

ANNA GAWEŁ

*Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie*

MAGDALENA MADEJ-BABULA, MARIA MARTA URLIŃSKA

*Akademia Ignatianum
w Krakowie*

EUROSIEROCTWO SENIORÓW A JAKOŚĆ ICH ŻYCIA - NOWE WYZWANIA DLA PEDAGOGIKI SPOŁECZNEJ

ABSTRACT. Gawel Anna, Madej-Babula Magdalena, Urlińska Maria Marta, *Eurosieroctwo seniorów a jakość ich życia – nowe wyzwania dla pedagogiki społecznej* [Senior's Euro-Orphanhood and Quality of Life: New Challenges for Social Pedagogy]. *Studia Edukacyjne* nr 32, 2014, Poznań 2014, pp. 135-145. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2837-0. ISSN 1233-6688

Taking on the issue of the quality of human life at a senior age requires the adoption of a particular perspective to recognizing the phenomenon of old age. It is in fact a phenomenon extremely diverse, multifaceted, involving closely related aspects of the biological, social and psychological, and its course is conditioned by the convolution of a variety of factors. One of them is the emigration of young people, who leave their parents alone in the home country and in fact make them *Euro-orphans*. Job migration of adult children is a critical event in the lives of seniors and thus has a significant impact on their life quality. It is treated as a cognitive-emotional category associated with the environmental context of their daily activities. The phenomenon of Euro-orphanhood of seniors generates new lines of research in the field of social pedagogy. Contribution to them is mentioned in the article as a comparative research project.

Key words: old age, labor migration, Euro-orphanhood, quality of life

Starość jako faza życia człowieka

Wiązanie początku starości z konkretnym wiekiem chronologicznym, które upowszechniło się wraz z wprowadzeniem systemu zabezpieczeń społecznych, jakkolwiek jest czysto umowne, okazuje się przydatne w ra-

mach polityki społecznej, analiz demograficznych i badań naukowych. Najczęściej za początek starości przyjmuje się tu 60. lub 65. rok życia¹.

Obecne w piśmiennictwie sposoby opisywania istoty i przebiegu starości wskazują zasadniczo na dwa podejścia. Pierwsze polega na akcentowaniu regresu przejawiającego się postępującymi procesami inwolucyjnymi w narządach i tkankach oraz wycofywaniu się z czynnego życia w wymiarze psychospołecznym. Podkreśla się tu z jednej strony rolę procesów fizjologicznych nieuchronnie prowadzących do utraty sił, redukcji rezerw i zdolności adaptacyjnych organizmu, zmniejszenia wrażliwości zmysłów, obniżenia poziomu inteligencji oraz ograniczenia zainteresowań i spadku aktywności. Z drugiej strony zwraca się uwagę na zjawisko „pozbywania się” ról społecznych, które prowadząc do obniżenia samooceny i wzrostu poczucia mniejszej użyteczności, skutkuje słabnącą więzią emocjonalną ze światem na rzecz zainteresowania własną osobą oraz izolowaniem się w hermetycznym kręgu swoich przeżyć i doznań. Podkreśla się przy tym naturalny, a zarazem nieuchronny charakter owych zjawisk, wskazując jednocześnie, że sprzyjają one eliminacji stresu związanego z podejmowaniem nowych zadań i przygotowaniu do zbliżającej się śmierci, wyznaczając tym samym optymalne przeżywanie okresu starości.

Odmienne wobec powyższego wydaje się podejście drugie, w którym – zgodnie z obowiązującym współcześnie ujmowaniem rozwoju człowieka jako procesu trwającego od momentu narodzin do chwili śmierci – podkreśla się znaczenie aktywności dla kondycji psychofizycznej seniora. Wskazuje się w nim, że adekwatny do stanu zdrowia poziom aktywności umożliwia znalezienie substytutów utraconych ról oraz sprzyja satysfakcji i zadowoleniu z życia². Zwraca się też uwagę na rolę aktywności jako jednego z czynników kształtujących obraz samego siebie, który zgodnie z założeniami szkoły bońskiej stanowi ważną determinantę starzenia się psychospołecznego³.

Jakkolwiek naturalny bieg życia wyznacza człowiekowi obiektywne warunki doświadczania przez niego codzienności, to proces przeżywania własnego życia zawsze odbywa się na tle indywidualnego kontekstu biografii życiowej. Przestrzeń życiowa człowieka w okresie późnej dorosłości, rozu-

¹ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Kraków 2004, s. 22.

² A.A. Zych, *Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej*, Warszawa 1995, s. 37; E. Trafiałek, *Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych. Studium teoretyczno-diagnostyczne*, Kielce 1998, s. 22-26; J. Rembowski, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa-Poznań 1984, s. 34-35; J. Halik, *Starzenie się społeczeństw jako proces demograficzny i społeczny*, [w:] *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, red. J. Halik, Warszawa 2002, s. 17.

³ J. Piotrowski, *Gerontologia i geriatria*, [w:] *Encyklopedia seniora*, red. F. Sawicka, B. Maryńska, E. Stańczuk, Warszawa 1986, s. 16.

miana jako wewnętrzna reprezentacja dziejących się w jego życiu wydarzeń, stanowi więc swoistą konstelację systemowo ze sobą powiązanych czynników endogennych i egzogennych. W takim ujęciu sytuacja seniora w przestrzeni życiowej jest stanem, a zarazem procesem odzwierciedlającym jego relacje ze środowiskiem.

Pojęcie jakości życia

Centralną kategorią umożliwiającą analizę procesu przeżywania własnego życia przez osoby w wieku senioralnym jest pojęcie jakości życia. W humanistyce i naukach społecznych pojęcie jakości życia bywa rozpatrywane przez pryzmat różnych podejść definicyjnych. Jest ono poddawane analizom w kontekście zadań życiowych, potrzeb jednostki, w perspektywie egzystencjalnej oraz w ujęciu holistycznym, to jest z uwzględnieniem ujęcia subiektywnego oraz obiektywnej oceny warunków życia i stopnia zaspokojenia potrzeb⁴. W ujęciu R. Borowicza analiza aktualnych potrzeb może być

próbą opisu świata życia oraz przestrzeni, w której funkcjonują ludzie, rozpatrując to, co obiektywne (mieralne zewnętrznie) i co subiektywne (stan świadomości, zadowolenie)⁵.

Holistyczne ujęcie jakości życia prezentuje między innymi koncepcja D. Felce'a i J. Perry'ego⁶ oraz model R.L. Schalocka⁷. W pierwszym przypadku jakość życia jest definiowana jako kombinacja obiektywnych warunków życia i satysfakcji z poszczególnych aspektów dobrostanu fizycznego, materialnego i społecznego, jak również z własnej aktywności i możliwości rozwoju, ważonych przez system osobistych wartości i aspiracji oraz przypisywanych im przez jednostkę subiektywnych znaczeń. Z kolei, w holistycznym ujęciu Schalocka podstawowe wymiary jakości życia zostały ujęte w hierarchiczny układ, obejmujący kolejno: fizyczny dobrostan, materialny dobrobyt, prawa jednostki, włączenie społeczne, relacje interpersonalne, samostanowienie, rozwój osobisty i dobrostan emocjonalny.

Subiektywne ujęcia jakości życia mają charakter egzystencjalny, bowiem są oparte na założeniu, że człowiek odczuwa własne życie poprzez jego

⁴ Por. J. Trzebiatowski, *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, Hygeia Public Health, 2011, 46, 1, s. 25-31.

⁵ R. Borowicz, *Równość i sprawiedliwość społeczna*, Warszawa 1988, s. 53.

⁶ D. Felce, J. Perry, *Quality of Life: Its Definitions and Measurement*, Research in Developmental Disabilities, 1995, 16, s. 51-74.

⁷ R.L. Schalock, *Three Decades of Quality of Life*, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 2000, 15, s. 116-127.

przeżywanie. Przeżywanie własnego życia jest tu rozumiane jako proces wewnętrzny, w ramach którego w poznawanie rzeczywistości zostaje włączone doświadczanie różnych procesów psychicznych, w tym między innymi: tworzenie wyobrażeń, fantazji, aktywacja wspomnień oraz świadome nadawanie informacjom osobistego znaczenia. Powiązanie przeżyciowego aspektu jakości życia z jego subiektywną oceną, wystawianą na podstawie informacji uzyskanych dzięki procesom poznawczym, które umożliwiają dokonanie refleksji nad przebiegiem i aktualnym stanem własnego życia, pozwala tu przyjąć, że percepcja jakości życia stanowi sumę efektu przeżywania i efektu poznawania⁸. Jednocześnie, w literaturze przedmiotu wskazuje się, że subiektywna ocena jakości życia, traktowana jako kategoria poznawczo-emocjonalna, jest wyraźnie powiązana ze środowiskowym kontekstem różnych sfer życia i działania człowieka (rodziny, edukacji, pracy, wypoczynku, ochrony zdrowia, życia obywatelskiego itp.), z samooceną zdrowia i postrzeganiem własnego funkcjonowania w wymiarze psychospołecznym⁹.

Czynniki warunkujące jakość życia seniora

Jednym z zasadniczych czynników decydujących o poziomie jakości życia seniora jest jego sytuacja zdrowotna. Jako kluczowa kwestia znajduje swoje odzwierciedlenie między innymi w teoretycznych modelach jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – *Health Related Quality of Life*¹⁰. Rozpatrując udział zdrowia w warunkowaniu poziomu jakości życia, należy przy tym odwołać się do idei holizmu i myślenia systemowego¹¹ oraz powszechnie dziś akceptowanej koncepcji uwarunkowań zdrowia, znanej pod nazwą „pól zdrowia” LaLonde’a¹². Przełożenie koncepcji ujmowania rzeczywistości w kategoriach zintegrowanych całości na fenomen zdrowia pozwala bowiem z jednej strony na wyróżnienie poszczególnych jego wymiarów, z drugiej zaś – na poddanie go analizie w kontekście wpływów fizycznego, przyrodniczego i psychospołecznego otoczenia człowieka¹³. Zdrowie w ujęciu holistycznym należy zatem traktować jako zintegrowany

⁸ S. Kowalik, *Jakość życia pacjentów w procesie leczenia*, [w:] *Elementy psychologii klinicznej*, t. IV, red. B. Waligóra, Poznań 1995, s. 27-47.

⁹ Por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007, s. 57-59.

¹⁰ Por. J. Daszykowska, *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków 2007, s. 55-60.

¹¹ L. von Bertalanffy, *Ogólna teoria systemów. Podstawy, rozwój, zastosowania*, przekł. E. Woydyłło-Woźniak, Warszawa 1984.

¹² M. LaLonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa 1974.

¹³ A. Gawęł, *Educational aspects of human health in adulthood*, *The Andragogic Perspectives*, 2013, 3, s. 23-31.

system, obejmujący sferę fizyczną (somatyczną), psychiczną, społeczną i duchową. Tak też zdrowie zostało zdefiniowane w klasycznej już dzisiaj definicji, zawartej w preambule Światowej Organizacji Zdrowia, w której na jego określenie przyjęto termin dobrostan (*well-being*), utożsamiany również w piśmiennictwie z takimi określeniami, jak zadowolenie z życia, poczucie szczęścia, czy satysfakcja z życia.

Uwzględnienie holistycznego podejścia do zdrowia oraz koncepcji ujmowania go w kategoriach dobrostanu umożliwia operowanie pojęciem zdrowia subiektywnego, którego diagnoza jest oparta na samoocenie stanu zdrowia, oraz przeniesienie akcentu na jego aspekty pozytywne. Jednym ze wskaźników pozytywnego zdrowia somatycznego jest wydolność fizyczna, której poziom ma decydujący wpływ na efektywność wykonywania przez człowieka czynności dnia codziennego. W okresie starzenia się i starości odgrywa ona rolę szczególną, jako że decyduje nie tylko o rodzajach aktywności podejmowanej w czasie wolnym, ale również o stopniu niezależności w wykonywaniu podstawowych czynności samoobsługowych oraz związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego.

Na pograniczu subiektywnych i obiektywnych ocen stanu zdrowia fizycznego umieszczane są skale sprawności funkcjonalnej, które umożliwiają dokonanie oceny stopnia sprawności i niezależności od otoczenia w zaspokajaniu podstawowych potrzeb. Skale te obejmują pomiar dwóch podstawowych wymiarów funkcjonowania człowieka: czynności umożliwiających zaspokajanie podstawowych potrzeb ukierunkowanych na własną osobę oraz czynności ukierunkowanych na osiągnięcie środków umożliwiających zaspokojenie tych potrzeb¹⁴.

Współcześnie powszechnie akceptowany jest pogląd, że czynniki determinujące zdrowie związane są nie tylko ze sferą biologii i medycyny, ale tkwią również w pozabiologicznych obszarach funkcjonowania człowieka – stylu jego życia oraz właściwościach środowiska, w jakim żyje. Szczególny nacisk na systemowe powiązania między holistycznie rozumianym zdrowiem a otaczającym człowieka światem fizycznym i społecznym został położony w socjoekologicznym modelu zdrowia. Jego egzemplifikacją jest tak zwana *Mandala zdrowia*¹⁵, w której zaznaczono, że wszystkie „pola zdrowia”, to jest czynniki je determinujące, przenikają przez krąg oddziaływań rodziny, która stanowi najbliższy człowiekowi system uczestniczący w ich kształtowaniu.

¹⁴ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 2000, s. 110.

¹⁵ T. Hancock, F. Perkins, *The Mandala of Health: a conceptual model and teaching tool*, Health Education, 1985, 24, s. 8-10.

Jakkolwiek rodzina stanowi naturalne środowisko rozwoju i zasadniczy składnik przestrzeni życiowej człowieka w każdej fazie jego życia, to w okresie starości jej wartość rośnie i zaczyna odgrywać jeszcze większą rolę¹⁶. Staje się wówczas bowiem podstawową grupą odniesienia społecznego, która uczestniczy w kształtowaniu poziomu jakości życia osoby starszej. Rodzina stanowi o jakości życia seniora chociażby poprzez tworzony przez nią system wsparcia, który S. Kawula określa elementem *spirali życzliwości*. W tym kontekście autor wskazuje między innymi na wsparcie emocjonalne, polegające na wysyłaniu osobom starszym podstawowych, zarówno werbalnych jak i niewerbalnych, komunikatów, które zapewniają je o sympatii ze strony najbliższych, aprobacie ich postępowania, czy toku myślenia. Podkreśla też rolę rodziny jako źródła wsparcia instrumentalnego seniorów, które jest związane ze świadczeniem im konkretnej pomocy (w tym także materialnej) i usług, jak również informacyjnego i duchowego, zaś w odniesieniu do tego ostatniego zwraca uwagę na jego niezastąpioną rolę w podtrzymywaniu dobrej kondycji psychicznej seniora¹⁷.

Udział rodziny w kształtowaniu jakości życia osób starszych wiąże się również z zaspokajaniem przez nią *potrzeb psychicznych*. Mowa tu głównie o zaspokajaniu potrzeby integracji w relacjach z najbliższymi, potrzeby użyteczności i uznania realizowanej poprzez wykonywanie czynności dnia codziennego na rzecz rodziny, potrzeby autonomii i bezpieczeństwa, a także potrzeby satysfakcji życiowej, która może być osiągnięta dzięki pełnieniu przez nich rodzinnych ról społecznych – roli ojca, matki, czy roli dziadka i babci.

Rodzina decyduje o jakości życia osoby starszej poprzez troskę o dobre, pozytywne i pełne szacunku wzajemne relacje rodzinne, stanowiące prawdziwą ostoję w trudnych chwilach życiowych. Dla osoby starszej są one podstawą równowagi emocjonalnej oraz zdrowia psychospołecznego. Wzajemne kontakty rodzinne są też dla seniora źródłem rozwoju osobowości, pomagają przystosować się do życia w starości oraz sprzyjają dodatniemu bilansowi życiowemu¹⁸. Z badań przeprowadzonych przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne wynika, że sieci wsparcia seniorów cechuje familiocentryzm. Ludzie starsi raczej niechętnie angażują się w życie społeczności lokalnej, zarówno w sposób nieformalny, jak również poprzez aktywne uczestnictwo w różnego rodzaju organizacjach, czy poprzez podejmowanie

¹⁶ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn 2007, s. 89.

¹⁷ S. Kawula, *Spirala życzliwości: od wsparcia do samorozwoju*, [w:] *Wsparcie społeczne w różnych układach ludzkiego życia*, red. E. Kantowicz, Olsztyn 1997, 11-17.

¹⁸ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie*, s. 90.

aktywności wolontaryjnej. Silna koncentracja na rodzinie może być efektem braku zaufania do ludzi obcych, jak również subiektywnej oceny własnego życia, determinowanej własnym stanem zdrowia czy trudną sytuacją materialną.

Otoczenie najbliższych staje się głównym motorem kształtowania jakości życia osoby starszej w przypadku pojawienia się choroby, zniepełnienia lub niepełnosprawności. Najważniejszym zadaniem rodziny staje się wtedy trwanie z osobą starszą w jej troskach czy cierpieniu, a także wszelka pomoc, ochrona zdrowia i życia seniora oraz zapewnienie mu odpowiedniej opieki, zarówno psychologicznej, jak i medycznej, czy pielęgnacyjnej. Duże znaczenie w kształtowaniu jakości życia osoby starszej ma fakt, że rodzina na tle ciągłych przeobrażeń społeczno-ekonomicznych łączy w sobie elementy tradycji z elementami postępującej nowoczesności, ułatwiając w ten sposób żyjącym w niej seniorom adaptację do zmieniającej się rzeczywistości społecznej, będąc jednocześnie dla nich oparciem i siłą napędową. Ponadto, rodzina staje się także dla osoby starszej płaszczyzną przekazywania międzypokoleniowych wartości, umożliwiając im tym samym zetknięcie się z problemami istotnymi dla osób przeżywających inną fazę życia.

Bliscy mogą też kształtować jakość życia osoby starszej poprzez właściwą organizację jej zaplecza ekonomicznego oraz infrastruktury mieszkaniowej. Ma to niewątpliwie szczególne znaczenie w przypadku pojawienia się niedomagania lub niepełnosprawności, kiedy to osoba starsza powinna mieć zapewnione warunki godnego życia, co niejednokrotnie wymaga zastosowania szeregu udogodnień umożliwiających egzystowanie w mieszkaniu, domu, czy najbliższym otoczeniu.

Dokonujące się współcześnie przeobrażenia w niemal wszystkich obszarach i sferach życia człowieka nie pozostają bez wpływu na zadania, jakie rodzina świadczy na rzecz jakości życia osób starszych¹⁹. Nieustannie pojawiają się też nowe zjawiska, problemy i zagrożenia rodziny. Jednym z nich jest migracja młodych ludzi w poszukiwaniu pracy, której skutki odbijają się na życiu tych bliskich, którzy w kraju pozostają.

Zjawisko eurosieroctwa seniorów

Zjawisko tak zwanego eurosieroctwa dzieci jest bogato opisywane w literaturze naukowej. Sporadycznie natomiast badany był dotąd problem funkcjonowania ludzi w podeszłym wieku będących ofiarami emigracji wła-

¹⁹ A. Chabior, *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*, Kielce 2000, s. 11.

snych dzieci, wnuków, czy całych rodzin. Jest on niezwykle aktualny wobec faktu, iż skala migracji zarobkowej powoduje dynamiczne poszerzanie się grona samotnych osób w wieku senioralnym.

Migrację zarobkową dorosłych dzieci można, za Heleną Sęk, określić mianem wydarzenia krytycznego, jako że wprowadza ono nieuchronne zmiany w życiu seniora i jego otoczenia, a zarazem decyduje o jakości życia całej rodziny.

Migracja młodych ludzi z kraju prowadzi przede wszystkim do deprecjacji podstawowych potrzeb człowieka starszego. Zachwiana zostaje tu potrzeba bezpieczeństwa, użyteczności, integracji z rodziną, czy potrzeba uznania oraz wsparcia emocjonalnego. Osamotnieni seniorzy niejednokrotnie są zmuszeni do korzystania z pozarodzinnych, w tym często instytucjonalnych, źródeł opieki i społecznego wsparcia.

Migracji towarzyszy proces zmiany społecznej i chociaż nie musi to oznaczać izolacji, niemniej warto jednak podkreślić, że jak emigracja długoterminowa rodziców jest wydarzeniem trudnym i obciążającym pozostawione w kraju dzieci, tak podobne skutki dla rodziców w wieku senioralnym ma długo trwająca nieobecność w kraju ich dorosłych dzieci. Nie nadążając za szybkimi zmianami rzeczywistości i wzrastającym tempem życia, odczuwają oni często w takiej sytuacji pustkę, zagubienie i nieprzydatność społeczną²⁰.

Problemy migracyjne stanowią także jeden z determinantów prowadzących do zaburzenia procesu wypełniania ról społecznych powierzanych osobom starszym. Seniorom poprzez brak kontaktu z dziećmi i wnukami odbierane są ich dotychczasowe role – ojca, matki, dziadka lub babci, przez co spychani są często na margines życia społecznego i zmuszani do pełnienia „rol bez ról”. Takie zjawisko nasila się szczególnie w przypadku braku w najbliższym otoczeniu wnuków, dzieci, czy innych członków rodziny. Problem ten pogłębia dodatkowo fakt, że ludzie starsi związani dotychczas ze swoją rodziną i ukierunkowani na wypełnianie ról w obrębie jej struktury, nie są przyzwyczajeni do wzajemnego wspierania się w grupach sąsiedzkich czy senioralnych, gdyż znikoma dotąd integracja środowiskowa wynikała z dużej koncentracji na własnej rodzinie i nieufności do wszelkich działań samorządowych, społecznych i pozarodzinnych.

Rodzi się zatem pytanie: jak osoby w wieku senioralnym osamotnione przez własne dzieci w związku z ich migracją zarobkową postrzegają tę sytuację, na ile waży ona na ich subiektywnym poczuciu jakości życia, jak wpływa na ich kondycję, zdrowie, zadowolenie z życia, kontakty społeczne, poziom aktywności i zaangażowanie w życie społeczne?

²⁰ Tamże, s. 11.

Projekt badań komparatystycznych

Przedmiotem zaprojektowanych przez nas badań²¹ jest jakość życia seniorów osamotnionych wskutek migracji długookresowej własnych dzieci, zamieszkujących różne regiony naszego kraju oraz sąsiadującej z nami Litwy i Łotwy. Wybór terenu naszych badań podyktowany jest cechami dystynktywnymi wybranych regionów, które traktujemy w charakterze zmiennych pośredniczących: skala ubóstwa, poziom bezrobocia, reprodukcja patologii społecznych, „ucieczka elit”, styl i treść komunikacji społecznej, postrzeganie szans rozwojowych mieszkańców, odpływ ludzi młodych w poszukiwaniu miejsca dla siebie. W ramach prowadzonych analiz uwzględniona zostanie sytuacja życiowa seniorów (zdrowotna, podmiotowo-psychologiczna, społeczna i ekonomiczna), których dzieci wyemigrowały „za chlebem” oraz poziom i uwarunkowania ich samotności wynikającej z rozłąki.

Interesuje nas, między innymi, uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

- Jakie są cechy usytuowania socjodemograficznego badanych w odniesieniu do ich statusu demograficznego, struktury rodziny oraz miejsca i środowiska zamieszkania?

- Jaki jest poziom i uwarunkowania samotności seniorów wynikającej z migracji zarobkowej ich dzieci?

- Jaki jest poziom jakości życia badanych seniorów (mierzonej subiektywną oceną zdrowia, satysfakcji z życia i wydolności fizycznej; postrzeganiem warunków życia; poczuciem alienacji w zakresie doświadczanej bezradności *vs* zaradności oraz izolacji *vs* integracji; poziomem deklarowanej przez seniorów aktywności kulturalnej i rekreacyjnej)?

- Jak seniorzy postrzegają otrzymywane wsparcie społeczne w wymiarze informacyjnym, instrumentalnym, wartościującym, emocjonalnym oraz duchowym?

- W jaki sposób wiek, płeć, usytuowanie geograficzne miejsca zamieszkania i środowisko zamieszkania seniorów różnicują samoocenę zdrowia i wydolności fizycznej, subiektywną ocenę warunków życia, deklarowaną przez nich aktywność w czasie pozostającym po wypełnieniu czynności dnia codziennego oraz postrzeganie przez nich własnego funkcjonowania w wymiarze psychospołecznym i duchowym?

²¹ Projekt wypracowany w Katedrze Pedagogiki Społecznej i Pracy Socjalnej Akademii Ignatianum w Krakowie. Zespołem 21 badaczy z pięciu ośrodków (RTU w Rydze, LUE w Wilnie, UMK w Toruniu, AI w Krakowie, OSW w Olsztynie) kieruje profesor Ryszard Borowicz (UMK w Toruniu).

- W jaki sposób długość rozłąki seniorów z dziećmi przebywającymi na migracji zarobkowej oraz rodzaj i częstotliwość kontaktów z nimi, a także nasilenie kontaktów z pozostałymi członkami rodziny zamieszkującymi w sąsiedztwie badanych różnicują poczucie alienacji i/bądź wsparcia społecznego?

- W jaki sposób poczucie osamotnienia badanych seniorów jest różnicowane środowiskiem zamieszkania oraz kontekstem kulturowym związanym z miejscem zamieszkania?

- Jaki istnieje związek między poczuciem osamotnienia badanych a realizowaniem się ich na płaszczyźnie życia duchowego oraz zadowoleniem z własnego życia?

- Kto stanowi grupę (sieć) wsparcia - pojedyncze jednostki z najbliższego środowiska czy wsparcie społeczne ma częściej charakter instytucjonalny; czy pojawiają się tendencje do tworzenia *subkultury seniorów* jako jednej z form integracji społecznej?

Tak sformułowane pytania wyznaczają kierunki poszukiwań badawczych pedagogiki społecznej w obszarze nowego zjawiska społecznego, jakim jest eurosieroctwo seniorów. Mamy nadzieję, że przyczynkiem do nich będą zaprojektowane przez nas badania.

BIBLIOGRAFIA

- Bertalanffy von L., *Ogólna teoria systemów. Podstawy, rozwój, zastosowania*, przekł. E. Woydyłło-Woźniak, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.
- Borowicz R., *Równość i sprawiedliwość społeczna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988.
- Chabior A., *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*, Wydawnictwo ITE, Kielce 2000.
- Daszykowska J., *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
- Felce D., Perry J., *Quality of Life: Its Definitions and Measurement*, Research in Developmental Disabilities, 1995, 16.
- Gawel A., *Educational aspects of human health in adulthood*, The Andragogic Perspectives, 2013, 3.
- Halik J., *Starzenie się społeczeństwo jako proces demograficzny i społeczny*, [w:] *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, red. J. Halik, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
- Hancock T., Perkins F., *The Mandala of Health: a conceptual model and teaching tool*, Health Education, 1985, 24.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Kawula S., *Spirala życziwości: od wsparcia do samorozwoju*, [w:] *Wsparcie społeczne w różnych układach ludzkiego życia*, red. E. Kantowicz, Studium Kształcenia Ustawicznego „Glob”, Olsztyn 1997.

- Kowalik S., *Jakość życia pacjentów w procesie leczenia*, [w:] *Elementy psychologii klinicznej*, t. IV, red. B. Waligóra, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1995.
- LaLonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians*, Government of Canada, Ottawa 1974.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2007.
- Piotrowski J., *Gerontologia i geriatria*, [w:] *Encyklopedia seniora*, red. F. Sawicka, B. Maryan-ska, E. Stańczuk, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986.
- Rembowski J., *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa-Poznań 1984.
- Schalock R.L., *Three Decades of Quality of Life, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2000, 15.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2004.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.
- Trafiałek E., *Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych. Studium teoretyczno-diagnostyczne*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego, Kielce 1998.
- Trzebiatowski J., *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, *Hygeia Public Health*, 2011, 46, 1.
- Zych A.A., *Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej*, Interart, Warszawa 1995.