorodne formy wsparcia skierowane do osób starszych miały charakter trwały bądź powtarzalny, co przyczyniłoby się do polepszenia sytuacji finansowej tych senioralnych gospodarstw domowych, które jeszcze tego wymagają. Zabezpieczenie fundamentalnej potrzeby bezpieczeństwa seniorów, której podstawowym elementem składowym – poza wymiarem psychicznym i fizycznym – stanowi aspekt finansowy (Kawińska, 2022), jawi się jako istotny element szeroko rozumianej polityki senioralnej realizowanej w najbliższej przyszłości.

PODSUMOWANIE

Z powyższych danych wyłania się raczej pozytywny obraz sytuacji finansowej seniorów biorących udział w badaniach empirycznych. Należy jednak pamiętać, że część respondentów odmówiła odpowiedzi na pytania związane z kwestiami materialnymi, dochodami i zadłużeniem gospodarstw domowych. Ponadto, pytania o dochody należą do

tematów wrażliwych, na które respondenci nie zawsze odpowiadają w pełni zgodnie ze stanem faktycznym. Trzecim elementem wartym podkreślenia jest fakt, że mowa tu o gospodarstwach domowych, które w większości tworzone były przez dwie lub więcej osób, co może sprzyjać zwiększeniu dochodów rodziny. Po czwarte, badania zostały przeprowadzone w województwie mazowieckim, czyli tam, gdzie osiągane są najwyższe w skali kraju dochody.

Biorąc pod uwagę trudną sytuację gospodarczą, będącą skutkiem pandemii COVID-19, a także wysokiego wzrostu kosztów życia w latach 2021–2023, sytuacja finansowa gospodarstw domowych seniorów 60+ stanowi kwestię wymagającą szczególnej uwagi i monitorowania. Dotychczasowa polityka społeczna realizowana poprzez liczne programy pomocowe wydaje się skutecznie chronić część polskich emerytów i rencistów przed bardziej dotkliwym pogorszeniem się sytuacji materialnej. Na zwiększoną uwagę zasługują jednak gospodarstwa osób żyjących samotnie oraz te, w których ktoś z członków rodziny jest osobą niepełnosprawną bądź niesamodzielną. Ze względu na dodatkowe koszty i specyficzne potrzeby tych gospodarstw domowych należy je otoczyć szczególną opieką.

Należy także wziąć pod uwagę szybką dynamikę starzenia się populacji polskiej (Rzecznik Praw Obywatelskich, 2022). Obecnie osoby w wieku 60+ stanowią 25% populacji Polski, co przy utrzymującej się tendencji wzrostu liczby osób starszych, w 2050 r. będzie to już ponad 40% (SeniorHub, 2021), a to oznacza, że polskie społeczeństwo stanie się jedynym z najstarszych w Europie (SeniorHub, 2021). W tym kontekście zarysowuje się silna potrzeba zintensyfikowania działań skierowanych do seniorów, które będą wspierać osoby z kategorii wiekowej 60+ w ich kluczowych potrzebach, w tym także w zapewnieniu bezpieczeństwa poprzez stworzenie odpowiednich warunków finansowych egzystencji.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- Eurofound, 2022. *COVID-19 and older people: Impact on their lives, support and care. Living conditions and quality of life. Research report*. Luksemburg. Dostępny w: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2022/coo-vid-19-and-older-people-impact-on-their-lives-support-and-care> [Dostęp: 03.04.2023].
- Główny Urząd Statystyczny, 2021a. *Budżety gospodarstw domowych w 2020 roku*. Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny, 2021b. *Sytuacja gospodarstw domowych w 2020 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, 31.05.2021. Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny, 2022a. *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku. Analizy statystyczne*. Warszawa, Białystok.
- Główny Urząd Statystyczny, 2022b. *Emerytury i renty w 2021 roku. Informacje statystyczne*. Warszawa.
- Intrum, 2021. *European consumer payment report 2020*, Stockholm. Dostępny w: <https://www.intrum.com/publications/european-consumer-payment-report/european-consumer-payment-report-2020/> [Dostęp: 6.04.2023].
- Kawińska, M., 2022. Potrzeby seniorów w obszarze aktywności społecznej. *Polityka Społeczna*, XLIX, 9, 14–20.
- Okólski, M., 2004. *Demografia zmiany społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Panek, T., Zwierzchowski, J., 2022. Sytuacja materialna gospodarstw domowych osób 50+ w okresie pandemii. W: *Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19. Raport z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona zrealizowanego w ramach 8. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Rocznik Statystyczny Województw, 2022. Dostępny w: <https://dane.gov.pl/pl/dataset/1016,rocznik-statystyczna-ny-wojewodztw-2022/resource/44932/table> [Dostęp: 10.05.2023].
- Rzecznik Praw Obywatelskich, 2022. *Wsparcie osób starszych w czasie pandemii. Raport z badania na temat sytuacji osób w wieku 60+ w czasie pandemii COVID-19 w Polsce*. Warszawa.
- Senior Hub, 2021. *Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii Covid-19. Raport z badania*, kwiecień. Senior.Hub Instytut Polityki Społecznej. Dostępny w: <https://seniorhub.pl/wp-content/uploads/2021/05/raport-jakosc-zycia-osob-starszych-09.pdf> [Dostęp: 10.05.2023].
- Sowa-Kofta, A., 2022. Sytuacja ekonomiczna i aktywność osób starszych w czasie pandemii COVID-19: doświadczenia polskie na tle krajów europejskich. *Polityka Społeczna*, XLIX, 9. Warszawa: IPiSS.
- Szweda-Lewandowska, Z., 2020. Prawo i przemiany demograficzne – o nienadążaniu regulacji i instytucji prawnych za przemianami demograficznymi wynikającymi z procesu starzenia się populacji. *Polityka Społeczna*, 47, 10–17. Warszawa: IPiSS.
- Uścińska, G., 2022. *Wpływ pandemii COVID-19 na sytuację materialną osób 60+*. Dostępny w: <https://rob.uksw.edu.pl/wpływ-pandemii-covid-19-na-sytuacje-materialna-osob-60/> [Dostęp: 15.03.2023].

t. L, numer tematyczny 1/2023 DOI: 10.5604/01.3001.0053.598

SYTUACJA ZDROWOTNA OSÓB STARSZYCH W CZASIE I PO PANDEMII

HEALTH SITUATION OF THE ELDERLY PEOPLE DURING AND AFTER THE PANDEMIC

Elżbieta Bojanowska

ORCID: 0000-0002-5742-7713

Instytut Nauk Socjologicznych WSE UKSW*

e-mail: e.bojanowska@uksw.edu.pl

Abstract: People age at different rates and in different ways, however, the inevitable consequence of this process is the deterioration of health with age, faster development of diseases, especially chronic ones, making their course more severe and burdened with higher mortality than among younger people. Health, or lack of it, is very closely linked to personal independence or dependence on others. Therefore, the health condition of seniors strongly determines their quality of life, well-being, but also shapes their image in society. Therefore, the aim of the article is to show the health of the elderly in its objective and subjective dimensions, during and after the pandemic.

Keywords: old age, the elderly, health, illness

Author's affiliation: Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw

Abstrakt: Osoby starzeją się w różnym tempie i na rozmaite sposoby, niemniej nieuniknionym następstwem tego procesu jest postępujące z wiekiem pogarszanie się stanu zdrowia, szybszy rozwój chorób, szczególnie przewlekłych, co powoduje, że ich przebieg jest cięższy i obciążony wyższą śmiertelnością aniżeli wśród ludzi młodszych. Zdrowie bądź jego brak wiąże się nierozdzielnie z autonomicznością osoby lub zależnością od innych. Stan zdrowia seniorów wpływa na ich jakość życia oraz dobrostan, ale też kształtuje obraz starszych ludzi w społeczeństwie. W związku z tym celem artykułu jest ukazanie zdrowia osób starszych zarówno w wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym, w czasie pandemii i po jej zakończeniu.

Słowa kluczowe: podeszły wiek, starość, zdrowie choroba

WPROWADZENIE

Wzrost odsetka ludzi starszych w naszym społeczeństwie, który przede wszystkim jest następstwem spadku dzietności i wydłużenia przeciętnego dalszego trwania życia, powoduje przyspieszenie procesu tzw. podwójnego starzenia się ludności, przy jednoczesnym wewnętrznym zróżnicowaniu populacji ludzi starych w społeczeństwie. Podwójne starzenie się ludności, czyli zwiększenie odsetka osób w wieku 80 i więcej lat, wywołuje wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz pomoc i opiekę ze strony osób trzecich, czy rodzin, których kapitał opiekuńczy maleje.

Ponadto pandemia wywołana przez wirus SARS-CoV-2 spowodowała pogorszenie się stanu zdrowia

ludności, zwiększając śmiertelność i przyczyniając się do skrócenia długości życia Polaków. Średnia prognozowana długość życia w 2023 r. w Polsce dla 60-latków wynosi 254,3 miesiąca (w 2022 r. było to 238,9 miesiąca, czyli niespełna 20 lat, w 2021 r. – 247,7 miesiąca), a dla 65-latków 210,0 miesięcy (w 2022 r. było 196,2 miesiąca, czyli 16 lat i 4 miesiące, w 2021 r. – 204,3 miesiąca) (Komunikat GUS, 2023). Przed pandemią COVID-19 w 2020 r. było to 261,5 i 217,6 miesiąca. Długość zaś życia w 2021 r. mężczyzn wyniosła 71,75 roku i była krótsza o 2,3 roku niż w 2019 r. W przypadku kobiet wyniosła 79,68 roku i była krótsza o 2,1 roku niż w 2019 r. W porównaniu do innych krajów UE w Polsce nastąpiło powiększenie niekorzystnego dla Polski deficytu w zakresie wskaźnika,

* Wydział Społeczno-Ekonomiczny UKSW, 01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, tel. (22) 569-68-20, e-mail: wse@uksw.edu.pl

jakim jest długość życia. W przypadku mężczyzn było to o 1,1 roku, kobiet zaś o 1 rok (Wojtyniak i Goryński, 2022, s. 16–17). Inną kwestią jest jeszcze trwanie życia w zdrowiu (liczba lat, w których dana osoba może spodziewać się życia w dobrym stanie bez poważnych lub umiarkowanych problemów zdrowotnych), które w 2021 r. wyniosło 59,1 roku dla mężczyzn i 63,1 roku dla kobiet (GUS, 2022, s. 1). Jest to dla Komisji Europejskiej podstawowy wskaźnik zdrowego starzenia się.

Poza powyższymi kwestiami pandemia spowodowała obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej, ograniczając korzystanie ze świadczeń medycznych, co skutkowało odkładaniem na później części świadczeń zdrowotnych. Badacze zjawiska wskazują, że wywołało to dług zdrowotny. Dzisiaj jeszcze trudny do oszacowania.

W niniejszym artykule podjęto próbę zobrazowania stanu zdrowia osób starszych zarówno w jego wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym, w czasie pandemii i po pandemii, odwołując się do badań zawartych w Raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022” Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB, Polsenior2 oraz Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych. Badania IPISS zostały zrealizowane w ramach projektu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, którego kierownikiem jest autorka artykułu. Analizy zostały przeprowadzone dwukrotnie: pierwsze w okresie od 30 grudnia 2021 r. do 10 lutego 2022 r., zaś drugie w styczniu 2023 r. na reprezentatywnych próbach mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku 60+. Na potrzeby niniejszego artykułu zostały wykorzystane badania CATI.

ZDROWIE OSÓB STARSZYCH

Stan zdrowia jest jednym z obiektywnych wskaźników jakości życia. Zgodnie z założeniami WHO koncepcja jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia obejmuje funkcjonowanie w podstawowych obszarach: fizycznym, psychicznym i społecznym oraz ocenę subiektywną. WHO definiuje zatem zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby czy kalectwa” (Bień, 2007, s. 45). Oznacza to „dobre samopoczucie i taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki dana jednostka może osiągnąć w najlepszych warunkach” (Szatur-Jaworska, Rysz-Kowalczyk i Petelczyc, 2021, s.160). Zdrowie zatem odnosi się do harmonijnej integracji ciała, umysłu, otoczenia i ducha, wynikającej z osiągnięcia wysokiego poziomu dobrostanu. Choroba zaś oznacza zachwianie tej harmonii, zaburzenia zdrowia i osłabienie jego potencjału (Ciechaniewicz, 2014, s.19). Ze względu na wiek można wyróżnić trzy grupy chorób:

- choroby występujące w każdym wieku, np. zapalenie płuc, grypa; ich przebieg i powikłania są na ogół cięższe u osób starszych;
- choroby, częściej pojawiające się w starszym wieku, np. choroby nowotworowe, układu krążenia czy stawów;

- choroby występujące głównie w starszym wieku, np. schorzenia narządu ruchu (zwyrodnienia stawów, osteoporoza, łamliwość kości), układu sercowo-naczyniowego, moczowego, ośrodkowego układu nerwowego (choroba Alzheimera, niewydolność tętnic szyjnych, udary mózgu) (Steuden 2014, s. 41).

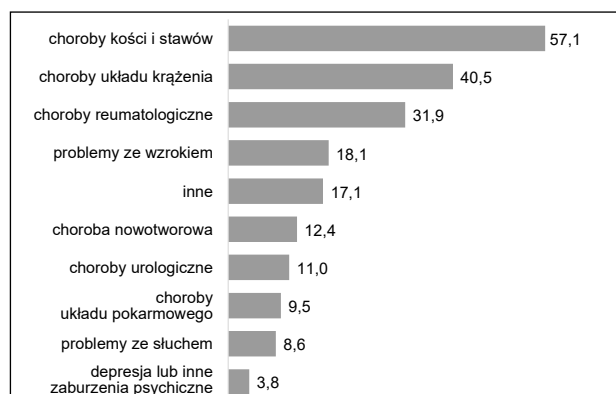
Najbardziej charakterystyczne dla wieku starszego są niezakaźne choroby przewlekłe, trwające sześć miesięcy i dłużej, takie jak: choroby układu krążenia, w tym szczególnie niedokrwienne choroby serca, choroby nowotworowe, cukrzyca, chroniczne choroby układu oddechowego, choroby kostno-stawowe, zaburzenia psychiczne i demencja. Choroby przewlekłe osób po 65. roku życia występują u około 65% populacji europejskiej, stanowiąc główną przyczynę niepełnosprawności, niezdolności do samodzielnej egzystencji czy śmierci, odpowiadając za 86% zgonów w większości krajów na świecie (Grodzicki, Golinowska i Tobiasz-Adamczyk, 2022, s. 343). Potwierdzają to badania Polsenior 2, z których wynika, iż głównymi przyczynami zgonów starszych mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia, które w 2018 r. były odpowiedzialne za 44,3% ogółu zgonów osób w wieku 60 i więcej lat (40,0% w przypadku mężczyzn i 48,3% w przypadku kobiet), a następnie nowotwory złośliwe – stanowiące 24,4% ogółu zgonów (27,9% i 21,2% odpowiednio dla mężczyzn i kobiet). Choroby układu krążenia dominują jako przyczyna zgonu wśród osób w wieku powyżej 70 lat, zaś osoby wieku 60–74 lat bardziej są zagrożone chorobami nowotworowymi (Wojtyniak, 2021, s. 42). Z Raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022” wynika, iż w 2021 r. osoby w wieku powyżej 75 lat najczęściej umierały z powodu choroby serca, na drugim zaś miejscu były zgony spowodowane COVID-19. Trzecią przyczyną zgonów były choroby naczyń mózgowych, czwartą miażdżycą, piątą zaś nowotwór tchawicy, oskrzela i płuc (Wojtyniak i Goryński, 2022, s. 17).

W Polsce wśród ogółu leczonych blisko połowę (stanowią osoby w wieku 60 i więcej lat). Głównymi przyczynami chorobowości hospitalizowanej starszych mieszkańców Polski są choroby układu krążenia, odpowiedzialne za 25,2% (w 2018 r.) ogółu hospitalizacji chorobowych osób w wieku 60 i więcej lat (27,8% w przypadku mężczyzn i 23,1% w przypadku kobiet). Drugą w kolejności grupę stanowią nowotwory złośliwe oraz niezłośliwe – 16,0% ogółu seniorów leczonych w 2018 r. (odpowiednio 17,9% i 14,4% mężczyzn i kobiet), przy czym nowotwory niezłośliwe oraz in situ stanowią około jedną trzecią przypadków leczonych z powodu ogółu nowotworów. O ile dla mężczyzn choroby układu krążenia są główną przyczyną hospitalizacji już od wieku powyżej 60 lat, to dla kobiet dopiero powyżej 70 lat. W młodszym wieku są one częściej leczone w szpitalu z powodu ogółu nowotworów. Ponadto częstymi przyczynami hospitalizacji (ponad 5% hospitalizacji) są choroby oczu (przedzie wszystkim zaćmą), układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego oraz urazy i zatrucia. W przypadku kobiet ważną grupę stanowią choroby układu kostno-stawo-

wego (Wojtyniak, 2021, s. 50–51). Problemy zdrowotne osób starszych leczone przez lekarzy pierwszego kontaktu to przede wszystkim choroby układu krążenia, z dominującą w tej grupie chorobą nadciśnieniową. Drugą grupę, o ponad połowę mniej liczną, stanowią choroby układu kostno-stawowego, a kolejne to cukrzyca ogółem, choroba niedokrwienna serca i przewlekłe choroby układu trawiennego. Wysokie miejsce zajmują choroby obwodowego układu nerwowego, które występują nawet trochę częściej niż przewlekłe choroby układu oddechowego (Wojtyniak, 2021, s. 55).

Z badania przeprowadzonego w ramach projektu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” (II fala badań) wynika, iż 57,1% respondentów uważa, że choroby kości i stawów w znacznej mierze uniemożliwiają im uczestniczenie w życiu społecznym i aktywnościach, na drugim miejscu znajdują się choroby układu krążenia, na które wskazuje niewiele ponad 40% osób. Średnio co trzeci respondent uznaje choroby reumatologiczne za utrudniające uczestnictwo w życiu społecznym. Na kolejnym miejscu są choroby związane ze wzrokiem (18,1%).

Wykres 1. *Choroby uniemożliwiające udział w życiu społecznym/byciu aktywnym poza domem (w %)*



Źródło: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, II fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń 2023.

Negatywny wpływ chorób na życie społeczne jest dostrzegany coraz silniej wraz ze wzrostem wieku badanych do ok. 80. roku życia, po czym jest zgłaszany przez coraz mniejszą grupę osób. Może to wynikać m.in. z wytworzenia bądź utrwalenia sposobów uczestniczenia w życiu społecznym, pomimo niedogodności zdrowotnych lub zmniejszającej się potrzeby czy wręcz nieuczestniczenia w życiu społecznym. Utrudnienia w uczestnictwie w życiu społecznym wynikające z doświadczanych stanów chorobowych dotykają na równi kobiety i mężczyzn. Ponadto negatywny wpływ doświadczanych stanów chorobowych na udział w życiu społecznym jest silniej odczuwany przez mieszkańców gmin miejskich, następnie miejsko-wiejskich, a w najmniejszym stopniu dotyka mieszkańców gmin wiejskich.

Osoby starsze dominują wśród osób leczonych z powodu COVID-19. W 2020 r. i 2021 r. średni wiek leczonych mężczyzn wyniósł 63 lata, zaś kobiet 66 lat. Śmiertelność w szpitalach z powodu COVID-19 była

niższa niż 10% wśród osób do 50. roku życia, zaś wśród osób starszych zarówno w 2020 r., jak i 2021 wzrastała bardzo szybko, osiągając 50% u mężczyzn w wieku 85 lat i więcej (Wojtyniak i Goryński 2022, s. 20). Wśród badanych w ramach projektu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, ponad dwie trzecie seniorów deklaruje, że nie doświadczyło choroby COVID-19. U ponad 35% osób potwierdzono zachorowanie wywołane koronawirusem. Szczepieniu przeciwko COVID-19 poddało się około 35% osób badanych – zarówno trzema, jak i czterema dawkami. Dwie dawki szczepionki przyjęło 17,5% respondentów. Niewielki odsetek osób zaszczepił się jedną dawką lub zamierza się zaszczepić. Nie planuje poddać się szczepieniu 11% badanych.

Cechą charakterystyczną stanu zdrowia osób starszych jest jednocześnie występowanie kilku chorób przewlekłych, czyli wielochorobowość (polipatologia), którą definiuje się jako obecność co najmniej dwóch chorób bądź zjawisk chorobowych (Grodzicki, Golinowska i Tobiasz-Adamczyk, 2022, s. 350), do których leczenia wykorzystuje się kilka leków jednocześnie (wielolekowość). Według EU-SILC około 39% dorosłych Polaków wskazało, iż w 2019 r. doświadczyło co najmniej jednej choroby przewlekłej – jest to odsetek nieco wyższy niż w całej UE (36%). Odsetek ten wzrasta do 70% w przypadku Polaków w wieku powyżej 65 lat. Wiele z tych chorób przewlekłych zwiększa ryzyko poważnych powikłań po COVID-19 (OECD, 2021, s. 6). Z badania SHARE: runda 7. wynika, iż 55% osób w wieku 60–64 lat, 63% w wieku 65–69 lat, ponad 75% w wieku 70–79 lat i 80% w wieku 80 lat i więcej miało zdiagnozowane dwie lub więcej choroby przewlekłe. Średnia liczba chorób przewlekłych wśród osób 65 lat i więcej w Polsce wynosiła 2,8. Najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi były: choroby układu krążenia, choroby metaboliczne oraz choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Ponadto co dziesiąta osoba w wieku 60–64 lata, co czwarta w wieku 75–79 lat i blisko co trzecia w wieku 80–84 lata ma ograniczenia w samodzielnym wykonywaniu co najmniej jednej z podstawowych czynności (wskaźnik ADL), tj.: ubieranie się, chodzenie, kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka, korzystanie z toalety (Wróblewska i Antczak 2019, s. 73–77).

Należy podkreślić, iż stan zdrowia seniorów determinuje w zdecydowany sposób ich jakość życia, dobrostan jednostki, ale i kształtuje ich obraz w społeczeństwie. U co najmniej połowy osób starszych obciążony jest chorobami, które wynikają zarówno z naturalnego procesu starzenia się organizmu i jego organów, jak i kumulacji zachorowań, które miały miejsce na wcześniejszych etapach życia. W sposób szczególny dotyczy to przebytych nowotworów, zdarzeń sercowo-naczyniowych lub urazów (Grodzicki, Golinowska i Tobiasz-Adamczyk, 2022 s. 343). Barbara Bień (2002, s. 35) oprócz zależności stanu zdrowia od tempa naturalnego osobniczo zmiennego procesu starzenia się i następstwa chorób, przebytych urazów, wypadków, wskazuje również przeszłe i bieżące oddziaływanie środowiska. Należy również zauważyć, iż procesy chorobowe w starości przebiegają pod wie-

loma względami w odmienny sposób niż we wcześniejszych okresach życia. Zdarza się niejednokrotnie, że choroby osób starszych przebiegają w sposób zaskakujący, a niejednokrotnie niezrozumiały, przez co postępowanie lecznicze jest u nich zdecydowanie trudniejsze, a czasami mniej skuteczne (Kocemba, 2007, s. 62).

SUBIEKTYWNA OCENA STANU ZDROWIA

Samoocena stanu zdrowia przez osoby starsze uważana jest za bardzo ważny miernik stanu zdrowia, gdyż odzwierciedla stan zdrowia we wszystkich jego obszarach: fizycznym, psychicznym, funkcjonalnym i społecznym.

Z badań przedstawionych w Raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022” wynika, iż mimo że większość osób w populacji dobrze ocenia swoje zdrowie, to wśród kobiet powyżej 75. roku życia wzrasta odsetek odpowiedzi wskazujących na subiektywne pogorszenie stanu zdrowia (Wojtyniak i Goryński, 2022, s. 30). Około 1/3 osób po 60. roku życia, które stwierdziły pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatnich 3 lat, łączy to z pandemią COVID-19. W sposób szczególny z: zakażeniem wirusem COVID-19 (15,2% mężczyzn i 16,7% kobiet), ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych w czasie pandemii (21,4% mężczyzn, 14,2% kobiet), bądź zmianą trybu życia, poprzez zaprzestanie aktywności fizycznych w czasie pandemii – 10% mężczyzn i 11,2% kobiet (Wojtyniak i Goryński 2022, s. 33).

W celu określenia poziomu ogólnego dobrostanu u seniorów, osoby badane w ramach projektu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” (I fala badań) poproszono o dokonanie oceny własnego zdrowia na pięciopunktowej skali.

Blisko połowa odpowiadających na pytanie o ocenę własnego stanu zdrowia, wskazała, iż jest w dobrym stanie zdrowia, a 29,4% twierdziło, że jest ono takie sobie. Bardzo niewielki odsetek respondentów określił stan swojego zdrowia jako bardzo zły. Można zauważyć, że mężczyźni są w kwestii oceny mniej pozytywnie nastawieni niż kobiety. Średnia ocena stanu własnego zdrowia respondentów w pięciopunktowej skali wyniosła 3,6, przy czym tu również widoczna jest tendencja kobiet do oceniania swojego

zdrowia nieco lepiej (średnia wartość oceny dla kobiet: 3,7; dla mężczyzn: 3,5). Samoocena stanu zdrowia jest zróżnicowana ze względu na wiek respondentów. Zgodnie z oczekiwaniami najlepiej oceniają stan swojego zdrowia respondenci z kategorii wiekowej: 60–64 lata (średnia ocena: 4,04). Seniorzy w wieku poniżej 70 lat oceniają stan swojego zdrowia powyżej średniej ogólnej, natomiast ci w wieku powyżej 75 lat – poniżej średniej. Wzrostowi wieku towarzyszy spadek oceny własnego stanu zdrowia. Jednocześnie starsze kobiety przeważnie gorzej oceniają swój stan zdrowia niż ich równolatkowie. W młodszych kategoriach zależność jest odwrotna: to mężczyźni gorzej oceniają swój stan zdrowia niż kobiety w tych samych przedziałach wieku. Odwrócenie wskazanej proporcji jest zauważane na przełomie siódmej i ósmej dekady życia. Trzy na cztery pytane osoby nie odnotowały zmiany stanu swojego zdrowia w roku 2021. Wśród tych, którzy taką zmianę dostrzegli, znacznie dominowali seniorzy odnotowujący pogorszenie zdrowia (23,5% wszystkich) nad cieszącymi się poprawą stanu zdrowia – 4,2% (Bojanowska, 2022, s. 9).

Potwierdzenie tej tendencji co do oceny własnego stanu miało miejsce również podczas II fali badań, w ramach projektu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”. Respondenci najczęściej oceniają swój stan zdrowia jako przeciętny lub dobry. Zdecydowana większość badanych (41,5%) swój stan zdrowia określa jako „taki sobie, ani dobry, ani zły”. Czuje się dobrze 37,7% osób. Niewielką liczbę respondentów stanowią osoby czujące się bardzo dobrze (7,4%) lub źle (10,4%). Ocena swojego stanu zdrowia jako bardzo zły pojawia się w odpowiedzi 3% badanych. Jak więc widać, wśród badanych przeważają wypośredkowane i ostrożne oceny własnego stanu zdrowia. Blisko połowa respondentów – 50% z wykształceniem podstawowym i 52,2% z wykształceniem zawodowym twierdzi, że czuje się „tak sobie – ani dobrze, ani źle”. Tego samego zdania jest 43,5% osób z wykształceniem średnim oraz 35,9% z wyższym. Im młodszy byli badani seniorzy, tym lepiej oceniali swój stan zdrowia. Wraz ze wzrostem wieku pogarsza się ocena stanu zdrowia przez respondentów, tj. wzrasta odsetek seniorów, którzy oceniają swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły. Wynika to z postępującego wraz z wiekiem pogarszania się zdrowia ludzi. Dobry stan zdrowia de-

Tabela 1. *Ogólna ocena własnego zdrowia w skali od 5 – bardzo dobre do 1 – bardzo złe według płci*

| Ocena w skali: 5 – bardzo dobrze do 1 – bardzo złe | Ogółem | | Kobiety | | Mężczyźni | |
|---|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | Częstość | % | Częstość | % | Częstość | % |
| Bardzo złe | 15 | 1,9 | 7 | 1,6 | 8 | 2,2 |
| Złe | 64 | 8,0 | 25 | 5,6 | 39 | 10,9 |
| Takie sobie | 236 | 29,4 | 129 | 29,0 | 107 | 29,9 |
| Dobre | 379 | 47,2 | 220 | 49,4 | 159 | 44,4 |
| Bardzo dobre | 109 | 13,6 | 64 | 14,4 | 45 | 12,6 |
| Ogółem | 803 | 100,0 | 445 | 100,0 | 358 | 100,0 |

Źródło: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, I fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń/luty 2022.

klaruje 47,1% seniorów w przedziale 60–64 oraz 43% osób w wieku 65–69. Dobrze czuje się także 33,1% seniorów w przedziale 70–74, 32,5% seniorów w przedziale 75–79, 28,1% seniorów w przedziale 80–84. Zauważamy zatem, że im wyższy jest wiek respondentów, tym gorzej oceniają swoje zdrowie. Do złego samopoczucia przyznaje się 15,6% seniorów w wieku 80–84 lat, 11,2% seniorów w przedziale 75–79 lat, 10,5% seniorów w wieku 70–74, 8,5% seniorów mających lat 65–69 oraz 7,4% seniorów w przedziale 60–64 lat. Osoby z niepełnosprawnościami na ogół gorzej oceniały swój stan zdrowia od pozostałych seniorów, na co bez wątplenia mają, przynajmniej częściowo, wpływ trudności zdrowotne wynikające z niepełnosprawności.

To, że stan zdrowia nie uległ zmianie w ciągu ostatnich 6 miesięcy, deklaruje 62,7% osób badanych. Średnio u co trzeciej osoby w tym czasie stan zdrowia się pogorszył. Niewiele ponad 5% osób twierdzi, że w ciągu ostatniego półrocza nastąpiła poprawa ich samopoczucia. Kobiety częściej (36,4%) niż mężczyźni (24,9%) wskazują na pogorszenie się stanu zdrowia w okresie ostatnich 6 miesięcy. Również im są starsi seniorzy, tym częściej wskazują na pogorszenie się stanu zdrowia w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie.

Tabela 2. Stan zdrowia w ciągu ostatnich 6 miesięcy a wiek seniorów (w %)

| | | Poprawił się | Nie uległ zmianie | Pogorszył się |
|------|-------|--------------|-------------------|---------------|
| Wiek | 60–64 | 8,1 | 64,0 | 27,9 |
| | 65–69 | 5,2 | 65,2 | 29,6 |
| | 70–74 | 5,2 | 65,1 | 29,7 |
| | 75–79 | 2,5 | 66,2 | 31,2 |
| | 80–84 | 4,7 | 57,8 | 37,5 |
| | 85+ | 20,0 | 0,0 | 80,0 |

Źródło: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, II fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń 2023.

Im wyższe wykształcenie, tym bardziej stabilny stan zdrowia, tj. więcej osób deklaruje brak zmian w zakresie zdrowia w czasie ostatniego półrocza (osoby z wykształceniem wyższym – 67%, osoby z wykształceniem średnim – 61,9%, osoby z wykształceniem zawodowym – 54,3%, osoby z wykształceniem podstawowym – 47,2% respondentów). Im wyższe wykształcenie, tym także mniejsza liczba osób twierdzących, że ich stan zdrowia się pogorszył. Zadeklarowało to 26,5% osób z wykształceniem wyższym, 33,2% z wykształceniem średnim, 42,4% z wykształceniem zawodowym i 41,7% z wykształceniem podstawowym. Jednocześnie osoby z najniższym poziomem wykształcenia odpowiadają, że stan ich zdrowia w ciągu ostatniego półrocza się poprawił. Deklaruje to 11,1% osób z wykształceniem podstawowym, 3,3% osób z wykształceniem zawodowym, 4,8% z wykształceniem średnim i 6,6% z wykształceniem wyższym. Seniorzy z niepełnosprawnościami

na ogół deklarują pogorszenie się stanu zdrowia częściej (46,7%) w odróżnieniu od pozostałych seniorów (28,6%). Ci zaś seniorzy częściej deklarują, że ich zdrowie nie uległo zmianie (65,8%). W przypadku obu grup podobny jest odsetek badanych, których stan zdrowia się poprawił (5,9%) u osób z niepełnosprawnościami i 5,6% bez orzeczenia o niepełnosprawnościach.

Należy zauważyć, iż na ocenę własnego zdrowia wpływają niezależne czynniki, które są ze sobą powiązane. Należą do nich nie tylko uwarunkowania typowo zdrowotne, takie jak: odczuwanie bólu, choroby serca, nowotwory, zaburzenia pamięci, stopień niepełnosprawności i zespół słabości, liczba przyjmowanych leków (wielochorobowość), lecz także czynniki pozazdrowotne, np. samotne zamieszkiwanie, sytuacja materialna, dostępność wizyt pielęgniarki w domu, dostępność transportu, np. do poradni, laboratorium (Bień i Derejczyk, 2020, s. 56).

PODSUMOWANIE

Osoby starzeją się w różnym tempie i na rozmaite sposoby, niemniej nieuniknionym następstwem tego procesu jest postępujące z wiekiem pogarszanie się stanu zdrowia, a w związku z tym często wzrost zależności od innych osób. Wojciech Pędich (2004, s. 215–216) podkreślał, że „utrzymanie, a raczej podtrzymanie samodzielności ludzi starych wykracza poza zadania służby zdrowia; powinno stać się wyzwaniem dla gerontologii, polityki społecznej, a także dla całego społeczeństwa. Nauczmy się żyć ze starością – nie tylko starością innych, ale także przyszłą lub obecną starością własną (...). Starość przypomina księżyc w trzeciej i czwartej kwadrze; jeszcze świeci, jeszcze bawi swoim pięknem, ale z każdym dniem światła jest coraz mniej. Można przedłużyć blask starości poprzez wielokierunkowe działania profilaktyczne, pomoc medyczną i zabezpieczenie socjalne”. Jednocześnie występujące problemy zdrowotne przyczyniają się do obniżenia jakości życia osób starszych. Wraz ze wzrostem wieku bowiem zwiększa się ryzyko zapadnięcia na chorobę przewlekłą, powodując, że ich przebieg jest cięższy i obciążony wyższą śmiertelnością aniżeli wśród ludzi młodszych. Pogarszający się stan zdrowia, częstsze występowanie niepełnosprawności oraz chorób przewlekłych i postępująca z wiekiem stopniowa utrata samodzielności seniorów niesie ze sobą z jednej strony zarówno konieczność wsparcia, jak i w dużym stopniu różnicuje rodzaj i formę udzielanej pomocy, z drugiej zaś stanowi wyzwanie dla ochrony zdrowia. Wymaga zatem podjęcia działań systemowych, które umożliwią wszechstronną diagnozę i leczenie w przypadku wielochorobowości, zwiększa u ludzi starszych poziom satysfakcji ze świadczonych usług oraz pomocy i opieki. Wymaga to jednak holistycznego podejścia w budowaniu współpracy pomiędzy wieloma specjalistami – lekarzami, pielęgniarkami, rehabilitantami, fizjoterapeutami, pracownikami socjalnymi, psychologami i organizatorami opieki zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- Bień, B., 2002. Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: B. Synak, red. *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Bień, B., 2007. Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, red. *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 42–46.
- Bień, B., Derejczyk, J., 2020. Zdrowie i opieka zdrowotna osób starszych. W: *Sytuacja osób starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje. Raport Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Błądowski, P., Grodzicki, T., Mossakowska, M., Zdrojewski, T., red. 2021. *PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Bojanowska, E., 2022. Stan zdrowia seniorów a ich uczestnictwo w życiu społecznym. *Polityka Społeczna*, 9.
- Ciechaniewicz, W., 2014. Podstawowe pojęcia dotyczące opieki, zdrowia i choroby. W: D. Talarska, K. Wieczorowska-Tobis, E. Szwałkiewicz, *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w podeszłym wieku i niesamodzielnymi*. Warszawa: PZWL.
- Grodzicki, T., Golinowska, S., Tobiasz-Adamczyk, B., 2022. Zdrowie osób starszych. W: S. Golinowska i in., red. *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar Spółka z o.o.
- GUS, 2022. *Trwanie życia w zdrowiu w 2021 r.*, Informacje sygnalne.
- GUS, 2023. Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 marca 2023 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn.
- Kocemba, J., 2007. Ogólna charakterystyka geriatry. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, red. *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via media.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021. *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela.
- Pędich, W., 2004. Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżycy. W: *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*. Materiały Konferencyjne PTG – Oddział Mazowiecki. Warszawa.
- Stauden, S., 2014. *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szatur-Jaworska, B., Rysz-Kowalczyk, B., Petelczyc, J., 2021. *Perspektywa cyklu i biegu życia w polityce społecznej*, Dom Wydawniczy ELIPSA: Warszawa.
- Wojtyński, B., 2021. Stan zdrowia ludności Polski w starszym wieku. W: P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, red. *PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Wojtyński, B., Goryński, P., 2022. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB.
- Wróblewska, W., Antczak, R., 2019. Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów. W: I. Kotowska, A. Chłoń-Domińczak, D. Holzer-Żelaźewska, red. *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE:50+ w Europie*. Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

t. L, numer tematyczny 1/2023 DOI: 10.5604/01.3001.0053.5988

WSPÓŁPRACA INSTYTUCJI LOKALNYCH W PROWADZENIU DZIAŁAŃ NA RZECZ SENIORÓW. PRZYKŁAD GMIN WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

COOPERATION OF LOCAL INSTITUTIONS IN CARRYING OUT ACTIVITIES FOR SENIORS. THE EXAMPLE OF COMMUNES OF THE MAZOWIECKIE VOIVODESHIP

Agnieszka Sowa-Kofta

ORCID: 0000–0003–0365–8134

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych*

e-mail: a.sowa@ipiss.com.pl

Abstract: The article addresses the problem of planning and organising local government activities that respond to the concept of healthy and active ageing. The results of a pilot project carried out in three municipalities in the Mazovian voivodeship indicate the high organisational potential of local governments in the field of implementing activities for senior citizens, based on a cooperation of institutions representing the social assistance sector, culture, sport and rehabilitation. The process of implementing active ageing measures is participatory, although in the locations studied the role of the Senior Council was very limited.

Keywords: active ageing, local social policy, local government, cooperation

Author's affiliation: Institute of Labour and Social Studies

Abstrakt: W artykule podjęty jest problem planowania i organizowania działań samorządów lokalnych wpisujących się w koncepcję zdrowego i aktywnego starzenia się. Wyniki pilotażu przeprowadzonego w trzech gminach województwa mazowieckiego wskazują na duży potencjał organizacyjny samorządów w zakresie działań na rzecz seniorów, realizowanych przy współpracy podmiotów sektora pomocy społecznej, kultury, sportu i rehabilitacji. Proces realizacji działań na rzecz seniorów ma charakter partycypacyjny, chociaż w badanych lokalizacjach rola Rady Seniorów była bardzo ograniczona.

Słowa kluczowe: aktywne starzenie się, lokalna polityka społeczna, samorząd lokalny, współpraca

* 01–022 Warszawa, ul. J. Bellottiego 3b, tel. (22) 53–67–511, e-mail: sekretariat@ipiss.com.pl

WPROWADZENIE

Działania na rzecz osób starszych podejmowane są w głównych dwóch nurtach – polityk, programów i działań o charakterze aktywizacyjnym oraz polityk, programów i działań o charakterze opiekuńczym, wspierając seniorów doświadczających ryzyka niesamodzielności (Szatur-Jaworska, 2016). Działania aktywizacyjne wpisują się w koncepcje zdrowego i aktywnego (pomyślnego) starzenia się, które kładą nacisk na możliwość wykonywania funkcji społecznych, prewencję wykluczenia osób starszych oraz tworzenie warunków do ich możliwie najpełniejszego (na miarę indywidualnych możliwości) uczestnictwa w życiu rodzinnym, ekonomicznym, społecznym i kontynuowania dotychczasowych ról społecznych lub przyjmowania nowych (Golinowska i Tambor, 2018). Z kolei działania o charakterze opiekuńczym nakierowane są na rozwój usług opieki wobec starszych osób niesamodzielnych i wsparcia dla ich opiekunów, przy czym w Polsce w ostatnim czasie uwaga instytucji publicznych skierowana jest na wspieranie usług dostępnych w środowisku lokalnym i zapobieganie instytucjonalizacji osób niezdolnych do prowadzenia samodzielnego życia we własnym gospodarstwie domowym. W praktyce oba nurty działań przenikają się, a prewencja i aktywizacja może być jednym z elementów zarówno opieki dziennej, jak i instytucjonalnej wobec osób z ograniczoną samodzielnością (Golinowska, 2018).

W Polsce propozycje działań w obu wymienionych wyżej zakresach od ponad dekady formułowane są w strategiach, planach i programach na szczeblu administracji centralnej i wspierane funduszami dostępnymi dla samorządów oraz organizacji pozarządowych w celu tworzenia środowiska sprzyjającego aktywnemu starzeniu się (np. w ramach programów Aktywni+ i Senior+) oraz zapewnienia dostępu do usług opiekuńczych (np. w ramach programów Opieka 75+, Opieka wytechnieniowa). Impulsem do rozwijania działań w ramach polityki senioralnej był Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012), kiedy kwestia polityki senioralnej po raz pierwszy pojawiła się w dyskursie publicznym. Wśród celów polityki senioralnej znalazły się nie tylko działania zorientowane na zapewnienie bezpieczeństwa ekonomicznego osób starszych, zdrowia i sprawności, ale także zostały wyeksponowane wartości, takie jak godne starzenie się, samodzielność, solidarność międzypokoleniowa oraz potrzeba zapewnienia warunków do realizowania aktywności (Szatur-Jaworska, 2018; Golinowska i Tambor, 2018). Warto podkreślić, że działania w obszarze polityki senioralnej o charakterze aktywizująco-opiekuńczym są nieustannie kontynuowane i podkreślane w kolejnych strategiach i programach rządowych. Jednocześnie odpowiedzialność za inicjowanie i wdrażanie działań spoczywa na samorządach terytorialnych, głównie gminnych i powiatowych. Jak wskazuje Piotr Błędowski, „poziom lokalny, rozumiany jako gmina i powiat są najbardziej predestynowane do tego, by realizować zadania polityki wobec starzenia się i starości”, i dodaje, że „[t]o w przestrzeni lokalnej ujawniają się

cechy starości i tutaj kumulują się problemy związane z konsekwencjami starzenia się, zwłaszcza w wymiarze jednostkowym. Tu również można zidentyfikować największe zasoby kapitału społecznego oraz w najlepszy sposób wykorzystać potencjał społeczny, więzi społeczne oraz podjąć działania integrujące lokalną społeczność” (2016, s. 83). Samorząd lokalny może diagnozować potrzeby i wyznaczać kierunki działań w obszarze polityki senioralnej w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych, planach deinstytucjonalizacji i strategiach rozwoju usług społecznych, koordynować polityki sektorowe poprzez działania lokalnych instytucji, zarządzać współpracą z sektorem organizacji pozarządowych aktywnych na rzecz seniorów i konsultować wdrażane rozwiązania ze środowiskiem osób starszych za pośrednictwem rad seniorów. Jednakże, jak wskazują Stanisława Golinowska i Marzena Tambor (2018, s. 249), mimo zasadniczego znaczenia samorządu lokalnego dla holistycznego formułowania podejścia zorientowanego na zaspokojenie potrzeb osób starszych, jego rola bywa ograniczona – chociaż to nie jedyne bariery realizacji działań wobec osób starszych – ze względu na sektorowe podejście do polityk publicznych i brak kompleksowości podejmowanych działań.

Celem artykułu jest opisanie uwarunkowań zaangażowania samorządu terytorialnego i działających na jego terenie instytucji administracji publicznej w działania na rzecz aktywizacji oraz wsparcia osób starszych na podstawie doświadczeń z pilotażu projektu pt. „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”. W ramach projektu zaproponowany został model interwencji zorientowanej na wspieranie osób starszych poprzez działania integrujące wspólnotę lokalną, wspieranie zdrowia i aktywności seniorów oraz ich uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym. Pilotaż działań na rzecz osób starszych został zrealizowany w trzech gminach województwa mazowieckiego: Przasnysz, Wyszogród oraz Boguty-Pianki w okresie od maja do listopada 2022 r.

W artykule wykorzystane zostały wypowiedzi przedstawicieli władz lokalnych (burmistrza, wójta, radnych) i lokalnych instytucji (ośrodka pomocy społecznej, biblioteki, muzeum, parafii) oraz realizatorów projektu (kierownika projektu, koordynatorów działań, animatorów) w trzech gminach zebrane w trakcie zogniskowanych wywiadów grupowych przeprowadzonych po zakończeniu pilotażu (w styczniu 2023 r.). Tematyka wywiadów obejmowała uwarunkowania decyzji o realizacji projektu na rzecz osób starszych, zasady współpracy i współdziałania instytucji zarówno przed, jak i w trakcie realizacji projektu oraz kwestie formułowania i zarządzania polityką senioralną na poziomie lokalnej wspólnoty.

UWARUNKOWANIA WSPÓŁPRACY INSTYTUCJI LOKALNYCH

Z jednej strony pomoc osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym często wymaga podejmowania działań wieloaspektowych, opierających się na współpracy międzyinstytucjonalnej i międzysektorowej. Po-

zytywne efekty działań podejmowanych w ramach lokalnej polityki społecznej są w dużej mierze zależne od kooperacji w ramach dostępnych zasobów instytucjonalnych i kadrowych sektora pomocy społecznej, edukacji, ochrony zdrowia, kultury, sportu i rekreacji. W ten sposób może też być realizowana kompleksowa polityka lokalna wobec osób starszych zorientowana na zwiększenie ich partycypacji w społeczności lokalnej i poprawę dobrostanu. W modelach kooperacji podkreśla się korzyści wynikające ze współpracy, zarówno dla lokalnej polityki społecznej, zaangażowanych instytucji i ich pracowników oraz odbiorców wsparcia. Do korzyści tych należą dokładniejsze rozpoznanie potrzeb, oczekiwań, szans oraz barier realizacji działań w lokalnej wspólnocie, budowanie nowych – partnerskich – relacji zarówno międzyinstytucjonalnych, jak i indywidualnych, powstanie nowych kanałów komunikacji, rozwój kadry lokalnych instytucji dzięki możliwości wzajemnego uczenia się, lepsze wykorzystanie lokalnych zasobów, możliwość przygotowania bardziej atrakcyjnej oferty wsparcia opierającej się na większej wiedzy i doświadczeniu, upodmiotowienie i wzmocnienie poczucia sprawstwa zarówno poprzez włączenie odpowiedzialnych lokalnych instytucji, jak i adresatów wsparcia oraz wzrost poczucia bezpieczeństwa i odpowiedzialności za lokalną wspólnotę (ROPS Rzeszów, 2021).

Z drugiej strony realizowanie skoordynowanej polityki społecznej napotyka różnego rodzaju bariery. Należy do nich wspomniana już sektorowość zadań, które są ściśle przypisane instytucjom i powiązane z odrębnymi źródłami finansowania, niedostatki odpowiednich zasobów finansowych, czy niewystarczające zasoby instytucjonalne i kadrowe. Realizowanie działań zorientowanych na wspieranie zdrowego i aktywnego starzenia się niejednokrotnie wymaga także silnego lidera, który jest w stanie przekonać lokalne instytucje o potrzebie działań i je poprowadzić (Sowa-Kofta, 2018). Bariery aktywizacji są również stereotypy i ageizm – osoby starsze postrzegane są często jako „nieproduktywne” i już niewnoszące wiele w życie społeczności lokalnej (Szukalski, 2009). Często też same dążą do wycofywania się z życia społecznego, rezygnując z wcześniej pełnionych ról społecznych i koncentrując się wyłącznie na życiu domowym.

Dodatkowe bariery realizacji działań aktywizacyjnych skierowanych do seniorów wyrosły z doświadczeń okresu pandemii COVID-19. Samorządy lokalne w czasie pandemii obciążone były znaczną odpowiedzialnością, wykorzystując dostępne zasoby na zapewnienie odpowiednich świadczeń i usług w ramach ochrony zdrowia, pomocy społecznej i edukacji dla osób przebywających w odosobnieniu z uwagi na lockdown, kwarantannę czy izolację. Samorządy starały się również zapewnić dostęp do środków ochrony sanitarnej w podległych im placówkach. Powyższe działania realizowane były w sytuacji ograniczonych środków finansowych, zwiększonym wydatkom towarzyszył bowiem spadek dochodów, w tym w szczególności ze źródeł podatkowych (Klimek, 2022). Dodatkowym ograniczeniem były braki kadrowe, m.in. z uwagi na kwarantannę czy izolację pracowników. Wobec senio-

rów podejmowane były w niezbędnym zakresie działania opiekuńcze i wspierające osoby odizolowane, podczas gdy działania o charakterze aktywizacyjnym w sposób naturalny zeszły na dalszy plan: były realizowane w formie zdalnej lub w ogóle zawieszono.

DZIAŁANIA NA RZECZ SENIORÓW REALIZOWANE W TRAKCIE PILOTAŻU

Zakres działań, które mogą być podejmowane przez samorząd lokalny wobec populacji osób starszych i w obliczu procesu starzenia się ma charakter wielowymiarowy, obejmując zarówno diagnozę potrzeb, jak i działania w obszarze aktywności społecznej, zdrowotnej, ekonomicznej, kulturowej i prawnoinstytucjonalnej (Błędowski, 2016). Działania o charakterze aktywności społecznych mają zapewnić osobom starszym przygotowanie się do wejścia w okres starości, zachowując możliwości funkcjonowania w sieciach społecznych i zachowania dotychczasowych lub przyjmowania nowych ról społecznych. Działania prozdrowotne to przede wszystkim prewencja pogarszania się stanu zdrowia poprzez działania z zakresu zdrowia publicznego, rehabilitacji i fizjoterapii, ale też organizacja usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz wspieranie osób pełniących rolę opiekunów nieformalnych (głównie rodzinnych). Działania z obszaru bezpieczeństwa ekonomicznego to wspieranie możliwości godzenia ról zawodowych i rodzinnych oraz zapewnienie bezpieczeństwa finansowego. Z kolei w obszarze kulturowym podkreśla się potrzebę zapobiegania negatywnemu stereotypowi starości oraz tworzenie warunków do uczestnictwa w kulturze i edukacji ustawicznej. Na szczeblu krajowym natomiast niezbędne jest tworzenie odpowiednich regulacji prawnych sprzyjających podejmowaniu działań w obszarze aktywnego starzenia się oraz zapewnienia dostępu do usług wspierających osoby starsze.

W ramach projektu podjęto działania we wszystkich z wymienionych powyżej obszarów interwencji możliwych do realizacji na poziomie wspólnoty lokalnej. Diagnoza potrzeb i możliwości działań w gminach objętych pilotażem została dokonana na podstawie analizy danych demograficznych dotyczących struktury wieku, sytuacji ekonomicznej oraz zasobów instytucjonalnych gmin. Jednocześnie gminne władze i jednostki administracyjne zaangażowane w realizację projektu wykorzystywały w celu określenia sytuacji i potrzeb osób starszych wcześniejsze badania, np. realizowane w związku z pandemią COVID-19 czy dane będące w dyspozycji ośrodków pomocy społecznej.

Propozycje działań zostały wypracowane w oparciu o dostępną literaturę naukową, przy czym szczególną uwagę poświęcono działaniom wspierającym seniorów w okresie pandemii COVID-19 (Eurofound, 2022; Sowa-Kofta i in., 2021; Kuźma, 2021). Należy podkreślić, że w modelu zaproponowano obszary oraz listę działań¹, przy czym to do kierow-

¹ Proponowane obszary aktywności i działania opisane są na stronie internetowej projektu <https://rob.uksw.edu.pl/aktywnosci/>.

ników i koordynatorów projektu w gminach należała decyzja, czy i które z działań zostaną wprowadzone. Jednocześnie realizatorzy projektu mieli swobodę wprowadzania własnych propozycji takich interwencji, które ich zdaniem byłyby potrzebne seniorom w danej gminie i przez nich pożądane. Proces planowania konkretnych działań w gminach miał więc charakter otwarty i partycypacyjny, a oprócz realizatorów projektu uczestniczyli w nim również seniorzy. W ten sposób udało się wypracować działania o charakterze innowacyjnym, jak i takie, które w pierwotnej propozycji modelowej nie były ujęte, np. wizyty w domach osób niesamodzielnych, doświadczających ograniczeń mobilności, w celu zorganizowania indywidualnej pracy o charakterze animacji artystycznej (np. wykonanie prostej makramy), zakup rowerów elektrycznych i założenie wypożyczalni rowerów dla osób starszych oraz organizowanie w sezonie letnim wycieczek rowerowych do pobliskich miejscowości. Warto podkreślić, że działania się ze sobą łączyły, tj. np. dzięki wprowadzeniu usług asystentów dla osób mających problemy z mobilnością możliwe było uczestnictwo tych osób w działaniach o charakterze aktywizującym: warsztatach, spotkaniach z terapeutami poza miejscem zamieszkania czy z rówieśnikami, w tym innymi uczestnikami projektu.

W trakcie pilotażu przyjęto założenie, że realizacja działań oparta będzie na lokalnych zasobach infrastrukturalnych oraz kadrowych. Wprowadzić mogło być to wyzwaniem dla lokalnych instytucji, szczególnie w przypadku, gdy kadra funkcjonujących lokalnie instytucji nie była przygotowana do pracy z osobami starszymi oraz brakowało jej doświadczenia w realizacji działań na rzecz specyficznych grup odbiorców w bliskiej współpracy z innymi lokalnymi instytucjami, ale dawało możliwość obserwowania, w jaki sposób może być wykorzystany potencjał tkwiący w lokalnych instytucjach oraz jakie mogą być uwarunkowania i bariery współpracy tychże instytucji.

PLANOWANIE, WDRAŻANIE I EFEKTY DZIAŁAŃ NA RZECZ SENIORÓW – WNIOSKI Z PILOTAŻU

Badania przeprowadzone po zakończeniu realizacji pilotażu pozwalają na opisanie procesu budowania świadomości potrzeby działań skierowanych dla seniorów mieszkających w społeczności lokalnej oraz najważniejszych uwarunkowań ich realizacji.

Planowanie działań

Potrzeba realizacji działań wobec osób starszych była uwarunkowana bądź brakiem oferty skierowanej specyficznie do tej grupy, bądź zaniechaniem wcześniej realizowanych działań w trakcie pandemii COVID-19. Przed pandemią na terenie gminy wiejskiej funkcjonował klub Senior+, jednak w czasie ograniczeń związanych z pandemią w zasadzie zawiesił swoją działalność: powstał Klub Senior Plus, przyszła pandemia, ten klub tam nie bardzo funkcjonował. Ale, no, jakby była grupa docelowa już jakaś, która wokół tego klubu się zawiązywała, funkcjonowała, no, i dotarła do nas informacja i taka opcja, pytanie, czy chcielibyśmy uczestniczyć w projekcie dla seniorów? I tak nawet bardzo zdawkowe te pierwsze informacje były i nie było mowy o środkach finansowych [realizator projektu, gmina wiejska]. W realizacji projektu postrzegano więc szansę na reaktywowanie działalności skierowanej do seniorów. W pozostałych gminach seniorzy brali udział w wybranych działaniach lokalnych instytucji (np. biblioteki) lub organizacji (np. koła gospodyń wiejskich), natomiast nie tworzyli jednolitej grupy uczestników działań specyficznie do nich kierowanych.

Realizatorzy projektu stanęli wobec wyzwania zaproponowania seniorom oferty, która spotka się z ich zainteresowaniem i chęcią aktywnego uczestnictwa, jako że dopasowanie oferty aktywizacyjnej do potrzeb odbiorców jest jednym z warunków efektywnego działania na rzecz osób starszych (Sowa-Kofta, 2018). Bywa to trudne, gdyż wymaga konsensusu ze strony uczest-

Tabela 1. Działania podjęte w ramach pilotażu

| Obszary potrzeb | Zaangażowane instytucje | Zrealizowane działania |
|---|---|---|
| zaspokojenie potrzeb finansowych i bytowych | ZUS, KRUS, urząd gminy, ośrodek pomocy społecznej | konsultacje indywidualne i spotkania grupowe z doradcami emerytalnymi |
| wspieranie aktywności zawodowej | powiatowy urząd pracy, pracodawcy | warsztaty dla pracodawców i osób starszych dotyczące instrumentów wspierania aktywności osób starszych na rynku pracy, jednorazowy bon finansowy wspierający aktywizację wybranych osób |
| wspieranie zdrowia psychicznego | poradnia psychologiczna | wykłady, seminaria, konsultacje indywidualne, grupa samopomocowa |
| wspieranie zdrowia i aktywności fizycznej | poradnia zdrowia, ośrodek sportu | zajęcia z fizjoterapeutą, dietetykiem, krioterapia, ćwiczenia sportowe w grupach, wycieczki rowerowe (w tym na rowerach elektrycznych), nordic walking |
| wspieranie aktywności społecznej i kulturalnej | świeltica, klub seniora, dom kultury, klub gospodyń wiejskich, muzeum, biblioteka, dom kultury, parafia | warsztaty kulinarne, robótek ręcznych (szydełkowanie, makrama), artystyczne (malowania na batik, warsztaty malarskie), zajęcia wokalne, kino plenerowe, spotkania międzypokoleniowe (tworzenie albumu historii lokalnej, wspólne lokalne wypieki, wizyty w przedszkolu), szkolenia z obsługi komputera, telefonu, korzystania z mediów społecznościowych, pielgrzymka połączona z wycieczką |
| zapewnienie dostępu do usług asystenckich i sąsiedzkich | ośrodek pomocy społecznej | punkt konsultacyjny dla seniorów, telefon zaufania, usługi asystenckie i sąsiedzkie dla osób niesamodzielnych, spotkania opiekunów z psychologiem, grupa samopomocowa opiekunów, szkolenie dla opiekunów w zakresie metod pielęgnacji |

Źródło: opracowanie własne.

ników, ale też oszacowania możliwości realizacyjnych i planowania działań na miarę dostępnych zasobów. Realizatorzy projektu starali się drogą nieformalną – poprzez spotkania i rozmowy – pozyskać informacje o tym, jakie są bieżące potrzeby i preferencje seniorów. W gminie miejskiej, już po wstępnej rekrutacji, odbyło się spotkanie z grupą seniorów, na którym z jednej strony zaprezentowano założenia projektu, z drugiej zaś zebrano preferencje, co do typu aktywności, które spotkałyby się z dobrym przyjęciem w grupie docelowej. Podkreślano, że zgłoszone opinie starano się brać pod uwagę: *A ten feedback, tak zwany, był bardzo mocny, a w innym przypadku, gdzie nam się może wydawało, że to może być atrakcyjne, no, pewnie niekoniecznie było aż tak atrakcyjne.* [realizator projektu, gmina miejska] Również w trakcie realizacji projektu seniorzy zgłaszali swoje problemy czy oczekiwania, co skutkowało modyfikacją planu zajęć i np. zmianami ich terminów tak, by plan zajęć był dopasowany do możliwości zdrowotnych i zasobów czasu seniorów.

Jedynie na terenie jednej z badanych gmin – miejskiej – w chwili rozpoczęcia projektu funkcjonowała Rada Seniorów. Została ona powołana do życia kilka lat wcześniej, z uwagi na wymóg formalny na potrzeby realizowanego wówczas projektu. Tak więc jej powstanie miało charakter pragmatyczny i – w dłuższej perspektywie – nie było to ciało biorące aktywny udział w formułowaniu lokalnej polityki senioralnej. Świadczy o tym fakt, że na etapie planowania działań projektowych nie odbyły się formalne konsultacje z przedstawicielami Rady Seniorów: *Jeśli chodzi o opiniowanie projektu czy nieopiniowanie, tylko współpracę w ramach projektu, to wprost z Radą Seniorów współpracy nie było jako ciałem. (...) Ten projekt, jak się zaczynał, to nam polecono jakby ustalenie zadań, które w ramach projektu będą realizowane. Te zadania nie były narzucone z góry. (...) I przyznam się szczerze, że ja o Radzie Seniorów nie pomyślałam.* [realizator projektu, gmina miejska] Działo się tak, mimo że przedstawicielki Rady były osobami zaangażowanymi w życie gminy i brały udział w projekcie: *Natomiast wśród uczestników projektu było kilka osób, które do tejże Rady należą, między innymi przewodnicząca Rady Seniorów, ale bezpośrednio z Radą Seniorów jako tym ciałem kolegialnym konsultacji żadnych nie było.* [realizator projektu, gmina miejska]

Formalne i nieformalne sieci współpracy

We wszystkich gminach realizacja projektu była pierwszym tak dużym przedsięwzięciem angażującym nie jedną czy dwie, a kilka instytucji publicznych. W żadnej z lokalizacji projektowych w działania nie włączyła się aktywnie organizacja pozarządowa z uwagi na fakt, że w gminach objętych pilotażem nie działały organizacje aktywnie wspierające osoby starsze. W działania włączyły się natomiast parafie. Mimo braku różnicowania sektorowego (publiczne vs. pozarządowe lub prywatne podmioty) koordynacja gminnych organów administracji publicznej i realizowanych przez nie działań była sporym wyzwaniem, zarówno z perspektywy instytucjonalnej, jak i zaangażowania poszczególnych pracowników i potencjalnego konfliktu

z ich innymi obowiązkami. Jak podkreślano w gminie wiejskiej: *Tak, myślę, że to było takie mocne przetarcie i na pewno, jeśli chodzi o całość projektu w jego pierwszej fazie, takiego jakby rozpędzenia się, to był tutaj (...) główny problem, jak to wszystko skoordynować? Raz projekt projektem, dwa wszystkie podmioty, wszystkie osoby, jakby to też logistycznie łączyć. Ludzie pracują też w różnych [miejskach – przyp. aut.], gdzie zawodowo. To jest taki element dodatkowy, no współpraca i jakby dobre wypracowanie pewnej zasady, formy działania. Nie mówię, że to długo, ale to chwilę to trwało i trzeba się było nad tym tak mocniej troszeczkę, chwilę mocniej skupić.* [realizator projektu, gmina wiejska]

Zazwyczaj komunikacja między podmiotami realizującymi działania projektowe nie była oparta na stałych i wypracowanych mechanizmach, szczególnie ze względu na brak podobnych doświadczeń w przeszłości. Podstawową metodą współpracy we wszystkich trzech gminach były rozmowy i spotkania zorientowane na bieżące rozwiązywanie pojawiających się problemów. Podkreślano też wolę współpracy i kapitał tkwiący w realizatorach działań: *Jeśli mamy grupę ludzi, a taką tutaj mamy, grupę ludzi zaangażowanych, chcących pracować, chcących zmieniać tę rzeczywistość, to my się domówimy zawsze.* [realizator projektu, gmina miejska] Kluczowym warunkiem współpracy są więc odpowiednie zasoby kadrowe. Jak podkreślano w gminie miejskiej: *dzięki realizacji tego projektu nauczyliśmy się, że właśnie, no to właśnie na tych zasobach ludzkich powinniśmy pracować i tu upatrywać rozwiązań różnych problemów, a z drugiej strony dzięki realizacji zadań z instytucjami, mamy większy taki wachlarz możliwości takiego, nie wiem, kompleksowego działania. W ten sposób.* [realizator projektu, gmina miejska]

Finansowanie działań

Jednym z ważniejszych warunków podejmowania działań skierowanych do seniorów jest możliwość ich sfinansowania. W trakcie realizacji projektu zapewnione zostały odpowiednie środki finansowe, zarówno na zakup niezbędnego sprzętu (np. rehabilitacyjnego) jak i pokrycie kosztów osobowych. Realizatorzy projektu podkreślali, że bez zagwarantowanych środków finansowych nie byłoby w stanie zrealizować tak szeroko zakrojonych działań. Co więcej, brak zabezpieczenia finansowego był jedną z przyczyn pomijania tej sfery aktywności w gminach. Przedstawiciele zarówno gminy wiejskiej: *gdyby to było tak, że rzeczywiście miasto (...) miałoby podjąć takie wyzwanie ze swojego budżetu, to pewnie byśmy tego nie zrobili, z różnych względów* [realizator projektu, gmina wiejska], jak i miejsko-wiejskiej: *jeżeli chodzi o całokształt, to absolutnie gmina by sama nie dała rady z tym. Mimo chęci, mimo tego, że byśmy chcieli, ale zderzamy się ze ścianą* [realizator projektu, gmina miejsko-wiejska] byli w tym aspekcie zgodni.

Zwalczanie stereotypów

Realizacja projektu miała przyczynić się przede wszystkim do poprawy jakości życia osób starszych. Wpłynęła również na postawy, zarówno seniorów, jak

i przedstawiciele lokalnych instytucji, zwiększając zaangażowanie obu stron w kreowanie rozwiązań przyjaznych seniorom.

Osoby starsze – uczestnicy projektu, ale też i osoby, które nie wzięły w nim udziału, ale pozyskały na jego temat informacje (np. z artykułów prasowych) – w opinii badanych stały się nie tylko odbiorcami, ale i kreatorami działań. W gminie miejskiej wskazano na zmianę postaw seniorów: *Ale też może są tacy bardziej otwarci. Do nas też do biblioteki przyszła pani, która uczestniczyła w tym projekcie, z taką propozycją, że seniorzy chcieliby wyjechać, to było pod koniec listopada, wtedy był wolny wstęp do instytucji, do muzeów różnych. I chodziło jej o to po prostu, żeby biblioteka zorganizowała taki wyjazd. No i panie pojechały, były zadowolone, zwiedziły Wilanów.* [realizator projektu, gmina miejska]

Osoby starsze zaczęły postrzegać instytucje lokalne jako partnerów w realizacji własnych potrzeb i celów. Dotyczy to nie tylko przywołanych w powyższym przykładzie instytucji kultury, ale także pomocy społecznej, która przestała być kojarzona wyłącznie ze wsparciem osób ubogich, a zaczęła być postrzegana jako istotne źródło informacji, wsparcia i usług dla osób starszych i niesamodzielnych oraz ich opiekunów: *Jeśli chodzi o pracę z seniorami, no to przede wszystkim oni potrzebują tego wysłuchania. (...) Ludzie do nas inaczej też podchodzą, że nie jesteśmy tylko i wyłącznie od udzielenia pomocy finansowej (...) że zmienili do nas podejście i nawet nie przychodzą już w tej chwili o udzielenie jakiejś pomocy, tylko wskazówki, pomóc w czymś, doradzić. Nawet nie boją się też naszej instytucji, że jesteśmy tylko i wyłącznie od kryterium dochodowego, tylko też pomożemy z wnioskiem. Zupełnie zmienili na nas patrzeć.* [realizator projektu, gmina miejsko-wiejska] Tego typu zmiana wpisuje się w coraz istotniejszy w Polsce kierunek rozwoju działań w obszarze polityki społecznej zorientowany na zwiększanie dostępu do usług społecznych (Grewiński, 2021).

PODSUMOWANIE

Na barkach samorządu terytorialnego spoczywa odpowiedzialność za realizowanie polityki zorientowanej na aktywne starzenie się, przy czym potrzeby osób starszych w tym obszarze nie zawsze stanowią priorytet dla lokalnych władz. Deficyty polityki aktywizacyjnej pogłębiła pandemia COVID-19, gdy działania wielu samorządów w zakresie aktywizacji seniorów zostały znacznie ograniczone. W ramach projektu pt. „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” w formie pilotażu testowano zestawy działań sprzyjających tworzeniu i wdrażaniu lokalnego programu wspierania aktywności starzenia się i powrotu osób starszych do aktywności w sferze publicznej po okresie pandemii. Jednocześnie obserwowano, czy i w jakich warunkach wielowymiarowy model wspierania aktywności może być wdrożony przy wykorzystaniu zasobów lokalnych instytucji w gminie miejskiej, miejsko-wiejskiej i wiejskiej. W realizacji pilotażu uczestniczyli pracownicy ośrodków pomocy

społecznej, domów kultury, bibliotek, ośrodka sportu, muzeum. W działania włączali się również przedstawiciele parafii.

Zarówno planowanie, jak i realizowanie działań skierowanych do seniorów początkowo było dla przedstawicieli administracji lokalnej znacznym wyzwaniem z uwagi na brak wcześniejszych doświadczeń tak kompleksowej współpracy. Jeśli nawet współpraca miała miejsce, to ograniczała się do dwóch podmiotów. Z czasem jednak wypracowano stałe metody wzajemnej komunikacji i współpracy pomiędzy zaangażowanymi instytucjami. Planowanie działań na rzecz seniorów miało charakter partycypacyjny, chociaż nie uczestniczyli w nim przedstawiciele Rady Seniorów; w istocie tylko w jednej lokalizacji ciało to funkcjonowało, ale wydaje się, że jego realne kompetencje były dość ograniczone.

Na koniec warto podkreślić podmiotowy charakter realizowanych działań przejawiający się we włączeniu seniorów – uczestników projektu – w decyzje dotyczące preferowanych przez nich aktywności i skutkujący przejmowaniem przez seniorów inicjatywy w proponowaniu oczekiwanych przez nich przyszłych aktywności.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- Błądowski, P., 2016. Samorząd terytorialny i organizacje pozarządowe jako podmioty polityki senioralnej. W: P. Błądowski, Z. Szweda-Lewandowska, red. *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015–2035*. Warszawa: IPISS.
- Eurofound, 2022. *COVID-19 and older people: Impact on their lives, support and care*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Golinowska, S., 2018. *Promocja zdrowia dla osób starszych. Podręcznik dla promotorów zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Golinowska, S., Tambor, M., 2018. *O łączeniu spraw zdrowotnych i społecznych w przebiegu życia*. Warszawa: PWN.
- Grewiński, M., 2021. *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej. Przegląd problemów i wizja przyszłości*. Warszawa.
- Klimek, M., 2022. Funkcjonowanie jednostek samorządu terytorialnego podczas pandemii COVID-19. *Studia Politykologiczne*, 64, 89–108.
- Kuźma, E., 2021. *Dobre praktyki na rzecz seniorów, czyli przegląd działań podejmowanych w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom pandemii COVID-19 wobec osób starszych*. Dostępny w: <https://rob.uksw.edu.pl/dobre-praktyki-na-rzecz-seniorow/> [Dostęp: 11.05.2023].
- ROPS Rzeszów, 2021. *Modele kooperacji. Księga rekomendacyjna*. Rzeszów-Toruń-Katowice.
- Sowa-Kofta, A., 2018. Lokalne uwarunkowania zaangażowania społecznego osób starszych. *Polityka Społeczna*, 10, 25–29.
- Sowa-Kofta, A., Marcinkowska, I., Ruzik-Sierdzińska, A., Mackeviciute, R., 2021. *Ageing Policies – Access to Services in Different Member States*. Luxembourg: European Parliament.
- Szatur-Jaworska, B., 2016. *Polska polityka społeczna wobec starzenia się ludności w latach 1970–2013*. Warszawa.
- Szatur-Jaworska, B., 2018. Polityka senioralna – nowa czy stara polityka publiczna w Polsce? W: M. Bednarski, Z. Wiśniewski, red. *Polityka społeczna w Polsce. Osiągnięcia i wyzwania*. Warszawa, 135–148.
- Szukalski, P., 2009. Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne. W: M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczyk, red. *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*. Białystok: Uniwersytet w Białymstoku.

WSPARCIE SENIORÓW W OBSZARZE AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ

SUPPORT FOR THE SENIORS IN THE FIELD OF SOCIAL ACTIVITY

Martyna Kawińska

ORCID: 0000-0002-3525-8584

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie*

e-mail: m.kawinska@uksw.edu.pl

Abstract: The COVID-19 pandemic has led to a descent in the situation and quality of life for older people. Social isolation, exclusion, lack of social contacts those are only few negative consequences. Therefore it was necessary to take actions to support this social group during their return to an active social life.

The aim of this article is to present the complex support provided to seniors in the area of social activity. Presented solutions are the result of the activities of the social intervention model, which was tested from May to November 2022 in three municipalities of the Mazovian Voivodeship: the urban municipality of Przasnysz, the urban-rural municipality of Wyszogród and the rural municipality of Boguty-Pianki.

Keywords: activation, activity, support, seniors

Author's affiliations: Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw

Abstrakt: Pandemia COVID-19 doprowadziła do pogorszenia się sytuacji i jakości życia osób starszych. Izolacja społeczna, wykluczenie, brak kontaktów towarzyskich to tylko część jej negatywnych konsekwencji. Konieczne więc było podjęcie działań wspierających tę grupę w powrocie do aktywnego życia społecznego.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja złożonego wsparcia udzielonego seniorom w obszarze aktywności społecznej. Zaprezentowane rozwiązania są wynikiem podjętych działań modelu interwencji społecznej, który testowany był w okresie maj – listopad 2022 r. w trzech gminach województwa mazowieckiego: gminy miejskiej Przasnysz, gminy miejsko-wiejskiej Wyszogród oraz gminy wiejskiej Boguty-Pianki.

Słowa kluczowe: aktywizacja, aktywność, wsparcie, seniorzy

WSTĘP

Świat współczesny charakteryzuje się dynamiką, zmiennością i nieprzewidywalnością, co wydaje się szczególnie trudne dla osób starszych. Przyzwyczajenia, stabilizacja i stagnacja to utrwalone schematy towarzyszące seniorom w życiu codziennym. Pandemia COVID-19 udowodniła, że człowiek musi być przygotowany na dynamiczne zmiany, musi być otwarty i zaradny w sytuacjach trudnych. Niestety wobec niektórych zdarzeń pozostajemy bezradni, a negatywne konsekwencje tych zmian będą odczuwane przez wiele lat. Społeczna izolacja, ograniczenie kontaktów i wcześniej realizowanych aktywności negatywnie wpłynęły na życie seniorów. To właśnie oni, ze względu na stan zdrowia i konsekwencje zakażenia wirusem, byli grupą, która szczególnie mocno odczuła konsekwencje pandemii. Samotność zaczęła nabierać nowego znaczenia i jest traktowana jako jedna z najważniejszych dolegliwości wieku starszego.

Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne wzrasta w sytuacjach trudnych, do których możemy zarówno zaliczyć starość i problemy z nią związane, jak również pandemię COVID-19. Konsekwencje pandemii koronawirusa stały się przesłanką do podejmowania działań systemowych łagodzących te negatywne skutki, gdyż sami seniorzy nie są w stanie poradzić sobie z tymi problemami. Strach o zdrowie, niepewność i wycofanie społeczne muszą być zastąpione działaniami sprzyjającymi aktywnościom społecznym, nawiązywaniu kontaktów towarzyskich, odbudowaniu więzi. To właśnie

te założenia były wpisane w projekt badawczy pt. „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”.

Niniejsze opracowanie jest krótką charakterystyką wsparcia udzielonego seniorom podczas testowania modelu. W części teoretycznej analizie poddano literaturę przedmiotu odnoszącą się do wsparcia społecznego. Natomiast w części praktycznej zaprezentowano działania wspierające aktywność seniorów, które podejmowane były w trzech gminach testujących model. Konkretnie działania i aktywności uzupełniono wynikami badań zrealizowanymi na początku testowania modelu i po jego zakończeniu.

WSPARCIE SPOŁECZNE SENIORÓW

Wsparcie społeczne jest pojęciem wielowymiarowym i uniwersalnym, przez co wpisuje się w kanwę zainteresowań różnych dyscyplin naukowych, takich chociażby jak psychologia społeczna, socjologia, praca socjalna czy psychiatria. Oprócz tego kwestie wsparcia znajdują się w zainteresowaniu polityki społecznej, przy omawianiu analizy i promocji zdrowia, a także pomocy psychologicznej czy działalności ruchów samopomocy. Można więc przyjąć, że termin ten oznacza różnego rodzaju działania pomocowe, ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb człowieka znajdującego się w różnych sytuacjach związanych ze stresem, izolacją czy wykluczeniem. Wsparcie będzie również rozumiane jako układ określonych relacji społecznych, które w sposób pośredni lub bezpośredni będą oddziaływać na daną

* Wydział Społeczno-Ekonomiczny UKSW, 01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, tel. (22) 569-68-20, e-mail: wse@uksw.edu.pl

osobę (Pommersbach, 1988, s. 503–505). Będzie ono miało swoje źródło w relacjach rodzinnych, sąsiedzkich oraz innych społecznych przynależności.

Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne będzie szczególnie wzrastać w sytuacjach trudnych i problemowych, do których z całą pewnością możemy zaliczyć trudności wynikające z procesu starzenia się. Starość związana jest z utratą dotychczas pełnionych ról społecznych, zmianą w układzie ról rodzinnych, utratą prestiżu i określonej pozycji społecznej, a nawet zmianą wyglądu. Jest to również czas pojawiających się i często nasilających się dolegliwości zdrowotnych aż po utratę samodzielności. Dlatego szczególnie ważne wydaje się udzielane wsparcia, które swą formą i oddziaływaniem powinno być dostosowane do potrzeb i możliwości odbiorców (Brzezińska, 2011, s. 55–58).

W okresie starzenia się pomoc innych nabiera szczególnego znaczenia, a jej poziom będzie odzwierciedlany w funkcjonowaniu fizycznym i psychicznym osób starszych. Udzielana pomoc będzie więc stanowić źródło zasobów, które ułatwiają codzienne funkcjonowanie seniora i sprzyjają pokonywaniu doświadczanych trudności, co będzie przekładać się na szybsze przystosowanie się do zmian. Doświadczanie społecznego wsparcia będzie więc przyczyniać się do odczuwania pozytywnych stanów emocjonalnych, satysfakcji, przynależności, intymności oraz poczucia własnej wartości i kontroli, co przyczynia się do lepszego radzenia sobie z trudnościami (Fiksenbaum i in. 2005, s. 280). Można nawet przyjąć, że osoby starsze, które mają sieć satysfakcjonujących kontaktów społecznych, odznaczają się niższym poziomem depresyjnym.

Przy subiektywnej ocenie jakości życia osób starszych wyższą rangę przypisuje się wsparciu sąsiadów i przyjaciół niż samym członków rodziny. Prowadzone w tym obszarze badania, wykazują nawet, że między długością życia a posiadaniem bliskich relacji przyjacielskich występuje dodatnia korelacja (Rasulo i in., 2005, s. 601–608). Wynika to z tego, że relacje z sąsiadami i znajomymi są mniej złożone niż te rodzinne, cechuje je zmienność, wzmagają zainteresowanie, umożliwiają realne współuczestniczenie w życiu społecznym (Głębocka i Szarzyńska, 2005, s. 255–259). Okazuje się więc, że kontakt z osobami w podobnym wieku, doświadczającymi podobnych trudności i dolegliwości, stwarza poczucie bliskości i wzajemnego zrozumienia. Szczególnie mocno widoczne są te tendencje w małych miejscowościach, gdzie kontakty z sąsiadami i znajomymi wynikają z bliskości, co sprzyja integracji i solidarności, w przeciwieństwie do dużych aglomeracji, gdzie mieszkańcy są bardziej anonimowi. W tym kontekście relacje rodzinne ograniczają pewną przestrzeń do rozwijania aktywności, często charakteryzują się monotonią i powtarzalnością.

Wsparcie otrzymywane od najbliższych członków rodziny może mieć charakter bezpośredni lub pośredni. Kiedy senior jest włączany przez najbliższych do struktury rodzinnej i jest jej aktywnym członkiem, wówczas mamy do czynienia ze wsparciem bezpośrednim. Ta forma wsparcia ukierunkowana jest na dostarczanie osobom starszym pozytywnych bodźców dających poczucie bezpieczeństwa, przynależności, akceptacji

i dobrostanu, zwłaszcza psychicznego. Z kolei wsparcie pośrednie skoncentrowane jest na uruchamianiu zasobów rodzinnych, ale dopiero w momencie wystąpienia sytuacji trudnych, wynikających, np. z choroby czy utraty samodzielności seniora (Sęk i Cieślak, 2005, s. 191).

W literaturze przedmiotu, odnoszącej się do wsparcia społecznego, wyróżnia się dwa podejścia: strukturalne i funkcjonalne. Pierwsze z nich ma wymiar ilościowy i odnosi się do umiejscowienia jednostki w sieci społecznej, która zapewnia poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, przynależności i integracji. Podstawą wsparcia społecznego będzie więc sieć, która będzie miała określony rozmiar (liczba członków sieci), spójność (powiązania członków sieci), homogeniczność wynikającą z podobieństw społeczno-demograficznych, złożoność kontaktów między członkami sieci, intensywność oraz częstość i wartość tworzonych relacji społecznych (Mirczak, 2014, s. 192). Za szczególnie cenne uznaje się, że poszczególne elementy wchodzące w skład wsparcia społecznego wzajemnie się uzupełniają i przenikają, dzięki czemu brak jednego elementu może być zastąpiony przez kolejny. Źródłami wsparcia może więc być rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, znajomi oraz różne instytucje. W podejściu funkcjonalnym większe znaczenie przypisuje się interakcjom oraz procesom wymiany dóbr, gdzie dużą rolę będą odgrywać miary subiektywne, takie jak poczucie wsparcia, jego dostępność, wartość, trafność. Ten rodzaj wsparcia może zachodzić między jednostkami, jednostką a grupą oraz między grupami (Nowakowski, 2004, s. 294).

Biorąc pod uwagę funkcje wsparcia społecznego, warto także zwrócić uwagę na jego rodzaje:

- wsparcie emocjonalne – polegające na okazywaniu osobie potrzebującej wsparcia, sympatii, zaufania, empatii, dzięki czemu osoba ta będzie się czuła kochana i zaopiekowana;
- wsparcie instrumentalne – polegające na wpieraniu osoby potrzebującej poprzez udzielanie bezpośredniej pomocy, np. w czynnościach codziennych, a także wspólne rozwiązywanie problemów i wprowadzanie działań zaradczych;
- wsparcie informacyjne – polegające na dostarczaniu informacji lub porad, sprzyjających uczeniu się nowych umiejętności czy zaradności przy poszukiwaniu odpowiednich instytucji wsparcia;
- wsparcie oceniające – polegające na dostarczaniu informacji zwrotnej, które docelowo mają wpływać na samoocenę jednostki (Mirczak, 2014, s. 190).

Wsparcie społeczne będzie pełniło również określone funkcje:

- wsparcie podtrzymujące samoocenę osoby starszej, które możliwe jest dzięki obecności bliskiej osoby, co przeciwdziała pogorszeniu samooceny;
- wsparcie prestiżowe będące konsekwencją rozwiniętych więzi społecznych;
- wsparcie informacyjne otrzymywane od innych bliskich, dostarczających wiedzy, rady i przekazu informacji;
- wsparcie instrumentalne wyrażane przez pomoc w rozwiązywaniu trudności i problemów życiowych związanych, np. z prowadzeniem domu;

- obcowanie społeczne realizowane przez udział w aktywnościach towarzyskich;
- wsparcie motywacyjne polegające na zachęcaniu do podejmowania wysiłku i wytrwałości przy rozwiązywaniu problemów (Nowakowski, 2004, s. 296).

W szerokiej literaturze przedmiotu zwraca się również uwagę na znaczenie wsparcia duchowego jako wzmacnianie odporności psychicznej osoby znajdującej się w stanie apatii, wsparcie materialne, obejmujące pomoc rzeczową i finansową, a także wsparcie integrujące, dające poczucie przynależności i przydatności. Przy czym, bez względu na rodzaj wsparcia czy jego funkcje, aby minimalizować ryzyko izolacji społecznej osób starszych należy zabiegać, aby sieć wsparcia była jak najbardziej rozbudowana, gwarantując jej uniwersalność i zastępowalność.

SENIORZY AKTYWNI SPOŁECZNIE

Seniorzy aktywni społecznie to osoby posiadające zdolność do intensywnego działania wyrażonego zaangażowaniem w życie rodzinne, społeczne, kulturalne i intelektualne. Aktywność będzie więc pewnego rodzaju energią, która umożliwi kontaktowanie się i porozumiewanie z innymi osobami, co jest szczególnie cenne w przypadku osób starszych. Rozwijanie i utrzymywanie różnych aktywności będzie sprzyjało zaspokajaniu potrzeb społecznych i psychicznych, będzie szansą za realizowanie ról społecznych, funkcjonowania w grupie i społeczeństwie. Aktywność można rozwijać w ramach działalności formalnej, a zwłaszcza poprzez członkostwo w różnych stowarzyszeniach społecznych, w polityce, w pracy na rzecz społeczności lokalnej czy wolontariatu. Kontakty z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami czy znajomymi wpisują się w aktywność nieformalną. Natomiast oglądanie telewizji, czytanie książek, rozwijanie własnych zainteresowań i hobby ma charakter aktywności samotniczej (Dzięgielewska, 2006, s. 163–164).

Aktywność nieformalna na rzecz rodziny i środowiska lokalnego często jest wynikiem aktualnych potrzeb zgłaszanych przez rodzinę lub otoczenie i podlega zmianom zgodnie z przemianami zachodzącymi w rodzinie (dorastanie dzieci, konieczność sprawowania opieki nad osobami niesamodzielnymi, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego). Ten rodzaj aktywności może być rozłożony w czasie, a jej rozmiary będą zależą od możliwości seniora. Aktywność nieformalna na rzecz rodziny stwarza także możliwość otrzymania w przyszłości rewanżu od najbliższych, co wynikać powinno zarówno z więzi rodzinnych, poczucia obowiązku czy długu zaciągniętego przez członków rodziny. Ważnym aspektem tej aktywności jest również wzrastające poczucie bezpieczeństwa seniora, wynikające z zasady wzajemności otrzymania pomocy od najbliższych sąsiadów czy znajomych. Aktywność formalna będzie natomiast źródłem satysfakcji wynikającej z możliwości udziału w pracach wspólnoty na rzecz środowiska i partycypacji w życiu lokalnym (Czapiński i Błędowski, 2014, s. 66–70).

To, jaki rodzaj aktywności realizują seniorzy, często zależy od płci, miejsca zamieszkania, poziomu wykształ-

cenia, sytuacji ekonomicznej, a nade wszystko od ich stanu zdrowia i stopnia samodzielności życiowej (Kawińska, 2016, s. 221). Osoby starsze, po zakończeniu aktywności zawodowej, dysponują dużą ilością czasu wolnego, dzięki czemu mają możliwości zaangażowania się w działalność różnych organizacji, stowarzyszeń, fundacji czy grup samopomocowych. Mogą również przyjmować nowe role rodzinne i społeczne, dzięki czemu kryzys związany z utratą bezpośrednich kontaktów ze środowiskiem pracy i wycofaniem z aktywnego uczestnictwa zawodowego, nie jest tak intensywnie odczuwany. Nie ulega wątpliwości, że przystosowanie osoby starszej do nowych ról i warunków życia, zależy od podejmowanych przez nią wcześniej działań oraz od właściwie funkcjonującego systemu społecznego. Rozwój aktywności daje seniorowi możliwość reorganizacji własnego życia oraz zwiększa jego zdolności adaptacyjne. Bardzo ważną rolę przy zachęcaniu seniorów do aktywności przypisuje się samej aktywizacji, która stymuluje i zachęca do działań, uczy odkrywania nowych możliwości do realizacji, a przede wszystkim przeciwdziała samotności i osamotnieniu (Mandrzejewska-Smól, 2012, s. 155).

Analizując kwestię aktywności osób starszych, warto pamiętać o jej dwóch wymiarach. Pierwszy z nich będzie dotyczył pracy cennej i użytecznej, do której możemy zaliczyć:

- kontynuację pracy zawodowej, ale w mniejszym wymiarze godzin i formie dopasowanej do możliwości seniora,
- pracę zarobkową, ale w zawodzie wcześniej wyuczonym (powrót do zadań wykonywanych w przeszłości),
- aktywność zawodową, ale dającą możliwość odroczynek, czyli możliwość osiągania dodatkowego dochodu z zastrzeżeniem zachowania balansu dla czasu wolnego, realizacji hobby i zainteresowań,
- aktywność społeczną, która wyznacza nowe role społeczne,
- aktywność rodzinną o charakterze opiekuńczym i usługowym.

Natomiast drugi rodzaj aktywności będzie przyczyniał się do utrzymywania wcześniejszych zainteresowań oraz pobudzania i rozwoju nowych działań, zarówno poprzez aktywność sportową, rekreacyjną, jak i religijną, edukacyjną, społeczną, kulturalną i domowo-rodzinną (Kamiński, 1978, s. 265–268).

Aktywność społeczna seniorów była także jednym z głównych obszarów projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, w ramach którego został stworzony model interwencji. W pracach nad kształtem modelu pomocne były badania zleczone przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w celu pozyskania między innymi informacji o sytuacji społecznej osób starszych. W tym celu na przełomie lat 2021 i 2022 zostały przeprowadzone równoległe badania ilościowe (800 wywiadów ankietowych CATI z mieszkańcami województwa mazowieckiego będącymi w wieku 60 lat i więcej) oraz badania jakościowe (60 indywidualnych wywiadów pogłębionych z mieszkańcami gminy miejskiej Przasnysz, gminy miejsko-wiejskiej Wyszogród i gminy wiejskiej Boguty-Pianki). Wybór

3 gmin uczestniczących docelowo w projekcie warunkowany był rodzajem gminy i odsetkiem populacji osób w wieku 60 lat i więcej. Na potrzeby niniejszego opracowania przywołane będą wyniki badań jakościowych.

Czas pandemii COVID-19 był szczególnie trudnym doświadczeniem dla seniorów, którzy szczególnie byli narażeni na izolację społeczną, wynikającą z niewielkiej intensywności lub braku kontaktów społecznych z osobami spoza gospodarstwa domowego. Doprowadziło to do zaniku jakiegokolwiek aktywności społecznej i wykluczenia seniorów z życia społecznego prawie na dwa lata. Seniorom brakowało bezpośrednich kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi oraz bliskimi (dziećmi, wnukami, innymi członkami rodziny), odczuwali także ograniczenia w zakresie aktywności społecznej, co spowodowało, że bardzo często nie mogli kontynuować stylu życia, do którego byli wcześniej przyzwyczajeni. Przed marcem 2020 r., wszyscy uczestnicy badań jakościowych zrealizowanych w trzech gminach docelowo testujących model, chętnie uczestniczyli w różnorodnych wydarzeniach o charakterze kulturalnym, towarzyskim, edukacyjnym oraz sportowym, które proponowane były przez lokalne organizacje wspierające osoby starsze. Działania podejmowane przez organizacje lokalne były częściej zauważane i wskazywane przez respondentów mieszkających w gminach miejskich oraz miejsko-wiejskich. Z kolei respondenci pochodzący z gmin wiejskich chętniej angażowali się w rozwijanie oddolnych inicjatyw, których głównym celem było podtrzymywanie i poprawa relacji lokalnych społeczności. Dla rozmówców bardzo ważne było także pielęgnowanie relacji rodzinnych. Wśród najczęstszych form spędzania czasu wolnego praktykowanych przed marcem 2020 r., respondenci wskazywali wycieczki krajoznawcze, uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych (m.in. kino, teatr, muzeum, koncerty, spotkania literackie), kontakt z naturą (wędkarstwo, organizacja pikników, praca w ogrodzie, zbieranie plonów, wyjazdy na działki rekreacyjne), budowanie relacji rodzinnych (przyjmowanie bliskich w domu, wyjazdy w odwiedziny do najbliższych, przyjmowanie w domu wnuków i opieka nad nimi, pomoc rodzinie w obowiązkach, takich jak gotowanie czy sprząatanie). Szczególnie cenne były również kontakty towarzyskie (wspólne spotkania w domach, częste wizyty sąsiadów, wyjścia do miejsc publicznych, tzw. spotkanie „przy ławeczce”, wspólne sprawunki w miastach i na wsiach, np. wspólne zakupy spożywcze itd.), wizyty w klubach seniora (wspólne obchodzenie świąt, oraz imprez okolicznościowych, organizowanie kursów i warsztatów, spotkania towarzyskie), relaks w domu (czytanie książek, rozwiązywanie krzyżówek, oglądanie albumów ze zdjęciami, oglądanie telewizji, robótki ręczne oraz w mniejszym stopniu – korzystanie z Internetu). Respondenci chętnie także realizowali aktywności fizyczne (jazda na rowerze, sport zespołowy – gra w piłkę nożną, basen, zajęcia fitness, zajęcia taneczne, zumba, pilates, zajęcia sportowe i ruchowe zastępujące rehabilitację szpitalną) oraz uczestniczyli w wydarzeniach edukacyjnych (zajęcia i wykłady na Uniwersytecie Trzeciego Wieku, aktywności związane z ofertą domów kultury, lokalne biblioteki i stowarzyszenia zrzeszających seniorów lub osoby o podobnych zainteresowaniach).

Nieco rzadziej realizowane aktywności dotyczyły uczestnictwa w koncertach muzyki klasycznej, malarstwa, hobbystycznego tworzenia figurek z drewna, angażowania się w działalności polityczną i kulturową. Takie formy aktywności zdecydowanie częściej wskazywali mieszkańcy pochodzący z gminy miejskiej. Respondenci na ogół pozytywnie oceniali działalność stowarzyszeń i fundacji działających lokalnie na rzecz osób starszych. Kluczowe instytucje rozwijające się w trzech gminach to: kluby seniora, domy kultury, biblioteki, koła gospodyń wiejskich, Uniwersytet Trzeciego Wieku, zrzeszenia emerytów i rencistów, zespoły taneczne, zespoły śpiewu, chóry oraz kluby fitness oferujące zajęcia dla osób starszych. Najwięcej okazji do integracji i działań aktywizujących dla seniorów odbywało się ramach klubów seniora, gdzie seniorzy mogli realizować swoje własne, oddolnie przemyślane inicjatywy. Przykładem takich wydarzeń, powstałych w oparciu o inicjatywę jednego lub kilku członków, były warsztaty rękodzielnicze, wspólne śpiewanie czy wspólne przygotowywanie potraw. Należy także podkreślić, że dostępność do rozmaitych form aktywności była zróżnicowana pod względem rodzaju gminy, w której zamieszkują badani. Tak np. respondenci mieszkający w gminie wiejskiej mają ograniczony dostęp do infrastruktury, przez co, np. zajęć fitness, ofert kulturalnych oraz edukacyjnych deklaruje mniej respondentów niż w przypadku seniorów zamieszkujących w gminie miejskiej. Dodatkową trudnością przy podejmowaniu aktywności jest słabo rozwinięta komunikacja zbiorowa, co w praktyce oznacza konieczność przemieszczania się własnym środkiem komunikacji. W zamian za to, seniorzy bardzo cenią sobie kontakt z naturą, w tym prace ogrodowe, relaks w domu oraz kontakty rodzinne/sąsiedzkie. W gminie miejsko-wiejskiej wskazano na brak miejsca spotkań dla seniorów, dlatego też w tej gminie cenione są inicjatywy oddolne, przy wykorzystaniu dostępnej infrastruktury.

Przed pandemią to głównie to polegało na spotkaniach takich tanecznych, takie wieczorki taneczne sobie robiliśmy. To każdy coś tam przyniósł do jedzenia, a to sobie coś tam ugotowaliśmy wspólnie. Czy zupełnie dyniową, czy jakieś placki, czy jakieś kanapki sobie robiliśmy i po prostu porozmawiać, posiedzieć, bo tak naprawdę to nie mamy za dobrego miejsca, za dobrych warunków do takiej aktywniejszej formy spotkań. [kobieta, gmina miejsko-wiejska]

Okazje do tworzenia oddolnych inicjatyw, przeradzających się w wydarzenia kulturalne – takiej jak np. występy taneczne, koncerty śpiewu/chóru, występy teatralne towarzyszyły także seniorom z gminy miejskiej, gdzie instytucją wspierającą tego rodzaju działania są miejskie domy kultury. Należy tutaj podkreślić, że tego typu aktywności cieszą się stanowczo większą popularnością wśród kobiet. Respondenci wskazywali także, że przed pandemią czuli się lepiej psychicznie i chętniej organizowali sobie czas wolny. Towarzyszyło im poczucie swobody oraz poczucie większego otwarcia na ludzi, wolne od jakichkolwiek obaw i lęków związanych z potencjalnym ryzykiem zakażenia. Wszystkie te czynniki przekładały się na większą motywację do podejmowanych działań i czerpanie z nich radości.

W tej chwili to raczej nie korzystam raczej z żadnych takich wydarzeń. Jedynie co, to z żoną na spacer idziemy

gdzieś na miasto, nad Wisłę. A w tej chwili nawet nie są organizowane te wycieczki, spotkania. Po prostu trzy czwarte tego czasu co kiedyś, to się siedzi w domu. Teraz trzeba korzystać z czytania, krzyżówki, telewizji o, z Internetu trochę. [mężczyzna, gmina miejsko-wiejska]

Czas pandemii spowodował, że działalności prowadzone w ramach klubów seniora, stowarzyszeń oraz domów kultury zostały w większości ograniczone. Ograniczona została także działalność Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Część rozmówców, nie wiedząc jak długo potrwa ta sytuacja, postanowiła całkowicie wypisać się z zajęć lub przestała uczęszczać na organizowane sporadycznie spotkania. Podobna prawidłowość została zaobserwowana w przypadku spotkań i kontaktów towarzyskich organizowanych oddolnie przez seniorów. Niestety taki stan negatywnie wpłynął na kondycję psychiczną respondentów, o czym świadczą częste przywołania poczucia izolacji i wyobcowania. Zagrożenia wynikające z pandemii spowodowały ograniczenia kontaktów towarzyskich, a respondenci spędzali czas wolny z reguły samotnie lub w otoczeniu najbliższych osób.

Niemniej, podczas pandemii najbardziej popularnymi formami spędzania czasu wśród seniorów były aktywności realizowane w domach, w tym czytanie książek/prasy/ różnorodnych poradników, rozwiązywanie krzyżówek, oglądanie filmów, oglądanie telewizji oraz korzystanie z Internetu. Nieliczni realizowali aktywności twórcze, takie jak wykonywanie różnego rodzaju robótek ręcznych (np. szydełkowanie) bądź krótkodystansowe spacerowanie na świeżym powietrzu.

Sama kwestia izolacji związanej z pandemią i jej negatywnych konsekwencji wywoływał wśród respondentów największe emocje. W dużej części wywiadów wskazywano na ograniczone kontakty rodzinnych i towarzyskich, co powodowało zmiany nastrojów, a nawet popadanie w stany depresyjne. Niespodziewanie skończyły się okazje do wzajemnych odwiedzin, które zostały zastąpione rozmowami przez telefon lub Internet.

AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA SENIORÓW – DZIAŁANIA W MODELU

Kiedy dynamika pandemii zaczęła słabnąć i izolacja seniorów nie była tak konieczna, podjęto szereg działań mających na celu powrót do aktywności, które miałyby łagodzić negatywne skutki. Pozyskany materiał empiryczny był znaczącą przesłanką podczas opracowania modelu interwencji społecznej, który testowany był we wskazanych gminach województwa mazowieckiego w okresie maj-listopad 2022 roku. Każda z gmin uczestniczących w projekcie dokonała wyboru konkretnych aktywności, stosownie do potrzeb zgłaszanych przez seniorów i własnych możliwości kadrowych i lokalowych. W każdej gminie w testowaniu modelu uczestniczyło 20 seniorów.

W obszarze aktywności społecznej i kulturalnej model zakładał pakiet działań w obszarze animacji kulturalnej – w tym inicjatywy międzypokoleniowe i oddolne, animacji artystycznej, sportowej i z wykorzystaniem tzw. nowych mediów. Inicjatywy międzypokoleniowe miały na celu budowanie więzi różnych grup pokoleniowych, przywracanie osób starszych do życia wspólnotowego,

odbudowanie towarzyskości i wzrostu poczucia własnej wartości. Założono, że działanie to powinno być przeprowadzone w oparciu o zasoby lokalnych instytucji kultury lub szkół średnich podczas jednego lub kilku spotkań warsztatowych z dziećmi/młodzieżą na temat potrzeb kulturalnych i aktywności kulturalnych osób starszych. Podczas takiego spotkania należy zawsze skatalogować pomysły, które powinny wychodzić także od osób starszych, tak aby czuły się one uczestnikami działań, a nie tylko ich odbiorcami. Możliwe zatem było prowadzenie działań, w których:

- młodzież realizuje warsztaty z nowych mediów dla seniorów (obsługa mediów społecznościowych, wyszukiwanie informacji w necie),
- zbiera się mikrohistorie czy historie mówione, polegające na nagraniu wypowiedzi osób starszych, np. na temat historii miejscowości,
- wytwarzano materialne, cyfrowe efekty tych prac w postaci wystaw na stronach instytucji kultury lub szkół.

W tych działaniach należy pamiętać o konfrontacji pomysłów z osobami starszymi, z założeniem, że jako grupę referencyjną można wykorzystać grupę liderów/ambasadorów inicjatyw. Do tego typu działań rekomendowano zaangażowanie samorządowych instytucji kultury (biblioteka, ośrodek kultury), szkoły podstawowe i średnie, młodzieżowe ośrodki, kluby i koła zainteresowań.

Przy kreowaniu inicjatyw oddolnych zakładano włączenie społeczne seniorów i przeciwdziałanie ich izolacji społecznej przez budowanie więzi, postaw aktywności, współtworzenie i bycie docenianym. Działania te kierowane były do aktywnych osób starszych, a szczególności do potencjalnych liderów kreowanych aktywności i nowo powstałych organizacji senioralnych oraz potencjalnych inicjatorów wydarzeń kulturalnych czy aktywizujących. Warto pamiętać, że w procesie wyboru inicjatyw, które miałyby być realizowane, należy wspierać te działania, które:

- angażują uczestników (nie chodzi wyłącznie o indywidualne projekty artystyczne dla widzów, ale działania wspólne),
- wykorzystują potencjały osób starszych (np. przypominanie dawnych obrzędów, pielęgnowanie gwary, wystawy dawnych fotografii miejscowości, historie mówione, nagrania wywiadów),
- budują potencjał towarzyskości (potańcówki, wspólne aktywności, np. projektowanie muralu, ingerencje w przestrzeń wspólną).

Do realizacji takich działań warto wykorzystać potencjał samorządowych instytucji kultury (biblioteka, ośrodek kultury) oraz organizacje pozarządowe, koła gospodyń wiejskich, kluby seniora itp.

W gminie miejskiej Przasnysz inicjatywy te zostały zrealizowane w tzw. tandemie międzypokoleniowym w postaci warsztatu dla seniorów i młodzieży, warsztatów tkactwa, zajęć artystycznych z batiku, spotkań chóru seniorów, wystawy w muzeum pt. „Przasnysz dawniej i dziś” oraz wydaniem publikacji w formie katalogu wystawy, połączonego ze wspomnieniami seniorów. Wszystkie te działania cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem seniorów, a efekty pracy widoczne

były także w postaci ręcznie wykonanych przedmiotów (obrazy, zakładki do książek, podkładki, torebki, breloczki itp.). Działania te realizowane były pod nadzorem koordynatora, natomiast o konkretnej tematyce zajęć decydowali już sami uczestnicy.

No, na przykład, pieczenie tych ciasteczek, tam jeszcze takie inne zajęcia, co przyjeżdżała pani z Warszawy i też prowadziła z nami takie zajęcia fajne, naprawę było fajnie. A zwłaszcza przy pieczeniu ciasteczek, to myśmy nie miały tego w programie, że my mamy upiec ciasteczka, pierniczki. My po prostu same tak żeśmy sobie znalazły i stwierdziły, że jak coś zrobimy, to będziemy miały i jak coś tam z tego, to będziemy miały satysfakcję z tego, że to jest nasze dzieło. [kobieta, gmina miejska]

Poszczególne inicjatywy wpisane były w stały grafik, tak aby uczestniczący seniorzy mogli sobie zaplanować daną aktywność w harmonogramie dnia. Wartością dodaną tych spotkań była duża integracja seniorów i dzielenie się doświadczeniami.

Tak, sobie tam ciasto piekłyśmy, czy jakieś takie przysmaki. Czy jakieś tam z cukinii coś. Tam sobie tak organizowałyśmy te zajęcia. Ktoś tam coś zawsze przyniósł. Albo się umówiliśmy. Albo ktoś, na przykład, powiedział. Ja tam też piekłam ciasto ze śliwkami, to mówię, to już nie przynioscie nic, bo ja zrobię ciasto ze śliwkami i z kruszonką. No to, tak żeśmy sobie tam wymieniały te przepisy, to się delectowaliśmy tym, co ktoś przyniósł. No, taka była naprawdę, taka miła atmosfera, takie ciepło było. [kobieta, gmina miejska]

Animacja kulturalna oraz artystyczna była również testowana w gminie miejsko-wiejskiej Wyszogród. Tu rozwijane były przede wszystkim umiejętności manualne podczas warsztatów z szydełkowania i zajęć artystycznych. Oba warsztaty miały na celu pobudzenie aktywności seniorów, sprzyjały integracji i wzajemnej wymianie doświadczeń. Bardzo cenne w ocenie samych seniorów były warsztaty kulinarne, dzięki którym odkrywane były kuchnie świata. W ramach działań międzypokoleniowych zorganizowano kino letnie, które cieszyło się zainteresowaniem zarówno najstarszych, jak i tych młodszych mieszkańców gminy.

To przede wszystkim to te zajęcia kulinarne, zawsze jakieś konsultacje były, co chcemy robić, więc, więc myślę, że mieliśmy wpływ na to duży, jakieś tam menu przygotowaliśmy i to były nasze inicjatywy, nikt nam nie narzucał, co tam chcemy robić. I w sensie takich myślę, że jakichś zajęć, tych prac ręcznych, że się tak wyrażę artystycznych również nam dawano, też pytano się, co chcemy robić. Wtedy zamawiano jakieś tam rzeczy potrzebne do realizacji i w dużej mierze też mieliśmy na to wpływ. [kobieta, gmina miejsko-wiejska]

Inicjatywy międzypokoleniowe towarzyszyły także seniorom zamieszkującym w gminie wiejskiej Boguty. Testowanie modelu rozpoczęło się tu od marszu międzypokoleniowego, w którym uczestniczyli seniorzy z wnukami oraz dzieci ze szkoły podstawowej. Pogłębianie relacji między tymi pokoleniami miało swoje odzwierciedlenie w kolejnych inicjatywach, jak np. wspólne przygotowywanie zdrowych kanapek, czytanie książek i bajek najmłodszym, wspólny udział w seansach kina letniego, zajęcia wokalne. Seniorzy byli także inicjatorami warsztatów historycznych, które zakończyły się

wystawą starych fotografii. W Bogutach-Piankach seniorzy uczestniczyli również w warsztatach literackich, kulinarnych, historycznych poświęconych starym obrzędom i lokalnej gwarze. Ciekawą inicjatywą były także warsztaty plastyczne, które odbywały się w plenerze.

Był marsz pokoleniowy, spotkanie z przedszkolakami, spotkanie z uczniami w szkole, opowiadanie o dawnych zwyczajach i obrzędach panujących na wsi i w ciągu roku kalendarzowego. Ja czytałam bajki. W szkole opowiadałam o dawnych zwyczajach panujących konkretnie na wsiach i o spędzaniu czasu wolnego, jak w ciągu roku kalendarzowego... A było jeszcze kino plenerowe. Chyba były 4 czy 5 seansów. I w sierpniu to na powietrzu i bardzo dużo osób zgromadziły te seanse, to kino zgromadziło około 300 osób albo i więcej w niektórych, jak było ciepło. To były wszystkie, to było i dziadkowie, i ich średni wiek, i dzieci małe. Ja też uczestniczyłam w wnuczką rok, 1,5 roku, druga 6 lat. [kobieta gmina wiejska]

Wszystkie podjęte inicjatywy zdecydowanie wpisywały się w cele modelu, stwarzając seniorom okazję do odbudowania więzi, aktywnego uczestnictwa, rozwoju towarzyskości i łagodzenia skutków pandemii.

Towarzystwość i muszę panu powiedzieć, że ja jeszcze taka jestem, jak nawet pojedę herbatkę zrobić i kawkę komuś, to widzę, ci starsi, ta jedna o kijach przychodziła, ona, to oni się cieszyli, taki pan Jan, oni się cieszyli, jak tylko patrzyli. Jadzia zrobisz? No zrobię wszystkim i to się z tego nawet cieszyłam, że jestem potrzebna w grupie. Były ze trzy takie aktywne, ze cztery, wie pan, takie trochę starsze, to czekają już też, dobrze, że przyjadą. [kobieta, gmina wiejska]

Ważnym elementem aktywności społecznej testowanej w modelu był również animacja sportowa. Celem aktywizacji w tym obszarze było utrzymywanie sprawności fizycznej i zdrowotnej poprzez gimnastykę, spacer, zabawy ruchowe i działania rehabilitacyjne. Zwrócono również uwagę na kształtowanie pozytywnych nawyków żywieniowych i zdrowego trybu życia. Udział w aktywnościach sportowych sprzyjał nawiązywaniu kontaktów, podtrzymywaniu relacji, wzmacniał współzawodnictwo i poprawiał kondycję fizyczną. W każdej z gmin testujących model ten obszar aktywności był również bardzo ceniony przez uczestników, natomiast dobór poszczególnych działań był uzależniony od specyfiki gminy i możliwości seniorów.

Ja najlepiej wspominam chodzenie z kijkami. To było takie fajne, na powietrzu. Dużo nas chodziło, rozmowy, śmiechy, ale i wszystko, nawet taki pan dietetyk jak przyjeżdżał, to szykowanie tam tych różnych potraw, sałatek. [kobieta, gmina wiejska]

W ramach prowadzonych aktywności seniorzy mieli możliwość zajęć z nordic walking, gimnastyki, fitness, zajęć tanecznych, spacerów tematycznych i historycznych, podczas których omawiane były ważne wydarzenia związane z odwiedzanym miejscem lub zwiedzano zabytki i miejsca pamięci. Ważne dla seniorów były także spotkania z dietetykiem i zajęcia z fizjoterapeutą. Czas testowania modelu sprzyjał także rajdom i wybieżkom rowerowym.

Najbardziej to mi się podobała rehabilitacja, szczerze mówiąc, bo jednak, no, w naszym wieku są problemy z kręgosłupem. Szczególnie i ramiona mnie bolą trochę.

Także ta rehabilitacja była bardzo dobra. To już wiem, że rehabilitacja super, wycieczki też. [kobieta, gmina miejsko-wiejska]

Realizacja wszystkich działań nie byłaby możliwa bez zaangażowania animatorów i osób odpowiedzialnych za konkretne zajęcia warsztatowe. To oni tworzyli atmosferę przyjazną realizowanym aktywnościom, mieli kompetencje i wiedzę, którą zarażali uczestników. Wielokrotnie podczas spotkań z autorami modelu, seniorzy podkreślali rolę animatorów, dziękując im za wrażliwość, empatię, zaangażowanie i ogromne wsparcie, którego udzielali uczestnikom. Animatorami były osoby znane w społeczności, szanowane, cieszące się uznaniem i autorytetem społecznym. Często byli to przedstawiciele instytucji cieszącej się zaufaniem – nauczyciele, specjaliści, pracownicy bibliotek, ośrodków kultury, muzeów, ośrodka pomocy społecznej czy duchowni. To właśnie oni inspirowali do działań, motywowali do podejmowania wyzwań, zachęcali do uczestnictwa, a zwłaszcza słuchali swoich podopiecznych i angażowali się w ich pomysły. Wsparcie animatorów, ich pomysły i otwartość były kluczem przy realizacji założeń modelu.

Nie, właśnie już mówiłam. Wszystko było zgrane, pomyślane, specjaliści byli odpowiedni, przygotowani. Także, no, nie da się tutaj nic złego, wszystko było po prostu bardzo dobre, trafione i potrzebne. [kobieta, gmina wiejska]

Za sukces projektu można również uznać połączenie pracy różnych instytucji, którym przyświecał jeden cel – poprawa jakości życia seniorów. Szeroki zakres działań proponowanych w modelu stworzył możliwość wzajemnej partycypacji i dzielenia się własnymi doświadczeniami w różnych obszarach. I tak np. przy realizacji inicjatyw międzypokoleniowych współpracowały ze sobą szkoła, przedszkole, dom kultury. Przy realizacji projektu wystawy prac wsparcia udzielało muzeum, biblioteka, ośrodek pomocy społecznej. Efektem tej wspólnej pracy był zawsze uśmiech na twarzach seniorów, ich zaangażowanie, satysfakcja z uczestnictwa w działaniach projektowych, a nade wszystko wiara w lepsze jutro.

WNIOSKI

Wsparcie osób starszych w łagodzeniu skutków pandemii realizowanym w ramach podjętego projektu było lekiem na całe pandemiczne zło. Możliwość uczestnictwa w projekcie było dla każdego seniora szansą na poprawienie jakości życia i zabezpieczenie potrzeby bezpieczeństwa społecznego, przynależności i szacunku. Seniorzy mieli możliwość uczestnictwa w różnych formach aktywności społecznej, poprawiając w ten sposób kondycję i fizyczną, i psychiczną. Spotkania w grupach rówieśniczych, możliwość rozwijania zainteresowań, partycypacja w różnych inicjatywach i działaniach, wychodzenie naprzeciw barierom i ograniczeniom sprzyjały poczuciu społecznej użyteczności, akceptacji, towarzyskości i więzi emocjonalnej. Aktywni seniorzy są bardziej radosni, otwarci, odczuwają większą satysfakcję i zadowolenie z życia, optymistycznie patrzą w przyszłość.

Można więc przyjąć, że zrealizowany projekt był ogromnym wsparciem udzielonym gminom, na poprawę jakości życia osób starszych. Z jednej strony podejmowane działania miały charakter bezpośrednio aktywizujący seniorów do działania, ale z drugiej strony udało się osiągnąć dwa nadrzędne cele. Pierwszym z nich jest kreacja inicjatyw oddolnych, polegających na stworzeniu seniorom możliwości do wykorzystywania własnych pomysłów do inicjacji konkretnych działań. Poprzez udział w projekcie seniorzy mieli możliwość współuczestniczenia przy tworzeniu konkretnych aktywności, które kontynuowane są po zakończeniu projektu. Podczas regularnych spotkań zawiązały się także grupy wsparcia, które w dalszym ciągu funkcjonują. Drugim, równie ważnym osiągnięciem projektu, było zaangażowanie różnych instytucji samorządowych do wspólnego działania. Pomoc seniorom nie jest już traktowana jako zadanie jednego ośrodka, a całej sieci wsparcia. Dzięki temu usieciowieniu udzielane wsparcie jest bardziej efektywne, bardziej uniwersalne i bardziej dopasowane do potrzeb osób starszych.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- Brzezińska, M., 2011. *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości.* Warszawa: Wydawnictwo Ingram.
- Czapiński, J., Błędowski, P., 2013. *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków.* Diagnoza społeczna. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Dzięgielewska, M., 2006. Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości. W: B. Szatur-Jaworska, red. *Podstawy gerontologii społecznej.* Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA–JR.
- Fiksenbaum, L.M., Greenglass, E.R., Marquez, S.R., Eaton, J., 2005. A psychosocial model of functional disability. *Ageing International*, 30.
- Głębocka, A., Szarzyńska, M., 2005. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska*, 4.
- Kamiński, A., 1978. *Studia i szkice pedagogiczne.* Warszawa: PWN.
- Kawińska, M., 2016. Partycypacja społeczna seniorów. Nowe oblicze starzejącej się populacji? W: E. Bojanowska, M. Kawińska, red. *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności*, t. 2. Warszawa: Wydawnictwo Kontrast.
- Litwin, H., Shiovitz-Ezra, S., 2006. Network type and mortality risk in later life. *The Gerontologist*, 46(6).
- Mandrzejwska-Smól, I., 2012. Aktywność edukacyjna seniorów jako forma uczestnictwa społecznego. W: D. Serdyńska, red. *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Mirczak, A., 2014. Determinanty wsparcia społecznego wśród starszych mieszkańców wsi. *Labor et Educatio*, 2.
- Nowakowski, M., 2004. Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów. W: Jerzy T. Kowaleski, P. Szukalski, red. *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Pommersbach, J., 1988. Wsparcie społeczne a choroba. *Przeгляд Psychologiczny*, 31(2).
- Rasulo, D., Christensen, K., Tomassini, C., 2005. The influence of social relations on mortality in later life: A study on elderly Danish twins. *The Gerontologist*.
- Sęk, H., Cieślak, R., 2009. Wsparcie społeczne sposoby definiowania, rodzaje, źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak, red., *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie.* Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Wiatrowska, A., 2009. *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania.* Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

AKTYWNOŚĆ RELIGIJNA SENIORÓW JAKO CZYNNIK ICH AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ W OKRESIE POPANDEMICZNYM

RELIGIOUS ACTIVITY OF SENIORS AS A FACTOR OF THEIR SOCIAL ACTIVATION
IN THE POST-PANDEMIC PERIOD

Ryszard Czekalski

ORCID: 0000-0003-1968-4636

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego*

e-mail: r.czekalski@uksw.edu.pl

Abstract: The period of the pandemic forced many changes in various areas of social life. A group particularly strongly affected by the effects of isolation were people under 60 years of age. As part of the post-pandemic support project for this group, a comprehensive needs study was undertaken. Supporting activities were organized on this basis, including those related to the spiritual plane. In the light of the project research, it can be seen that the crisis situation has developed developmental tendencies in the sphere of religiosity among the respondents. In addition, it has resulted in initiatives with features of religious innovation. The postulate resulting from the project is to strengthen the cooperation of institutions supporting seniors with religious communities and to organize pastoral care tailored to the needs of a specific group.

Keywords: Coronavirus pandemic, spiritual support, religious development, seniors, people under 60

Author's affiliation: Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw

Abstrakt: Okres pandemii wymusił wiele zmian w różnych obszarach życia społecznego. Grupą, która szczególnie mocno odczuwała skutki izolacji, były osoby 60+. W ramach projektu wsparcia tej grupy osób zostały podjęte kompleksowe badania ich potrzeb. Na podstawie zebranych wyników zaproponowane zostały wielorakie działania wspomagające, w tym odnoszące się także do płaszczyzny duchowej. To pozwoliło zauważyć, iż sytuacja kryzysowa wyzwoliła u badanych osób tendencje rozwojowe w sferze religijności. Zaowocowały one m.in. inicjatywami mającymi cechy innowacyjności religijnej. Postulatem wypływającym z przeprowadzonego projektu jest zacieśnianie współpracy instytucji wspierających seniorów ze wspólnotami religijnymi i organizowanie na tej płaszczyźnie duszpasterstwa dopasowanego do potrzeb konkretnej grupy.

Słowa kluczowe: pandemia koronawirusa, wsparcie duchowe, rozwój religijny, seniorzy, osoby 60+

WPROWADZENIE

Jedną z charakterystycznych cech człowieka jest jego stała zdolność do rozwoju. Ta prawidłowość dotyczy także osób starszych, czego badaniem zajmują się m.in. takie dziedziny nauki, jak psychologia, pedagogika (andragogika i geragogika) oraz socjologia. Jednym z obszarów aktywności seniorów jest sfera religijności (duchowości). Przejawem tego może być uczestniczenie w praktykach religijnych, partycypacja w życiu wspólnot religijnych i aktywność na płaszczyźnie społecznej, pielęgnowanie zwyczajów świątecznych, utrwalanie wartości duchowych i moralnych w życiu rodzinnym, pamięć o zmarłych, jak również łączenie religijności z innymi obszarami aktywności, np. wolontariatem, akcjami charytatywnymi. Wraz z wiekiem wartości religijne nabierają coraz większego znaczenia, na co wskazują badania psychologiczne i socjologiczne (zob. Tatała i Walesa, 2021; Karcz, 2021; Krystkowiak, 2013). Badania przeprowadzone w populacji osób starszych w krajach europejskich wskazują również, że osoby doświadczające gorszego stanu zdrowia i wielochorobowości nieznacznie częściej uczestniczyły w praktykach religijnych. Ponadto

uczestnictwo w praktykach religijnych sprzyja wyższej partycypacji społecznej, w tym np. udziałowi w wolontariacie, aktywnościach sportowych czy innych działaniach podejmowanych w wolnym czasie (Sowa i in., 2016; Grotowska, 2017).

Okres pandemii COVID-19 wymusił wiele ograniczeń, które dotyczyły także udziału w praktykach religijnych w kościołach. Tym samym wiele osób starszych nie mogło zaspokajać swoich potrzeb religijnych w dotychczasowy sposób, co przyczyniało się ograniczenia ich ogólnej aktywności (fizycznej, społecznej) i zmiany dotychczasowych nawyków. Niniejszy artykuł wpisuje się w szerszy zamysł badawczy dotyczący sytuacji seniorów w okresie pandemii, charakterystyki potrzeb i możliwości ich zaspokajania, realizowany w ramach projektu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”¹. Podstawowym problemem badawczym opracowania jest próba diagnozy poziomu aktywności religijnej seniorów w okresie popandemicznym oraz możliwości łączenia jej z innymi formami aktywizacji społecznej seniorów. Materiał badawczy stanowią wyniki badań przeprowadzonych przez zespół naukowców z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego i Instytutu Pracy i Spraw So-

* Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, 01-815 Warszawa, ul. Dewajtis 5, tel. (22) 561-88-00.

cialnych, zaangażowanych w realizację programu. Badania ankietowe CATI zostały przeprowadzone na reprezentatywnej próbie mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku 60+ w okresie od grudnia 2021 r. do lutego 2022 r. (I fala badań – wówczas wzięły w nich udział 803 osoby) oraz od grudnia 2022 r. do stycznia 2023 r. (II fala badań – z udziałem 801 osób). Ich uzupełnieniem były indywidualne wywiady pogłębione (IDI) na grupie 60 osób z trzech gmin województwa mazowieckiego (Boguty-Pianki, Przasnysz, Wyszogród), uczestników pilotażu modelu interwencji społecznej ukierunkowanego na wspieranie aktywności społecznej osób starszych po okresie pandemii COVID-19. W celu pełniejszego zobrazowania problematyki religijności osób starszych zostaną przywołane także inne opracowania odnoszące się do badań religijności osób starszych.

ROZWÓJ RELIGIJNY A RELIGIJNOŚĆ

Rozwój religijny (duchowy) człowieka na różnych etapach życia czy też charakterystyka doświadczenia wiary to rzeczywistości związane ze sferą wewnętrzną i są przedmiotem zainteresowania nauk teologicznych (teologii duchowości) bądź psychologii². Należy zatem odróżnić to określenie od religijności, która jest związana z praktykami religijnymi służącymi zaspokajaniu duchowych potrzeb człowieka. Ona też staje się przedmiotem badania na gruncie socjologii. To zastrzeżenie jest ważne, ponieważ pozwala przyjąć z ostrożnością wszelkie wyniki refleksji podejmowanej w oparciu o badania statystyczne. Ich przedmiotem są w tym wypadku zewnętrzne akty religijności w postaci konkretnych praktyk religijnych (Ulman, 2017, s. 198–200). Na gruncie badawczym przyjmuje się istnienie powiązania pomiędzy częstotliwością praktyk religijnych a poziomem życia religijnego (wiarą) danej osoby. Należy jednak ten związek traktować w kategoriach prawdopodobieństwa, wyniku przybliżonego, ale nie rozstrzygającego. W przypadku osób starszym bywają sytuacje, gdzie te osoby nie mogą regularnie uczestniczyć w praktykach religijnych w kościele, a jednak ich życie duchowe pozostaje na wysokim poziomie aktywności.

Religijność jest jednym z obszarów rozwoju osobowego człowieka, a zatem wkomponowanym w inne jego aktywności (intelektualną, fizyczną, psychiczną, emocjonalną, moralną, artystyczną, społeczną itp.). Na każdej z nich dostrzegamy potencjał rozwoju człowieka, który może się dokonywać na poszczególnych etapach jego życia. Rozwój osobowy człowieka nie zatrzymuje się wraz z osiągnięciem dojrzałości. Także średnia i późna dorosłość (starość) to czas, który pomimo procesów starzenia się przynosi możliwość dalszego rozwoju. Dotyczy to również sfery życia religijnego, które podlega zmianom w związku z naturalnym procesem rozwojowym, wpływem wychowania, uznanych konwencji społeczno-religijnych oraz własnych, indywidualnych doświadczeń.

Badania psychologiczne i socjologiczne potwierdzają, że grupą reprezentującą wysoki poziom praktyk oraz dojrzałości religijnej są seniorzy (zob. Tatala

i Walesa, 2021; Ulman, 2017). Wpływają na to czynniki niezależne, jak status emeryta, doświadczenie starzenia się (słabnięcie fizyczne, pogarszające się zdrowie), i zależne od osoby – potrzeba uporządkowania swojego życia w kontekście myślenia o śmierci, chęć przekazania wartości i tradycji duchowych młodszemu pokoleniu (zwłaszcza wnukom), w tym także chęć pogłębienia swojej wiedzy religijnej oraz partycypacji w grupach religijnych przy parafii. Niezależnie od czynników zewnętrznych czy potrzeb natury psychicznej, to dana osoba samodzielnie wybiera formę zaspokajania własnych potrzeb duchowych. Socjologowie zauważają, że nie musi to być forma stricte konfesyjna czy instytucjonalna, ponieważ wiele osób realizuje swój rozwój na tej płaszczyźnie, korzystając z różnych źródeł areligijnych lub parareligijnych, np. jogi, technik medytacyjnych, magii, a nawet tworząc swoją prywatną religijność eklektyczną będącą mieszanką rozmaitych tradycji duchowych, wierzeń, obrzędów oraz upodobań artystycznych (por. Białożył, 2013, s. 38–47; Cisko, Semczuk-Kaczmarek i Czekalski, 2021, s. 163–170; Fabiś, 2015, s. 13–16; Tatala i Walesa, 2021, s. 40–44; Woźniak, 2012, s. 208–210).

Zjawisko globalnej pandemii, która przyczyniła się do śmierci setek tysięcy ludzi, zmusiło władze poszczególnych państw do wprowadzenia ograniczeń sanitarnych zakazujących m.in. swobodnego gromadzenia się wiernych w kościołach na modlitwie. Było to czynnikiem, który przyczynił się do zmian w dziedzinie aktywności religijnej osób starszych. Biorąc pod uwagę doświadczenie historyczne, sytuacja pandemii mogła przyczynić się do wzrostu praktyk religijnych, ponieważ odwoływanie się do Boga w momencie zagrożenia życia oraz śmierci osób bliskich jest działaniem usensowniającym to przeżycie. Dla osób starszych jest to także źródło wewnętrznego umocnienia. Taka tendencja pojawiała się zwykle w podobnych sytuacjach w przeszłości (por. Skrzypczak, 2021, s. 195–205). Drugi możliwy kierunek zmian – to osłabienie aktywności religijnej w wymiarze wspólnotowym na rzecz aktywności indywidualnej (prywatnej), co miałyby związek z wprowadzonymi ograniczeniami sanitarnymi oraz zachętą do uczestnictwa w nabożeństwach religijnych za pośrednictwem mediów. W tym wypadku można się spodziewać stopniowego rozluźniania więzi z instytucją Kościoła i dystansowania się osób starszych wobec praktyki przystępowania do sakramentów. Opierając się na wynikach badań oraz obserwacji uczestników projektu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” możliwa staje się próba diagnozy charakteru zmian i wskazania tendencji dominujących na polu religijności seniorów zamieszkujących teren województwa mazowieckiego.

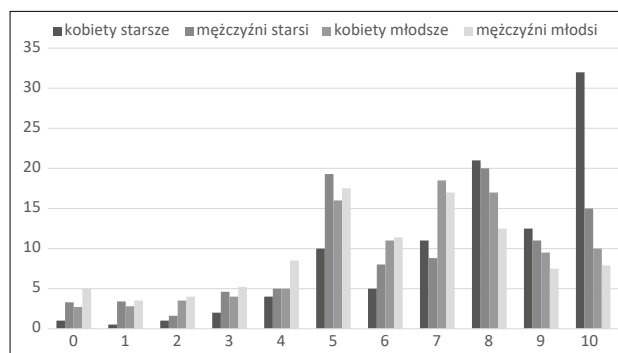
AKTYWNOŚĆ RELIGIJNA SENIORÓW – UJĘCIE ILOŚCIOWE

Osoby starsze uchodzą na ogół za bardziej religijne i częściej praktykujące. Wyniki badań religijności osób powyżej 65. roku życia³ stały się podstawą opraco-

wania Pawła Ulmana pt. *Religijność osób starszych w Polsce. Wyniki badań statystycznych* (zob. Ulman, 2017, s. 197–210).

Zamieszczony wykres 1 ilustruje poziom autodeklaracji religijnej w skali od „0” (całkowity brak zainteresowania religią) do „10” (najwyższy stopień religijności). W świetle tego zestawienia najwyższy poziom religijności zadeklarowały kobiety powyżej 65. roku życia (przeszło 30% kobiet). Także ta grupa w najwyższym procencie wybrała deklaracje na poziomie „8” i „9”, co pozwala po zsumowaniu wykazać, iż dla ponad 60% kobiet w wieku 65+ religijność jest sprawą bardzo ważną. Mężczyźni w tej grupie wiekowej również charakteryzują się wysoką aktywnością religijną – 45% z nich oceniło ją na poziomie co najmniej „8”. Wykres zestawia z tymi wynikami poziom deklaracji religijnej osób poniżej 65. roku życia, co także pozwala zauważyć różnicę, jaka pod tym względem występuje pomiędzy obydwoimi grupami wiekowymi.

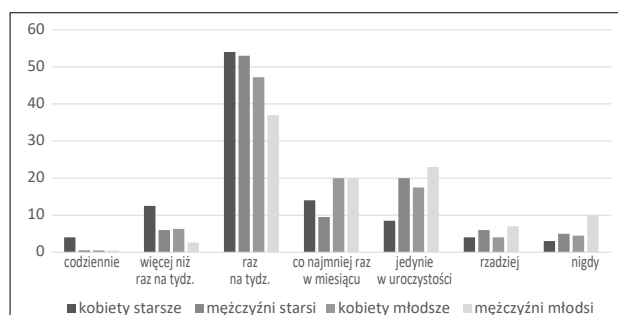
Wykres 1. Stopień autodeklaracji religijności ze względu na wiek i płeć respondenta (w %)



Źródło: Ulman, 2017, s. 204.

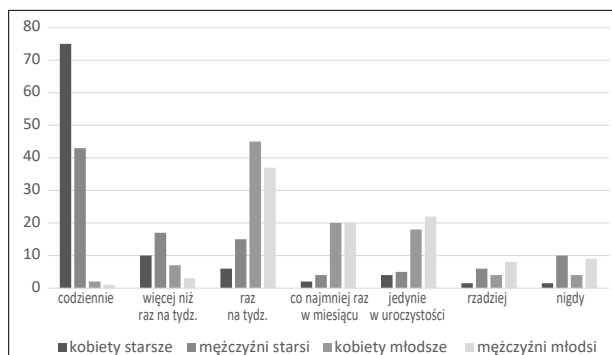
Kolejne wykresy ilustrują poziom deklaracji dotyczących praktyk religijnych (nr 2 udziału w nabożeństwach oraz nr 3 – modlitwy). Na ich podstawie można stwierdzić, że prawie 70% kobiet starszych chodzi do kościoła co najmniej raz w tygodniu. Niewiele niższy wynik (ok. 60%) uzyskali pod tym względem mężczyźni 65+. Praktykę codziennej modlitwy zadeklarowało aż 75% kobiet i ponad 40% mężczyzn. Przynajmniej kilka razy w tygodniu modli się niespełna 90% kobiet i ok. 60% mężczyzn. Dopełnieniem tegoż zestawienia są wyniki deklaracji częstotliwości praktyk religijnych u osób młodszych.

Wykres 2. Częstotliwość uczestnictwa w nabożeństwach ze względu na wiek i płeć respondenta (w %)



Źródło: Ulman, 2017, s. 204.

Wykres 3. Częstość modlitwy ze względu na wiek i płeć respondenta (w %)



Źródło: Ulman, 2017, s. 205.

Przytoczone powyżej wyniki badań religijności seniorów w Polsce przed pandemią są punktem odniesienia dla sytuacji uczestników badania przeprowadzonego od grudnia 2021 r. do lutego 2022 r., a zatem na początku realizacji programu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”. Pytani w większości zadeklarowali brak uczęszczania do kościoła w okresie pandemicznym (62,1%). Rzadko (raz w miesiącu) czyniło to 14,0% respondentów. Regularnie praktykowało swój udział we mszy św. około 24% seniorów (18,5% – raz w tygodniu, 4,5% – częściej niż raz w tygodniu, 0,9% – codziennie). Pytano wówczas także o poziom odczuwania braku dostępu do kościoła spowodowanego przez ograniczenia sanitarne. Uzyskany wynik to poziom 2,06 w skali od 1 (brak odczuwania potrzeby) do 5 (najwyższy poziom odczuwania braku zaspokojenia potrzeby). Niżej oceniono jedynie odczucie braku wsparcia psychologicznego (1,93) oraz pomocy wolontariackiej lub sąsiedzkiej (1,79) (por. Bojanowska, 2022b, s. 13). Może to świadczyć o tym, że formy wsparcia duchowego oferowanego przez duszpasterzy w trakcie pandemii spełniły swoją rolę.

W świetle wyników badań można stwierdzić, iż niemal wszyscy badani wykazywali swoją wysoką aktywność religijną oraz partycypację w życiu kościoła. Ogół respondentów wysoko ocenił swoją wiarę oraz przywiązanie do wartości moralnych. W tych wypowiedziach wybrzmiewało, że kościół jest dla nich miejscem wprowadzającym wewnętrzny spokój, odbudowywanie równowagi emocjonalnej oraz uzyskiwanie wsparcia duchowego. W kontekście pandemii COVID-19 większość seniorów zaprzestała regularnego udziału w obrzędach religijnych w kościele, co wiązało się z obawą zarażenia się wirusem. Jednocześnie częściej podejmowała modlitwę prywatną, a także korzystała z mediów w celu uczestnictwa we mszach oraz pozyskiwania treści religijnych. Żaden z respondentów nie wyraził oczekiwania dodatkowych działań ze strony kościoła. Odnosiło się to zarówno do okresu pandemicznego oraz popandemicznego.

Podobne wyniki osiągnięto w badaniu, które przeprowadzono na zakończenie programu pilotażowego wsparcia dla seniorów (grudzień 2022 r. – styczeń 2023 r.). Wówczas 92,5% badanych odpowiedziało, że „nie brakowało” i „zdecydowanie nie brakowało” opieki duchowej. O wiele więcej danych na interesujący nas temat dostarcza wynik badania dotyczący

deklaracji zwiększenia lub zmniejszenia częstotliwości poszczególnych rodzajów praktyk religijnych. To pozwala stwierdzić, że dla większości badanych ich częstotliwość w podstawowych formach aktywności religijnej nie uległa zasadniczej zmianie.

Na tle przedstawionych wyników można zauważyć pewne tendencje. Pierwszą z nich jest utrzymywanie się regularnej obecności w kościele blisko 68% seniorów. Również na bardzo wysokim poziomie utrzymuje się praktyka modlitwy – 77,6% respondentów nie zmniejszyło swojej częstotliwości modlitwy, w tym prawie 15% zwiększyło praktykowanie tej formy religijnej. Jest to o tyle istotny wskaźnik, że spośród innych aktywności większy przyrost odnotowano jedynie w przypadku korzystania z mediów (udział we mszy św. oraz modlitwach). Nieco ponad 20% rzadziej się spowiada i też zbliżona grupa rzadziej korzysta z rekolekcji. Te ostatnie wyniki mogą być związane z pogorszeniem się stanu zdrowia badanych i niechęcią do udziału w zgromadzeniach w kościele.

Powyższe dane pozwalają stwierdzić, iż pandemia nie przyczyniła się do obniżenia częstotliwości praktyk religijnych wśród seniorów województwa mazowieckiego, co jest zbieżne także z innymi badaniami przeprowadzonymi w Polsce⁴. Znaczącym czynnikiem jest natomiast obserwowalna zmiana w dziedzinie częstotliwości modlitwy. Świadczy on o wzroście osobistego zaangażowania w budowanie relacji z Bogiem, co pozwala respondentom na odnajdywanie duchowej siły i poczucia bezpieczeństwa. Po pandemii osoby 60+ zdecydowanie częściej korzystały z mediów, dzięki którym mogły uczestniczyć we mszy św. bądź modlitwie wspólnotowej, a także docierać do dostępnych treści religijnych. Można w tym widzieć tendencję do otwierania się na nowe możliwości zaspokajania swoich potrzeb religijnych.

UJĘCIE AKTYWNOŚCI RELIGIJNEJ POD WZGLĘDEM JAKOŚCIOWYM

Nieco trudniej jest na podstawie przeprowadzonych badań odpowiedzieć na pytanie o zmiany jakościowe w dziedzinie aktywności religijnej (w tym miejscu nasze pytanie odnosi się do sfery życia duchowego, a nie do religijności w znaczeniu praktyk religijnych). Zakładając uzyskanie potwierdzenia owego progresu jakościowego na płaszczyźnie religijnej, można uznać, iż jest to także czynnik rozwoju osobowego, wskazujący na dynamizm przyczyniający się do przeciwdziałania skutkom pandemii. Przyjmując, że poziom ilościowy (częstotliwość) praktyk religijnych przekłada się na ich jakość, można na podstawie przedstawionych powyżej wyników zauważyć u badanych seniorów jej stabilny poziom. Biorąc jednak pod uwagę wyłącznie same wypowiedzi respondentów zebrane w trakcie badań, nie stanowią one materiału, który mógłby jednoznacznie wykazać ów progres (lub regres) jakościowy aktywności religijnej seniorów. Nie znajdujemy w nich stwierdzeń typu „moja wiara (religijność) uległa pogłębieniu bądź osłabieniu”. W wywiadach z seniorami znalazły się wypowiedzi potwierdzające stabilność utrzymania poziomu życia religijnego. Jedną z senierek (wiek

69 lat) z gminy miejskiej w następujący sposób opisała swoją religijność:

... ja jestem osobą głęboko wierzącą. I mogę tak się określić. No, ale nie fanatykiem religijnym. Bo dla mnie to są dwie różne rzeczy. No więc, modlę się, no, ale tak jak mówię, ze względu na to, że to znaczy, wytrącił mnie z równowagi trochę i z uczestnictwa COVID, bo wiadomo, przy takich ograniczeniach i przy takich zakażeniach, to się nie chodziło do kościoła. (...) I ja sama osobiście w tej chwili do kościoła chodzę rzadko, można powiedzieć. No, ale co nie zmienia faktu, że co niedziela i jak w święta jakieś, czy jak są rekolekcje prowadzone, to w radiu uczestniczę we wszystkim.

W powyższej wypowiedzi można zauważyć, iż osoba ta poziom swojego życia religijnego ocenia wysoko. Jednocześnie zaznacza, że rzadko chodzi do kościoła, natomiast regularnie uczestniczy w praktykach religijnych za pośrednictwem radia. Interpretacja tej wypowiedzi może nastęrczać pewne trudności, jednak prawdopodobnie korzystanie z mediów było spowodowane kłopotami zdrowotnymi, obawami o możliwość zarażenia się lub kłopotami z docieraniem do kościoła. W tym miejscu należy też zauważyć, iż dla tej grupy brak udziału w regularnych praktykach w kościele nie musi być przeszkodą w prowadzeniu wysokiej pod względem jakości aktywności religijnej.

Rozpatrując kwestię jakości praktyk religijnych seniorów, warto w tym wypadku zwrócić uwagę na kwestię motywacji. To ona wskazuje na rzeczywisty stosunek danej osoby do wartości religijnych. Sytuacja kryzysu spowodowanego ograniczeniami pandemicznymi zmusiła osoby prezentujące dotychczas stabilny poziom praktyk religijnych do zbudowania nowej (odnowionej) motywacji, ponieważ dotychczasowy schemat ich religijności uległ silnemu zachwianiu. W czasie pandemii zostali zmuszeni do zmiany form życia religijnego, pozostania w domu i korzystania z mediów, do czego byli zachęceni przez hierarchów kościelnych. Po ustaniu pandemii mogli w tej kwestii ulec demotywacji, albo uznać, że ich sytuacja zdrowotna (obawa zarażenia się także innymi chorobami w kościele) są wystarczającym argumentem za absencją w dziedzinie praktyk religijnych. Decyzja osób starszych o powrocie do kościoła wiązała się ze wzbudzeniem nowej motywacji w warunkach, kiedy bardziej sobie uświadomili potencjalne zagrożenia. W tym sensie można uznać, iż powrót seniorów do praktyk religijnych jest aktem pogłębienia motywacji religijnej, potwierdzeniem, że wartości duchowe są dla nich bardzo istotne (zob. Kurzydło, 2021, s. 165–167).

Czynnikami wskazującym na zmiany w zakresie religijności u osób objętych badaniami w ramach projektu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” jest ich deklaracja częstszej modlitwy po okresie pandemii. Ten rodzaj aktywności jest najprostszym sposobem zaspokajania potrzeb duchowych we wszystkich denominacjach religijnych. Wzrost tej aktywności świadczy zatem o realnym wzroście zapotrzebowania na doświadczenia duchowe u znacznej części badanych osób (14,8%). Nieco więcej respondentów (15,9%) deklarowało modlitwę z nieco niższą częstotliwością, co może świad-

czyć o zróżnicowanych tendencjach w tej dziedzinie. Część osób stała się po pandemii bardziej wrażliwa religijnie, a podobna grupa doświadczyła po zakończeniu okresu obostrzeń ostudzenia aktywności modlitewnej.

Przedstawione powyżej dane dają podstawy do potwierdzenia utrzymywania się dotychczasowego poziomu jakości życia religijnego seniorów, a nawet jego progresu. Wiąże się on nade wszystko z sytuacją kryzysową, który z reguły uruchamia mechanizmy obronne (dotyczy to społeczeństwa, rodzin oraz poszczególnych osób). Dzięki temu procesowi rodzą się nowe schematy działania, uodpornione na sytuację kryzysową. Podobny proces można było zaobserwować w sferze aktywności religijnej w trakcie trwania pandemii. Dla wielu osób doświadczenie ograniczenia dostępu do kościoła było czynnikiem oczyszczającym i motywującym do bardziej świadomego przeżywania swojej wiary. W wypowiedziach teologów analizujących to zagadnienie można także znaleźć stwierdzenia, określające pandemię jako „znak czasu”, a nawet „karę Bożą” rozumianą jako wezwania do nawrócenia i wiary (Kurzydło, 2021; Tutak, 2021, s. 125–145; Skrzypczak, 2021, s.195–205). Z punktu widzenia kościoła jest to moment, który powinien stać się okazją do wypracowania nowych strategii wsparcia duchowego dla seniorów, aby zagospodarować potencjał w postaci potrzeb religijnych tej grupy.

AKTYWNOŚĆ RELIGIJNA A AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA

W trakcie realizacji projektu poczyniono obserwacje dotyczące możliwości łączenia działań o charakterze religijnym z aktywnością społeczną, w tym tzw. turystyką religijną. Wyniki przywołanych wcześniej badań ilościowych bardzo wyraźnie wykazały, że seniorzy nie odczuwali potrzeby dodatkowego wsparcia religijnego ze strony parafii w okresie pandemicznym i popandemicznym. Zaproponowane jednak formy aktywizacji (w tym wypadku pielgrzymki autokarowe)

spotkały się z bardzo przychylnym odbiorem. Jak wskazuje Stella Grotowska (2017, s. 7), turystyka religijna, w tym pielgrzymki, sprzyjają aktywizacji osób starszych i zawiązywaniu więzi pomiędzy uczestnikami oraz budowaniu poczucia przynależności do społeczności lokalnych. Oddaje to wypowiedź jednej z uczestniczek działań projektowych (kobieta, wiek 66 lat, gmina miejsko-wiejska), która oceniała poszczególne formy aktywności pod kątem ich przydatności:

Zaraz, niech ja pomyślę. Nie, chyba, chyba nie. Gimnastyka tak, kijki tak, kulinaria tak, psycholog jak najbardziej, rehabilitacja jak najbardziej. Te zajęcia artystyczne jak najbardziej, także nie. Ja bym tu akurat nic nie wyeliminowała. Rozmowa z księdzem, czy te wycieczki, a właściwie te nie wycieczki, tylko takie pielgrzymki troszeczkę, połączone ze zwiedzaniem, to też, jak najbardziej. Wszystko, no, uważam, że przydało się nam. Mnie się przydało.

Sama idea pielgrzymki nie jest czymś nowatorskim jako praktyka duszpasterska. Migracje pielgrzymkowe są elementami wielu religii, a ich forma i czas trwania zależą od uwarunkowań kulturowych, religijnych, politycznych, społecznych i ekonomicznych (Grotowska, 2017, s. 9, za: Jackowski, 2003, s. 120–127). W tym wypadku jednak warto podkreślić, iż łączy się ona z zaspokajaniem potrzeby „wyrwania się” z najbliższego otoczenia po długim okresie niemożności opuszczania domu. Ponadto były to wyjazdy dedykowane grupie osób starszych uczestniczących również w innych działaniach o charakterze partycypacyjnym, realizowanych we współpracy z domem kultury czy biblioteką. Dzięki temu biorący udział w tychże pielgrzymko-wycieczkach mogli się dodatkowo ze sobą integrować. Tematyka oraz zakres planowanych wyjazdów był dostosowany do możliwości seniorów. Obecne w programie aspekty religijne były łączone z odwiedzaniem obiektów muzealnych czy historycznych. Starano się zapewnić seniorom także chwile wytchnienia, możliwość krótkich spacerów lub odpoczynku na tonie natury. Propozycja wyjazdu dopasowana była do potrzeb seniorów w zakresie integracji (własnej grupy),

Tabela 1. Czy po okresie pandemii, w porównaniu do okresu wcześniejszego, korzysta Pan/i częściej czy rzadziej z wymienionych form życia religijnego? (w %)

| | Zdecydowanie rzadziej | Rzadziej | Tak samo jak wcześniej | Raczej częściej | Zdecydowanie częściej | Nie dotyczy |
|---|-----------------------|----------|------------------------|-----------------|-----------------------|-------------|
| Modlitwa prywatna | 2,7 | 13,2 | 62,8 | 8,0 | 6,8 | 6,5 |
| Praktyka spowiedzi | 3,8 | 19,8 | 55,5 | 5,9 | 1,7 | 13,3 |
| Udział we mszy św. | 5,6 | 17,4 | 58,4 | 6,5 | 3,0 | 9,1 |
| Kontakt z duszpasterzem | 5,3 | 14,8 | 59,6 | 2,9 | 2,7 | 14,7 |
| Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca) | 5,9 | 10,0 | 34,5 | 1,5 | 1,5 | 46,6 |
| Rekolekcje | 5,6 | 14,5 | 49,5 | 2,7 | 0,6 | 27,1 |
| Lektura prasy religijnej | 4,4 | 11,5 | 49,3 | 2,6 | 2,4 | 29,8 |
| Msza św. za pośrednictwem mediów | 6,2 | 11,2 | 39,5 | 12,1 | 7,4 | 23,6 |
| Modlitwa za pośrednictwem mediów | 4,7 | 9,8 | 39,2 | 10,0 | 5,9 | 30,4 |
| Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy) | 3,2 | 10,7 | 46,6 | 9,7 | 4,1 | 25,7 |

Źródło: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, II fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, (luty 2023).

odpoczynku, doznań kulturalnych, kulinarnych, poznawania nowych miejsc, rozmów oraz wspólnej modlitwy. Wolno wnioskować, iż silniejszą potrzebą jest dla nich wyjeżdżanie poza swoją miejscowość i zwiedzanie ciekawych miejsc w grupie dla siebie zaprzyjaźnionej, to jednak połączenie tego rodzaju aktywności z tematyką religijną stanowi w opinii samych seniorów źródło ważnych doznań (Grotowska, 2017). Turystyka religijna pozwala również pokonać bariery aktywności seniorów o charakterze ekonomicznym (koszt wycieczki), społecznym i mentalnym. Uczestnicząc w wyjazdach o charakterze turystyki religijnej, seniorzy czują się „na miejscu”, pielgrzymowanie bowiem – w opinii samych osób starszych – odpowiada ich wizerunkowi społecznemu (Grotowska, 2017).

W jeszcze większym wymiarze uwidoczniła się innowacyjność w zakresie zaspokajania potrzeb duchowych w postaci oddolnych inicjatyw podejmowanych we wspólnocie lokalnej we współpracy z parafią. Seniorzy z gminy wiejskiej (Boguty-Pianki) swoją aktywność o charakterze artystycznym połączyli z inicjatywami religijnymi, np. ćwiczenia wokalne łączyli ze śpiewem pieśni kościelnych, a w ramach prac hafciarskich wykonali obraz św. Antoniego z przeznaczeniem dla kościoła parafialnego. Trzecią inicjatywą podjętą również wśród członków tej społeczności były spacer tematyczne. Były one połączeniem aktywności fizycznej w postaci chodzenia z kijkami (nordic walking) lub jazdy rowerowej z odwiedzaniem m.in. miejsc związanych z kard. Stefanem Wyszyńskim. Świadczy to o otwartości przedstawicieli tej grupy na podejmowanie różnych form aktywności (sportowej, poznawczej) w połączeniu z rozwijaniem doświadczeń religijnych.

To wsparcie duchowe, my na co dzień nie pracujemy z parafią, prawda? To też jakaś innowacja, bo tutaj (...) mówił, w tej chwili w domu kultury gdzieś tam odbywały się jakieś warsztaty wokalne, gdzieś tam z obecnością księdza proboszcza, który gdzieś tam też jest muzykalny i ich wspierał. To nie są takie oczywiste rzeczy. Także... czy to, że seniorzy są na zajęciach w szkole, no to też... i vice versa to też jest coś nowego.

Doświadczenia związane z realizacją projektu pozwalają dostrzec wartość polegającą na zacieśnieniu współpracy pomiędzy różnymi podmiotami społecznymi świadczącymi wsparcie dla seniorów. Dotychczas ich działania nie były aż tak ze sobą zsynchronizowane w celu zapewnienia holistycznej opieki nad przedstawicielami tej grupy. Na tle innych obszarów wsparcia (np. psychologicznego, rehabilitacyjnego, pomocy społecznej, aktywności sportowej, kulturalnej) opieka duchowa wydawała się zajmować pozycję marginalną, jednak taka obecność właściwie spełniła swoją rolę, uzupełniając te wcześniej wymienione. Obecność osób duchownych wpływała na jakość współpracy wewnątrz grupy odpowiedzialnych za realizację projektu na poziomie gmin, ale także na sposób odbioru projektu przez seniorów. Wskazuje na to cytowana powyżej wypowiedź jednej z osób zaangażowanych w realizację projektu w gminie w Boguty-Pianki.

Do tej pory parafie nie traktowały seniorów jako grupy posiadającej swoje odrębne, specyficzne potrzeby, które powinny być zaspokajane w ramach

świadczonego w nich wsparcia duchowego. Stąd jako postulat wyływający z przeprowadzonych badań jawi się potrzeba organizacji specjalistycznego duszpasterstwa dla seniorów. Jako drugą sugestią można wysunąć potrzebę tworzenia ram kooperacji parafii z innymi instytucjami zajmującymi się wsparciem osób starszych. W coraz mniejszym stopniu będą się sprawdzać propozycje duszpasterstwa umasowionego (adresowanego do wszystkich), za to rosnąć będzie potrzeba tworzenia zindywidualizowanych propozycji duszpasterskich dopasowanych do oczekiwań konkretnych grup odbiorców. Ten trend pozostaje w zgodzie z opisywanymi przez socjologów religii tendencjami indywidualizacji i dyferencjacji religijności. Do tej pory mogło się wydawać, że te tendencje dotyczą osób młodszych. Jednak w świetle badań przeprowadzonych na potrzeby projektu oraz w oparciu o inne, podobne analizy, można również je dostrzec także w grupie wiekowej 60+ (por. Sadłoń, 2020, s. 173–179).

PODSUMOWANIE

Doświadczenie obostrzeń sanitarnych związanych z pandemią COVID-19 trwające z różnym natężeniem od marca 2020 r. do czerwca 2021 r. (nakaz noszenia maseczek poza aptekami i placówkami medycznymi zniesiono w marcu 2022 r.) dokonało wielu zmian w funkcjonowaniu poszczególnych grup społecznych. Dotyczyły one także sfery religijności, ponieważ w jej trakcie wierni zostali zobligowani do powstrzymywania się od udziału w zgromadzeniach liturgicznych w kościele. Po wycofaniu ograniczeń nastąpił z kolei proces powrotu do praktyk religijnych. Grupą, która szczególnie została dotknięta skutkami ograniczeń pandemicznych, były osoby starsze (grupa 60+). Choć w świetle przeprowadzonych badań w czasie pandemii nie odczuli braku wsparcia duchowego, jednak cała sytuacja nie pozostała bez wpływu na jakość ich życia. Podjęty wspólnie przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych oraz Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie projekt badawczy „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” miał na celu zdiagnozowanie potrzeb, których brak możliwości pełnego zaspokojenia najmocniej odczuli przedstawiciele tej grupy wiekowej na poziomie różnych typów gmin województwa mazowieckiego. Opracowany na tej podstawie program wsparcia miał pomóc tym osobom dojść do kondycji psychofizycznej sprzed pandemii, a nawet jej poprawy. Zakładał on uaktywnienie seniorów w różnych obszarach i uruchomienie w nich chęci do spotykania się, podejmowania wspólnych działań i szeroko rozumianego rozwoju. Okazało się to niewątpliwie działaniem bardzo potrzebnym, ale też wprowadzającym nową jakość myślenia o organizacji wsparcia dla osób starszych na poziomie gmin. Należy także pamiętać, że kryterium doboru gmin – uczestników projektu – był wysoki odsetek seniorów (powyżej 27%) wśród wszystkich mieszkańców. Przyjmując, że w kolejnych latach ten odsetek będzie się zwiększał, można się spodziewać również

konieczności szukania rozwiązań zapewniających bardziej efektywną pomoc tej grupie społecznej. Podjęty projekt dostarcza pod tym względem wiele interesujących propozycji dotyczących planowania i realizacji takich działań.

Podjęta w punkcie wyjścia próba diagnozy aktywności religijnej osób starszych w okresie łagodzenia ograniczeń popandemicznych pozwala dostrzec dwie rozbieżne tendencje. Zdecydowana większość badanych zdołała utrzymać, a nawet podnieść poziom aktywności religijnej. Druga tendencja to obniżanie częstotliwości praktyk religijnych (23% badanych rzadziej uczestniczy w mszy św.). Można w tym miejscu mówić o efekcie naturalnego mechanizmu reakcji na sytuację kryzysową, gdzie wobec pojawiających się trudności w zaspokajaniu potrzeb religijnych w tradycyjny sposób należało szukać nowych form. Program wsparcia zaoferowany uczestnikom projektu przyczynił się do uruchomienia wśród seniorów innowacyjności w zakresie zaspokajania potrzeb religijnych. Pozwala to zatem postulować, aby zacieśniano współpracę pomiędzy instytucjami wspierającymi seniorów a wspólnotami parafialnymi w zakresie tworzenia propozycji opieki holistycznej, obejmującej także aktywizację religijną oraz partycypację w życiu społecznym. Powinno się uruchamiać potencjał rozwojowy osób starszych dzięki łączeniu, np. aktywności fizycznej, artystycznej, społecznej czy poznawczej z religijnością. Taka strategia jest potrzebna szczególnie w momentach kryzysowych, jak miało to miejsce w okresie pandemii, jak również będzie się sprawdzać w warunkach stabilizacji.

PRZYPISY/NOTES

- 1 Pierwszy cykl artykułów naukowych poświęconych analizie wyników badań uzyskanych w ramach programu „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” ukazał się w *Polityce Społecznej* 9/2022, por. Bojanowska, 2022a.
- 2 Przykładem publikacji będącej analizą psychologiczną życia religijnego człowieka jest praca Pawła Sochy (2000).
- 3 Autor tego opracowania korzystał z kilku źródeł badań statystycznych – GUS-u nt. spójności społecznej (2015), badania Polski Generalny Sondaż Społeczny (2010) oraz European Social Survey (2015). Przedstawione w dalszej części dane statystyczne oparte zostały na badaniach religijności przeprowadzonych przez European Social Survey (zob. Ulman, 2017, s. 202–203).
- 4 Przeprowadzone przez CBOS w maju i czerwcu 2020 r. badania ogólnopolskie wykazały, że jedynie 10% respondentów zadeklarowało spadek częstotliwości praktyk religijnych. W tym okresie 12% badanych częściej korzystało z modlitwy. W tej grupie przeważali mieszkańcy wsi oraz osoby starsze (65+), w tym w większości kobiety (zob. Bożewicz, 2020, s. 2).

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- Bednarczyk, R., Czekalski, R., 2021. *Potrzeby religijne osób powyżej 60. roku życia i formy ich zaspokajania w okresie przedpandemicznym*. Dostępny w: <https://rob.uksw.edu.pl/zaspokojenie-potrzeb-duchowych-i-religijnych-przez-osoby-60%EF%BF%BC/> [Dostęp: 1.02.2023].
- Białożył, K., 2013. Wielowymiarowy proces starzenia się i starości. W: J. Stala, N. Bravena, red. *Człowiek wobec bólu, cierpienia i śmierci*. Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II. Wydawnictwo Naukowe.

- Bojanowska, E., 2022a. Od redaktora tematycznego numeru. *Polityka Społeczna*, 9.
- Bojanowska, E., 2022b. Stan zdrowia seniorów a ich uczestnictwo w życiu społecznym. *Polityka Społeczna*, 9.
- Bożewicz, M., 2020. *Wpływ pandemii na religijność Polaków*. CBOS. Komunikat z badań, 74. Dostępny w: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_074_20.PDF [Dostęp: 15.02.2023].
- Cisło, W., Semczuk-Kaczmarek, K., Czekalski, R., 2021. Wiara, nauka i religijność w dobie pandemii COVID-19. W: F.M. Szymański, A.E. Płatek, red. *Nowoczesna ocena ryzyka u pacjentów z chorobami serca i naczyń*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Fabiś, A., 2015. Rozwój duchowy jako atrybut dojrzałości w starości. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 1. Dostępny w: <https://arturfabis.files.wordpress.com/2019/06/15r.-d.-duchowoc59bc487-jako-kategoria-egzystencji-i-transcendencji-w-staroc59bci-cac582y-numer.pdf> [Dostęp: 15.10.2021].
- Grotowska, S., 2017. Turystyka religijna osób starszych w Polsce – próba analizy jakościowej. *Turystyka Kulturowa*, 3, 7–19.
- Jackowski, A., 2003. *Święta przestrzeń świata. Podstawy geografii religii*. Kraków: WUJ.
- Karcz, B., 2021. Katolicka nauka społeczna a religijność seniorów w czasie pandemii COVID-19. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 3. Dostępny w: https://edukacjaustawiczna.doroslonych.eu/images/2021/3/07_3_2021.pdf [Dostęp: 1.03.2023].
- Krystkowiak, B., 2013. Tajemnice starości – religijne życie seniorów. *Humaniora. Czasopismo Internetowe*, 4. Dostępny w: http://humaniora.amu.edu.pl/sites/default/files/humaniora/Humaniora%20nr%204/Hum_4_2013_Krystkowiak_M.pdf [Dostęp: 1.04.2023].
- Kurzydło, D., 2021. Sytuacja kryzysu i jej aspekty psychologiczne i religijne. W: M.J. Tutak, T. Wielebski, red. *Pandemia jako „znak czasu” dla Kościoła w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Sadłoń, W., 2020. Zacieśnianie czy rozrywanie immanentnej ramy? Polski katolicyzm wobec epidemii koronawirusa. *Wiś i Rolnictwo*, 3. Dostępny w: <https://kwartalnik.irwirpan.waw.pl/wir/article/view/757/689> [Dostęp: 1.02.2023].
- Skrzypczak, R., 2021. *Ogień w Kościele. Nadzieje w czasach kryzysu*. Kraków: Wydawnictwo Esprit.
- Socha, P., 2000. Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia-osobowość-wiara-religijność. *Stadialne koncepcje rozwoju w ciągu życia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sowa, A., Golinowska, S., Deeg, D.J.H., Principi, A., Casanova, G., Schulmann, K., Ilinca, S., Rodrigues, R., Moreira, A., Galenkamp, H., 2016. Predictors of religious participation of older Europeans in good and poor health. *European Journal of Ageing*.
- Tatala, M., Walesa, Cz., 2021. Porównanie doświadczeń religijnych w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 1. Dostępny w: <https://www.ejournals.eu/Psychologia-Rozwojowa/2021/Numer-1-2021/art/19602/> [Dostęp: 1.02.2023].
- Tutak, M.J., 2021. Pandemia jako globalny „znak czasu”. Analiza kairoogiczna metodą konfrontacji socjologiczno-pastoralnej. W: M.J. Tutak, T. Wielebski, red. *Pandemia jako „znak czasu” dla Kościoła w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Ulman, P., 2017. Religijność osób starszych w Polsce. Wyniki badań statystycznych. *Studia Socialia Cracoviensia* 9, 2. Dostępny w: <http://czasopisma.upjp2.edu.pl/studiasocialiacracoviensia/article/viewFile/2464/2302> [Dostęp: 15.02.2023].
- Woźniak, B., 2012. Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań. *Przegląd Socjologiczny*, 61, 2. Dostępny w: https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/151412/wozniak_zaangazowanie_religijne_a_stan_zdrowia_osob_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Dostęp: 1.02.2023].

Notki biograficzne autorów

Gertruda Uścińska – profesor UW, prawnik. Od 2016 r. prezes ZUS. Ekspert, badacz i specjalista prawa międzynarodowego, prawa zabezpieczenia społecznego, prawa pracy, koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i swobody przepływu osób. Ma kilkudziesięcioletnie doświadczenie w stosowaniu międzynarodowego prawa socjalnego, prawa europejskiego oraz porównawczej polityki społecznej. Autorka wielu publikacji naukowych. Inicjatorka, uczestniczka procesu legislacyjnego oraz realizatorka ważnych społecznie i ekonomicznie reform istotnych dla państwa i obywateli. Przewodnicząca Komisji ds. ubezpieczenia emerytalnego, inwalidzkiego i rentowego International Social Security Association (Genewa).

Elżbieta Kuźma – doktor, adiunkt w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie, pracownik Pionu Badawczego Polityki Społecznej. Absolwentka socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego i dziennikarstwa w Wyższej Szkole Europejskiej im. ks. Józefa Tischnera w Krakowie oraz Wydziału Nauk Społecznych i Politycznych Université Libre de Bruxelles (Uniwersytetu Wolnego w Brukseli), na którym ukończyła studia doktoranckie. Stypendystka m.in.: Ministère des Affaires Economiques de la Région de Bruxelles-Capitale (Ministerstwa ds. Ekonomicznych Regionu Stołecznego Miasta Bruksela), Fundacji De Meurs François, belgijskiej Foundation Roi Baudoin i japońskiej Ryoichi Sasakawa Foundation. Pracowała w Radzie Europy w Strasburgu i Komisji Europejskiej w Brukseli. Autorka tekstów naukowych i dziennikarskich. Obszary zainteresowań badawczych: zatrudnienie i rynek pracy, ekonomia społeczna, niepełnosprawność i niesamodzielność osób starszych, polityka społeczna, migracje międzynarodowe, mniejszości etniczne, media i komunikacja społeczna.

Elżbieta Bojanowska – doktor, socjolog, polityk społeczny, kierownik Zakładu Gerontologii i Polityki Społecznej w Instytucie Nauk Socjologicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, kierownik Referencyjnego Ośrodka Badawczego UKSW. Dyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, członek Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej przy Wydziale I Nauk Humanistycznych i Społecznych Polskiej Akademii Nauk. Główne obszary badawcze to: proces starzenia się ludności i związane z tym konsekwencje społeczno-ekonomiczne, relacje międzypokoleniowe oraz kwestie związane z ubóstwem, wykluczeniem społecznym i niesamodzielnością. Autorka recenzowanych artykułów naukowych, kierownik i uczestnik projektów badawczych, współautorka publikacji naukowych i recenzentka artykułów naukowych.

Agnieszka Sowa-Kofta – doktor hab., profesor IPISS – socjolog, ekonomista. Kieruje Pionem Badawczym Polityki Społecznej w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie. Członkini Rady Naukowej IPISS oraz Rady Fundacji Naukowej CASE. Odbyla stypendium w Pittsburgh University oraz studia doktorskie na kierunku European Social Protection Policy na Uniwersytecie w Maastricht (program stypendialny Marie-Curie). Prowadzi badania ilościowe i jakościowe w zakresie problemów opieki zdrowotnej, niepełnosprawności oraz opieki długoterminowej, problematyki ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz ekonomii społecznej. Autorka opracowań na temat nierówności stanu zdrowia oraz korzystania z opieki zdrowotnej w Polsce, funkcjonowania opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej w Polsce i krajach UE, a także problemów związanych ze starzeniem się populacji. Kieruje i bierze udział w krajowych i międzynarodowych projektach naukowych i wdrożeniowych, w tym w projektach pt. „Cost-effectiveness and quality in long-term care” (CEQUA), „Mobilizing the Potential of Activity in European Nations (MOPACT)”, „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych”. Jest ekspertem międzynarodowych instytucji, w tym Banku Światowego, OECD. Od 2014 r. jest krajowym konsultantem Komisji Europejskiej w ramach European Semester w zakresie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej. Autorka publikacji i ekspertyz ze wspomnianych obszarów badawczych.

Martyna Kawińska – doktor, socjolog, adiunkt w Zakładzie Gerontologii i Polityki Społecznej Instytutu Nauk Socjologicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Specjalistka w zakresie badań, analiz i ekspertyz w obszarze polityki rodzinnej, senioralnej, pracy socjalnej, ubóstwa i wykluczenia społecznego. Autorka recenzowanych artykułów naukowych i współautorka publikacji naukowych z tego zakresu. Jej zainteresowania naukowe dotyczą głównie socjologii małżeństwa i rodziny, socjologii starości, w tym promocji aktywnego starzenia się z uwzględnieniem aktywizacji seniorów w perspektywie krajowej i europejskiej. Członkini Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz zespołu badawczego Polskiego Pomiaru Postaw i Wartości. Sekretarz Rady do spraw Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2016–2020). Członkini Centralnej Komisji Egzaminacyjnej do spraw stopni specjalizacji zawodowej pracowników socjalnych kadencji 2017–2022.

Ryszard Czekalski – ksiądz profesor dr hab., rektor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, teolog, specjalista w zakresie katechetyki, kierownik Katedry Komunikacji Wiary i Historii Katechezy. Wcześniej pełnił funkcje prodziekana na Wydziale Teologicznym UKSW oraz prorektora UKSW w Warszawie. Autor i współautor ponad 250 publikacji, w tym w językach: angielskim, francuskim, rosyjskim, białoruskim i ukraińskim. Wygłaszał konferencje naukowe w kraju i zagranicą, m.in.: w Paryżu, Mińsku, Gródku, Kamieniu Podolskim. Współpracuje z ośrodkami polonijnymi, wygłaszając konferencje i prowadząc warsztaty katechetyczne, m.in.: w Paryżu, Fryburgu, Lourdes, Lozannie, Genewie, Nottingham, Nowym Jorku. Członek i recenzent naukowych kolegiów redakcyjnych oraz członek Stowarzyszenia Katechetyków Polskich i European Forum for Religions Education in Schools (EuFRES), ekspert Ministerstwa Edukacji Narodowej, rzeczoznawca do spraw oceny ogólnopolskich programów i podręczników do nauczania religii przy Komisji Wychowania Katolickiego, a także konsultator Rady Naukowej przy Konferencji Episkopatu Polski. Członek Komisji ds. Ekonomicznych Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich.



Publikacja przygotowana w ramach projektu
„Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”
finansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki na podstawie Decyzji Nr 41/WFSN/2021

Redaktor tematyczny numeru: dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Instytut Pracy i Spraw Socjalnych)

Recenzent: prof. dr hab. Barbara Kromolicka (Uniwersytet Szczeciński)

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych jest placówką naukowo-badawczą podejmującą problemy pracy i polityki społecznej w sposób interdyscyplinarny. Kierunki prac badawczych są dostosowane do bieżących potrzeb polityki społeczno-gospodarczej kraju. Nasze badania w wielu dziedzinach są prekursorskie. Wśród obszarów badawczych IPiSS wymienić można szeroko pojętą politykę społeczną, demograficzne i społeczno-ekonomiczne uwarunkowania życia i funkcjonowania rodzin różnych typów, problemy niepełnosprawności, zagadnienia ubezpieczeń społecznych, czasu pracy, ubóstwa i metod przeciwdziałania biedzie oraz marginalizacji funkcjonowania podmiotów polityki społecznej w sferze publicznej i o charakterze non-profit, analizy rynku pracy i efektywności instrumentów polityki społecznej i polityki rynku pracy, badania dotyczące procesów migracyjnych, zatrudnienia cudzoziemców, społecznego ustroju pracy, zarządzania zasobami ludzkimi, systemów motywacyjnych, skutków integracji Polski z Unią Europejską w sferze rynku pracy i polityki społecznej.

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (UKSW) jest wyższą uczelnią publiczną, która od 1999 roku działa jako Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (UKSW). Aktualnie uczelnia kształci ponad 16 000 studentów na 32 kierunkach studiów. Studenci, oprócz zajęć dydaktycznych mogą aktywnie działać w licznych kołach naukowych, organizacjach studenckich albo samorządzie studentów. Na uniwersytecie działa również teatr i chór akademicki. Wyjątkowo atrakcyjny system stypendialny sprawia, iż rocznie studentom UKSW wypłacane jest ponad sześć tysięcy świadczeń socjalnych z zaplecza socjalnego. Uczelnia jest instytucją sprzyjającą osobom niepełnosprawnym.

Wydawca: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa
Redakcja: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, ul. J. Bellottiego 3B, 01-022 Warszawa
Adres redakcji: ul. J. Bellottiego 3B, 01-022 Warszawa, tel. 22 536-75-34; fax 22 536-75-35
e-mail: polityka.spoleczna@ipiss.com.pl, <https://polityka-spoleczna.ipiss.com.pl>

Poglądy wyrażone w artykułach są tylko i wyłącznie poglądami ich autorów
i nie odzwierciedlają stanowiska Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej ani redakcji.

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za ich treść.

Powielanie, przedrukowywanie oraz rozpowszechnianie bez wiedzy i zgody redakcji jest zabronione.

Łamanie i druk: Biuro Poligrafii ZUS. Zamówienie 1726/2023. Nakład 300 egz.

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY