

Elżbieta Gawęł-Luty *, Jolanta Karbowniczek **
Grzegorz Piekarski ***

* Akademia Marynarki Wojennej w Gdyni

e.luty@amw.gdynia.pl; ORCID: 0000-0001-8966-6842

** Akademia Ignatianum w Krakowie

jolanta.karbowniczek@ignatianum.edu.pl; ORCID: 0000-0003-4746-3814

*** Akademia Pomorska w Słupsku

ORCID: 0000-0002-5822-0239

Inkluzyjno-ekskluzyjny kontekst jakości życia seniorów

Abstrakt: Celem artykułu jest analiza jakości życia seniorów, jak i czynników wpływających na poczucie jego kształtu. Autorzy określili pojęcie starości, wskazali na koncepcje starości, a także wybrane ujęcia jakości ich życia. Podjęty został także wątek inkluzyjno-ekskluzyjny odnoszący się do miejsca seniorów we współczesnym społeczeństwie. Opracowanie wskazuje z jednej strony na możliwości podejmowania działań w kontekście dostrzegania potencjału seniorów w procesie resocjalizacyjnym więźniów, ale także – z drugiej – na specyfikę starości i starzenia się w warunkach izolacji penitencjarnej.

Słowa kluczowe: seniorzy, jakość życia, inkluzja, ekskluzja, proces resocjalizacji.

Wprowadzenie

Współczesność, naznaczona nieprzewidywalnością znaczeń, wymuszająca podejmowanie wielu aktywności, umiejętności radzenia sobie z ciągłymi zmianami, zarówno w sferze edukacyjnej jak i zawodowej w znaczący sposób wpływa na postrzeganie wartości jednostki poprzez pryzmat jej społecznej użyteczności.

W tym ujęciu w szczególności pojawia się pytanie o miejsce człowieka starego we współczesnym świecie, pełnym zagrożeń zarówno militarnych, ekonomicznych jak i związanych z rozluźnianiem więzi międzyludzkich. Jawi się zatem konieczność namysłu nad potrzebą, czy też braku potrzeby włączania seniorów do aktywnego uczestnictwa w obowiązującej rzeczywistości, nad potrzebą przełamania stereotypu etosu człowieka starego, czy też poddania się idei redukcjonizmu w każdej sferze życia. Namysł ten wymaga analizy przestrzeni funkcjonowania seniorów zarówno w warunkach wolnościowych, jak i izolacji penitencjarnej, w której obserwowany jest znaczny wzrost tej grupy osadzonych.

Starość – uzasadnienia terminologiczne

Starość jest wspólna dla wszystkich i zaczyna się od momentu przyjścia człowieka na świat, a kończy się z chwilą nadejścia śmierci. Według D. B. Bromleya (1969, s. 36–37) starzenie się ludzi jest zespołem zmian zachodzących w strukturze i funkcjonowaniu organizmu oraz w procesach przystosowawczych jednostki. Starość może być następstwem kumulowania się chorób i urazów ciała bądź naturalnych procesów starzenia się komórek i tkanek. Najbardziej charakterystycznymi dla procesu starzenia się zmianami biologicznymi są te związane z wyglądem zewnętrznym, pierwsze zmiany w narządach, kondycji fizycznej czy sprawności umysłowej. B. Rysz-Kowalczyk uznaje starość jako czas trwający od urodzenia aż do śmierci. Ten cykl życia jest procesem zaspokajania przez człowieka potrzeb, które umożliwiają mu osiągnięcie minimalnych możliwości jego rozwoju (Rysz-Kowalczyk 1995, s. 35). Zatem etap życia człowieka zwany starością poprzedza cały cykl zmian związany z procesem starzenia się, prowadzący do obniżania się jakości życia.

Starość wyznacza wiek metrykalny, ustalany na podstawie daty urodzenia (Leszczyńska-Rejchert 2010, s. 40–41). Wiek podeszły jak przyjmują badacze, pracodawcy i społeczeństwo zaczyna się w 60. lub 65. roku życia. W Polsce ten wiek jest rozgraniczony pod względem płci – dla kobiet od 60. roku życia, dla mężczyzn od 65. roku życia. Starość jest istotnym etapem naszego funkcjonowania, to ostatni etap rozwoju ontogenetycznego ludzi, jest również definiowana jako etap końcowy procesu starzenia się. Starość nazywana jest również późną dorosłością czy trzecim wiekiem życia. Ten etap rozwoju kończy się śmiercią. Niektórzy naukowcy (Nowicka 2006, s. 17) w przebiegu starości wyróżniają:

- wczesną starość (do 75. roku życia);
- późną starość (powyżej 75. roku życia).

Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wyodrębniono następujące okresy starości:

- wiek przedstarczy (od 45. do 59. roku życia);

- wiek starzenia się, inaczej wczesna starość (od 60. do 74. roku życia) – w tym przedziale wiekowym znajdują się także tzw. „młodzi starzy” (young-old);
- wiek starczy, inaczej późna starość (od 75. do 89. roku życia);
- długowieczność (90 lat i więcej) – tego wieku dożywają tzw. długowieczni (longlife) (Nowicka 2006, s. 18).

Według innego podziału osoby powyżej 65. roku życia nazywa się ludźmi trzeciego i czwartego wieku. W trzecim wieku osoby starsze są aktywne, prowadzą niezależny tryb życia, natomiast wiek czwarty przedstawia okres kiedy ludzie starsi są mniej aktywni, stają się zależni od innych (Steuden 2011, s. 20).

Prezentowane ujęcia starości różnią się przyjętą perspektywą ujęć, jednak wszyscy autorzy wskazują na starość jako etap życia człowieka, który prowadzi do śmierci.

Starość jako przedmiot zainteresowań teoretycznych

Teoretycy, ze względu na przyjętą perspektywę badawczą formułują zróżnicowane teorie starzenia się. Wśród nich wyróżnić można.

- 1) Społeczne teorie starzenia się rozwijają się na bazie teorii socjologicznych, ujmują starość w wymiarze makrospołecznym (aktywności włączania, stratyfikacji wieku, politycznej ekonomii) i mikrospołecznym (wymiany, fenomenologiczna, kompensacyjna, P. Paltesa). Teorie z grupy makrospołecznych, za punkt wyjścia przyjmują przekonanie o determinującym wpływie norm i ról społecznych na tożsamość i zachowanie starszej osoby. Starość traktują w kategoriach makrostrukturalnych. Teorie z grupy mikrospołecznych poszukują wyjaśnień społecznych aspektów starzenia się i starości w kategoriach mikrostrukturalnych, interpersonalnych, świadomościowych. Koncentrują się na indywidualnej interpretacji starości, oraz na subiektywnych doświadczeniach jednostki. Społeczne teorie wskazują więc na perspektywę starzenia się w perspektywie wspólnoty, w obrębie której funkcjonują ludzie starsi. Niektóre z nich wskazują na rolę człowieka starszego, inne podkreślają indywidualny wymiar tego procesu.
- 2) Teoria aktywności analizuje starzenie się w kontekście utraty pełnionych ról społecznych, przez co gromadzą się napięcia związane z postrzeganiem samego siebie. Aktywność jest tutaj wpisywana w rolę społeczną człowieka starszego, łączy się ze statusem społecznym i prestiżem, wpływającym na samoocenę. Człowiek dążąc do społecznej akceptacji, z jednej strony próbuje pozostać w zgodzie z własnymi potrzebami, z drugiej zaś kreuje swoje zachowanie według oczekiwań innych.
- 3) Teoria włączania, poszukuje źródeł izolacji osób starszych w ograniczeniu kontaktów interpersonalnych, co prowadzi do wycofania się z życia społecznego, osłabienia więzi społecznych, zawężeniu przestrzeni życiowej. Według tej

- koncepcji wszystkie systemy społeczne dla utrzymania swej równowagi muszą działać w kierunku wyłączenia z aktywności ludzi starych i starzejących się.
- 4) Teoria stratyfikacji wieku, zakłada podział społeczeństwa na grupy wieku, kładąc nacisk na różnice majątkowe, zajmowane stanowiska. Podkreśla się tutaj dwa wymiary wieku, a mianowicie wymiar trwania życia, w czasie którego człowiek funkcjonuje w różnych grupach wiekowych oraz wymiar historyczny, uwzględniający wspólne doświadczenia danych grup wieku poprzez pryzmat warunków historycznych. Systemy społeczne bazują na odgrywaniu ról przypisanych osobom w określonym wieku.
 - 5) Teoria subkultury stanowi o tym, że ludzie starsi poprzez pryzmat wieku mają głównie kontakt z rówieśnikami, przez co są odizolowani od osób pozostających w innej grupie wiekowej. Status społeczny osób starszych traktowany jest jako niższy od statusu ludzi młodszych.
 - 6) Teoria polityki ekonomii starości podkreśla związek starości z polityką socjalną, różnicami ekonomicznymi i społecznymi, gdzie ludziom starszym ogranicza się dostęp do wielu dóbr, obniża się ich pozycję społeczną, co jest efektem traktowania ich jako osób zależnych od innych.
 - 7) Teoria wymiany społecznej, traktuje relacje interpersonalne z perspektywy wzajemnych korzyści. Osoby starsze mają w tym ujęciu niewiele wartości wymiennych, dlatego też niewiele otrzymują od innych.
 - 8) Teorie biegu życia charakteryzują się dużą dowolnością w określeniu samego pojęcia. Zatem analizują je na poziomie makrostruktur, uwzględniając zmiany demograficzne i kulturowe, czy też zwracają uwagę na subiektywne doświadczanie zmian życiowych. Teorie życia traktują starość jako naturalne następstwo wcześniejszych etapów rozwoju, ze swoimi zadaniami, możliwościami i ograniczeniami.
 - 9) Teoria fenomenologiczna indywidualizuje proces starzenia się, przypisując człowiekowi, w ramach interakcji z innymi ludźmi, główną rolę w konstruowania własnego obrazu starości.
 - 10) Teoria modernizacji wyjaśnia historyczne warunkowania społecznych postaw wobec starości. Zauważa iż do deprecjonalizacji osób starszych przyczyniła się modernizacja społeczeństw uprzemysłowionych, liczebny wzrost osób starszych oraz powstanie nowych zawodów, rozwój powszechnej oświaty i środków masowego przekazu. Formułowane są również poglądy przeciwstawne, ukazujące pozytywne zmiany w pozycji społecznej osób starszych.
 - 11) Teoria kompetencji formułuje pogląd, że funkcjonowanie osoby starszej stanowi relację ukierunkowaną przez wymagania jej stawiane i zasobami umożliwiającymi sprostanie tym wymaganiom. Kompetencje zachowania rozpatruje się w wymiarze fizycznym, poznawczym i społecznym.
 - 12) Teoria E. H. Eriksona podkreśla, iż jednostka w ostatniej fazie życia staje przed koniecznością sprostania walce o własną integralność, o nową jakość życia, poprzez akceptację czegoś, co musiało się dokonać.

- 13) Teoria gerotranscencji, wskazuje na duchowość i niematerialne pragnienia które pojawiają się głównie w okresie starości. Gerotranscendencia zachodzi na trzech poziomach: kosmicznym, własnego „ja” oraz relacji społecznych i indywidualnych.

Prezentowane teorie formułowane są najczęściej w sposób komplementarny. Ukazane odniesienia wskazują na starzenie się głównie poprzez pryzmat warunków społecznych rozumianych jako społeczne odniesienia do problematyki starości, historycznych wskazujących na kreowanie postaw wobec starości, do uwarunkowań ekonomicznych i politycznych, a także do indywidualnych postaw seniorów wobec swojego wieku i otaczającego świata.

Jakość życia osób starych – uzasadnienia terminologiczne

Geneza pojęcia jakości życia jest trudna do określenia z powodu wieloznaczności pojęcia, jego ewolucji oraz braku precyzyjności językowej w tym zakresie.

Pojęcie jakości wywodzi się z czasów starożytnych, z greckiego *poiotes*. Jako pierwszy użył go Platon uznając, że jakość rzeczy określa stopień ich doskonałości. Dla Arystotelesa jakość to różnica istoty, umożliwiająca podział wszystkich pojęć na grupy logiczne (czas, miejsce, ilość, substancja, relacja, położenie, dyspozycja, czynność, podleganie czynnościom, jakość). Kartezjusz wskazywał na dualistyczne ujęcie jakości: jakość pierwotna, tkwiąca w przedmiocie, jakość wtórna emitowana przez przedmiot. W ujęciu Kanta jakość oznaczała zbiór cech wyodrębnionego fragmentu, subiektywnie postrzeganej obiektywnej rzeczywistości (Horbaczewski 2006, s. 10).

Termin jakość życia pojawił się po raz pierwszy po II wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych i był postrzegany jako dobrostan materialny. Pierwsze próby konstruowania narzędzi pomiarowych pojawiły się w latach międzywojennych, a były rozwijane w latach 50., zaś ich rozkwit nastąpił w latach 60. XX wieku. Wraz z opracowaniami statystycznymi utożsamiającymi jakość życia ze społeczno-ekonomicznymi warunkami funkcjonowania człowieka, w szczególności zaś ze stopniem zaspokajania potrzeb, zwiększało się zainteresowanie środowiskowymi cechami jakości życia, osiągając swój szczyt w latach 80. i 90. XX wieku. Według M. Wnuka wydarzeniem przełomowym dla rozpowszechniania się badań nad jakością życia stał się projekt badawczy Cambella (1971), którego efektem było wprowadzenie analogicznych do ekonomicznych wskaźników egzystencji człowieka dotyczących psychologicznych aspektów funkcjonowania (Wnuk, Marcinkowski 2012, s. 23). Na kanwie projektu Cambella podobne pomiary zaczęto stosować w medycynie, gdzie starano się określić wartość metod terapeutycznych dla korzystnego wpływu na leczenie. W obrębie badań nad jakością życia osób chorych wskazywano na jej dwa wymiary: behawioralny i przeżyciowy. W psychologii na kanwie filozofii humanistycznej i koncentracji nad funkcjonowaniem człowieka pojawiły się pytania o wyznaczniki ludzkiego szczęścia oraz sensu życia. W ramach

socjologii w latach 70. XX wieku zwrócono uwagę na sposoby i stopień zaspokojenia potrzeb człowieka. Na gruncie każdej z nauk powstało wiele koncepcji jakości życia.

Jakość życia jako przedmiot zainteresowań teoretycznych

Pojęcie jakości życia jest naznaczone wielością podejść, zależną najczęściej od reprezentowanej przez badaczy dyscypliny naukowej.

Ujęcie filozoficzne

- Platon, który wskazywał na *poiotes* czyli na stopień doskonałości rzeczy i zjawisk w sensie wartościującym. Termin ten dla Platona posiadał wymiar subiektywny;
- Arystoteles, człowiek w dążeniu do pełnego i trwałego zadowolenia ze swojego życia winien żyć w zgodzie ze swoim *dajmonem*, czyli wewnętrznym duchem powstrzymującym nas od złych czynów; zaangażowanie się w działania służące wspólnemu szczęściu jest warunkiem osiągnięcia szczęścia jednostkowego (Tatarkiewicz 1988 s. 115–163).

Ujęcie psychologiczne

- T. Tomaszewski, uznał że jakość życia może być traktowana jako najważniejsza miara jakości świata i jakości człowieka. Do pomiaru jakości życia, które charakteryzuje się względną stabilnością autor stosuje pięć kryteriów: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczości oraz współżycia człowieka z innymi ludźmi. Zatem wskazuje na czynniki subiektywne (Znaniński 1999).
- J. Czapiński utożsamiał jakość życia z poczuciem dobrostanu i szczęścia. Do pomiaru jakości życia używa czynników obiektywnych odnoszących się do warunków życia oraz subiektywnych, czyli indywidualnych kryteriów wartościowania (Czapiński 1992).

Ujęcie socjologiczne

- A. Campbell podkreślał, iż na jakość życia mają wpływ takie czynniki jak: życie rodzinne i zawodowe, stosunki międzyludzkie, relacje towarzyskie, stan zdrowia, sposób spędzania wolnego czasu, warunki mieszkaniowe i finansowe, posiadane wykształcenie i standard życia (Campbell 1981, s. 117–124);
- A. Michalos wskazał, że o jakości życia decyduje stan rozbieżności między potrzebą a poziomem jej zaspokojenia. Dotyczy to zwłaszcza potrzeb szczególnie istotnych, bowiem ich niezaspokojenie w szczególności może zdeterminować

- postrzeganie jakości życia. Ważne są tutaj nie tylko materialne potrzeby jednostki, ale przede wszystkim dobra wyższego rzędu (Michalos 2004, s. 339–354; 1985, s. 347–413);
- J. Raeburn, I. Rootman twierdzili, że jakość życia obejmuje rozwijanie się, realizację własnych możliwości, zmienianie, przynależność środowiskową i odpoczynek. Na jakość naszego życia oddziałują także czynniki niematerialne jak duchowe, psychiczne, emocjonalne (1996, s. 75–88).

Ujęcie ekonomiczne

- A. Sen uważał, że na jakość życia jednostki mają wpływ warunki stworzone przez państwo, głównie w zakresie polityki społecznej. Przy czym autor uważał, że czynniki materialne są ważnym elementem jakości życia, ponieważ dają możliwość osiągnięcia psychicznego dobrostanu, związanego z osiągnięciem potrzeb wyższego rzędu (Kot 2012, s. 24–29).
- J.S. Mill podkreślał, że zasadniczym elementem jakości życia jest ustalenie zasad optymalnego podziału wytworzonego produktu zarówno indywidualnego jak i ogólnego (społecznego) punktu widzenia (Stanaszek 2015, s. 104).

Ujęcie pedagogiczne

- R. Nawroczyński, wskazywał z jednej strony na normatywny wymiar jakości życia (świata wartości) z drugiej strony odnosił go do realizacji świata wartości (jakości życia). W wymiarze normatywnym osobowość traktowana jest jako naczelną wartość – struktura duchowa. Poniżej niej znajduje się charakter wyznaczony przez wartości moralne, a po nim wykształcenie jako połączenie indywidualności wychowanka z dobrami kultury. Niżej jest umieszczona wolność moralna jako wartość instrumentalna, zaś najniżej znajdują się wartości praktyczne: narodowe, państwowe, obywatelskie, ogólnoludzkie. W wymiarze czynnościowym kultura to nie tylko wytwór, ale przede wszystkim proces duchowy odbywający się na kanwie wartości. Dlatego duże znaczenie ma kształtowanie struktury duchowej i tworzenie wartości kultury jako przejawów determinacji funkcjonalnej tych czynności, prowadzących do realizacji świata wartości. Koncepcja buduje w sposób niedogmatyczny świat wartości i łączy go z możliwością realizacji (Gofron 2013, s. 10–16).
- J. Maciaszek sądził, że jakość życia można rozpatrywać w odniesieniu do realizacji wartości z poziomu hedonistycznego, witalnego i duchowego (w odniesieniu do wartości Schellera). W pierwszym przypadku są to wartości odnoszące się do zmysłowości, a jakość jest wyznaczona przez poziom zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i materialnych. Preferowanie wartości witalnych związanych z wszystkim tym co znajduje się w opozycji szlachetne – pospolite, czyli tężyzny fizycznej i sprawności wiąże jakość życia z tym

co dotyczy pomyślności i powodzenia – ze sławą, władzą i wpływami, Jakość życia może być oparta na realizacji wartości duchowych i religijnych. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z doświadczaniem dobra moralnego i piękna, poznania prawdy, w drugim realizacja wartości religijnych opiera się na ich wyjątkowym doświadczaniu (Maciaszek 2013, s. 63–67).

- B. Suchodolski podkreślał, że jakość życia obejmuje decyzje podejmowane przez człowieka oraz ich indywidualny wybór wartości, zgodnie z którymi chcą kreować własne życie. Autor widział konieczność podążania za potrzebami poznawczymi i rozwojowymi prowadzącego do samostanowienia, czyli dążenie do tego aby być kimś. Daje to bowiem także możliwość dostrzeżenia wartości w drugim człowieku a w związku z tym potrzebę wchodzenia w relacje z innymi osobami poza wymiarem własnych korzyści. W efekcie jednostka odczuwa komfort psychiczny, harmonię życia, co gwarantuje odczuwanie szczęścia. Dla B. Suchodolskiego jakość życia człowieka jest wyznaczona zarówno poprzez czynniki obiektywne i subiektywne (Suchodolski 1987, s. 214).
- M. Adamiec, K. Popiołek, uważali, że „jakość życia jest zbiorem warunków umożliwiających pewien sposób życia ludzkiego, wyznaczonych zbiorem wartości generatywnych, wyrażających się właściwościami i umiejętnościami, które umożliwiają posiadającemu je podmiotowi działania autonomiczne, zindywidualizowane i o charakterze personalistycznym” (Adamiec, Popiołek 1993, s. 94).

Ujęcie medyczne

- Światowa Organizacja Zdrowia usytuowała jakość życia jako psychiczny, fizyczny i społeczny dobrostan.
- L. Wołowicka, K. Jaracz uważali, iż jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia, zatem poczucie zdrowia jest jednym z podstawowych czynników dobrej jakości życia (Wołowicka, Jaracz 1998, s. 81–85).

Podsumowując, filozofia jak i psychologia przede wszystkim odnosi się do subiektywnego odczuwania zadowolenia – niezadowolenia z jakości życia. Socjologia wskazuje na jakość życia w skali makro, jako zaspokajanie potrzeb całego społeczeństwa. Ekonomia podkreśla jakość życia w skali makro, ze szczególnym uwzględnieniem roli państwa w możliwości realizacji kwestii materialnych traktowanych w sposób obiektywny. Pedagogika przede wszystkim rozpatruje jakość życia z perspektywy wychowania młodego pokolenia, podkreślając głównie subiektywne przekonania jednostki na temat świata, własnego życia, środowiska życia. Nauki medyczne w odniesieniu do jakości życia współcześnie podkreślają wagę podejścia subiektywnego, gdzie wskazuje się na czynniki psychiczne i społeczne, skuteczność interwencji działań medycznych w poprawie zdrowia pacjenta.

W ramach poszczególnych nauk jak i każdej nauki rozpatrywanej oddzielnie można zauważyć dużą rozbieżność w pojmowaniu jakości życia, co wynika z odmiennego pola zainteresowań a przede wszystkim braku ostrości w zdefiniowaniu samego zjawiska.

Ekskluzywno-inkluzyjny wymiar starości

Niezaprzeczalnym faktem jest, iż współczesne społeczeństwa starzeją się. Dlatego też rozważania nad tym czy koniecznym jest zwrócenie należytej uwagi na tę grupę wiekową jest czymś bezzasadnym. Jednak pomimo powszechnego uznania potrzeby skierowania się ku seniorom, ich specyficznym często potrzebom i oczekiwaniom, doświadczają oni przejawów dyskryminacji wskutek niedorozwoju właściwego ustawodawstwa, kulturowych uprzedzeń oraz stereotypów.

Źródłem marginalizacji osób starszych staje się ograniczenie ich możliwości korzystania z istniejących zasobów społecznych wynikających często z niepełnosprawności, ograniczeń ruchowych, intelektualnych, a także złej sytuacji materialnej. Nie bez znaczenia są tutaj także takie czynniki jak samotność, izolacja, brak perspektyw, a także odczuwalna indoktrynacja. Senior jako jednostka społecznie wykluczona staje się pod względem geograficznym członkiem społeczeństwa, ale nie może uczestniczyć w normalnych aktywnościach obywateli w tym społeczeństwie (z powodów będących poza jej kontrolą).

Ekskluzja społeczna seniorów odnosi się zarówno do ich postaw wobec siebie samych jak i do innych, a także do społecznych postaw wobec ludzi starszych. Te dwa elementy pozostają względem siebie w koherentnej zależności. Seniorzy zauważając negatywizm społeczny wobec własnej grupy wiekowej kreują postawy wycofania, ewentualnego przetrwania w mało przyjaznej rzeczywistości, zaś wobec takich postaw seniorów osoby pozostające w innych przedziałach wiekowych utrwalają w sobie obraz osoby starej jako niepotrzebnej, mało efektywnej, utrudniającej funkcjonowanie innym i ograniczającej ich wolność.

Jednak ze względów indywidualnych i społecznych potrzeba integracji seniorów ze społeczeństwem jest bezsporna. Działania integracyjne winny odnosić się do kreowania właściwej mentalności społecznej, otwartej zarówno na osoby pełno-, jak i niepełnosprawne, młode i stare, wykształcone i niewykształcone, poprzez odpowiednie wychowanie, edukację i w końcu socjalizację. Także w ramach integracji osób starszych duże znaczenia odgrywa właściwa polityka społeczna, która stanowi fragment systemu zabezpieczenia społecznego. Na jej cele wskazuje bezpośredni katalog praw ludzi starszych, proklamowany w 1991 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ i rekomendowany państwom członkowskim, jak też Deklaracja z Kobe z 1998 roku. Zapisy takie zawarte są również w zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej, gdzie podkreśla się, że osoby starsze powinny mieć warunki do pozostawania pełnoprawnymi członkami społeczeństwa tak

długo, jak to możliwe. Rok 2012 ustanowiono na podstawie decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Jednym z podstawowych wskazań było uznanie, że zaangażowanie w życie społeczne i aktywizacja osób starszych mogą jednocześnie przynieść korzyści gospodarcze całemu społeczeństwu oraz wpłynąć na poprawę jakości życia seniorów. Aktualnym krajowym dokumentem jest rządowy program *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność*, który uwzględnia wewnętrzne zróżnicowanie populacji osób starszych i promuje działania mające na celu podtrzymanie aktywności osób starszych i zapewnienie ich udziału w życiu społecznym oraz działania ukierunkowane na osoby o ograniczonej samodzielności. Program opiera się na trzech filarach: bezpieczeństwie, uczestnictwie i solidarności. Te elementy są kluczowe, ponieważ stanowią gwarancję znacznego podniesienia jakości i poziomu życia osób starszych. Dokument przewiduje realizację szeregu działań wobec ogółu osób starszych w ramach następujących obszarów:

1. Kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie;
2. Uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej i sportowej;
3. Tworzenie warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału osób starszych jako aktywnych uczestników życia gospodarczego i rynku pracy, dostosowanych do ich możliwości psychofizycznych oraz sytuacji rodzinnej;
4. Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
5. Zwiększanie bezpieczeństwa fizycznego – przeciwdziałanie przemocy i zaniedbaniom wobec osób starszych;
6. Tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej;
7. Edukacja dla starości (kadry opiekuńcze i medyczne), do starości (całe społeczeństwo), przez starość (od najmłodszego pokolenia) oraz edukacja w starości (osoby starsze);
8. Rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej poprzez upowszechnienie wolontariatu, udziału w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym oraz udziału osób starszych w kształtowaniu polityki publicznej.

Dodatkowo w programie po raz pierwszy zaprojektowane zostały działania skierowane do niesamodzielnych osób starszych:

1. Zmniejszenie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych tych osób;
2. Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb starszych osób niesamodzielnych;
3. Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych starszym, niesamodzielnym osobom;

4. System wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielných osób starszych przez instytucje publiczne.

Seniorzy (i ich potencjał) w procesie resocjalizacji

W ostatnich latach obserwuje się przyspieszenie procesu starzenia się ludności Polski. Wskazują na to tendencje zmian dotyczące udziału ludności w wieku poprodukcyjnym. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2021 roku liczba ludności Polski wynosiła 37,9 mln. W tej grupie ponad 8,5 mln stanowiły osoby w wieku powyżej 60. roku życia. W latach 2000–2021 liczebność tej zbiorowości zwiększyła się prawie o 2,9 mln, a jej odsetek wzrósł w tym okresie z niespełna 15% do ponad 22% (Cierniak-Piotrowska i in. 2022). Oczywiście ten ponad dwukrotny wzrost w tym okresie wynika głównie z wydłużania się trwania życia człowieka, co powoduje, że ludzie w wieku senioralnym stanowią dużą grupę potencjału społecznego, który z jednej strony może stać się zasobem możliwym do wykorzystania także w programach resocjalizacji. Z drugiej jednak rodzi wyzwania dla wielu dziedzin życia społecznego, w tym systemu penitencjarnego, który musi uwzględniać w projektowaniu oddziaływań resocjalizacyjnych, korekcyjnych, terapeutycznych specyfikę tej grupy wiekowej osadzonych.

Wykorzystanie potencjału seniorów w procesie resocjalizacji osób przebywających w warunkach izolacji więziennej nie jest powszechne, a i świadomość społeczna możliwości wsparcia osadzonych poprzez włączenie seniorów w struktury wolontariatu penitencjarnego jest niewielka. A przecież osoby ze starszych pokoleń mają rozmaite kompetencje i doświadczenia tyleż zawodowe, co życiowe, które mogą okazać się cenne i możliwe do wykorzystania w procesie resocjalizacji. Prowadzone w ramach projektu VOLPRIS badania w pięciu krajach europejskich – Niemcy, Belgia, Rumunia, Portugalia oraz Polska – sugerują, że ten rodzaj wolontariatu może być szczególnie korzystny dla więźniów. Jak dowiedziono, wolontariusze mają istotny wpływ na zmianę postaw więźniów i mogą znacząco zmniejszać ryzyko powrotu do przestępstwa (Salselas, Pinto de Costa 2021). Wizyty wolontariuszy stwarzają więźniom rzadkie okazje do nawiązania rozwojowych relacji interpersonalnych, co w sytuacji surowości zwykłego życia więziennego jest istotnym czynnikiem realnie zmieniającym cechy osobowe osadzonych. Spostrzeżenia te zostały opisane także w badaniach przeprowadzonych w stanie Floryda w USA, (Mears, Cochran i in. 2011; Cochran 2012) i w Niemczech (Schuhmann, Kuis i in. 2018). Stwierdzono w nich, że wizyty wolontariuszy przyczyniając się do ustanowienia relacji społecznych podczas odbywania kary przyczyniają się do rozwijania bardziej pozytywnego poglądu na przyszłość, przez co mogą być wspierającym elementem w nabywaniu i rozwijaniu przez więźniów potencjałów rozwojowo-twórczych rozumianych przez Konopczyńskiego (2014) jako zasoby i predyspozycje osobowe i społeczne, które umożliwiają innowacyjne

i aprobowane sposoby rozwiązywanie określonych sytuacji problemowych, zaspokajania potrzeb i poszukiwania nowej tożsamości. Podobne odkrycie odnotowano w innym badaniu przeprowadzonym w Hongkongu, podkreślając znaczenie roli wolontariuszy podczas uwięzienia, gdzie wolontariusze pomagają więźniom budować i ulepszać ich relacje osobiste, rodzinne i społeczne, co stwarza realną szansę na pozytywną readaptację poprzez automatycznie uruchamiany proces destygmatyzacji (Chui, Cheng 2012). Polskie doświadczenia w tym zakresie zdobywane były między innymi w ramach projektu *Senior w akcji resocjalizacji* realizowanego od w Zakładzie Karnym w Bydgoszczy-Fordonie wspólnie z Fundacją Bez Nazwy i bydgoskimi seniorami.

Wykorzystanie potencjału seniorów w procesie resocjalizacji osadzonych w jednostkach penitencjarnych niesie korzyści nie tylko dla więźniów, ale także dla samych seniorów. Wydaje się, że wolontarystyczne zaangażowanie się seniorów – w tym przedmiotowy tu wolontariat penitencjarny – może zaspokajać ich zasadnicze potrzeby, wśród których wymienia się: potrzebę radzenia sobie, potrzeby ekspresywne, potrzeby wspierania, potrzeby wywierania wpływu, potrzeby transcendentne. Działalność w przestrzeni wolontariatu stwarza dla nich przestrzeń inkluzyjną, w której dobrowolnie podejmowane role mogą przynosić wiele pozytywnych efektów. Możliwe jest to dzięki: oderwaniu się od własnych problemów dnia codziennego, wzmacnianiu poczucia sensu i wartości własnego życia, pozytywnemu oddziaływaniu na samoocenę, podwyższaniu pozytywnego nastroju i wzmacnianiu integracji z otoczeniem społecznym, opartej na umiejętnościach społecznych i związkach interpersonalnych (Midlarsky 1991). Badania sugerują, że wolontariat osób w wieku senioralnym jest predyktorem większej satysfakcji z życia i lepszego postrzegania własnego zdrowia (Van Willigen 2000). Midlarsky i Kahana (1994) w prowadzonych badaniach eksperymentalnych stwierdziły istotny wpływ wolontarystycznego zaangażowania się seniorów na ich równowagę afektywną, samoocenę, morale i subiektywnie oceniany poziom integracji z otoczeniem społecznym przez co, jak sugerują Oman, Thoresen i McMahon (1999), mechanizmy te poprzez szlaki psychoneuroimmunologiczne wpływają na organizm, obniżając śmiertelność osób starych. W przeprowadzonych przez ten zespół w latach 1990–1991 prospektywnych badaniach z udziałem 2025 osób wieku 55 lat i starszych stwierdzono o 44% niższy wskaźnik śmiertelności wśród osób zaangażowanych w działania wolontarystyczne niż wśród niezaangażowanych w tę aktywność.

Tendencja starzenia się społeczeństwa polskiego znajduje swoje odzwierciedlenie w populacji osób skazanych, w której coraz częściej znajdują się osoby po 60 roku życia. Na koniec 2001 roku w polskich jednostkach penitencjarnych przebywało 652 osadzonych w wieku senioralnym, co stanowiło 0,8% wszystkich osób przebywających w izolacji więziennej. Na przestrzeni dziesięciu lat procentowy udział osadzonych seniorów w populacji ogólnej osób pozbawionych wolności kształtuje się następująco: 2,6% w 2013 roku, 3% w 2014 roku, 3,1 % w 2015

roku, 3,6% w 2016 roku, 3,8% w 2017 roku, 4,1% w 2018 roku, 4,5% w 2019 roku, 4,7% w 2020 roku. Z danych na dzień 31 grudnia 2021 roku liczba tymczasowo aresztowanych i skazanych wynosiła 71 139. W tym w wieku 61–63 lata 1366, 929 w wieku 64–66 lat oraz aż 1111 osób w wieku 67 lat i więcej. W sumie odsetek seniorów w całej populacji więźniów wynosi już 4,8%, co oznacza, że populacja osób w izolacji więziennej się starzeje (Centralny Zarząd Służby Więziennej Ministerstwa Sprawiedliwości, 2022, s. 16). Polskie przepisy prawa – kodeks karny wykonawczy i przepisy wykonawcze – nie zwierają żadnych specjalnych regulacji odnośnie osadzonych powyżej 60 roku życia. Podlegają oni takim samym warunkom osadzenia i oddziaływaniom resocjalizacyjnym jak pozostali więźniowie. Tymczasem proces starzenia się w warunkach izolacji penitencjarnej jest specyficzny i w porównaniu z warunkami wolnościowymi zdecydowanie mniej korzystny. Ze względu na postępujące procesy biologiczne i psychiczne osoby starsze są zwykle częściej narażone są na: wycofanie się z uczestniczenia w życiu więziennej społeczności, osamotnienie, nieufność, bezradność, choroby (nierazko przewlekłe), mniejszą sprawność fizyczną, kalectwo, niedołężność i zależność od innych, a przez to zagrożenie bezpieczeństwa osobistego oraz ekonomiczne wykorzystywanie przez współosadzonych. Oznacza to, że poza kwestią zmiany postaw tej grupy więźniów – a szczególnie tych z perspektywą długoterminowej kary pozbawienia wolności – równie istotną staje się ochrona zdrowia, opieka i psychopedagogiczne wsparcie, które pozwoli im sprostać zazwyczaj negatywnemu bilansowi życia i przygotować się do umierania i śmierci (Stępniaś 2017; Jaworska 2012). Dostrzeganie „uwięzionej starości” (Szłęk-Kawa 2014) musi przyjąć postać kompleksowego zakresu działań na różnych poziomach. Powinna działać jednocześnie na poziomie indywidualnym (oddziaływania penitencjarne), organizacyjnym (zarządzanie) i społecznym (polityka). Istotne tu stają się chociażby takie elementy jak podejmowanie i dostosowanie oddziaływań uwzględniających specyfikę tej grupy wiekowej skazanych, przygotowanie kadr jednostek penitencjarnych do pracy z seniorami, zwrócenie uwagi na bariery architektoniczne, dobór współwięźniów w celi, jej wyposażenie, właściwa opieka zdrowotna, prawidłowe, odpowiednie do wieku żywienie (Siemaszko 2018). Faktycznie coraz częściej projektowane i wdrażane są programy uwzględniające osobliwość seniorów w systemie penitencjarnym, to warto zauważyć, że są to oddziaływania realizowane przez poszczególne jednostki. Wciąż brakuje szerszych rozwiązań i przepisów uwzględniających inkluzyjną perspektywę starości i starzenia się więźniów w zakładach karnych, a bez podjęcia bezzwłocznych, kompleksowych, rzeczywistych i z racji starzenia się populacji – co warto podkreślić – nieuniknionych działań, funkcjonowanie tej grupy osadzonych w dalszym ciągu będzie spychane na margines więziennej codzienności.

Podsumowanie

Namysł nad jakością życia osób starych uzasadnia potrzebę ograniczania stereotypów i tworzenia narzędzi oraz klimatu przeciwdziałającemu stygmatyzacji i społecznemu wykluczeniu seniorów nie tylko w warunkach wolnościowych, ale także w przestrzeni izolacji więziennej. Wskazuje się zatem na potrzebę zmiany sposobu postrzegania seniorów, a w tym procesie nakładają się na siebie biomedyczne, społeczne, kulturowe, ekonomiczne i polityczne perspektywy, które w konsekwencji mają wpływ zarówno na tych, których społeczeństwo zalicza do ludzi starych, jak i na samo społeczeństwo. Niezależnie jednak od promowanych, a wynikających z potrzeby związanej ze starzeniem się ludności, postaw wskazujących na doświadczenie i mądrość ludzi starych, w dalszym ciągu dominują postawy obojętne, lekceważące a nierzadko i wrogie. Dlatego też jawi się nowy paradygmat dla i poprzez wychowanie, a mianowicie kreowanie takich postaw, które będą otwarte na inkluzję ujmowaną jako remedium na społeczną marginalizację ludzi starych. Owo wychowanie winno zatem wspomagać świadomość społeczną w kierunku uprawnomocnienia racjonalności i równoprawności wszelkich różnic, w tym wynikających z odmienności wieku. Stąd wychowanie ma przede wszystkim wyposażać społeczeństwo w sprawnie działające i elastyczne mechanizmy poznawania i partycypowania w świecie różnorodności i odmienności oraz dawać narzędzia do zrozumienia tej wciąż zmieniającej się rzeczywistości. Ma to doprowadzić do konstytuowania się postaw tolerancji traktowanej nie tylko jako świadomość i akceptacja różnic, ale również jako otwarty i pozytywny stosunek do kontaktu z przedstawicielami różnych grup wiekowych.

Abstract: Inclusive-exclusive context of seniors' quality of life

The aim of the article is to analyze the quality of life of seniors as well as factors influencing the sense of its shape. The authors defined the concept of old age, pointed to the concepts of old age, as well as selected approaches to the quality of their lives. The issue of the inclusive and exclusive thread relating to the place of seniors in contemporary society was also taken up. The study indicates, on the one hand, the possibilities of taking action in the context of perceiving the potential of seniors in the rehabilitation process of prisoners, but also – on the other – the specificity of old age and aging in conditions of penitentiary isolation.

Key words: seniors, quality of life, inclusion, exclusion, process of social rehabilitation.

Bibliografia

- [1] Adamiec M., Popiołek K., 1993, *Jakość życia, między wolnością a mistyfikacją*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 2.

- [2] Bromley D. B., 1969, *Psychologia starzenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [3] Campbell A., 1981, *The seance of well-being In America. Recent Batterns and Hremds*, New York, McGraw-Hill.
- [4] Cierniak-Piotrowska M., Dąbrowska A., Stelmach K., 2022, *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- [5] Chui W. H, Cheng K. K., 2012, *Effects of volunteering experiences and motivations on attitudes toward prisoners: evidence from Hong Kong*, „Asian Journal of Criminology”, 8.
- [6] Cochran J. C., 2012, *The ties that bind or the ties that break: examining the relationship between visitation and prisoner misconduct*, „Journal of Criminal Justice”, 40.
- [7] Czapiński J., 1992, *Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej*, Wydawnictwo Ajademos, Warszawa–Poznań.
- [8] Gofron A., 1994, *Zagadnienie jakości życia w koncepcji pedagogicznej B. Nawroczyńskiego*, [w:] *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, (red.) A. Bańka, R. Derbis, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- [9] Horbaczewski H., 2006, *Filozoficzne źródła współczesnego pojmowania jakości „Problemy Jakości”*, 10.
- [10] Jaworska A., *Leksykon resocjalizacji*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- [11] Konopczyński M., 2014, *Pedagogika resocjalizacyjna. W stronę działań kreujących*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- [12] Kot S.M., 2012, *Ku stochastycznemu paradygmatowi ekonomii dobrobytu*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- [13] Leszczyńska-Rejchert A., 2010, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- [14] Mears D. P., Cochran J. C., Siennick E., Bales W. D., 2011, *Prison visitation and recidivism*, „Justice Quarterly”, 29.
- [15] Michalos A. C., 1985, *Multipla discrepancies theory*, „Social Indications Research”, 16.
- [16] Michalos A. C., 2004, *Einstein, etyka i nauka*, „Journal of Academic Ethies”, 2.
- [17] Midlarsky E., 1991, *Helping as coping*, [w:] *Prosocial behavior: Review of personality and social psychology*, (red.) M. C. Clark, CA, Sage, Newbury Park.
- [18] Midlarsky E., Kahana E., 1994, *Altruism in later life*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- [19] Nowicka A., 2006, *Starość jako faza życia człowieka*, [w:] *Wybrane problemy ludzi starszych*, (red.) A. Nowicka, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- [20] Oman D., Thoresen E., McMahon K., 1999, *Volunteerism and morality among the community-dwelling elderly*, „Journal of health Psychology”, 4.
- [21] Raeburn J. M., Rootman I., 1996, *Quality of life and health promotion*, [w:] *Quality of life in health promotion and rehabilitation, Conceptual approaches, issues and applications*, (red.) R. Renwick, I. Brown, M. Nagler, Sage Publications, Thousand Oaks.
- [22] Rysz-Kowalczyk B., 1995, *Pokolenie w późnej dojrzałości. Deformacje cyklu życia a zagrożenia społeczne we współczesnej Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- [23] Salselas M., Pinto da Costa M., 2021, *The Experience of Volunteers in Prisons in Portugal: A Qualitative Study*, „Frontiers in Psychiatry”, 12.
- [24] Schuhmann, C., Kuis, E., Goossensen, A., 2018, *„Purely for You”: Inmates’ Perceptions of Prison Visitation by Volunteers in the Netherlands*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology”, 62 (14).

- [25] Siemaszko K., 2018, *Seniorzy odbywający karę pozbawienia wolności. Czy zachodzi konieczność nowych rozwiązań legislacyjnych?*, „Probacja”, 4.
- [26] Stanaszek O., 2015, *Badanie jakości życia w Polsce*, [w:] *Gospodarka regionalna w teorii i praktyce*, (red.), E. Sobczak, D. Głuszcuk, M. Obrębalski, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- [27] Steuden S., 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [28] Stępnia P., 2017, *Resocjalizacja (nie)urojona. O zawłaszczaniu przestrzeni penitencjarnej*, Wydawnictwo Diffin, Warszawa.
- [29] Suchodolski B., 1987, *Wychowanie i strategia życia*, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa.
- [30] Szlęzak-Kawa E., 2014, *Uwięziona starość*, „Forum Penitencjarne”, 4.
- [31] Tatarkiewicz W., 1988, *Historia estetyki*, Wydawnictwo Arkady, Warszawa.
- [32] Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B., 2012, *Przyszłościowa perspektywa czasowa starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- [33] Van Willigen M., 2000, *Differential benefits of volunteering cross the life course*, „Journals of Gerontology: Social Sciences”, 55B.
- [34] Wnuk M., Marcinkowski T. T., 2012, *Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 93.
- [35] Wołowicka L., Jaracz K., 1998, *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia w badaniach własnych*, [w:] *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, (red.) L. Wołowicka, Akademia Medyczna, Poznań.
- [36] Znaniecki A., 1999, *Wykształcenie a jakość życia: dynamika orientacji młodzieży szkół średnich*, Wydawnictwo Edytor, Poznań–Toruń.

Źródła internetowe

- [37] Centralny Zarząd Służby Więziennej Ministerstwa Sprawiedliwości, 2022. Roczna informacja statystyczna za rok 2021. Warszawa, <https://www.sw.gov.pl/assets/19/51/61/a542f3464c6b93a4771c38eac7813b2b3aaee79c.pdf> (dostęp: 20.10.2022).