

FEDERACJA NAUKOWA WSB-DSW MERITO

Izabela Zapalska

SYTUACJA ŻYCIOWA OSÓB STARSZYCH
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W CZASIE PANDEMII
COVID-19

Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dra hab. Adama A. Zycha

Gdańsk – Wrocław, 2023

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE	6
SUMMARY	8
WYKAZ AKRONIMÓW I SKRÓTÓW ZASTOSOWANYCH W PRACY	9
WSTĘP	11
ROZDZIAŁ I. STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ	14
1.1. Starzenie się jako wielowymiarowy proces w życiu człowieka.....	14
1.2. Starość – ostatni etap w życiu człowieka	27
1.3. Sytuacja życiowa osób starszych z niepełnosprawnościami	33
1.3.1. Wpływ sytuacji życiowej na jakość życia osób starszych z niepełnosprawnościami	38
1.3.2. Wpływ rodziny na sytuację życiową osób starszych z niepełnosprawnościami	43
1.3.3. Potrzeby osób starszych z niepełnosprawnościami a sytuacja życiowa	45
1.3.4. Samotność i osamotnienie osób starszych z niepełnosprawnościami jako składowe ich sytuacji życiowej.....	51
1.4. Demograficzny obraz polskiej starości.....	58
ROZDZIAŁ II. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ OSÓB STARSZYCH.....	64
2.1. Rodzaje i modele niepełnosprawności.....	67
2.2. Charakterystyka niepełnosprawności w okresie starości.....	73
2.3. Niepełnosprawność osób starszych w ujęciu społeczno-prawnym	78
2.4. Wybrane przepisy krajowe i międzynarodowe.....	82

ROZDZIAŁ III. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	89
3.1. Strategia badawcza.....	89
3.2. Cele i przedmiot badań.....	93
3.3. Problemy badawcze	95
3.4. Metoda i technika badawcza	96
3.5. Organizacja badań oraz charakterystyka terenu i badanych osób.....	101
 ROZDZIAŁ IV. SYTUACJA ŻYCIOWA OSÓB STARSZYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI PODCZAS TRWANIA PANDEMII COVID-19 – ANALIZA Z INTERPRETACJĄ WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH	 107
4.1. Interpretacja danych	107
4.2. Osoby starsze z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19	108
4.3. Codzienność osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19.....	114
4.4. Znaczenie rodziny dla osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19	133
4.5. Stan fizyczny osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19	140
4.6. Dobrostan psychiczny osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19	147
4.7. Sytuacja zawodowa osób starszych z niepełnosprawnościami aktywnych zawodowo podczas trwania pandemii COVID-19.....	157
4.8. Praktyki religijne osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19	162
4.9. Życie towarzyskie i kulturalne osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19	170
4.10. Nowe umiejętności nabyte przez osoby starsze z niepełnosprawnościami podczas pandemii COVID-19	177

ZAKOŃCZENIE – WNIOSKI I REKOMENDACJE.....	182
BIBLIOGRAFIA	188
WYKAZ TABEL, RYSUNKÓW I FOTOGRAFII.....	200

STRESZCZENIE

W rozprawie skupiono się na zagadnieniach dotyczących sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19. Zagadnienia opracowane zostały na podstawie analizy literatury naukowej oraz przeprowadzonych badań własnych. Jako cel pracy wyznaczono zebranie dokładnych informacji za pomocą indywidualnych wywiadów pogłębionych na temat sytuacji życiowej osób starszych w czasie trwania pandemii COVID-19 od grupy osób starszych z terenów województwa wielkopolskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego. Punktem wyjścia do niniejszej pracy naukowej stała się definicja sytuacji życiowej z *Leksykonu gerontologii* autorstwa Adama .A. Zycha, w której określono zakres badań autorki oraz ramy teoretyczne dysertacji. Ogółem zbadano 30 osób w wieku od 61. roku życia do 82. roku życia. W pierwszym rozdziale autorka opisała na podstawie literatury proces starzenia się człowieka, okres starości, sytuację życiową osób starszych z niepełnosprawnościami, oraz jej wpływ na jakość życia tej grupy wiekowej. W tym rozdziale zostały opisane również potrzeby osób starszych, a także zauważalny od dawna problem samotności i osamotnienia, który nasilił się podczas pandemii COVID-19. Ostatni punkt pierwszego rozdziału, to demograficzny obraz polskiej starości, który jest wynikiem długotrwałych zmian demograficznych jakie miały miejsce w Polsce w ostatnich dekadach. Drugi rozdział, to zagadnienia dotyczące niepełnosprawności osób starszych związanych zarówno z procesem starzenia się jak i starością. Opisano rodzaje i modele niepełnosprawności, scharakteryzowana została niepełnosprawność w ostatnim etapie życia i przytoczone wybrane przepisy krajowe jak i międzynarodowe dotyczące osób starszych z niepełnosprawnością. W trzecim rozdziale została przedstawiona metodologia badań własnych. W ostatnim rozdziale pracy dokonano analizy i interpretacji wyników badań dotyczących sytuacji osób starszych w czasie pandemii COVID-19. Pracę wieńczą wnioski i rekomendacje skierowane do pedagogów, lekarzy, gerontologów, psychologów, pracowników socjalnych i terapeutów zajęciowych. Celem tych rekomendacji jest pokazanie, ile pracy i zaangażowania wymaga obszar opieki, ochrony zdrowia, edukacji i prewencji w kontekście osób starszych i starzejących się. Autorka pragnie zachęcić specjalistów i pracowników różnych dziedzin do bardziej holistycznego podejścia do potrzeb i problemów osób starszych oraz do podejmowania środków mających na celu wsparcie tej grupy społecznej w trudnych sytuacjach, takich jak np. pandemia.

Słowa kluczowe: jakość życia, niepełnosprawność, pandemia COVID-19, starość, starzenie się, sytuacja życiowa.

SUMMARY

This dissertation focused on issues related to the life situation of elderly people with disabilities during the COVID-19 pandemic. The issues were developed based on the analysis of scientific literature and own research. The aim of the work was to collect detailed information through individual in-depth interviews about the life situation of elderly people during the COVID-19 pandemic from a group of older people from the Silesian Voivodeship, Greater Poland Voivodeship and West Pomeranian Voivodeship. The starting point for this scientific thesis was the definition of a life situation from “Leksykon gerontologii” by Adam A. Zycha, which defines the scope of the author's research and the theoretical framework of the dissertation. In total, 30 people aged 61 to 82 were examined. In the first chapter, the author described, based on the literature, the human aging process, the period of old age, the life situation of older people with disabilities, and its impact on the quality of life of this age group. This chapter also describes the needs of older people, as well as the long-noticeable problem of loneliness and solitude, which has intensified during the COVID-19 pandemic. The last point of the first chapter is the demographic picture of Polish senility, which is the result of long-term demographic changes that have taken place in Poland in recent decades. The second chapter covers issues related to the disabilities of elderly people related to both the aging process and old age. Types and models of disability are described, disability in the last stage of life is characterized and selected national and international regulations regarding older people with disabilities are cited. The third chapter presents the methodology of own research. The last chapter of the work analyzes and interprets research results on the situation of elderly people during the COVID-19 pandemic. The work ends with conclusions and recommendations addressed to educators, doctors, gerontologists, psychologists, social workers and occupational therapists. The aim of these recommendations is to show how much work and commitment is required in the area of care, health protection, education and prevention in the context of elderly and aging people. The author would like to encourage specialists and employees in various fields to take a more holistic approach to the needs and problems of elderly people and to take measures to support this social group in difficult situations, such as a pandemic.

Keywords: quality of life, disability, COVID-19 pandemic, old age, aging, life situation.

WYKAZ AKRONIMÓW i SKRÓTÓW ZASTOSOWANYCH W PRACY

COG	całościowa ocena geriatryczna (ang. <i>comprehensive geriatric assessment</i>)
COVID-19	nazwa choroby układu oddechowego wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2
DDS	dzienny dom seniora
DPS	dom pomocy społecznej
EKS	Europejska Karta Społeczna
GOPS	gminny ośrodek pomocy społecznej
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HCP	ang. <i>Human Connectome Project</i>
ICF	Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania niepełnosprawności i zdrowia (ang. <i>International Classification of Functioning Disability and Health</i>)
IPA	interpretacyjna analiza fenomenologiczna (ang. <i>interpretative phenomenological analysis</i>)
KS	klub seniora
KPPUE	Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej
MOPS	miejski ośrodek pomocy społecznej
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSP	Narodowy Spis Powszechny
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
PTG	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne
RCK	regionalne centrum kultury
PTTK	Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze
RE	Rada Europy
RODO	Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych
SARS-CoV-2	nazwa czynnika chorobotwórczego należącego do koronawirusów, czyli wirusów RNA
SM	stwardnienie rozsiane (łac. <i>sclerosis multiplex</i>)

USA	Stany Zjednoczone Ameryki Północnej
UTW	uniwersytet trzeciego wieku
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WSTĘP

Współczesny świat doświadcza niezwykle dynamicznych zmian społecznych, które wpływają na różne grupy ludzi w różnorodny sposób. W ostatnich latach światowa społeczność stanęła w obliczu wyjątkowego wyzwania, jakim była pandemia COVID-19, wywołana koronawirusem SARS-CoV-2. Pandemia ta wywarła ogromny wpływ na życie społeczne, gospodarcze i zdrowotne ludzi na całym świecie. Jednak jedną z grup społecznych, która szczególnie odczuła jej skutki, zarówno związane z samym wirusem, jak i z restrykcjami społecznymi, były osoby starsze z niepełnosprawnościami.

Starzenie się populacji jest trendem obserwowanym na całym świecie, osoby starsze bowiem stanowią coraz większą część społeczeństw, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się, co sprawia, że analiza wpływu pandemii na sytuację życiową osób starszych staje się niezwykle istotnym zagadnieniem.

Pandemia stanowiła nie tylko ogromne wyzwanie w zakresie zdrowia publicznego, ale także rzuciła światło na potrzeby i problemy związane z opieką nad osobami starszymi. Na przestrzeni dwóch lat rozprzestrzeniania się zakaźnej choroby COVID-19 rola i znaczenie osób starszych w społeczeństwie zostały wyraźnie uwydatnione. To grupa wiekowa, która zmagająca się w swoim życiu z wieloma wyzwaniami oraz kryzysami i nadal wykazuje niesamowitą siłę, wytrwałość, a także odporność w obliczu obecnej sytuacji. Zjawisko epidemiologiczne z 2020 roku wymusiło na nas wszystkich refleksję nad tym, jak istotne jest uwzględnianie potrzeb i dostosowywanie działań społecznych i politycznych do realnych sytuacji osób starszych z niepełnosprawnościami, które mogą wpłynąć na poprawę jakości życia oraz dobrostan tej grupy wiekowej.

W literaturze zarówno polskiej, jak i zagranicznej trudno było znaleźć opracowania dotyczące definicji **sytuacji życiowej**. Jedynym źródłem tego zagadnienia okazał się *Leksykon gerontologii* autorstwa Adama. A. Zycha (2017), który stał się istotnym punktem odniesienia i punktem wyjścia do dalszego badania i zrozumienia istotnego problemu ludzkiego i społecznego, którym była sytuacja życiowa osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19. Sytuacja życiowa to „funkcja samodzielności życiowej jednostki, działań społecznych na jej rzecz, wyznawanych wartości, oraz zewnętrznych warunków przyrodniczych, kulturalnych i społecznych. Różnorodne sytuacje życiowe tworzą drogę egzystencji ludzkiej” (Zych, 2017, s. 175). z definicji tej wynika, że sytuacja życiowa to zbiór warunków życiowych, które kształtują codzienne życie ludzi, a pandemia stała się integralną

częścią życia wszystkich grup społecznych na przestrzeni dwóch lat, dokonując drastycznych zmian niemal w każdym obszarze ich życia.

Z tego względu sytuacja życiowa osób starszych z niepełnosprawnościami stała się przedmiotem dociekliwych badań autorki, które umożliwiły przygotowanie, opracowanie i analizę materiału, który w całości przedstawiony został w niniejszej pracy. Wielogodzinne rozmowy z osobami starszymi przyczyniły się do zyskania świadomości, jak niezmiernie ważny jest dla tej grupy wiekowej kontakt interpersonalny i jak istotne są dla niej spotkania twarzą w twarz. Te bezpośrednie interakcje przyniosły także głębsze spojrzenie na potrzeby i troski osób starszych. z rozmów można było wydobyć konkretną i potrzebną wiedzę, która stanowiła cel badań autorki. Jednocześnie dla wielu uczestników badań stała się ona kimś więcej niż tylko badaczem, mogli oni bowiem podzielić się swoimi sekretami, doświadczeniami i refleksjami z własnego życia. To była głęboko osobista i wartościowa część niniejszej pracy badawczej, która pomogła w lepszym zrozumieniu punktu widzenia, trosk i doświadczeń osób starszych związanych z ich sytuacją życiową w czasie pandemii COVID-19.

W niniejszej pracy doktorskiej dużo uwagi poświęcono również problemowi niepełnosprawności, który stanowi nieodłączny element ostatniego etapu życia człowieka. Jest to kwestia często traktowana jako tabu, ponieważ osoby starsze, świadome swoich defektów zdrowotnych, niechętnie się do nich przyznają. Mają tendencję do uważania, że niepełnosprawność ich nie dotyczy, ponieważ nie wymagają opieki osób trzecich ani nie poruszają się na wózkach inwalidzkich. Jednakże temat ten jest niezwykle ważny, gdyż nawet subtelne formy niepełnosprawności mogą wpływać na jakość życia osób starszych i wymagać odpowiedniego wsparcia oraz dostosowania środowiska do ich potrzeb. Niepełnosprawność w starszym wieku jest wyzwaniem zarówno dla samych osób starszych, jak i dla ich rodzin oraz opiekunów. Ważne jest, aby społeczeństwo było przygotowane do świadczenia odpowiedniej opieki i wsparcia dla osób starszych z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Ważne jest także, aby osoby starsze miały świadomość swojej niepełnosprawności i odpowiednio dostosowały życie do możliwości i potrzeb, jak również nie odczuwały presji ani wstydu związanych z niepełnosprawnością, lecz raczej postrzegały ją jako część swojego życia i próbowały dostosować się do nowych okoliczności.

Elementem, który nie mógł zostać pominięty w niniejszej dysertacji, ze względu na jej tytuł, była pandemia COVID-19. To sytuacja skrajna i bezprecedensowa w dzisiejszych czasach. Przyniosła ona wiele niepożądanych skutków społecznych i wymusiła zmiany, na które osoby starsze, a także inni członkowie społeczeństwa, nie byli przygotowani. Jej wpływ

został zauważony w ekonomii, w sektorze zdrowia, ale także odegrał znaczącą rolę w życiu i codziennym funkcjonowaniu społeczeństwa. Pandemia zrewolucjonizowała pracę, wprowadzając masową pracę zdalną, co wpłynęło na reorganizację wielu sektorów gospodarki. Zmiany zaobserwowano także w sposobie funkcjonowania szkół i uczelni, zaczęto bowiem korzystać z platform e-learningowych i zdalnych lekcji, co wpłynęło na sposób kształcenia, jak również wymusiło nowe podejście do nauki. Dostrzec można było również reorganizację w funkcjonowaniu sklepów stacjonarnych, co skłoniło wielu konsumentów do korzystania z zakupów online. E-commerce stał się jeszcze bardziej popularny niż dotychczas. Pandemia wpłynęła także na nawyki społeczne, ograniczając zaplanowane wcześniej podróże, zamknięte zostały restauracje, kawiarnie, kina i teatry. Nakazy zachowywania dystansu społecznego spowodowały, że doszło do potrzeby zmiany zwyczajów i sposobów spędzania czasu wolnego. Sektor zdrowia publicznego stał się najbardziej zauważalnym obszarem, ponieważ to właśnie tam dokonywały się najważniejsze zmiany. Wprowadzono teleporady, e-recepty oraz zorganizowano masowe szczepienia. Dodatkowo zarówno pracownicy ochrony zdrowia, jak i pacjenci zaczęli nosić maseczki, co miało na celu podniesienie poziomu bezpieczeństwa i ochronę przed rozprzestrzenianiem się choroby. Ograniczono przyjęcia planowe do szpitali oraz zamknięte zostały przychodnie lekarzy pierwszego kontaktu i gabinety rehabilitacyjne. W wyniku tych działań panował ogólny chaos, którego skutki są odczuwalne do dziś.

Dwa lata ogólnej dezorganizacji, przerażenia, niepewności, zmian, choroby, setek ludzkich zgonów i niewyobrażalnych tragedii, które wynikały z ogólnoswiatowego kryzysu epidemiologicznego, stały się motywacją do przeprowadzenia badań. Ich celem było jeszcze lepsze zrozumienie, jak starsi ludzie radzą sobie w obliczu skrajnych warunków społecznych. Autorka podjęła wyzwanie poznania ich zachowań, postaw i wysiłków podejmowanych po to, by dostosować się do nowych sytuacji życiowych. Jednocześnie stanowiło to okazję do zaobserwowania, ile jeszcze pracy pozostało do wykonania przez służby zajmujące się pomocą i zarządzaniem, aby zapewnić ochronę życia i zdrowia osobom starszym z niepełnosprawnościami.

Przeprowadzone badania mogą pomóc w odpowiednim dostosowaniu strategii pomocy i zarządzania kryzysowymi sytuacjami, aby lepiej chronić najbardziej narażone grupy społeczne. Wprowadzenie odpowiednich środków i dostosowanie systemów wsparcia dla osób starszych z niepełnosprawnościami mogą pomóc w zminimalizowaniu negatywnych skutków przyszłych kryzysów epidemiologicznych i innych sytuacji kryzysowych. Badania te stanowią istotny krok w kierunku zwiększenia odporności społeczeństwa na tego rodzaju wyzwania.

ROZDZIAŁ I. STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ

1.1. Starzenie się jako wielowymiarowy proces w życiu człowieka

Proces starzenia się organizmu ludzkiego jest nieodłącznym elementem życia każdej jednostki. Jego wpływ na egzystencję człowieka staje się odczuwalny w sferze biologicznej, fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Jak twierdzi Thomas. C. Goldsmith (2014), proces starzenia to stopniowe osłabienie funkcji organizmu, które występuje wraz z upływem czasu, prowadząc do większej podatności na choroby i negatywne oddziaływanie środowiska (s. 12). Jest zjawiskiem naturalnym, nieodwracalnym, które przebiega wieloetapowo, wielowymiarowo, wielowarstwowo i wykazuje duże zindywidualizowanie. Nasila się w miarę upływu lat, będąc rezultatem zmian w metabolizmie oraz fizykochemicznych właściwościach komórek. Te zmiany powodują upośledzenie zdolności organizmu do samoregulacji i regeneracji, a także wpływają na przemiany morfologiczne i funkcjonalne tkanek oraz narządów (Zych, 2017, s. 167). Elżbieta Dubas (2012), definiując proces starzenia się, podkreśla istotną rolę systemu wartości jako głównej zmiennej wpływającej na dojrzałość jednostki. Opisuje starzenie się jako proces rozwojowy, jako sztukę, ze szczególnym naciskiem na koncepcję aksjofery, która odgrywa znaczącą rolę w zdobywaniu życiowej mądrości. W procesie starzenia się istotne staje się aktywowanie sił twórczych i rezerw rozwojowych, takich jak wola, inspiracja, wyobraźnia, wrażliwość i inne. Wymaga to praktykowania tych umiejętności w trudnych sytuacjach, jak niedostatek, cierpienie, choroba, samotność i strach przed śmiercią (s. 19). Z tego powodu badaczka ta określa proces starzenia się jako „sztukę” i rozumie go jako wyjątkową i bardzo skomplikowaną zdolność do pozytywnego przeżywania ostatniego etapu życia (Dubas, 2012, s. 12).

Proces starzenia się rozpatrywany jest z wielu perspektyw. W fizjologicznym wymiarze starzenie jest naturalnym procesem, który towarzyszy człowiekowi w miarę upływu czasu. Polega on na stopniowym zmniejszaniu się aktywności biologicznej organizmu, prowadzącym do ograniczenia zdolności, regeneracji i adaptacji. Starzenie się, rozumiane w kontekście psychospołecznym, to dynamiczny i nieustanny proces zmian, który zachodzi w czasie. Obejmuje on nie tylko przemiany fizjologiczne w organizmie, ale również zmiany w sferze psychicznej i społecznej. Ponadto, w znaczeniu społecznym, starzenie odnosi się do przechodzenia przez jednostkę kolejnych etapów życia, które często wiążą się

z charakterystycznymi chorobami i zaburzeniami życia społecznego dla danej grupy wiekowej (Zych, 2017, s. 167).

Proces starzenia się w dużym stopniu zależy od czynników genetycznych, które wpływają na długość życia danej osoby. Jednakże tempo tego procesu może być również determinowane czynnikami zewnętrznymi, które mogą przyspieszać proces starzenia się organizmu. Do takich czynników zewnętrznych zalicza się: przebyte choroby, doznane urazy, nieodpowiednie odżywianie, niezdrowy styl życia, pracę w szkodliwych warunkach oraz zamieszkiwanie na terenach zniszczonych ekologicznie.

Samego procesu starzenia się nie można zatrzymać, ale można go spowolnić lub złagodzić niektóre jego skutki poprzez aktywność fizyczną i psychiczną, dbanie o higienę osobistą i higienę snu oraz unikanie negatywnych wpływów, takich jak stres, palenie tytoniu czy nadużywanie alkoholu. Ważnym elementem w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka jest zrozumienie, że starzenie się stanowi naturalny proces i część cyklu życia każdej osoby.

Należy pamiętać, że każda istota doświadcza procesu starzenia się w indywidualny i niepowtarzalny sposób, ponieważ każda ma własną fizjologiczną, biologiczną i psychologiczną tożsamość. Każdy człowiek jest jednostką wyjątkową i doświadcza swojego życia na swój własny sposób, niezależnie od pochodzenia, sytuacji życiowej, przekonań i wyglądu zewnętrznego (Zych, 2017, s. 167). Dokładne zrozumienie starzenia się wymaga szerokiego spojrzenia na różnorodne zjawiska, które towarzyszą temu procesowi. Istotne jest uświadomienie sobie, że starzenie się nie przebiega w sposób jednolity dla wszystkich osób, lecz jest złożonym rezultatem wewnętrznego czasu, który wpływa na naszą indywidualność. Czas, który upływa we wnętrzu człowieka, odzwierciedla jego osobistą historię, zdrowie fizyczne i psychiczne, a także podejście do życia i wybory podejmowane przez niego na różnych etapach istnienia.

Odkrywanie i rozumienie różnic pomiędzy jednostkami w procesie starzenia się mogą pomóc w zauważeniu, że nie ma jednego, standardowego wzorca tego procesu. Każdy człowiek jest podmiotem własnego starzenia się, co pozwala nam lepiej zrozumieć i docenić naszą indywidualność w kontekście tego naturalnego przebiegu życia (Carrel, 1938, s. 138).

Wielowymiarowość procesu starzenia sprawia, że trudno jest precyzyjnie zdefiniować to pojęcie, ponieważ zmiany zachodzące w jednej sferze organizmu wpływają na uwarunkowania w pozostałych, co powoduje ich wzajemne przenikanie i uzależnienie. Zaburzenie równowagi w jednym narządzie może mieć wpływ na cały organizm i prowadzić do niewydolności wielonarządowej. z tego powodu badacze nie są w stanie analizować procesu starzenia jako pojedynczego wymiaru, dlatego badany jest on z punktu widzenia wielu dziedzin

naukowych, takich jak medycyna, biologia, psychologia, socjologia, gerontologia i innych. Pozwala to na holistyczne zrozumienie tego procesu, a integracja wiedzy i wyników naukowych z różnych dziedzin umożliwia kompleksowe podejście do problemów związanych z tym zagadnieniem. Jednocześnie wysiłki naukowców mogą przyczynić się do opracowania skutecznych strategii i interwencji w obszarze zdrowia, opieki społecznej, edukacji, jakości życia i sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami.

Proces starzenia z punktu widzenia biologii stanowi złożone zjawisko, które obejmuje stopniowe pogarszanie się funkcji i zdolności organizmu do utrzymania homeostazy i efektywnego działania wraz z upływem czasu. Może wpływać na jakość życia i zdrowie jednostki ze względu na ścisłą relację z chorobami związanymi z wiekiem.

Zgodnie z nowoczesnymi badaniami biogerontologów (López-Otín i in., 2013, s. 1194–1217) starzenie charakteryzuje się występowaniem dziewięciu prawdopodobnych cech lub objawów starości, które są wspólnymi mianownikami tego procesu:

- niestabilność genomu oznacza, że genom organizmu jest podatny na zmiany, co może wpływać na jego zdolność do utrzymania stabilności i dokładności informacji genetycznej;
- skracanie się telomerów to stopniowe zmniejszanie się ich długości na końcach chromosomów podczas podziału komórek, co wiąże się z procesem starzenia i ograniczeniem zdolności komórek do namnażania się;
- zmiany epigenetyczne oznaczają modyfikacje w ekspresji genów, które nie wiążą się bezpośrednio z samą sekwencją DNA. Te modyfikacje wpływają na aktywność genów, co ma konsekwencje dla funkcji organizmu;
- utrata struktury, stabilności i homeostazy białek to proces degradacji i zakłócenia równowagi protein w organizmie, który jest powszechny podczas procesu starzenia i może wynikać z różnych czynników, takich jak wpływ środowiska, gromadzenie uszkodzeń lub zmian epigenetycznych;
- zaburzone rozpoznawanie składników odżywczych to sytuacja, w której organizm nie potrafi w pełni identyfikować i odpowiednio przyswajać składników odżywczych zawartych w pożywieniu. To może być wynikiem różnych czynników, takich jak proces starzenia, nieprawidłowości w metabolizmie lub problemy zdrowotne;
- dysfunkcje mitochondriów to problemy lub zakłócenia w działaniu mitochondriów, które są małymi strukturami komórkowymi odpowiedzialnymi za produkcję energii;
- zatrzymanie cyklu komórkowego z cechami starzenia się odnosi się do sytuacji, w której komórki przestają normalnie się dzielić, a w wyniku tego procesu wykazują

charakterystyczne cechy związane ze starzeniem się, takie jak zmiany w wyglądzie i funkcji;

- wyczerpanie się puli komórek macierzystych to proces, w którym liczba tych specjalnych komórek zmniejsza się lub zostaje całkowicie wykorzystana. Komórki macierzyste są unikatowe ze względu na ich zdolność do samoodnawiania się i przekształcania w różne typy komórek, co jest istotne dla utrzymania zdolności organizmu do regeneracji i odnawiania tkanek;
- zaburzenia komunikacji międzykomórkowej to stan, w którym komórki nieprawidłowo komunikują się między sobą, co może mieć wpływ na działanie różnych tkanek i układów w organizmie. Współdziałanie międzykomórkowe jest podstawą dla harmonijnego funkcjonowania organizmu i utrzymania równowagi wewnętrznej.

Do teorii biologicznych, które wyjaśniają proces starzenia, zaliczyć można m.in.: teorię starzenia się komórkowego, molekularnego, immunologicznego i hormonalnego.

Zgodnie z teorią starzenia się komórkowego starzenie jest wynikiem zwiększającego się uszkodzenia i utraty funkcji komórek organizmu w wyniku długotrwałych procesów metabolicznych. Teoria ta zakłada, że liczba podziałów komórek jest stała (Kijak i Szarota, 2013, s. 13) zaś starzenie się, a co za tym idzie – śmierć komórki spowodowana jest utratą zdolności do dalszych jej podziałów poprzez skrócenie zakończeń chromosomów, a także reakcją na czynniki stresowe (Wieczorowska-Tobis i Talarska, 2008, s. 23).

W teorii starzenia się molekularnego wraz z upływem lat dochodzi do narastającej utraty zdolności adaptacyjnych komórek i zmniejszania się efektywności procesów naprawczych w organizmie, co prowadzi do zwiększonego uszkodzenia molekularnego, w tym DNA. W rezultacie w organizmie powstają reaktywne formy tlenu, które przyczyniają się do uszkodzenia lipidów, białek i kwasów nukleinowych, co przyczynia się do dalszej utraty funkcji organizmu.

Inną teorią w procesie biologicznym jest teoria starzenia się immunologicznego, która zakłada, że zanikają funkcje układu odpornościowego w wyniku zmian w składzie limfocytów, zmniejszenia się ich proliferacji i zmniejszenia funkcji fagocytarnych, co prowadzi do zwiększenia podatności na choroby związane z wiekiem (Wieczorkowska-Tobis i Talarska, 2008, s. 20–21).

Teoria starzenia się hormonalnego natomiast opiera się na zmianach w poziomach hormonów w organizmie, w tym w zmniejszeniu się poziomu hormonów płciowych u mężczyzn i kobiet, a także zmniejszeniu się produkcji hormonów tarczycy i kory nadnerczy, co wpływa na wiele procesów metabolicznych i hormonalnych w organizmie.

W wymiarze biologicznym proces starzenia powoduje pogorszenie się fizycznego stanu organizmu. Występuje efekt plejotropowy, teza mówiąca o tym, że starzeniem się i funkcjonowaniem układu immunologicznego zarządzają te same mechanizmy molekularne i ważną rolę odgrywa gen *daf-2* (Zych, 2017, s. 49). Stopniowo zmieniają się zewnętrzny wygląd człowieka, a także ciało i wszystkie narządy wewnętrzne.

Starzenie się nie jest bezpośrednią przyczyną chorób, ale jest z nimi ściśle powiązane, dochodzi bowiem do akumulacji uszkodzeń molekularnych, zmian w układzie immunologicznym, zmian metabolicznych i stresu oksydacyjnego. Organizm ludzki traci zdolność do odnowy i regeneracji, a procesy kataboliczne dominują nad procesami anabolicznymi. Jednak jak twierdzi Zych (2017), organizm ludzki stosuje mechanizmy kompensacyjne w celu utrzymania homeostazy i dalszego trwania życia (s. 167). Kiedy organizm napotyka na zmiany wewnętrzne lub zewnętrzne, inicjowane są różnorodne procesy adaptacyjne, które mają na celu kompensację tych zmian i przywrócenie równowagi wewnętrznej. Jednak wraz z postępem starzenia się zdolność organizmu do skutecznego wykorzystywania tych mechanizmów może się zmniejszać, co prowadzi do stopniowego pogorszenia funkcji i wzrostu podatności na choroby i zaburzenia.

W procesie starzenia biologicznego równoległe porównanie jednostek w tym samym wieku metrykalnym nie jest adekwatne, ponieważ mogą one wykazywać znaczne różnice pod względem wieku biologicznego oraz poziomu sprawności fizycznej i umysłowej. Wraz z upływem czasu organizm staje się bardziej podatny na uszkodzenia, zwiększając tym samym ryzyko utraty zdrowia i śmierci. Problem w określaniu wieku jednostki na podstawie zmian biologicznych jest ściśle związany z pojęciem heterotopii starzenia się (Pędlich, Jakubowska i Kunda, 1983, s. 19), co oznacza nierównomierne zużycie narządów w obrębie tego samego organizmu. Różne narządy i układy mogą starzeć się w odmiennym tempie i stopniu. To powoduje, że wiek biologiczny jednostki jest trudny do precyzyjnego określenia na podstawie jednego wskaźnika, takiego jak wiek chronologiczny. Rozumienie heterotopii starzenia się jest istotne dla pełnego zrozumienia procesu starzenia organizmu człowieka. Oznacza to, że ocena wieku biologicznego jednostki powinna uwzględniać różnice w stanie zdrowia narządów i układów, a także różnice w zdolnościach funkcjonalnych. Starzenie nie jest jednostajnym procesem, a indywidualne zmiany biologiczne mogą być różne dla każdej osoby, co wpływa na jej ogólną sprawność i zdolność do zachowania zdrowia w perspektywie czasu.

Geriatrya to kolejna nauka, która zajmuje się identyfikacją i leczeniem chorób wieku starczego, jednak wciąż nie jest w stanie wyjaśnić samego procesu starzenia się organizmu ludzkiego. Nadal w środowisku naukowym nie ma zgody odnośnie do ustalenia, które zmiany

są przyczyną, a które skutkiem starzenia się. Mimo braku możliwości zatrzymania tego procesu naukowcy starają się stworzyć jak najlepsze warunki i rozwiązania, które pozwolą zachować jak najdłużej wysoką jakość życia, niezależność, sprawność psychofizyczną oraz samodzielność przy jednoczesnym poczuciu dobrostanu jednostki.

Geriatra, poprzez podejmowanie działań profilaktycznych, może zapobiec przedwczesnej niesprawności u osób starszych lub ograniczyć jej występowanie. Poprzez holistyczną ocenę pacjentów geriatrzy są w stanie proponować najbardziej efektywne i ekonomicznie uzasadnione podejścia do specyficznych chorób i problemów charakterystycznych dla tej grupy wiekowej.

Ocena geriatryczna obejmuje nie tylko diagnozowanie i leczenie potencjalnie odwracalnych problemów medycznych, ale również podejmuje działania w celu utrzymania lub nawet poprawy funkcjonalności osób starszych z niepełnosprawnościami. Wszystko to realizowane jest z priorytetowym zaangażowaniem w poprawę jakości życia w obliczu zagrożeń zdrowotnych i problemów środowiskowo-społecznych związanych ze starzeniem się.

W medycynie starzenia się istotne jest również podejście opieki zdrowotnej ukierunkowane na potrzeby osób starszych z niepełnosprawnościami, takie jak: kompleksowa ocena zdrowia, zarządzanie wielolekowością, opieka długoterminowa i wsparcie psychologiczne. Ważne jest również promowanie aktywności fizycznej, zdrowej diety i społecznego zaangażowania jako czynników wpływających na zdrowie i jakość życia w tej grupie wiekowej.

W literaturze często porusza się kwestię psychologiczną procesu starzenia się. Starzenie się psychiczne odnosi się do zmian zachodzących w psychice człowieka wraz z wiekiem, w tym zmian w funkcjonowaniu osobowości, takich jak regulacja emocji, radzenie sobie ze stresem, adaptacja do zmieniających się warunków życiowych i utrzymanie relacji społecznych. W tym procesie istotne znaczenie mają różne czynniki, takie jak geny, styl życia i choroby, a także wpływ środowiska i doświadczeń całościowych. Analiza psychologiczna procesu starzenia się skupiona jest na dwóch głównych obszarach: funkcjach poznawczych oraz funkcjach osobowości.

Funkcje poznawcze i funkcje osobowości są dwoma podstawowymi obszarami badawczymi w psychologii, które mają swoje unikatowe cechy, ale jednocześnie wzajemnie na siebie oddziałują. Warto zauważyć, że istnieją interakcje między tymi funkcjami, które mogą wpływać na sposób, w jaki jednostki przetwarzają informacje i podejmują decyzje. Mają także wspólne podłoże neurobiologiczne. Badania przeprowadzone przez naukowców z projektu *Human Connectome Project* (HCP) nadal potwierdzają tajemnice i złożoność ludzkiego mózgu.

Badania (Elam i in., 2021) naukowców z HCP potwierdzają, jak nadal zagadkowy jest mózg ludzki. Odkryli oni bowiem w trakcie swoich badań 97 nowych obszarów, nieznanych do tej pory nauce. Badacze wskazują, że płat czołowy odpowiada zarówno za funkcje poznawcze, jak i reguluje emocje oraz kontroluje zachowania.

Funkcje poznawcze to procesy umysłowe, które umożliwiają przetwarzanie informacji z otoczenia i podejmowanie na ich podstawie decyzji. Obejmują m.in. uwagę, pamięć, myślenie, rozumienie, planowanie i podejmowanie decyzji. Są one istotne w procesach radzenia sobie z codziennymi zadaniami i sytuacjami oraz podczas osiągania celów życiowych.

Z drugiej strony składowe osobowości odnoszą się do stałych cech charakteru i zachowania, które kształtują reakcję na otoczenie i interakcje z innymi ludźmi. Funkcje osobowości obejmują m.in. ekstrawersję, neurotyczność, sumienność, otwartość na doświadczenia i przyjemność z doświadczania rzeczy (Susułowska, 1989, s. 147).

Wpływ cech osobowości na funkcje poznawcze jest szczególnie widoczny w procesie starzenia. Wzajemne oddziaływanie jest dynamicznym procesem, który może wpływać na rozwój i kształtowanie osobowości poprzez przetwarzanie informacji i doświadczeń, a osobowość może mieć wpływ na motywację, preferencje poznawcze i efektywność przetwarzania informacji, co z kolei jest w stanie wpływać na zdrowie psychiczne, oddziaływać społecznie i mieć wpływ na styl życia osób starszych z niepełnosprawnościami. Zmiany w procesach mentalnych i osobowości w wyniku procesów starzenia mogą mieć wpływ zarówno na jedne, jak i drugie funkcje. Osłabienie umiejętności, takich jak pamięć operacyjna czy szybkość przetwarzania informacji, może wpływać na zmiany w sposobie, w którym jednostki egzystują i manifestują swoje cechy osobowościowe.

Naukowcy z całego świata skupiają się na badaniach nad osobowością osób starszych i jej wpływie na różne obszary życia (Susułowska, 1989, s. 147). Wyniki prac badaczy mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia potrzeb omawianej grupy wiekowej oraz do opracowania lepszych strategii wsparcia i utrzymania pozytywnego podejścia do starzenia się i starości.

Starzenie się społeczne natomiast koncentruje się na analizie procesu starzenia w warunkach społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych z niepełnosprawnościami jako grupy docelowej. Obejmuje ono różnorodne płaszczyzny, takie jak zmiany w strukturze demograficznej społeczeństwa, relacje międzypokoleniowe, zmiany w rolach społecznych oraz wyzwania i możliwości, które stwarzają starzejące się społeczeństwa. Starzenie się społeczne jest również uwarunkowane czynnikami kulturowymi, społecznymi i historycznymi, które wpływają na doświadczenia i oczekiwania związane

z procesem starzenia w danej społeczności. Wyzwania mogą obejmować z jednej strony nierówności społeczne, trudności z dostępem do usług i wsparcia, dyskryminację, marginalizację czy ubóstwo w starszym wieku. Marginalizacja społeczna osób starszych jest jednym z podstawowych negatywnych skutków uprzedzeń i stereotypizacji. To zjawisko ma wielowymiarowy charakter, objawiający się ograniczonymi możliwościami uczestniczenia w życiu społecznym, wymianie społecznej, aktywnym działaniu, i może prowadzić do izolacji oraz ograniczenia ich wpływu na decyzje publiczne i sprawy dotyczące życia zbiorowego. To zjawisko wpływa negatywnie zarówno na jakość życia osób starszych, jak i na ich sytuację życiową, utrudniając im korzystanie z dostępnych zasobów oraz możliwości pełnego uczestniczenia w życiu społecznym (Trafiałek, 2006, s. 147). z drugiej strony starzenie się społeczne może również stwarzać możliwości rozwoju społecznego i ekonomicznego poprzez wykorzystanie potencjału i doświadczenia osób starszych, aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, udziału w wolontariacie i pracy na rzecz społeczności. Aktywność, szczególnie w późniejszym okresie życia, stanowi istotny czynnik wpływający na regulację stosunków osób starszych z otaczającym światem. Umożliwia im budowanie relacji z innymi ludźmi oraz realizację wartości, które są istotne dla ich życia, co przyczynia się do udanego starzenia się. Istotny element rozwoju osobowości stanowi temperamentność. Jest to określona forma działalności skierowana na osiągnięcie celów i zaspokajanie potrzeb. Im bardziej intensywna i różnorodna aktywność w życiu osób starszych, tym wyższa i bardziej pozytywna ocena jakości ich życia. Właściwa aktywność w okresie starości łączy się z koncepcją pomyślnego starzenia się, co oznacza, że osoby starsze odczuwają większą satysfakcję z życia, zachowują zdolność do samorealizacji i utrzymują pozytywne relacje społeczne. W ten sposób aktywność staje się podstawowym czynnikiem wpływającym na jakość życia osób starszych, umożliwiając im czerpanie radości i satysfakcji z dojrzałego wieku (Wawrzyniak, 2017, s. 11).

Starzenie się społeczne jest ważnym obszarem badań i wymaga interdyscyplinarnego podejścia, łączącego nauki społeczne, ekonomiczne, nauki o zdrowiu i inne dziedziny. Zrozumienie przemian i zjawisk związanych z tym procesem jest istotne dla rozwijania odpowiednich strategii politycznych, społecznych i ekonomicznych, które uwzględniają potrzeby i dobrobyt starszych osób oraz zapewniają zrównoważony rozwój starzejących się społeczeństw.

Według Joanny Wawrzyniak (2017) naturalnym zjawiskiem jest zmiana statusu społecznego i ról człowieka w trakcie życia. Pomimo akceptacji tych zmian cel jednostki stanowi zazwyczaj zachowanie swojej pozycji społecznej i uzyskanie akceptacji ze strony społeczeństwa. Osoby starsze, jeśli pozwala na to ich stan zdrowia i umysłu, powinny

nieustannie uczestniczyć w życiu społecznym i kontynuować wyznaczone zadania w swoim środowisku. Poprzez udział w życiu społecznym starsze osoby z niepełnosprawnościami mogą umocnić swoją pozycję i prestiż oraz zachować witalność i wiarę w swoje możliwości, co przynosi korzyści zarówno dla nich, jak i dla całej społeczności (Wawrzyniak, 2017, s. 7).

Natomiast Zych (2017) uważa, że starzenie się społeczne obejmuje zmiany w potrzebach, rolach społecznych, stylu życia oraz bezpieczeństwie ekonomicznym jednostki. Wpływa także na to, jak jednostka postrzega proces starzenia i jak społeczeństwo odnosi się do niej w sytuacji starzenia się. Oznacza to, że proces starzenia ma wpływ na różne sfery życia społecznego jednostki. Zmieniają się jej potrzeby, zarówno pod względem fizycznym, jak i emocjonalnym czy społecznym. Postrzeganie własnego starzenia się oraz sposób, w który jednostka jest traktowana przez społeczeństwo, również odgrywają istotną rolę w doświadczaniu i akceptacji tego procesu (Zych, 2017, s. 168).

Starzenie się społeczne odnosi się do pozycji społecznej jednostki w kontekście struktury społecznej oraz do pełnienia przez nią określonych ról. Rola społeczna jest swoistym wzorcem zachowania w społeczeństwie, determinowanym przez oczekiwania społeczne wobec danej osoby, związane z jej prawami, obowiązkami i statusem. Każda rola posiada normy, które określają, co jest akceptowane i oczekiwane, a także to, co jest zabronione lub powinno być unikane, a to z kolei wyznacza zakres działań możliwych do realizacji w ramach tej roli (Marynowicz-Hetka, 2006, s. 103–104).

Współcześnie starzenie się społeczne charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem. W okresie starości jednostki często przechodzą z roli dawcy, w której byli aktywni i pełni znaczących funkcji społecznych, do roli biorcy, w której zaczynają korzystać z pomocy i wsparcia innych. W efekcie osoby starsze często pełnią funkcje bardziej peryferyjne, które mogą być uznane za mniej istotne w społecznym systemie funkcjonowania. Ta zmiana ról ma swoje konsekwencje, takie jak spadek statusu społecznego i ekonomicznego, modyfikacje w stylu życia oraz zmiany w układzie ról w rodzinie. Te przekształcenia często prowadzą do utraty szacunku i marginalizacji osób starszych. Ich potrzeba korzystania z pomocy innych może prowadzić do poczucia bezradności i niższej wartości w społeczeństwie. W rezultacie tego mogą doświadczać braku zrozumienia, a nawet dyskryminacji i wykluczenia społecznego (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 49).

Starzenie się populacji stawia przed społeczeństwem wiele wyzwań, związanych zarówno z potrzebami starzejących się jednostek, jak i z potrzebami całego społeczeństwa, które coraz bardziej składa się z osób starszych. Zmiany w strukturze demograficznej nie

pozostają odizolowane od innych procesów, takich jak rozwój rynku, gospodarki, technologii czy postęp w medycynie. Zmiany te wymuszają przekształcenie modelu produkcji, konsumpcji, oszczędzania i inwestycji.

Starzejąca się subpopulacja ma zatem poważny wpływ na państwo, gospodarkę, rodzinę i jednostki, a te zmiany będą coraz bardziej widoczne w przyszłości. Proces społecznego starzenia rozwija się w szybkim tempie i stawia społeczeństwu pytania etyczne dotyczące równego dostępu osób starszych do zasobów oraz sprawiedliwej ich alokacji. Pojawiają się także pytania o interwencję medyczną, decyzje związane z odwlekaniem lub przyspieszeniem momentu śmierci osoby starzejącej się (Woźniak, 2011, s. 233).

W rezultacie starzenie się populacji wymaga kompleksowych odpowiedzi społecznych, gospodarczych i etycznych, które uwzględnią potrzeby i prawa osób starszych oraz zapewnią odpowiednie zasoby i wsparcie, aby dostosować się do tych zmian.

Podczas analizy procesu starzenia się społecznego jednostek można zauważyć, że wiek kalendarzowy nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na starzenie się społeczne. Nie należy odbierać osobom starszym z niepełnosprawnościami pozycji społecznej, którą pełnili, wpływa to bowiem na ich poczucie wartości i motywację do działania. Dostosowując się do zmian zachodzących w organizmie oraz w środowisku społecznym, osoby starsze wciąż zachowują swoją tożsamość i znaczenie w społeczeństwie (Susułowska, 1989, s. 168). Badania nad starzeniem się społecznym mają na celu lepsze zrozumienie tych procesów i identyfikację strategii, polityki i programów, które mogą poprawić jakość życia, sytuację życiową osób starszych i dostosować społeczeństwo do zmieniających się potrzeb i oczekiwań. W tym celu wykorzystuje się podejście interdyscyplinarne, które łączy wiedzę z takich dziedzin jak socjologia, psychologia, ekonomia, zdrowie publiczne, polityka społeczna i antropologia. Dzięki temu możliwe jest lepsze zrozumienie społecznych, kulturowych i instytucjonalnych uwarunkowań, w jakich zachodzi proces starzenia się, oraz opracowanie odpowiednich interwencji i strategii społecznych, mających na celu promowanie zdrowia, aktywności i jakości życia osób starszych. Warto podkreślić, że starzenie się społeczeństwa to proces dynamiczny, który ewoluuje w odpowiedzi na zmiany społeczne, ekonomiczne i kulturowe. Wobec tego, skupienie się na tej kwestii jest nie tylko istotne dla naukowców i ekspertów, ale także dla całego społeczeństwa, które musi wspólnie pracować nad tworzeniem odpowiednich strategii i rozwiązań, mających na celu wsparcie osób starszych w procesie starzenia.

Analizując proces starzenia holistycznie, można zauważyć, że każdy z wymiarów, jak biologiczny, psychologiczny i społeczny, wykazuje swoją odrębność, ale jednocześnie wpływają one na siebie nawzajem i tworzą spójną całość. Badania naukowe skupiają się na

różnych obszarach procesu starzenia się, co pozwala na stworzenie obiektywnego obrazu człowieka w wieku podeszłym. Nie jest to jedynie kwestia upływu czasu, ale suma biologicznych i społecznych wydarzeń, które wpływają na osobowość i życie jednostki. Dlatego istotne jest rozróżnienie wieku biologicznego, psychologicznego i społecznego, ponieważ każdy z tych wymiarów wpływa na doświadczanie i rozumienie procesu starzenia w inny sposób. Każda z tych płaszczyzn ma swoje własne wyzwania, ale również możliwości rozwoju i adaptacji.

Do lat 70. XX wieku nie poświęcano dużo uwagi roli edukacji w życiu starszych osób z niepełnosprawnościami. Dopiero po 1970 roku naukowcy zaczęli interesować się tym zagadnieniem, ale nadal mieli wątpliwości odnośnie do jego słuszności. W 1976 roku w Stanach Zjednoczonych (USA) ukazał się pierwszy numer czasopisma *Educational Gerontology*, co zapoczątkowało rozwój teoretycznych refleksji na temat edukacji osób starszych.

Ważną kwestią do osiągnięcia sukcesu w edukacji osób starszych z niepełnosprawnościami jest to, aby przede wszystkim skupić się na konkretnych potrzebach i celach. Istotny czynnik determinujący powodzenie procesu edukacyjnego stanowi motywacja uczącego się. Dla grupy osób starszych motywacja jest szczególnie ważna, ponieważ wiele z nich ma już za sobą długi okres nauki i karierę zawodową. Zwykle osoby starsze są bardziej skłonne do udziału w tych projektach, w których mogą zdobyć przydatne umiejętności, szczególnie w życiu codziennym. Ważne jest także, aby „uczniowie” mieli poczucie, że cele, które sobie postawili, są osiągalne i realistyczne.

Współczesna idea całożyciowego uczenia się coraz częściej znajduje praktyczne zastosowanie w okresie dorosłości, jak również w późniejszym wieku. Kształcenie dorosłych, które wcześniej skupiało się głównie na podstawach czytania i pisania dla niepiśmiennych robotników, obecnie obejmuje znacznie bardziej zaawansowane cele i zadania, które trwają przez całe życie, także w okresie starości. Obecnie edukacja dorosłych ma za zadanie nie tylko wypełnić braki w wiedzy i umiejętnościach, ale również zachęcać do permanentnego rozwoju i nauki przez całe życie. Istnieje przekonanie, że edukacja w późnym wieku ma głównie charakter nieformalny i często jest nieświadoma. Oznacza to, że osoby starsze uczą się w sposób naturalny, wykorzystując wszystko, co je otacza, aby zdobywać nowe umiejętności i wiedzę. Proces ten obejmuje uczenie się poprzez interakcję z innymi ludźmi, samorefleksję, wyciąganie wniosków z sytuacji życia codziennego, a także uczestnictwo w różnego rodzaju wydarzeniach, zarówno tych zaplanowanych, jak i tych spontanicznych. W edukacji osób starszych ważne staje się otwarcie na różnorodne źródła nauki i zdolność do czerpania wiedzy

z wielu doświadczeń życiowych. Taki nieformalny charakter nauki pozwala na ciągły rozwój i poszerzanie horyzontów nawet w późnym okresie życia. Dzięki temu edukacja w starości nie ogranicza się do tradycyjnych form nauczania, lecz staje się dynamicznym procesem, który angażuje i inspiruje osoby starsze do poszerzania swojej wiedzy i umiejętności (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 172).

Jak piszą Olga Czerniawska i Małgorzata Dziegielewska (1997, s. 17), uczenie się to nie tylko aktywność związana z uczestnictwem w formalnych schematach kształcenia, lecz także uświadomienie sobie, że życie samo w sobie jest pełne sytuacji edukacyjnych. To otwarcie się na siebie, innych i otaczający świat. Edukacja staje się nie tylko sposobem na zdobywanie wiedzy, ale również stylem życia. Styl to umiejętność wyrażania swoich myśli oraz siebie w tym, co robimy i jak się zachowujemy. Stworzony przez Zofię Czerniawską na drodze badań model dydaktyki biograficznej to nabywanie kompetencji miękkich, uczenie się całościowe, ukierunkowane „na rozwój emocjonalny, refleksyjność, kreatywność jednostki. Edukacja, która jest ukierunkowana na podmiot, na słuchanie uczestników i wzajemne słuchanie siebie. Rozwija przez to empatię i prospołeczne postawy. Sprzyja tolerancji, ma funkcję terapeutyczną i kreatywną” (Czerniawska, 2007, s. 105). W tym przypadku uczenie nie ogranicza się jedynie do formalnych i sformalizowanych form kształcenia. Zamiast tego podkreśla znaczenie całościowego i incydentalnego uczenia się osób starszych.

Należy jednak podkreślić, że osoby starsze, które korzystają z zinstytucjonalizowanych form kształcenia, np. z zajęć w uniwersytecie trzeciego wieku (dalej: UTW), najchętniej wybierają kursy z nowych technologii informacyjnych oraz języków obcych (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 184). Korzystanie przez osoby starsze z nowych mediów nie tylko ma na celu podniesienie jakości życia osób w podeszłym wieku, ale również stanowi sposób na zdobywanie nowej wiedzy i utrzymanie łączności ze światem wirtualnym. Osoby starsze zdają sobie sprawę, że umiejętność obsługi nowych mediów jest niezbędna w codziennym życiu i aktywnościach, które wymagają korzystania z nowych technologii. Poprzez aktywne uczestnictwo w świecie cyfrowym mają one możliwość odkrywania nowych treści, nawiązywania kontaktów społecznych i uczestniczenia w różnorodnych aktywnościach online, korzystania z e-usług, co może znacząco wzbogacić i ułatwić ich życie.

Jednak osoby starsze z niepełnosprawnościami doświadczają pewnych trudności adaptacyjnych, są bardziej podatne na choroby i kontuzje, szybciej się męczą i wymagają większej ilości odpoczynku. Taki stan spowodowany jest procesem starzenia organizmu. Zmiany miażdżycowe w mózgu (Synak, 2002, s. 41–45) ponadto mogą prowadzić do zaburzeń pamięci, ale nie przeszkadzają w zdobywaniu nowej wiedzy i umiejętności. W dzisiejszych

czasach, kiedy tak dużo mówi się o ograniczonych możliwościach osób starszych, edukacja staje się wyzwaniem i jednocześnie wymogiem, aby zachować równowagę w życiu, ponieważ charakterystycznymi cechami intelektu u dorosłych są zdolność do myślenia dialektycznego i stosowanie relatywizmu w procesach myślowych, a główne atrybuty inteligencji to mądrość płynąca z gromadzonego doświadczenia, umiar, rozważa, spokój i ostrożność, które nadają życiu osobliwy i stoicki styl (Szarota, 2004, s. 73).

Obecnie badania nad istotą procesu starzenia są coraz bardziej obszerne i zróżnicowane (Osika i Wesołowska, 2020, s. 23–40; Wierzbicka i in., 2017, s. 1–6). Naukowcy starają się znaleźć odpowiedzi na pytania dotyczące tego procesu, badając elementarne zjawiska zachodzące w organizmie ludzkim oraz jego otoczeniu. Obserwując tsunami demograficzne zarówno w Europie, jak i w Polsce, nasuwa się wiele refleksji nad tym okresem życia człowieka. Gerontolodzy opracowali różne koncepcje psychospołeczne, które pozwalają na zgłębienie i zrozumienie badanej rzeczywistości. Teoria aktywności, teoria wyłączenia, teoria ciągłości, teoria przypadków i odpowiedników, teoria osobowości, psychospołeczna teoria rozwoju osobowości, teoria wymiany społecznej, teoria stresu starości oraz teoria poznawcza osobowości i starzenia się (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 27) dostarczają odpowiedzi na pytania dotyczące przebiegu procesu starzenia oraz jego wpływu na psychikę i społeczne przystosowanie jednostki do nowej roli „bycia osobą starszą”. Pomagają one zrozumieć i radzić sobie z tym procesem w sposób bardziej efektywny i pozytywny.

Zainteresowanie procesem starzenia się w dzisiejszych czasach jest coraz większe, zarówno wśród naukowców, jak i polityków, co daje szansę na poprawę sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami. Przykład stanowi choćby Program „Senior +” na lata 2021–2025, który jest kontynuacją programu rządowego realizowanego w latach 2015–2020 (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2022). Głównym strategicznym celem programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym poprzez rozbudowę infrastruktury ośrodków wsparcia w lokalnych społecznościach oraz zwiększenie liczby miejsc w ośrodkach „Senior+”, wspierając rozwój dziennych domów „Senior+” (DDS) i klubów „Senior+” (KS) na terenie jednostek samorządu. Natomiast cel operacyjny programu stanowi zapewnienie wsparcia osobom w wieku 60+, które nie są aktywne zawodowo. Program umożliwia tym osobom starszym skorzystanie z różnorodnej oferty aktywności społecznych, w tym usług związanych z aktywnością fizyczną lub kinezyterapią, edukacją, kulturą, rekreacją i opieką, dostosowanych do ich potrzeb określonych w środowisku lokalnym. Program zapewnia osobom starszym dostęp do infrastruktury, która pozwala na aktywne spędzanie

czasu wolnego, a także zachęca ich do aktywnego uczestnictwa i zaangażowania w działania samopomocowe oraz na rzecz lokalnej społeczności.

W związku z powyższym starzenie jest procesem złożonym i wielowymiarowym, który wymaga interdyscyplinarnych badań oraz podejścia opartego na szerszej perspektywie. Wprowadza do życia człowieka różnorodne zmiany fizjologiczne, poznawcze i emocjonalne. Starzenie to ciągły proces zachodzący w życiu człowieka, w którym doświadczają się nagromadzenia wielu trudnych doświadczeń, takich jak utrata zdrowia, kondycji fizycznej i atrakcyjności. Stopniowy spadek funkcji wielu narządów w naszym organizmie powoduje tzw. mnogą patologię, czyli występowanie wielu dolegliwości jednocześnie. W tym czasie osoby starsze doświadczają także strat bliskich osób, takich jak małżonek, krewni i przyjaciele, co może być bardzo bolesne i wpłynąć negatywnie na ich życie. Również przejście na emeryturę oraz utrata społecznego i ekonomicznego statusu mogą wpływać na poczucie własnej wartości i prestiżu. Często obserwuje się zmagania z poczuciem, że przestajemy być użyteczni społecznie, na co nakłada się widmo zbliżającej się śmierci (Zych, 2019, s. 160–161).

1.2. Starość – ostatni etap w życiu człowieka

Starość to okres, który wywołuje zarówno refleksję, jak i szereg pytań dotyczących natury i doświadczeń starzenia się. Jak pisze Józef Rembowski (1984), człowiek jest istotą, która ewoluje i stale przeżywa dynamiczne zmiany, poruszając się od swojej przeszłości ku nieustannie zmieniającej się przyszłości. Ta ciągła ewolucja obejmuje różne etapy życia, począwszy od dzieciństwa, poprzez okres dorosłości, aż po starość, i odzwierciedla równocześnie elementy trwałości i zmienności (Rembowski, 1984, s. 31). Warto zaznaczyć, że zmiany te nie mają jednolitego kierunku ani tempa, a okres starości w przeciwieństwie do wcześniejszych etapów, jest często postrzegany jako czas, w którym zmiany przyjmują odmienny kierunek. Nie jest on zwykle skoncentrowany na aktywnym poszukiwaniu i eksploracji, jak miało to miejsce w poprzednich fazach życia, które zakładały twórczą pracę nad sobą, odkrywanie i zdobywanie doświadczeń (Wąsiński, 2012, s. 45–47). Mimo że w społeczeństwie istnieje powszechny stereotyp dotyczący starości i osób starszych, warto jednak podkreślić, że w tej grupie ludzi występuje znaczna różnorodność. Można spotkać zarówno osoby starsze, które są zgorzkniałe, wycofane, pozbawione energii i woli do aktywnego życia, jak i osoby o pogodnym usposobieniu, które zaakceptowały przemijający czas i starają się żyć zgodnie z posiadanymi zasobami osobistymi i społecznymi. Starość to

ostatni etap życia człowieka, charakteryzujący się różnymi zmianami zarówno w ciele, jak i umyśle. Podczas gdy wiek chronologiczny nie zawsze wpływa jednakowo na nasze samopoczucie, organizm zaczyna stopniowo tracić swoje funkcje i zdolności, co prowadzi do pogorszenia się stanu psychofizycznego jednostki.

Po długim procesie starzenia człowiek przechodzi do fazy starości. W *Słowniku frazeologicznym języka polskiego* starość przedstawiona jest jako cicha, ciężka, czerstwa, doświadczona, niedołączona, opuszczona, podeszła, pogodna, posępna, późna, przedwczesna, samotna, sieroca, skołatana, smutna, spokojna, spracowana i zgrzybiała (Skorupka, 1987, s. 207).

Określenie, czym jest starość, nie jest kwestią jednoznaczną, chociaż może się wydawać, że jest to pojęcie łatwe do zdefiniowania. Według Zycha starość to ostatni, nieunikniony etap procesu starzenia, w którym kolejne zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają synergistycznie oddziaływać na siebie. Prowadzi to do zaburzenia równowagi zarówno w dziedzinie biologicznej, jak i psychicznej (Zych, 2017, s. 163).

Janusz Trempała (2015) zwraca uwagę, że starość to naturalny, końcowy okres życia człowieka, charakteryzujący się przewagą zmian regresywnych nad progresywnymi (s. 326). Zofia Szarota prezentuje bardzo wszechstronny obraz starości, podkreślając, że nie można jej idealizować ani bać się jej, ponieważ nie istnieje jeden model starzenia. Wśród osób starszych znajdują się zarówno ludzie zwykli, jak i niezwykli, przeciętni i wybitni, przyjemni i rytujący. Są twórcy i konsumenci, osoby aktywne i biernie reagujące, inteligentne i te mniej intelektualnie aktywne, egocentryczne i towarzyskie, zdrowe i chore, samotne i cieszące się miłością oraz opieką rodziny. Ludzie starsi mogą być silni i niezależni, ale również uzależnieni od pomocy z zewnątrz, co jest typowe dla każdej grupy wiekowej i społeczności (Szarota, 2010, s. 10). Zmiany, które zachodzą, mogą wpływać na zdrowie, funkcjonowanie i jakość życia osób starszych. Ich zrozumienie i skuteczne radzenie sobie z nimi wymaga interdyscyplinarnej wiedzy i podejścia, które uwzględnia podejście biologiczne, psychologiczne, społeczne i medyczne.

Wawrzyniak dostrzega, że starość jest kształtowana przez indywidualne zasoby, możliwości i potrzeby, co oznacza, że to indywidualny los każdego człowieka, a wizja własnej starości może wpłynąć na jej przebieg (Wawrzyniak, 2017, s. 103–104). Kształtowanie starości przez własne potrzeby i zasoby odnosi się do podejścia, które skupia się na tym, jak jednostka może wpływać na swoje doświadczenie starości poprzez świadome wykorzystanie swoich zasobów w celu osiągnięcia satysfakcjonującego i pełnego życia w późniejszych latach. Zasoby natomiast odnoszą się do sił i możliwości, jakie jednostka ma do swojej dyspozycji, które mogą

pomóc w osiągnięciu zadowalającego życia w okresie starości. Mogą to być zarówno zasoby wewnętrzne, takie jak zdrowie, elastyczność umysłowa, pozytywne nastawienie, jak i zasoby zewnętrzne, takie jak: wsparcie rodziny, przyjaciół, dostęp do opieki medycznej, społeczności lokalnej, możliwości edukacyjnych czy finansowych. Kształtowanie starości przez własne potrzeby i zasoby daje jednostce znaczną kontrolę nad swoim życiem, umożliwiając jej osiągnięcie większej satysfakcji, pełni i spełnienia. Oznacza to akceptację zmian i wyzwań, które niesie ze sobą starość, ale jednocześnie aktywne podejście do ich radzenia sobie i maksymalnego wykorzystania dostępnych zasobów w celu osiągnięcia jak najlepszego stanu zdrowia i jakości życia. Elżbieta Trafiałek (2006) podkreśla, że starość to naturalny etap życia, który zamyka proces starzenia i charakteryzuje się osłabieniem ruchowym, słabszą odpornością, samotnością, ubóstwem i koniecznością korzystania z pomocy innych. To ostatnia, trzecia faza życia, w której człowiek może być społecznie marginalizowany (Trafiałek, 2006, s. 269). Natomiast według Jerzy Piotrowskiego (1973) starość to proces kulturowy wywołany na tle biologicznym, który pojawia się wraz z osłabieniem sił witalnych, ale jego łączenie z wiekiem metrykalnym wynika z umowy przyjętej w systemie ubezpieczeń społecznych (s. 38) i ma związek z przejściem na emeryturę oraz poczuciem stabilizacji i bezpieczeństwa finansowego (Wawrzyniak, 2017, s. 103–104).

Starość jako proces kulturowy odnosi się do sposobu, w który społeczeństwo i kultura wpływają na postrzeganie, doświadczanie i interpretację starości oraz na rolę osób starych w społeczeństwie. Rozumiana jest nie tylko jako biologiczny stan, ale także jako konstrukcja społeczna i kulturowa, kształtowana przez wartości, normy, przekonania i oczekiwania społeczne. Istnieją również różnice w sposobie, w który społeczeństwo definiuje i konstruuje pojęcia starości jako procesu kulturowego. Może ono obejmować pojęcia i terminy używane do opisu osób starszych, stereotypy i uprzedzenia związane z wiekiem oraz oczekiwania dotyczące zachowań i ról społecznych osób starszych z niepełnosprawnościami. Starość jako proces kulturowy jest związana z sytuacją społeczną, w której jednostka starzeje się. To, w jaki sposób jednostka doświadcza starości i jakie ma możliwości oraz zasoby, może być w dużej mierze kształtowane przez struktury społeczne, takie jak systemy opieki zdrowotnej, polityka społeczna, wartości społeczne i normy dotyczące starości. Rozumienie starości jako konstruktu kulturowego jest istotne dla pełnego zrozumienia tego zjawiska i dla zapewnienia godnego traktowania oraz wsparcia osób starszych w społeczeństwie.

Według różnych naukowców, których poglądy zostały przedstawione wcześniej, starość pozostaje zjawiskiem trudnym do uchwycenia i kontrolowania. Nie istnieją jednoznaczne ramy określające początek starości, a obraz tego okresu życia jest

niejednoznaczny i różnorodny. Ponadto długość życia człowieka pozostaje nadal niemożliwa do określenia, nie istnieje bowiem jednoznaczna odpowiedź na to, dlaczego jedni ludzie żyją krócej, inni zaś dłużej.

Starość zawsze była obecna w społeczeństwie, jednak traktowanie osób starszych różniło się w zależności od czasów i miejsc na mapie. W historii można wyróżnić dwie główne postawy podejścia do starości: gerantofobię i gerantokrację. Postawy te zmieniały się na przestrzeni dziejów, pod wpływem różnych czynników, które wpływały na sposób myślenia, zachowania i postawy wobec osób starszych. Oba te zjawiska negatywnie wpływały na społeczeństwo, prowadząc do nierówności, marginalizacji i braku szacunku dla osób starszych, dlatego ważne jest dążenie do eliminacji gerontofobii i równowagi w reprezentacji różnych grup wiekowych, aby promować równość, akceptację i szacunek dla wszystkich członków społeczeństwa.

Zmienne podejście do ludzi starszych wynikało z różnych czynników. Można zaliczyć do nich czynniki kulturowe, ekonomiczne i społeczne warunki, które w danym czasie odgrywały istotną rolę. Jednakże w każdym okresie podejście do starości było subtelnie skomponowane z różnych zachowań i postaw, nigdy jednoznacznie pozytywnych ani negatywnych.

Analiza podejścia do starości jako części cyklu życiowego człowieka może prowadzić do skupienia uwagi na filozofii starzenia się, która odgrywa ważną rolę w postrzeganiu i przeżywaniu starości na różnych etapach życia. W filozofii starzenia się bardzo istotną rolę odgrywa zarówno czas jak i tożsamość człowieka. Analizując pytanie, czym jest niezmiennie ja, człowiek może podejść do tego zagadnienia, rozważając dwa odmienne sposoby doświadczania czasu. Pierwszy z nich może mieć charakter zjawiskowy, odnoszący się do zewnętrznych, obserwowalnych wydarzeń i zmian, które stanowią rezultat procesów zachodzących w naszym życiu. Roman Ingarden (1987) tak o nim mówił: „w stałym biegu, i nieustannej nowości czasu czuję się wciąż tym samym człowiekiem i żyję w pierwotnym poczuciu, że i w przyszłości pozostanę sobą” (s. 42). Oznacza to, że mimo zachodzących zmian w czasie człowiek, dzięki swojej niezmiennej naturze, może nadal zachować poczucie bycia sobą. Choć proces starzenia jest zauważalny i wprowadza zmiany zarówno na poziomie ciała, jak i umysłu, tożsamość jednostki pozostaje spójna i stanowi fundament, który utrzymuje poczucie kontinuum i ciągłości samego siebie. Nawet jeśli człowiek może zauważać różnice w swoim myśleniu, wartościach czy przekonaniach w porównaniu z przeszłością, nadal pozostaje wewnętrznie związany z tym, kim był kiedyś. Drugi sposób doświadczania czasu wiąże się z uznaniem destrukcyjnej roli czasu oraz przekonaniem, że tożsamość jednostki

kształtuje się dopiero w różnorodnych przeżyciowych perspektywach czasowych (Ingarden, 1987, s. 49). W tym podejściu czas jest postrzegany jako siła, która powoduje nieuchronne zmiany i niszczenie, zarówno wewnątrz człowieka, jak i jego zewnętrznego wyglądu. Jednostka jest świadoma upływu czasu, który prowadzi do nieuniknionych zmian i rozkładu. Tożsamość ewoluuje wraz z upływem czasu, jesteśmy bowiem kształtowani przez doświadczenia, naukę, relacje międzyludzkie i zmieniające się relacje życiowe. Warto zaznaczyć, że podejście R. Ingardena do kwestii filozofii starzenia jest tematem rozległym i złożonym. Mimo wątpliwości odnośnie do sposobu postrzegania czasu w procesie starzenia, dzięki swoim osiągnięciom, człowiek może pozostać niezmienny w czasie.

Wracając do starości jako cyklu życia, według Danuta. Dobrowolskiej (1999) cykl życia składa się z sekwencji doświadczeń, działań i wzorców zachowań, które są kształtowane przez zmiany w psychice i innych strukturach ciała, a także przez czynniki społeczno-kulturowe (s. 77). Wszystkie te elementy składają się na drogę egzystencji, którą jednostka musi przejść przez całe swoje życie, włączając w to proces starzenia i kończąc na śmierci.

W wymiarze pedagogicznym brane były pod uwagę nie tylko prace Jana Amosa Komeńskiego o ludziach starszych, ale także inne znaczące publikacje w tej dziedzinie. Niemniej jednak przez długi czas środowisko pedagogów nie interesowało się starzeniem się ludzi, bardziej skupiając się na okresie dzieciństwa i młodości. Powód takiego podejścia wynikał z faktu, że wydłużenie długości życia jest stosunkowo nowym zjawiskiem biologicznym i społecznym (Dykcik, 2002, s. 310).

Współczesna starość różni się znacznie od starości sprzed wieku. Obecnie osoby starsze to w znacznej mierze osoby aktywne, które dbają o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne oraz pełnią ważne funkcje społeczne. Takie jednostki tworzą swoją przestrzeń życiową, która z wiekiem może się zawężać, ale staje się ich osobistym obszarem funkcjonowania. Działanie i samodzielność są istotą dla zachowania zaradności i samoakceptacji, a także dla utrzymania dobrych relacji z rodziną, sąsiadami i środowiskiem lokalnym.

Obecnie nauka skupia się na precyzyjnym zdefiniowaniu terminów dotyczących starości, co umożliwiłoby optymalne określenie zakresu tego procesu, oraz na poszukiwaniu sposobów leczenia starzenia się komórek, co pozwoli na diagnozowanie i leczenie chorób związanych z wiekiem, jak również na dokładne zrozumienie procesu starzenia.

Starość może być postrzegana jako pozytywny czas życia, jeśli jest rezultatem spełnienia życiowych celów i mądrze przeżytej egzystencji, ale może także przynieść uczucie bezcelowości i beznadziejności, jeśli wynika z frustracji i niezadowolenia z poprzednich faz

życia. Sposób postrzegania starości zależy od nastawienia jednostki do swojego życia i odpowiedniego przygotowania się do tego okresu.

Mimo różnych kryteriów, starość doświadczana jest indywidualnie przez każdego człowieka. Adaptacja do starości, wraz z jej wymaganiami i trudnościami, stanowi proces, który charakteryzuje się widocznymi niedogodnościami, utratą zdolności i pogorszeniem stanu psychofizycznego. Osoby starsze nie są jednorodną grupą, w ich szeregach można spotkać rozmaite strategie radzenia sobie ze starością, od alienacji w wielu dziedzinach życia do aktywności. Starość jest wynikiem wcześniejszego stylu życia i indywidualnej biografii osoby (Kijak i in., 2013, s. 15), a nie tylko zjawiskiem współczesnym, ponieważ jej istnienie jest ugruntowane i zakorzenione w historii ludzkości od wieków.

Piotr K. Oleś (2011) twierdzi, że dojrzałość stanowi nieodzowny element starości. Jego zdaniem podstawowym kryterium dojrzałości w tym okresie życia jest zdolność do pokonania lęku przed śmiercią oraz zachowanie zdolności do cieszenia się życiem i wspierania innych. W miarę starzenia się ludzie są w stanie stawić czoła myśli o śmierci, które mogą budzić lęk, niepewność i refleksję nad własnym życiem. Pokonywanie tego lęku oznacza akceptację nieuchronności śmierci jako naturalnej części cyklu życia i skoncentrowanie się na wartościach i celach, które nadają mu sens i głębię (Oleś, 2011, s. 256). Może to prowadzić do większej świadomości, spokoju i pogodzenia się z nieuniknioną śmiercią. W dojrzałości starczej zachowanie zdolności do cieszenia się życiem oznacza umiejętność dostrzegania i doceniania pozytywnych elementów codzienności nawet w obliczu trudności i ograniczeń związanych ze starzeniem się. Może to obejmować czerpanie przyjemności z małych rzeczy, utrzymywanie bliskich relacji społecznych, rozwijanie pasji i zainteresowań oraz dbanie o zdrowie i dobre samopoczucie. Dojrzałość starcza obejmuje również zdolność do udzielania wsparcia i pomocy innym. Osoby dojrzałe mogą posiadać bogate doświadczenie życiowe, mądrość i empatię, które potrafią wykorzystać do wspierania innych ludzi w trudnych sytuacjach. Mogą odgrywać rolę mentorów, dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem, a także angażować się w wolontariat i działalność społeczną.

Starość to ostatni okres życia. Charakteryzuje się on fizycznym, psychicznym i społecznym zmniejszeniem zdolności i zasobów. Pojmowanie tego etapu życia może być różne, to, jak jednostka przeżywa ten okres, jest indywidualne, dlatego istotne staje się, aby ludzie przygotowywali się na starość, starając się żyć pełnią życia i ciesząc się nią, jednocześnie umacniając swoje zdolności i zasoby, aby móc lepiej radzić sobie z wyzwaniami związanymi z wiekiem.

Starość można zrozumieć na wiele sposobów, w zależności od perspektywy, z której się na nią patrzy. Można ją postrzegać jako naturalny proces biologiczny wynikający z fizjologicznych zmian w organizmie, które prowadzą do pogorszenia funkcjonowania organizmu. Jednak równie istotne jest spojrzenie na ten okres z perspektywy psychospołecznej, która obejmuje badanie emocji, myśli, zachowań i doświadczeń osób starszych. Starość daje możliwość refleksji nad życiem, pogłębienia relacji z bliskimi, pogodzenia się z przeszłością i odnalezienia sensu oraz znaczenia w życiu. Może to być okres, w którym jednostki doświadczają większego spokoju, mądrości i dojrzałości emocjonalnej, lub czas chaosu emocjonalnego. Ważne jest zrozumienie, że ten ostatni okres życia człowieka stanowi indywidualne doświadczenie każdej osoby. Zrozumienie tego wymiaru wymaga zatem uważnego i empatycznego spojrzenia na osoby starsze oraz odpowiedniego interpretowania ich potrzeb i wyzwań. Może to pomóc w tworzeniu bardziej przyjaznego dla osób starszych świata, w którym starość będzie traktowana z szacunkiem i godnością.

Niektóre jednostki mogą zmagać się z obniżoną samooceną i poczuciem ekskluzji ze względu na społeczne stereotypy związane ze starzeniem się. Wspieranie pozytywnej samooceny i poczucia wartości osób starszych ma istotne znaczenie dla ich dobrostanu emocjonalnego, jakości życia i sytuacji życiowej. Społeczeństwo powinno dążyć do tworzenia środowisk, które promują pozytywne wyobrażenie o starości, szanują i doceniają osoby starsze oraz zapewniają możliwości uczestnictwa i samorealizacji przez całe życie. Ważne jest, aby społeczeństwo, instytucje i jednostki były gotowe na starość i tworzyły warunki sprzyjające godnemu, aktywnemu i satysfakcjonującemu życiu osób starszych z niepełnosprawnościami.

1.3. Sytuacja życiowa osób starszych z niepełnosprawnościami

Sytuacja życiowa osób starszych z niepełnosprawnościami jest złożonym zagadnieniem, które wymaga interdyscyplinarnej analizy w celu pełnego zrozumienia tego zjawiska. Osoby starsze z niepełnosprawnościami stanowią grupę populacji, której codzienne funkcjonowanie i dobrostan są istotnie ograniczone przez fizyczne, psychiczne lub społeczne deficyty. W rezultacie tych defektów może dochodzić do izolacji społecznej, wykluczenia i ograniczenia dostępu do usług. Społeczne i kulturowe uprzedzenia mogą prowadzić także do marginalizacji i nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, opieki długoterminowej i innych form wsparcia. Niskie emerytury mogą dodatkowo komplikować warunki życia tych jednostek, co ma wpływ na ich poczucie bezpieczeństwa i samodzielności. Niezmiernie

ważnym elementem odnoszącym się do sytuacji życiowej tej grupy wiekowej jest uwzględnienie środowiska życia osób starszych z niepełnosprawnościami. Zarówno środowisko fizyczne, jak i społeczne może być źródłem utrudnień lub ułatwień w codziennym funkcjonowaniu. Bariery architektoniczne, transport publiczny, usługi społeczne, wsparcie społeczne, aktywność i integracja mają istotny wpływ na jakość życia, dobrostan i sytuację życiową tych osób.

Sytuacja życiowa (warunki życiowe) to „funkcja samodzielności życiowej jednostki, działań społecznych na jej rzecz, wyznawanych wartości oraz zewnętrznych warunków przyrodniczych, kulturowych i społecznych. Różnorodne sytuacje życiowe tworzą drogę egzystencji ludzkiej” (Zych, 2017, s. 175). z przedstawionej definicji wynika, że jest to ogół okoliczności, w których znajduje się jednostka. Obejmuje ona takie elementy jak miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna, edukacja, praca, zdrowie, relacje społeczne oraz inne czynniki wpływające na życie człowieka. Jest złożona i zmienna, zależna od wielu czynników i może ulegać zmianom w czasie. Na sytuację życiową osób starszych z niepełnosprawnościami zasadniczo negatywnie mogły wpłynąć anomalie pogodowe oraz katastrofy naturalne, takie jak gradobicia, wichury, powódzie, susze, trzęsienia ziemi, erupcje wulkanów, a także epidemie, w tym pandemia wywołana przez wirus SARS-CoV-2, przyczynę choroby COVID-19.

W wieku poprodukcyjnym sytuacja życiowa ulega ciągłym zmianom. Wynikają one z funkcjonowania jednostki, rodziny i społeczeństwa. Osoby starsze z niepełnosprawnościami często znajdują się w trudnych okolicznościach z powodu swojej bezradności, choroby, osamotnienia lub samotności. Przejście na emeryturę może być dla nich szokiem, a rola emeryta jest w stanie zepchnąć je na margines życia społecznego. Pogarszająca się sytuacja materialna i społeczno-bytowa wpływa na zmianę warunków życia. Osoby starsze muszą zmierzyć się z utratą zdrowia i sprawności fizycznej, co wymusza radykalną zmianę ich dotychczasowej egzystencji. Muszą zbudować nowy stereotyp dynamicznej aktywności, zaakceptować zmiany w swoim otoczeniu oraz zmienić obraz siebie. Ponadto rośnie liczba czynników ryzyka związanych z negatywną oceną osób starszych pod względem sprawności, użyteczności i efektywności (Studen, 2009, s. 9).

Joanna Staręga-Piasek (1976) wyrażała pogląd, że życie jednostki wymaga adaptacji do zmieniającego się otoczenia, które podlega nieustannym przemianom. Człowiek wprowadza zmiany w swoim otoczeniu i musi dostosować się do nowych warunków życiowych (Staręga-Piasek, 1976, s. 156). Osoby starsze stają się beneficjentami zmian wynikających zarówno z otoczenia, jak i przemian zachodzących w ich codziennym życiu. W Polsce według danych Głównego Urzędu Statystycznego (dalej: GUS) z 2020 r. sytuacja osób starszych uległa

zmianie w porównaniu z 2019 r. Dochody w gospodarstwach domowych uległy poprawie, według subiektywnej oceny osób starszych poprawiła się także ich sytuacja materialna. O 11,4% zmniejszyła się liczba osób starszych korzystających z leczenia hospicyjnego, paliatywnego, korzystających z zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Pod koniec 2020 r. funkcjonowało 1851 stacjonarnych zakładów pomocy społecznej (o 14 placówek więcej niż w 2019 r.), wśród których znalazło się 871 domów pomocy społecznej oraz 408 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku. Zmniejszył się udział wartości zobowiązań kredytowych o 9,1%. Wzrosły według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) środki finansowe przeznaczone na refundację świadczeń geriatrycznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego. Udział osób starszych wśród mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej zmniejszył się w skali roku o 0,6% i ukształtował się w 2020 r. na poziomie 63,9%. Znacznie mniej natomiast osób starszych niż w latach poprzednich korzystało z oferty kulturalnej centrów kultury, domów i ośrodków kultury oraz klubów i świetlic. W 2020 r. z Internetu korzystała ponad połowa osób w przedziale wiekowym 60–74 lata (GUS, 2021). z przedstawionych danych wynika jednoznacznie, że prawie wszystkie obszary życia osób starszych z niepełnosprawnościami w tym okresie, wyłączając kulturę, uległy znacznej poprawie. Należy jednak pamiętać, że poprawa sytuacji osób starszych w czasie pandemii nie była jednolita i zależała od wielu czynników, w tym od regionu, w którym żyją, dostępu do wsparcia społecznego, kondycji zdrowotnej i innych indywidualnych okoliczności. Warto także uwzględnić, że pandemia miała negatywny wpływ na wiele obszarów, a dane statystyczne mogą nie odzwierciedlać pełnego obrazu sytuacji każdej osoby starszej.

Śledząc sytuację życiową osób starszych, można zaobserwować, że w ostatnich latach wzrosła świadomość społeczna dotycząca ich potrzeb i praw. Społeczeństwo staje się coraz bardziej wrażliwe na zmieniające się uwarunkowania, co prowadzi do wdrożenia zmian zarówno na poziomie instytucjonalnym, jak i społecznym. Organizacje pozarządowe, instytucje publiczne podejmują działania na rzecz poprawy jakości życia. Rozwój medycyny i opieki zdrowotnej przyczynia się do poprawy diagnozowania i leczenia różnych schorzeń i niepełnosprawności. Również edukacja i świadomość społeczna zaczynają odgrywać istotną rolę w poprawie sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami. Dzięki edukacji społeczeństwo zdobywa wiedzę na temat różnych rodzajów niepełnosprawności i w skuteczny sposób może zapewnić tej grupie wiekowej wsparcie oraz wyeliminować w znaczący sposób

ekskluzję, aby osoby należące do tego grona mogły prowadzić godne życie i być pełnoprawnymi członkami społeczeństwa.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na sytuację życiową ludzi starzejących się i starszych z niepełnosprawnościami mogą być zmiany demograficzne oraz brak porozumienia międzypokoleniowego. Konflikty między pokoleniami, różnice w podejściu do wartości czy rozwiązywaniu problemów mogą skomplikować relacje rodzinne i wpłynąć na wsparcie otrzymywane przez osoby starsze od swoich rodzin. Dodatkowo szybki rozwój społeczno-ekonomiczny, gospodarczy i technologiczny może być mieczem obosiecznym. Z jednej strony nowe technologie i możliwości ekonomiczne niosą za sobą korzyści, takie jak dostęp do lepszej opieki zdrowotnej, komunikacji z bliskimi na odległość czy możliwość samorealizacji w późniejszym wieku, jednak z drugiej strony osoby starsze, które nie są zaznajomione z nowymi technologiami, mogą czuć się wykluczone społecznie, zwłaszcza, że coraz więcej usług i kontaktów odbywa się online.

Sytuacja życiowa, to także trudności związane z potrzebą opieki i wsparcia ze strony osób najbliższych. Opieka ta często wiąże się z nagłymi i nieoczekiwanymi sytuacjami, gdy członek rodziny staje się opiekunem osoby starszej. Mówimy o tzw. parentyfikacji, czyli przejściu roli opiekuna względem własnych starych i niesprawnych rodziców, czy osób bliskich (Bojanowska, 2012, s. 28–31). Jest to sytuacja, w której opiekun musi stawić czoła różnym wyzwaniom związanym z zapewnieniem opieki, wsparcia i troski osobie starszej, co może okazać się fizycznie i emocjonalnie wymagające. Często osobom, które stają się opiekunami z dnia na dzień, brakuje odpowiedniego przygotowania do takiej roli, co powoduje wielopropblemowość sytuacji, w tym problemy organizacyjne, pojawia się brak wiedzy i umiejętności z zakresu opieki medycznej i pielęgniarstwa. Opieka nad osobą starszą może być satysfakcjonująca, ale także może stanowić zagrożenie dla opiekuna i jego rodziny. W takiej sytuacji pojawia się potrzeba przekazania osoby starszej z niepełnosprawnością do instytucji opiekuńczej. Do instytucji zajmujących się opieką całodobową i stacjonarną należą domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja. Półstacjonarne instytucje zaś to dzienne domy pomocy społecznej i ośrodki wsparcia dla osób starszych, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy i dzienne domy opieki medycznej. Przedstawione instytucjonalne formy opieki nad osobami starszymi z niepełnosprawnościami mogą zapewnić odpowiednią pomoc i opiekę, ale nigdy nie zastąpią one wsparcia osób najbliższych. Taka zmiana sytuacji życiowej może być traumatyczna zarówno dla osoby chorej, jak i dla członków rodziny. Pobyt w instytucjach opiekuńczych może

diametralnie zmienić sytuację życiową człowieka starszego i w niektórych przypadkach przyczynić się do przedwczesnej śmierci.

Konieczne jest także monitorowanie, identyfikowanie i aktualizowanie sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami oraz uwzględnienie ich zdolności, potrzeb, celów i oczekiwań wraz z wielowymiarową analizą istotnych problemów, z którymi borykają się na co dzień. Może być ona trudna do weryfikacji z kilku powodów. Po pierwsze, osoby starsze często mają skomplikowane potrzeby, wymagające szczegółowej analizy, a także podejścia indywidualnego do każdej z nich. Po drugie, osoby starsze z niepełnosprawnościami często mają trudności w komunikowaniu się, co może utrudniać weryfikowanie ich potrzeb. Po trzecie, niektóre problemy, z którymi się zmagają, mogą być trudne do zidentyfikowania, ponieważ wynikają z sytuacji życiowych, z których osoby starsze nie zawsze zdają sobie sprawę lub nie chcą się nimi dzielić. Ponadto sytuacja życiowa osób starszych może być bardzo zmienna w czasie, co oznacza, że regularna aktualizacja diagnozy i potrzeb jest znacząca w zapewnieniu odpowiedniej pomocy i wsparcia.

Chcąc zrozumieć sytuację życiową osób starszych z niepełnosprawnościami, należy uwzględnić również różne wymiary, takie jak ich zdrowie fizyczne i psychiczne, sytuacja finansowa, kontakty społeczne, mobilność, jakość życia w domu lub instytucji opiekuńczej, dostępność usług medycznych i pomocy w codziennych czynnościach, a także kwestie związane z prawami i dostępnością do informacji oraz kultury i rekreacji. Należy także uwzględnić różnice indywidualne w doświadczeniach życiowych osób starszych z niepełnosprawnościami, w tym ich sytuację rodzinną, pochodzenie kulturowe, edukację, zainteresowania i hobby. Ważne jest, aby podejść do tej sytuacji z empatią i uwzględnić potrzeby i dążenia osób starszych, a także ich wkład oraz doświadczenie w społeczeństwie. Istotne staje się również analizowanie badań naukowych, statystyk i danych demograficznych, które pozwalają na zidentyfikowanie trendów i wyzwań związanych z procesem starzenia i starością.

Zmiana sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami może być trudna do zaakceptowania przez nie same, ponieważ często wiąże się z utratą niezależności i zmniejszeniem zdolności do wykonywania codziennych czynności. Osoby starsze mogą odczuwać frustrację i trudności z zaakceptowaniem potrzeby pomocy od innych. Zmiany zdrowotne i niepełnosprawność mogą być dla jednostek traumatycznymi doświadczeniami. Odczuwają one wtedy żal i rozczarowanie z powodu utraty dotychczasowego zdrowia, funkcji i możliwości. Przeżywanie tych emocji może utrudniać akceptację nowej sytuacji życiowej. Dlatego ważne jest wsparcie ze strony bliskich, opiekunów oraz specjalistów, którzy pomogą

w adaptacji do nowych warunków życia oraz zapewnią niezbędną opiekę i wsparcie, podkreślając istotę holistycznego podejścia.

1.3.1. Wpływ sytuacji życiowej na jakość życia osób starszych z niepełnosprawnościami

Sytuacja życiowa osób starszych jest ściśle powiązana z ich zdrowiem fizycznym i psychicznym, siecią wsparcia społecznego, warunkami mieszkaniowymi, dostępem do opieki zdrowotnej, poziomem aktywności, warunkami finansowymi i akceptacją starzenia się. Zrozumienie tych czynników stanowi istotę w podejmowaniu działań na rzecz poprawy jakości życia tej grupy wiekowej.

Życie ludzkie w dzisiejszych czasach coraz bardziej się wydłuża. Starość nie tylko stanowi wartość samą w sobie, ale również przynosi ze sobą różnorodne wyzwania i problemy, wpływając znacząco na jakość życia i sytuację życiową jednostki.

Jakość życia to pojęcie wielowymiarowe, które odnosi się do subiektywnych doświadczeń i ocen ludzi dotyczących ich życia. Zainteresowanie tym pojęciem w literaturze sięga czasów starożytnych. Zarówno Hipokrates, grecki lekarz i filozof, jak i Arystoteles, jeden z najważniejszych filozofów starożytnych, podejmowali próby wyjaśnienia tego, co determinuje szczęśliwe i satysfakcjonujące życie ludzi (Kowalewska i in., 2017, s. 33–34).

Jakość życia może być rozumiana na dwa sposoby: wąsko, odnosząc się do zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych jednostki lub grupy społecznej, oraz szeroko, dotycząc sfery psychicznej. W ujęciu szerokim jakość życia obejmuje zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych, poczucie bezpieczeństwa i relacje społeczne. To stan, który wpływa na zdolność prowadzenia normalnego życia, poczucia własnej wartości, wykorzystania intelektualnych i psychofizycznych zdolności w dążeniu do osobistego rozwoju oraz możliwość samorealizacji (Zych, 2017, s. 78).

W okresie starości jakość życia definiowana jest przez stopień zadowolenia z zaspokojenia różnorodnych potrzeb osób starszych (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 115), zarówno materialnych, jak i emocjonalnych, a także zależy od poziomu ich ogólnego dobrostanu.

Trudność w sformułowaniu jednoznacznej definicji jakości życia wynika z konieczności uwzględnienia wielu różnorodnych wskaźników i zmiennych. Mimo że istnieje wiele czynników wpływających na jakość życia, istotne jest określenie odpowiednich

czynników, które mogą być poddane analizie i działaniom praktycznym w celu poprawy dobrostanu ludzi.

Kolejny problem stanowi występowanie synonimicznych pojęć związanych z tym zagadnieniem, takich jak poziom życia, zadowolenie z życia, satysfakcja z życia, dobrostan czy szczęście. Te różnorodne terminy mogą prowadzić do zamieszania i niejednoznaczności w badaniach oraz w praktyce, dlatego ważne jest precyzyjne określenie, co oznacza jakość życia w danym kontekście.

W sytuacji osób starszych z niepełnosprawnościami istotne wymiary jakości życia to między innymi: zdrowie fizyczne i psychiczne, relacje społeczne, warunki mieszkaniowe, aktywność i samorealizacja oraz warunki finansowe (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 115). Inne ważne czynniki to poczucie bezpieczeństwa, równość szans, wolność, dostępność opieki medycznej i edukacji, a także poziom rozwoju kraju i jego gospodarki. Ważne jest również, aby uwzględniać czynniki kulturowe i historyczne, ponieważ mogą one wpłynąć na postrzeganie jakości życia w różnych krajach i społecznościach.

Pojęcie jakości życia rozumiane jest przez różne dziedziny nauki w sposób interdyscyplinarny, wielowymiarowy i wielopoziomowy. Każda z dziedzin zajmuje się innym obszarem życia i podchodzi do tego zagadnienia w odmienny sposób. Gerontolodzy skupiają się na poziomie systemowego zabezpieczenia zdrowotnego i socjalnego, wsparcia emocjonalnego, ogólnych standardów życia oraz pozycji człowieka w społeczeństwie, socjologowie zwracają uwagę na warunki życia, psychologowie koncentrują się na doświadczeniach i procesach poznawczych, pedagodzy na rozwijaniu potencjału niezależnie od wieku, a medycy na stanie zdrowia.

B. Tobiasz-Adamczyk (2009) prezentuje triadę wskaźników jakości życia w starości. Zalicza do nich:

- aktywność funkcjonalną – stopień sprawności psychofizycznej. Kategoria ta odnosi się do zdolności osób starszych do wykonywania codziennych czynności i aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym. Zdolność do samodzielnego poruszania się, wykonywania prostych czynności domowych czy aktywnego uczestnictwa w społeczności. W miarę utrzymywania się sprawności fizycznej można unikać bólu i ograniczeń ruchowych, co wpływa pozytywnie na samopoczucie osób starszych z niepełnosprawnościami;
- stan psychologiczny – dobrostan, zadowolenie z życia, optymizm i wiara w przyszłość. Wskaźnik ten odzwierciedla poziomy emocjonalne i psychiczne jakości życia osób starszych. Obejmuje stopień zadowolenia z życia, poczucie dobrostanu, optymizm odnośnie

do przyszłości oraz wiarę w siebie i swoje możliwości. Pozytywny stan psychologiczny może pomóc w radzeniu sobie z wyzwaniami starzenia się, a także wpłynąć na postrzeganie życia jako bardziej satysfakcjonującego i wartościowego (Tobiasz-Adamczyk, 2009, s. 69–77);

- zakres interakcji społecznych – rodzina, przyjaciele, satysfakcja z kontaktów społecznych i życia społecznego. Współczynnik ten odnosi się, do jakości relacji interpersonalnych osób starszych. Dobre relacje z rodziną, przyjaciółmi i innymi osobami mogą przyczynić się do większego poczucia wsparcia, akceptacji i przynależności społecznej. Satysfakcja z kontaktów społecznych i uczestnictwo w życiu społecznym mogą pomóc w przeciwdziałaniu izolacji i poczucia osamotnienia, co jest często spotykane u osób starszych.

Gerontolodzy podkreślają znaczenie przygotowania do procesu starzenia i edukacji gerontologicznej, czyniąc je podstawowymi elementami profilaktyki starzenia się i jednocześnie zwiększania szans na udaną starość, co sprzyja podnoszeniu jakości życia w omawianej grupie wiekowej. Edukacja gerontologiczna pomaga ludziom zrozumieć, że starzenie się to naturalny proces, który dotyczy wszystkich. Dzięki zrozumieniu tego, że starość jest nieunikniona, ludzie mogą lepiej się do niej przygotować i radzić sobie z ewentualnymi wyzwaniami. Jednym z pierwszych przedstawicieli wychowania do starości był Aleksander Kamiński (1980), który w swojej koncepcji czasu wolnego podkreślał specyficzne problemy, występujące często u osób starszych, takie jak osamotnienie, zanik zainteresowań, izolacja, alienacja społeczna oraz śmierć społeczna i duchowa. Zapobieganie tym sytuacjom wymaga wcześniejszego przygotowania i działań mających na celu utrzymanie aktywności w różnych sferach życia. Edukacja i wcześniejsze zaangażowanie w rozwijanie zainteresowań, hobby oraz działalność społeczna na różnych poziomach stanowią istotne działania w zapewnieniu zdrowszego i bardziej satysfakcjonującego starzenia się, to zaś przekłada się na jakość życia (Kamiński, 1980, s. 369–370).

Zofia Szarota (2010) podkreśla znaczenie działań profilaktycznych jako drogi do osiągnięcia optymalnej jakości życia w okresie starości. Do obszarów edukacyjnych, na które należy zwrócić uwagę, zalicza:

- biologiczny – dbanie o higienę, zdrowy tryb życia i szczepienia ochronne;
- psychiczny – samopoznanie, dbanie o siebie, pozytywne podejście do życia oraz akceptacja procesu starzenia;
- intelektualny – wspieranie i rozwijanie zainteresowań, angażowanie się w aktywność poznawczą oraz twórcze podejście do codziennych wyzwań;

- społeczny – innowacyjne spojrzenie na rzeczywistość, zaangażowanie w życie społeczne, dbanie o pozytywne relacje z bliskimi oraz podejmowanie nowych ról społecznych;
- ekonomiczny – oszczędzanie, racjonalne zarządzanie gospodarstwem domowym oraz dbanie o godne warunki egzystencji (Szarota, 2010, s. 141).

Kolejnym obszarem naukowym skupiającym się na jakości życia osób starszych jest socjologia. Podejście socjologiczne do jakości życia osób starszych z niepełnosprawnościami skupia się na badaniu ich sytuacji życiowej w kontekście społecznym, czyli warunków, w których żyją, oraz sposobów reakcji społeczeństwa na ich potrzeby i problemy. W tym ujęciu jakość życia osób starszych z niepełnosprawnościami zależy od wielu czynników, takich jak: poziom integracji społecznej, dostępność usług medycznych i socjalnych, możliwości korzystania z kultury i rekreacji, warunki mieszkaniowe, a także poziom akceptacji społecznej osób starszych z niepełnosprawnościami.

Socjologowie wskazują również na znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia osób starszych z niepełnosprawnościami. Wsparcie to może pochodzić zarówno od rodziny (Chabior, Fabiś i Wawrzyniak, 2014, s. 138) i przyjaciół, jak i od społeczności lokalnej. Istotne staje się także zapewnienie osobom starszym z niepełnosprawnościami dostępu do aktywności społecznych, takich jak kluby seniora, UTW czy zajęcia sportowe, co przyczynia się do poprawy ich integracji społecznej oraz jakości życia, które znacząco wpływa na sytuację życiową tej grupy społecznej.

Podejście socjologiczne do jakości życia osób starszych z niepełnosprawnościami koncentruje się na aktywnym i świadomym traktowaniu procesu starzenia i niepełnosprawności. Podstawę tego podejścia stanowi zaangażowanie osób starszych z niepełnosprawnościami w proces podejmowania decyzji dotyczących swojego życia oraz umożliwienie korzystania z usług edukacyjnych i szkoleniowych, które pomagają w radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami.

W podejściu pedagogicznym do jakości życia osób starszych z niepełnosprawnościami istotna jest edukacja zdrowotna i społeczna, która pomaga w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, a także zwiększa świadomość społeczną i włączenie społeczne. Ważny element tego podejścia stanowi rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, które ułatwiają nawiązywanie kontaktów z innymi ludźmi, co jest szczególnie istotne dla osób starszych z niepełnosprawnościami, które często doświadczają izolacji społecznej.

W tym podejściu istotna staje się również kreacja pozytywnych i aktywnych postaw wobec starzenia się i niepełnosprawności, co z kolei przyczynia się do poprawy jakości życia tych osób i wpływa korzystnie na ich sytuację życiową. W tym ujęciu ważna jest także postawa

opiekunów, którzy powinni być świadomi swojej roli i odpowiedzialności za wspieranie i motywowanie osób starszych z niepełnosprawnościami do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Bogdan Suchodolski (1987) 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, by 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 rezultacie jednostka odczuwa komfort psychiczny, harmonię życia, co gwarantuje odczuwanie szczęścia. Dla Suchodolskiego (1987) jakość życia człowieka jest wyznaczona zarówno poprzez czynniki obiektywne, jak i subiektywne (s. 214).

Natomiast Marek. Adamiec i Katarzyna Popiołek (1993) sądzą, że jakość życia to zestaw warunków, które umożliwiają określony sposób życia człowieka. Jest ona determinowana przez zbiór wartości generatywnych, które wyrażają się w cechach i umiejętnościach umożliwiających jednostce autonomiczne działanie, zindywidualizowane i mające charakter personalistyczny (Adamiec i Popiołek, 1993, s. 92–117). Ważny element tego podejścia stanowi rozwijanie pozytywnych postaw i umiejętności komunikacyjnych.

Skupiając się na wpływie sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami na jakość życia, należy pamiętać o podejściu medycznym. Według Laury Wołowickiej i Krystyny Jaracz (1998) jakość życia zależy od stanu zdrowia, więc odczucie dobrego zdrowia jest jednym z podstawowych czynników wpływających na jakość życia (s. 81–86). Podejście medyczne odnosi się przede wszystkim do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom oraz ich skutkom, które wpływają na funkcjonowanie w życiu codziennym. Ponadto dodatkowe schorzenia i patologie, które często pojawiają się wraz z wiekiem, mogą pogłębiać niesprawność u osób starszych. Współistnienie wielu chorób może wpływać na zdolność do samodzielnej opieki nad sobą, co prowadzi do hospitalizacji i wpływa znacząco na sytuację życiową i jakość życia (Kilian, 2021, s. 157). Wspieranie osób starszych w zarządzaniu ich stanem zdrowia, zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej, rehabilitacji, a także promowanie aktywności społecznej i emocjonalnego wsparcia może pomóc w zwiększeniu jakości życia osób starszych pomimo występujących trudności związanych z wiekiem. Podejście medyczne obejmuje również rehabilitację, jak i terapię, która pomaga osobom starszym w powrocie do codziennych czynności oraz zwiększa ich niezależność. Rehabilitacja może obejmować fizjoterapię, terapię zajęciową, logopedyczną i psychologiczną. Wspomaga

to poprawę funkcjonowania, a tym samym jakość życia. W podejściu medycznym opieka paliatywna jest także ważnym elementem zapewnienia dobrej jakości życia osobom starszym z niepełnosprawnościami. Opieka paliatywna obejmuje opiekę nad osobami z chorobami nieuleczalnymi i/lub w fazie terminalnej, której celem jest złagodzenie bólu i innych objawów choroby, a także zapewnienie komfortu fizycznego i psychologicznego (Łuczak i Kotlińska-Lemieszek, 2011, s. 3).

W podejściu medycznym do jakości życia ważnym elementem jest holistyczne spojrzenie na człowieka, które stanowi wyzwanie dla praktyków opieki geriatrycznej. Lepiej bowiem zapobiegać, niż leczyć. Edukacja prozdrowotna osób starszych, a także całej populacji, od wczesnej dorosłości do późnej starości, jest podstawowym elementem w promowaniu zdrowego starzenia się i poprawie jakości życia. Szeroka edukacja prozdrowotna może przyczynić się do wzrostu świadomości ludzi na temat zdrowego stylu życia, korzyści płynących z regularnej aktywności fizycznej, zrównoważonej diety, unikania nałogów, jak palenie papierosów czy nadmierne spożywanie alkoholu, a także dbania o swoje zdrowie psychiczne. Pozytywna korelacja między poziomem wykształcenia populacji a zdrowym starzeniem się i jakością życia prowadzi do podejmowania zdrowych wyborów. Ważne jest, aby edukacja prozdrowotna była dostępna dla osób w różnym wieku i prowadzona w zrozumiały oraz dostosowany do grupy wiekowej sposób. Działania edukacyjne powinny obejmować nie tylko osoby starsze, ale także ich rodziny, opiekunów i całą społeczność, aby zwiększyć świadomość i promować zdrowe zachowania.

Po analizie licznych materiałów literaturowych na temat jakości życia osób starszych z niepełnosprawnościami można zauważyć, że jest to ważny element ich sytuacji życiowej. Nadal jednakże istnieją problemy związane z definicją samego pojęcia oraz koniecznością poszukiwania nowych rozwiązań dla tej grupy wiekowej. Wszystkie te przedstawione podejścia są ważne i uzupełniają się, a ich zastosowanie zależy od celów badawczych i potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami. W połączeniu mogą zapewnić kompleksowe spojrzenie na jakość życia osób starszych w odniesieniu do ich sytuacji życiowej, jak również pomóc w opracowaniu odpowiednich interwencji i działań na rzecz poprawy ich sytuacji życiowej.

1.3.2. Wpływ rodziny na sytuację życiową osób starszych z niepełnosprawnościami

Rodzina definiowana jest jako społeczna jednostka o charakterze otwartym, składająca się z jednostek powiązanych więzią małżeńską lub rodzicielską oraz silną więzią międzyludzką. To naturalna grupa społeczna, w której członkowie mają wspólną historię, kulturowe

i emocjonalne powiązania (Zych, 2017, s. 151). Rodzina stanowi miejsce, w którym jednostki uczą się wartości, norm społecznych i umiejętności niezbędnych do funkcjonowania w społeczeństwie. Warto podkreślić, że rodzina jako grupa społeczna nie jest statyczna, lecz podlega zmianom i przystosowuje się do ewoluujących uwarunkowań społecznych, kulturowych i ekonomicznych. Za przykład mogą posłużyć zmiany w strukturze rodzin, takie jak rozwody, reorganizacje rodzinne. Mimo tych zmian więź rodzinna pozostaje istotnym elementem dla jednostek społecznych, zapewniając poczucie przynależności, wsparcia i bezpieczeństwa emocjonalnego. Więzy między członkami rodziny jest często oparta na emocjonalnym powiązaniu, które wynika z bliskości i codziennej interakcji. Ta silna więź międzyludzka w rodzinie może być oparta na miłości, zaufaniu, współpracy i wzajemnym zrozumieniu. Członkowie angażują się nawzajem w pomoc, opiekę i wsparcie, co przyczynia się do utrzymania i wzmacniania więzi rodzinnych.

Współczesne zmiany społeczno-kulturowe przyczyniły się do istotnych przekształceń w strukturze i funkcjonowaniu rodzin. Według Szaroty (2010) dominującym modelem rodziny stała się rodzina nuklearna, w wyniku czego znaczna część osób starszych nie mieszka już ze swoimi dziećmi, często prowadząc samotne gospodarstwa domowe z powodu np. utraty współmałżonka (s. 109). Obserwuje się również wyraźne osłabienie pozycji osób starszych zarówno w życiu społecznym, jak i w obrębie rodzin. Przyczynę tego stanu rzeczy można upatrywać przede wszystkim w wydłużającym się czasie życia, spowodowanym postępowaniem medycyny i wzrostem średniej długości życia.

Rodziny tworzone przez osoby starsze często znajdują się w fazie pustego gniazda, która występuje po usamodzielnieniu się dzieci i opuszczeniu przez nie domu rodzinnego. Etap ten często kończy się śmiercią jednego z małżonków. Wzrost długości życia człowieka sprawia, że faza pustego gniazda może się wydłużać. Niemniej jednak wielu starszych ludzi nadal mieszka razem ze swoimi dorosłymi dziećmi, które często nie są w stanie w pełni zaspokoić swoich potrzeb życiowych. W takich przypadkach wspólne zamieszkiwanie osób starszych i ich dzieci może prowadzić do trudnych sytuacji, mogących nieść ze sobą ryzyko konfliktów i nieporozumień. Sytuacja, w której rodzice i dzieci mieszkają razem z powodu braku odpowiednich warunków mieszkaniowych dla dzieci, nazywana jest fazą przepełnionego gniazda. Jest to wynikiem trudności dzieci w uzyskaniu własnego miejsca zamieszkania. Określenie granicy między sytuacją przymusową, którą stanowi faza przepełnionego gniazda, a chęcią kontynuowania modelu wielopokoleniowej rodziny przez starzejących się rodziców, jest często trudne do ustalenia (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 136–137).

Jak twierdzi Barbara Szatur-Jaworska (1999), w przypadku wspólnego lub osobnego zamieszkiwania między starszymi rodzicami a dorosłymi dziećmi istnieje wzajemna wymiana świadczeń i usług. W początkowej fazie starości, gdy osoby starsze są w dobrym zdrowiu i mają odpowiednie zasoby, często oferują wsparcie i opiekę swoim dorosłym dzieciom oraz angażują się w opiekę nad wnukami. W tym okresie osoby starsze częściej dają, niż biorą, ze względu na swoje zdolności i możliwości. Jednak w miarę starzenia się i pojawiania się problemów zdrowotnych, a także gdy wnuki dorastają i stają się bardziej niezależne, osoby starsze mogą potrzebować większej pomocy i wsparcia od swoich dorosłych dzieci. Może to wynikać z pogorszenia stanu zdrowia, chorób przewlekłych lub niepełnosprawności, które wpływają na ich codzienne funkcjonowanie (Szatur-Jaworska, 1999, s. 19).

Wpływ rodziny na sytuację życiową osób starszych powinien być ukierunkowany na promowanie ich dobrostanu, niezależności i jakości życia. Rodzina pełni i – jak można zakładać – pełnić będzie istotną rolę jako podstawowe środowisko, w którym osoby starsze z niepełnosprawnościami mogą rozwijać się i zaspokajać swoje potrzeby na różnych etapach życia. Istnieje teza mówiąca o tym, że w okresie starości znaczenie rodziny wzrasta, ponieważ to właśnie w jej ramach jednostka może zachować autonomię i uniezależnić się od wsparcia instytucjonalnego czy pozarodzinnego. Rodzina odgrywa znaczącą rolę w procesie adaptacji do starości oraz w radzeniu sobie z jej zmianami, zapewniając poczucie bezpieczeństwa. Ponadto często stanowi źródło wsparcia finansowego, emocjonalnego i duchowego dla osób starszych z niepełnosprawnościami (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 134–135).

Warto podkreślić, że nie wszystkie osoby starsze mają dostęp do bliskiej rodziny, ale w takich przypadkach wsparcie społeczne i sieć wsparcia mogą odgrywać podobną rolę. Dążenie do zapewnienia wsparcia i troski osobom starszym jest istotne dla zachowania ich zdrowia, samodzielności i wykazuje istotny wpływ na sytuację życiową osób starszych z niepełnosprawnościami.

1.3.3. Potrzeby osób starszych z niepełnosprawnościami a sytuacja życiowa

Człowiek, niezależnie od swojego wieku, posiada określone potrzeby, które musi zaspokoić w celu osiągnięcia poczucia spełnienia i zadowolenia z życia. Wraz z upływem czasu potrzeby ulegają zmianom i modyfikacjom, jednak ich istota pozostaje taka sama. Niektóre potrzeby, takie jak potrzeby fizjologiczne, towarzyszą od narodzin, natomiast inne pojawiają się w trakcie życia i wiążą się z pełnieniem określonych ról życiowych. Potrzeby ludzkie stanowią istotny obszar badań dla wielu nauk, takich jak psychologia, socjologia, ekonomia

i pedagogika. Jednak to gerontologia społeczna, szczególnie w kontekście opieki i wsparcia dla osób starszych skupiła się na teorii potrzeb ludzkich, a także aktywności i aktywizacji w późniejszym okresie życia.

Pojęcie potrzeby jest wielowymiarowe i różnorodność stanowisk w analizie tego zagadnienia prowadzi do różnych definicji. Najczęściej potrzeba definiowana jest jako aktualny stan niedoboru, braku lub zakłócenia równowagi w ważnych dla człowieka właściwościach organizmu lub otoczenia (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 125). Oznacza to, że potrzeba wynika z braku czegoś istotnego dla człowieka, co motywuje go do podjęcia działania w celu wyrównania tego braku i przywrócenia organizmowi zaburzonego życiowego optimum. Termin „potrzeba” ma interdyscyplinarny charakter, co sprawia, że jego definicja może różnić się w zależności od dziedziny naukowej. Psychologia, socjologia, medycyna czy pedagogika mają swoje własne podejścia do analizy potrzeb ludzkich, co wpływa na różnorodność definicji (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 125). W każdej z wymienionych nauk badacze starają się wyjaśnić potrzeby ludzi na teoretycznej płaszczyźnie swojego obszaru naukowego. Najistotniejszą kwestię stanowi jednak zachowanie homeostazy między środowiskiem zewnętrznym a wewnętrznymi procesami biologicznymi człowieka. Należy jednak pamiętać, że potrzeby biologiczne są priorytetowe, bowiem ich zaspokajanie warunkuje życie i podstawowe funkcjonowanie organizmu.

W *Słowniku współczesnego języka polskiego* potrzeba została zdefiniowana jako coś, bez czego trudno się obejść, czego brakuje do czegoś (Dunaj, 1996, s. 876). Robert S. Woodworth (1967) definicję potrzeby (organicznej) przedstawił jako „stan niedostatku lub nadmiaru w organizmie” (s. 201). Szarota (1998) pisze, że potrzeba jednostkowa lub grupowa to zespół czynników tworzących sytuację, w której brak lub nieodpowiedni stan tych czynników mogą powodować zaburzenia i zagrożenia dla życia, rozwoju, wychowania jednostek lub grup, które same nie są w stanie osiągnąć, dostrzec, wybrać lub adekwatnie na nie zareagować (s. 36). Zupełnie inaczej potrzebę definiują Kazimierz W. Frieske i Paweł Poławski (1999). Według nich potrzeby to warunki, które muszą zostać spełnione, aby ludzie mogli współdziałać, podejmować decyzje i uczestniczyć w życiu zbiorowym. Są to fundamentalne wymagania, które pozwalają jednostkom i grupom funkcjonować jako społeczeństwo i wspólnie działać w harmonii, które muszą być spełnione (Frieske i Poławski, 1999, s. 76).

Amerykański psycholog Abraham H. Maslow (2006) przedstawił jedną z najbardziej znanych koncepcji potrzeb w postaci hierarchii potrzeb Maslowa. Zgodnie z tą teorią potrzeby

ludzkie ułożone są w hierarchiczny sposób, w którym niektóre z nich muszą być zaspokojone przed tym, gdy inne potrzeby staną się dominujące.

Maslow (2006) dokonał podziału potrzeb na pięć poziomów. Są to:

1. potrzeby fizjologiczne – są to podstawowe potrzeby związane z przetrwaniem i fizjologicznym funkcjonowaniem organizmu, takie jak jedzenie, picie, sen, schronienie i inne potrzeby biologiczne;
2. potrzeby bezpieczeństwa – po zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych ludzie dążą do poczucia bezpieczeństwa i stabilności, a zatem do posiadania bezpiecznego miejsca zamieszkania, stałej pracy czy do ochrony przed zagrożeniami;
3. potrzeby przynależności i miłości – gdy potrzeby fizjologiczne i bezpieczeństwa są zaspokojone, ludzie poszukują akceptacji, miłości i przynależności do grup społecznych, takich jak rodzina, przyjaciele czy społeczność;
4. potrzeby uznania i szacunku – na tym poziomie ludzie pragną zyskać szacunek innych, osiągnięć, sukcesu oraz pozytywnej samooceny;
5. potrzeby samorealizacji – to najwyższy poziom hierarchii, na którym ludzie dążą do rozwijania swojego pełnego potencjału, spełniania swoich ambicji i realizacji indywidualnych celów życiowych (Maslow, 2006, s. 65–76).

Hierarchia potrzeb Maslowa wyjaśnia, jak ludzie kierują swoimi działaniami w zależności od poziomu zaspokojenia różnych potrzeb. Gdy niższe poziomy potrzeb są zaspokojone, ludzie koncentrują się na wyższych poziomach hierarchii. To podejście pozwala zrozumieć motywacje ludzkie i zachowanie oraz identyfikować obszary wymagające wsparcia i zaspokojenia potrzeb w różnych dziedzinach życia, w tym w opiece medycznej, edukacji, pracy i relacjach społecznych.

W kontekście starzejącego się społeczeństwa i potrzeb osób starszych oraz ich sytuacji życiowej istotne jest odwołanie się do koncepcji potrzeb ponadpodmiotowych lub potrzeb wymagających pomocy drugiej osoby. Zygmund Dąbrowski (2006) określił te potrzeby jako wynik działania dwóch bezpośrednich czynników, które składają się na dwie grupy podstawowych cech człowieka: potrzeby ludzkie, które są niezmiennikami antropologicznymi, oraz specyficzną niezdolność do samodzielnego zaspokojenia i kontrolowania tych potrzeb. Potrzeby ludzkie, które są niezmiennikami antropologicznymi, odnoszą się do fundamentalnych składników egzystencji człowieka, które zachowują swoje znaczenie i niezmienną przez różne epoki i kultury. Potrzeby te związane są z naturą człowieka i wpływają na jego dobrostan, rozwój i funkcjonowanie społeczne. Zaliczyć do nich można: potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności i miłości, uznania i szacunku, a także

samorealizacji. Zaspokajanie tych potrzeb ma istotne znaczenie dla dobrostanu jednostki, jej funkcjonowania społecznego oraz osiągnięcia satysfakcji i szczęścia w życiu. Natomiast specyficzna niezdolność do samodzielnego zaspokajania i kontrolowania potrzeb antropologicznych odnosi się do sytuacji, w której jednostka nie potrafi samodzielnie zaspokoić własnych podstawowych potrzeb. Może to dotyczyć różnych obszarów życia, takich jak zdrowie, żywność, schronienie i relacje społeczne. Ta niezdolność może wynikać z różnych czynników, jak niepełnosprawność, choroba, starość, ubóstwo czy sytuacje kryzysowe. Osoby dotknięte tymi ograniczeniami mogą potrzebować wsparcia i pomocy z zewnątrz, aby móc zaspokajać te potrzeby. W przypadku niezdolności do samodzielnego zaspokajania potrzeb fizjologicznych osoby mogą wymagać opieki medycznej, pomocy w codziennych czynnościach, dostępu do odpowiedniego pożywienia i leków. W przypadku potrzeb związanych z przynależnością społeczną i relacjami osoby mogą potrzebować wsparcia emocjonalnego, towarzystwa i akceptacji społecznej (Dąbrowski, 2006, s. 170).

Ważne jest, aby społeczeństwo i instytucje miały świadomość tych specyficznych potrzeb i zapewniały odpowiednie środki i usługi, by pomóc osobom z niezdolnością do samodzielnego zaspokajania i kontrolowania swoich potrzeb antropologicznych. Wspieranie tych osób w zaspokajaniu ich podstawowych potrzeb jest istotne dla zapewnienia im godnego życia, starzenia się i pełnego uczestnictwa w społeczeństwie.

Osoby starsze, ze względu na swój wiek, często mają obniżoną sprawność fizyczną i funkcjonalną oraz są narażone na większe ryzyko chorób i niepełnosprawności. W związku z tym ich potrzeby ponadpodmiotowe są często związane z koniecznością wsparcia przez inną osobę w codziennych czynnościach, takich jak ubieranie się, jedzenie, załatwianie codziennych spraw itp. W niektórych przypadkach osoby starsze mogą również odczuwać potrzebę towarzystwa i wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny, przyjaciół lub opiekunów.

Analizując potrzeby osób starszych, należy pamiętać o geragogice, która koncentruje się na procesie edukacji i uczenia się osób starszych. W życiu osób starszych z niepełnosprawnościami nauka ma na celu zaspokojenie potrzeb (po)edukacyjnych oraz zapewnienie im możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Podejście geragogiczne skupia się na indywidualnym podejściu do każdej osoby, uwzględniając jej potrzeby i możliwości. Osoby starsze z niepełnosprawnościami potrzebują wsparcia w wielu obszarach życia, w tym w dziedzinie zdrowia, opieki, samodzielności, integracji społecznej, a także w kwestiach edukacji i rozwoju osobistego. Ważna jest także dostępność różnych form kształcenia i szkoleń, które odpowiadają na potrzeby osób starszych z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Geragogika akcentuje nauczanie przez całe życie,

włącznie z okresem starości, a także wykorzystanie różnych form i metod nauczania, takich jak np. metoda projektu, kształcenie interdyscyplinarne, nauka przez działanie oraz uczenie się w grupach rówieśniczych. Wbrew pozorom osoby starsze mają społeczeństwu dużo do zaoferowania, a ich doświadczenie i wiedza są wartościowe, dlatego też nauka ta skupia się na promowaniu aktywności i partycypacji społecznej osób starszych z niepełnosprawnościami poprzez organizowanie różnych form aktywności, warsztatów, szkoleń, jak również angażowanie ich w wolontariat oraz działalność społeczną.

W tym ujęciu ważne jest także uwzględnienie obszarów emocjonalnych i psychologicznych. Wspieranie tych osób wymaga uwzględnienia nie tylko ich potrzeb edukacyjnych, ale także potrzeb towarzyszących procesowi starzenia się, takich jak np. potrzeba akceptacji, poczucie bezpieczeństwa i przynależności społecznej.

Kolejną nauką, która zwróciła uwagę na potrzeby osób starszych z niepełnosprawnościami i ich sytuację życiową, jest psychologia, a dokładniej psychologia starzenia się. Psychologia starzenia się zajmuje się badaniem procesów psychologicznych związanych z wiekiem, w tym również potrzeb i wyzwań, z jakimi spotykają się osoby starsze. Istotny element w tej nauce stanowi zrozumienie, że potrzeby ludzkie są uniwersalne i nie zmieniają się wraz z wiekiem. Jednakże starsze osoby mogą mieć szczególne potrzeby związane z ich sytuacją życiową i zdrowiem.

Osoby starsze z niepełnosprawnościami mogą odczuwać potrzebę autonomii i kontroli nad swoim życiem, zwłaszcza w przypadku niepełnosprawności. Mogą także potrzebować wsparcia emocjonalnego i społecznego, przede wszystkim w sytuacji samotności i izolacji społecznej. W psychologii starzenia się podejście terapeutyczne koncentruje się na zaspokojeniu tych potrzeb poprzez rozwijanie umiejętności radzenia sobie z trudnościami, utrzymywanie zdrowych relacji społecznych oraz poszukiwanie pozytywnych sposobów na przystosowanie się do zmieniającej się sytuacji życiowej (Szarota, 1998, s. 36).

Warto również podkreślić, że osoby starsze mogą różnić się między sobą pod względem swoich potrzeb i preferencji. Dlatego ważne jest indywidualne podejście do każdej osoby starszej i rozpoznanie jej unikatowych potrzeb i oczekiwań.

Z punktu widzenia socjologii osoby starsze z niepełnosprawnościami stanowią ważną grupę społeczną, której potrzeby powinny być uwzględnione w analizach i badaniach socjologicznych. Badania w tej dziedzinie koncentrują się na zrozumieniu sposobów, jak osoby starsze z niepełnosprawnościami radzą sobie w społeczeństwie, jakie wyzwania stoją przed nimi oraz które czynniki wpływają na ich potrzeby życiowe.

Socjologowie podkreślają, że osoby starsze z niepełnosprawnościami to grupa szczególnie narażona na wykluczenie społeczne, izolację i brak możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. Z tego powodu istotne jest, aby badania socjologiczne skupiały się na identyfikowaniu i rozumieniu barier uniemożliwiających tej grupie wiekowej pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Ponadto socjologia podkreśla znaczenie perspektywy interdyscyplinarnej oraz holistycznego podejścia do potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami, które uwzględniają nie tylko ich potrzeby fizyczne i materialne, ale również emocjonalne, społeczne i duchowe.

Podejście ekonomiczne do potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami skupia się na badaniu kwestii ekonomicznych związanych z zapewnieniem odpowiedniego wsparcia dla tej grupy wiekowej. Zwykle jest to związane z kwestiami finansowymi i gospodarczymi, takimi jak emerytura, ubezpieczenia, koszty opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej (potrzeba bezpieczeństwa społecznego) (Zych, 2017, s. 130).

W ramach tego podejścia przeprowadza się badania dotyczące poziomu ubóstwa wśród osób starszych z niepełnosprawnościami, ich sytuacji na rynku pracy i dostępu do zasobów finansowych. Szacuje się również koszty opieki medycznej i długoterminowej, a także badania rynków produktów i usług specjalnie zaprojektowanych dla tych osób.

Celem podejścia ekonomicznego jest zidentyfikowanie i opracowanie rozwiązań, które pozwolą na zaspokojenie potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami w sposób efektywny i zgodny z możliwościami gospodarczymi kraju. Wśród propozycji rozwiązań wymienia się m.in. reformy systemu emerytalnego i ubezpieczeniowego, ulepszanie programów wsparcia finansowego, dostosowanie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej do specyficznych potrzeb tej grupy społecznej oraz rozwijanie nowych technologii i innowacji, które mogą pomóc w zaspokajaniu ich specyficznych potrzeb.

Warto jednak pamiętać, że podejście ekonomiczne nie uwzględnia w pełni wymiarów społecznych i psychologicznych związanych z potrzebami osób starszych z niepełnosprawnościami, ponieważ skupia się głównie na kwestiach materialnych i wykorzystywaniu kryteriów ekonomicznych w celu określenia, jakie wsparcie i zasoby są dostępne dla tych osób. Podejście to koncentruje się na analizie kosztów i korzyści oraz na ocenie efektywności ekonomicznej świadczenia usług tej grupie wiekowej.

Potrzeby osób starszych z niepełnosprawnościami mają duży wpływ na sytuację życiową, ponieważ zaspokojenie ich może oddziaływać na poprawę jakości ich życia i poczucia samodzielności. Osoby te często potrzebują pomocy innych osób w codziennych czynnościach, takich jak poruszanie się, jedzenie czy załatwianie spraw urzędowych. Ponadto potrzeby

społeczne, takie jak potrzeba akceptacji, towarzystwa czy wsparcia emocjonalnego, są istotne dla osób starszych z niepełnosprawnościami, ponieważ często czują się one wykluczone ze społeczeństwa. Zaspokojenie tych potrzeb może pomóc wzmocnić poczucie przynależności społecznej i przyczynić się do lepszego samopoczucia oraz zdrowia psychicznego (Frieske i Poławski, 1999, s. 76). Wymiary społeczne odnoszą się do roli społecznej osób starszych z niepełnosprawnościami, ich integracji społecznej, uczestnictwa w życiu społecznym i relacji z innymi ludźmi. Osoby te mogą potrzebować wsparcia w utrzymaniu kontaktów, unikaniu izolacji społecznej i pełnym uczestnictwie w życiu społecznym.

Zaspokajanie potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami wymaga współpracy różnych dziedzin, takich jak medycyna, psychologia, pedagogika, socjologia i ekonomia. Rozwijanie usług społecznych, zapewnienie lepszych warunków mieszkaniowych czy inwestowanie w rozwój technologii mogą pomóc w zaspokajaniu potrzeb tych osób i w znaczący sposób wpłynąć na poprawę ich sytuacji życiowej. Jednocześnie ważne jest edukowanie społeczeństwa na temat potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami oraz budowanie świadomości na temat ich wkładu i roli w społeczeństwie (Trafiałek, 2003, s. 106).

W życiu osób starszych może wystąpić także brak zaspokojenia potrzeb, co prowadzi do wewnętrznego konfliktu i długotrwałych problemów emocjonalnych. Taki stan może prowadzić do niezdolności do podejmowania racjonalnych decyzji, co w konsekwencji prowadzi do tragedii i wpływa negatywnie na życie i zdrowie osób starszych. Aby zapobiec temu problemowi, istotne jest diagnozowanie potrzeb osób starszych, w tym ponadpodmiotowych potrzeb, które wymagają działań ze strony opiekunów (Fabiś, Wawrzyniak i Chabior, 2017, s. 134). Należy także rozpoznać czynniki przyczyniające się do niezaspokojenia potrzeb, aby stworzyć warunki do przywrócenia stabilizacji życiowej.

1.3.4. Samotność i osamotnienie osób starszych z niepełnosprawnościami jako składowe ich sytuacji życiowej

W dzisiejszych czasach, zwłaszcza wśród osób starszych, coraz bardziej powszechnym problemem staje się samotność. Nowoczesna cywilizacja, w tym mobilność społeczna, szybki rytm życia oraz anonimowość w dużych miastach, mają na to zjawisko szczególny wpływ. Zauważa się, że większość kontaktów międzyludzkich ma charakter materialny i instytucjonalny, a nie osobisty ani autentyczny. Ponadto zmiany zachodzące w dzisiejszym świecie, takie jak rozwój systemów i technologii, coraz bardziej oddalają nas od spontaniczności i powiązań międzyludzkich opartych na relacjach personalnych.

Tematy starzenia się, samotności i osamotnienia często pomijane są na rzecz innych, bardziej nagłośnionych problemów, takich jak bieda, przemoc, bezdomność, globalizacja, wojna czy kryzys. Mimo że te zagadnienia są w społeczeństwie tematem tabu, bardzo silnie wpływają na osoby starsze z niepełnosprawnościami i ich sytuację życiową. Często, a nawet zbyt często, osoby starsze z niepełnosprawnościami są nazywane „niewidzialnymi obywatelami” (Kilian, 2021, s. 27), ponieważ około 8% niepełnosprawnych osób jest zakładnikami czterech ścian, a szacunkowo 30% izoluje się od społeczeństwa (Łyś, 2003, s. 6).

Samotność dotyczy każdego, bez względu na płeć, wiek, przekonania czy pozycję społeczną (Szmidt, 2009, s. 276). W późnej dorosłości może się ona jedynie pogłębiać.

Współcześnie, zwłaszcza wśród osób starszych, samotność staje się coraz bardziej powszechnym problemem. Warto przeanalizować zagadnienie samotności i osamotnienia wśród osób starszych i poszukać nowych sposobów radzenia sobie z nim. W tym wymiarze można rozważyć podejście oparte na nadaniu sensu własnemu życiu oraz przygotowaniu jednostki do radzenia sobie z nową samotnością poprzez edukację zmierzającą do całościowego rozwoju. Osoby starsze, wychowane i ukształtowane w innej rzeczywistości społecznej i kulturalnej, mogą napotkać trudności z przystosowaniem się do szybkich zmian cywilizacyjnych, dlatego warto zwrócić na ten problem uwagę i poszukać sposobów na przeciwdziałanie samotności i osamotnieniu wśród tej grupy wiekowej odnosząc się do jej sytuacji życiowej.

Gerontolodzy wyraźnie zaznaczyli różnicę między samotnością a osamotnieniem, traktując je jako dwa oddzielne zjawiska. Podstawowym kryterium różnicującym omawiane terminy jest chęć uczestniczenia w odizolowaniu od innych ludzi. Samotność można wybrać świadomie i może ona mieć pozytywny wymiar, osamotnienie natomiast emocjonalnie wiąże się z brakiem pozytywnych relacji z innymi ludźmi, z powodu którego w sposób budzący emocje doświadcza się braku ważnej i bliskiej osoby.

Podjęmując problematykę samotności osób starszych z niepełnosprawnościami, nie należy zapomnieć o przyczynach wywołujących to zjawisko. Rembowski wskazuje siedem grup czynników wpływających na samotność. Należą do nich czynniki geograficzne, bariery językowe, samotność kulturowa, samotny styl życia, samotność spowodowana chorobą, utrata najbliższych i świadomość nieuchronnej śmierci (Rembowski, 1992, s. 48).

Samotność stanowi doświadczenie, które niesie za sobą cierpienie i udrękę. Jest to uczucie bycia samemu w miejscu, w którym brakuje drugiej osoby. Jednak samotność to także życie z innymi ludźmi, którzy nie zawsze dostrzegają nas tak, jakbyśmy chcieli, co często prowadzi do uczucia niewidzialności i ignorowania istniejących potrzeb (Andreoli, 2009, s.

150). Osoby starsze szczególnie potrzebują kontaktu twarzą w twarz, który był dotychczas ich głównym łącznikiem z zewnętrznym światem. Samotność u osób starszych często oznacza brak bliskich relacji i poczucia niezrozumienia. Technologia, mimo że zwiększa możliwości nawiązywania i utrzymania kontaktów, nie zastąpi bezpośrednich kontaktów międzyludzkich ani bliskich relacji. Człowiek stary to nie *homo sapiens digital*, lecz osoba potrzebująca wsparcia, miłości, zainteresowania, nie zaś kontaktu poprzez media cyfrowe. W dzisiejszych czasach technologia jest obecna we wszystkich obszarach naszego życia, ale towarzyskie kontakty i bliskie relacje pozostają niezastąpione (Szymczak i Grzywacz, 2018, s. 287). Technologia nie zastąpi kontaktów towarzyskich, przyjaciół ani bliskich, nie zastąpi dotyku, spojrzenia i uśmiechu. Samotność w starości jest wielką tragedią, która nie może być rozwiązana jedynie za pomocą technologii.

Trafiątek (2003) opisuje samotność jako uniwersalne doświadczenie dotyczące ludzi niezależnie od czasu, miejsca czy bohaterów. Wspomina, że samotność może wynikać z anonimowości i obojętności otoczenia, ale także z zamknięcia się we własnym wnętrzu, braku zaufania, zrozumienia, egocentryzmu i izolacji. Autorka zwraca uwagę na trudność w dokładnym zidentyfikowaniu źródeł samotności i ofiar, jak również na różnorodność obszarów, w których może ona występować, oraz sposoby, które są w stanie jej przeciwdziałać. Podkreśla również, że samotność może prowadzić do powstania depresji i strachu przed życiem, które są porównywalne z lękiem przed śmiercią (Trafiątek, 2003, s. 200–201).

Samotność stanowi powszechne doświadczenie w życiu ludzkim i nawet starsze osoby, które mieszkają w rodzinach wielopokoleniowych, nie są od niej wolne. Mimo bliskości z innymi członkami rodziny osoby starsze mogą odczuwać brak czasu, zainteresowania i wsparcia ze strony swoich najbliższych. Dlatego samotność nie zostanie całkowicie wyeliminowana z życia ludzi, w tym osób starszych, pomimo zmian w życiu społecznym i rodzinnym. Taki stan wpływa na i tak już trudną sytuację biopsychofizyczną osób starszych z niepełnosprawnościami.

Samotność to powszechne uczucie, którego osoby starsze doświadczają często i które może prowadzić do negatywnych emocji, czują się one bowiem odizolowane, opuszczone i pozbawione bliskich relacji z innymi ludźmi. Uczucie to wynika często z niezaspokojonej potrzeby towarzyszenia i bliskości z innymi i może prowadzić do negatywnych skutków zarówno dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego osób starszych.

Współczesne realia życia, w których dominują praca i kariera oraz pogoń za pieniędzmi, skutkują zanikiem kontaktów rodzinnych, a młodsze pokolenie nie zdaje sobie sprawy z konieczności osobistego kontaktu ze starszymi członkami swojej rodziny. W wyniku

tego osoby starsze czują się zapomniane, porzucone i zmuszone do mierzenia się z nadmiarem niewykorzystanego wolnego czasu, co prowadzi do pojawienia się uczucia samotności.

Zrozumienie samotności, z którą zmagają się większość osób starszych z niepełnosprawnościami, nie jest prostym zadaniem. Według Zycha (2013) starość to „czas pustki” (s. 164), który nie może być niczym wypełniony. Samotność to wymiar życia, który szczególnie niepokoi osoby starsze z niepełnosprawnościami. Wielu z nich odczuwa lęk, izolację i dyskomfort związane z myślą o samotności. Nie jest to jedynie cecha starości, lecz stały element doświadczenia życiowego. Zachowanie podmiotowości i godności staje się zatem dla osoby starszej z niepełnosprawnością jednym z najważniejszych celów w walce z samotnością.

Naukowcy zorientowani gerontologicznie doszukiwali się różnych przyczyn samotności w starszym wieku. Niełatwo jednak znaleźć w tak homogenicznej grupie wiekowej te, które stanowią bezpośrednią przyczynę tego wymiaru. Po wielu analizach wyodrębniono kilka najważniejszych przyczyn. Są to: niezaspokojone potrzeby użyteczności, akceptacji, doświadczenia pozytywnych uczuć ze strony innych ludzi, ograniczona sprawność i wielochorobowość, niechęć do zgłaszania swoich uczuć i problemów, wyłączenie z wszystkich form aktywności, bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego, nieumiejętność porozumiewania się z młodszymi, brak wiedzy na temat deficytów w starości i negatywne postawy wobec niej, trauma z powodu śmierci bliskich, efekt „pustego gniazda”, migracje członków rodziny, izolowanie się i w końcu unikanie kontaktów społecznych (Szatur-Jaworska i in., 2006, s. 69–70).

Grażyna Klimowicz (1988) wyróżniła pięć kategorii samotności. Są to:

1. samotność emocjonalna, czyli brak satysfakcji związanej z bliskością i intymnością z innymi ludźmi;
2. samotność społeczna, objawiająca się brakiem lub ograniczeniem kontaktów z innymi osobami, a także poczuciem wykluczenia z życia społecznego;
3. samotność sytuacyjna, wynikająca z określonych sytuacji życiowych, takich jak utrata ukochanej osoby, rozwód, zmiana miejsca zamieszkania, emigracja itp.;
4. samotność kulturowa, wywołana brakiem zrozumienia i akceptacji w społeczeństwie z powodu różnic kulturowych, językowych, religijnych czy też wyznawanych wartości;
5. samotność duchowa, związana z brakiem zaspokojenia potrzeb duchowych, takich jak poszukiwanie sensu życia i wartości duchowych czy też brak wsparcia ze strony społeczności religijnej (Klimowicz, 1988, s. 33).

Warto zauważyć, że różne rodzaje samotności mogą się wzajemnie przenikać, przy czym samotność emocjonalna i społeczna są najczęstszymi występującymi formami tego stanu emocjonalnego człowieka. Ten podział ma szczególne zastosowanie w przypadku osób starszych z niepełnosprawnościami, które często doświadczają poczucia samotności z powodu braku kontaktów z bliskimi osobami. Jednakże może on również wynikać z refleksji na temat przemijania i nieuchronnej śmierci, co stanowi istotne zagadnienie dla ludzi starszych.

Starość, samotność, choroba przeżywana samotnie, brak perspektyw na przyszłość i bliski koniec życia to problemy, z którymi często borykają się osoby starsze z niepełnosprawnościami i które wpływają na ich psychikę, a także wprowadzają nową rzeczywistość. Odnosząc się do tych refleksji, należy w tym miejscu włączyć do tej klasyfikacji samotność z perspektywy sytuacji granicznych, niemożliwych do zrozumienia przez osoby, które jej nie doświadczają. Jest to samotność duchowa i samotność umierającego.

Samotność duchowa to rodzaj samotności, który dotyczy osób głęboko wierzących. Bez samotności praktycznie niemożliwe jest prowadzenie życia duchowego i poznanie Boga przez duszę, która jest pośrednikiem między człowiekiem a Stwórcą. Samotność duchowa jest trudna do zrozumienia. Thomas Merton (1982) pisze o niej, że nigdy nie jest się samotnym, nawet gdy odgradza się od reszty ludzkości. Jedynym uzasadnieniem życia w dobrowolnie wybranej samotności jest przekonanie, że pomaga ona kochać nie tylko Boga, ale i bliźniego. W przeciwnym razie jeśli ucieka się na pustynię jedynie po to, by uniknąć tłumu, nie znajdzie się tam spokoju ani prawdziwej samotności, zostanie się jedynie odizolowanym, ale w towarzystwie diabłów. Prawdziwa samotność jest tylko ta, która jest wewnętrzna i dotyczy osób rozumiejących swoje prawdziwe miejsce wśród innych ludzi (Merton, 1982, s. 40).

Drugim z wymienionych rodzajów samotności jest samotność umierającego, która jest wyjątkowa i dotyczy tylko do osoby, która odchodzi z tego świata. Jedynie ona odczuwa ten rodzaj samotności, nikt inny nie jest w stanie odczuć jej strachu, przerażenia, bólu czy samotności podczas umierania, nawet gdy towarzyszą jej najbliższe osoby w przejściu do innego życia pozaziemskiego (Szczepański, 1978, s. 23).

Samotność związana z granicznymi sytuacjami może wpływać na zmniejszenie jakości życia osób starszych z niepełnosprawnościami poprzez pogłębienie uczucia izolacji i beznadziejności. Może to również prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i wywołać depresję czy lęki, co z kolei jest w stanie wpłynąć na zdolność do radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami i całkowicie zmienić sytuację życiową jednostki. Może ona obejmować dostarczanie im informacji i wsparcia, pomoc w utrzymaniu kontaktów z bliskimi

osobami oraz zapewnienie opieki medycznej i psychologicznej w przypadku zaistnienia takiej potrzeby.

Przeprowadzenie dokładnej analizy źródeł naukowych nasuwa stwierdzenie, że samotność jest stanem, który można obiektywnie zaobserwować i działać w celu zapobiegania mu. Jednakże długotrwałe doświadczanie samotności może prowadzić do rozwoju stanu osamotnienia.

Osamotnienie jest trudne do zdiagnozowania i interwencji, ponieważ może być różnie odczuwane przez jednostki. Wymaga ono indywidualnego podejścia i zrozumienia. Działania interwencyjne, kompensacyjne i profilaktyczne mają na celu budowanie zdrowych relacji społecznych, wsparcia emocjonalnego i rozwijania umiejętności interpersonalnych, które mogą pomóc jednostkom je przezwyciężyć (Trafiałek, 2003, s. 201).

Osamotnienie jest stanem emocjonalnym człowieka i jak twierdzi J. Szczepański (1978), stanowi rezultat niedorozwoju ludzkiego życia wewnętrznego oraz braku harmonii, która pozwala tworzyć osobiste rytmy istnienia i wartościowanie niezależne od czynników zewnętrznych. Ten stan może doprowadzić do lęku przed samym sobą i wynika z obawy i niepokoju związanego z własnymi myślami, uczuciami. To uczucie może być spowodowane brakiem pewności siebie, trudnościami w zaakceptowaniu samego siebie lub obawą przed emocjami i refleksjami (Szczepański, 1978, s. 23). Osamotnienie to stan, w którym jednostce brakuje wewnętrznej siły i zasobów, aby radzić sobie z trudnościami życiowymi oraz bronić się przed negatywnymi wpływami związanymi z interakcjami społecznymi. Jest to uczucie, w którym człowiek nie potrafi znaleźć satysfakcji, poczucia spełnienia ani zrozumienia, niezależnie od relacji z innymi ludźmi.

Osamotnienie jest często związane z określonymi cechami psychicznymi, takimi jak niskie poczucie własnej wartości, brak emocjonalnej dojrzałości, przywiązanie do przestarzałych wzorców zachowań, uczucie lęku, introwersja oraz nadmierne skupienie na sobie samym. Jeśli chodzi o czynniki społeczne, które mogą zwiększać uczucie osamotnienia, należą do nich: rozwój technologii, proces urbanizacji, szybkie tempo życia, osłabienie więzi międzyludzkich oraz poczucie anonimowości.

Człowiek jest istotą społeczną, dla której relacje z innymi ludźmi są niezbędne. Potrzebuje poczucia akceptacji, bliskości i bycia częścią grupy społecznej. Brak akceptacji i napięcia w relacjach z innymi może powodować ból i cierpienie. Dodatkowo osłabienie więzi emocjonalnych zarówno z jednostką, jak i ze społecznością może wpłynąć negatywnie na poczucie własnej wartości i sensu życia. Osamotnienie to subiektywny stan. Powstaje, gdy ludzie skupiają się wyłącznie na sobie, izolują się od innych osób i wartości kulturowych oraz

nie chcą dzielić się swoimi doświadczeniami z ludźmi. To egoistyczne podejście, które prowadzi do utraty relacji społecznych i wszelkich innych wartości (Szczepański, 1978, s. 23).

W wymiarze społecznym osamotnienie może być również wynikiem braku silnych więzi społecznych, zmniejszenia zaangażowania w społeczność oraz postępującej indywidualizacji w społeczeństwie. Wspólnoty i społeczności odgrywają istotną rolę w zapobieganiu osamotnieniu poprzez tworzenie okazji do interakcji społecznych, wzmacnianie więzi międzyludzkich i budowanie wsparcia społecznego. Drogą do osiągnięcia zdrowego i satysfakcjonującego życia jest właściwa równowaga między samotnością a społecznością.

Zjawisko osamotnienia powstaje wówczas, gdy czas wolny nie jest wykorzystany racjonalnie i produktywnie przez osoby starsze z niepełnosprawnościami. Analizując poświęconą temu zjawisku literaturę, można stwierdzić, że przejście na emeryturę nie oznacza końca życia, a raczej otwiera nowe możliwości wolniejszego życia, bez ciągłych obowiązków związanych z pracą, ale z nowymi obowiązkami osobistymi. Osoby starsze nie powinny słyszeć „tylko tykania zegara, który niczego już nie zwiastuje oprócz umierania” (Szczepański, 1978, s. 21), muszą bardziej skutecznie i kreatywnie rozwijać swoje wewnętrzne życie i zapełniać je nowymi doświadczeniami, aby uniknąć poczucia osamotnienia. Rozwój wewnętrzny i motywacja pozwolą osobom starszym uniknąć lęku i osamotnienia, które często towarzyszą nadmiarowi wolnego czasu i stratom w rodzinie. Osoby starsze powinny uczestniczyć w kulturalnych i społecznych spotkaniach, angażować się w życie rodzinne i społeczne, by zachować aktywność i mieć poczucie spełnienia w życiu. Tworzenie wewnętrznego świata stanowi proces indywidualny i niepowtarzalny, ale jego niedorozwój lub brak umiejętności życia w nim mogą przyczynić się do osamotnienia (Zięba-Kołodziej, 2012, s. 266).

Osamotnienie może prowadzić do różnych trudności, problemów życiowych i przyczynić się do zmiany sytuacji życiowej. Jednym z najczęstszych dylematów jest pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, który może doprowadzić do depresji, stanów lękowych, zaburzeń nastroju i choroby Alzheimera. Osoby osamotnione często odczuwają brak sensu życia i tracą motywację oraz zainteresowanie. Stan osamotnienia może także prowadzić do osłabienia aktywności społecznej, izolacji i ograniczenia możliwości rozwoju osobistego.

Analizując te dwa odrębne zjawiska, którymi są samotność i osamotnienie, należy stwierdzić, że uważa się je za istotne składowe sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami. Stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego oraz mają wpływ na jakość życia osób starszych. Samotność może prowadzić do poczucia izolacji i braku wsparcia, co może pogorszyć zdolność do radzenia sobie

z niepełnosprawnościami. Osoby starsze mogą mieć trudności w utrzymywaniu kontaktów społecznych i w różnego rodzaju aktywnościach, to zaś z kolei może wieść do izolacji i osamotnienia. Przyjmując podejście holistyczne do opieki nad osobami starszymi z niepełnosprawnościami, należy zwracać uwagę na ich potrzeby psychiczne i społeczne, aby zminimalizować ryzyko samotności i osamotnienia. Ważne jest również, aby traktować osoby osamotnione z szacunkiem i godnością. Istotną staje się pomoc osobom osamotnionym w zbudowaniu pozytywnych relacji społecznych, które są istotne w utrzymaniu dobrej jakości życia i wzmacniają poczucie przynależności. Należy także szukać indywidualnego podejścia, dostosowanego do potrzeb. Niezmiernie ważną kwestią jest również zrozumienie, że samotność i osamotnienie są złożonymi i wielowymiarowymi doświadczeniami, które mogą mieć różne przyczyny i konsekwencje. Rozpoznanie samotności i osamotnienia oraz jego skutków wymaga wnikliwej analizy sytuacji życiowej jednostki, jak również empatycznego podejścia do jej potrzeb emocjonalnych i społecznych. Empatyczny stosunek do potrzeb emocjonalnych i społecznych jednostki polega na wysłuchaniu jej doświadczeń, zrozumieniu jej uczuć i oferowaniu wsparcia oraz pomocy w zrozumieniu i rozwiązaniu problemów, które mogą przyczyniać się do samotności lub osamotnienia.

1.4. Demograficzny obraz polskiej starości

W Polsce, podobnie jak w wielu krajach rozwiniętych, obserwuje się proces starzenia społeczeństwa. Udział osób starszych w populacji Polski systematycznie wzrasta. Na koniec 2021 roku liczba osób powyżej 65 r.ż. zwiększyła się o 123 tys. osób, do wielkości ponad 7,2 mln, co stanowi 18,9% ogólnej liczby ludności (w 1990 r. osoby starsze stanowiły 1/10 ludności). Wynika to z przesuwania do populacji w starszym wieku coraz liczniejszych roczników osób urodzonych w latach 50. ubiegłego wieku. Z tego powodu od kilku lat zmniejsza się liczba osób w tzw. wieku dorosłym (15–64 lata). Oznacza to, że odsetek osób starszych będzie stale rósł (GUS, 2022b). W ostatnich latach w naszym kraju można zaobserwować, jak prawie we wszystkich krajach świata, nasilający się proces starzenia społeczeństwa, który określany jest mianem tsunami demograficznego. Zjawisko to jest następstwem nie tylko wydłużającego się czasu życia, ale także spadku liczby urodzin. W 2020 r. przeciętne dalsze życie kobiet w Polsce wynosiło 80,7 roku, natomiast mężczyzn – 72,6 roku (GUS, 2022b).

Przykładowo na przestrzeni siedemdziesięciu lat w Polsce (1950–2020) przeciętna długość dalszego trwania życia kobiet wzrosła o prawie 20 lat – z 61,7 roku w 1950 r. do 80,7 roku w 2020 r., a mężczyzn o ponad 16 lat – z 56,1 roku w 1950 r. do 72,6 roku w 2020 r. (tab. 1).

Dane te są wyraźnym odzwierciedleniem obserwowanej rzeczywistości. Zjawisko starzenia się populacji stawia przed społeczeństwem wyzwania związane z koniecznością zapewnienia odpowiedniego zabezpieczenia w wielu sferach życia. Obraz miast i wsi w Polsce jest zdominowany przez osoby starsze z niepełnosprawnościami, które żyją w coraz trudniejszych warunkach. Trudności te wynikają nie tylko z pandemii COVID-19, ale również z niskich dochodów, złej sytuacji zdrowotnej oraz poczucia starości. Dodatkowo polskie państwo nie oferuje aktywnej polityki społecznej, a jedynie krótkotrwałą i interwencyjną pomoc w sytuacjach kryzysowych.

Tabela 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce na przestrzeni siedemdziesięciu lat (1950–2020)

Rok	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Kobiety – trwanie życia	61,7	61,7	70,6	73,3	74,4	75,2	78,0	80,6
Mężczyźni – trwanie życia	56,1	64,9	66,6	66,0	66,2	72,1	73,6	72,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie bazy demograficznej GUS, 2020 – Internet *sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2020_r.pdf* (stat.gov.pl), Baza Demografia – Główny Urząd Statystyczny, *Mały Rocznik Statystyczny Polski*, (2016); *Płeć a trwanie życia*, (2011).

Według prognoz Eurostatu do 2023 r. w Polsce cząstkowy wskaźnik obciążenia demograficznego, mierzony jako stosunek liczby osób w wieku 65 lat i więcej do liczby osób w wieku 15–64 lat, wzrośnie o 100% (z 18 do 36), podczas gdy dla całej UE wzrośnie o 65% (z 26 do 43) (*Eurostat – europejskie statystyki*, b.d.). Demograficzne zjawisko starzenia się populacji skłania do podjęcia działań na rzecz osób starszych i starzejących się, aby jak najlepiej zdiagnozować i wdrożyć politykę senioralną, dostosować wsparcie i opiekę nad osobami starszymi z niepełnosprawnościami, zapewnić dobrą jakość życia oraz propagować zdrowe i pozytywne starzenie się.

Dodatkowo wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym w naszym kraju wiąże się ze zjawiskiem asymetrii, polegającym na tym, że liczba osób pobierających świadczenia

rentowe lub emerytalne jest znacznie wyższa niż liczba osób rzeczywiście w wieku emerytalnym. Takie zjawisko wynika z faktu, że w Polsce istnieje możliwość wcześniejszego przejścia na emeryturę niż w innych krajach, a także z problemu niepełnosprawności, który w naszym kraju jest znacznie bardziej powszechny.

Starzenie się populacji wiąże się z różnymi wyzwaniami dla społeczeństwa, w tym na przykład ze zwiększonym zapotrzebowaniem na opiekę zdrowotną, opiekę długoterminową i wsparcie społeczne dla osób starszych. Zmiana struktury demograficznej może również wpłynąć na politykę społeczną i wybory polityczne, ponieważ osoby starsze są często zorganizowane w większe grupy wyborcze i mają różne potrzeby oraz priorytety w porównaniu z osobami młodszymi.

W ostatnim wieku średnia długość życia wzrosła o połowę, co doprowadziło do powstania nowej grupy społecznej, zwanej ludźmi czasu wolnego, którzy inicjują ruchy społeczne w celu ochrony swoich praw. Zabezpieczenie potrzeb tej grupy, w tym potrzeb ekonomicznych, zdrowotnych, społecznych i politycznych, stało się ważnym zagadnieniem (Zych, 2019, s. 13) dla społeczeństw na całym świecie. Obejmuje to zarówno kwestie ekonomiczne, jak i społeczne oraz wymaga ścisłej współpracy rządu, organizacji społecznych i innymi instytucji w celu zapewnienia godnych warunków życia i starości dla tej rosnącej grupy obywateli. W Polsce nie istnieje instytucja rządowa lub naukowa, która kompleksowo zajmowałaby się starzeniem się społeczeństwa. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG) ma w swoich szeregach naukowców i praktyków z dziedziny ochrony zdrowia i pomocy społecznej, jednak skupia się ono głównie na kwestiach zdrowotnych osób starszych, co może prowadzić do izolacji i dyskryminacji osób starszych z niepełnosprawnościami, jak również wpłynąć na pogorszenie jakości ich życia. Piotr Szukalski analizuje zjawisko starzenia się populacji pod względem dwóch cech: nieuchronności i wartości. Nieuchronność wynika z faktu, że proces starzenia jest rezultatem procesów demograficznych i kryzysów społecznych, co skutkuje wzrostem znaczenia osób starszych w społeczeństwie. z drugiej strony wartość procesu starzenia wynika z faktu, że jest on sygnałem dojrzałości demograficznej oraz potwierdzeniem wysokiego poziomu rozwoju gospodarczego (Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” PAN, 2008). Ta różnorodność procesów widoczna jest również w Polsce, gdzie obserwuje się zmiany na poziomie regionalnym.

Do czynników demograficznych, które wpływają na starzenie się populacji, można zaliczyć wydłużenie długości życia, niski wskaźnik dzietności oraz migracje.

1. Wydłużenie długości życia wynika z postępu medycyny, rozwijającej się wiedzy na temat zdrowego stylu życia i udoskonalonego systemu opieki zdrowotnej. Przykładowo odsetek

ludzi w wieku 60 lat i starszych w Polsce wzrósł z 19,6% w 2010 r. do 25,6% w 2020 r. (GUS, 2021), co oznacza, że w naszym kraju osoby starsze żyją dłużej o 6%. Zmniejszenie liczby zgonów prowadzi do wydłużenia okresu życia ludzi, co z kolei skutkuje wzrostem liczby osób dożywających wieku emerytalnego i żyjących do późnej starości. Jeśli ta tendencja demograficzna się utrzyma, można oczekiwać, że tempo wzrostu długości życia będzie szybsze, niż zakładano w prognozach.

2. Niski wskaźnik dzietności, czyli zmniejszenie liczby urodzeń, wynika z wielu czynników, m.in. ze zmian w stylu życia i wyższego poziomu wykształcenia kobiet, co prowadzi do opóźnienia decyzji o macierzyństwie lub ograniczenia liczby dzieci. Od lat osiemdziesiątych XX wieku liczba dzieci i młodzieży zaczęła spadać, co wiedzie do zwiększenia roli osób starszych. GUS (2022a) podaje, że wskaźnik dzietności w Polsce wyniósł w 2021 r. 1,32, co oznacza, że aby zastępować populację, musi on wynosić 2,1 dziecka na kobietę. Dane te pokazują, że niski poziom dzietności przyczyni się do procesu starzenia populacji Polski. Najniższy wskaźnik dzietności w Polsce w XXI w. został odnotowany w 2003 r. i wyniósł 1,222.
3. Migracje w związku z procesem starzenia ludności są ważnymi czynnikami demograficznymi. Wpływają one na zwiększenie odsetka osób starszych w populacji kraju. Jednakże ze względu na niską wiarygodność danych ocena wpływu migracji na proces starzenia społeczeństwa jest trudna. Można przypuszczać, że postępujący proces deurbanizacji kraju, związany z ujemnym saldem migracji miasto–wieś, jest związany ze starzeniem się ludności miejskiej. Emigracja może wpłynąć na starzenie się społeczeństwa w dwóch obszarach: po pierwsze, emigranci to zazwyczaj osoby młode, które opuszczają swój kraj, po drugie zaś, dzieci emigrantów po pewnym czasie mogą wpłynąć na zwiększenie liczby młodych w kraju przyjmującym.

Wzrost liczby osób starszych w populacji kraju, wynikający z powiązanych ze sobą czynników demograficznych, ma znaczący wpływ na wiele dziedzin życia społecznego, a w szczególności na triadę systemową $3 \times s$, czyli system opieki zdrowotnej, system emerytalny i system polityki społecznej. Starzenie się społeczeństwa prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na usługi zdrowotne, zwłaszcza w zakresie opieki długoterminowej. Wzrost liczby osób starszych może oddziaływać na zwiększenie kosztów systemu emerytalnego, co wymagać będzie przemyślanej polityki społecznej, a w szczególności wprowadzenia zmian w wieku emerytalnym oraz odpowiednich form finansowania systemu, takich jak podnoszenie podatków czy wprowadzenie dodatkowych opłat.

Demograficzne starzenie się dotyczy wszystkich osób, zarówno tych zdrowych, jak i z różnym stopniem i rodzajem niepełnosprawności. Z każdym rokiem w Polsce wzrasta liczba osób starzejących się i starych. W wyniku niemożności dojścia do konsensusu w związku z ujednoczeniem definicji niepełnosprawności istnieją znaczne trudności odnośnie do oszacowania liczby osób z niepełnosprawnościami w naszym kraju. Oprócz osób uznanych za niepełnosprawne w myśl obowiązujących przepisów istnieje grupa niepełnosprawnych biologicznie, czyli takich, którzy uważają, że ich sprawność jest znacznie bardziej ograniczona aniżeli sprawność większości ich grupy wiekowej. Podczas gdy istnieje możliwość sprawdzenia liczby osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, niemożliwe jest dokładne oszacowanie osób niesprawnych biologicznie, ponieważ można się opierać jedynie na deklaracji osoby zainteresowanej. Podczas Narodowego Spisu Powszechnego (dalej: NSP) z 2021 r. w Polsce liczebność zbiorowości osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie (jednocześnie) wynosiła prawie 3 098 tys. w 2011 r. ogólna liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 4 697 tys. i było to 12,2% ludności, co stanowiło o 2,1% mniej niż podczas NSP z 2002 r. 46,1% to mężczyźni, 3133,5 to osoby mające prawne potwierdzenie swojej niepełnosprawności (Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, b.d.). Informacje pochodzące z NSP stanowią zbiór wiedzy na temat nie tyle doprecyzowanych informacji o populacji osób z niepełnosprawnością w naszym kraju, lecz o potrzebie dokładnego zdefiniowania stanu samej niepełnosprawności. Wyniki spisu powszechnego przedstawiają liczbę osób, które posiadają prawnie udokumentowaną niepełnosprawność oraz które mają biologiczną niepełnosprawność.

Mając dostęp do dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność osób w starszym wieku, można dokładnie określić cechy demograficzne tej grupy wiekowej. Szczegółowe dane na temat struktury demograficznej osób starszych z niepełnosprawnościami można uzyskać, uwzględniając wiek i płeć, z informacji z GUS (2020) z grudnia 2020 r. Według tych danych mediana wieku osób posiadających dokumenty potwierdzające niepełnosprawność lub niezdolność do pracy wynosi 62 lata, co wskazuje na znaczny odsetek osób starszych z niepełnosprawnościami.

Należy podkreślić, że niepotwierdzona prawnie niepełnosprawność u osób starszych odgrywa znacznie mniejszą rolę z punktu widzenia ich dochodów materialnych. Dużo bardziej na znaczeniu zyskują orzeczenia o niepełnosprawności wydawane przez powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wiąże się to z możliwością korzystania ze świadczeń pomocy społecznej i systemu środowiskowego wsparcia do

samodzielnego egzystowania lub otrzymania nawet karty parkingowej, co wiąże się ze znacznymi udogodnieniami w codziennym ich życiu.

Demograficzny obraz starzejącej się Polski ukazuje, że wraz z upływem lat wzrasta liczba osób starszych z niepełnosprawnościami i osiagających wiek emerytalny. Jest to spowodowane między innymi niższą liczbą urodzeń oraz wydłużeniem przeciętnej długości życia. Starzenie się populacji ma wpływ także na strukturę demograficzną kraju, zwiększając udział ludzi starszych w ogólnej liczbie ludności. z drugiej strony problem ten niesie za sobą wyzwania w dziedzinie polityki społecznej, ochrony zdrowia i gospodarki. Rosnące potrzeby medyczne i opiekuńcze ludzi starszych wymagają zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną oraz na rozwój instytucji opiekuńczych. Jednocześnie rosnąca liczba ludzi starszych z niepełnosprawnościami w Polsce stwarza szanse na rozwój sektora skierowanych do nich usług i przyczynia się do wzrostu popytu na niektóre rodzaje produktów i świadczeń. z kolei proces urbanizacji powoduje, że coraz więcej ludzi przeprowadza się z mniejszych miejscowości do większych miast, w których powstają liczne miejsca pracy i rozwijają się usługi medyczne, co sprzyja dłuższemu życiu.

ROZDZIAŁ II. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ OSÓB STARSZYCH

Niepełnosprawność osób starszych może mieć różne źródła i stanowić rezultat złożonego oddziaływania wielu czynników, zarówno wad genetycznych, procesów starzenia się, jak i wcześniejszych schorzeń, urazów, niepełnosprawności nabytej w późniejszym okresie życia lub niekorzystnych warunków środowiskowych. Jak słusznie zauważa M. Wlazło (2019), „niepełnosprawność i starość bywają traktowane jako stany tożsame” (s. 35). Wynika to z medycznego sposobu opisu stanu zdrowia osób należących do tej grupy wiekowej.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: WHO) niesprawność (ang. *disability*) powstaje na skutek uszkodzeń narządów organizmu, które jednocześnie przyczyniają się do inwalidztwa. Inwalidztwo to ograniczenia w pełnieniu społecznych ról, które wynikają z czynników związanych z wiekiem, płcią i uwarunkowaniami kulturowymi (Barbotte i in., 2001, s. 1047–1055). Te trzy terminy zostały opisane i sklasyfikowane w Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (dalej: ICF) (Światowa Organizacja Zdrowia, 2009). W ICF opisane są różne rodzaje uszkodzeń i niesprawności, ich umiejscowienie i nasilenie, a także wpływ na zdolność do aktywności społecznych. Jednak w przypadku osób starszych taka systematyzacja może być mniej praktyczna, ponieważ uszkodzenia narządowe mogą występować w różnym stopniu we wszystkich narządach organizmu. Z tego powodu w medycynie geriatrycznej wprowadzono podejście skoncentrowane na ocenie funkcji. Całościowa ocena geriatryczna (dalej: COG) stała się standardowym narzędziem diagnostycznym w ocenie osób starszych, a także stanowi podstawę wyboru terapii w ramach zespołowego i interdyscyplinarnego zarządzania przypadkiem (ang. *geriatric management*) (Bień, 2013, s. 33–47).

Termin „niepełnosprawność” to stosunkowo młode pojęcie, które po raz pierwszy zostało użyte po II wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych, a później w Wielkiej Brytanii i innych krajach Europy (Garbat, 2014, s. 3–16).

W Polsce obecna definicja niepełnosprawności określa trwałą lub okresową niezdolność do pełnienia ról społecznych z powodu naruszenia sprawności organizmu, szczególnie powodującego niezdolność do podjęcia lub wykonywania pracy zawodowej (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 1997).

W latach osiemdziesiątych XX w. przyjęta została przez WHO definicja, która mówi, że niepełnosprawność jest rezultatem dysfunkcji organizmu, która objawia się w postaci

ograniczeń lub braków, uniemożliwiających wykonywanie codziennych czynności w sposób i w zakresie uznawanym za normalny dla człowieka. W 2007 r. WHO zmodyfikowało definicję i od tego czasu należy ją rozumieć jako wielowymiarowe zjawisko, które wynika z interakcji między ludźmi a ich fizycznym oraz społecznym otoczeniem. Wynika ono z efektu barier napotykanym w otoczeniu fizycznym i społecznym, które wpływają na zdolność jednostek do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i realizacji swoich potrzeb. Niepełnosprawność odnosi się do różnych ograniczeń w obszarze funkcjonowania człowieka, wynikających z uszkodzenia lub zaburzenia, które uniemożliwiają wykonywanie pewnych czynności w sposób uważany za typowy i normalny w życiu codziennym. Te ograniczenia mogą mieć różny charakter, mogą być trwałe lub tymczasowe, a także całkowite lub częściowe. Mogą dotyczyć różnych sfer życia, takich jak zdolności sensoryczne, fizyczne czy psychiczne (Dykcik, 2007, s. 15).

ICF proponuje zaktualizowaną definicję niepełnosprawności, która skupia się na dwóch wymiarach: funkcjonowaniu i niepełnosprawności oraz czynnikach kontekstowych (Kilian, 2021, s. 81).

1. Funkcjonowanie i niepełnosprawność:

- funkcje i struktury ciała obejmują zarówno budowę anatomiczną, jak i działania oraz czynności wszystkich narządów i układów w ludzkim ciele;
- aktywność i uczestniczenie dotyczą różnorodnych aktywności wykonywanych przez ludzi, włączając w to zarówno samoobsługę i wykonywanie codziennych prac domowych, jak i zaangażowanie w życie społeczne oraz utrzymywanie relacji z otoczeniem społecznym. Jest to obszar obejmujący szeroki zakres działań i interakcji, które wpływają na codzienne funkcjonowanie i zaangażowanie jednostki w społeczność i środowisko.

2. Czynniki kontekstowe

Czynniki kontekstowe odnoszą się do otoczenia, w którym egzystuje jednostka. W skład tych czynników wchodzi zarówno elementy środowiskowe, jak i indywidualne, które mogą mieć wpływ na osobę z określonym stanem zdrowia, a także na jej ogólną kondycję zdrowotną i związane z nią stany. Środowiskowe czynniki odnoszą się do fizycznego i społecznego otoczenia oraz systemu postaw, w którym egzystuje jednostka. Czynniki te mogą wywierać zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na działania podejmowane przez człowieka jako członka społeczeństwa, jego zdolność do wykonywania codziennych czynności i zadań oraz na funkcjonowanie i struktury jego ciała. Wpływ ten może wynikać z różnych czynników środowiskowych, takich jak dostępność i dostęp do usług, wsparcie społeczne,

dostępność infrastruktury, poziom akceptacji i integracji społecznej, a także warunki fizyczne, w których osoba żyje i funkcjonuje.

Czynniki indywidualne, czyli osobowe, które nie są związane z aktualnym stanem zdrowia lub choroby, obejmują wiele różnorodnych obszarów. Wśród nich można wymienić: płeć, rasę, wiek, specyficzne warunki zawodowe, poziom sprawności fizycznej, styl życia, nawyki, wykształcenie, zawód, doświadczenia życiowe (zarówno przeszłe, jak i obecne), sposób radzenia sobie z trudnościami, otoczenie społeczne, ogólne wzorce zachowań, charakterystyki psychologiczne i inne osobiste cechy (ICF, 2001, s. 16).

Człowiek, niezależnie od wieku, jest tutaj postrzegany nie tylko jako istota biologiczna, ale przede wszystkim jako istota aktywna, która realizuje określone zadania rozwojowe. Niepełnosprawność rozumiana jest tu jako skutek ograniczeń człowieka w sferze biologicznej, osobistej i społecznej.

Osoba niepełnosprawna to osoba, której stan fizyczny i/lub psychiczny trwale lub okresowo utrudniają, ograniczają lub uniemożliwiają realizowanie codziennych zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 1997). W Polsce termin „osoba niepełnosprawna” został użyty po raz pierwszy w uchwale Sejmu w 1982 r., ale zdefiniowany dopiero w latach dziewięćdziesiątych XX w. (Kołaczek, 2010, s. 33–39). Wcześniej w stosunku do osób o niepełnej sprawności były lub wciąż są używane różne terminy pokrewne, tj. „inwalida”, „kaleka”, „odchylony od normy”, „sprawny inaczej”, „ślepy”, „ociemniały”, „głuchy”, „niedorozwinięty”, „chromy”, „kulawy”, „upośledzony”, z których wiele ma charakter pejoratywny i piętnujący osoby dotknięte niepełnosprawnością.

Barbara Mikołajczyk trafnie zauważa, że pojęcie osoby z niepełnosprawnością jest bardziej wszechstronne niż termin „osoba niepełnosprawna”, który może kojarzyć się z widocznymi i łatwo rozpoznawalnymi upośledzeniami lub oficjalnymi orzeczeniami medycznymi o ich niepełnosprawności. Pojęcie osoby z niepełnosprawnością obejmuje szerszy zakres osób, które mogą doświadczać różnych form ograniczeń lub trudności, zarówno widocznych, jak i niewidocznych dla innych. Obejmuje to również osoby z niepełnosprawnością, które niekoniecznie otrzymały oficjalne orzeczenia, ale wciąż mogą potrzebować wsparcia i uwagi w różnych sferach życia (Mikołajczyk, 2012, s. 134). Natomiast niepełnosprawne osoby starsze są to osoby zależne od najbliższego otoczenia i często wymagające czasowej lub stałej opieki oraz pomocy. Do grupy tej należą: osoby starsze niepełnosprawne umysłowo, słabe osoby starsze i zniedołężniałe osoby sędziwe (Zych, 2017, s. 103).

Osoby starsze z niepełnosprawnościami często doświadczają zachowań, które można określić jako formy dyskryminacji społecznej. Takie zachowanie może obejmować patronizowanie, infantyлизację lub zmniejszanie ich autonomii i kompetencji ze względu na ich wiek i niepełnosprawność. W wymiarze społecznym występowanie tych zachowań może wynikać z niewiedzy, stereotypów i uprzedzeń wobec osób starszych z niepełnosprawnościami. Osoby te mogą być obiektami niechcianej uwagi i odczuwać brak poszanowania dla swojej prywatności. Bezpośrednie pytania dotyczące ich niepełnosprawności mogą być uznawane za nietaktowne lub upokarzające, ponieważ podkreślają różnice i mogą prowadzić do poczucia wyobcowania. Tożsamość osoby starszej z niepełnosprawnością często dominuje nad innymi kwestiami i może zakłócać przebieg interakcji między dwiema dorosłymi osobami. Pierwszy dostrzegany element stanowi niepełnosprawność, a dopiero później zauważana jest jednostka jako całość. To sytuacja, w której niepełnosprawność staje się głównym wyznacznikiem, przez co inne elementy tożsamości jednostki są często pomijane lub marginalizowane.

2.1. Rodzaje i modele niepełnosprawności

Niepełnosprawność jest złożonym zjawiskiem, które polega na obniżeniu zdolności danej osoby do wykonywania codziennych czynności i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym w sposób uznawany za typowy w danym społeczeństwie. Może przybierać różne formy i występować w różnym stopniu nasilenia, co oznacza, że osoby z niepełnosprawnością mogą doświadczać różnorodnych ograniczeń i potrzebować różnego stopnia wsparcia i dostosowań, aby pełniej uczestniczyć w życiu rodzinnym i społecznym. Ze względu na charakter można wyróżnić kilka rodzajów niepełnosprawności. Są to:

1. niepełnosprawność fizyczna – wynikająca z deficytów w funkcjonowaniu narządów ruchu, co powoduje obniżone możliwości motoryczne ciała lub układu nerwowego. Może obejmować niepełnosprawność ruchową, porażenia, niedowład, amputacje, afazję czy trudności z koordynacją ruchową. Niepełnosprawność fizyczna obejmuje również wrodzone wady rozwojowe, które w znaczący sposób mogą wpływać na rozwój i funkcjonowanie organizmu. Może ona być stała lub czasowa, a jej stopień nasilenia różny;
2. niepełnosprawność intelektualna – (znana także jako upośledzenie umysłowe) rodzaj niepełnosprawności, która charakteryzuje się ograniczeniem w funkcjonowaniu intelektualnym i zdolnościach adaptacyjnych, wynika z zaburzeń w rozwoju umysłowym, co prowadzi do ograniczenia zdolności poznawczych, emocjonalnych, i społecznych. Do

najczęstszych form niepełnosprawności intelektualnej należą trudności w uczeniu się, zaburzenia percepcji, deficyty w pamięci oraz problemy w przetwarzaniu informacji. Niepełnosprawność intelektualna może mieć różne stopnie nasilenia, co oznacza, że nie dotyczy wszystkich osób w ten sam sposób. Niektóre osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą być w stanie prowadzić samodzielne życie z odpowiednim wsparciem, podczas gdy inni mogą wymagać znacznej opieki i wsparcia przez całe życie;

3. niepełnosprawność sensoryczna – obejmuje deficyty związane z narządami zmysłów: słuchu, wzroku, smaku, węchu czy dotyku. Osoby z niepełnosprawnością sensoryczną mogą mieć trudności w odbieraniu lub przetwarzaniu informacji sensorycznych, co oddziałuje na ich zdolność do komunikacji, orientacji w otoczeniu i wykonywania codziennych czynności. Należy podkreślić, że współczesne technologie asystujące, jak również szkolenie i edukacja mogą pomóc w zwiększeniu niezależności i jakości życia osób z niepełnosprawnością sensoryczną.
4. niepełnosprawność psychiczna – związana z zaburzeniami w funkcjonowaniu układu nerwowego, prowadzącymi do trudności w regulacji emocji, zachowania, myślenia i percepcji czy bipolarnych zaburzeń afektywnych. Przykłady niepełnosprawności psychicznej to depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia, zaburzenia osobowości oraz uzależnienia (Borowiecki, 2015, s. 111);
5. niepełnosprawność mieszana (sprzężona) – to rodzaj niepełnosprawności, w którym jedna osoba doświadcza jednocześnie różnych rodzajów niepełnosprawności. Oznacza to, że jednostka ma ograniczenia lub trudności w kilku obszarach funkcjonowania, takich jak zdolności intelektualne, zdolności sensoryczne, zdolności ruchowe lub zdolności adaptacyjne (Zaorska, 2012, s. 9).

Rozpoznanie i klasyfikacja niepełnosprawności wymagają kompleksowej oceny zdrowotnej, obejmującej diagnozę medyczną, funkcjonalną, psychologiczną, społeczną i zawodową oraz czynniki determinujące funkcjonowanie jednostki. Podstawowym celem kompleksowej oceny zdrowotnej jest ustalenie, czy występuje niepełnosprawność oraz jakie są jej charakterystyczne cechy i stopień nasilenia. W ramach tego procesu dokonuje się przeglądu wywiadu medycznego, przeprowadza się badania kliniczne, laboratoryjne i obrazowe, a także analizuje się wyniki testów psychologicznych i neuropsychologicznych. Ocena zdrowotna obejmuje również badanie funkcjonalne, które ma na celu zidentyfikowanie ewentualnych deficytów w zakresie ruchu, umiejętności poznawczych, komunikacji, adaptacji społecznej oraz innych dziedzin życia codziennego. Istotnym elementem oceny jest także analiza uwarunkowania społecznego i środowiskowego, w którym funkcjonuje osoba

z niepełnosprawnością, ponieważ wpływa on na możliwość pełnego wykorzystania jej potencjału i dostęp do odpowiednich usług i wsparcia. Kompleksowa ocena zdrowotna pozwala na dokładne sklasyfikowanie niepełnosprawności, co jest istotne dla ustalenia odpowiednich strategii terapeutycznych, planowania opieki medycznej i społecznej oraz dostosowania środowiska do indywidualnych potrzeb jednostki. Ponadto zapewnia ona również podstawę dla opracowania programów rehabilitacji, edukacji i integracji społecznej, które są fundamentalne dla poprawy jakości i sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnościami.

W badaniach naukowych i praktyce terapeutycznej wyróżnia się kilka modeli niepełnosprawności, które stanowią różne podejścia do rozumienia i opisywania tego zjawiska. Każdy z nich oferuje unikatowe spojrzenie na niepełnosprawność i pomaga zrozumieć to zjawisko z różnych perspektyw.

Model medyczny zakłada, że niepełnosprawność stanowi rezultat deficytu lub uszkodzenia fizjologicznego (choroby), które wymaga interwencji medycznej w celu przywrócenia lub poprawy stanu zdrowia osoby z niepełnosprawnością. Model ten skupia się na indywidualnej kondycji zdrowotnej, ignorując wpływ czynników społecznych i środowiskowych na funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością (Parsons, 2009, s. 327–332). W przypadku osoby chorującej istotne jest, aby poddała się odpowiedniemu leczeniu i postępowała zgodnie z zaleceniami specjalistów. Celem jest jak najszybsza poprawa jej stanu zdrowia i jakości życia. Osoba chora powinna być aktywnym uczestnikiem procesu leczenia, rehabilitacji i kompensacji, aby osiągnąć optymalne wyniki. Jednakże konsekwencje niepełnosprawności w zakresie doświadczeń osobistych i funkcjonowania społecznego wymagają od osoby z niepełnosprawnościami samodzielnego pokonywania tych wyzwań lub szukania pomocy poza systemem opieki zdrowotnej. Osoba ta może potrzebować wsparcia społecznego, edukacji, szkoleń lub innych form pomocy, aby radzić sobie z ograniczeniami (Smart, 2009, s. 3–11).

Model społeczny – w przeciwieństwie do modelu medycznego – zakłada, że niepełnosprawność wynika z braku dostępności i niedostosowania środowiska do potrzeb osób z niepełnosprawnością, co utrudnia im pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Model ten podkreśla rolę barier architektonicznych, informacyjnych, komunikacyjnych i kulturowych, które ograniczają możliwości tej grupy osób (Karaś, 2012, s. 24). W tym modelu zakłada się, że osoby pełnosprawne ponoszą moralną odpowiedzialność za eliminowanie barier uniemożliwiających pełny udział osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym. W modelu tym postuluje się równość traktowania wszystkich osób, niezależnie od ich deficytów zdrowotnych czy wieku, i dąży się do eliminacji zjawiska wykluczenia społecznego.

Niepełnosprawność jest tutaj rozumiana jako względna kategoria, zależna głównie od interakcji jednostki z jej otoczeniem. Sam fakt posiadania uszkodzenia ciała, niesprawności fizycznej czy ograniczenia funkcjonalnego nie stanowi podstawy do uznania osoby za niepełnosprawną. Osoba staje się niepełnosprawna wtedy, gdy jej udział w życiu społecznym jest znacznie ograniczony lub wręcz wykluczony. Wprowadzenie zmian w postawach społecznych powinno następować stopniowo i obejmować wszystkie grupy wiekowe. Osoby z niepełnosprawnościami winny być sukcesywnie zaangażowane w pełne i świadome uczestnictwo w życiu społecznym, nie jako osoby ze specjalnymi potrzebami, lecz jako pełnoprawni członkowie społeczeństwa. W takim podejściu nie zmienia się osoba z niepełnosprawnością, lecz społeczeństwo, które staje się bardziej dostosowane i przyjazne dla wszystkich. Jest to także zachęta dla osób z niepełnosprawnościami do bardziej pozytywnego postrzegania siebie i swojej sytuacji. Model społeczny stał się manifestem osób z niepełnosprawnością i odegrał istotną rolę w walce o równouprawnienie. W drugiej połowie XX w. przyczynił się do wprowadzenia rozwiązań prawnych antydyskryminacyjnych, które miały na celu eliminację nierównego traktowania. Dzięki temu wprowadzono wiele rozwiązań ułatwiających codzienne życie osób z niepełnosprawnościami. Przykładami takich rozwiązań są widoczne oznakowania toalet, wind, dostosowanie transportu publicznego czy miejsc parkingowych. Miejsca pracy również zostały dostosowane w sposób sprzyjający tym osobom. Należy pamiętać, że społeczny model niepełnosprawności nie dąży do zmiany samej osoby dotkniętej niepełnosprawnością, lecz skupia się na zmianach społecznych, które tworzą bardziej przyjazne środowisko. W podejściu tym istotne jest również postrzeganie osób z niepełnosprawnościami jako aktywnych uczestników społeczeństwa, a nie wyłącznie jako osób o specjalnych potrzebach. Model społeczny niepełnosprawności spotkał się również z krytyką ze względu na brak uwzględnienia cielesnego elementu funkcjonowania związanego z różnymi chorobami i rodzajami niepełnosprawności. W tym modelu nie uwzględnia się bólu, fizycznego zmęczenia i utraty zdolności do samodzielnego wykonywania pewnych codziennych czynności, które są doświadczane przez niektóre osoby z niepełnosprawnościami. Niemniej jednak krytyczne spojrzenie na społeczny model niepełnosprawności przyczyniło się do szerokiej debaty na temat praw i potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami. Mimo że model ten ma swoje ograniczenia, założenia społecznego modelu niepełnosprawności stały się istotnym narzędziem w walce z dyskryminacją nie tylko osób starszych z niepełnosprawnościami.

Model biopsychospołeczny łączy podejście medyczne i społeczne, zakładając, że niepełnosprawność stanowi rezultat interakcji między deficytami zdrowotnymi osoby

z niepełnosprawnością, jej umiejętnościami i czynnikami środowiskowymi, takimi jak bariery i dostępność. Ten model nie jest rewolucją, lecz raczej ewolucją w podejściu do tematu niepełnosprawności. Oznacza to, że nie zastępuje on całkowicie wcześniejszych paradygmatów naukowych, ale integruje różne perspektywy i może korzystać z cech swoich poprzedników. Tak stara się bardziej kompleksowo i w sposób zrównoważony rozumieć niepełnosprawność, uwzględniając różne czynniki wpływające na życie osób niepełnosprawnych. Biopsychospołeczny model uwzględnia zarówno kwestie indywidualne, jak i społeczne, oraz podkreśla potrzebę holistycznego podejścia do diagnozy i terapii niepełnosprawności (Wilmowska-Pietruszyńska i Bliski, 2013, s. 5–20).

W modelu biopsychospołecznym założenia zyskują dużą akceptację w wielu krajach w praktyce, a także znajdują zastosowanie w polityce zdrowotnej i społecznej. Jednakże budzą również pewne zastrzeżenia, ponieważ nie jest w pełni wyjaśnione, w jaki sposób niepełnosprawność fizyczna może ograniczać czynne uczestnictwo społeczne, podczas gdy sprawność umysłowa pozostaje na wysokim poziomie. W obszarze tego modelu istnieje potrzeba dalszych badań i dyskusji, aby lepiej zrozumieć zależności między różnymi płaszczyznami niepełnosprawności. Ważne jest, aby uwzględniać zarówno kwestie fizyczne, jak i psychiczne oraz analizować wpływ środowiska społecznego na funkcjonowanie jednostki. W ten sposób możliwe będzie lepsze rozumienie i wsparcie osób z niepełnosprawnościami, aby mogły pełnić aktywną rolę w społeczeństwie.

Zaprezentowany został trójplaszczynowy model niepełnosprawności, który uwzględnia relacje między ciałem, psychiką i środowiskiem społecznym. Niepełnosprawność nie jest cechą jednostki, lecz wynika z interakcji między jednostką a jej otoczeniem fizycznym oraz społecznym z jednej strony, aby osiągnąć pełną integrację społeczną osób z niepełnosprawnościami, niezbędne jest kontynuowanie leczenia i rehabilitacji przez całe życie. To permanentny proces, który pomaga osobom z niepełnosprawnością rozwijać swoje zdolności fizyczne i umysłowe. z drugiej strony, nawet jeśli rehabilitacja jest doskonale przeprowadzona, nie przyniesie pełnego skutku bez równoczesnej eliminacji zewnętrznych barier, które ograniczają możliwości osób z niepełnosprawnością i nie pozwalają im pełnić aktywnej roli w społeczeństwie. Ograniczenia w aktywności nie można przypisać samej osobie, ponieważ są one efektem barier środowiskowych, które utrudniają jej czynne uczestnictwo i funkcjonowanie.

Wybór konkretnego modelu niepełnosprawności niesie istotne konsekwencje dla sposobu diagnozy, terapii i organizacji wsparcia dla osób z niepełnosprawnością, dlatego ważne

jest, aby określając model, podjąć decyzję na podstawie ugruntowanej wiedzy naukowej z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i preferencji osoby z niepełnosprawnością.

Wskazane staje się opracowanie uniwersalnego modelu, który pozwoliłby zakończyć dyskusję dotyczącą charakteru niepełnosprawności – czy to jako zjawiska społecznego, czy medycznego. Uniwersalność modelu powinna obejmować wszystkie wymiary, takie jak biologiczny, społeczny, psychologiczny, kulturowy, religijny, a także polityczny.

Patrząc przez pryzmat osoby starszej z niepełnosprawnością, ważne jest interdyscyplinarne podejście do modeli niepełnosprawności, ponieważ jest to złożone zjawisko, wymagające uwzględnienia wielu różnorodnych obszarów. Każda dyscyplina naukowa – od medycyny, poprzez psychologię i socjologię, aż po nauki humanistyczne – ma własne podejście i narzędzia badawcze, które pozwalają na zrozumienie różnych obszarów niepełnosprawności. Dzięki takiemu podejściu możliwe staje się uwzględnienie różnych perspektyw i wskazanie różnorodnych czynników: biologicznych, społecznych, psychologicznych i kulturowych, które wpływają na występowanie i przebieg niepełnosprawności. Pozwala to na stworzenie bardziej kompleksowych i skuteczniejszych modeli, które mogą być wykorzystywane zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce w celu poprawy jakości życia i sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami. Warto dodać, że rodzaje i modele niepełnosprawności nie są jednoznaczne i stałe, lecz nieustannie ulegają zmianom i ewolucji. Postępy w dziedzinie medycyny i nauk biologicznych pozwalają na coraz dokładniejszą diagnozę i zrozumienie. To z kolei wpływa na zmiany w klasyfikacjach, modelach, samym podejściu i analizie. Nowe technologie, w tym technologie asystujące i medyczne, dostarczają nowych narzędzi i możliwości, co może prowadzić do zmian w sposobie, w który rozważane są potrzeby i możliwości osób z niepełnosprawnością. Także społeczne postrzeganie niepełnosprawności ulega zmianom wraz z rozwojem kultury i postrzegania wartości społeczeństw. W miarę jak społeczeństwa stają się bardziej świadome i otwarte na różnorodność, postrzeganie niepełnosprawności ewoluuje w kierunku większej akceptacji i inkluzji. Rozwój praw i regulacji związanych z niepełnosprawnością także może wpłynąć na sposób, w który jest ona rozumiana i adresowana do społeczeństwa. Konwencje międzynarodowe, ustawy antidyskryminacyjne i inne regulacje mogą mieć wpływ na prawa i dostępność usług dla osób z niepełnosprawnością. W końcu badania naukowe nad niepełnosprawnością prowadzą do nowych odkryć i teorii, które wpływają na możliwość rozwijania się modeli i nowego podejścia terapeutycznego. Ta ewolucja jest rezultatem wspólnego wysiłku społeczeństwa, specjalistów, organizacji społecznych i osób z niepełnosprawnością, dążących do lepszego zrozumienia, wsparcia i inkluzji.

2.2. Charakterystyka niepełnosprawności w okresie starości

Niepełnosprawność w okresie starości odnosi się do ograniczeń fizycznych, funkcjonalnych, sensorycznych lub poznawczych, które wpływają na zdolności i jakość życia osób starszych oraz ich sytuację życiową. Niepełnosprawność to stan, w którym osoba nie potrafi pełnić swoich społecznych ról ani wykonywać codziennych czynności z powodu ograniczenia lub osłabienia zdolności organizmu. W starszym wieku niepełnosprawność ta może negatywnie wpływać na funkcjonowanie w wielu obszarach życia. Według ICF niepełnosprawność jest złożonym zjawiskiem, zależnym od czynników zdrowotnych (choroby, urazy, zaburzenia), środowiskowych (np. prawo, polityka społeczna, architektura) i jednostkowych (np. wiek, płeć, poziom wykształcenia, cechy osobowościowe) (Kilian, 2021, s. 123).

Rozumienie korelacji pomiędzy niepełnosprawnością a procesem starzenia stanowi trudne zadanie będące przedmiotem kontrowersji wśród badaczy zajmujących się tym zagadnieniem. Nie ma jednak jednoznacznej opinii na temat wpływu jednego zjawiska na drugie. Niektórzy twierdzą, że oba te zjawiska nakładają się na siebie, podczas gdy inni sugerują, że jednoczesne występowanie niepełnosprawności i starzenia się zmienia sposób ich przeżywania w czasie (Kilian, 2021, s. 123). Zarówno w pierwszym, jak i w drugim podejściu należy uzgodnić, że sytuacja życiowa osób starszych z niepełnosprawnościami różni się znacznie, pod względem zasobów i ograniczeń, od sytuacji osób starszych bez deficytów zdrowotnych. Starsze osoby z niepełnosprawnościami, które doświadczają długotrwałych chorób i różnych rodzajów niepełnosprawności, mają możliwość adaptacji i opracowania skutecznych strategii radzenia sobie, co prowadzi do stworzenia niestandardowych form kompensacji i zwiększenia kreatywności. Poprzez dopasowanie się do swoich ograniczeń i skorygowanie ewentualnych błędów osoby starsze z niepełnosprawnościami mogą szybciej zaadaptować się w sytuacji oraz poprawić swoją sytuację życiową. Kolejny krok stanowi odkrycie uniwersalnych cech procesu starzenia u osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Istotne jest zwrócenie uwagi na zróżnicowaną dynamikę i intensywność zmian w obszarze fizycznym, psychologicznym i społecznym. Osoby z niepełnosprawnościami ruchowymi, przewlekłymi chorobami somatycznymi, chorobami psychicznymi lub niepełnosprawnościami intelektualnymi różnią się także pod względem korzystania z interwencji pomocowych, takich jak psychoedukacja, rehabilitacja, terapia psychologiczna lub farmakologiczna. Niektóre jednostki korzystają z pomocy, która wspomaga ich w codziennych trudnościach, podczas gdy inne są całkowicie wycofane z życia społecznego

i zawodowego. Takie zróżnicowanie utrudnia stworzenie jednoznacznego obrazu starzejących się osób z niepełnosprawnościami i uniemożliwia ujednoczenie systemów pomocy.

Dłuższe życie osób starszych z niepełnosprawnościami pozwala na lepsze poznanie różnic, które występują w procesie starzenia u osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Mimo że naukowcy posiadają już pewną wiedzę na temat starości i specyfiki starzenia się w zależności od rodzaju niepełnosprawności, brakuje jednak jeszcze pełnej i kompleksowej wiedzy. Proces starzenia i starości u osób z niepełnosprawnościami jest złożony i zależy od wielu czynników, takich jak rodzaj niepełnosprawności, jej stopień i czas trwania, a także ogólny stan zdrowia. Nie jest możliwe stworzenie jednego programu, który byłby odpowiedni dla wszystkich osób w podeszłym wieku z deficytami zdrowotnymi, ponieważ proces starzenia jest zróżnicowany podobnie jak osoby, które się z nim borykają. Nadal także istnieją obszary, w których nie do końca poznany jest przebieg mechanizmu starzenia się osób z niepełnosprawnością narządu słuchu i głuchoniemych, osób z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, osób po udarach niedokrwiennych i krwotocznych mózgu, osób borykających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi czy wreszcie osób z szeregiem chorób psychicznych.

Niepełnosprawność i starość to złożone zjawiska, stanowiące ważny problem społeczny. Termin „wstydliva odmienność” (Trafiałek, 2003, s. 285), użyty przez Ervinga Goffmana, rodzi pytanie dotyczące stygmatyzacji osób z niepełnosprawnościami. Czy ich odmienność jest czymś innym i wstydliwym? Jednak spotkania z osobami starszymi z niepełnosprawnościami stają się odpowiedzią i uczą pokory wobec tych zjawisk. Osoby te potrafią pokonać różnego rodzaju bariery, zarówno architektoniczne, społeczne, kulturowe, jak i osobiste, ciesząc się tym, co mają, i planują przyszłość. Mimo trudności mówią szczerze o swoich problemach, a siła, którą wykorzystują do codziennych wyzwań, daje im moc do pokonania kolejnych odcinków życia.

Niepełnosprawność jest stanem, który dotyczy jednostki na każdym etapie jej rozwoju, a nie tylko w późnym okresie życia. W starszej grupie wiekowej osoby z niepełnosprawnością stanowią bardzo zróżnicowaną populację. Są to zarówno jednostki z niepełnosprawnościami wrodzonymi, jak i nabytymi na różnych etapach życia.

Dla osób starszych z niepełnosprawnością wrodzoną pierwszoplanowym problemem mogą stać się konsekwencje samego procesu starzenia, nakładające się na trudności wynikające z wcześniejszych dysfunkcji. Mogą wymagać specjalistycznej opieki i wsparcia przez całe życie, aby osiągnąć swoje pełne potencjały i funkcjonować jak najbardziej niezależnie. Osoby z niepełnosprawnościami nabytymi we wcześniejszym okresie życia przeszły już etap

dostosowania się do zmian wynikających z utraty sprawności, ale teraz muszą stawić czoła nowym wyzwaniom, związanym z procesem starzenia. Osoby z niepełnosprawnościami nabytymi w późniejszym okresie życia doświadczają z kolei większych trudności z powodu zmian życiowych, takich jak przejście na emeryturę, śmierć małżonka lub partnera oraz spadek pozycji społecznej. Każda z wymienionych grup tych osób w innym okresie swojego życia wchodzi w niepełnosprawność i dochodzi do starości, w której zaczyna zmagać się z deficytami tego czasu. Wszystkie te kwestie, związane z odmiennym czasem wchodzenia w niepełnosprawność, należy uwzględnić w podejściu do osób starszych z niepełnosprawnościami w celu zapewnienia im jak najwyższej jakości życia i wsparcia, których potrzebują, aby radzić sobie z wyzwaniami spowodowanymi wiekiem, niepełnosprawnością i nową sytuacją życiową.

Światowa Organizacja Zdrowia (dalej: WHO) podaje, że w gronie osób starszych może powstać ciąg przyczynowo-skutkowy choroba–uszkodzenie–niepełnosprawność–inwalidztwo, a następnie niesamodzielność i uzależnienie od innych (Kilian, 2021, s. 15). Przykładem takich sytuacji mogą być choroby i/lub zaburzenia związane z szerokim spektrum wielu schorzeń z zakresu wielkich zespołów lub też problemów geriatrycznych. Te przewlekłe dysfunkcje mogą stanowić przyczynę funkcjonalnej niepełnosprawności u osób w starszym wieku. Ważny jest czas wystąpienia, zakres, skala oraz rodzaj niepełnosprawności, aby lepiej zrozumieć wpływ tych schorzeń na zdolności i możliwości jednostki. Różnorodność tych zjawisk odgrywa istotną rolę w diagnozowaniu, leczeniu i zapewnianiu odpowiedniej opieki osobom starzejącym się i starszym z uwzględnieniem unikatowych wyzwań, z którymi borykają się w codziennym funkcjonowaniu.

Amerykańscy geriatrzy skoncentrowali się na tych wielkich problemach geriatrycznych i przedstawili je w postaci dziewięciu „I”. Są to:

- *immobility* – brak mobilności i/lub brak możliwości poruszania się prowadzące do niepełnosprawności ruchowej;
- *immunological deficiency* – obniżenie bądź brak odporności immunologicznej;
- *impotence* – impotencja płciowa, niekiedy towarzysząca innym chorobom, np. depresji prostaty czy chorobie Alzheimera;
- *inanition* – wycieńczenie spowodowane niedożywieniem, wyniszczeniem organizmu;
- *incontinence* – zaburzenia zwieraczy, tj. nietrzymanie moczu i/lub stolca;
- *insomnia* – bezsenność, występuje wtedy, gdy osoba ma trudności z zasypianiem, utrzymaniem snu lub odczuwa niewystarczający sen, co prowadzi do przewlekłego braku wypoczynku; mogą występować problemy zdrowotne i psychiczne;

- *instability* – niestabilność, zaburzenia równowagi, lokomocji, które mogą prowadzić do upadków;
- *intellectual impairment* – niepełnosprawność, ograniczenie lub upośledzenie umysłowe, najczęściej pod postacią zaburzeń otępiennych;
- *isolation* – izolacja społeczna (Zych, 2013, s. 60–61).

Zaburzenia opisane w postaci przedstawionych „I” mogą występować u osób starszych pojedynczo lub w połączeniu, tworząc zespół deficytów. Osoby starsze z tymi problemami wymagają wsparcia zarówno ze strony społecznej, jak i osób bliskich.

Niepełnosprawność staje się coraz bardziej widoczna wraz z wiekiem, a starość jest okresem uwydatniania się największych interindywidualnych dysproporcji w zakresie sprawności fizycznej, tj. od całkowicie niesamodzielnych obłożnie chorych osób po osoby z wysokim poziomem sprawności fizycznej, które nawet rywalizują w różnych konkurencjach sportowych, co stanowi ogromny wachlarz sprawnościowy osób starszych. Zasadniczo starsze osoby potrzebują różnych form wsparcia w celu radzenia sobie z niepełnosprawnością, a ich poziom sprawności fizycznej może mieć szeroki zakres.

W wieku późnej dorosłości występowanie niepełnosprawności ściśle związane jest z występowaniem tzw. wielkich zespołów geriatrycznych (wielkich problemów geriatrycznych), które stają się przyczyną niepełnosprawności funkcjonalnej, do których należą różne zaburzenia, takie jak nietrzymanie moczu i/lub stolca, zaburzenia pamięci, stany depresyjne, zaburzenia równowagi i poruszania się, problemy z widzeniem i słyszeniem oraz upadki (Zych, 2017, s. 201). Wszystkie te deficyty mają charakter przewlekły, są wieloczynnikowe i stanowią duże wyzwanie dla lekarzy, osób opiekujących się chorymi i dla samych osób z tej grupy wiekowej. Mogą prowadzić do znacznego ograniczenia aktywności, mobilności i samodzielności. Mimo że nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla życia, zdecydowanie obniżają jakość, komfort życia i funkcjonalność osób starszych z niepełnosprawnościami, wpływając znacząco na ich sytuację życiową. W celu jeszcze lepszego zrozumienia niesprawności w tym okresie życia wprowadzono do zakresu medycyny konwencjonalnej technologię ukierunkowaną na ocenę funkcji. Takim narzędziem diagnostycznym stała się COG, która stanowi podstawę wyboru terapii w ramach zespołowego i interdyscyplinarnego zarządzania przypadkiem (ang. *geriatric management*) (Bień, 2013, s. 33–47). Celem COG jest planowanie terapii, planowanie rehabilitacji, planowanie opieki długoterminowej, koordynacja celów wyznaczonych przez świadczeniodawców, optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów (Kilian, 2021, s. 165).

Wraz z upływem czasu spadek funkcjonalności ciała i umysłu u osoby starszej może prowadzić do wystąpienia niesamodzielności, co z kolei może oddziaływać na zdolność do realizacji podstawowych potrzeb, pełnienia określonych ról społecznych oraz na dobrostan psychiczny i sprawność fizyczną. W przypadku utraty zdolności do samoobsługi osoby starsze utraciły zdolność do samoegzystencji i jednocześnie potrzebują wsparcia w zaspokajaniu podstawowych potrzeb. W takiej sytuacji konieczne staje się korzystanie z pomocy osób bliskich lub instytucji pomocowych. W 2012 roku Ministerstwo Zdrowia w Polsce opublikowało dokument dotyczący opieki długoterminowej, zawierający definicję osoby niesamodzielnej, zgodnie z którą osoba niesamodzielna to taka, która w wyniku długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu, spowodowanego chorobą, urazem lub wiekiem, potrzebuje pomocy innej osoby do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (Ministerstwo Zdrowia, 2012).

Starość jest fazą życia, w której osoby mogą napotkać trudności wynikające z ograniczeń biologicznych, psychicznych i społecznych. Wystąpienie kryzysów związanych z tym okresem jest najczęstsze w sytuacjach, w których osoba staje w obliczu nowych i trudnych wyzwań, a brak odpowiednich rozwiązań prowadzi do uczucia bezradności, zniechęcenia i utraty kontroli nad życiem. Kryzysy związane ze starością to między innymi: pogarszający się stan zdrowia i atrakcyjności, utrata bliskich, samotność, zmiana statusu społecznego i zawodowego, przeprowadzka oraz świadomość końca życia. W tym okresie następuje także zmiana ról z centralnych na peryferyjne i przewaga wolnego czasu związanego z przejściem na emeryturę. Zmienia się status społeczny, ekonomiczny, jak również styl życia, następuje także zmiana ról w rodzinie. To wszystko ma związek z utratą pozycji i marginalizacją osób starszych z niepełnosprawnościami. Pogłębiający się taki stan prowadzi do patologicznych zmian i zakłócenia funkcjonowania w codzienności oraz pogorszenia się jakości życia i sytuacji życiowej osób starszych.

Niepełnosprawność odgrywa ważną rolę w procesie pomyślnego starzenia się. Każda niepełnosprawność jest inna, inaczej towarzyszy i w inny sposób pogłębia się w miarę upływu czasu. Istotnym elementem, korzystnie wpływającym na postawę życiową, jest zabezpieczenie finansowe, dostęp do specjalistów i odpowiednich usług. Niemożność skorzystania z tych zasobów wzmaga poczucie krzywdy i regres. W Polsce widoczna jest różnica w tempie oraz zakresie dysfunkcji starzejących się rówieśników z niepełnosprawnościami, która wynika z miejsca ich zamieszkania. Osoby starsze z niepełnosprawnościami zamieszkujące obszary wiejskie są dyskryminowane w związku z częstym brakiem dostępu do lekarza pierwszego kontaktu, do ośrodków laboratoryjnych, ośrodków rehabilitacyjnych, do gabinetów

psychoterapeutycznych, a także niemożnością korzystania z miejsc, w których odbywają się spotkania towarzyskie, integracyjne i pomocowe. W ten sposób unaocznia się zewnętrzny wymiar niepełnosprawności będącej „wytworem upośledzonego środowiska” (Kilian, 2021, s. 126).

Niepełnosprawność u osób starszych wynika z kumulacji procesów starzenia organizmu oraz chorób o różnym podłożu i przyczynach. Zwykle u osób starszych występuje kilka chorób towarzyszących. W rezultacie osoby starsze mogą doświadczać trudności w codziennej aktywności, takich jak ograniczenia mobilności czy zmniejszenie zdolności kompensacyjnych i adaptacyjnych. Ponadto polipragmazja (ang. *polypharmacy*) (Duława, 2015, s. 290–300), czyli przyjmowanie pięciu lub więcej leków dziennie, stanowi częste zjawisko wśród osób starszych i może prowadzić do działań niepożądanych, a nawet zagrożenia życia. Dostępność suplementów diety i ziół bez recepty, promowanych w reklamach, również może prowadzić do nieodwracalnych powikłań, szczególnie jeśli preparaty te nie są one konsultowane z lekarzem lub farmaceutą.

Ważne jest, aby traktować osoby starsze z niepełnosprawnościami w sposób kompleksowy, uwzględniając ich potrzeby biopsychospołeczne. Zmiana stereotypowych poglądów na starość jako chorobę lub niepełnosprawność może pomóc w zmniejszeniu ageizmu oraz w przeciwdziałaniu wykluczeniu tej grupy wiekowej z życia społecznego. Należy jednak pamiętać, że populacja osób starszych z niepełnosprawnościami ma inne niż młodsze osoby cechy społeczno-demograficzne, takie jak feminizacja czy singularyzacja (Kilian, 2021, s. 90). Niemniej jednak osoby z niepełnosprawnościami, niezależnie od wieku, pragną być szczęśliwe, mają swoje potrzeby i pragnienia, a także nie chcą czuć się różne od innych. W procesie starzenia z niepełnosprawnością istotne staje się pozytywne podejście i wsparcie ze strony otoczenia, co może pomóc w realizacji celów i planów jednostki. Warto pamiętać, że każda osoba, bez wyjątku, ma niezbywalne prawo do godności i wartości swojego życia, a niepełnosprawność nie powinna stanowić przeszkody w osiągnięciu tych celów.

2.3. Niepełnosprawność osób starszych w ujęciu społeczno-prawnym

Niepełnosprawność osób starszych jest ważnym problemem społeczno-prawnym, ponieważ wiąże się z zagwarantowaniem tym osobom równouprawnienia, dostępu do usług oraz ochrony ich godności i godnego życia. Wiele krajów, w tym Polska, wprowadza przepisy, które mają zapewnić równość szans i ochronę praw osób starszych z niepełnosprawnościami, a

także zapobiegać dyskryminacji. Istotne jest również rozpoznawanie potrzeb specjalnych osób starszych z niepełnosprawnościami i zapewnienie im dostępu do specjalistycznych usług, w tym opieki zdrowotnej, rehabilitacji, a także wsparcia społecznego i emocjonalnego. Wszystko to ma na celu zapewnienie osobom starszym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i zagwarantowanie im godnego życia. Dodatkowo, według danych statystycznych, można zauważyć wzrost udziału osób z niepełnosprawnością w kolejnych grupach wiekowych. To z kolei skutkuje wzrostem odsetka osób potrzebujących pomocy i wsparcia w późniejszych latach życia (Burzyńska i Maniecka-Bryła, 2015, s. 29–41).

Na przestrzeni dziejów podejście do osób starszych z niepełnosprawnościami ulegało zmianom. W przeszłości dążyło się do życia w społecznościach zdrowych, co często prowadziło do eliminacji osób starych i niepełnosprawnych. Jednakże rozwój technologii, nauki, filozofii, religii, kultury oraz zmiany w systemie wartości wpłynęły na ewolucję sposobu postrzegania niepełnosprawności i osób starszych. Obecnie, w odróżnieniu od starożytności, niepełnosprawność nie jest uważana za karę od bogów, a osoby starsze z niepełnosprawnościami są bardziej akceptowane i integrowane ze społeczeństwem. Mimo to wciąż pojawiają się przypadki stygmatyzacji, jednak dzięki nauce, mediom, programom prozdrowotnym i prosenioralnym, a także obecności tych osób w naszym otoczeniu takie zachowania mają miejsce coraz rzadziej.

W obliczu starzenia się ludności i znacznego wydłużenia się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększa się procent osób starszych. Dodatkowo wiele osób starszych zmaga się z niepełnosprawnością, co jest charakterystycznym zjawiskiem w tej grupie wiekowej. Badania empiryczne wykazują zależność istotną statystycznie w zakresie dylematu niepełnosprawności w populacji osób starszych (Skrętowicz i Komorowska, 2008, s. 85), a ponadto, jak przedstawiają statystyki, udział osób z niepełnosprawnością rośnie w kolejnych przedziałach wiekowych, co oznacza wzrost niesamodzielnymi i niesprawnymi osób w ostatnich latach życia (Burzyńska i Maniecka-Bryła, 2015, s. 29–41). Taka prognoza, związana z niesamodzielnymi osobami starszymi, wymaga zwiększenia zasobów połączonych ze wsparciem i nakłada na młodsze pokolenia obowiązek opieki nad niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi osobami starszymi.

Analizując dane statystyczne, widać, jak ważnym problemem jest zwiększający się odsetek ludzi starszych w populacji ogólnej. Sytuacja społeczno-prawna osób starszych z niepełnosprawnościami powinna stać się przedmiotem systematycznych opracowań, które pozwolą na bieżącą analizę tego zagadnienia. Należy jednak zauważyć, że prowadzone analizy prawnych elementów egzystowania osób z niepełnosprawnością nakierowane są przede wszystkim na kwestie zatrudnienia i na przeciwdziałanie związane z wykluczeniem w życiu

zawodowym. Taka sytuacja wskazuje, że brana jest pod uwagę grupa osób z niepełnosprawnością w wieku produkcyjnym, natomiast omijana jest kwestia osób w wieku poprodukcyjnym, dlatego należy rozwiązać prawne kwestie przysługujące niepełnosprawnym osobom starszym. Radzenie sobie z niepełnosprawnością na co dzień wymaga akceptacji faktu, że osoby z niepełnosprawnością muszą zmagać się nie tylko z ewentualnymi skutkami dyskryminacji, ale także, a być może przede wszystkim, z różnorodnymi wyzwaniami poznawczymi, stwarzanymi przez otoczenie. Oznacza to konieczność dostosowania się do złożonej natury środowiska, które może nie zawsze uwzględniać ich specyficzne potrzeby (Rudnicki, 2014, s. 43–61). Właściwe radzenie sobie z tymi złożonościami wymaga zarówno zrozumienia ze strony społeczeństwa, instytucji, jak i aktywnego zaangażowania osób z niepełnosprawnością w procesie adaptacji.

Starość niesie za sobą dwa przeciwstawne zjawiska o istotnym wymiarze społecznym. z jednej strony osoby starsze często doświadczają poczucia osamotnienia i izolacji, z drugiej zaś strony istnieją postawy nadopiekuńcze ze strony opiekunów, wynikające z dobrej woli, ale często oparte na niewiedzy (Kilian, 2021, s. 135). Badania zrealizowane przez Zytę B. Wojszel (2009) pokazały, że mimo stwierdzonej niepełnosprawności u osób starszych część badanych uważała, że nie wymaga opiekuna i jest sobie w stanie radzić samodzielnie (s. 188). Nadopiekuńczość może skutkować u osób starszych wzrostem poczucia niesamodzielności, a także sprzyjać przyjmowaniu postawy bierności, którą można określić jako wtórną niesamodzielność (Kilian, 2021, s. 135). W takiej sytuacji starsi dorośli oczekują pomocy nawet w przypadkach, w których mogliby poradzić sobie samodzielnie, bez wsparcia osób trzecich. Osamotnienie natomiast związane jest niekiedy z doświadczeniem utraty, zaprzestania kontaktów rodzinnych i pozarodzinnych, co wiąże się z lękiem o przyszłość szczególnie wśród osób, które zachowują aktywność, samodzielność i niezależności (Halicki, 2010, s. 237).

Starość i niepełnosprawność to dwa zagadnienia, które można rozpatrywać w wielu wymiarach. Istotnym elementem jest podejście do tych zagadnień w wymiarze prawnym. Dnia 11 września 2015 roku weszła w życie ustawa o osobach starszych (Ustawa o osobach starszych, 2015). Użyte w ustawie określenia definiują osobę starszą, politykę senioralną i osobę niepełnosprawną. W ustawie zapisano, że osoba starsza to ta, która ukończyła 60 r.ż., polityka senioralna to ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się, a osoba niepełnosprawna to ta, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.). Ponadto formalnoprawne podstawy zarządzania sferą

polityki społecznej dotyczącej osób starszych zostały określone w wielu aktach obowiązującego prawa. Fakt ten wynika z konieczności zabezpieczenia obszaru dotyczącego sfery materialnej, specjalistycznej ochrony zdrowia, odpowiednich warunków mieszkaniowych i pomocy instytucjonalnej.

Wraz z upływem czasu zwiększa się liczba osób starszych z niepełnosprawnościami, które posiadają oficjalne dokumenty potwierdzające ich stopień niepełnosprawności, ale także przybywa osób starszych z niepełnosprawnością biologiczną, które nie mają takiego dokumentu, ale doświadczają ograniczeń w swojej sprawności. Wzrost liczby osób z niepełnosprawnościami biologicznymi wiąże się z rosnącą częstością występowania chorób przewlekłych, w tym nowotworów, wśród osób starszych. Ważny element dyskusji na temat osób starszych z niepełnosprawnościami stanowi fakt, że oprócz działań podejmowanych przez instytucje ochrony zdrowia i organizacje pozarządowe istnieją również przepisy prawne, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym, które regulują prawa i ochronę tych osób. Warto zaznaczyć, że przepisy te nie określają wieku osób z niepełnosprawnościami, lecz dotyczą całej populacji, której dotyczy problem.

Osoby z niepełnosprawnościami, aby otrzymać ulgi i należne świadczenia, muszą posiadać prawomocne orzeczenie, w którym określony jest stopień niepełnosprawności, zgodnie z regulacjami zawartymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 1997). Ustawodawca w art. 3 u.r.z. określił następujące stopnie niepełnosprawności: niepełnosprawność w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim, które stosuje się w realizacji celów określonych ustawą. W art. 4 u.r.z. można znaleźć szczegółowy opis każdego z tych stopni. Stopień niepełnosprawności może zostać orzeczony na czas określony, jeśli przewidywana jest poprawa stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej i stanu ogólnego osoby ubiegającej się o orzeczenie niepełnosprawności lub zostać orzeczony na stałe w przypadku kiedy osoba z niepełnosprawnością nie rokuje na poprawę stanu zdrowia. Przykładowo pierwszy stopień niepełnosprawności, czyli znaczny, określa niezdolność osoby z niepełnosprawnością do samodzielnej egzystencji.

Warto zauważyć, że odsetek osób starszych otrzymujących dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności wzrasta niezależnie od płci, podczas gdy obserwuje się spadek liczby dokumentów potwierdzających lekki lub umiarkowany stopień niepełnosprawności. Takie zjawisko wskazuje na to, że osoby starsze zazwyczaj borykają się z bardziej zaawansowanymi chorobami i potrzebują pomocy innych ludzi.

Skuteczne podjęcie wyzwań związanych z niepełnosprawnością osób starszych wymaga także współpracy między różnymi sektorami społeczeństwa, takimi jak rząd, organizacje pozarządowe, instytucje medyczne i społeczne oraz sami zainteresowani i ich rodziny. Partnerstwo to może prowadzić do lepszej koordynacji działań, wymiany wiedzy i rozwoju kompleksowego podejścia do wsparcia osób starszych z niepełnosprawnościami. Warto mieć świadomość, że istnieje wiele przepisów prawnych mających na celu zapewnienie starszym osobom z niepełnosprawnościami wsparcia, które rzeczywiście wpływa na ich aktywność społeczną i integrację w lokalnej społeczności. W przypadku osób starszych, które są szczególnie narażone na ryzyko wykluczenia społecznego, jest to nie tylko pożądane, ale wręcz niezbędne w celu utrzymania zdrowia i dobrej kondycji psychofizycznej. Niepełnosprawność osób starszych w ujęciu społeczno-prawnym wiąże się z zapewnieniem ochrony prawnej, dostępności, opieki i wsparcia, walki z wykluczeniem społecznym oraz promocją partnerstwa międzysektorowego. Istotne jest, aby tworzyć i wdrażać odpowiednie przepisy, programy i inicjatywy, które uwzględniają specyficzne potrzeby i sytuację osób starszych z niepełnosprawnościami w celu zapewnienia im pełnego uczestnictwa i godnego życia w społeczeństwie.

2.4. Wybrane przepisy krajowe i międzynarodowe

Osoby z niepełnosprawnościami objęte są ochroną prawną zarówno na gruncie państwa polskiego, jak i prawa międzynarodowego. W Polsce wszyscy obywatele są równi wobec prawa, co gwarantuje im Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, która stanowi nadrzędny dokument państwowy z dnia 2 kwietnia 1997 roku. (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (sejm.gov.pl)). Natomiast art. 32 Konstytucji mówi, że „Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”. Istotnym dokumentem dotyczącym ochrony praw osób z niepełnosprawnością na poziomie międzynarodowym jest Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, która została przyjęta w Nowym Jorku w 2006 roku (Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, 2012). Konwencja ta definiuje niepełnosprawność jako rezultat interakcji między jednostką mającą dysfunkcje a utrudnieniami wynikającymi z postaw społecznych i środowiska, które ograniczają tym osobom pełne oraz skuteczne uczestnictwo w życiu społeczeństwa, na równych prawach z innymi. W Konwencji określono, że konieczne są odpowiednie regulacje prawne, aby promować solidarność i partycypację społeczną osób niepełnosprawnych. Protokół

Konwencji umożliwia osobom, które uważają, że ich prawa zostały naruszone przez instytucje państwowe sprzeczne z Konwencją, skorzystanie z pomocy Komisji ds. Osób Niepełnosprawnych. Warto również zwrócić uwagę na Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, w której zapisano, że korzystanie ze wszystkich praw i wolności musi być zagwarantowane bez dyskryminacji, w tym ze względu na niepełnosprawność. Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, znana również jako Europejska Konwencja Praw Człowieka, została uchwalona przez państwa Rady Europy (dalej: RE) w 1950 roku i przyjęta przez Polskę 19 stycznia 1993 roku (Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, 1993). Artykuł 14 tego dokumentu stanowi, że wszystkie prawa i wolności określone w Konwencji muszą być gwarantowane bez żadnej dyskryminacji ze względu na takie czynniki jak płeć, rasa, kolor skóry, język, religia, przekonania polityczne, pochodzenie, narodowość i społeczny status, a także z uwzględnieniem przynależności do mniejszości narodowej, majątku, urodzenia lub innego powodu, w tym niepełnosprawności. Konwencja ta stanowi istotny dokument dotyczący ochrony praw osób z niepełnosprawnościami.

W Polsce należy zwrócić uwagę na fakt, że art. 67, art. 68 ust. 3 oraz art. 69 Konstytucji gwarantuje prawo do szczególnej opieki osobom starszym z niepełnosprawnościami. Najbardziej kompleksową ustawą związaną z osobami niepełnosprawnymi jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Precyzyjnie określono w niej kwestie i procedury związane z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych (dotyczy to głównie osób w wieku produkcyjnym), szczegółowo przedstawiono przepisy, które mogą dotyczyć osób starszych z niepełnosprawnościami.

Dodatkowe uprawnienia osób z niepełnosprawnością określone zostały w art. 8 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku – Prawo o ruchu drogowym (Ustawa Prawo o ruchu drogowym, 2021), który zawiera przepisy dotyczące kart parkingowych oraz szczegółowe przepisy odnoszące się do osób z niepełnosprawnością (bez względu na wiek), które są użytkownikami dróg.

Prawo do korzystania z obniżonych cen w transporcie publicznym określa rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 20 kwietnia 2017 r. W sprawie rodzajów dokumentów poświadczających uprawnienia do korzystania z ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego (Rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Budownictwa, 2017). Rozporządzenie to zawiera informację dotyczącą uprawnionych grup, które mogą korzystać z ulg. Są to osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, emeryci, renciści i osoby niewidome.

Szczególne uprawnienia osób niewidomych zostały uregulowane w ustawie z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Ustawa Prawo pocztowe, 2020). W art. 26 u.p.p. zawarto treść mówiącą o tym, że w szczególnych przypadkach przesyłka nadawana osobie niewidomej jest zwolniona z opłaty pocztowej, zgodnie z obowiązującym cennikiem usługi powszechnej.

Ustawodawca pamiętał także o dostępie do korzystania z dóbr kultury przez osoby starsze i/lub z niepełnosprawnością. W ustawie z dnia 21 listopada 1996 r. o muzeach (Ustawa o muzeach, 2022) w art. 10 ust. 3a pkt 7 Sejm określił przysługującą zniżkę za wstęp do muzeum osobom wskazanym w tej ustawie. W znacznym stopniu umożliwia to dostęp do życia kulturalnego dzięki niższej opłacie za wstęp do muzeów oraz korzystanie z możliwości częstszego odwiedzania tych miejsc.

Inny sposób wspierania osób starszych w korzystaniu z dóbr kultury dla osób niepełnosprawnych można odszukać w ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o bibliotekach (Ustawa o bibliotekach, 2019). W rozdziale 9 tej ustawy znajdują się różnego rodzaju wsparcia dla tej grupy społecznej.

Ponadto organizację i obsługę bibliotek, domów pomocy społecznej reguluje szczegółowo rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2012 r. W sprawie obsługi bibliotecznej w domach pomocy społecznej (dalej: DPS) i sposobie współpracy z bibliotekami publicznymi w świadczeniu tej obsługi (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej, 2012) oraz w służbie zdrowia – jest to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu organizacji obsługi bibliotecznej w podmiotach leczniczych oraz sposobu współdziałania bibliotek publicznych w wykonywaniu tej obsługi (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2012).

Warto również zwrócić uwagę na postanowienia dotyczące odwróconej hipoteki uchwalone 23 października 2014 r. (Ustawa o odwróconym kredycie hipotecznym, 2022), które nie odnoszą się bezpośrednio do praw osób z niepełnosprawnościami, lecz pozwalają emerytowi, w tym osobie z niepełnosprawnością, pozostać w dotychczasowym miejscu zamieszkania (jeśli jest właścicielem). Tym samym odwrócona hipoteka może przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu i daje możliwość otrzymania pieniędzy, które można przeznaczyć na zatrudnienie opiekunki medycznej lub pielęgniarki (w przypadku osób samotnych i/lub niemogących liczyć na wsparcie rodziny) w zamian za podpisanie kontraktu, umowy sprzedaży nieruchomości z bankiem. Co istotne, spłata odwróconego kredytu mieszkaniowego następuje po śmierci kredytobiorcy, kiedy to bank przejmuje nieruchomość w posiadanie.

Na gruncie krajowym ustawodawca przygotował dla osób z niepełnosprawnościami wiele dokumentów prawnych, w których zawarł najważniejsze prawa przysługujące owej

grupie społecznej, chroniąc ją tym sposobem przed ekskluzją społeczną i dając poczucie bezpieczeństwa i bycia pełnoprawnymi obywatelami. Dokumenty te umożliwiają również ustanowienie systemu wsparcia i usług dla osób starszych z niepełnosprawnościami, które pomagają w poprawie jakości i sytuacji życiowej oraz zapewniają odpowiednie środki do samodzielności. Ponadto:

- określają prawa do usług oraz zapewniają mechanizmy finansowe i organizacyjne, aby umożliwić ich realizację;
- stanowią ramy dla działań i programów mających na celu poprawę sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnościami;
- wprowadzają zobowiązania dla instytucji, organizacji i samorządów do podjęcia konkretnych działań na rzecz poprawy sytuacji osób z niepełnosprawnością.

Wprowadzanie dokumentów prawnych jest zatem ważne, ponieważ zapewniają one prawną ochronę, wsparcie, równość i dostępność dla osób starszych z niepełnosprawnościami.

Na gruncie międzynarodowym warto podkreślić, że Europejska Karta Społeczna (dalej: EKS) (Europejska Karta Społeczna, 1999) jest ważnym dokumentem dotyczącym równości praw społecznych dla różnych grup ludzi, który został przyjęty w 1961 roku (zmodyfikowany w 1996 roku). W Polsce zaczął obowiązywać od 25 lipca 1997 roku. Według § 13 EKS każda osoba, która nie ma wystarczających środków finansowych i nie może ich zdobyć z innych źródeł, ma prawo do leczenia i utrzymania życia bez dyskryminacji. W tym samym czasie osoby, które otrzymują pomoc, nie są pozbawione swoich praw politycznych ani społecznych, a to może dotyczyć osób starszych i niepełnosprawnych. Artykuł 15 EKS natomiast mówi o prawach osób niepełnosprawnych fizycznie lub umysłowo do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz przystosowania do życia zawodowego i społecznego.

Konwencja nr 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy, przyjęta w Genewie 20 czerwca 1983 roku (Konwencja Nr 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy, 2005), stanowi ważny dokument chroniący prawa osób niepełnosprawnych, w tym także osób starszych z niepełnosprawnościami. Zgodnie z artykułem 1 ust. 2 Konwencji celem rehabilitacji zawodowej jest zapewnienie osobie niepełnosprawnej możliwości znalezienia i utrzymania odpowiedniej pracy, awansu zawodowego, a także ułatwienie włączenia lub reintegracji ze środowiskiem. Konwencja ta odnosi się do wszystkich grup osób z niepełnosprawnością, co oznacza, że również osoby starsze z niepełnosprawnościami są chronione jej postanowieniami. Dzięki umożliwieniu pracy osoby starsze z niepełnosprawnościami mogą uniknąć samotności i dyskryminacji ze względu na wiek i niepełnosprawność, co sprzyja integracji społecznej i uczestnictwu w życiu lokalnej społeczności.

Dyrektywa Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r., dotycząca równych szans w zatrudnieniu i pracy (Dyrektywa Rady 2000/78/WE, 2000), również obejmuje kwestie zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Dokument ten zaczął obowiązywać w Polsce 1 maja 2004 roku.

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej z 1957 r. (Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, 2004), a dokładniej art. 10 (Traktat z Lizbony, 2009), stanowi, że należy zwalczać wszelkie formy dyskryminacji ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. W związku z tym artykuł ten wskazuje na potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa osobom z niepełnosprawnością. Konkretnie w artykule uwzględniono wiek i niepełnosprawność jako zmienne grupowe, które mogą być narażone na dyskryminację.

Deklaracja madrycka (Deklaracja Madrycka, 2002) jest istotnym dokumentem międzynarodowym, który podkreśla znaczenie ochrony praw i podmiotowość osób z niepełnosprawnościami. Została podpisana podczas Europejskiego Kongresu Osób Niepełnosprawnych w marcu 2002 r. Dokument ten wskazuje na fakt, że niepełnosprawność jest kwestią praw człowieka, a osoby z niepełnosprawnością oczekują równych szans, a nie jedynie miłosierdzia. W preambule dokumentu podkreślono, że osoby z niepełnosprawnościami są często traktowane jak „niewidzialni obywatele”, co prowadzi do powstawania barier środowiskowych i społecznych, uniemożliwiających aktywne uczestnictwo w życiu społecznym. Ponadto w dokumencie podkreślono, że osoby z niepełnosprawnościami nie stanowią jednorodnej grupy, a ich potrzeby są różnorodne, co utrudnia dostosowanie krajowej i lokalnej polityki społecznej do ich potrzeb. Szczególnie istotne jest również wsparcie dla osób o złożonych, wielorakich potrzebach, w tym osób starszych z niepełnosprawnościami. Należy jednak podkreślić, że głównym celem deklaracji madryckiej była zmiana społecznego postrzegania osób z niepełnosprawnościami, aby zwiększyć ich aktywne uczestnictwo w życiu społecznym w następujący sposób:

1. Osoby z niepełnosprawnościami powinny być traktowane jako pełnoprawni członkowie społeczeństwa z prawami, a nie tylko jako obiekty dobroczynności.
2. Ich rola powinna być postrzegana jako rola konsumentów i niezależnych obywateli, którzy podejmują decyzje i są odpowiedzialni za swoje sprawy.
3. Konieczne jest usuwanie barier, dokonywanie przeglądu norm społecznych, polityki i wzorców kulturowych oraz promowanie środowiska wolnego od utrudnień.
4. Należy skupić się na rozwijaniu umiejętności i aktywnych formach wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami.

5. Ważne jest stworzenie przyjaznego i elastycznego świata, dostosowanego do potrzeb wszystkich obywateli, a nie tylko do wybranej grupy.
6. Polityka dotycząca osób z niepełnosprawnościami powinna wchodzić w zakres ogólnej odpowiedzialności rządu, a nie być pozostawiana jedynie niektórym ministerstwom.

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (dalej: KPPUE) (Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, 2009), która została wprowadzona w życie w Polsce 1 grudnia 2009 roku, zawiera istotne zapisy dotyczące ochrony praw osób starszych i osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z artykułem 25 KPPUE Unia Europejska uznała i szanuje prawo osób starszych do godnego i niezależnego życia oraz do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym. Natomiast artykuł 26 KPPUE dotyczy integracji osób z niepełnosprawnościami i określa, że Unia Europejska uznaje i szanuje prawo osób z niepełnosprawnościami do korzystania z dostępnych środków, które zapewnią im niezależność, integrację społeczną i zawodową, a także umożliwią aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

Zgodnie z przepisami prawa międzynarodowego osoby starsze z niepełnosprawnościami są uznawane za grupę, której specjalne potrzeby należy monitorować i uwzględniać w podejmowanych działaniach. W tym celu przyjmowane są odpowiednie regulacje prawne, mające w swym założeniu zapewnienie bezpieczeństwa, partycypacji społecznej oraz równego traktowania tej grupy wiekowej.

Z analizy literatury wynika, że osoby starsze z niepełnosprawnościami mają trudności w znalezieniu odpowiedniej pomocy ze względu na rozproszenie instytucji wsparcia oraz brak świadomości osób starszych i ich opiekunów na temat przysługującej im pomocy prawnej. Niemniej jednak wiele przepisów prawnych może pomóc w zapewnieniu im bezpieczeństwa, partycypacji społecznej i równego traktowania. W zasadach działania na rzecz osób starszych, uchwalonych przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych (dalej: ONZ) w 1991 roku, skupiono się na potrzebach i prawach osób starszych, a w 18 zaleceniach, które je stanowią, skoncentrowano się na zapewnieniu niezależnego, bezpiecznego i aktywnego życia osobom starszym. Zasady te są spójne z pięcioma podstawowymi regułami: niezależnością, uczestnictwem, troską, spełnieniem i godnością, co pozwala na sprawiedliwe traktowanie osób starszych bez względu na ich wiek, płeć, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność czy inne cechy (Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 46/91, 1991).

Warto pamiętać, że wiele regulacji prawnych może zagwarantować niepełnosprawnym osobom starszym pomoc, której efekty rzeczywiście wpłyną na ich aktywność społeczną oraz zaangażowanie w życie lokalnej społeczności. Jest to szczególnie

istotne dla osób starszych, które stanowią grupę podatną na ryzyko wykluczenia społecznego. Regulacje te nie tylko są pożądane, ale wręcz niezbędne dla zachowania zdrowia i ogólnego stanu psychofizycznego osób starszych.

ROZDZIAŁ III. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

3.1. Strategia badawcza

W trakcie swojego życia człowiek dąży do zdobycia wiedzy, która jest podstawą jego rozwoju i działania, co umożliwia mu zgłębianie nowych zagadnień, zdobywanie doświadczeń i spełnianie marzeń. W odróżnieniu od tego naukowcy dążą do uzyskania wiedzy naukowej, cechującej się obiektywizmem i powściągliwością w ocenianiu, co pozwala na dostarczenie bardziej wiarygodnych i precyzyjnych informacji, zgodnie z wcześniejszymi założeniami teoretycznymi. Należy jednak pamiętać, że wyniki badań naukowych są publicznie oceniane przez innych naukowców. Stanowi to główny element korygujący i gwarantujący, że błędne wyniki zostaną wykryte, skorygowane i odrzucone. Badania opierają się na kombinacji doświadczenia i logicznego myślenia, co czyni je najlepszym sposobem na poszukiwanie prawdy w każdej dziedzinie nauki.

Strategia badawcza składa się z zestawu umiejętności, założeń i praktyk, które badacz wykorzystuje, przechodząc od teoretycznych założeń, do praktycznej eksploracji rzeczywistości. Te strategie badawcze nadają ruch paradygmatom interpretacyjnym. W tym samym czasie strategie badawcze łączą badacza z konkretnymi metodami gromadzenia i analizy danych empirycznych (Denzin i in., 2014, s. 54). Strategia badawcza to plan działania opracowany w celu realizacji konkretnych celów w badaniach naukowych. Jest to szczegółowy plan, który określa główne kroki, metody i techniki badawcze, które będą wykorzystywane do zbierania danych, analizy wyników oraz wyciągnięcia wniosków. Strategia badawcza jest niezwykle istotna, ponieważ pozwala naukowcom i badaczom skutecznie prowadzić badania, zachować odpowiednią strukturę pracy i unikać błędów metodologicznych. Elementy strategii badawczej mogą obejmować:

- cel badania: określenie jasnych i mierzalnych celów badania, czyli tego, co chcemy dowiedzieć się lub zbadać w trakcie badania;
- wybór metody badawczej: zdecydowanie, jaka metoda będzie używana do zbierania danych (np. badania ankietowe, eksperymenty, obserwacje terenowe, badania przypadków);
- wybór próby: określenie, kto będzie uczestniczył w badaniu (np. populacja badawcza) i które grupy zostaną wybrane do analizy (tzw. próba);

- techniki zbierania danych: wybór konkretnych narzędzi i technik, które zostaną wykorzystane do zbierania informacji (np. kwestionariusze, wywiady, analiza dokumentów);
- analizę danych: określenie metod analizy danych, które pozwolą na przetworzenie zebranych informacji i wyciągnięcie wniosków;
- etykę badawczą: zapewnienie przestrzegania zasad etycznych podczas przeprowadzania badania, takich jak zgoda uczestników, poufność danych, itp.;
- planowanie czasu i zasobów: wyznaczenie harmonogramu pracy oraz zasobów potrzebnych do przeprowadzenia badania (np. finansowanie, personel, sprzęt);
- ocenę ryzyka i ograniczeń: identyfikację potencjalnych zagrożeń lub ograniczeń, które mogą wpłynąć na wyniki badania, oraz ustalenie sposobów minimalizacji tego ryzyka;
- interpretację i prezentację wyników: określenie, jakie będą kolejne kroki po zakończeniu badania, w tym sposób prezentacji wyników (np. raport naukowy, publikacje, prezentacje konferencyjne) (Sztumski, 2010, s. 47–51).

Ze względu na złożoność tematu oraz konieczność wykorzystania różnych dziedzin nauki, takich jak analizy pedagogiczne, psychologiczne i socjologiczne, aby pozyskać wiedzę związaną z osobistymi, doświadczeniami i przeżyciami jednostek, wybrano paradygmat jakościowych badań pedagogicznych. Taki wybór metodologiczny pozwoli autorce na zrozumienie złożoności badanej problematyki, a także na uzyskanie bardziej szczegółowych i precyzyjnych wyników, uwzględniających różnorodność doświadczeń i perspektyw badanych jednostek.

David Silverman postulował, że strategia badań jakościowych opiera się na trzech podstawowych tezach:

1. Największą zaletą badań jakościowych jest ich zdolność do analizy tego, co faktycznie dzieje się w dynamicznie zmieniającym się środowisku.
2. Badacze wykorzystujący metody jakościowe nie przypisują swoim tematom badawczym etykiet, na przykład problemów społecznych, i rozpoczynają badania od jasno zdefiniowanej perspektywy badawczej. Dzięki temu podejściu mogą później wypowiadać się na temat problemów społecznych z dużym przekonaniem, a ich stwierdzenia mogą być bardzo prawdopodobne.
3. Badania jakościowe nie konkurują z badaniami ilościowymi. Odpowiednia relacja między nimi wynika z podziału pracy. Badacz korzystający z metod jakościowych szuka odpowiedzi na pytania rozpoczynające się od „co?” i „jak?”. Następnie przekazuje swoje odkrycia koledze lub koleżance, którzy podejmują badania ilościowe, badając przyczyny

i reakcje danego zjawiska, zadając pytania rozpoczynające się od „dlaczego?” (Silverman, 2009, s. 281–282).

Ważnym etapem w procesie konstruowania projektu badawczego jest selekcja podejścia badawczego oraz założeń metodologicznych, które są zgodne z danym paradygmatem metodologicznym, w kontekście niniejszego badania – paradygmatem jakościowym.

Badania jakościowe pozwalają na lepsze zrozumienie zjawisk społecznych i kulturowych, ponieważ badacz uczestniczy w badanym środowisku i obserwuje zjawiska w naturalnym kontekście. Graham Gibbs (2011) przedstawia sposoby prowadzenia badań jakościowych:

1. Badacz stara się uwzględnić specyfikę badanych zjawisk na poziomie materialnym, a więc ich doświadczenia, interakcje i dokumenty.
2. Nie formułuje już na wstępie dokładnej definicji przedmiotu badawczego, lecz wypracowuje ją w toku badań.
3. Metody i teorie są dobierane pod kątem przedmiotu badania.
4. Osobisty udział badacz w badaniu jest istotną częścią procesu badawczego, co pozwala lepiej zrozumieć badanych, którzy również są częścią badanego środowiska.
5. Duże znaczenie mają uwarunkowania i konkretne przypadki jako czynniki wyjaśniające badane zagadnienia.
6. Pisemne opracowanie badań jakościowych jest znaczącą częścią procesu badawczego, od notatek i transkrypcji z terenu, poprzez opisy i interpretacje, aż do prezentacji ostatecznych wyników badania jako całości (Gibbs, 2011, s. 13–14).

W badaniach jakościowych badacz dokonuje indukcyjnego opisu miejsca, jednostki lub zjawiska, aby zrozumieć sytuację tak, jak czyni to podmiot. Istotne jest utożsamienie się z badanym podmiotem i interpretowanie rzeczywistości w taki sam sposób, jak to robią badani. Nie dokonuje się założeń ani planów, miarą trafności badań jakościowych jest uznanie przez rozmówców, że opis rzeczywiście odzwierciedla ich styl życia. Badania skupiają się na procesach i sekwencjach zdarzeń, a nie na wynikach. Nie stawia się hipotez i trudno mówić o strukturze na początku badań, a badania prowadzi się w naturalnych warunkach, w miejscach mających znaczenie dla badanych. Osoby badane są wybierane celowo, a ich pula może się powiększać lub kurczyć w trakcie badań. Badacz narażony jest na wszystkie elementy programu badawczego i może modyfikować plan gromadzenia danych w miarę postępu prac. Wyniki badań są opracowywane za pomocą opisowych metod rozumienia, takich jak eseje czy felietony.

W naukach nie jest właściwe porównywanie ani stawianie jednego paradygmatu ponad drugim, lecz należy brać pod uwagę, że wybór konkretnego rodzaju badań oraz głównej metody badawczej wpływa na określenie problemu badawczego związanego z celem poznawczym badacza. W rzeczywistości nie istnieje również problem badawczy, który byłby neutralny, ponieważ każdy jest rezultatem subiektywnych decyzji badacza i odzwierciedla jego upodobania odnośnie do modelu rzeczywistości badanych respondentów, który opisuje ich sposób życia.

Decyzja autorki niniejszej rozprawy o wyborze paradygmatu jakościowego była motywowana chęcią odbiegania od ustalonych schematów teoretycznych oraz korzystaniem z hermeneutyki, która opiera się na interpretacji świata zarówno przez badacza, jak i badanych. Paradygmat interpretacyjny zakłada, że głębsze zrozumienie rzeczywistości i jej przyczyn nie wynika z ogólnych ani dowolnych wyjaśnień, lecz z interakcji między badaczem a obiektem badań. Obie te sfery są ze sobą nierozłączne, ponieważ sama obserwacja wpływa na wyniki, a rzeczywistość jest dynamiczna i zmienna. Celem tego paradygmatu jest zrozumienie rzeczywistości. Podstawowe założenie interpretatywizmu stanowi konieczność zanurzenia się w rzeczywistość społeczną ludzi, którzy z niej korzystają na co dzień, aby zrozumieć reguły ich kultury i normy. Badacz nie stosuje precyzyjnie przygotowanych lub zapożyczonych modeli teoretycznych, lecz stara się opisać rzeczywistość tak, jak postrzegają ją jej uczestnicy. Teoria jest wynikiem badań, a nie ich poprzednikiem. Cel stanowi zrozumienie, jak zmienia się rzeczywistość, teraźniejszość i przyszłość członków społeczności, ponieważ to oni tworzą normy i wartości rzeczywistości, którą interpretują.

Analiza badań skupia się na obrazach zbiorowości i poszczególnych jej członków. Wybór ten wynikał także ze świadomego podejścia autorki do zadania badawczego, które pozwoliło na równorzędne traktowanie badanych i uzyskanie bardziej dogłębnego zrozumienia badanych zjawisk oraz procesów. W badaniach korzystano z indywidualnych wywiadów pogłębionych, których wyniki mogły być zweryfikowane jedynie w paradygmacie jakościowym. Dane, które uzyskano, były oparte na osobistych wyznaniach i zwierzeniach, co pozwoliło autorce wskazać pewne wzorce, prawidłowości oraz wyjaśnić badane problemy rodzinne, społeczne i kulturowe. W niniejszej rozprawie doktorskiej wyniki badań przedstawione zostały w sposób precyzyjny, wyważony, rzetelny oraz pozbawiony sensacji. Wszystkim uczestnikom badania zapewniono anonimowość, dyskrecję, poczucie bezpieczeństwa oraz uszanowano ich godność i etyczność.

W podejściu interpretacyjnym istotne jest zrozumienie sposobu, w który ludzie doświadczają świata i są w nim obecni. Zwolennicy tej metody zgadzają się odnośnie do tego,

że wiedza jest tworzona przez ludzki umysł i stale się rozwija, bowiem nowe konstrukcje otwierają nowe perspektywy. Zrozumienie informacji o charakterze społecznym opiera się na interpretacji i nadawaniu znaczeń, a w tym procesie, zarówno dla badacza, jak i badanych, istotne znaczenie mają wartości. Jako że ludzie, wydarzenia i sytuacje w społeczeństwie są dynamiczne i nieustannie się zmieniają, zadaniem badacza jest rejestrowanie i opisywanie tego, co stałe, oraz tego, co ulega zmianom, patrząc na to zjawisko jako na całość.

3.2. Cele i przedmiot badań

W trakcie badań naukowych ważne jest, aby określić konkretne cele oraz przedmiot badań. Brak spójności między celem badawczym a wynikami badań może prowadzić do uzasadnienia niewłaściwości prowadzonych badań. Ważnym i jednocześnie trudnym zadaniem dla naukowców jest odpowiednie i precyzyjne sformułowanie celu lub celów planowanych badań. Zasadniczo zakłada się, że celem badań naukowych jest odkrycie regularności występujących w badanych zjawiskach oraz wyciągnięcie z nich ogólnych wniosków, mających znaczenie nie tylko dla badanej grupy, ale również dla innych podobnych obiektów w tych samych warunkach. W badaniach dąży się nie tylko do poznania rzeczywistości, ale także do jej oceny i wyciągnięcia odpowiednich wniosków.

Celem badań może również być próba opracowania nowych i lepszych metod badawczych, które umożliwią bardziej precyzyjne, tańsze czy bardziej wydajne badania. Może to obejmować wykorzystanie zaawansowanych narzędzi badawczych, usprawnienie procesów badawczych lub zastosowanie nowych technologii wspomagających badania (Skrobacka, 2009, s. 40–41).

Przygotowanie koncepcji badawczej wymaga precyzyjnego określenia celu badania. Przeprowadzenie wywiadów może służyć temu, aby zdobyć konkretną, opartą na danych rzeczywistych wiedzę na temat charakterystycznego przeżycia i doświadczania badanego zjawiska (Kvale, 2010, s. 79). Wyznaczanie celów badawczych jest istotnym punktem wyjścia do ustalenia kierunków badań oraz identyfikacji przyszłych problemów badawczych. Badania naukowe to złożony proces, który ma na celu dostarczenie obiektywnej, precyzyjnej i kompleksowej informacji o danym obszarze rzeczywistości. Celem poznania jest uzyskanie jak najbardziej precyzyjnych, pewnych, ogólnych, prostych i pełnych informacji.

Jerzy Brzeziński (2011) podkreśla znaczenie wysokiej zawartości informacyjnej w badaniach naukowych. Można powiedzieć, że jego podejście do rzeczywistości polega na jej fragmentaryzacji, oddaniu prawidłowego obrazu i poznaniu prawdy (Brzeziński, 2011, s. 31).

Przeprowadzone badania doktorskie mają charakter interdyscyplinarny oraz wielowymiarowy. W trakcie analiz oraz w ramach przyjętej procedury zostały zachowane dyrektywy metodologiczne, które są charakterystyczne dla nauk społecznych. Przedmiotem badań była **sytuacja życiowa osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19**. Warto zaznaczyć, że osoby uczestniczące w badaniach ukończyły 60. rok życia i pomimo doświadczenia życiowego oraz zaawansowanego wieku kalendarzowego nigdy wcześniej nie miały do czynienia z pandemią wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2, który powoduje chorobę COVID-19, jedną z najgroźniejszych chorób XXI wieku. Badania te były trudne pod względem epidemiologicznym, wymagające zachowania ostrożności zarówno ze strony badacza, jak i badanych osób, ze względu na restrykcje i obostrzenia związane z pandemią.

W prowadzonych badaniach naukowych autorka postanowiła zrealizować dwa cele metodologiczne badań pedagogicznych, zgodnie z podejściem Zbigniewa Skornego (1982): cel teoretyczno-poznawczy, skupiający się na poznawaniu zjawisk i wykrywaniu pomiędzy nimi prawidłowości, oraz cel praktyczno-wdrożeniowy, który wiąże się z wykorzystaniem wyników badań teoretycznych w praktyce (s. 76). Pierwszy ma na celu odpowiedź na pytania i problemy badawcze, drugi zaś wskazanie problemów i potrzeb badanej grupy wiekowej w życiu prywatnym, rodzinnym, zawodowym i społecznym. Badania pozwolą również na diagnozowanie środowiska badanej grupy wiekowej i modyfikowanie opieki nad osobami starszymi z niepełnosprawnościami, a także opracowanie rozwiązań systemowych i przekazanie rekomendacji podmiotom świadczącym pomoc tej kohorcie wiekowej, takim jak miejski ośrodek pomocy społecznej (MOPS), gminny ośrodek pomocy społecznej (GOPS), organizacje pozarządowe i członkowie rodzin opiekujący się osobami starszymi z niepełnosprawnościami.

W toku przeprowadzonych badań naukowych założono następujące cele:

1. zebranie danych jakościowych w celu dokładnego opisu rzeczywistości, będącej przedmiotem planowanej dysertacji;
2. uzyskanie odpowiedzi na główne i szczegółowe pytania badawcze;
3. na podstawie ogólnych i teoretycznych wniosków wyprowadzenie praktycznych koncepcji dotyczących rozwiązywania problemów życia codziennego, w tym zapewnienia pomocy osobom starszym z niepełnosprawnościami w sytuacjach kryzysowych, takich jak

pandemia COVID-19, która stanowiła zagrożenie dla życia i zdrowia, oraz przedstawienie ich zainteresowanym osobom i instytucjom.

3.3. Problemy badawcze

Podstawowym wymogiem każdego projektu badawczego jest świadomość problemów, które określają cel i zakres prowadzonych badań. Bez jasno sformułowanych problemów trudno jest dokonywać postępów lub nowych odkryć w zakresie interesujących nas faktów i zjawisk. Problem badawczy powinien zawierać istotne pytanie lub zestaw pytań, a poszukiwanie odpowiedzi na nie odbywa się poprzez przeprowadzenie badań, w których istotnymi elementami są proces myślenia i proces rozumowania. Jak zauważył Mirosław Krajewski (2020), problem badawczy (ang. *research problem*) stanowi podstawowy element każdego istotnego badania i jest skomplikowanym komponentem, dlatego wymaga szczegółowego sformułowania pytań badawczych w celu jego wyjaśnienia. Sprecyzowanie tych pytań ułatwia pełną analizę zagadnienia, wspomaga planowanie badań i umożliwia lepszy dobór narzędzi badawczych. Ponadto chroni badacza przed pominięciem istotnych problemów, a nie każde pytanie wymaga podejścia badawczego ani zastosowania metod naukowych (Krajewski, 2020, s. 59).

Istnieją pytania, na które można znaleźć odpowiedzi w prosty i dostępny sposób, bez potrzeby przeprowadzania badań naukowych, studiowania literatury czy stosowania skomplikowanych metod badawczych. Problemy badawcze pojawiają się, gdy pytania wymagają głębszej analizy, wyjaśnienia złożonych zjawisk, odkrycia nowej wiedzy, potwierdzenia lub obalenia hipotez czy też zgłębienia nieznanych obszarów rzeczywistości. Problem badawczy reprezentuje określony poziom wiedzy, który wymaga zastosowania, powinien być nietypowym, nietrywialnym pytaniem lub zagadnieniem, a jego rozwiązanie winno przyczynić się do zdobycia nowej wiedzy. Chava i David Nachmiasowie (2001) starają się dokładnie określić problem badawczy i traktują go jako bodziec intelektualny, który wywołuje specjalne dociekania naukowe. Warto pamiętać, że nie każdy bodziec intelektualny generuje taką samą reakcję badawczą, ponieważ niektórych z nich nie można udowodnić empirycznie lub nie są bezpośrednio dostępne dla wiedzy empirycznej (Nachmias i Nachmias, 2001, s. 67).

W badaniach jakościowych proces sformułowania problemu badawczego, czyli głównego pytania, może trwać nawet po rozpoczęciu samych badań. Jest to istotne, ponieważ

lepsze zrozumienie przez badacza badanej rzeczywistości pozwala na bardziej precyzyjne sformułowanie problemu badawczego i skuteczniejsze przeprowadzenie badań.

Problem główny w rozprawie doktorskiej został sformułowany w postaci następującego pytania:

Jakie cechy charakteryzowały sytuację życiową osób starszych z niepełnosprawnościami w podstawowych sferach życia podczas trwania pandemii COVID-19?

Do problemu głównego sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Jak przedstawiała się codzienność osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19?
2. Jakie znaczenie miała rodzina dla osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie trwania pandemii COVID-19?
3. Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób, sytuacja pandemiczna wywołana koronawirusem wpływa na stan fizyczny osób starszych z niepełnosprawnościami?
4. Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób, sytuacja pandemiczna wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 wpływa na dobrostan psychiczny osób starszych z niepełnosprawnościami?
5. Jak przebiegała praca zawodowa osób starszych z niepełnosprawnościami, które były aktywne zawodowo podczas trwania pandemii COVID-19?
6. Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób, realizowane były praktyki religijne przez osoby starsze z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19?
7. Jak przebiegało życie towarzyskie osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19?
8. Czy, a jeżeli tak, to jakie, nowych umiejętności nabyły osoby starsze z niepełnosprawnościami w czasie trwania pandemii COVID-19?

3.4. Metoda i technika badawcza

Metoda badań stanowi fundamentalne narzędzie dla badaczy, pozwalając na osiągnięcie określonych celów badawczych. Właściwy wybór metody badań stanowi podstawę sukcesu badania i powinien być dostosowany do konkretnej dziedziny nauki oraz postawionego problemu naukowego. Odpowiednia metoda umożliwia badaczowi pozyskanie danych, analizę danych, potwierdzenie hipotez, reprodukowalność wyników, precyzyjne interpretacje i weryfikację teorii (Krajewski, 2020, s. 36). W swym projekcie badawczym autorka wykorzysta metodę interpretacyjnej analizy fenomenologicznej (ang. *interpretative*

phenomenological analysis) (dalej: IPA), która polega na zebraniu dużej ilości informacji z osobistych doświadczeń badanych związanych z konkretnym zjawiskiem (Pietkiewicz i Smith, 2012, s. 362). Autorka skoncentrowała się na zjawisku pandemii COVID-19, która pojawiła się nieoczekiwanie i wprowadziła chaos w sytuację życiową osób starszych z niepełnosprawnościami. Metoda ta odwołuje się do zasad fenomenologii, hermeneutyki i idiografii, a jej głównym celem jest stworzenie kompleksowej analizy danego zjawiska poprzez podwójną interpretację badacza i badanych.

Fenomenologia, rozwinięta przez Edmunda Husserla, to filozoficzna metoda badawcza, która skupia się na badaniu doświadczenia ludzkiego w sposób bezpośredni i świadomy. Głównym celem fenomenologii jest zrozumienie struktury i znaczenia zjawisk, których doświadczamy, a nie tylko analiza ich przyczyn czy skutków. Metoda ta jest ejdetyczna, co oznacza, że zajmuje się identyfikacją istoty (esencji) danego zjawiska (Pietkiewicz i Smith, 2012, s. 363).

W badaniach fenomenologicznych istotny element stanowi redukcja ejdetyczna, która polega na oddzieleniu esencji danego zjawiska od przypadkowych, indywidualnych zjawisk. Fenomenolog stara się odseparować to, co uniwersalne i istotne w doświadczeniu danej jednostki, od tego, co jest jedynie wynikiem okoliczności i indywidualnych cech. Skupia się na tym, jak ludzie postrzegają rzeczywistość, w jaki sposób doświadczają obiektów i zdarzeń oraz jak wyrażają swoje doświadczenia słowami. Zamiast narzucać na badane zjawiska gotowe kategorie czy kryteria naukowe, badacz pozwala, aby zjawiska „mówiły” same za siebie. Oznacza to, że naukowiec wchodzi w stan otwartości i uwagi wobec tego, co się pojawia, bez ingerencji z góry narzuconych interpretacji czy założeń. Poprzez oddzielenie esencji zjawiska fenomenologia dąży do uchwycenia tego, co jest uniwersalne i wspólne dla wszystkich doświadczeń danego rodzaju. Umożliwia to stworzenie ogólnych opisów i teorii, które mają znaczenie dla ludzkiego doświadczenia jako całości. Fenomenologia ma szerokie zastosowanie w takich dziedzinach jak psychologia, socjologia, filozofia czy nauki społeczne, w obrębie których może dostarczyć głębszego zrozumienia ludzkiej natury i doświadczenia (Pietkiewicz i Smith, 2012, s. 362).

Zasady hermeneutyki możemy określić jako te kryteria lub wytyczne, które pozwalają na odkrycie i zrozumienie znaczenia różnych zjawisk czy sytuacji. W analizie konkretnego zdarzenia hermeneutyka pomaga zrozumieć różnorodne warstwy znaczeniowe danego zjawiska i jego związki z szerszym uwarunkowaniem. Wskazuje to na uniwersalność tej zasady, która jest użyteczna w interpretacji i zrozumieniu różnych rodzajów treści oraz wydarzeń. Poprzez hermeneutyczną analizę staramy się przeniknąć poniżej powierzchniowej interpretacji

i zidentyfikować głębsze obszary znaczenia, które mogą być istotne dla naszego zrozumienia świata i kultury (Nowak, 1993, s. 51). W hermeneutyce podkreśla się, że aby prawidłowo interpretować i zrozumieć to, co druga osoba próbuje przekazać, musimy uwzględnić jej specyficzny sposób myślenia, język i sytuacja życiowa. Każdy człowiek ma własne, unikatowe doświadczenia, perspektywy, przekonania i terminologię, które wpływają na sposób, w jaki postrzega rzeczywistość i wyraża swoje myśli (Freeman, 2008, s. 385–388).

Metoda idiograficzna natomiast koncentruje się na badaniu pojedynczych przypadków lub zdarzeń. Skupia się na dążeniu do odkrycia obszernej ilości szczegółowych informacji dotyczących określonego, węższego przedmiotu badania (Pietkiewicz i Smith, 2012, s. 363). Stosując metodę IPA, należy starać się zrozumieć, jak to jest być w pozycji drugiej osoby, choć pełne zrozumienie tego może okazać się niemożliwe. Badanie IPA jest procesem dynamicznym, który uwzględnia aktywną rolę badacza. To, które informacje i znaczenia uzyska on z doświadczenia osoby badanej, może być zależne od jego aktywności i cech. Badacz wciela się w aktywną rolę interpretatora, który nadaje znaczenie osobistym przeżyciom osoby badanej. Proces analityczny w fenomenologicznej analizie perspektywy często jest opisywany jako podwójna hermeneutyka lub podwójny proces interpretacyjny. Dzieje się tak, ponieważ w pierwszej kolejności badany nadaje sens zjawiskom w swoim własnym świecie, następnie zaś badacz próbuje odkodować to znaczenie, nadając sens interpretacjom stworzonym przez badanego (Smith, i Fieldsend, 2021, s. 147–166).

Oznacza to, że badany, opowiadając o swoich doświadczeniach i uczuciach, tworzy swoje własne znaczenia i interpretacje zdarzeń, opierając się na swoich unikatowych perspektywach, wartościach i kontekście życiowym. Badacz stara się zrozumieć i zidentyfikować te indywidualne znaczenia przypisane przez badanego do różnych obszarów życia. Następnie badacz wchodzi w aktywny proces interpretacyjny, aby odkodować te znaczenia nadane przez badanego. W trakcie tego procesu badacz stara się zrozumieć i zidentyfikować wspólne wzorce, które mogą być obecne w doświadczeniach różnych badanych, ale jednocześnie uwzględnia indywidualność każdej osoby.

Podwójna hermeneutyka w fenomenologicznej analizie perspektywy podkreśla aktywną rolę badacza w interpretowaniu i rozumieniu doświadczeń badanych, uwzględniając zarówno subiektywne znaczenia nadawane przez badanych, jak i próbę odnalezienia bardziej ogólnych wzorców czy znaczeń w tych opowieściach. To podejście pozwala na uzyskanie głębszego zrozumienia ludzkich doświadczeń i perspektyw.

Głównym celem badaczy wykorzystujących metodę IPA jest dokładna analiza sposobu, w który ludzie przypisują sens swoim doświadczeniom życiowym, uwzględniając ich

subiektywną perspektywę i indywidualne uwarunkowania. Metoda ta pozwala na uchwycenie głębokiej struktury tych doświadczeń oraz wyjaśnienie, jak badani interpretują zjawiska z ich własnej perspektywy.

Nie istnieje zasada dotycząca tego, ilu uczestników powinno wziąć udział w badaniu.

Zależy to od:

- głębokości analizy poszczególnego przypadku;
- bogactwa materiału w poszczególnych przypadkach;
- sposobu, w który badacz zamierza porównywać lub kontrastować ze sobą poszczególne przypadki;
- pragmatycznych ograniczeń związanych z projektem badawczym (Pietkiewicz i Smith, 2012, s. 363).

W badaniach wykorzystano dużą próbę jak na tę metodę – 30 osób. Celem było dokładne przeanalizowanie każdego przypadku. Zgodnie z metodą IPA nie dąży się do tworzenia uogólnionej teorii, lecz należy skupić się na analizie konkretnego zjawiska. Jednak porównanie badań IPA na podstawie kilku konkretnych zagadnień może dostarczyć wglądu w uniwersalne wzorce i mechanizmy.

Analiza IPA obejmuje kilka kroków, w tym transkrypcję danych, ich kodowanie i grupowanie w tematy, a następnie interpretację i tworzenie kategorii. Autorka starała się zrozumieć, jak jednostki interpretują swoją sytuację życiową i jakie znaczenie nadają zjawiskom w swoim życiu. Wyniki analizy przedstawiono w postaci opisów tematów i kategorii.

Autorka postanowiła zastosować metodę IPA, ponieważ pozwala ona na wnikliwą analizę sytuacji życiowej i przeżyć osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19. Badania, które zostały przeprowadzone, były interdyscyplinarnymi badaniami z różnych dziedzin nauki, takich jak psychologia, pedagogika, medycyna i socjologia, po to, aby móc uzyskać pełny i wszechstronny obraz badanego zjawiska, uwzględniając różnorodne problemy związane z sytuacją życiową osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19. W badaniu skupiono się na zrozumieniu perspektywy tych osób w celu zidentyfikowania potencjalnych wyzwań, strat i korzyści, które pojawiły się w czasie pandemii. Uczestnicy badania opisywali różne obszary swojego życia, takie jak codzienne problemy, relacje z rodziną i najbliższymi, zmiany zdrowotne, zawodowe i towarzyskie, a także wpływ wiary na ich życie oraz nowe umiejętności, które wyeksponowała pandemia.

Osoby starsze są bardzo zróżnicowane w swoim sposobie analizowania i interpretowania zjawisk, które ich dotyczą. Pojawienie się nowych zmian w ich otoczeniu

może znacząco wpłynąć na ich myśli i zachowania, podobnie jak myśli i przekonania mogą prowadzić do działań zmieniających ich otoczenie. Zjawisko zróżnicowania osób starszych w analizowaniu i interpretowaniu zjawisk, które ich dotyczą, stanowi naturalny wynik różnorodności doświadczeń, wiedzy i perspektyw zgromadzonych doświadczeń przez te osoby na przestrzeni ich życia. Każda jednostka ma unikatową historię, osobowość i sposób postrzegania świata, co wpływa na jej myśli, przekonania i zachowania. Osoby starsze z niepełnosprawnościami mogą reagować na te zmiany różnorodnie, w zależności od indywidualnych cech i sytuacji życiowej. Niektóre osoby starsze mogą być otwarte na nowe wyzwania i zmiany, adaptując się do nich i poszukując nowych możliwości rozwoju. Inne osoby mogą odczuwać niepokój lub opór wobec zmian, preferując utrzymanie stabilności i przyzwyczajęń. W ten sposób istnieje interakcja między psychiką a środowiskiem, która jest znacząca w przypadku osób starszych z niepełnosprawnościami.

W badaniach jakościowych ważnym narzędziem pozyskiwania wiedzy jest wywiad, który umożliwia uzyskanie szczegółowych informacji na temat badanych zjawisk. Wywiad to określony proces, w którym badający dąży do wpływania na badanego poprzez zadawanie pytań, mających na celu zachęcenie go do wyrażenia opinii na temat zagadnień będących esencją badania. Jest profesjonalną formą komunikacji, w której struktura i cel są określone przez osobę przeprowadzającą wywiad (Kvale, 2010, s. 37).

Według Jana Szczepańskiego (1951) wywiad stanowi jedną spośród wielu technik badawczych, co pozwala na jednoczesne wykorzystanie innej – obserwacji. Jest to również jedna z najbardziej elastycznych i głęboko analizujących metod badań społecznych (Szczepański, 1951, s. 77). W przeciwieństwie do codziennych rozmów w wywiadzie badacz zadaje przygotowane pytania i uważnie słucha odpowiedzi, aby zebrać jak najwięcej potrzebnych mu informacji. W badaniach jakościowych wywiad jest sposobem budowania wiedzy o ludziach, ich świecie, życiu, ich codzienności, sytuacji życiowej, a także interpretacji znaczenia opisywanych zjawisk przez rozmówców. Wywiady pogłębione indywidualne (ang. *individual in-depth interview*) są szczególnie istotne w badaniach jakościowych, ponieważ pozwalają na uzyskanie dogłębnej wiedzy na ściśle określony temat (Sztumski, 2010, s. 205). Jednak przeprowadzenie takiego wywiadu wymaga umiejętności pozyskania pogłębionych wypowiedzi na określony temat poprzez zadawanie dodatkowych pytań typu: „w jaki sposób?”, „dlaczego?” itp. (Sztumski, 2010, s. 205), stworzenia przyjaznej atmosfery i nawiązania zaufanej relacji z rozmówcą, aby uzyskać szczere odpowiedzi i uniknąć traktowania go jak materiału badawczego.

Wywiady przeprowadzono indywidualnie. Nieodpowiednie byłoby tworzenie sytuacji wymuszającej połączenie rozmówców, którzy opowiadają o swojej sytuacji życiowej podczas pandemii COVID-19. Takie zachowanie byłoby irracjonalne i powodowałoby znaczny dyskomfort u badanych osób. Zachowanie pełnej swobody wypowiedzi, spokoju, intymności, poczucia zrozumienia i wsłuchanie się w wypowiedzi rozmówców przyczyniły się do uzyskania pożądaných efektów w zaplanowanych badaniach. W rezultacie wykorzystania metody interpretacyjnej analizy fenomenologicznej otrzymano rzetelne i wiarygodne wyniki, które okazały się wartościowym źródłem informacji.

Podczas przeprowadzania indywidualnego wywiadu pogłębionego ważne jest umiejętnie radzenie sobie z momentami ciszy oraz trudnymi sytuacjami, które mogą wystąpić w trakcie rozmowy. W tego typu badaniach często poruszane są kwestie osobiste i intymne, dlatego ważne jest, aby badacz był w stanie obserwować reakcje uczestników i szybko reagować w trudnych sytuacjach. Jedynie w ten sposób można osiągnąć cel badawczy i uzyskać rzetelne wyniki, jednocześnie dbając o dobre samopoczucie i poczucie komfortu rozmówców.

3.5. Organizacja badań oraz charakterystyka terenu i badanych osób

W ramach przeprowadzonej metody badawczej IPA obszar badań był wystarczający pomimo jego ograniczonej rozległości. Badani pochodzili zarówno z obszarów miejskich, jak i wiejskich, w tym z Wielkopolski, ze Śląska i z Pomorza Zachodniego. Grupa badanych składała się z 30 osób w wieku od 61 lat do 82 lat. Czternastu badanych pochodziło z miejscowości zlokalizowanych w Wielkopolsce (Piła, Okonek, Ujście), piętnaście osób z projektu badawczego autorki niniejszej pracy pochodziło z województwa zachodniopomorskiego (Różewo, Wałcz), a jedna osoba ze Śląska (Radlin).

Badania były motywowane wieloletnią pracą autorki oraz zainteresowaniami dotyczącymi problemów osób starszych i ich życia w podeszłym wieku. Okres pandemii COVID-19 stanowił dodatkową okazję do obserwacji zachowań tej grupy wiekowej, która w świetle nowej sytuacji mogła wydawać się irracjonalna. Osoby starsze z niepełnosprawnościami były szczególnie dotknięte nowym zjawiskiem, któremu autorka nadała nazwę Globalna Plaga: Wiry i Walka. Nazwa została zaprojektowana celowo, aby przyciągnąć i zwrócić uwagę na powagę i złożoność sytuacji, jednocześnie podkreślając wspólną odpowiedzialność za zwalczanie pandemii i ochronę zdrowia publicznego. Globalna Plaga: Wiry i Walka odnosi się do ogólnoswiatowego charakteru pandemii COVID-19, która

w krótkim czasie rozprzestrzeniła się na wszystkie kontynenty i zaatakowała miliony ludzi na całym świecie. Określenie „Plaga” odzwierciedla powagę i rozmiary tego zagrożenia, porównując pandemię do historycznych epidemii i plag, które miały ogromny wpływ na losy ludzkości w przeszłości. „Wiry” w nazwie symbolizują sam wirus SARS-CoV-2, który jest mikroskopijnym wrogiem, odpowiedzialnym za wywołanie choroby COVID-19. Jest to zaskakujący i nieznanый przeciwnik, wymagający ciągłego badania, nauki i adaptacji w podejściu do walki z nim. „Walka” w nazwie podkreśla determinację i współpracę ludzi, służb medycznych, naukowców, przywódców i społeczności na całym świecie w zwalczaniu pandemii. To wyraz zdeterminowanego wysiłku podejmowanego przez ludzi w różnych dziedzinach życia, aby powstrzymać rozprzestrzenianie się wirusa, zapewnić opiekę medyczną i rozwijać skuteczne strategie zarządzania kryzysem zdrowotnym.

Metoda badań zastosowana przez autorkę to IPA. Wykorzystano indywidualne pogłębione wywiady, które przeprowadzone zostały na przestrzeni trzech miesięcy, pomiędzy lipcem a wrześniem 2022 roku. Wybór czasu uzasadniony był względami epidemiologicznymi, ponieważ obserwuje się pewne trendy w jego występowaniu, które sugerują wpływ sezonowości na rozprzestrzenianie się wirusa. Lato 2022 roku było stosunkowo bezpiecznym okresem, po okresie kwarantanny, zamknięć oraz po przejściu kilku fal pandemii COVID-19. Osoby badane same wybierały czas i miejsce spotkania, a autorka starała się dopasować do ich wymagań i potrzeb, aby rozmowa była jak najbardziej bezpieczna, komfortowa i przyniosła zamierzone efekty. Rozmowy odbywały się w miejscu zamieszkania badanych, w ogrodach, kawiarniach i w rodzinnym domu autorki, z zachowaniem wszelkich procedur bezpieczeństwa epidemiologicznego. Długość rozmów była różna: najdłuższa trwała prawie 2 godziny, a najkrótsza 37 minut. Łączny czas wszystkich przeprowadzonych wywiadów to 28 godzin i 45 minut.

Wszystkie badane osoby na samym początku rozmowy wyrażały obawę i niepewność przed nowym i nieznanym doświadczeniem, jak również lęk związany z pytaniami, które zostaną zadane, a także o swoją prywatność. Obawiały się także, że mogą mieć trudności z przekazaniem i przypominaniem sobie wydarzeń, szczególnie tych mających miejsce na samym początku pandemii wywołanej koronawirusem. U niektórych badanych wystąpił niepokój związany ze zrozumieniem pytań lub wyrażaniem własnych myśli. Towarzyszyły im także silne emocje dotyczące przeszłości i utraty najbliższych osób. Po wyjaśnieniu tematu rozmowy i oswojeniu się z procesem nagrywania wywiadu osoby starsze zaczęły się otwierać i bardzo szczegółowo opisywać swoją sytuację życiową podczas trwania pandemii COVID-19. Były w stanie wyrazić swoje uczucia, obawy i doświadczenia związane z tą trudną sytuacją.

Bardzo istotnymi kwestiami w trakcie przeprowadzania wywiadu z osobami starszymi były zachowanie empatii, cierpliwości, wyrozumiałości, powagi i delikatności, a także sztuka umiejętnego słuchania opowieści, elastyczne podejście do badania, unikanie uprzedzeń nawet wobec skrajnych doświadczeń, jak również zastosowanie specjalnych środków, które nie pozwoliłyby na identyfikację osób w ramach badań.

Autorka może zapewnić, że wszystkie indywidualne wywiady pogłębione były przeprowadzane zgodnie z metodą warsztatową, z zachowaniem poufności, prywatności i etyczności. Podczas transkrybowania wywiadów zarówno badacz, jak i rozmówczynie czy rozmówca byli oznaczani inicjałami.

Wszyscy uczestnicy wybrani do projektu badawczego spełniali kryteria określone w badaniach autorki. Była to ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Ustawa o osobach starszych, 2015). Wyrazili zgodę na udział, nagrywanie rozmowy (wywiadu) oraz podzielenie się swoimi doświadczeniami i przeżyciami związanymi ze swoją sytuacją życiową w trakcie trwania pandemii COVID-19.

Z powodu zwiększonej liczby przypadków oszustw i wyłudzeń skierowanych do osób starszych trudno jest zdobyć zaufanie i umówić się na rozmowę, ponieważ osoby te obawiają się wykorzystania ich do osiągnięcia własnych celów lub zdobycia zbyt dużej ilości informacji osobistych. Niektóre osoby starsze mogą także borykać się z problemami słuchowymi, trudnościami w komunikacji lub niepewnością w używaniu nowych technologii. W przypadku próby umówienia się na wywiad z osobą starszą warto wykazać cierpliwość i elastyczność, dostosowując się do jej potrzeb i ograniczeń. W związku z tym, aby zapewnić bezpieczeństwo i komfort badanych osób, autorka zdecydowała się na dobór celowy. Wszystkie osoby w przeprowadzonych badaniach były autorce rozprawy znane, dzięki czemu możliwe okazało się stworzenie przyjacielskiej i ciepłej atmosfery podczas rozmowy, a rozmówcy czuli się bezpiecznie i nie obawiali się rozmowy innej niż na temat pandemii COVID-19, która stanowiła nowe i trudne doświadczenie dla wielu z nich. Dostarczanie odpowiedniego wsparcia, poczucia bezpieczeństwa i stworzenie atmosfery zaufania pomogły w przezwyciężeniu tych obaw i umożliwiły lepszą komunikację. Rozmowy z osobami badanymi pozwoliły autorce zrozumieć ich doświadczenia i wyzwania, z jakimi musieli się zmierzyć, obawy, niepewność i strach, które ogarniały ich w trakcie pandemii, pozwoliły także uzyskać wiedzę na temat sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19. Wszyscy uczestnicy byli bardzo zaangażowani w rozmowy, autorka natomiast starała się być uważnym słuchaczem i wsparciem dla nich, co pozwoliło przedstawić sytuację życiową uczestników w czasie pandemii w sposób autentyczny i wiarygodny.

W badaniach brały udział osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności, zarówno biologicznymi, jak i nabytymi. Wszyscy uczestnicy posiadali status emerytki/emeryta. Sześcioro uczestników badań pracowało zawodowo (umowa o pracę). Pozostali uczestnicy twierdzili, że po przejściu na emeryturę należy odpoczywać i cieszyć się życiem, ponieważ zaczyna się nowy etap, w którym jest więcej czasu dla siebie, można realizować swoje pasje, marzenia i zainteresowania, które mogą przyczynić się do większej satysfakcji i radości. Emerytura dla badanych osób oznaczała wyzwolenie od codziennych obowiązków zawodowych, co daje większą wolność i niezależność. Można wtedy samodzielnie kształtować swój czas i decydować, jak spędzać nadchodzące dni. Badani twierdzili także, że jest to doskonała okazja, by zająć się tym, na co nie miało się dotąd czasu. Można nabywać nowych umiejętności, podróżować, angażować się w działalność społeczną lub charytatywną, co może przynieść ogromną radość i poczucie spełnienia. Emerytura dała szansę na budowanie lub pogłębianie relacji z rodziną, przyjaciółmi i społecznością. Można spędzać więcej czasu z bliskimi, nawiązywać nowe znajomości i angażować się w aktywności społeczne, to dobry moment także na bardziej konsekwentne dbanie o zdrowie. Można poświęcać więcej czasu na aktywność fizyczną, zdrową dietę i regularne badania lekarskie, co przekłada się na lepsze samopoczucie i jakość życia.

Spośród całej badanej grupy tylko dwie osoby uniknęły zakażenia koronawirusem i nie zachorowały na COVID-19, choć znajdowały się w bezpośrednim kontakcie z osobami chorymi. Jedna osoba, pomimo przyjęcia trzech dawek szczepionki, zachorowała na COVID-19 trzykrotnie, z potwierdzonym wynikiem laboratoryjnym. Istnieje kilka możliwych powodów, dla których dwie wspomniane osoby nie przeszły infekcji: mogły mieć silniejszy układ odpornościowy, który pomógł im zwalczyć wirusa lub zapobiegł rozwojowi ciężkich objawów choroby, mogły one konsekwentnie stosować środki ochronne, takie jak maseczki, zachowywać dystans społeczny i często dezynfekować ręce, co zmniejszyło ryzyko zarażenia. Mogło się także okazać, że ich kontakt z osobami chorymi był krótkotrwały lub ograniczony, co zmniejszyło ryzyko transmisji wirusa. Istnieje również możliwość, że uniknięcie zakażenia było po prostu wynikiem losowego czynnika, bez konkretnego wyjaśnienia. Natomiast wyjaśnienie przypadku trzykrotnego zachorowania na COVID-19, pomimo trzech dawek szczepionki, jest bardzo trudne. Przede wszystkim jest to zjawisko bardzo rzadkie i nietypowe. Należy również pamiętać, że żadna szczepionka nie jest stuprocentowo skuteczna. Szczepionki przeciw COVID-19 nie zapewniają pełnej ochrony przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Skuteczność szczepionek może się różnić w zależności od wariantu wirusa, czasu, który upłynął od zaszczepienia, wieku pacjenta itp. Niektóre osoby mogą mieć osłabiony układ

odpornościowy z powodu chorób przewlekłych. Chociaż zachorowanie jest spowodowane wirusem, istnieje możliwość, że jednocześnie mogą występować inne wirusy lub infekcje, które wpływają na ogólny stan zdrowia. Mogą one zwiększać ryzyko zachorowania. Istnieje także ryzyko fałszywie dodatnich lub fałszywie ujemnych wyników testów na obecność tego wirusa. W rzadkich przypadkach wynik testu może być błędny.

Niezależnie od wieku żadna z badanych osób nie czuła się osobą starszą z niepełnosprawnościami, ponieważ miały one pozytywne podejście do starzenia się i niepełnosprawności. Wszystkie te osoby skupiały się na swoich zdolnościach i umiejętnościach, zamiast koncentrować się na problemach związanych z wiekiem czy niepełnosprawnością. Prowadziły aktywny i zdrowy styl życia, nie miały widocznych oznak niepełnosprawności, dzięki czemu nie czuły się osobami chorymi, mimo że wszystkie miały wielochorobowość. Wiek kalendarzowy nie był wynikiem adekwatnym do ich samopoczucia i pozytywnej samooceny.

Uczestnictwo w badaniach było motywowane chęcią uwolnienia się od negatywnych doświadczeń i pozbycia się balastu pocovidowego, związanego z okresem pandemii. Wielu z badanych doświadczyło stresu, zmęczenia i frustracji, wynikających z codziennego funkcjonowania w nowej rzeczywistości. Pandemia mogła spowodować wzmożone uczucia samotności, izolacji i niepewności u osób starszych. Badania nad ich sytuacją życiową mogły służyć jako forma wsparcia emocjonalnego, pozwalając im wyrazić swoje uczucia i podzielić się swoimi doświadczeniami. Uczestnictwo w badaniach miało również na celu wkład w rozwój wiedzy na temat wpływu pandemii na społeczeństwo i jednostki, co mogłoby przyczynić się do lepszego zrozumienia skali wyzwania, którym była pandemia. Ze względu na udział w badaniach osoby starsze miały nadzieję na aktywny wkład w proces odbudowy i znalezienie skutecznych środków zaradczych, które pomogą w przyszłości unikać podobnych kryzysów. To wszystko dawało uczestnikom poczucie, że ich głos jest wysłuchany i doceniany. Dla wielu uczestników badania stanowiły okazję do wyrażenia nadziei na lepszą przyszłość, na powrót do normalności i na odbudowanie poczucia bezpieczeństwa oraz stabilności w nowym, starym pocovidowym świecie.

Autorka zwróciła się do Uczelnianej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Dolnośląskiej Szkoły Wyższej (obecnie Uniwersytet Dolnośląski) o opinię w sprawie projektu badań do planowanej dysertacji. Dnia 06, czerwca 2022 roku uzyskała pozytywną opinię w podmiotowej sprawie.

W tym miejscu należy nadmienić, iż autorka ze względu na charakter wykonywanej pracy zawodowej w okresie pandemii COVID-19 pracowała na oddziale, w którym przebywały

osoby chore na COVID-19, co stanowiło dodatkowe wyzwanie związane nie tylko z zapewnieniem opieki medycznej w trudnych warunkach pandemicznych, ale także ogromne wyzwanie emocjonalne. Widok ciężko chorych pacjentów ich samotność i śmierć budziły głębokie poczucie smutku i współczucia. Bezsilność w obliczu pandemii i ograniczeń w leczeniu COVID-19, wywoływała frustrację i pokazywała siłę niewidzialnego wirusa. Ten trudny okres w pracy zawodowej w okresie pandemii COVID-19 na zawsze pozostanie w pamięci autorki jako wyzwanie, które przyniosło zarówno emocjonalne trudności, jak i głębsze zrozumienie znaczenia opieki medycznej w trudnych czasach.

ROZDZIAŁ IV. SYTUACJA ŻYCIOWA OSÓB STARSZYCH

Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI PODCZAS TRWANIA PANDEMII COVID-19 – ANALIZA Z INTERPRETACJĄ WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Interpretacja danych

Interpretacja danych jest podstawowym etapem w analizie wyników badań. Umożliwia badaczowi zrozumienie, które zależności, wzorce lub tendencje można wyciągnąć z zebranych informacji. Pozwala także odpowiedzieć na pytania, dlaczego pewne zjawiska występują, jakie są ich implikacje i co można wyciągnąć z tych danych do dalszych działań lub badań. To także moment, w którym badacz może porównać swoje wyniki z teorią, literaturą naukową lub wcześniejszymi badaniami w celu wzbogacenia swojej wiedzy lub stworzenia nowych hipotez. Jest nieodzownym elementem procesu badawczego, który prowadzi do generowania wiedzy, wniosków i nowych spostrzeżeń. Dlatego tak istotne jest, aby interpretację prowadzić w sposób staranny, zgodny z metodologią badawczą i przy uwzględnieniu okoliczności, w których dane zostały zebrane.

W niniejszej pracy, w celu przeprowadzenia indywidualnego wywiadu pogłębionego z osobami starszymi z niepełnosprawnościami, przygotowano dyspozycje do wywiadu, które były sformułowane tak, abym można było uzyskać najważniejsze i na tyle konkretne informacje, żeby wywiad nie został uznany za przypadkowy. Owe dyspozycje podzielono na osiem obszarów tematycznych, które powstały na podłożu definicji **sytuacji życiowej** zawartej w *Leksykonie gerontologii* autorstwa Zycha (2017). Według wspomnianej definicji sytuacja życiowa to „funkcja samodzielności życiowej jednostki, działań społecznych na jej rzecz, wyznawanych wartości oraz zewnętrznych warunków przyrodniczych, kulturowych i społecznych. Różnorodne sytuacje życiowe tworzą drogę egzystencji ludzkiej” (Zych, 2017, s. 175). Ósmy obszar powstał na potrzeby dysertacji, bowiem przywołana wyżej definicja nie zawiera wskazanego wątku tematycznego.

Osiem obszarów społecznych to: 1. Sytuacja życiowa (codziennosc – 17 pytań), 2. Rodzina (17 pytań), 3. Zdrowie (stan fizyczny – 17 pytań); 4. Zdrowie (dobrostan psychiczny – 11 pytań). 6. Praca (17 pytań), 7. Religia (11 pytań), 8. Życie towarzyskie (rozrywka i kultura

– 15 pytań). Dodany obszar to „Nowe umiejętności zdobyte w czasie pandemii COVID-19 (5 pytań).

Każdy obszar miał swoje wyodrębnione pytania, niewychodzące poza ramy tematu dysertacji. Całość dyspozycji do wywiadu składała się z 99 pytań. Podczas poszczególnych wywiadów liczba wcześniej przygotowanych pytań ulegała zmianom, ponieważ rozmówcy niejednokrotnie wyprzedzali kolejne pytania, a niekiedy dopytywali badaczkę w kwestiach dla siebie niezrozumiałych.

W ramach badania nagrania przeprowadzonych wywiadów zostały przeanalizowane poprzez transkrypcję, kodowanie i kategoryzację, następnie zaś dokonano ich kondensacji. W analizie skupiono się na znaczeniu przekazywanych treści, przy uwzględnieniu celów badawczych oraz rangi, którą rozmówcy przypisywali poszczególnym jednostkom znaczeniowym. W wynikach badania skoncentrowano się na centralnych problemach sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19, co pomogło w napisaniu niniejszej dysertacji. Do opracowania danych jakościowych wykorzystano program MAXQDA 2022. Jest to komputerowy program wspomagający analizę danych jakościowych.

4.2. Osoby starsze z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19

Pandemia COVID-19 to globalna epidemia wywołana przez nowego koronawirusa – SARS-CoV-2. Pandemia ta rozpoczęła się w grudniu 2019 roku w mieście Wuhan w Chinach i szybko rozprzestrzeniła się na wiele krajów i kontynentów, stając się ogromnym wyzwaniem zdrowotnym, społecznym i gospodarczym dla całego świata, prowadząc jednocześnie do recesji, utraty miejsc pracy i trudności finansowych wielu ludzi. Charakteryzowała się ona szerokim rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 drogą kropelkową w populacji ludzkiej, prowadząc do masowych zachorowań i zgonów. COVID-19 objawia się różnorodnymi wykładnikami, począwszy od łagodnych lub asymptomatycznych przypadków aż po poważne infekcje układu oddechowego i inne powikłania, które mogą prowadzić do hospitalizacji i śmierci (Czech i in., 2020, s. 7).

W Polsce pandemia rozpoczęła się 4 marca 2020 roku, kiedy zidentyfikowano pierwszą osobę z pozytywnym wynikiem testu na obecność wirusa odpowiedzialnego za pandemię. Dnia 20 marca minister zdrowia opublikował rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Rozporządzenie Ministra Zdrowia,

2020). Pierwsze ograniczenia związane z odwołaniem imprez masowych zostały wprowadzone już 10 marca 2020 r., a zamknięcie szkół, uczelni i instytucji kulturalnych nastąpiło 12 marca 2020 r. w kolejnych tygodniach marca wprowadzono następne ograniczenia i izolację (ang. *lockdown*) (gov.pl, 2021). W kwietniu 2020 r. nakazano zakrywanie ust i nosa w przestrzeni publicznej. Rygorystyczne obostrzenia trwały do maja 2020 r., po czym zostały stopniowo złagodzone.

Od sierpnia 2020 r. wprowadzono podział na strefy, zależnie od liczby potwierdzonych zakażeń. W październiku 2020 r. Polska doświadczyła drugiej fali pandemii, a cały kraj został określony jako „czerwona strefa”, co wiązało się z kolejnymi ograniczeniami (gov.pl, 2020a). W lutym 2021 r. nastąpiła trzecia fala pandemii, a także rozpoczęło się wprowadzenie pierwszych szczepionek przeciwko COVID-19 (gov.pl, 2020b). Kolejne fale zakażeń nie stanowiły już takiego zagrożenia dla życia i zdrowia jak dwie pierwsze, jednak wśród osób starszych wciąż panował strach, niepokój i niepewność.

W Polsce żyje ponad 9 milionów osób, które przekroczyły 60. rok życia (GUS, 2022b) i to one były szczególnie narażone na negatywne skutki zdrowotne i społeczne wynikające z pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Warto zwrócić uwagę na fakt, że osoby starsze to osoby od 60. roku życia do 100 lat i więcej, od samodzielnych jednostek po osoby potrzebujące holistycznej opieki.

Pierwsze miesiące pandemii były trudne dla wielu osób starszych z niepełnosprawnościami, które doświadczyły nagłych i gwałtownych zmian w swoim życiu społecznym, rodzinnym, zawodowym i religijnym. W celu zmniejszenia rozprzestrzeniania się wirusa władze wprowadzały ograniczenia w poruszaniu się, co uniemożliwiło wielu osobom starszym z niepełnosprawnościami uczestnictwo w codziennych aktywnościach, takich jak wizyty u rodziny, lekarza czy robienie zakupów (Pikuła i in., 2020, s. 9). Niepewność, brak informacji i szybko wprowadzane zmiany decyzji związane z panującą sytuacją wywoływały rozdrażnienie i lęk, co w niektórych przypadkach przeradzało się w depresję. Izolacja domowa, choroba, brak kontaktów i samotność wpłynęły negatywnie na stan fizyczny i psychiczny, a także nasiliły negatywne myśli i poczucie alienacji.

W okresie pandemii osoby starsze z niepełnosprawnościami musiały zmienić swój styl życia, aby dostosować się do nowych wymogów. Musiały nauczyć się korzystać z komputera i telefonów komórkowych w celu robienia zakupów online i unikania miejsc publicznych.

Badania autorki dowiodły, że pandemia COVID-19 przyczyniła się do głębokich zmian w życiu codziennym i sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami, które pozostawiły trwałe ślady w ich życiu. Strach przed nieznanym wirusem SARS-CoV-2

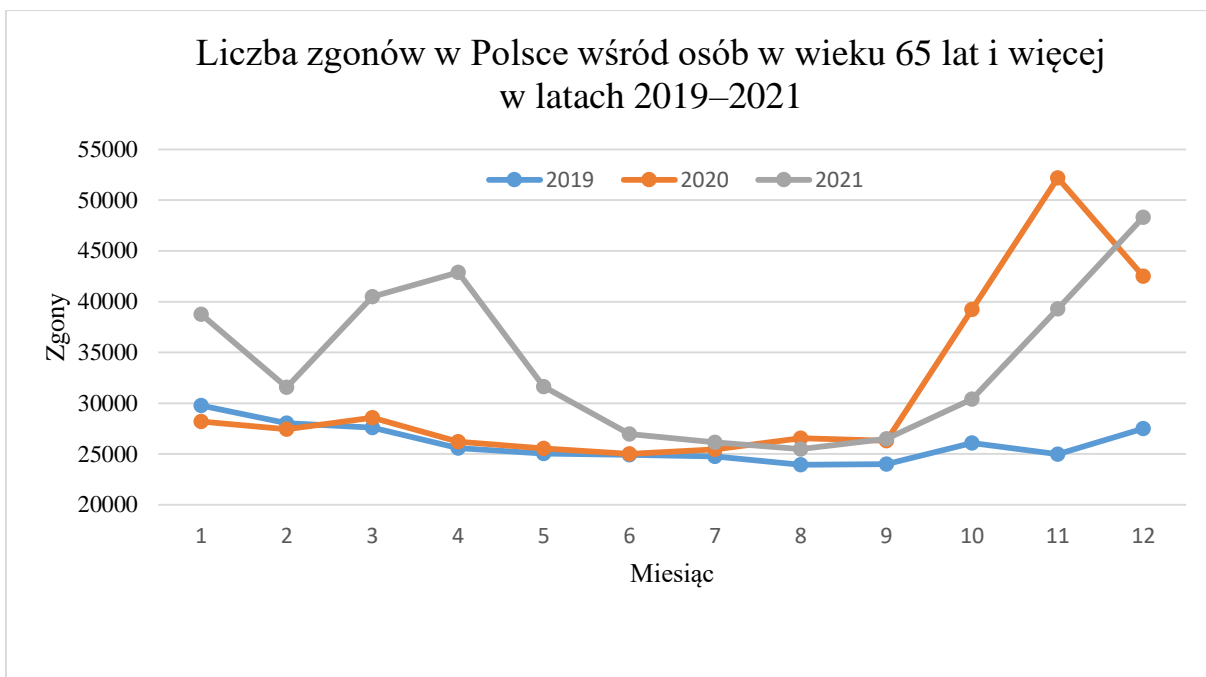
zdominował codzienność i wprowadził niepewność oraz dystans międzyludzki. Jednocześnie ta trudna sytuacja pandemiczna skłoniła ludzi do refleksji i zastanowienia się nad teraźniejszością i przyszłością, która może być nieprzewidywalna i wymagająca zmiany sposobu myślenia oraz sposobu radzenia sobie z trudnościami, a także adaptacji do nowych warunków.

W wyniku pandemii wywołanej wirusem SAR-CoV-2 wiele osób starszych z niepełnosprawnościami zaczęło doceniać znaczenie bliskich relacji rodzinnych i przyjacielskich, a także zwracać większą uwagę na dbanie o zdrowie psychiczne i fizyczne. Zmiana planów życiowych i sposobu działania, spowodowana pandemią, okazała się korzystna dla niektórych osób starszych, co pozwoliło im na odkrycie nowych możliwości i sposobów postępowania. Pandemia również uświadomiła znaczenie bycia częścią społeczności oraz wpływu działania jednych ludzi na innych.

W trakcie pandemii COVID-19 osoby starsze z niepełnosprawnościami, podczas pierwszych dwóch fal, kiedy nie było jeszcze dostępnych skutecznych leków ani szczepionek, były szczególnie narażone na poważne skutki zdrowotne z powodu wieku i chorób współistniejących. Doprowadziło to do zwiększenia liczby zgonów wśród populacji powyżej 60. roku życia oraz do spadku średniej długości życia. Chociaż działania władz, organizacji pozarządowych, członków rodzin i wolontariuszy miały na celu zmniejszenie skutków pandemii, śmierć osób starszych z niepełnosprawnościami stała się jednym z najbardziej tragicznych zjawisk ostatniego stulecia. Zjawisko to odzwierciedlone zostało na rysunkach 1 i 2.

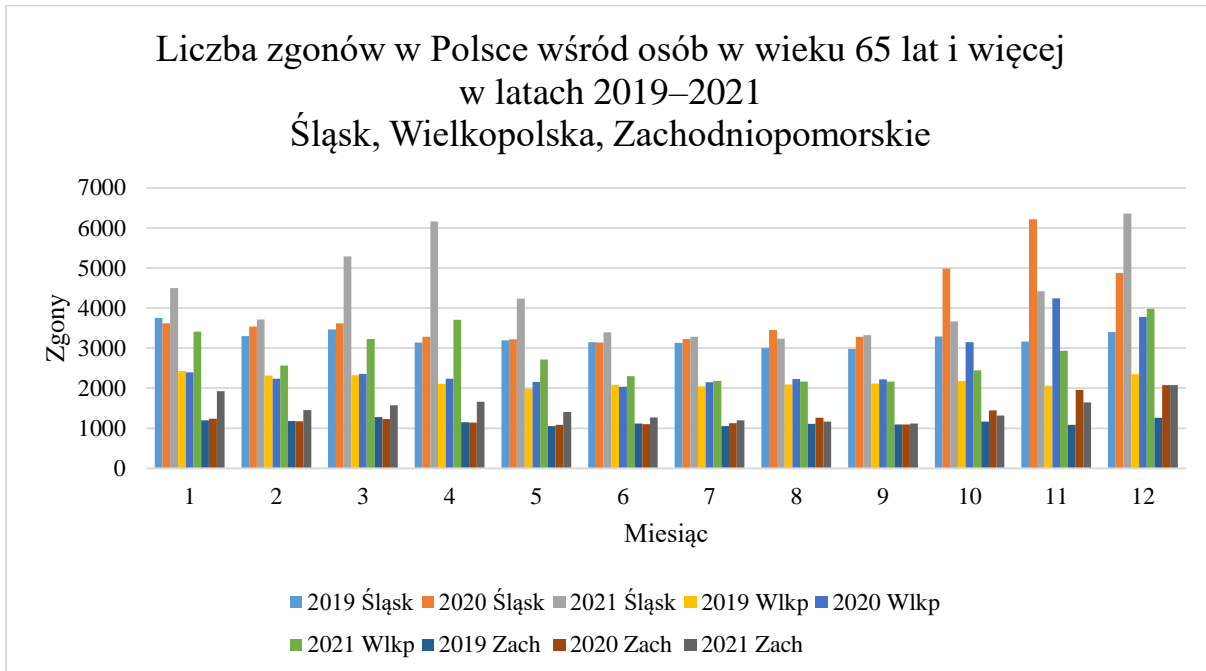
Na wykresie z rysunku 1 przedstawiono analizę zgonów osób w wieku 65+ w Polsce w latach 2019–2021. Znaczny przyrost zgonów w tym przedziale wiekowym i w tym okresie był bez wątpienia rezultatem pojawienia się pandemii COVID-19. W Polsce w 2020 roku z powodu pandemii zmarło około 41,5 tys. osób, a w 2021 r. liczba zgonów zwiększyła się do 91 tys. (GUS, 2022c).

Osoby starsze z niepełnosprawnością były jedną z najbardziej wrażliwych grup na zakażenie wirusem SARS-CoV-2, co prowadziło do ciężkiego przebiegu choroby z niewydolnością wielonarządową i zwiększonym ryzykiem zgonu. Statystyki nie dają powodów do optymizmu, ponieważ wiele osób kończyło pobyt w szpitalu śmiercią, bez rodziny i bliskich.



Rysunek 1. Liczba zgonów w Rejestrze Stanu Cywilnego od 1 września 2015 r. wg przedziałów wiekowych. Dane miesięczne – otwarte dane

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Rysunek 2. Liczba zgonów w Rejestrze Stanu Cywilnego od 1 września 2015 r. wg przedziałów wiekowych. Dane miesięczne – otwarte dane

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Na rysunku 2 zobrazowano liczbę zgonów wśród osób powyżej 65. roku życia w trzech wybranych województwach Polski, w których przeprowadzone zostały przez autorkę badania związane z sytuacją życiową osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie COVID-19 (województwo śląskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie) w okresie od 2019 roku do 2021 roku. Okazało się, że w województwie zachodniopomorskim odnotowano znacznie mniejszą liczbę zgonów niż w dwóch pozostałych, co może być związane z mniejszą gęstością zaludnienia w tym regionie. Pandemia pokazała, jak ważne jest dbanie o osoby starsze i narażone na niepełnosprawność oraz jak istotne jest podejmowanie odpowiedzialnych działań w celu ochrony życia i zdrowia.

W wyniku pandemii COVID-19 pojawił się problem długu zdrowotnego (*Wsparcie osób starszych w czasie pandemii*, 2022), czyli wzrostu śmiertelności związanego z opóźnieniami w diagnozowaniu i leczeniu chorób, zwłaszcza nowotworowych. Szczególnie narażone na to zjawisko były osoby starsze z niepełnosprawnościami. Ponadto osoby, które przeszły ciężką postać COVID-19, często cierpią na długotrwałe objawy, takie jak: problemy z oddychaniem, zmęczenie, osłabienie, bóle mięśni i stawów, zaburzenia snu, pamięci, bóle głowy, zaburzenia rytmu serca, problemy żołądkowo-jelitowe oraz zaburzenia psychiczne wywołujące zmiany nastroju, lęk czy depresję. To zjawisko nazywane jest „długim COVID” lub „zespołem post-COVID” (Rymer, 2021, s. 97–103). Wpływa ono w znaczący sposób na jakość życia i powrót do normalnej aktywności osób starszych z niepełnosprawnościami. Naukowcy na całym świecie badają długotrwałe skutki COVID-19 i szukają sposobów na zapobieganie i leczenie tych objawów, aby ułatwić powrót do zdrowia lub zmniejszyć ich intensywność i czas trwania. Osoby starsze należy zachęcać do korzystania z konsultacji i porad w celu monitorowania objawów, motywować do odpowiedniego odpoczynku i dbania o zdrowe odżywianie oraz odpowiednie nawodnienie, zachęcać do rozmów i otwartego wyrażania uczuć oraz do ewentualnego poszukiwania wsparcia psychoterapeuty, psychologa, psychiatry czy terapeuty zajęciowego. Należy jednocześnie pamiętać, że każda osoba może reagować inaczej i dlatego ważne jest dostosowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb i preferencji.

W wyniku zmian w zasadach aktywności społecznej osoby starsze z niepełnosprawnościami doświadczyły zwiększonej izolacji społecznej. Przed pandemią ta właśnie grupa wiekowa była już i tak najbardziej wykluczona z wielu dziedzin życia społecznego, a jeszcze w czasie pandemii COVID-19 jej sytuacja uległa pogorszeniu. Naruszone zostały podstawy zaspokajania potrzeb psychospołecznych i utrzymywania relacji społecznych. Osoby te straciły również poczucie wolności i samodzielności, co negatywnie wpłynęło na ich podmiotowość. W okresie pandemii decyzje podejmowane przez władze

skłaniały do postrzegania osób starszych z niepełnosprawnościami jako przedmiotów do zarządzania, co wywoływało niepokój i niepewność odnośnie do ich życia i zdrowia. Nie było lekarstwa ani szczepionki na COVID-19, a jedynymi rekomendacjami ochrony były dystansowanie społeczne, noszenie maseczek, dezynfekcja i mycie rąk. Te środki ochrony okazały się jednak niewystarczające dla osób starszych z niepełnosprawnościami, które potrzebowały kontaktu z innymi ludźmi i poczucia bezpieczeństwa.

Od 2020 roku pandemia stała się główną przyczyną wielu zmian w sytuacji życiowej osób starszych. Część grupy wiekowej straciła życie, bliskich, jak również pogorszeniu uległa sytuacja materialna i zdrowotna. Wielu doświadczyło przewartościowania życia duchowego, a część osób starszych z niepełnosprawnościami nie miała możliwości odzyskania w pełni zdrowia po zachorowaniu na COVID-19. Pandemia z 2020 roku doprowadziła do wzrostu stresu, niepokoju, samotności, osamotnienia i obniżenia jakości życia. Uświadomiła także, jak bardzo osoby starsze były narażone na utratę zdrowia i życia oraz jak ważne są relacje rodzinne i bliskość z najważniejszymi osobami. Pandemia spowodowała izolację społeczną osób starszych, ograniczyła ich udział w społecznościach lokalnych, doprowadziła do rezygnacji z licznych aktywności społecznych, zmusiła wiele osób do zastanowienia się nad wartością życia duchowego i społecznego oraz znaczeniem interakcji społecznych dla ich dobrostanu emocjonalnego, zrodziła refleksję i przewartościowanie, zwracając uwagę na godne starzenie się i docenienie wartości życia. Warto przywołać refleksję, którą podzielił się pan **Roman*** (68 lat), który powiedział, że *najważniejsze w życiu jest życie*. To zdanie zawiera głęboką prawdę i przypomina o fundamentalnej wartości życia ludzkiego. Odnosi się do tego, że nasza egzystencja jest pełna znaczenia, wartości i możliwości. To, jak doceniamy te wymiary i jak żyjemy, wpływa na jakość i głębię naszego bytowania.

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 znacząco wpłynęła na poziom jakości życia, często prowadząc do jego obniżenia zarówno w wymiarze materialnym, relacyjnym, duchowym, jak i subiektywnym. Warto jednak zauważyć, że niewielka liczba osób lub grup społecznych doświadczyła pozytywnych skutków pandemii, takich jak wzrost statusu materialnego czy poprawy sytuacji życiowej. Niemniej jednak większość osób starszych nie była przygotowana na tę sytuację, a ich reakcje i postawy w dużej mierze zależały od ich

* Imiona wszystkich osób uczestniczących w badaniach zostały zmienione w związku z obowiązywaniem rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).

zdolności radzenia sobie ze stresem, umiejętności adaptacji do nowych sytuacji i skutków zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym.

4.3. Codziennosc osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19

Miejsce człowieka jest tam, gdzie przebiega jego codzienne życie. Jego istota kształtuje się na podstawie powszednich doświadczeń. Zmienia się w zgodzie z możliwościami, które oferuje mu jego codzienna rzeczywistość (Suchodolski, 1967, s. 140). Codzienne życie, pomimo pozorowanej, niedocenianej natury, stanowi fundamentalną wartość dla każdego człowieka, z perspektywy której osoba dokonuje oceny zarówno pozytywnych, jak i negatywnych obszarów swojego życia. Skupienie się na codzienności wydaje się nierozdzielnie związane z fazą starości. Odkrywa wiele prawd o celach, pragnieniach, troskach, a także o lękach osoby starszej. To właśnie w codzienności kryje się sens istnienia jednostki. Od człowieka zależy, jakie znaczenie przypisze on swojemu codziennemu życiu. W rezultacie codzienność staje się wyjątkowo złożonym i trudnym obszarem do badań i refleksji. Wiedza na temat codzienności jest zarówno pewna i łatwa w pojęciu, jak i nieuchwytna oraz rozbijająca się na wiele różnych obszarów. Krystyna Ablewicz (2004) twierdzi, że codzienność, inaczej określana jako zwyczajny bieg dnia, stanowi pierwotne i fundamentalne źródło wiedzy jednostki o otaczającym świecie, o jej miejscu w nim oraz o samym sobie. Ten rodzaj wiedzy jest nabywany przez jednostkę poprzez jej zdolność do odczuwania i przeżywania życia. W miarę tego, jak człowiek funkcjonuje w rzeczywistości, uczestniczy w niej i doświadcza jej, właśnie poprzez to uczestnictwo i bycie w otaczającym go świecie, zdobywa wiedzę o tym świecie (Ablewicz, 2004, s. 302).

W okresie pandemii życie codzienne osób starszych z niepełnosprawnościami przybrało nowy charakter, nacechowany niedowierzaniem, niepokojem, przerażeniem i brakiem pewności dotyczącym jutra i niedalekiej oraz dalekiej przyszłości. Wiadomość o pojawieniu się pacjenta zero i o wystąpieniu choroby w Polsce niosła za sobą różnorodne reakcje ze strony osób badanych. W początkowych dniach pandemii wiele osób odczuwało niedowierzanie wobec nagłego pojawienia się nowej, groźnej choroby. Dezinformacja i niejasne informacje dodatkowo nasilały poczucie chaosu i niepewności.

Życie codzienne pani **Wandy** (70 lat) w czasie pandemii COVID-19 całkowicie się zmieniło. Partner, z którym mieszka, zachorował na COVID-19 i po powrocie do domu po

ciężkiej chorobie stał się zupełnie innym człowiekiem. Tak oto pani Wanda przedstawia swoje relacje:

Leszek zachorował. Bardzo ciężko zachorował. Pozostałości zostały. Bardzo, intelektualnie przede wszystkim. Strasznie. Zupełnie inny człowiek. Trzy razy w tygodniu chodzi na zajęcia do Dorotki, gdzie robią różne rzeczy, koszyczek mi ostatnio zrobił. Przedszkole dla dorosłych. Później chodzi w środę do Maćka. Maciek tak bardziej intelektualnie rozmawia. Tak jak o domu. Tematy jakieś. Potem jeszcze w czwartki chodzi na jakieś tam też zajęcia, chodzi do emerytów na kawkę, żeby porozmawiać. Zupełnie inny człowiek, ale jest.

W relacji pani **Cecylii** (75 lat) na pierwszy plan wysuwa się przed wszystkim strach. Pani Cecylia mówi:

Ja właśnie pamiętam tą sytuację, bo oglądałam telewizję. Tego pacjenta pokazywano, był w szpitalu, teraz nie pamiętam, ile czasu, potem jak wychodził i w ogóle nawet go tak przywitano serdecznie na ulicy pamiętam to, dla nas, jak teraz zareagowałam na to, no dla nas to było też wielkie przeżycie pamiętam, wystraszeni byliśmy, no z domu mało, co wychodziłam. Naprawdę bałam się o wszystko, nawet sąsiadka przyszła do mnie, młodsza, pytała, czy zrobić mi zakupy. No przerażeni byliśmy, nie ukrywam.

W narracji pani **Barbary** (74 lata) dominuje strach, zaniepokojenie i obawa o własne zdrowie. Wszystkie te emocje są zrozumiałe i naturalne w obliczu takiej trudnej sytuacji jak pandemia. Kobieta tak opisuje swoje odczucia:

No, jest choroba, tak jak na przykład była kiedyś ospa czy gruźlica, no każdy jest potem trochę zaniepokojony, tym, że coś się po prostu dzieje, jest jakaś choroba, z którą nie mieliśmy do czynienia. Ja się też bałam tej choroby, żeby tylko do mnie nie dotarła, żeby nie mieć styczności z tą chorobą. No, bo nie wiedziałam jak to, jak to jak ta choroba, jakie tam są objawy, jakie tam są, no, bo jedni mają te lekkie, jedni przechodzą to inaczej niż tego, tak, tak jak każdy jeden, tak i ja się też bałam, żeby się po prostu nie zarazić tą chorobą.

Relacja pani **Aliny** (63 lata) natomiast przepełniona jest niedowierzaniem, że ta choroba rozprzestrzeni się w naszym kraju i tak szybko wymknie się spod kontroli. Pani Alina relacjonuje to tak:

Niedowierzająco, w sensie, że to jest pojedyncze, ale niekoniecznie to się będzie rozprzestrzeniało. I myślę, że większość osób, większość społeczeństwa tak myślało, że to nie będzie nas dotyczyło. Że to gdzieś się zadziało, ale się zakończy i będzie stop.

Pan **Jan** (75 lat) na informację o pojawieniu się w Polsce wirusa zareagował tak:

Byłem mocno, bardzo mocno przestraszony i uważałem, że w związku z tym, po prostu nie można się ten przed tym było zabezpieczyć. i to dla mnie było jakimś szokiem. No i potem,

no po prostu w tym momencie, słuchałem zaleceń, to, co w telewizji maseczki, no i możliwości zabezpieczenia się, no zabezpieczenia w tym sensie, że jakby były jakieś tam szczepienia, to, to, to chętnie bym pobrał.

Zupełnie inaczej na pojawienie się informacji o pojawieniu się COVID-19 zareagowała pani **Irena** (70 lat). Tak przedstawia swoją reakcję:

Ja to sobie w pierwszej kolejności to zrozumiałam, że to chyba jakiś nadchodzi koniec świata, bo nigdy takich, różne były epidemie, ale na taką skalę to nie słyszałem o takiej wielkiej epidemii i to nie za bardzo. Uważałam, że to jakieś nie wiem, czy to koniec świata, czy to tak, nie zadowalała mnie to ta sytuacja.

W przytoczonej części pracy ukazana jest różnorodność doświadczeń związanych z reakcją na informację dotyczącą pojawienia się groźnego wirusa w Polsce. Takie reakcje mogły powstać z powodu wielu czynników, takich jak ich doświadczenia życiowe, informacje, które otrzymali, oraz indywidualne podejścia do ryzyka zarażeniem się wirusem. Jeśli doświadczyli wcześniej podobnych sytuacji, mogli być bardziej wyczuleni na zagrożenie. Starsze osoby zazwyczaj są bardziej podatne na poważne skutki zdrowotne związane z dodatkową infekcją, która potencjalnie mogła ich spotkać. Mogło to wywołać emocjonalną reakcję lub zachowanie ostrożności w celu chronienia swojego zdrowia. Odbiór informacji medialnych mógł się różnić w zależności od indywidualnych nawyków oglądania, czytania i słuchania. Osoby mające dostęp do rzetelnych w ich odczuciu źródeł informacji mogą lepiej zrozumieć zagrożenie i reagować na nie w bardziej kontrolowany sposób. Kultura, wartości i przekonania mogą również odgrywać znaczącą rolę w tym, jak ludzie reagują na kryzysy. Ostatecznie reakcje ludzi starszych na informację o pojawieniu się COVID-19 są rezultatem złożonych czynników i nie można ich sprowadzić do jednego wyjaśnienia.

Ogłoszone przez rządzących restrykcje doprowadziły do zmian w dotychczasowych sposobach funkcjonowania, wprowadzając do otoczenia mieszankę niepewności. Nowe warunki egzystencji wymagały adaptacji i wprowadzenia nowych nawyków. To, co kiedyś uważane było za normalność i oczywistość, utraciło swoją doniosłość w czasach pandemii. Te radykalne przemiany niosły za sobą lęki dotyczące przyszłości, zdrowia, bliskich i życia. Obawa o swoje zdrowie i życie przeniosła się z odległych rejonów świata do własnego otoczenia. Co istotne, niepewność, w sposób odmienny niż dotąd, zaczęła dotyczyć obecnych wydarzeń bardziej niż przyszłości. Wszystko, co wydawało się stabilne (jak możliwość spacerów, załatwianie spraw urzędowych czy robienie zakupów), stało się niepewnością.

Z relacji pana **Albina** (76 lat) robienie zakupów wyglądało następująco.

W tym okresie czasu z tym robieniem zakupów to było tak. No zakupy robiłem w tych dużych sklepach właśnie i to najgorsze, nie? Wszystkie wózki trzeba było dezynfekcję robić. Po prostu unikało się styczności z daną osobą, która tam przechodziła blisko. Robić zakupy, kupić i jak najszybciej uciekać ze sklepu.

Pani **Alina** (61 lat) tak zrelacjonowała robienie zakupów:

Robienie zakupów to znaczy, tak, było jakieś tam wyjście raz na tydzień, może nawet mniej, ponieważ ja sama mieszkam i sama się żywię, mam osobne mieszkanie, więc, no nieraz tam jakieś zachcianki, by się chciało, to wiadomo, że z tego zrezygnowałam, nie wychodziłam, ale generalnie takie większe zakupy były raz na dwa tygodnie. Było to uciążliwe, ale można było się przyzwyczaić.

Natomiast pani **Irena** (70 lat) o tym, jak robiła zakupy w okresie pandemii COVID-19 wypowiada się tak:

Zakupy to robiłam w sklepie tutaj, takim małym, naszym, osiedlowym. Może tam gdzieś tańsze, były jakieś promocje, ale ja niewiele kupuję, ale raczej coś tam syn mi podrzucił, ale tylko tutaj jakieś drobne zakupy do dużych sklepów nie chodziłam i nie chodzę właściwie do tej pory nie ma takiej potrzeby, nie chcę mieć kontaktu za bardzo z ludźmi.

Z relacji pani **Jolanty** (65 lat) wynika, że robienie zakupów było nocną wyprawą:

No, w nocy siadałam w samochód, robiłam zakupy, bo były duże i otwarte sklepy wtedy, nie? To tak, żeby nie stykać się za bardzo z drugimi. Staralam się, żeby w ogóle właśnie, jak najmniej. Te godziny właśnie wybierałam. Miałam samochód, miałam gdzie siedzieć, więc nie wychodziłam wtedy, kiedy były duże jakieś kolejki, tylko wtedy patrzyłam, żeby było jak najkorzystniej. Ja, robiłam zakupy no, w dużych sklepach. No, ze względu na finanse jednak. Co tu ukrywać, zawsze taniej, nie?

Natomiast podczas rozmowy z panią **Dorotą** (61 lat) w ten sposób opisywała ona wyjścia na zakupy:

Robiłam zakupy w małych sklepach: Tak, tak i rzeczywiście, jeśli widziałam tam kilka osób, to nie pchałam się absolutnie, po prostu jak najmniejsza ilość osób.

Dla pani **Grażyny** (63 lata) robienie zakupów stanowiło prawdziwe wyzwanie. Tak kobieta opowiada o robieniu zakupów w czasie trwania pandemii COVID-19:

No co, rękawiczki, maseczka i to takie były pięciominutowe, szybko, szybko do nikogo nie podchodziło się, tak że to było fatalne. Raczej w większych, większych sklepach, żeby więcej tam, gdzie więcej towaru, żeby nigdzie już nie chodzić. No koszyk i do domu.

Z relacji pani **Ludmiły** (72 lata) wynikało, że chciała robić zakupy zgodnie z wytycznymi, które zaleciły władze, ale bardzo szybko zrezygnowała z tej formy:

Z robieniem zakupów wychodziło na tą godzinę 12. Tak jak mówili. Ale raz jak tak wyszłam, jak mówili, jak zobaczyłam tą kolejkę na dworze, a w sklepie pełno tych osób starszych, którzy prowadzą rozmowy przyjacielskie, rozmawiają, ściągają tą maseczkę z buzi, to stwierdziłam, że nie, wyglądam ładnie, młodo i będę chodzić w innym czasie.

Natomiast pani **Małgorzata** (65 lat) tak przedstawia swoje spostrzeżenia związane z robieniem zakupów w czasie pandemii COVID-19:

Powiem szczerze tak, że no, w związku z moją chorobą, no to syn nawet do mnie dzwonił, mamo, ty tam nie biegaj po tych sklepach nigdzie, bo ty to jesteś pierwszego stopnia ryzyko, więc tata niech chodzi poza zakupy i tak dalej, on jest odporniejszy, no i to mi dało do myślenia, skoro młodzi już mnie ostrzegają, że nie mam tego robić, to znaczy, że to nie jest taka błaha sprawa, więc ja już muszę to przemyśleć. No i rzeczywiście mąż biegał po zakupy. Ja byłam w domu.

Z przytoczonych wypowiedzi wynika jednoznacznie, że osoby starsze z niepełnosprawnościami okazały się niezwykle kreatywne i skutecznie radziły sobie w ekstremalnej sytuacji, którą spowodowała pandemia COVID-19. Wśród tej grupy wiekowej zaobserwowano zróżnicowane reakcje podczas robienia zakupów w czasie panującej sytuacji kryzysowej. Warto zaznaczyć, że obawa o zdrowie i bezpieczeństwo była jednym z głównych motywatorów dla osób starszych z niepełnosprawnościami. W celu ograniczenia ryzyka zakażenia wielu z nich zdecydowało się na ograniczenie częstotliwości wychodzenia na zakupy zazwyczaj do jednego lub dwóch razy w tygodniu. To wybór wynikający z pragmatycznej oceny sytuacji i dążenia do ochrony zdrowia. Należy również zaznaczyć, że osoby starsze z niepełnosprawnościami często były zmuszone do dokonywania zakupów w dużych supermarketach. Ta decyzja była często skorelowana z ich ograniczonymi zasobami finansowymi. Na taki wybór wpłynąć mogły również dostęp do szerokiego asortymentu produktów w jednym miejscu oraz duże powierzchnie sklepowe, które zmniejszały potencjalne ryzyko zakażenia i dawały możliwość korzystania z potencjalnych promocji. Trzeba jednak pamiętać, że każda osoba reagowała indywidualnie, w zależności od swoich życiowych okoliczności, wsparcia społecznego oraz dostępu do informacji. Ta różnorodność reakcji podkreśla bogactwo ludzkich strategii radzenia sobie w obliczu wyjątkowych wyzwań.

Nawet najprostsze decyzje związane z codziennym życiem przestały być podejmowane na podstawie utartych schematów. Ta przemiana zredukowała wartość dotychczasowej wiedzy jako fundamentu działania i otworzyła furtkę do większej emocjonalności. Pandemiczny niepokój wpłynął na naruszenie logicznego myślenia, w tym na

codzienne, ukierunkowane praktyki. Rutyna ustąpiła miejsca obawie i niepewności, związanej z pytaniem o to, w jaki sposób normalnie egzystować.

Godna refleksji jest zadziwiająca łatwość, z którą wprowadzono izolację nie tylko w Polsce, lecz również w innych krajach. Kolejne drastyczne ograniczenia, które czyniły rewolucję w codziennym życiu osób starszych z niepełnosprawnościami, zostały wdrożone praktycznie bez sprzeciwu społecznego. W najlepszym przypadku towarzyszyło im poczucie bezsilności i frustracja, co zostało wielokrotnie podkreślone przez uczestników badań autorki. Możliwe jest, że większość tych nakazów i zakazów została ostatecznie uznana za uzasadnione i sensowne lub też ludzie byli chwilowo zdezorientowani przez bezprecedensową naturę pandemii i niespotykane reakcje rządów. Był też jednak zasady zupełnie nie do zaakceptowania przez osoby starsze, jak choćby zakaz przebywania w lasach, parkach i na obszarach zielonych.

Kolejnym istotnym elementem, który został zauważony i spotkał się z zdecydowaną krytyką ze strony osób starszych w okresie pandemii COVID-19, były ograniczenia dotyczące swobody wychodzenia na spacer. Regularne spacerowanie są istotne dla zdrowia fizycznego i psychicznego osób starszych. Ograniczenia te mogły prowadzić do pogorszenia kondycji fizycznej i wpływać negatywnie na samopoczucie. Spacerowanie często otwierają okazję do interakcji z innymi osobami, stanowią istotny element życia zarówno dla starszych osób samotnych, jak i dla tych, które mieszkają z rodziną lub bliskimi. Wprowadzenie ograniczeń dotyczących możliwości wychodzenia z domu mogło przyczynić się do procesu izolacji społecznej i osłabienia relacji międzyludzkich wśród tej grupy wiekowej, a także mogło prowadzić do frustracji, zwłaszcza w sytuacjach, w których spacerowanie były bezpieczne i istotne dla konkretnych osób.

Pan **Waldemar** (66 lat) tak relacjonuje swoje spostrzeżenia dotyczące ograniczenia wychodzenia z domu i spacerowania:

No to była nuda. Ani wyjść, ani nic no, trudno. Dobrze, że mam psa, bo dużo z psem chodziłem. To jest spacer. No jedyny taki plus był, że mieszkamy na wsi, jest gdzie wyjść akurat. Tam, gdzie nie ma ludzi, gdzie ma kontaktu.

Kolejną osobą, która była sfrustrowana z powodu zamknięcia obszarów zielonych, była pani **Janina** (66 lat.), która tak wypowiadała się w tej kwestii:

Tak, ale dokuczalo nam bardzo wlasnie brak ruchu, to wszyscy brak ruchu, brak tego kontaktu takiego, osobistego, no to gimnastyka, co dzien rano tu, na balkonie przy, swiezym powietrzu, zeby bylo. No niektore kolezanki, potem tak po 2 osoby, co zakaz wstępu do lasów był. To była dla mnie to głupota. Chodziło się od brzegu do brzegu, to tu, to, tu, no i tak się czekało, już później jak było tak, złagodniało to 2 kolezanki chodziły na kijki po cichu. Po tym

pomału, pomału, żeśmy dołączali, jak już to łagodniej było, to do lasu, to żeśmy, do dziesiątki chodziły, do jedenastki nad zalew po cichu jak w konspiracji. Tak 2 osoby, tak w odległości i maski żeśmy mieli, no w pewnym momencie nam z urzędu zaczęli robić na Facebooku, puszczać. To było źle i skrytykowali nas, że chodzimy po lesie bez masek.

Dla pani **Marii** (63 lata) wprowadzenie izolacji (ang. *lockdownu*) było kwestią niezrozumiałą. Wypowiedź w tej sprawie brzmiała następująco:

Wie pani co, jestem taką, mam taką raczej niepokorną duszą, duszę. i na pewno nie pozwolę się nigdy zamknąć w domu. Siedzenie w domu uważam, to jest czymś najgorszym, co może człowieka spotkać, bo nie dość, że no sytuacja była, jaka była, ludzie nie mieli pojęcia, co jeszcze nas może spotkać, jaki, w jakim zakresie to wszystko się odbędzie, ale staraliśmy się wychodzić w miejsca, gdzie nie było dużych skupisk osobowych. W bezpieczne miejsca na spacer, przeważnie po lasach w małych grupkach z zabezpieczeniem oczywiście jakiś tam środków takich niezbędnych. Nie zbliżając się, nie witając, ale jednakże spędzając czas z sobą, zabezpieczając się po prostu w jakieś takie minimalne, jakieś środki ostrożności i powiem pani, że udało nam się, udało nam się. Uważam, że dzięki temu też nabyliśmy większej odporności i ludzie ci z mojego grona, z którymi akurat się spotkaliśmy w tych takich małych grupach, gdzie wychodziliśmy razem, staraliśmy się spędzać jak najwięcej czasu na powietrzu powiem pani, że o dziwo nie zachorowali. Tym bardziej, że nasze tereny tutaj w ogóle tereny, w ogóle Wielkopolski są bardzo zielone i tych terenów leśnych mamy tutaj naprawdę w zanadru bardzo dużo. i to uważam, że to było naprawdę niepotrzebne, a daje to naprawdę większą odporność, to są takie zielone płuca miasta. Tak dla nas i uważam, że ja to przynajmniej, mając tą wiedzę, jaką mam, bo pracowałam w firmie, która ma duże doświadczenie, jeżeli chodzi o tereny właśnie zielone i wiem, że to jest moje zdrowie i tego się trzymałam, i na tym wygrałam.

Alternatywnie ta łatwość wprowadzenia izolacji może wskazywać na ograniczone zakorzenienie obowiązującego prawa, struktur instytucjonalnych oraz norm społecznych. Prawdopodobnie wszystkie trzy wyjaśnienia mają swoje uzasadnienie. Jednakże, nawet jeśli łączą się one w formie koniunkcji, ostatnie wyjaśnienie ma swoją szczególną specyfikę. Wskazuje ono na płynność nowoczesnego (lub późnonowoczesnego) porządku społecznego, który istniał przed pandemią. Jeśli to prawda, dzisiaj równie łatwo można sobie wyobrazić zarówno odgórne rozkładanie tego porządku, co faktycznie oznacza mniej lub bardziej radykalne zmiany w systemie politycznym, jak i jego oddolne rozpadanie się, prowadzące do wzrostu tendencji anomicznych (Drozdowski i in., 2020).

Pandemia COVID-19 przyniosła ze sobą wiele wyzwań w sferze załatwiania spraw urzędowych. W związku z koniecznością wprowadzenia restrykcji i ograniczeń w celu

zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa wiele instytucji publicznych, w tym urzędów, zostało zamkniętych lub ograniczyło swoją działalność. To w dużej mierze skutkowało trudnościami dla obywateli w dostępie do potrzebnych usług i rozwiązań. Podczas gdy pewne usługi mogły być dostępne zdalnie, wiele spraw wymagało obecności fizycznej, np. w przypadku podpisywania dokumentów, złożenia wniosków czy uzyskania odpowiednich pieczętek lub dokumentów potwierdzających tożsamość. Należy w tym miejscu podkreślić, że wprowadzenie ograniczeń w funkcjonowaniu urzędów wywołało potrzebę dostosowania się do nowych procedur i sposobów załatwiania spraw. Wiele instytucji musiało szybko przeprowadzić cyfryzację swoich usług, by umożliwić obywatelom załatwianie spraw drogą elektroniczną. Jednak nie wszyscy mieli dostęp do narzędzi i umiejętności, by z tego korzystać, a osoby starsze z niepełnosprawnościami mogły mieć trudności w obsłudze komputera i znalezienia odpowiednich platform i stron, jak również mogły nie mieć możliwości podpisywania dokumentów kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Te wszystkie problemy powodowały frustrację i niezadowolenie z powodu trudności w dostępie do usług urzędowych i braku możliwości bezpośredniego kontaktu z urzędnikami. Były jednak i takie osoby starsze, które nie musiały załatwiać żadnych spraw urzędowych i tym samym nie wpływało to na ich kondycję psychiczną.

Niektóre osoby starsze, jak pani **Elżbieta** (72 lata) mieszkająca od lat samotnie, która nigdy nie korzystała z usług internetowych w celu załatwiania spraw choćby w banku, ponieważ nie preferuje i nie potrafi posługiwać się platformami internetowymi, tak zrelacjonowała załatwianie spraw w banku w czasie pandemii COVID-19.

Takie urządzenie ja nie mam internetowego nawet, ale dzwonię do mojej pani i tam na przykład: „Pani Małgosiu, to tak trzeba zrobić”. Na przykład podnieśli mi za czynsz, więc proszę i to tam pani Małgosia jakiś tam numerek wysyła, ja akceptuję i ja czekam na ten numerek i jest sprawa już załatwiona nie musiałam i rzeczywiście do tego banku nie chodziłam i innych nie musiałam, bo mam wszystkie inne rzeczy, tam zlecenia stałe polecenie zapłaty, więc takie inne rzeczy same się działy, a tam no, do przychodni nie chorowałam, więc nie chodziłam.

Takimi słowami pan **Jan** (75 lat) relacjonuje swoje kontakty z urzędnikami:

No oczywiście było to uciążliwe, bo brak możliwości kontaktu bezpośrednio z urzędnikiem. Trzeba było składać te, jak na przykład w sądzie możliwość, tego kontaktu nie było. Najpierw składałem informacje, co chcę załatwić No to właśnie w ten sposób, to leżało tam przez jakiś czas. Potem odczytywane było, kontakt tylko telefoniczny i bardzo to uciążliwe.

Tak oto opisuje własne relacje z urzędnikami pan **Albin** (76 lat):

To po prostu było tak. Nie wchodziło się do urzędu, to było wszystko, jak to się mówi, na 2 metry na odległość. Nawet do gminy chciałeś czy zapłacić, to był stolik i nie mogłaś wejść do gminy. Sytuacja uciążliwa bardzo. Ani nie można porozmawiać, jeśli wyszedłeś z inicjatywą taką, że poprosisz tą panią tam od tego, tego, przyszła, a tak, to nie, bo nie mogłaś wejść. Tak zamknęli się całkiem, tak to było. Nie można było wejść nigdzie. Wszędzie tak było – i w ZUS-ie, i w gminie, i w bankach, i wszędzie.

Pani **Barbara** (74 lata) tak przedstawia sytuację z urzędnikami:

Urzędowe, no, no troszeczkę było ciężko na przykład, jeżeli do urzędu coś człowiek potrzebował, coś było, ciężko się dodzwonić, ciężko było, no ale trzeba było próbować. Niekiedy dzień, dwa, żeby się po prostu dodzwonić gdzieś.

Natomiast pan **Roman** (68 lat) w ten sposób opowiada o funkcjonowaniu urzędów w jego miejscu zamieszkania czasie pandemii COVID-19:

O tu, tu, był większy problem, bo, trzeba było przed wejściem zgłosić do kogo, po co i nie było tego komfortu takiego spotkania się z urzędnikiem, tylko przez pośrednika, tam na przykład, jak u nas, to było zrobione, że panie sprzątaczkі tam pilnowały tego, żeby nikt nie wchodził.

Wśród uczestników badań były takie osoby jak pani **Małgorzata** (65 lat), która nie musiały korzystać z usług urzędników.

No akurat tak, w takiej sytuacji jesteśmy, że nie było na razie urzędowych spraw żadnych.

W czasie pandemii sprawy urzędowe stały się wyzwaniem ze względu na zamknięcie instytucji i ograniczenie spotkań. Digitalizacja stanowiła podstawowe rozwiązanie, ale nierówności w dostępie do technologii były widoczne. Ograniczenia w funkcjonowaniu urzędów podkreślają konieczność opracowania nowych rozwiązań na wypadek przyszłych niespodziewanych sytuacji kryzysowych.

Wszystkie poruszone wcześniej kwestie związane są z życiem codziennym osób starszych z niepełnosprawnościami. Dla wielu z nich okres ten był trudny i wymagający. Jednakże istotne jest podkreślenie, że ich pomysłowość, doświadczenie i kreatywność pozwoliły osobom starszym z niepełnosprawnościami na przetrwanie.

Uczestnicy badań autorki rozprawy dostrzegali także w życiu codziennym zarówno dobre, jak i złe strony pandemii. Te dobre mogły być wywołane efektem Pollyanny, co oznacza skłonność do skupiania się na pozytywnych wydarzeniach i przyjemnych rzeczach w danej sytuacji, z tendencją do pomijania lub minimalizowania nieprzyjemnych lub trudnych wydarzeń. Dzięki syndromowi Pollyanny pandemia zdaje się okazją do nowego startu, idealną

szansą do dokładnej redefinicji istniejącego dotychczasowego porządku norm i wartości. Może służyć jako pretekst do ponownego omówienia, jak powinna wyglądać współpraca między państwami, a także może stanowić chwilę ulgi dla nadmiernie eksploatowanej planety.

Ten syndrom umożliwił postrzeganie pandemii jako zjawiska, które mimo wszystko mieści się w strukturze celowo-racjonalnego porządku związanego z nowoczesnością. Jest to rodzaj optymizmu czy pozytywnego myślenia, który może prowadzić do bagatelizowania realnych problemów lub niebezpieczeństw. Ostatecznie zaakceptowanie pandemii pozwoliło utrzymać przekonanie, że doświadczenie tego zjawiska nie jest bezwartościowe, a czas spędzony w trakcie pandemii nie jest stracony rodzinnie, społecznie, politycznie ani ekonomicznie.

Relacja pani **Marii** (63 lata) potwierdziła, jak ważne jest pozytywne myślenie w czasie pandemii i dlaczego powinniśmy dbać o higienę zdrowia psychicznego w czasach ekstremalnych.

Ja mam taką, wie Pani, naturę, bardzo, bardzo intensywną, aktywnie staram się spędzać czas, więc na tyle, ile mogłam, starałam się robić, miałam tę świadomość i starałam się jednak mimo wszystko zrobić wszystko, żeby nie skupiać się na myśleniu o tym. Higiena zdrowia psychicznego. Dokładnie i w tym widziałam, że tak powiem w jakiś sposób pewnie, że były gdzieś tam takie momenty, że kurczę, no, kiedy się to skończy tak, no, czy ja dam radę? Czy po prostu przejdę przez to, ale, ale dałam radę. Nie dam się cholera, tak bym powiedziała.

Należy także pamiętać, że pandemia COVID-19 wywołała także negatywne odczucia wśród osób starszych. Niepewność odnośnie do tego, jak długo będzie ona trwać i jakie będą jej długoterminowe skutki, nasilała z każdym dniem strach i niepewność.

Pani **Irena** (70 lat) była przerażona sytuacją pandemiczną.

Strasznie mnie to przeraziło, nigdzie nie wychodziłam, raczej byłam, bo mieszkam sama, troszkę mi pomagały dzieci, ale to mnie przeraziło. Naprawdę przeraziło mnie, co mnie to czeka, czy jaka później będzie reakcja? Nic nie wiedziałam o niej, ale byłam troszkę zmartwiona. Znaczący się z początku to syn kupił mi taką maseczkę wielofunkcyjną, ale to nie, nie podobało mi się. Później mi kupił paczkę taką 100 jednorazowych i je używałam jak gdzieś wychodziłam, no starałam się nie wychodzić, ani jak najmniej kontaktów mieć nawet ze swoją rodziną. Bo syn mój pracuje, więc i są dzieci, które tam ze szkoły mogą coś przynieść. Raczej tak byłam zamknięta w sobie, ale maseczki zmieniałam.

W czasie trwania pandemii COVID-19 wylansowany został termin, który do tej pory używany jest w codziennym życiu osób starszych z niepełnosprawnościami, ale nie tylko. Chodzi wyrażenie „przerwa w grze”.

„Przerwa w grze” to czas, w którym jednostka jest chwilowo wyłączona z różnych intensywnych zajęć, podobnie jak piłkarze wycofani z boiska przez trenera w trakcie meczu. Zazwyczaj takie „przerwy w grze” są doświadczane przypadkowo przez niewielką liczbę ludzi. Jednak pandemia wywołana wirusem Sars-Cov-2 spowodowała jednocześnie zahamowanie wielu dziedzin, sprawiając, że sama „przerwa w grze” stała się głównym sposobem funkcjonowania w codziennym życiu. Mimo że ta pozornie nieruchoma codzienność może wydawać się niepełna i wyrażać się jedynie częściowym zaangażowaniem, nie oznacza to, że jest bierna, sprzyja lenistwu lub jest mniej intensywna (Drozdowski i in., 2020). Obecnie wiele osób starszych doświadczają silnych emocji i często bardziej angażuje się w inne obszary działalności i zobowiązań, takie jak opieka nad dziećmi, dbanie o zdrowie fizyczne, edukacja, nowe pasje. Warto zauważyć, że istnieje pewien niepokój związany z tym, co nadejdzie po zakończeniu pandemii. Przyszła codzienność nie będzie powrotem do wcześniejszego stanu, lecz początkiem funkcjonowania w nowym porządku.

Pani **Maria** (63 lata) zauważyła, że *w życiu najważniejsze jest życie. Dla mnie to jest to, aby z tego życia korzystać pełnymi garściami, żeby to nie była stagnacja, a już w ogóle dla człowieka, który już przeszedł na emeryturę, ma jakiś tam bagaż doświadczeń jest odizolowany od jakiejś grupy znajomych, przyjaciół, których nagle teraz utracił, ale otworzyła się inna furka, inne pomysły, inne możliwości realizacji, więc uważam, że nie można siedzieć i czekać na coś, co, na pewno nieuchronnie nadejdzie kiedyś tam, ale ja staram się to oddalać bardzo, bardzo daleko, bo nie czuję się jeszcze na, na tym etapie, żeby, żeby się siedzieć i patrzeć w telewizor. Staram się być aktywna, spełniać przede wszystkim swoje marzenia. Życie, to znaczy dla mnie marzyć i spełniać swoje pasje i marzenia przez wielkie P i pełnymi garściami.*

W naukach społecznych przyjęto znane założenie, że świat codziennego życia staje się przedmiotem refleksji dopiero wtedy, gdy codzienne rutyny ulegają zachwianiu. Pandemia, będąca okresem rozregulowania lub wręcz zawieszenia rutynowego porządku życia codziennego, sprawiła, że ten porządek stał się przedmiotem analizy. W szczególności skupia się uwagę na tych elementach i założeniach, które zostały zakwestionowane przez pandemię. To, co jeszcze niedawno było uważane za istotę normalności, przestało działać lub stało się źródłem nowych problemów, lub też może nadal być istotne, ale zostało zabronione przez decyzje rządzących. Do tych sytuacji należą: codzienne spacerowanie, zakupy, spotkania, zdrowie, wizyty u lekarza, a nawet odwiedziny rodzinne bądź towarzyskie, praca, a także życie religijne. Wymuszona refleksyjność, będąca reakcją na radykalne zmiany zewnętrzne, w kwestii reguł uważanych wcześniej za niezmiennie wywołuje skomplikowane uczucia. Z jednej strony oferuje szansę na twórcze przewartościowanie osobistych schematów i strategii radzenia sobie

z rzeczywistością. z drugiej strony fakt, że refleksyjność ta jest wynikiem zewnętrznego bodźca i ma charakter reaktywny, sprawia, że może być postrzegana jako narzucone zadanie, którego trudno uniknąć. W rezultacie proces urefleksyjniania rzeczywistości wywołany pandemią to kolonizacja przyszłości (Terlikowski, 2016, s. 165). Jest ona odbierana jako kolejny przejaw rozstrojów wywołanych pandemią. Istotną staje się redukcja potencjalnych niebezpieczeństw dla życia jednostki poprzez ustanawianie obszarów ryzyka o określonych ramach instytucjonalnych, a nawet nadzorowanie ryzyka w obliczu niestabilnej sytuacji.

Kolejnym elementem, który mógł wpłynąć w różny sposób, a najczęściej w negatywny, na osoby starsze z niepełnosprawnościami w czasie pandemii i na ich codzienne życie, była decyzja podjęta przez osoby zarządzające państwem – bez wyrażenia jednoznacznej opinii dotyczącej okresu trwania tej sytuacji – o zamknięciu obywateli w ograniczonych przestrzeniach, społeczna izolacja, tj. w miejscach ich zamieszkania bądź pobytu, co ograniczało wolność i swobodę działania.

Tak oto relacjonuje swoje spostrzeżenia dotyczące społecznej izolacji pani **Maria** (63 lata):

Izolacja społeczna bardzo źle na mnie od oddziaływała. Powiem pani, że takim największym rozgoryczeniem dla mnie była sytuacja, gdzie w tej ścisłej pandemii obchodziliśmy naszą 40. rocznicę ślubu z mężem, gdzie wcześniejsze plany były inne i tu niestety ze łzami w oczach zostaliśmy sami w domu. To, to, było wie Pani, dla mnie chyba takim największym przygnębieniem.

Pani **Ludmiła** (72 lata) tak wspomina swój czas spędzony w izolacji w czasie pandemii COVID-19.

Izolacje dotrzymałam przez trzy tygodnie. Byłam w tym swoim mieszkaniu, ponieważ, no było tak, że, no sprawdzanie na ulicy i policja jeździła i no i ten strach taki jakby jednak był. Trzy tygodnie byłam w domu, to nie znaczy, że nie wychodziłam, po partyzancku przemycałam się do swojej córki na Zieloną Dolinę, w maseczce, w czapeczce i nawet pewnego razu mnie policja zatrzymała, ponieważ o dokumenty im chodziło, z tym, że mi się udało tym razem, bo obie panie policjantki były moimi studentkami, na uczelni i mnie puścili wolno powiedziawszy, że, że bym tego nie robiła. To głupia byłam w domu ja 3 tygodnie siedziałam, oghupiałam. Ja wiem, ile paneli jest w moim mieszkaniu od drzwi do drzwi, no coś trzeba było robić, bo, siedzieć, to też trudno, bo i hemoroidów można się nabawić. Z pracą, którą ja wykonuję, jako tłumaczenie dla usługi, dla ludzi nikt nie przychodził, nikt nie przynosił, no praktycznie pozostał telewizor i Internet i ten smartfon, nic więcej, a tam tylko zgrozę tam, co nie otworzysz, tam a znowu straszq, znowu, znowu straszq.

Zapytana o społeczną izolację, która ograniczała swobodę przemieszczania się i wymuszała przebywanie w miejscu zamieszkania, pani **Małgorzata** (65 lat) podzieliła się swoimi refleksjami:

No nie, niedobrze, niedobrze, ponieważ ja się czułam taka osaczona w domu. Po prostu tak, jakby nagle ktoś mi coś zabrał. Ale tak czy inaczej, no kontakt był jednak zupełnie inny, bo założmy, że z sąsiadką się spotykałyśmy na kawie, tak? Teraz nagle restrykcje i co teraz, już się nie możemy spotkać na kawie? No nie? No przecież to jest niemożliwe? Tego nie widać, a jest? I teraz co? No stałyśmy się więźniami własnego domu, tak?

Oto relacja pani **Doroty** (61 lat) związana z czasem izolacji społecznej i tym, jak wpłynęła ona na jej osobę:

No jaki wpływ? No, po pierwsze, moim zdaniem bynajmniej jest to, że ja mieszkam w domku. Ja sobie mogłam wyjść na ogródek, mogłam się przejść wokół domu, mogłam pograbić to moim zdaniem, to jest zupełnie inna sytuacja niż w mieście. Moja córka na przykład, która mieszka w dużym mieście, kupiła sobie psa, żeby mogła wychodzić na zewnątrz, żeby mogła wychodzić. Ja spokojnie wyszłam sobie na taras, radio wystawiłam, piosenek słucham, w ogródku robiłam po prostu, to jest zupełnie inaczej niż w bloku, jakbym miała cały czas siedzieć i słuchać albo nawet wyłączyć telewizor, ale ile można czytać, ile można tam to czytać.

Należy podkreślić, że ochrona osobista, taka jak maseczki zakrywające nos i usta, rękawiczki, dezynfekcja rąk, będąca konsekwencją działań mających na celu kontrolę epidemii, miała różnorodny wpływ na społeczeństwo. Przykładem są przytoczone wybrane wypowiedzi osób starszych z niepełnosprawnościami, które brały udział w projekcie badawczym autorki niniejszej rozprawy.

Używanie maseczek stanowiło nowość, do której długo nie można było się przyzwyczaić, ponieważ stanowiło to wyzwanie zarówno w zakresie codziennego komfortu, jak i społecznego interakcjonizmu. Wprowadzenie obowiązkowych lub zalecanych maseczek w licznych miejscach publicznych było dla wielu ludzi początkowo trudne do zaakceptowania. Nie tylko zakrywały one twarz i utrudniały oddychanie, ale także zmieniały sposób komunikacji niewerbalnej, takiej jak wyrażanie emocji za pomocą mimiki. Dla pani **Ireny** (70 lat) stanowiło to udrękę.

Z początku to, to wydawało mi się, że to taka wielka ochrona, a później to było dla mnie uciążliwe, ponieważ nosiłam okulary, to i zaparowane miałam. Nie umiałam oddychać. Trochę sapałam, trochę mi się to nie podobało. Staralam się nosić tam, gdzie trzeba, ale nie korzystałam tam, gdzieś ze sklepów, marketów. Nie chciałam mieć dużego kontaktu.

Tak pani **Alina** (66 lat) przedstawia swoją sytuację związaną z noszeniem maseczek:

No to było coś niespotykanego, coś dziwnego, nienormalnego dla mnie. Bardzo długo się nie mogłam z tym pogodzić. Gdzieś ten bunt był we mnie, że trzeba tę maseczkę założyć, ale niestety jak zaczęto wymagać, to nie mogłam się wylamać z tego. Ale nie było to komfortowe dla mnie, bardzo się buntowałam.

Kolejną osobą, która zechciała się podzielić swoimi odczuciami związanymi z noszeniem maseczek, była pani **Janina** (66 lat):

No to właśnie chciałabym, powiem, pani, bo to jest warte śmiechu i humoru. Ja jestem alergikiem. i takie obostrzenia były dosyć rygorystycznie, że tu jedna osoba odległość tu, tu każdy maski i syn do mnie mówi: „Mama, to chyba nigdzie nie wyjdiesz?” I każdy tam przedziwne maski kupował i tak dalej, takie, takie, takie. Jak jestem alergikiem, gdzieś mnie złapie katar, bo gdzieś mnie, czy nawet pod maską, tą czy powietrze czy coś, zacznę psikać, łzawić i zaraz pogotowie przyjedzie. No i były takie też właśnie maski, te gazowe, takie, co górnicy mają tam, ale bez tego tylko filtra, wymienne i syn w ostatniej chwili za 1200 zł kupił mi tą maskę, ja ją znam. Taką zakładałam i chodziłam w niej. Powiem Pani szczerze i po mieście, bo tu sobie zakładałam. Nawet w banku byłam i kilka osób, nawet tu do windy po, po jednej osobie chodziło kilka osób, trzy osoby w bloku tu miało takie maski i dla mnie, ja swobodnie oddychałam. Była dobra maska. Nie pocilo się nic mi, nie wiało nie parowało, naprawdę, że wyglądałam jak stwór, to, bo to sobie kaptur założyłam, te filtry były po boku, ona nie miała takiej długiej trąby. To ja mogę Pani pokazać jak Pani chce.

Pani **Ludmiła** (72 lata) w ten sposób potraktowała temat maseczek:

No, dla mnie to był głupi pomysł, ponieważ większość i ja również, zdejmując te maseczkę, wkładałam do kieszeni i tam klucze, tam jeszcze coś, po tym brudnymi rękoma z powrotem naciągali i to działo się w ciągu dnia kilkakrotnie. Bo do autobusu trzeba było, do sklepu trzeba było, ja prawdę mam zapas jeszcze maseczek i szytych, i kupionych takich, ale to był głupi pomysł według mnie, bo to musieli być maseczki chirurgiczne rzeczywiście, rzeczywiście jednorazowe, rzeczywiście no takie, które chronią, a nie tych, w których napluto tyle, tyle wszystkiego. Pierwsze maseczki, które ja kupiłam w aptece, kosztowały 11 zł. Pierwsze te wiązane, bo ja poleciałam w szybciutko do apteki, kupiłam, 11 zł. Kogo stać było na to, żeby kupować po 11 zł i wyrzucać? Sprzedawane byli również maseczki z materiałów różnych, no to, to już, nakazywali prac tam, że to można prac, trzeba prac, wielokrotnym, wielokrotnego użytku. Tak pisało się.

Pani **Dorota** (61 lat) tak wspomina swój kontakt z maseczkami:

I to w takich sytuacjach, powiem pani, taką śmieszna, śmieszna, dla mnie, to bardzo wartościową sytuację. Sąsiadów mam młodych, no, bo trzydziestokilkuletnich, w wieku moich

dzieci, to, na przykład, powiesił na zająca, powiesił mi maseczki, bo chyba internetowo zamówił i powiesił mi maseczki w reklamówce na zająca, na bramie jako prezent. Jak ja wyszłam i zobaczyłam. Ja mówię: „Boże, Krzyś, chodź, zobacz”, miałam maseczki. Od zająca, taki fajny prezent, ale też widać, no, no, że jednak są te obawy i człowiek naprawdę jeden drugiego wspierał w takiej sytuacji. Jak mógł.

O tym, jak osoby starsze wzięły sobie mycie rąk do serca, widać na podstawie relacji pani **Elżbiety** (67 lat):

Ja jeszcze taką jedną uwagę tutaj dorzucę. W związku z tym myciem rąk. Byliśmy, byłam z synową teraz na tym Helu, zawieźć, tą małą. A że mam problemy z kolanami, więc wchodzenie po schodach jest dla mnie problemem. To proszę sobie wyobrazić. Moja synowa, to tak się śmiała, że miałam taką cieniutką bluzkę i tak sobie, przy wejściu na schody wycierałam poręcz. No, także to mycie rąk, na pewno, na pewno jest nawykiem już.

Ograniczenie kontaktów społecznych, izolacja doprowadziły do nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym. Jakość życia znacząco spadła wskutek braku wsparcia emocjonalnego. Społeczeństwo jako całość doświadczyło trudności wynikających z braku społecznych interakcji i bliskości. Te dziania wymusiły na jednostkach poszukiwanie sposobów, jak podtrzymywać lub utrzymywać kontakt ze światem zewnętrznym, czyli kontakt z rodziną i najbliższymi, jak korzystać z opieki lub choćby reagować na nagłe sytuacje związane z usterkami w domu, pogorszenie się stanu zdrowia bądź informacje o istotnych problemach członków rodzin.

Przykładem takiej sytuacji jest relacja przedstawiona przez pana **Romana** (68 lat):

No tak szczerze mówiąc, zacząłem się martwić o, o swoich ludzi ze stowarzyszenia, bo tak wiązało się z ograniczeniami, spotkania się i przebywania razem. No, a stowarzyszenie, które się zajmuje pomocą dla ludzi uzależnionych w przypadku mojego Stowarzyszenia, no to polega między innymi na tym, żeby spotykać się i takie grupy wsparcia. Bo był moment, że całkowity zakaz spotkania się był – i to był już duży problem, ale spotykaliśmy się na grupach takich. W sieci po prostu, na Messengerze czy na WhatsAppie. Żeby kontakt był taki jak w mediach społecznościowych. No dopóki ten zakaz obowiązywał, to tak było.

Pani **Wanda** (71 lat) tak relacjonuje tą sytuację:

Telefonicznie, telefonicznie, na kamerkach, żeśmy się tu łączyli nawet z rodziną z Danii i tak dalej wszyscy tu w święta. To było straszne jak na Święta Wielkanocne, przyjechał mój syn z Poznania i mówi, mama przyjeźdź na wieś, spotkamy się kawkę wypijemy. To było straszne, oni siedzieli na podwórku, a ja na tarasie, bo nawet żeśmy się do siebie nie zbliżali. Jeździ

podeszli sąsiedzi z życzeniami zza płotu, to było straszne dla mnie. Że nie można się przytulić tak, pogłaskać po główce, no najważniejsze to takie przytulanie, tak.

Natomiast pani **Janina** (66 lat) tak wspomina kontakty z rodziną w czasie pandemii COVID-19:

Święta, samotnie każdy miał wigilię, przez Skype'a się rozmawiało z rodziną, z córką, z synem, no a oni w tu mieszkają na miejscu, to wstyd. To żeśmy sobie życzenia i tam godzinami siedzieli na Skypie i tak dalej, i tak dalej, telefonicznie. A no to było takie przytłaczające, bo to jeszcze zima była.

Okres pandemii jest czasem praktykowania automatycznych reakcji, poszukiwania bezpieczeństwa w grupie oraz uświadamiania sobie wzajemnych związków w obliczu zagrożenia. Zrozumienie, że wszyscy stajemy przed wspólnym zagrożeniem, zachęciło wiele osób do szukania wsparcia i solidarności w społecznościach, rodzinach i grupach przyjaciół. Ludzie zaczęli bardziej doceniać znaczenie wzajemnych relacji i wsparcia społecznego w trudnych czasach. Dodatkowo okres pandemii uświadomił ludziom wzajemne związki i współzależności między sobą w obliczu globalnego zagrożenia.

Pani **Ludmiła** (72 lata) w ten sposób relacjonuje wzajemne związki z grupą koleżanek:

Tak, moje koleżanki, z którymi tworzymy grupy nordic walking. To jest grupa, którą ja stworzyłam, ona składa się z 12 osób i dla nas to były wielkie wyzwanie zamknąć się i nie wychodzić trzy razy w tygodniu z kijami. W związku z tym, no, musieliśmy sobie właśnie opowiadać, jak, jak marzymy o tym, żeby w końcu można było wyjść, żeby otworzyli ten las te parki i rozmawialiśmy. Oczywiście tam świeże powietrze. Może park warszawski, gdzie jest sporo ludzi. Ale park i las pilski to naprawdę, tam jak spotkamy jednego człowieka w ciągu 3 godzin to wsio. Także z koleżankami obserwowaliśmy i no i wyrażali ten żal, że niestety no szkoda, szkoda. Kiedy, jak tylko otworzyli ten las, to były po partyznanśku z moją koleżanką we dwie szybko poszłyśmy po lesie pochodzić i wtedy machnęliśmy, chyba z 8 km, zabłądziliśmy, bo dawno nie chodziłyśmy, zabłądziliśmy, ale no gdzie tam można w lesie na płotkach zabłądzić? No każda droga prowadzi do drogi tak, że tam przyszliśmy. Odnalazłyśmy się, jechaliśmy autobusem, w maseczkach oczywiście z kijami, ale byliśmy szczęśliwe. Już możemy chodzić do lasu. Potem do nas dołączyła, a wtedy był zakaz przecież większych grup, najpierw to były chyba do trzech osób, potem powiększone do pięciu, potem do siedmiu. i w ten sposób do nas dołączali się kolejne koleżanki i jak już nas zrobiło się dwanaście mówię wsio, to jest grupa. Będziemy się nazywali „KILONKI”, to nie od tego słowa, a tylko kijki i jelonki. 4 pory roku i teraz już w porywach mówimy do siebie, że 6 km mniej więcej, ale w porywach ostatnich 9 i 10 także, dużo chodzimy jak na mój wiek. Ja sama siebie chwale.

Badane osoby stosują tymczasowe zasady działania, które nie staną się powszechnie akceptowanymi normami w okresie po pandemii, nawet jeśli istnieje ogólna zgoda na potrzebę ich kontynuowania w dłuższej perspektywie. Nowe, obiecujące nawyki i zmiany w podejściu do dotychczasowych schematów postępowania nie wychodzą poza osobistą perspektywę ze względu na brak przełożenia na szerszą skalę. Dodatkowo niepewność związana z samym zagrożeniem, niejasność narzuconych ograniczeń oraz zmienność sytuacji, w której znajdują się badani, osłabia konsekwencje ich wyborów i deklaracji. W rezultacie akceptują ograniczenie swojej niezależności, ale nie w pełni. Stąd też deklarowana chęć przywrócenia stanu sprzed pandemii, powrotu do codzienności sprzed kryzysu pandemicznego.

Relacja pani **Cecylii** (75 lat) jest następująca:

No było to trudne, było to trudne. No przecież jednak pozamykane było, to wiem, już teraz to upłynęło troszkę czasu i niektóre rzeczy już tak może się mniej pamięta, nawet z racji mojego wieku, mogę to powiedzieć. No, także, ale na pewno były to trudne ograniczenia, ja pamiętam, wychodziłam tylko na spacer. Mieszkam przy wyspie, to szłam na tą wyspę, żeby troszeczkę świeżego powietrza zaczerpnąć. Ale było to trudne. Większość dnia spędzało się w domu.

Z punktu widzenia pani **Aliny** (63 lata) dodatkowa niepewność, wynikająca z samego zagrożenia pandemią COVID-19 i z niejasności związanych z narzuconymi ograniczeniami oraz pojawienia się nowych nawyków i zmian w podejściu do dotychczasowych schematów, zrelacjonowana została w następujący sposób:

Wyrównało się, bo mówię, ja nie odczułam tego tak. Owszem, te wszystkie, tak jak rozmawialiśmy, że musisz to, musisz tam to, tu zakaz, tu nakaz, tu to, tu nie może się spotkać. No gdzieś to, gdzieś to było na minus. Moje życie się zmieniło i że jakieś depresja. Nie, oprócz tego, że zawsze jak przychodziłam, to myłam ręce, tak, bo to zostało, ten nawyk. Zawsze się myło gdzieś tam ręce, ale czasami tam zimną wodą, pach, pach, pach, tak, a teraz i to mój mąż, to mnie doprowadza do szału do dzisiaj, przychodzimy gdzieś z zakupów, a umyłaś ręce? Matko. No i to zostało, to zostało i to mnie doprowadza do szału, tak, i może bardziej, bardziej.

Ostatecznie doświadczenie czasu pandemii jest wspólnym odczuciem, które sprawia, że osoby starsze z niepełnosprawnościami uczestniczyły w czymś większym, niż oni sami mogli się spodziewać. To było coś, co jest zbiorowe i obywatelskie, a przede wszystkim wywołujące uczucie lęku o własne życie i życie bliskich. Te wszystkie działania najprawdopodobniej będą zapamiętane, ale należy także zwrócić uwagę, że pozostawiły już na zawsze niepewność jutra i poczucie, że człowiek nie jest w stanie przewidzieć do końca

przyszłości. Mimo że snuje plany i ma w perspektywie czasowej chęć ich realizacji, jedno zdarzenie może przekreślić możliwość ich wykonania.

Wyniki badań autorki niniejszej pracy ukazały, w jaki sposób pandemia COVID-19 wpłynęła na zasoby finansowe osób starszych z niepełnosprawnościami. Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, osoby te nie odczuwały obaw związanych z utratą regularnych dochodów, ponieważ miały zagwarantowane świadczenia emerytalne. Niektóre z nich dokonały oszczędności poprzez ograniczenie zakupów do niezbędnych i najbardziej istotnych produktów.

Tak też w czasie pandemii COVID-19 czyniła Pani **Elżbieta** (72 lata).

Do różnych chodziłam sklepów, chociaż takich marketów typu jak nasze Vivo czy, czy tam Galeria Kasztanowa to nie, bo nie miałam takiej potrzeby, siedziałam w domu, to nie kupowanie tam sukienki czy coś tam, kupowałam tylko to, co potrzebne.

Inni nie dostrzegli znaczących zmian w swoich oszczędnościach. W trakcie pandemii mogli kontynuować swoje zwyczajne nawyki finansowe i zarządzanie finansami, niekoniecznie podejmując większe działania, takie jak gromadzenie zapasów lub inwestowanie w nietypowe obszary. Dla nich sytuacja finansowa pozostała względnie stabilna, a oszczędności nie uległy większym zmianom. W takim przypadku brak znaczących zmian w oszczędnościach jest pozytywnym wskaźnikiem stabilności finansowej.

Pani **Grażyna** (71 lat) była jedną z tych osób, które nie zauważyły zmian w swoich oszczędnościach.

Och tam, zaoszczędziłam pieniądze. Moje oszczędności nie uległy zmianie. w czasie pandemii, nawet w czasie pandemii to i tak się wydawało. Nie zaoszczędziłam.

Jeszcze inni ponieśli straty, gdyż zdecydowali się na zakupy na zapas podczas trwającej pandemii. Wszczęli proces gromadzenia większej liczby produktów lub zapasów, być może w obawie przed ewentualnymi trudnościami w dostępie do nich w przyszłości. Jednak taka strategia, choć może wydawać się w pewnych okolicznościach sensowna, może prowadzić do nadmiernego gromadzenia zapasów, co wiąże się z wydatkami, ograniczeniem przepływu gotówki i potencjalnie marnotrawstwem, jeśli niektóre produkty lub artykuły przeterminują się przed ich zużyciem. Dlatego niektórzy doświadczyli strat finansowych z tego powodu.

Osobą robiącą zakupy na zapas był pan **Stefan** (73 lata).

O, no na pewno na zapas się kupywało. No po prostu, towar jest, no to się jechało. No to do miasta do, do, do dużego sklepu, to się kupowało od razu na tydzień no.

Pani **Janina** (66 lat) tak przekazała swoje spostrzeżenia dotyczące robienia zakupów na zapas:

My jesteśmy ludzie, jak to się mówi, starszej daty, stan wojenny przeżyliśmy, niektóre rzeczy, i jeszcze nas wychowano w czasach minionych tych ponoć dobrych, że wiedzieliśmy, że wszystko trzeba się zabezpieczyć, jakoś zorganizować, lepiej niech to będzie w zapasie niż ma nie być. Też kasza, ryż, jakaś tam mąka, jakieś tam tego.

Podczas pandemii osoby starsze z niepełnosprawnościami doświadczyły znaczących wyzwań w codziennym życiu. Ograniczenia związane z restrykcjami i zagrożeniem zdrowotnym wpłynęły na ich osobowość i samodzielność. Wielu z nich stanęło przed trudnościami w utrzymaniu regularnego kontaktu ze swoimi rodzinami i specjalistami medycznymi, co mogło wpłynąć na jakość opieki zdrowotnej. Ponadto utrata aktywności społecznych i zajęć mogła negatywnie wpłynąć na ich psychiczne i emocjonalne samopoczucie.

Dostępność niezbędnych środków ochrony osobistej oraz trudności w dostępie do wsparcia społecznego mogły pogłębić poczucie izolacji i lęku. W związku z ograniczeniami w przemieszczaniu się niemożność uczestniczenia w aktywnościach społecznych, takich jak spotkania z przyjaciółmi czy uczestnictwo w grupach wsparcia, które zostały znacznie ograniczone, w czasie pandemii spowodowały frustrację oraz poczucie destabilizacji.

Jednakże pomimo tych wyzwań wiele osób starszych z niepełnosprawnościami wykazało się wytrwałością i kreatywnością, dostosowując się do nowej rzeczywistości. Wykorzystywanie technologii komunikacyjnych, takich jak Messenger czy WhatsApp, mogło stanowić sposób na utrzymanie kontaktów społecznych i wsparcia emocjonalnego. Jednakże życie codzienne osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii wiązało się z wieloma trudnościami, w tym z utratą stabilizacji, izolacją społeczną i ograniczeniami w dostępie do opieki medycznej itd. Niemniej jednak wielu z nich znalazło sposoby na przystosowanie się do nowej sytuacji i nadal czerpało radość ze swoich zainteresowań i relacji społecznych.

W okresie pandemii COVID-19 codzienność osób starszych z niepełnosprawnościami przeobraziła się i nabrała nowych wymiarów. Ograniczenia i środki bezpieczeństwa wprowadzone w celu ochrony zdrowia publicznego miały znaczący wpływ na ich codzienne życie. Osoby te spotkały się dodatkowo z wyzwaniami i trudnościami związanymi nie tylko z ich zdrowiem, ale także z funkcjonowaniem, co jedynie namnożyło problemów wynikających z obecnej sytuacji kryzysowej.

Wiele osób starszych z niepełnosprawnościami stanęło przed groźbą ograniczenia możliwości przemieszczania się. Rekomendacje dotyczące dystansu społecznego i konieczność unikania dużych zgromadzeń sprawiły, że codzienne wychodzenie z domu stało się utrudnione.

W przypadku tych, którzy polegali na opiece innych osób lub na transportach publicznych, ograniczenia te mogły wpłynąć na zdolność do samodzielności i dostępu do niezbędnych usług.

Pandemia także wpłynęła na interakcje społeczne osób starszych z niepełnosprawnościami. Zawieszenie spotkań w klubach seniora, grupach wsparcia czy na terapiach zajęciowych ograniczyło możliwość nawiązywania kontaktów i utrzymania relacji społecznych. To z kolei mogło prowadzić do poczucia izolacji oraz obniżenia samopoczucia emocjonalnego.

Mimo tych wyzwań osoby starsze z niepełnosprawnościami często okazywały elastyczność i zdolność do przystosowania się do nowych okoliczności. Wiele z nich skorzystało z technologii komunikacji, aby utrzymać kontakty z rodziną i przyjaciółmi. Niektórzy również wykazali inicjatywę w samodzielnym wykonywaniu terapii czy ćwiczeń w warunkach domowych.

Codziennosc osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii była zdominowana przez nowe wyzwania związane z niewiadomą, którą wywołała sama sytuacja pandemiczna i choroba COVID-19, z ograniczeniami ruchu, dostępności opieki zdrowotnej i interakcji społecznych. Doświadczyły one złożonej rzeczywistości, jednakże nie brakowało przykładów adaptacji i kreatywności, które pozwoliły niektórym osobom sprostać tym trudnościom. Te wyzwania wpłynęły na różne obszary ich codziennego życia, mając istotny wpływ na ich funkcjonowanie i samopoczucie.

4.4. Znaczenie rodziny dla osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19

Wybuch pandemii COVID-19 spowodował zarówno kryzys zdrowia publicznego, zagrażający całemu światu, jak i kryzys rodzinny zagrażający jednostce. Rodzina bowiem stanowi najstarszą grupę społeczną obecną we wszystkich fazach rozwoju społeczeństwa i w różnych formacjach. Pełni ona funkcję naturalnego i nieodzownego ogniwa struktury społecznej, identyfikowanego jako podstawowa jednostka społeczna (Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, 1977, art. 10). Jej wyjątkowa funkcja polega na byciu naturalnym i niezastąpionym środowiskiem, w którym jednostka rodzi się i rozwija, zaspokajając podstawowe potrzeby zarówno dziecka, jak i osoby dorosłej. Ten organiczny wymiar rodziny wynika głównie z tego, że stanowi ona jedyną strukturę społeczną,

która ewoluuje nie tylko poprzez przyjęcie nowych członków z zewnątrz, ale również wewnątrz – przez narodziny dzieci (Smyczyński i Andrzejewski, 2022, s. 3).

Maria Przetacznikowa określa rodzinę jako istotną grupę pierwotną, czyli taką, w której członkowie utrzymują ściśle i bezpośrednie relacje. Między nimi rozwijają się bliskie więzi emocjonalne, które opierają się na trwałych i osobistych więzach, opartych na współpracy oraz współczuciu (Przetacznikowa, 1978, s. 171).

Warto podkreślić, że w czasie trwania pandemii i okresu kwarantanny wartość rodziny jako podstawowego źródła bezpieczeństwa została poddana próbie. Zadania dotyczące codziennej egzystencji, opieki i wsparcia emocjonalnego zostały przeniesione na bliski krąg rodziny, ujawniając jej zdolność do pełnienia różnorodnych funkcji bez znaczącego wsparcia ze strony instytucji publicznych czy systemu zewnętrznych usług.

Tak relacjonuje wartość rodziny pani **Irena** (70 lat):

Dzięki rodzinie właśnie przetrwałam to. Tak, bo dzwoniły dzieci czy tam przyjechały. No też chorowały dzieci i bo to w szkole, to nie chciano mnie tam zarażać, ale jak już było lepiej i wszystko, to, to spotykaliśmy się, co prawda rzadko, ale, ale. Instytucje społeczne, nigdy w życiu, nigdy w życiu, nic mi ani nie pomogli.

Pani **Teresa** (82 lata) podkreśla znaczenie rodziny:

No kolosalne. Na każde zawołanie na, każdy telefon był odzew, na każdy telefon był odzew. A tym bardziej jak, jak mnie rozłożyło, tak naprawdę porządnie. To znaczy w razie potrzeby, bo staram się nie nadwyręzać dzieci jeszcze. Wtedy, kiedy potrzebowałam, no, kiedy, trzeba było, to był telefon i był odzew natychmiastowy. Jak jeden nie odebrał, to drugi odebrał. Któryś tam zawsze odebrał, jak nie dzieci, to wnuki.

Dla pani **Marii** (63 lata) rodzina jest najważniejsza. Oto jej relacja:

Bo rodzina jest dla mnie najważniejsza, jeżeli nie widzę swoje wnuczki dzień, dwa to już bardzo tęsknię. Tak samo mój mąż też to, to, było to, co naprawdę bardzo mnie dobijało, zarówno i męża. Wspólne spędzanie z nimi czasu. A w okresie w ogóle dorastania wnucząt, myślę, że w moim przypadku i każdego innego to, ten okres tych trzech lat prawie, że to tak, jakby wie pani ktoś wykradł mi z życiorysu ich dorastanie, możliwość spędzenia czasu.

Także różnorodność potencjału adaptacyjnego rodzin w obliczu pandemii jest ściśle powiązana z ich indywidualnymi zasobami, takimi jak: ekonomiczne (dochody, oszczędności, dobra materialne), społeczne (silne relacje w rodzinie, powiązania społeczne) i zdrowotne (stan fizyczny i psychiczny członków rodziny). Dodatkowo struktura rodziny, czyli liczba i wiek członków, jej funkcjonalność i stabilność, oraz wpływ wcześniejszych i obecnych zjawisk dezorganizacyjnych miały znaczący wpływ na podejmowane strategie adaptacyjne w obliczu

nowych wyzwań (Firlit-Fesnak, 2022, s. 110–111). Okres kryzysu doprowadził do przedefiniowania priorytetów w codziennych decyzjach, w których sprawy mniej istotne ustąpiły miejsca dążeniu do przetrwania rodziny przy utrzymaniu przynajmniej pewnego stopnia jej efektywności w organizacji życia codziennego.

Pani **Wanda** (71 lat) w ten sposób relacjonuje obraz rodziny w czasie pandemii COVID-19:

Rodzina dla mnie zawsze jest najważniejsza. Tak to obojętnie czy pandemia, czy nie pandemia. Moi najbliżsi, bardzo się, martwiłam się, bo moja wnuczka już była we Wrocławiu. Też była taka sytuacja, że była chora, czy była chora, była taka sytuacja. Że ona, ona kopie w piłkę nożną, tak, więc tak, rozegrała mecz, na drugi dzień ja jechałam z jej mamą, ja i jeszcze jej kuzyn tak, do Wrocławia specjalnie, żeby się z nią spotkać, ale ona mówi, zrobię sobie test, żeby jak gdybym była chora, czy coś tam się stało, bo gardło ją troszkę bolało, no i co się okazało i test wyszedł jak wyszedł dodatni. Więc jest zamknięta w swojej klatce, że tak powiem. W pokoiku wynajętym, sama, tyle tylko, że po prostu przez okienko wyjrzała i dostarczyliśmy jej jakieś zakupy, prawda. To było straszne przeżycie. Jak to pojechać do Wrocławia specjalnie, żeby zobaczyć czy przytulić, a trzeba odjeżdżać i tak i ona płacze i my płaczymy. To było straszne przeżycie.

W taki oto sposób pani **Dorota** (61 lat) opowiada o swojej rodzinie w czasie trwania pandemii wywołanej koronawirusem Sars-CoV-2:

Bardzo mnie to przygniotło, w ogóle całą moją rodzinę, bo posiadam trójkę dzieci. Dzieci nie mogły nawet na święta przyjechać, przecież, więc odizolowanie od rodziny, od społeczności, było niestety, ale było, to takim szokiem dla nas wszystkich. Było to straszne. Szokiem, takim, no powiedziałabym, no nie wiem, no psychologiczne, psychologicznie też, ten, bo nawet, no nie chcieliśmy, no, bo po pierwsze rząd zabronił żeby przyjeżdżały dzieci. Dzieci, no, żebyśmy się spotkali, ale po drugie niebezpieczeństwo, jakie wokół się szerzyło, że mówiono, że no niestety obcowanie z innym człowiekiem, też może być nawet z rodziną, może być niebezpieczne. Czyli najbliższa osoba staje się twoim wrogiem. No, to, że z dnia na dzień człowiek jest nikim, że staje się sam dla siebie, że ludzkość jednak, no jest najważniejsza. Obcowanie z drugim człowiekiem.

Pandemia spowodowała, że rodziny zmuszone były do izolacji zarówno przestrzennej, jak i interpersonalnej. Osobom starszym z niepełnosprawnościami z jednej strony towarzyszył lęk związany bezpośrednio z zachorowaniem i możliwością utraty zdrowia i życia, z drugiej strony zaś była to obawa o najbliższych członków rodziny, zarówno domowników, jak i tych, którzy prowadzili własne gospodarstwa domowe. Miejsca spotkań rodzinnych poza domem na

dłuższy lub krótszy czas pozostawały zamknięte. Jediną przestrzenią do spotkań pozostawały parki, lasy i place zabaw, ale w tym miejscu należy podkreślić, że i one, decyzją rządu, były niedostępne przez pewien czas.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa swoim najbliższym ograniczono znacznie bezpośrednie kontakty. Osoby, takie jak rodzeństwo, wnukowie, dzieci, nagle przestali być obecni nie tylko w codziennym życiu, ale również podczas okolicznościowych spotkań, włącznie ze świętami.

Oto relacja pana **Albina** (76 lat):

Nikt nikogo nie zapraszał. Także na odległość, przez telefon się tylko rozmawialiśmy, nic więcej. Potem pod drzwiami, na klatce pod drzwiami i przez próg, przez próg myśmy rozmawiali. Każdy cichutko siedział i się cieszył, że się rano obudził. Dobrze, że żonę mam, bo tak był bym całkiem samotny.

W zależności od struktury rodziny, charakteru i jakości więzi w rodzinie izolacja była mniej lub bardziej dotkliwa dla osób starszych, przynosząc zarówno pozytywne, jak i negatywne następstwa.

Dla pani **Grażyny** (71 lat) izolacja miała trudny przebieg. *No to taki odizolowany człowiek od świata nie mógł nigdzie ani pojechać, ani wyjść, ani nic.*

Pani **Cecylia** (75 lat) tak oto wspomina izolację w czasie pandemii COVID-19:

No teraz też przypominam, windzie też było, żeby tylko jedna osoba jeździła w windzie. Ale no, człowiek bał się do sąsiadów odezwać, bo jak się okazuje, to prawie wszyscy byli chorzy. Moja wnuczka też przyjechała z Warszawy. Udostępniłam jej mieszkanie. Wyprowadziłam się tam do znajomego. A ona sama dwa tygodnie, bo była w tym, jak to się nazywało – kwarantanna. Na kwarantannie musiała być, także udostępniłam sama jej mieszkanie, no miała takie objawy, że nawet smak straciła.

Pandemia wywołała różnorodne zmiany w relacjach interpersonalnych. Przebywanie przez 24 godziny na dobę w gronie domowników stworzyło korzystne i niekorzystne warunki. Z jednej strony doszło do wzmocnienia więzi między domownikami lub małżonkami, wyjaśnienia trudnych wcześniej relacji, a także do rozpoznania mocnych i słabych stron rodziny.

Przykładem może być relacja pani **Malgorzaty** (65 lat), która, opowiada o czasie spędzonym w okresie pandemii COVID-19 ze swoim mężem:

No, na pewno miała, bo gdybym była zupełnie sama, tak, jak pewne koleżanki żyją same, no to, na pewno jest gorzej. No, tak jak się mówi w związku nie jest kolorowo, nie jest wesoło nieraz, ale jest chociaż się z kim pokłócić. Tak nawet. To jest miłe. Bo właśnie nie zawsze

jest, że się głaskamy, że się kochamy wielkie nie wiadomo jak, no i bywa tak, że jest ostra wymiana zdań. No i w zamknięciu, jak to się mówi, szybciej się nawiązują rozmowy, ale i kłótnie. No ile, ile jeszcze po tylu latach to już i tak uważam, że do jakiegoś momentu małżeństwo powinny trwać, a potem ktoś powinien spytać: „pani Małgorzato, czy pani dalej ten związek będzie realizować”, to już dawno by tego związku nie było.

Pan **Roman** (68 lat) także podzielił się swoimi spostrzeżeniami na temat zbyt długiego przebywania razem w domu w czasie pandemii COVID-19:

No nie wiem, czy to ujemna strona, ale czasami takie napięcia w domu z małżonką, bo to takie często przybywanie i długo ze sobą i podenerwowanie sytuacją, czasami różne zdania na, na ten sam temat jakies takie to doprowadzają do tego, że dochodzi do konfliktów takich krótkotrwałych.

Z drugiej zaś strony mogło dochodzić do frustracji, irytacji, napięć, dystresu, które mogły być spowodowane nieradzeniem sobie odpowiednio z nowymi wyzwaniami, wystąpieniem reakcji neurotycznych w warunkach zamknięcia (Firlit-Fesnak, 2022, s. 124), brakiem prywatności, a także informacyjnym przeciążeniem (ang. *information overload*).

O takim informatycznym przeciążeniu w czasie pandemii COVID-19 wspomina pani **Elżbieta** (72 lata):

No chyba tak, tak telewizja tak, no bo, to co na świecie się dzieje znikąd by nie doszło do mnie, gdyby nie telewizja. Mnie się wydaje, że za dużo trochę było. Trochę było za dużo. My musimy wiedzieć o pewnych rzeczach, ale trochę było za dużo i zależy to od człowieka, jak ono odbierze to. Niektórzy na pewno tam martwili się od rana do wieczora i tak rzeczywiście było. Każdy się bał, czy nie mnie w tej statystyce najgorszej nie będzie jutro czy pojutrze. Powiem pani tak, że ja oglądam fakty, nie oglądam różnych telewizji, żeby nie mieć mętliku w głowie. Jeżeli mi mówił jakiś profesor na przykład ten z Wrocławia zapomniałam, bo już teraz nie, on nie występuje. Czy jakies tam z inny z innego Uniwersytetu Medycznego mówił profesor. To ja go słuchałam i nawet jeżeli oni jeden troszeczkę inaczej, ale niewiele to się różniło, to ja to przyjmowałam. Nigdy nie polityków i nigdy tam jakichś innych pseudofachowców nie słuchałam.

Na temat informatycznego przeciążenia wypowiada się także pani **Irena** (70 lat):

Znaczy się, powiem, że chyba złe, bo jak się włączało telewizor, to tam nic dobrego nie słyszałam, nic dobrego ani jednego słowa, ani, ani do tej pory nic się nie słyszy dobrego. Oczywiście, co tylko włączyłam to tyle zarażonych, tyle pod respiratorem, tyle umiera i mało było po prostu, że udało się uratować. No ale i większość była niezaszczepionych. To mnie przerażało, że właśnie dusili się ci ludzie. No takie rzeczy pokazywano, że nie, to nie były dobre

informacje. No dzisiaj czasy są ciężkie, krytyczne, ale powinno też jakieś być dobre informacje. Ja wolę właśnie przyrodnicze filmy, czy nawet jakieś komedie, to wiem, że to nie jest powód do uciechy, ale to wszystko przynębiało nas także.

Z relacji pani **Elżbiety** (67 lat) wynika, że informatyczne przeciążenie w sytuacjach ekstremalnych, a do takich zaliczamy pandemię COVID-19, wpływało w sposób negatywny na nią i jej męża:

Dużo, duży wpływ miała informacja. Środki masowego przekazu i to mnie właśnie i zarówno mnie jak i męża to dołowało, bo ilość zakażeń, czy zgonów, na końcu mąż mi już powiedział, nie włączaj mi wiadomości. Oglądaj sobie, czytaj, bardzo lubię czytać książki. Czytam książki i nie włączaj już tego. Tu zaczęła działać psychika i były dni, które naprawdę były dołem, bo ktoś tam umierał, kogoś tam zabierali i nie wrócił.

Należy jednak podkreślić, że w znacznej mierze przymusowe rozłączenie spowodowane nagłą hospitalizacją najbliższego członka rodziny i związaną z nią obawą o jego życie i zdrowie zrodziły zmianę postrzegania wcześniejszych relacji. Zmieniła się ich ranga. Relacje zyskały na wartości i znaczeniu, stając się bardziej pożądane, a wcześniejsze powody osłabienia relacji, takie jak konflikty czy niechęć, straciły na ważności.

Tak pani **Barbara** (71 lat) opisuje swoje relacje z pobytu w szpitalu po zarażeniu się koronawirusem Sars-CoV-2.

Bo tak to mi z początku to mówią Szczecin albo Kołobrzeg, gdzie tam chcieli mnie wywieźć. Ale znalazło się blisko domu. Bo ja co chwilę coś potrzebowałam. Później to ja byłam taka głodna naprawdę. Bo jak ja widziałem, jedna tam sąsiadka, co ze mną, bo ja cały tydzień to w ogóle sama w sali leżałam, nie. Później przywieźli, to ona ani telefonu, żadnego kontaktu. Ja nie wiem jak tak można, naprawdę. Nawet wody, nawet nic nie przyniesie. Co chwila tam dziennie, ktoś musiał być, nie, coś mi przynieść, to mi się cukierka kiedyś zachciało, pielęgniarka mi przyniosła czekoladowego. No nie, nie mogę tego jeść. Tak jest pod ręką rodzina, że tak na każdy gwizdnięcie człowieka. Przez okno się widziało. To dużo psychicznie było. Na dobre.

Relacje rodzinne bowiem stanowią podstawowy obiektywny i subiektywny czynnik kształtujący zadowolenie z życia u osób starszych. Posiadanie osób z blisko związanego ze sobą rodzinnego kręgu, od którego można oczekiwać wsparcia w każdej sytuacji, pozytywnie wpływa na samopoczucie i poczucie zadowolenia z życia. Natomiast rodziny, w których występują napięcia między członkami i brakuje bliskości, wsparcia, zrozumienia i miłości, mogą wywoływać silne uczucia niezadowolenia.

Należy w tym miejscu nadmienić, że w literaturze można odnaleźć wzmianki dotyczące sugerowanej przemocy domowej wobec osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie trwania pandemii COVID-19. Jednak danych dotyczących takiej przemocy nie można odnaleźć w ogólnych danych statystycznych (Firlit-Fesnak, 2022, s. 125). Autorka również nie spotkała się w swoich badaniach z informacjami, które mogłyby sugerować występowanie przemocy domowej wśród badanych osób. Jednak eksperci zajmujący się tym problemem ostrzegają przed pochopnymi wnioskami, opartymi na analizie oficjalnych danych. Zgadza się oni, że okres przymusowej izolacji i wspólnego przebywania w domu mógł nasilić przypadki przemocy, jednak brak zarejestrowanych incydentów przemocy wynikał głównie z ograniczeń w dostępie ofiar do instytucji publicznych odpowiedzialnych za interwencje i ochronę (Brzeska, 2020).

Dla wszystkich uczestników badań rodzina była i jest w ich życiu najważniejsza. Pandemia wywołała wiele lęków i niepewności wśród osób starszych z niepełnosprawnościami, które były bardziej narażone na ciężki przebieg choroby. Wsparcie emocjonalne od rodziny okazało się nieocenione. Bliscy stanowili źródło wsparcia psychicznego i komfortu w trudnych chwilach. W związku z ryzykiem zakażenia wiele osób starszych unikało wychodzenia z domu. W takiej sytuacji rodzina często stawała się głównym źródłem pomocy w zakresie codziennych czynności, takich jak zakupy czy opieka nad domem. W obliczu nadzwyczajnych sytuacji pierwotne cechy i funkcje rodziny stały się najważniejszymi elementami przetrwania, stanowiąc wsparcie zarówno emocjonalne, jak i ekonomiczne. W sytuacji ograniczeń usług publicznych wzrosła świadomość wartości rodziny jako niezawodnej instytucji, gotowej do działania na rzecz dobra całej wspólnoty oraz każdego jej członka indywidualnie.

Pandemia potwierdziła funkcjonalność rodziny i istotność środowiska rodzinnego jako najlepszego sojusznika jednostki. Wydarzenia te ujawniły jej zdolności do pragmatycznej reakcji na nieprzewidywalne ryzyko. Trudno jest przewidzieć, czy ten krótkotrwały wzrost zrozumienia dla roli rodziny w sytuacjach kryzysowych wpłynie na długoterminową zmianę postaw jednostek wobec pielęgnowania życia rodzinnego, troski o jej rozwój i trwałość, a także o jej wzmocnioną pozycję w społeczeństwach współczesnych. Niemniej jednak umiejętność radzenia sobie i funkcjonowania większości rodzin w trudnych czasach pandemii może przyczynić się do wzmacniania publicznej narracji o nieocenionej roli rodziny jako odpowiedzialnej wspólnoty ludzkiej. Może ona służyć jako źródło społecznej solidarności i równowagi emocjonalnej, co jest w stanie przynieść pozytywne skutki nie tylko w czasie kryzysu, np. wywołanego pandemią COVID-19, lecz także na stałe.

Nie sposób przeoczyć faktu, że nie wszystkie rodziny poradziły sobie w czasie pandemii. Nie wszystkie wykazywały zdolność dostosowania się do nowych wyzwań. Często działo się tak z powodu braku środków finansowych i trudności w udzielaniu wsparcia spowodowanej odległością dzielącą członków rodzin.

Pani **Elżbieta** (72 lata) na zadane przez autorkę pytanie: A proszę powiedzieć, czy członkowie rodziny starali się sprostać Pani wymogom, wymaganiom, które Pani miała w czasie pandemii albo pomagały w jakiś sposób? Odpowiedziała:

Nie, ponieważ daleko mieszkają, a ja tutaj jestem sama.

Okres pandemii ujawnił, że ograniczenia w dostępie do usług społecznych oraz wsparcia instytucji publicznych nie mogą być w pełni zrekompensowane przez rodziny, ponieważ nie wszystkie są w stanie wywiązać się z pełnienia swoich funkcji i wypełniania obowiązków. Oznacza to, że zarządzanie w sytuacjach kryzysowych musi uwzględniać różnorodność rodzin jako instytucji opiekuńczych w spełnianiu odpowiedniej funkcji wobec jednostki w nadzwyczajnych okolicznościach. Musi także być przygotowane na alternatywne scenariusze pomocy i wsparcia publicznego dla osób, które nie mają wsparcia w rodzinie, zarówno tej najbliższej, jak i dalszej. Należy podkreślić, że w czasach kryzysu, takiego jak pandemia COVID-19, rodzina staje się często głównym filarem wsparcia i opieki dla osób starszych z niepełnosprawnościami. Jej rola w zapewnieniu bezpieczeństwa, wsparcia emocjonalnego i pomocy w codziennym życiu jest niezastąpiona.

4.5. Stan fizyczny osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19

Pandemia COVID-19 wywarła ogromny wpływ na różne sfery życia społecznego, gospodarczego i zdrowotnego. Jedną z grup społecznych szczególnie narażonych na skutki pandemii były osoby starsze z niepełnosprawnościami. Globalny wymiar pandemii istotnie wpłynął na codzienne życie osób starszych, wpływając na ich zdrowie (Walkowiak, 2022, s. 117–123), co znacząco wpłynęło na stan fizyczny tych osób. Pandemia spowodowała, że skupiono się z jednej strony na konieczności ochrony tej szczególnie wrażliwej grupy wiekowej przed ryzykiem związanym z COVID-19. Z drugiej strony jednak ograniczenia w mobilności, dostępie do opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego mogły negatywnie wpłynąć na zdrowie fizyczne osób starszych z niepełnosprawnościami.

Okres starości to zazwyczaj czas, któremu towarzyszy wielochorobowość, ograniczenie w funkcjonowaniu i narastające zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną oraz zależność od opiekunów. W miarę starzenia się organizmu obserwujemy spadek aktywności fizycznej, a osoby starsze często wybierają odpoczynek bierny zamiast aktywności. Brak regularnej aktywności fizycznej może prowadzić do zmniejszenia wydolności organizmu oraz spadku funkcjonalności osób w podeszłym wieku. Istotną rolę w obniżaniu tej wydolności odgrywają zmiany w układzie ruchowym, szczególnie osłabienie siły mięśniowej, odchylenia w budowie struktur kości i stawów. Brak aktywności fizycznej może przyczynić się również do powstawania zaburzeń metabolicznych, co skutkuje nadmierną ilością lipidów we krwi oraz obniża wrażliwość tkanek na insulinę. Unieruchomienie sprzyja także występowaniu typowych schorzeń geriatrycznych oraz powstaniu kłopotów emocjonalno-behawioralnych.

Należy podkreślić, że jakość życia w późnej dorosłości jest w dużej mierze związana z dobrym stanem fizycznym. Pojęcie dobrego stanu fizycznego odnosi się do ogólnego stanu zdrowia i kondycji fizycznej osoby w późniejszym okresie życia, do sprawności, zdolności do wykonywania codziennych czynności oraz zachowania niezależności w codziennym życiu. Osoby cieszące się dobrym stanem fizycznym zazwyczaj mają większą ilość energii, co pozwala im na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym i rekreacyjnym. Sprawność dotyczy zdolności do wykonywania różnorodnych zadań i aktywności. Dobra kondycja fizyczna nie tylko wpływa pozytywnie na zdrowie fizyczne, ale także ma duże znaczenie dla zdrowia psychicznego i emocjonalnego (Benedetti i in., 2008, s. 302–307). Utrzymując aktywność fizyczną i zachowując niezależność, osoby starsze mogą cieszyć się pełniejszym życiem, utrzymując kontakty społeczne, realizując pasje i dążąc do osobistego rozwoju. Dlatego ważne jest, aby osoby z tej grupy wiekowej dbały o swoją kondycję fizyczną poprzez aktywność fizyczną, prawidłową dietę i regularne kontrole zdrowotne. To wszystko przekłada się na poprawę jakości życia w tym ważnym i jednocześnie ostatnim okresie życia.

W czasie trwania pandemii wywołanej wirusem Sars-CoV-2 można było zaobserwować u osób starszych z niepełnosprawnościami inny rodzaj aktywności, tzw. aktywność samotniczą, w obrębie własnego gospodarstwa (Pięta, 2014, s. 10–122). Nadmiar przymusowego wolnego czasu, ograniczenia kontaktów społecznych, restrykcje, brak dostępu do wielu obiektów, takich jak siłownie, baseny czy kluby sportowe, osoby starsze w ramach aktywności samotniczej spożytkowały na sprzątanii, czytaniu książek, realizowaniu się w kulinariach, oglądaniu telewizji czy uprawianiu ogródka działkowego.

Tak aktywność samotniczą opisuje pan **Jan** (75 lat):

To znaczy, po prostu ja sobie korzystałem z możliwości wyjścia. Była wiosną możliwość działki uprawiania, siałem nasiona, uprawiałem tam na ogródku warzywa i tak, tak mi po prostu tak jakoś to mi to po prostu sprawiało, że taki komfort.

Relacja pana **Waldemara** (66 lat) pokazuje, że można sobie poradzić w inny sposób, kiedy brakuje aktywności.

No trudno było, nie było tej aktywności brak. Staralem się z jakimś zorganizować sobie czas. Mieszkam na wsi, mieszkam na wsi. Dla mnie zajęciem był: garaż, ogródek, takie rzeczy. Nie, nie leżałem, nie leżałem.

Pani **Barbara** (74 lata) natomiast tak przedstawia aktywność samotniczą:

Po prostu, że zaczęłam więcej tych książek czytać, nie. Właśnie w okresie tej pandemii zaczęłam więcej książek czytać po prostu, no nie było co robić, nie, no to się zajęłam tym. O Izraelu, tam lubię czytać. Na przykład teraz ostatnio czytam, o no właściwie o ambasadorach. Ach, takie jak tam o Turkach takich, no takie książki po prostu mnie interesowały. Właśnie pięć książek w ciągu tygodnia przeczytałam. No to, to potem więcej, więcej sprzątania, prania, więcej, prania.

Pani **Cecylia** (75 lat) wykorzystała okres pandemiczny, w taki oto sposób realizując swoją aktywność samotniczą:

Dużo w telewizji tak, dużo oglądałam, co się dzieje, jak to wygląda. Śledziłam informacje na, na bieżąco, w tym zakupy, gotowanie, pranie, ewentualnie coś poczytać sobie i wszystko. Także mało wychodziliśmy z domu, mówi na tą wyspę tak, gdzie nie było ludzi. Ja chodziłam na gimnastyki, to wszystko zostało odwołane, na kurs komputerowy, też zostało odwołane, wszystko było pozamykane.

U pana **Stefana** (73 lata) aktywność samotnicza wyglądała w następujący sposób:

Nie, ja raczej jestem taki techniczny. No to ja miałem takie zamówienia, kurde i robiłem i ploty, i bramki. Ja tam dużo siedziałem w Internecie. Mam takie gry i po prostu grałem sobie w te gry i wszystko.

Aktywność samotnicza w okresie pandemii COVID-19 u pani **Elżbiety** (72 lata) wyglądała następująco:

No powiem pani byłam skazana, tak, na, no nigdzie nie wychodziłam. Na pewno były książki. Na pewno była telewizja. No bo nic się nie działo po za tym w tej takim apogeum. No. Powiem pani tak, ponieważ miałam więcej czasu, więc tak, na pewno czytałam więcej mądrzejszych książek, takich mądrzejszych od literatura faktu, jakieś reportaże, bo takie książki lubię, chociaż czasem mam taki przerywnik, jakoś tam lekką. Ale tutaj mogłam sobie pozwolić właśnie na takie książki i intensywniej, ja tam, trochę nie uczyłam się w średniej szkole

angielskiego, więc angielski zaczęłam się intensywnie, co mi pozostało do dzisiaj, że no bo w naszym wieku to tak szybko się uczę, ale szybko się zapomina. Więc jak porównam siebie uczącą się kiedyś i uczącą się teraz, to, to szybciej zapominam.

W wyniku pandemii oraz okresu izolacji osoby starsze, mając na uwadze potrzebę zachowania zdrowia fizycznego, podejmowały także ćwiczenia w swoich domach, przekształcając swoje pokoje w osobistą przestrzeń do treningu. To była jedna z odpowiedzi na konieczność pozostania w izolacji w celu ograniczenia możliwości zakażenia się wirusem Sars-CoV-2 i utrzymania dobrego stanu fizycznego.

Dla pani **Elżbiety** (72 lata) pandemia COVID-19 była kłopotliwym wydarzeniem, ale ona cieszyła się swoim zdrowiem i życiem mimo tych ekstremalnych warunków.

Ale jestem już w takim wieku, ale dzisiaj jestem zdrowa i cieszę się tym życiem, samym życiem się cieszę i to jest dla mnie ten to najważniejsze. O ja, wie pani, o jeszcze co, gimnastykowałam się, bo tu nawet o pod kocem hantle moje są, ponieważ ja jestem taka, ruszam się dużo, to może mi trochę tego ruchu brakowało, ale to ja tam sobie pochodziłam tutaj tak dookoła i wzięłam hantle, poćwiczyłam tak, tak spacer po domu, pootwierałam okna i uważam, że to zamknięcie.

Pani **Ludmiła** (72 lata) tak poradziła sobie z zachowaniem zdrowia fizycznego w czasie izolacji:

Zaczęłam ćwiczyć dwa razy, tak, ja ćwiczę raz dziennie z hantlami, a teraz tak ćwiczyłam dwa razy dziennie, a co tu sprzętać. Ja mam przestrzeń dużą, ja mam duże mieszkanie, w związku z tym nie będę wariatką, lazić z tą szmatą. Tak naprawdę sport i trochę malowanie i trochę tłumaczenie. Wzięłam się za taką niezleconą, samoistnie wyszukaną przeze mnie literaturę i zaczęłam ją tłumaczyć tylko po to, żeby komórki mózgowe pracowali.

Warto jednak zaznaczyć, że nie wszystkie osoby starsze preferowały aktywność samotniczą. Niektóre osoby starsze mogły nadal angażować się w aktywności grupowe poprzez wykorzystanie technologii online lub dostosowując swoje działania do nowych warunków pandemicznych.

Pani **Janina** (66 lat) w ten sposób relacjonuje swoją aktywność fizyczną z udziałem swoich koleżanek w czasie trwania pandemii COVID-19:

Tak, ale dokuczał nam bardzo właśnie brak ruchu, to wszyscy brak ruchu, brak tego kontaktu takiego, osobistego, no to gimnastyka, co dzień rano tu, na balkonie przy, świeżym powietrzu, żeby było. No niektóre koleżanki, potem tak po dwie osoby, co zakaz wstępu do lasów był

Tak, ale no, to na balkonie się ćwiczyło. Chodziło się od brzegu do brzegu, to tu, to tu, no i tak się czekało. Już później, jak było tak łagodniej, to dwie koleżanki chodziły na kijki po cichu. Po tym pomału, pomału, żeśmy dołączali, jak już to łagodniej było, to do lasu, to żeśmy do dziesiątki chodziły, do jedenastki nad zalew, po cichu, jak w konspiracji.

Pani **Maria** (63 lata) tak oto przedstawia swoją aktywność fizyczną wspólnie z przyjaciółmi.

W bezpieczne miejsca na spacer, przeważnie po lasach w małych grupkach z zabezpieczeniem oczywiście jakiś tam, środków takich niezbędnych. Nie zbliżając się, nie witając, ale jednakże spędzając czas ze sobą, zabezpieczając się po prostu w jakieś takie minimalne, jakieś środki ostrożności i powiem pani, że udało nam się, udało nam się. Uważam, że dzięki temu też nabyliśmy większej odporności i ludzie ci z mojego grona, z którymi akurat się spotkaliśmy w tych takich małych grupach, gdzie wychodziliśmy razem, staraliśmy się spędzać jak najwięcej czasu na powietrzu powiem pani, że, o dziwo, nie zachorowali.

Przez takie działania osoby starsze aktywnie dążyły do utrzymania swojej kondycji fizycznej i zdrowia. Systematycznie wykonywana umiarkowana intensywna aktywność fizyczna może pełnić funkcję prewencyjną przed chorobami wirusowymi oraz, w przypadku wystąpienia choroby, wpłynąć na jej łagodniejszy przebieg kliniczny (Woods i in., 2009, s. 2183–2191). Mimo oczywistych korzyści zdrowotnych płynących z regularnej aktywności fizycznej istnieją pewne ograniczenia, które należy uwzględnić w stosunku do osób starszych. Osoby cierpiące na choroby przewlekłe, wieloletnie schorzenia lub osiągające podeszły wiek powinny skonsultować się ze specjalistą przed rozpoczęciem jakiegokolwiek formy aktywności fizycznej. Ponadto nadmierne skupienie się na nadrobieniu brakującej aktywności może być niekorzystne, zwłaszcza jeśli dotychczas prowadzony był siedzący tryb życia. Gwałtowne wprowadzenie intensywnych lub długotrwałych ćwiczeń albo nagłe zwiększenie ich objętości mogą wpłynąć negatywnie na zdrowie i odporność osób starszych. Dlatego ważne jest unikanie ćwiczeń o znacznej intensywności i długości, na które organizm nie jest przygotowany (Chen i in., 2020, s. 103–104).

Większość uczestników badań przeprowadzonych przez autorkę niniejszej rozprawy doświadczyła przynajmniej jednego przypadku zachorowania na COVID-19. Wszystkie te osoby wskazywały na fakt, że choroba ta znacząco osłabiła ich kondycję fizyczną, proces powrotu do zdrowia trwał niezwykle długo, a skutki choroby nadal są przez nich odczuwane.

Pani **Barbara** (71 lat) tak relacjonuje swoją sytuację związaną z zachorowaniem na COVID-19:

Tutaj to ja miałam gorączkę, gorączki dostałam, ja nic nie mogłam jeść dosłownie. Nic nie mogłam jeść. Byłam u pani doktor, to właśnie zbadala mnie, że niby zapalenie płuc, przyjechałam do domu, później po pogotowie zadzwoniłam, ale jeszcze nie miałam tego COVIDA. No jak to było? A później nic w kartce zbadala. Nie, nie, raz zabrali mnie do tego i nie było miejsc. Nie było miejsc i po czterech dniach, czy po pięciu znowu pojechałam, to już mnie przyjęli na szczęście. Człowiek słaby, normalnie iść nie mógł. Bo jest człowiek całkiem osłabiony, że tak powiem. Po chorobie, no, nie doszłam do siebie. Nie dojdę, bo mówią, że nie dojdę, bo mówią, że jest osiem miesięcy, osiem miesięcy po chorobie i dalej nie mogę dojść do siebie. Prywatnie poszłam do tej tlenoterapii. Tam 1,5 godziny się siedziało, w tej komorze. Tam byłam pięć, ale to trochę pomogło mi, właśnie trochę pomogło.

Przebieg choroby u Pani **Teresy** (82 lata) był zupełnie inny. Ta kobieta nie była w szpitalu, ale bardzo ciężko przeszła chorobę i tak wspomina swój trudny czas, kiedy walczyła o zdrowie z niewidzialnym wrogiem.

To znaczy, ponieważ ja miałam jakieś takie nietypowe objawy i jeżeli wnuczka dzwoniła na pogotowie i oni stwierdzili, że jeżeli ja się nie duszę, to nie przyjadą, a ja się nie dusiłam, bo ja miałam zupełnie inne objawy. Ale byłam tak słaba, że już mówiłam, panie Boże, czy to koniec. Ogólna słabość. Ja miałam temperaturę i miałam po prostu taki smród. Odczucie takiego odoru, jakieś gumy, jakieś siarki, jakieś plastiki, no, no po prostu i to mnie mogło udusić, to mnie mało mnie to nie udusiło i zwracałam na okrągło. Wymioty. Smród. To było, to było nie do zniesienia i ta temperatura i osłabienie straszne. Ani mówić, ani myśleć, ani się modlić, ani patrzeć w telewizję, a nie czytać nic, absolutnie betka. Mam córkę pielęgniarkę i ona mi przyjechała. Przyjechała, przyjechała, przyjechała oczywiście w tym całym kombinezonie. No, no i tam troszeczkę mi to coś tam zaradziła. No ale cały tydzień myślałam, że umrę. Ciężko przeszłam i nigdy już tak naprawdę nie wróciłam do moich sił.

Utrudniony dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów i gabinetów rehabilitacyjnych w czasie trwania pandemii COVID-19 wpłynął także niekorzystnie na stan zdrowia fizycznego osób starszych z niepełnosprawnościami, a nawet zdarzały się przypadki zgonów.

Pan **Jan** (75 lat) bardzo krótko podsumował pracę lekarza rodzinnego:

A z kontaktem z lekarzem rodzinnym to tylko praktycznie, to było telefonicznie, także to, jakoś to było utrudnienie, po prostu nie było możliwości, no, no kontaktu osobistego.

Pani **Elżbieta** (67 lat) następująco relacjonuje swoją rozmowę z lekarzem pierwszego kontaktu:

Ja, nawet, ja, nawet mam taki żal, bo, no, bo tak, no bo tu nie było można dotrzeć, tu wszystko było pozamykane i tylko były wizyty na telefon, jak ja zadzwoniłam, bo ja akurat należę do pani doktor, mąż należy do innego lekarza, ale też tutaj w przychodni i zadzwoniłam do lekarza, to lekarz mnie mówi, tak: „Proszę panią, ja mam przed sobą wypis, nie wiem, czy to było, czy miał faktycznie wypis z tego szpitala męża, tu już po COVIDZIE, jak mąż już wrócił do domu. Wszystko tu jest ok. Wszystko jest ok. Ten stan będzie trwał długo. Proszę się dobrze odżywiać” – tak mi powiedział przez telefon. Proszę się dobrze odżywiać, proszę dużo spacerować. Wszystko to robiliśmy. A jednak ten stan zdrowia nie był w porządku. Nie był w porządku, bo gdyby mi powiedział, ja, jak mąż zmarł, to ja wszędzie poszłam, ja poszłam. Bardzo, źle, ja, ja nawet powiem tak, żeby mi to powiedział lekarz, że trzeba zrobić, proponuję zrobić prześwietlenie płuc, czy tam nie wiem, ja się po prostu na tym nie znam. Ja uzyskałam odpowiedź lekarza, że jest wszystko dobrze, że tak musi być. A mąż później zmarł.

Natomiast pani **Irena** (70 lat) podzieliła się swoimi refleksjami związanymi z możliwością uzyskania pomocy medycznej u lekarzy specjalistów:

Znaczy się w czasie pandemii to zachorowałam. No sprawa z oczami cały czas i z tą pandemią. W ogóle lekarze specjaliści, to żadnych tutaj nie ma. Żadnych tutaj, po prostu prywatnie skonsultowałam się z okulistą, który powiedział mi konkretnie, na co jestem chora. i tylko prywatnie lecę się w Poznaniu. Wydaje mi się, że tak się stało, bo to wszystko czekałam. To nie było tak szybko, tylko to trwało pandemia, pandemią, ale wszystko było nieczynne. Na wszystko musiałam czekać. Mogłam mieć wcześniej operacje robione, ale nie, a to sprawa moich oczu. To ja musiałam mieć tą operację, ale na wszystko czekałam. Były odwlekane operacje, jedna odwlekana operacja, aż pandemia zamknięte. To ja gorzej widziałam, denerwowałam się, bo dla mnie oczy, to ja mogę nie chodzić, ale oczy, to Z gabinetu rehabilitacyjnego korzystałam, ale prywatnie. Gabinety były otwarte, pełna znaczy się ochrona była i mogłam sobie, ale to wszystko prywatnie, bo państwowo było pozamykane. Troszkę problemy z kolanami i z kręgosłupem, tak, żeby nawet jakaś taka, samopoczucie to wszystko trzeba było płacić. Nie, to służba zdrowia to naprawdę ja to myślałam, że jeżeli ten system taki i będzie, że to będzie fajnie, a to jest dla mnie katastrofa.

Analiza stanu fizycznego osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie trwania pandemii COVID-19 ukazuje złożoność wyzwań, przed którymi stanęła ta wyjątkowo narażona grupa wiekowa. Ograniczenia w dostępie do opieki medycznej, do wsparcia społecznego oraz utrata aktywności fizycznej przyczyniły się do wydłużenia procesu zdrowienia. Długotrwałe objawy COVID-19, takie jak zmęczenie, trudności oddechowe, bóle mięśni, miały znaczący wpływ na jakość życia osób starszych z niepełnosprawnościami. W przypadku wielu badanych

stan fizyczny w tym okresie uległ znacznemu pogorszeniu, ze względu na niewystarczający bądź nieistniejący dostęp do lekarza pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów i gabinetów rehabilitacyjnych. Wszakże, mimo tych trudności, wiele jednostek, instytucji oraz społeczności wykazało się ogromną elastycznością i determinacją w zapewnianiu wsparcia. Inicjatywy w zakresie zapewniania dostępu do zdalnej opieki medycznej, wsparcie rodziny i sąsiadów stanowią znakomity przykład wspólnego działania w obliczu kryzysu.

Nauka z tego okresu podkreśla potrzebę ciągłego monitorowania i przygotowania społeczności na potencjalne przyszłe kryzysy zdrowotne. Dbłość o zdrowie osób starszych z niepełnosprawnościami wymaga zintegrowanego podejścia, które uwzględnia ich specyficzne potrzeby, zarówno w kontekście bieżących ograniczeń, jak i w perspektywie długofalowej.

Wartość wykazanej współpracy, elastyczności oraz empatia wobec osób starszych z niepełnosprawnościami podczas pandemii są drogocennymi wzorcami, które mogą służyć jako wskazówka dla przyszłych działań mających na celu wsparcie tej grupy wiekowej w ekstremalnych warunkach.

4.6. Dobrostan psychiczny osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19

Pandemia COVID-19, która wstrząsnęła światem, nie tylko miała wpływ na zdrowie fizyczne ludzi, ale także wpłynęła znacząco na ich dobrostan psychiczny (Fardin, 2020, s. 15–17). Osoby starsze z niepełnosprawnościami stanowiły grupę szczególnie narażoną na negatywne skutki pandemii wywołanej wirusem Sars-CoV-2. Należy podkreślić, że występowanie chorób zakaźnych prowadzi do wzrostu uczucia strachu i lęku, samotności i osamotnienia wśród całej populacji. Z powodu narastającej liczby zachorowań, wzrastającej liczby zgonów, ograniczonej wydolności systemów ochrony zdrowia, braku leków i szczepionki osoby starsze, ale nie tylko one, doświadczały obaw przed zakażeniem, śmiertelnymi skutkami, powikłaniami oraz interakcjami z innymi jednostkami potencjalnie zarażonymi, co miało istotny wpływ na zdrowie psychiczne, powodując wiele problemów emocjonalnych (Ornell i in., 2020, s. 232–235).

Niebagatelny wpływ na dobrostan psychiczny osób starszych miało także poczucie niepewności społecznej, ujmowane jako ograniczenia w przewidywaniu oraz brak pewności odnośnie do tego, co wydarzy się w przyszłości. Okres pandemii wymusił na ludziach izolację, ograniczenia społeczne i zmianę codziennych nawyków, które były szybkie i bezprecedensowe,

co mogło znacząco wpłynąć na ich zdrowie psychiczne. Długotrwałe napięcie emocjonalne w okresie i po przejściu przez traumatyczne wydarzenie, a takim można nazwać pandemię COVID-19, wiąże się z niekorzystnym oddziaływaniem na zdrowie psychiczne. Osoby starsze z niepełnosprawnościami mogły doświadczać jeszcze większego obciążenia, ze względu na swoje specyficzne potrzeby i ograniczenia w dostępie do kontaktów z rodziną, znajomymi, jak również utrudnionego wsparcia medycznego, rehabilitacyjnego, konieczności utrzymania dystansu społecznego i poczucia izolacji oraz odosobnienia. Obawy przed tym, co nieznanne, oraz brak pewności mogą skutkować pojawieniem się różnorodnych schorzeń psychicznych oraz niezdrowych reakcji, jak na przykład częstsze przyjmowanie substancji psychoaktywnych (Dymecka, 2021, s. 3). Ponadto podczas epidemii liczba osób doświadczających negatywnych skutków związanych ze zdrowiem psychicznym zwykle przewyższa liczbę jednostek dotkniętych samą infekcją. Co więcej, efekty psychologiczne epidemii mogą utrzymywać się dłużej niż sama epidemia (Shigemura i in., 2020, s. 281–182). Dodatkowo łatwa dostępność do nowoczesnych technologii komunikacyjnych oraz rozpowszechnianie sensacyjnych, nieprecyzyjnych lub fałszywych informacji mogą skutkować zwiększeniem poziomu napięcia społecznego i stresu (Ornell i in., 2020, s. 232–235).

Pani **Maria** (63 lata) tak poradziła sobie z nieprecyzyjnymi informacjami w czasie pandemii COVID-19:

Ale słuchając na przykład różnych stacji, dowiadywałam się zupełnie różnych informacji. Informacje były rozbieżne, więc każdy myślący człowiek powinien sobie gdzieś te informacje wypośrodkować. Usystematyzować i wybrać odpowiednią opcję dla siebie.

Relacja pani **Ludmiły** (72 lata) dowodzi, że informacje przekazywane przez telewizję mogły wywołać strach.

Tak oczywiście, przy tym ja oglądam telewizję i rosyjską, i polską i dlatego mogę porównać – i tam mówiono było o tym, i tu mówiono o tym, tam podawali informację, tu podawali liczebność zachorowań, także to praktycznie widziałam, że to już nie żarty. Prawie mówili to samo. Bo w Rosji na przykład budowano szpitale, były w krótkim czasie potężne szpitale, to było nie do uwierzenia, że można w takim krótkim czasie zbudować taką potęgę, czyli sytuacja było wyglądała tak jak w Chinach. Tam zresztą też budowano szpitale bardzo szybko, wyposażane było wszystko, także tak. Sytuacja była groźna. Ja tak myślę, że tak. A we Włoszech co się działo to, też nie wiadomo, czy te trupy to byli propagandę, czy nie, ale no było. Pokazywali.

Według pana **Jana** (75 lat) informacje podawane w czasie pandemii COVID-19 były nierzetelne i panował chaos informacyjny, co mogło wywołać zwiększone napięcie społeczne.

Zresztą, telewizję oglądam i oglądałem, i radia słuchałem też, także. No, to, co można, ale to było na pewno jedno z okienek na świat. No różne było na przykład, nie rozumiałem pewnych rzeczy, Ministerstwa Zdrowia nie rozumiałem, bo raz było tak, raz było tak. Nie przekazywali wiarygodnych informacji, trzeba było po prostu robić sobie wewnętrzną selekcję tych wiadomości i opierać jeszcze o inne. No tak, chaos i brak rzetelnych informacji.

Podczas pandemii COVID-19 często poruszało się kwestie związane zarówno ze strachem, lękiem, samotnością, jak i osamotnieniem. Mimo że te terminy mogą wydawać się zbliżone, istnieje istotna potrzeba ich rozróżnienia. Strach pojawia się w reakcji na rzeczywiste zagrożenie, podczas gdy lęk często ma charakter irracjonalny, wywodzi się z wyimaginowanego ryzyka lub przewidywanego niebezpieczeństwa. Lęk może również być interpretowany jako objaw związany z zaburzeniami psychicznymi (Szatan, 2012, s. 325–342). Samotność to stan emocjonalny, w którym odczuwa się brak obecności bliskiej osoby oraz doznaje się opuszczenia przez innych. To także bycie w izolacji bez rodziny i przyjaciół (Dunaj, 1999, s. 528). Osamotnienie natomiast jest doświadczeniem subiektywnym, zazwyczaj utożsamiane z sytuacją, w której odczuwa się izolację spowodowaną brakiem głębokich więzi emocjonalnych i intelektualnych z innymi ludźmi.

W badaniach autorka dowiodła, że wszystkie te stany emocjonalne, zarówno strach, lęk, samotność, jak i osamotnienie, wystąpiły w czasie pandemii COVID-19. Osoby starsze obawiały się o swoje zdrowie i życie oraz o zdrowie i życie najbliższych. Towarzyszył im każdego dnia strach, który był naturalną reakcją na realne ryzyko związane z rozprzestrzenianiem się wirusa. Strach spowodował zmianę zachowań, które były widoczne choćby w noszeniu maseczek, myciu rąk i zachowywaniu dystansu społecznego.

Z relacji pana **Jana** (75 lat) można wywnioskować, że obawa o swoje zdrowie i życie była ogromna.

No było to dla mnie takim strachem przed tym, że co mnie czeka, byłem mocno, no przestraszony prawie, bo ten wiek akurat sprawia to, że byłem na tej pierwszej linii możliwości zarażenia, bo ze względu na stan wieku i byłem po prostu przestraszony, mocno przestraszony. No i potem no po prostu w tym momencie, słuchałem zaleceń, to co w telewizji, maseczki, no i możliwości zabezpieczenia się, no zabezpieczenia w tym sensie, że jakby były jakieś tam szczepienia, to, to, to chętnie bym pobrał. Uważałem, że jeżeli skoro to jest naukowo stwierdzone, noszenie maseczek, i zalecane było przez lekarzy i przez Ministerstwo Zdrowia, to byłem skłonny się podporządkować i wtedy zaakceptować. Gorzej obawiałem się tak, na przykład przemieszczania, czy do lekarza, czy do miasta, czy na zakupy większe jakieś, to ta możliwość mnie przerażała, bo to znaczy te niebezpieczeństwo jakieś takie.

Strach również był przyczyną dobrowolnej izolacji społecznej, co przełożyło się na ograniczone kontakty zarówno z rodziną, jak i innymi osobami.

Postawa, którą przyjęła pani **Elżbieta** (67 lat), świadczy o tym, jak łatwo można było manipulować osobami starszymi w czasie pandemii COVID-19, które zrobiłyby wszystko po to, aby podporządkować się zaleceniom i uchronić swoje zdrowie i życie oraz życie i zdrowie najbliższych.

Nie buntowałam się w niczym. Tak kazali robić, ja zresztą nigdy tam nie byłam taka anty, żebym po prostu robiła coś to, co, co albo wyśmiewała kogoś. No mało tego, nie wiem czy, no potem już też się zastanawiałam, bo my w miesiącu wrześniu nawet szczepiliśmy się szczepionką przeciw grypie. To znaczy powiem, tak. Ja nie buntowałam się, no może tylko dlatego, może tylko było mi to tak po prostu, trudno, że nie mogłam się kontaktować z moimi rodzicami, bo oni już są starzy, to znaczy się w wieku podeszłym. Tak, bo ona mama ma 88, tata 87. No także, no tutaj tak jakoś mi było ciężko to, ale my tutaj z mężem mieszkaliśmy sobie, siedzieliśmy w domu także, że no nie mogę, na pewno na pewno w jakimś sensie to było ciężkie. No to wiadomo, dzieci, wnuki i rodzice i tak to jakoś wyglądało.

Strach w czasie pandemii COVID-19 wymusił na wielu osobach starszych zmianę stylu życia. Wiele osób zmodyfikowało swoje codzienne nawyki ze względu na obawy związane z pandemią. Rezygnacja z planów, zamknięcie miejsc rozrywki i spotkań oraz ograniczenia w mobilności miały duży wpływ na życie i dobrostan psychiczny.

Dla pani **Barbary** (74 lata) okres pandemii wywołanej koronawirusem Sars-CoV-2 stał się trudnym czasem pod względem psychicznym.

Troszkę wiadomo, że troszkę się człowiek załamuje. Nie i inaczej, to już, już zawsze jest pod takim strachem i jest, no jest, bo człowiek się boi, do dzisiaj się boję. Przede wszystkim brałam leki. Dzwoniłam do pani doktor, dostawałam leki i po prostu uspokajałam się. Ale moje życie psychiczne w czasie tej pandemii uległo pogorszeniu. Samo to, że jeszcze nie iść odwiedzić tam czy tam brata, czy, czy do, do tego. No starałam się jak najmniej chodzić po rodzinie. Rodzina do mnie też tylko to, co potrzeba było.

Życie pani **Jolanty** (65 lat) zmieniło się diametralnie.

Nagle ten mój małżonek zmarł. Ja się zawsze staram, zawsze coś robić, czym się zająć, czymś tego, nie mieć tych negatywnych myśli takich, nie? Mimo wszystko. No później po tej śmierci, no to trochę tak podupadło mi się. Ale to wiadomo, nie? Ja powiem pani, że jeszcze do tej pory czasem jakoś tak nie docierają do mnie pewne rzeczy. Mieliśmy plany, mieliśmy wszystko, na emeryturę miał przejść akurat. To też przedłużył tę pracę ze względu na tą pandemię, bo jednak parę złotych zawsze więcej. No nie udało się.

W sytuacji niepewności, lęku przed chorobą i niepokojem związanym z przyszłością osoby starsze z niepełnosprawnościami mogły doświadczać trudności w podejmowaniu decyzji. Mogło to obejmować zarówno małe, codzienne wybory, jak i większe decyzje życiowe. Lęk natomiast mógł przyczynić się także do wzrostu negatywnych myśli i pesymizmu. Osoby starsze skupiały się na potencjalnych zagrożeniach, co mogło pogłębiać stany lękowe i utrudniać postrzeganie pozytywnych rzeczy związanych z codziennością i przyszłością.

Pandemia COVID-19 stanowiła bardzo trudny okres dla wielu osób starszych z niepełnosprawnościami. Z relacji pani **Jolanty** (65 lat) wynika, że ten czas pandemiczny, a zwłaszcza informacje, które docierały do ludzi, wywoływały lęk i obawę o każdy dzień, ten obecny i przyszły.

A jak już były informacje, to tylko, że ktoś umiera, umiera i ta śmierć, to już za dużo tego, nie? Ja to nawet się gdzieś tam wyłączałam z tego, bo nie dało się normalnie żyć, ten lęk przed śmiercią mnie paraliżował.

Warto podkreślić, że wpływ lęku jest indywidualny i zależy od wielu czynników, takich jak osobiste doświadczenia, wsparcie społeczne, zdolności radzenia sobie z nim oraz dostęp do odpowiedniej opieki zdrowotnej, której w tym okresie nie było na oczekiwanym poziomie i w dostępnej formie. Teleporady nie zastąpiły, w ocenie osób starszych, tradycyjnych wizyt bezpośrednich.

Pani **Wanda** (71 lat) tak oto przekazuje swoje spostrzeżenia dotyczące lęku i możliwości leczenia się w pandemii:

Osoby chore na choroby nowotwory, przecież to tragedia. Nie można było się nigdzie dostać.

Tak. Ja się tylko modliłam, żeby nikt z moich bliskich nie zachorował na taką chorobę, gdzie trzeba by było gdzieś tam do specjalisty. Bo o ile dwa lata czy ile to żadnego specjalisty nie? 1,5 roku nie można było się dostać. To była tragedia, przede wszystkim kardiologdy.

Natomiast przeżycia związane ze śmiercią bliskiej osoby pozostawiają ogromny ślad w psychice człowieka. Pani **Wanda** (71 lat) do dziś nie potrafi pogodzić się ze śmiercią bliskiej osoby, która odeszła nagle.

To straszne być może, że wiele ludzi odeszło w ogóle, nie, nie z powodu COVID-u tak. A wszystko podszywało się pod COVID. Wszyscy tak mówili to nie tylko ja. Tak, ja przeżyłam, ja przeżyłam, bo mój przyjaciel zmarł, Boże taki facet 61 lat miał. Ja myślałam, że zwariuję, jak się dowiedział, a wiedziałam, bo nie podjął walki, nie podjął walki, nie Leszek, to tak, on był taki on był i ja mówiłam, dmuchaj, masz te rurki, zapakowałam, dmuchaj, dmuchaj Leszek, dmuchaj w te rurki cały dzień. Ciągle dzwoniłam, przypominam, dmuchaj i dmuchaj i oddychaj,

nie kładź się, nie kładź się tamten poddał się, zmarł też mój swat tak 4 dni i nic nie pomogło. Córka z Poznania przyjechała, najlepszy jakiś sprzęt przywiozła tutaj. Bo ona też, też po medycynie tak. Nic nie pomogło. Zszedł i wszystko. Myślę, że wszystkich zdrowie psychiczne ucierpiało, nie tylko moje. Ja myślę, że to, że to po prostu, ja to postrzegałam, jak gdyby, jakby to taka Apokalipsa tak, że to jednak ten koniec się zbliża, że to przyszło to, że to już nie ma nadziei, i czuję taki lęk, boję się.

Następnym elementem, który wpłynął na dobrostan psychiczny osób starszych w czasie pandemii COVID-19, była samotność. Samotność osób starszych z niepełnosprawnościami stała się szczególnie ważnym problemem w tym czasie. Wprowadzone środki ograniczające kontakt społeczny, takie jak dystans społeczny i izolacja, miały na celu ochronę osób starszych przed zakażeniem się wirusem. Niemniej jednak te same środki bezpieczeństwa mogły prowadzić do wzrostu uczucia samotności i izolacji w tej grupie wiekowej. Wiele osób starszych regularnie kontaktuje się z rodziną, przyjaciółmi i bliskimi, aby utrzymać swoje zdrowie psychiczne i emocjonalne. Pandemia ograniczyła lub całkowicie uniemożliwiała bezpośrednie spotkania, a to dla wielu osób stało się przyczyną samotności.

Kolejną osobą, która chciała się podzielić swoimi przeżyciami z czasów pandemii, był pan **Roman** (68 lat).

O nie, nie, izolacja społeczna, taki bunt wywoływało, bo no ja, jestem osobą bardzo kontaktową i lubię przebywać z ludźmi i raptem jest ten zakaz, taki spotkania się. No to taki. No nie wiem, jak mam to nazwać. No bunt taki się zrobił. No jak to? I nie było wiadomo tego, no jak to długo i no ten zakaz będzie obowiązywał i jakie to skutki w ogóle takie emocjonalne przyniesie w społeczeństwie.

W badaniach uczestniczyło wiele osób, które były członkami UTW. W trakcie przeprowadzonych wywiadów uczestnicy wyrazili swoje zaniepokojenie związane z utratą kontaktów ze swoimi znajomymi w czasie trwania pandemii COVID-19, z którymi wcześniej regularnie uczestniczyli w różnych aktywnościach na uniwersytecie. Wspólne wykłady, warsztaty oraz spotkania kulturalne nie tylko stanowiły źródło edukacji, ale przede wszystkim istotny element budowania wartościowych relacji społecznych. Rozmowy ze znajomymi, wymiana myśli oraz wzajemne wsparcie, które miały miejsce w trakcie przerw między zajęciami na UTW, stanowiły nieodłączny element aktywnego życia społecznego uczestników badań autorki rozprawy. W wyniku wprowadzonych obostrzeń związanych z pandemią te cenne relacje nagle uległy zakłóceniu. Osoby biorące udział w badaniu skonfrontowane zostały z uczuciem izolacji, wynikającym z ograniczenia codziennych interakcji zarówno z przyjaciółmi, jak i innymi uczestnikami uniwersytetu. Te zmiany wpłynęły na sposób, w który

doświadczali swojego związku z otaczającym ich światem, oraz na to, jak radzili sobie z emocjonalnym wymiarem samotności.

Badania wyraźnie podkreślają, że interakcje rodzinne, społeczne i towarzyskie mają ogromne znaczenie dla osób w podeszłym wieku. Nie tylko przyczyniają się do procesu uczenia się, ale również stanowią istotny element kształtujący jakość życia. To uwiadczenia, jak istotne jest podejście oparte na empatii i zrozumieniu, aby pomóc starszym ludziom w radzeniu sobie z uczuciem samotności oraz w utrzymaniu aktywnych kontaktów społecznych, nawet w sytuacjach ograniczeń wywołanych pandemią.

Rozmowa z pani **Elżbietą** (72 lata) pokazuje, jak ważne są wzajemne dobre relacje z bliskimi osobami w celu zredukowania do minimum pesymistycznego podejścia do życia.

Powiem pani, nie, nie lubię z ludźmi, którzy od rana do wieczora mówią o chorobach, czasem pacjentki przychodziły różne do mnie z zębami, ale przy okazji jeszcze tam coś chciały powiedzieć. Wie pani, ja to jestem cała chora, u mnie nic nie ma zdrowego. Myślę sobie, no trochę tego niezdrowego, to ty sobie sama w ciągu życia dajesz. Za moich czasów takich nie było. Ale powie pani, że nie lubię takich ludzi. Mam koleżankę po fachu, 82 lata dokładnie, ja 72, ona 82, należy do uniwersytetu ostatnio tak trochę przestała chodzić, nie dlatego, że jest jakaś chora, tylko ona się bardziej chyba bała tego COVIDU i niedaleko tu Piły mieszka i powiem Pani ona jak do mnie przychodzi, to my nigdy nie rozmawiamy o żadnych chorobach. i nigdy nie narzekamy, i nigdy niekwaśna mina, i tak dalej – i powiem pani, ona ma 82 lata, ale ja uważam, ja zawsze mówię Ela, bo ona też Ela, ja bym chciała dożyć tego wieku i takim i mieć taką pogodę ducha.

Samotność może prowadzić do uczucia smutku, beznadziejności oraz utraty zainteresowania życiem. Pandemia COVID-19 mogła przyczynić się do nasilenia samotności u osób starszych. Pozytywne myślenie oraz odpowiednie przygotowanie do ewentualnego bycia osobą samotną pozwala lepiej radzić sobie z tym stanem emocjonalnym. Pozytywne myślenie może pomóc osobom starszym w utrzymaniu zdrowia psychicznego i niezależności oraz satysfakcji życiowej.

Pani **Ludmiła** (72 lata) tak oto przedstawia radzenie sobie z samotnością:

Samotność to jest takie poczucie, dziwne dla każdego. Każdy inaczej przeżywa. Nawet jak odszedł mąż, to nie miałam takiego okresu, żeby głową walić o ścianę, a znam takie panie, które stracili męża i naprawdę tragicznie znosi to, ja znowuż sama ze sobą, ja dużo czytam, dużo czytam literatury psychologicznej. Jak sobie radzić, pokochaj siebie, z tego gatunku, takich tak literatury, dlatego ja umiem to wszystko sobie wytłumaczyć. Nie, ja nie czułam się samotna. Ja lubię nawet być sama.

W przypadku pani **Wandy** (71 lat) samotność w czasie pandemii COVID-19 była nieunikniona.

Tak, czułam się samotna. Czułam się samotna, bo ja jestem osobą taką, która lubi żyć, tak. Absolutnie nie domatorką i brakowało mi takich różnych. Ja nie mówię, że ja mam przyjaciół nie wiem ilu, że jak chodzę po chatach, że to czy tamto, nie, ale ja lubiłam wyjść, gdzieś do kina czy do teatru, jakiś spektakl, jakiś nie wiem, operetka, coś tam takiego, gdzieś wyjechać, tak inaczej żyłam tak, a tutaj zamknięta całkowicie tylko telewizor ja i moja praca tak naprawdę. Tak. Czułam się taka samotna, nie wiedziałam, co z sobą zrobić.

Ważne jest, aby rodzina, społeczeństwo i instytucje były świadome wpływu samotności na osoby starsze i dążyły do tworzenia środowisk sprzyjających interakcjom społecznym oraz wsparciu emocjonalnemu. Inicjatywy, takie jak utrzymanie kontaktów rodzinnych, które zacieśniają więzy rodzinne, zajęcia grupowe czy możliwości aktywności społecznej, mogą pomóc w łagodzeniu skutków samotności wśród osób starszych.

Osamotnienie natomiast, które jest doświadczeniem subiektywnym, może rzeczywiście istotnie wpływać na dobrostan psychiczny osób starszych, a tym bardziej szczególnie w czasie pandemii. Izolacja i brak głębokich więzi emocjonalnych oraz intelektualnych z innymi ludźmi mogą oddziaływać na wiele wymiarów ich życia i zdrowia psychicznego. Osoby starsze mogą doświadczać obniżenia nastroju, uczucia smutku i przygnębienia, natomiast brak interakcji społecznych może zwiększać uczucie pustki i niezadowolenia.

Dla pani **Malgorzaty** (65 lat) pandemia COVID-19 była bardzo trudnym okresem, który wywarł znaczny wpływ na jej dobrostan psychiczny.

No, właśnie było, to było drastyczne, byłam osamotniona, bo pierwszy dzień świąt, pamiętam właśnie ten wybuch tej pandemii, my żeśmy nie byli u moich dzieci. Znaczący u syna, bo tylko syna mam, i nie byliśmy w święta, gdzie zawsze razem spędzaliśmy czas, nie byliśmy, właśnie z uwagi na to, że jednak, bo dzieci do szkoły jeszcze chodziły. Żeby jednak był ten lęk i jakaś taka przestroga, tak przed tym zarażeniem, następne święta już były lepsze, to spędziliśmy zupełnie sami z mężem, właśnie też na działce i zupełnie sami, nie było to miłe, nie było to fajne, nawet dzieci, jak gdyby się czuły trochę obrażone, że aż do tego stopnia żeśmy się posunęli.

W czasie pandemii osamotnienie miało głęboki i często negatywny wpływ na dobrostan psychiczny osób starszych. Odczuwanie izolacji i braku głębokich więzi emocjonalnych oraz intelektualnych z innymi ludźmi prowadziło do szeregu skutków, które wpłynęły na ich zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie. Osamotnienie ograniczało

możliwość dzielenia się emocjami i problemami z innymi. Brak wsparcia emocjonalnego mógł skutkować wzrostem uczucia niepokoju i niepewności dotyczącej teraźniejszości i przyszłości. W celu łagodzenia tego wpływu istotne jest kreowanie alternatywnych sposobów utrzymania kontaktów społecznych, wspieranie inicjatyw społecznościowych oraz zapewnienie dostępu do technologii, które umożliwią interakcje online. Również rodzina, przyjaciele i organizacje społeczne odgrywały znaczącą rolę w zapewnianiu wsparcia emocjonalnego, towarzystwa i pomocy w trudnych chwilach.

Czynnikiem, który wpłynął na dobrostan psychiczny osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii, był także stres, który nie wynikał jedynie z lęku przed zarażeniem, lecz także stanowił rezultat odczuwania nudy, frustracji, drażliwości związanych z koniecznością pozostawania w izolacji oraz poczuciem uwięzienia.

Pandemia wpłynęła w negatywny sposób na dobrostan psychiczny pani **Ireny** (70 lat), wywołując u niej frustrację.

Troszkę się zamknęłam w sobie, powiem tak, nie ufam nawet czy sąsiadom, mniej rozmawiam, no, bo jakaś, taka sytuacja. Jak tutaj u nas w bloku była to jeden przed drugimi ukrywał się, nie chciał mówić. Nikt nie chciał. Wiedzieliśmy, że są chorzy, ale ukrywali się. To było taką wielką tajemnicą i wszyscy właściwie pozamykaliśmy się w domach. Siedziałam w domu, ale to było dla mnie naprawdę, bo jestem. No byłam taką osobą, aktywną wszędzie i chodziłam i jeździłam, ale to zamknięcie bardzo mnie zmieniło. Zamknęłam się w sobie.

Pan **Waldemar** (68 lat) tak relacjonuje fakt związany ze stresem, który był wynikiem nudy:

No to była nuda też. Ani wyjść, ani nic, no, trudno. Dobrze, że mam psa, bo dużo z psem chodziłem. Nie było kontaktu z ludźmi, była izolacja.

Konieczność przebywania w izolacji była dla pani **Cecylii** (75 lat) trudnym przeżyciem.

No było to trudne, było to trudne. Ja pamiętam, wychodziłam tylko na spacer. Mieszkam przy wyspie, to szłam na tą wyspę, żeby troszeczkę świeżego powietrza zaczerpnąć. Ale było to trudne. Większość dnia spędzało się w domu. Ja mieszkam w boku. Zawsze w domku możesz wyjść na podwórko, a my już byliśmy zamknięci w tych klatkach. W windzie też było, żeby tylko jedna osoba jeździła w windzie. Człowiek bał się do sąsiadów odezwać, bo jak się okazuje, to prawie wszyscy byli chorzy.

Jedną z ważniejszych przyczyn stresu stała się także kwarantanna. U ludzi, którzy zostali poddani kwarantannie, zaobserwowano znacznie wyższy stopień występowania objawów niepokoju psychicznego (Dymecka, 2021, s. 8). Dla jednostek poddanych

kwarantannie istotne źródła stresu stanowiły obawy o swoje zdrowie oraz lęk związany z potencjalnym zakażeniem członków najbliższej rodziny.

Tak oto wspomina okres kwarantanny pani **Cecylia** (75 lat):

Moja wnuczka też przyjechała z Warszawy. Udostępniłam jej mieszkanie. Wyprowadziłem się tam do znajomego. A ona sama dwa tygodnie, bo była w tym. Okres, jak to się nazywało, kwarantanna. No jeden generalny był taki strach. To trzeba powiedzieć. Baliśmy się wszyscy, bo to była nieznana. Jednak sytuacja nieznana. Choroba też była nieznana, to był taki lęk, strach przed tym. Już potem troszeczkę oswoiliśmy się nie.

Wpływ pandemii wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 na dobrostan psychiczny osób starszych z niepełnosprawnościami jest kwestią istotną i złożoną, zasługującą na głębszą analizę w kontekście badań nad tym zagadnieniem. Osoby w tej specyficznej grupie wiekowej narażone są na wyjątkowe wyzwania, których efektem mogą być istotne konsekwencje dla ich zdrowia psychicznego. Nagłe pojawienie się pandemii, której nikt się nie spodziewał, spowodowało utratę poczucia bezpieczeństwa psychicznego i emocjonalnego u wielu osób starszych. Nikt nie był ani bezpośrednio, ani pośrednio przygotowany na nadejście pandemii, na skutki, a co gorsza – na konieczność przeciwdziałania jej negatywnym konsekwencjom.

W jednym z istotnych wymiarów tego wpływu zauważa się zwiększone ryzyko zdrowotne, stanowiące istotne źródło lęku, strachu, samotności, osamotnienia i stresu. W obliczu potencjalnych powikłań COVID-19 obawy o własne zdrowie oraz zdrowie bliskich mogą prowadzić do zwiększonej presji emocjonalnej, co może niekorzystnie oddziaływać na dobrostan psychiczny osób starszych z niepełnosprawnościami.

Kolejnym ważnym elementem jest ograniczenie dostępu do niezbędnej opieki medycznej oraz terapii, co stanowi istotne źródło niepewności i bezradności. Osoby starsze często są uzależnione od regularnej opieki i wsparcia, co w przypadku braku dostępu do tych instytucji w czasie pandemii prowadziło do zaostrzenia uczucia izolacji i osamotnienia.

Izolacja społeczna stanowi kolejny obszar, w którym widoczne są negatywne skutki pandemii w obszarze zdrowia psychicznego tej grupy wiekowej. Wiele osób starszych z niepełnosprawnościami uczestniczy intensywnie w życiu społecznym, a ograniczenia w tym zakresie mogą prowadzić do głębokiego poczucia osamotnienia oraz wzrostu napięcia emocjonalnego.

Warto także podkreślić trudności w komunikacji, zwłaszcza w przypadku osób z pewnymi rodzajami niepełnosprawności, które mogą być dodatkowo nasilone przez obowiązek noszenia maseczek, utrudniających im oddychanie i wywołujących uczucie strachu

i lęku przed wyjściem z domu czy korzystaniem z komunikacji. Te wymogi mogły wpłynąć na ich poczucie zrozumienia i przynależności społecznej.

Kolejny czynnik generujący stres i lęk stanowi brak dostępu do wsparcia opiekunów lub specjalistycznych placówek. Wielu jednostkom z niepełnosprawnościami potrzebna jest regularna pomoc, a ograniczenia dostępu mogą prowadzić do narastającej frustracji i niepokoju.

Aby dokonać poprawy dobrostanu psychicznego osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii istotna jest analiza problemu i stworzenie kompleksowych programów wsparcia. Dzięki temu można identyfikować osoby, które szczególnie mocno odczuwają skutki pandemii na poziomie psychicznym. Wczesne wykrywanie problemów pozwala na szybszą interwencję i udzielanie pomocy. Może to zapobiec pogłębianiu się trudności w leczeniu chorób, które mają podłoże psychiczne i mogą doprowadzić do depresji oraz stanów lekowych, co wymaga już na wczesnym etapie leczenia farmakologicznego. Analiza pozwala również zrozumieć, które rodzaje wsparcia są najbardziej potrzebne w danym społeczeństwie w przypadku omawianej grupy wiekowej. Na tej podstawie otrzymanych danych będzie można opracować programy dostosowane do specyficznych potrzeb i skutecznie je realizować. Obejmuje to zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej i terapii, umożliwienie dostosowanej komunikacji z rodziną, przyjaciółmi, bliskimi oraz rozwinięcie działań społecznych, które pozwolą na utrzymanie kontaktów społecznych nawet w warunkach zdalnych, jeśli osoby starsze będą potrafiły obsługiwać platformy przeznaczone szczególnie dla nich. Skupienie się na zdrowiu psychicznym jako równorzędnej sferze zdrowia w czasie pandemii pozwala na rozwijanie zintegrowanych programów opieki zdrowotnej, które uwzględniają zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne. Empatia, zrozumienie i specjalistyczne wsparcie stanowią podstawę w trosce o dobrostan psychiczny osób starszych z niepełnosprawnościami w obliczu wyzwań popandemicznych.

4.7. Sytuacja zawodowa osób starszych z niepełnosprawnościami aktywnych zawodowo podczas trwania pandemii COVID-19

W literaturze aktywność zawodowa jest określana jako udział osoby w procesie tworzenia dóbr i usług dla społeczeństwa, co obejmuje wykonywanie pracy przynoszącej korzyści ekonomiczne dla ogółu społeczeństwa (Gawron i in., 2021, s. 49). Aktywność zawodowa nie tylko zaspokaja fundamentalne potrzeby jednostki, lecz także stanowi obronę przed wystąpieniem nierówności społecznych i ekonomicznych, takich jak bieda, brak

zatrudnienia czy wykluczenie społeczne. Osoby starsze z niepełnosprawnościami, które decydują się na kontynuowanie pracy zawodowej, przyczyniają się do odciążenia finansowego państwa, ograniczają prawdopodobieństwo niedostatku materialnego w swoich gospodarstwach domowych, a także pozostają dłużej aktywni w środowisku społecznym.

Kwestia aktywności zawodowej osób starszych jest zazwyczaj analizowana w dwóch wymiarach: ekonomicznym (dotyczącym proporcji między liczbą ludności w wieku produkcyjnym a liczbą osób w wieku poprodukcyjnym) oraz psychospołecznym (dotyczącym potrzeby aktywności i poczucia społecznej wartości w życiu osób starszych) (Zych, 2020, s. 24). W 2007 roku ekonomista Nassim N. Taleb przedstawił teorię „czarnego łabędzia”, koncentrując się na obszarach niepewności, nieprzewidywalności i ryzyka. Taleb wprowadził tę koncepcję jako narzędzie do wyjaśnienia zjawisk, które pojawiają się niespodziewanie i mają znaczący wpływ na współczesne społeczeństwa (Zych, 2020, s. 25). Charakterystyka „czarnych łabędzi” obejmuje kilka elementów. Przede wszystkim są to zdarzenia nieprzewidywalne, które wywołują znaczące skutki i dopiero po pewnym czasie możliwe staje się zrozumienie ich przyczyn. Tego rodzaju wydarzenia wyróżniają się, po pierwsze, swoją nietypowością, ponieważ wychodzą poza granice naszych oczekiwań, nie mając poprzednich analogii. Po drugie, mają drastyczny wpływ na rzeczywistość. Po trzecie, mimo ich nietypowości, nasza ludzka natura nakłania nas do poszukiwania po fakcie logicznych wyjaśnień dla ich wystąpienia, aby nadać im sens i możliwość przewidywania (Taleb, 2020, s. 25). W obszarach ekonomicznym, finansowym i społecznym nie ma wątpliwości, że pandemia COVID-19 może stanowić wyraźny przykład zjawiska nazywanego „czarnym łabędziem”.

Na podstawie ekonomicznych analiz wpływ pandemii COVID-19 na rynek pracy można opisać jako szok o charakterze strukturalnym, wynikający z zaburzenia równowagi między popytem a podażą. Występuje tu nagłe zjawisko, jakim jest pandemia, które jest krótkotrwałe i nieoczekiwane, lecz znacząco wpływa ono na gospodarkę, w tym również na rynek pracy, wytrącając go z długookresowej równowagi. Ten zaskakujący efekt ma charakter popytowy, ponieważ spadło zapotrzebowanie na wiele towarów i usług z powodu obaw przed infekcją, a dodatkowo zostało potęgowane przez narzucone przez władze ograniczenia dotyczące poruszania się. W rezultacie głównie branże oparte na bezpośrednim kontakcie między ludźmi doświadczyły spadku popytu na swoje usługi.

W trakcie trwania pandemii COVID-19 sytuacja zawodowa osób starszych z niepełnosprawnościami, które aktywnie uczestniczyły w życiu zawodowym, stała się szczególnie złożona i wymagająca. Wśród populacji osób starszych dominują takie, które nie są zaangażowane w aktywność zawodową, przede wszystkim z racji przejścia na emeryturę.

Wśród osób, które uczestniczyły w badaniach, zaledwie trzy pozostawały aktywne zawodowo, z kolei jedna osoba angażowała się w pracę na podstawie umowy-zlecenia. Pandemia wpłynęła na wiele wymiarów ich życia zawodowego, zarówno w kontekście samej pracy, jak i otoczenia społecznego. Przede wszystkim osoby starsze z niepełnosprawnościami, które kontynuowały pracę w trakcie pandemii, musiały stawić czoła nowym wyzwaniom. Wprowadzenie obostrzeń i restrykcji mogło skutkować koniecznością dostosowania środowiska pracy do nowych wymogów sanitarnych, co często wiązało się z trudnościami organizacyjnymi i technicznymi, a także ze zmniejszeniem wynagrodzenia.

Pani **Wanda** (71 lat), która była jedną z nielicznych osób biorących udział w badaniu pracującą zawodowo, tak wspomina ten bardzo trudny dla niej czas pandemii COVID-19:

Jest tak, że na przykład był taki czas, że jak żeśmy dwie, dwie pracowały, to zmieniałyśmy się dzisiaj ja, jutro ty przychodzisz. Tak. Bo, żeśmy się zmieniały, albo jak ona tam jakiś katarek miała, czy coś, to już ja nie przychodziłam, to ona zdalnie pracowała. No tak żeśmy się zmieniały i naprawdę to był trudny okres. Naprawdę, bo okazuje się już tego nie ma w pracy. Wynagrodzenie zmniejszyli, nie etat. Ale pracę należało wykonać tą samą.

Dodatkowo w przypadku wielu miejsc pracy nastąpiła zmiana z trybu stacjonarnego na tryb zdalny, co mogło wpłynąć na dostępność i wydajność osób starszych z niepełnosprawnościami. Pandemia bowiem prowadzi do kształtowania społeczeństwa, które staje się bardziej mobilne i opiera się na technologii cyfrowej. Dla niektórych mogło to oznaczać trudności w dostępie do niezbędnych narzędzi czy technologii, co z kolei wpłynęło na ich aktywność zawodową.

Pani **Maria** (63 lata) była osobą czynną zawodowo podczas pierwszej fali pandemii. Tak oto relacjonuje swoje zmagania związane z pracą zawodową w tym okresie:

No poprzez pracę zdalną częściowo nie dawało mi to, że tak powiem, możliwości wypełniania w 100 procentach swoich zadań. Nie przez cały okres, ale już w późniejszych okresach praca zdalna, powiem pani, że mi się to naprawdę nie podobało, bo taki charakter pracy miałam, jaki miałam, gdzie praca zdalna była wykorzystywana na moim stanowisku w jednej czwartej.

Zakres obowiązków starałam się wykonywać nawet, jeżeli byłam, byliśmy odizolowani i czy były na przykład pewne ograniczenia, to była też możliwość, żeby na przykład przyjechać do firmy po godzinach bądź na zasadach wie pani, wahadła. Mieliśmy bardzo dobrego informatyka, który zadbał o to, żeby naprawdę wydając sprzęt pracownikowi, który idzie na zdalne, był dzień wcześniej sprawdzany i wszystko, wszystko dostaliśmy i bardzo dbał i był bardzo mobilny, i bardzo koleżeński. Jeżeli na przykład była jakaś potrzeba, bądź jakieś takie,

no czasem na łączach internetowych gdzieś tam coś było, jakiś tam defekt taki, taki no nie, niewskazany, to też czekał na telefon i w każdej chwili byliśmy na łączach telefonicznych i pomagał. Bo raz miałam taką sytuację.

Dodatkowo w trudnym pandemicznym czasie istotne stały się umiejętności osobiste, takie jak: silna motywacja, zdolność do radzenia sobie ze stresem i pokonywania trudności, zaangażowanie, odpowiedzialność, samodzielność i zdolność do wprowadzania innowacji i inicjatywy, umiejętność efektywnego organizowania pracy i zarządzania czasem oraz wiekiem (Zych, 2020, s. 28). Obecny stan pandemii COVID-19 wyraźnie podkreślił, jak znaczące są na rynku pracy umiejętności oraz kompetencje związane z nowymi technologiami. Wdrożenie pracy zdalnej, czyli online, przyniosło nie tylko konieczność praktycznego opanowania nowych narzędzi, ale potwierdziło także, że procesy elektronicznej, digitalizacji oraz technologii typu Web 4.0 – a wkrótce także G5 – stanowią przyszłość i fundamentalny czynnik rozwoju, nie tylko gospodarczego, lecz również rynku pracy (Zych, 2020, s. 30). Ponadto praca w systemie rotacyjnym była nowością w dotychczasowej pracy zawodowej dla osób z wieloletnim stażem pracy.

Pani **Wanda** (71 lat) doświadczyła pracy w systemie zmianowym, która stanowiła nowość w jej dotychczasowej karierze zawodowej.

No była praca na zmiany. Nigdy wcześniej tak nie pracowałam. Pracuję w biurze i zawsze tylko od 7 do 15. A i jeszcze jakoś tak różnie, hybrydowo i niehybrydowo.

Dla pani **Doroty** (61 lat) praca w systemie rotacyjnym także była nowością.

Bo ja pracowałam w systemie ośmiogodzinnym od 7:30 do 15:30 – to jest pierwsza rzecz. Zaczęliśmy na zmiany, że koleżanka na przykład przychodziła jednego dnia, ja drugiego dnia. To może nie zmiany, a jak to nazwać? O hybrydowe tak, tak. To też był brak kontaktu, bo ja akurat w podatkach pracowałam i żeby wyjaśnić coś podatnikowi, no to mógł tylko zadzwonić, a niektóre rzeczy, no w ogół ludzie nie umieją, jeśli nie mają pojęcia o podatkach, to nie umieją zrozumieć. Brak kontaktu bezpośredniego z klientem. Masakra.

Strach przed zachorowaniem na COVID-19, obawa o zdrowie i bezpieczeństwo były wyraźnie zwiększone wśród osób starszych z niepełnosprawnościami, zwłaszcza jeśli miały one inne schorzenia lub były bardziej podatne na powikłania. Ówczesna sytuacja pandemiczna doprowadziła do dodatkowego stresu i lęku, co niejednokrotnie wpływało na podjęcie decyzji o zakończeniu kariery zawodowej i przejściu na emeryturę.

COVID-19 dla pani **Grażyny** (62 lata) stał się głównym powodem zakończenia pracy zawodowej pomimo możliwości jej kontynuowania.

No na przykład ja chciałam jeszcze pracować, ale bałam się z obawy o zdrowie podjęłam decyzję o zakończeniu pracy zawodowej. Tak, bo już nie miałam styczności ze społeczeństwem.

Uczestnicy badań wyrazili jednoznaczne przekonanie, że ich brak aktywności zawodowej istotnie wpłynął na zminimalizowanie ryzyka zarażenia się koronawirusem oraz uniknięcie potencjalnie poważnej choroby.

Zdaniem pana **Stefana** (73 lata) bycie emerytem zmniejszyło możliwość zakażenia się wirusem SARS-CoV-2.

No nie, no ja jestem na emeryturze. No jeżeli się nie muszę spotykać z takim ogromem ludzi w zakładach pracy, no to wiadoma sprawa, że nie muszę chodzić do pracy. No to wtedy zmniejszyło się to, to, to nie ryzyko.

Takiego samego zdania był pan **Jan** (75 lat), który też był emerytem.

Nie pracowałem, jestem na emeryturze. No raczej może i tak, bo miałem mniejszą, znaczy nie, nie musiałem wyjeżdżać do pracy, ten kontakt, ten kontakt był ograniczony z osobami innymi, no i po prostu było to, a byłem pomiędzy swoimi, którzy akurat, których znałem, wiedziałem jak, jak to wszystko wygląda i się no mniej obawiałem, bo to moi.

Podczas trwania pandemii COVID-19 praca zawodowa osób starszych z niepełnosprawnościami nabrała szczególnego znaczenia i stała się wyzwaniem, które wymagało adaptacji do nowych warunków. Uczestnicy badania, którzy byli aktywni zawodowo w tym trudnym okresie, podzielili się swoimi doświadczeniami, rzucając światło na istotne problemy ich działalności. W ramach badań wyłoniły się znaczące elementy wpływające na przebieg pracy tych osób. Wykazano, że elastyczność i zdolność do dostosowywania się do nowej rzeczywistości były niezwykle istotne. Osoby starsze z niepełnosprawnościami musiały szybko przystosować się do pracy zdalnej, co wymagało opanowania nowych narzędzi komunikacyjnych i technologicznych. Mimo wyzwań wykazali oni silną motywację oraz zdolność radzenia sobie ze stresem, co przyczyniło się do utrzymania wydajności w pracy pomimo ograniczeń wynikających z pandemii. Ważne było również wsparcie ze strony pracodawców, którzy tworzyli warunki umożliwiające pracę zdalną i zrozumienie dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Dodatkowo osoby starsze aktywne zawodowo w trakcie pandemii wykazały się umiejętnościami organizacji pracy własnej oraz zarządzania czasem, co pozwoliło im skutecznie łączyć obowiązki zawodowe z opieką nad zdrowiem i bezpieczeństwem. Mimo obaw i trudności osoby starsze z niepełnosprawnościami udowodniły swoją wartość na rynku pracy podczas pandemii. Ich zaangażowanie, determinacja i zdolność do przystosowania się do nowych warunków stanowią inspirację i przykład dla

innych. Wnioski płynące z analizy ich doświadczeń mogą posłużyć jako punkt wyjścia do dalszych badań i działań mających na celu wsparcie tej grupy w trudnych czasach i tworzenie bardziej przyjaznego środowiska pracy dla osób starszych z niepełnosprawnościami.

Dodatkowo w badaniach autorka rozprawy wykazała, że aktywność zawodowa osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii COVID-19 miała istotny wpływ na ich samopoczucie i poczucie własnej wartości. Uczestnicy podkreślali, że praca stanowiła dla nich nie tylko źródło dochodu, ale także pozwalała utrzymać rutynę dnia oraz kontakt z otoczeniem. Wykonywanie zadań zawodowych dawało im poczucie sensu i ważnej roli w społeczeństwie, co miało korzystny wpływ na ich zdrowie psychiczne i emocjonalne, jak również pozwoliło choć na chwilę zapomnieć o szalejącej pandemii.

4.8. Praktyki religijne osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19

W obliczu globalnej pandemii COVID-19 wiele wymiarów życia społecznego, emocjonalnego i duchowego zostało poddanych wyjątkowej próbie. Dla osób starszych z niepełnosprawnościami wyzwania związane z zachowaniem zdrowia i bezpieczeństwa przy jednoczesnym podtrzymywaniu praktyk religijnych stały się jeszcze bardziej wymagające. Praktyki religijne od wieków stanowiły bowiem istotny element życia duchowego, emocjonalnego i społecznego, pełniąc rolę wsparcia, przewodnictwa oraz źródła sensu w szczególności dla tej grupy wiekowej. Podczas trwania pandemii praktyki religijne stały się polem refleksji nad sensem życia, źródłem wsparcia duchowego i sposobem radzenia sobie z trudnościami.

Tak pani **Alina** (63 lata) wypowiada się na temat religii:

Nie jestem fanatyczką religii, no nie. Ja wierzę, bo wierzę, bo jest mi dobrze z tym. Można powiedzieć, że Pan Bóg, no, no, zatrzymał nas gdzieś tam, zastanówcie się. Były takie myśli, mówię. Ale gdzieś tam w głębszym takim. No, bo czasami człowiek ma tak, że usiądzie, myśli, filozofuje sobie, tak, na różne tematy. Czy to kara? Nie przyjąłam tego do wiadomości, że to jest jakaś kara od Boga. To znaczy, pandemia nie osłabiła mojej wiary. Nie, nie osłabiła mojej wiary.

Wiele osób starszych z niepełnosprawnościami, które wcześniej czerpały radość z uczestniczenia w nabożeństwach czy spotkaniach wspólnotowych, musiało zmierzyć się

z koniecznością dostosowania swoich praktyk do nowych warunków spotkania z religią i kościołem.

Pani **Irena** (70 lat) musiała przystać na nowe warunki, aby móc kontynuować swoje spotkania wspólnotowe.

Jestem świadkiem Jehowy. Spotykaliśmy się przez Zoom. Tylko były zebrania czy jakieś tam żadnych spotkań, gdzie indziej nie było. Do tej pory nie mamy spotkań. Stałam się bardziej mocna. Bo wiem, że to naprawdę utwierdziło mnie. Tak, tak uważam, że jeżeli się wierzy i prawdziwie się wierzy, to dodaje, ducha sił, że jestem mocniejsza. Chociaż ciało jest słabe, ale Duch jest mocniejszy. Dzięki, że wierzę w Boga, jestem mocniejsza, bo nikt tu problemów nie rozwiąże, nikt, ludzie jeden przeciwko drugiemu działa. Postanowiłam, czytam, Pismo Święte sobie konsultuję, rozmyślam, takie moje postanowienie jest, że czytam sobie codziennie dwa wersety. Dwa rozdziały i sobie myślę.

Pani **Dorota** (61 lat) tak oto opowiada o spotkaniu w nowych warunkach epidemiologicznych z kościołem i religią:

Pandemia zmieniła moje spotkania w kościele, zmieniła, że msze słuchałam w telewizji. Czulałam się czulałam się tak jak w kościele, bo w pełni skupiałam się. Aktywna byłam. Wszystko było jak w kościele, prócz jednego, oprócz komunii. Brak komunii. No, mówił ksiądz, że teraz duchowo nie. Natomiast ja nie mogłam sobie tego jak gdyby uzmysłwić, Nie, to nie była komunia żadna komunია. Oplatek to komunია.

Dla pani **Krystyny** (63 lata) dostosowanie się do uczestniczenia w nabożeństwach przez ekran telewizora nie był komfortowy.

No ten kontakt nie z uczęszczaniem na mszy był już ograniczony. Już nie było. Bo bardziej było wszystko przez media, nie, i do kościoła się nie chodziło. Bezpośredni kontakt jest całkiem inny, no wie pani. Różni się, no wiadomo samo, samo to, być na meczu siatkówki przed telewizorem, a być na meczu siatkówki np. na hali sportowej. Nie? No to jest, no to jest podobnie nie.

Należy zaznaczyć, że przepisy prawne wydawane w czasie pandemii dotyczyły także instytucji kościelnych. Podczas tzw. pierwszej fali epidemii COVID-19 w Polsce szczególne regulacje prawne wpływające na zakres możliwości wykonywania posługi kapłańskiej w kościele wynikały głównie z kolejnych rozporządzeń, wydawanych najpierw przez Ministra Zdrowia, a następnie przez Radę Ministrów. Jako podstawę tych regulacji wskazywano przepisy zawarte w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, 2019). Pierwszym tego rodzaju aktem była regulacja wydana przez Ministra

Zdrowia w dniu 13 marca 2020 r., dotycząca ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej (Obwieszczenie Marszałka Sejmu, 2019).

Dla niektórych osób praktyki religijne stanowią fundament ich życia duchowego, a uczestnictwo w nabożeństwach i mszach świętych jest istotnym źródłem wsparcia i inspiracji. Pandemia zmieniła ich życie religijne i duchowe.

Pani **Wanda** (71 lat) podzieliła się swoją historią dotyczącą religii:

W moim życiu religijnym pandemia bardzo dużo zmieniła. To jeszcze było to. No bo to było tak, że ja bardzo jak gdyby byłam aktywna w tym życiu religijnym. Ale jeszcze zanim spotkałam mojego partnera, tak więc, ja przez 20 lat, ja bardzo uczestniczyłam w takim życiu wspólnotowym. W jednej ze wspólnot przy naszym kościele. To było bardzo trudne dla mnie. Wiele razy myślałam, żeby odejść, ale jednak to była też taka motywacja do tego, żeby czymś się zajmować, żeby nie, nie tylko pracować, czy gdzieś tam wychodzić, ale też jakoś uczestniczyć w tym życiu religijnym, to były różne godziny przygotowań, różne prace z pismem świętym i w ogóle bardzo i ja na przykład cieszyłam się, że ja byłam taka aktywna. Także jednak ta wiara to nie była taka sucha, że do kościółka i z powrotem. Że ja wiele rzeczy poznałam i nauczyłam się szanować siebie, tak i swoje zdanie i to, że jestem najważniejsza i to, że drugi człowiek też jest najważniejszy tak i to, i tego się nauczyłam, że jeżeli chcesz naprawiać świat, to zacznij od siebie. Ty najpierw patrz, jaki ty jesteś, na siebie. Nie krytykuj drugiej osoby i tego się nauczyłam jak gdyby i, i wydawało mi się, że te spotkania takie były bardzo budujące. Tak i potem, no może też, że spotkałam Leszka i później, jak gdyby to wszystko się urywa. i teraz jest zakaz, jak gdyby taki uczestniczenia w nabożeństwach, tak jakiś tam telewizyjny dla mnie to jest zupełnie coś było nienormalnego, tak. Kościoły zamknięte i ja osobiście ostygłam, że tak powiem religijnie przez ten czas. Naprawdę i to bardzo, bardzo. Ja korzystałam z tego, oczywiście. Tak jak oglądanie telewizora tak, tak, tak to odbierałam. Ja wiem, że tak tęskniłam może za tym, nie tęskniłam tak bardzo, ale w każdym bądź razie teraz już jak ten okres minął, ja nie powróciłam do takiej aktywności, tak.

Pandemia wywołana przez koronawirusa SARS-CoV-2 spowodowała globalny kryzys zdrowotny, który wymagał podjęcia drastycznych środków zaradczych, w tym ograniczenia zgromadzeń publicznych. Wprowadzenie tych ograniczeń miało istotny wpływ na życie religijne i praktyki wyznaniowe. Głównym ich celem było ograniczenie możliwości kontaktu między osobami, co stanowiło podstawowy mechanizm przenoszenia wirusa. Wierni zgromadzeni w kościołach tworzyliby potencjalne ogniska zarażenia, które mogłyby przyczynić się do szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa w społeczności. Ograniczenia w liczbie uczestników, zachowanie dystansu społecznego oraz stosowanie środków ochrony

osobistej miały na celu zminimalizowanie tego ryzyka zakażeń. Regulacje dotyczące limitu uczestników aktów kultu religijnego, które pierwotnie miały obowiązywać od 20 kwietnia 2020 roku, zostały poddane modyfikacjom w związku z wydaniem przez Radę Ministrów rozporządzenia datowanego na 19 kwietnia 2020 roku w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Rozporządzenie Rady Ministrów, 2020).

Pan **Albin** (76 lat) nie mógł się pogodzić z ograniczeniami liczebności wiernych w kościele podczas nabożeństw.

Dużo się zmieniło, dlatego, że idąc do kościoła, nawet ksiądz wypraszał, że za dużo ludzi chodzi do kościoła, no tak za dużo osób było, ksiądz dostawał wytyczne i ja już nie miałem dojścia do kościoła, musiałem iść do domu. No pod względem tego było wszystko obliczone, za dużo osób, za dużo osób i taka sprawa była. Bo ja idę do kościoła, to ja idę do kościoła. A tak trzeba było się cofnąć i do widzenia, jedna weszła, druga nie weszła. Pandemia osłabiła moją wiarę, dlatego że, tak jak wspomniałem wcześniej, że nigdy nie wypraszały ludzi z kościoła, a teraz wypraszały, nie, no, a to nie było, czy ty biedny, czy bogaty, równo, czy biedny, czy bogaty był wypraszały.

Pani **Alina** (63 lata) również nie potrafiła pogodzić się z ograniczeniami miejsc w kościele:

Pani, że na początku tak chodziłam, kiedy mogłam, później powiedzieli, że nie, bo ileś tam tylko może, to nie. Bo nie będę, bo ja tak sobie pomyślałam, tak, jeżeli pójde i będą liczyć w kościele, będę, to nie wiem, będę piętnastą osobą i nie wpuszczą mnie. No to do widzenia. No to do widzenia, tak. No to nie o to chodziłam. Więc w telewizji były msze i to mi wystarczyło.

Podczas rozpoczynania procesu złagodzenia restrykcji, które obowiązywały przez kilka tygodni, po raz pierwszy określono dopuszczalną liczbę osób uczestniczących w ceremonii religijnej w zależności od powierzchni danego budynku. Niemniej jednak nie uwzględniono liczby uczestników przebywających na zewnątrz budynku. Według nowych zasad przyjęto, że na każde 15 metrów kwadratowych powierzchni może przypadać jeden uczestnik, z wyłączeniem osób sprawujących kult (Chmielewski i in., 2022, s. 26–27). Wprowadzenie ograniczeń w kościołach było trudnym wyborem, jednak miało na celu ochronę zdrowia i życia wiernych oraz przeciwdziałanie pandemii. Dla wielu społeczności religijnych była to próba adaptacji i poszukiwania nowych sposobów wyrażania wiary w trudnych okolicznościach.

W taki oto sposób do zmian w uczestnictwie w nabożeństwach podeszła pani **Cecylia** (75 lat), której nasunęły jej się różne przemyślenia.

Ja do tej pory oglądam mszę w telewizji. Boję się chodzić do tego kościoła. Zaczęłam, ale potem, jak się wznowiła, przestałam, boję się, oglądam mszę w telewizji. Ja może nie na 100% jestem aż tak bardzo wierząca, może mniej praktykująca i pewne rzeczy mam takie, no nie wierzę pewnym rzeczom, wie pani w tej naszej religii nie. Ale chodziłam do kościoła w niedzielę. Specjalnie nie, tam nie biegam w dni powszednie, na majowe nieraz nabożeństwo, ale tak, żeby aż taka rozmodlona modląca się nie jestem i powiem to pani, mój brat, bo ta moja bratowa jego żona zmarła. Na raka zmarła. Cztery, pięć lat leczyła się, on bardziej wierzący jest ode mnie, bo mam brata i siostrę, oni we dwoje bardzo, my drugi brat i ja, my troszeczkę. Takim my słabiej. On mówi tak „dlaczego ja się tyle modliłem i mam wątpliwości takie, nieraz, czy ten Bóg jest. Tyle się modliłem o zdrowie”. Nawet do papieża pisał. Robili wszystko, co było możliwe. A jednak to nie i takie właśnie. Wątpliwości są w te rzeczy, no wierzę w Boga, tak jak ja wydaje mi się ten Bóg jest, bo jednak, religia ma to do siebie, że trzeba wierzyć w to, co jest napisane, i w to, co mówią. Jeżeli ty masz jakąś tam słabość czy wątpliwość, no, to tak nie do końca, bo ty wtedy ten temat próbujesz sobie to jakoś inaczej tłumaczyć. To jest Syn Boży i ja czasami bardzo te słowa to jest tak rozmyślałam. Żeby tak rzeczywiście wierzyć w to wszystko, wie pani co, to jest ciężkie. Ja mam takie wątpliwości, bo mówię, tak, no Jezus się narodził, on chciał, ja to porównuje nawet do naszej władzy obecnej. Jezus, on chciał dla ludzi dobrze i robił wszystko, że za sobą pociągnął tam, tak rzesze. A ogóle pisano to wszystko, Pismo Święte czy, tak przynajmniej ja wiem, 300 lat po śmierci Jezusa, to, kto może wiedzieć, co mówił 300 lat temu Jezus.

W celu rozwiązania problemu zwiększono przekaz nabożeństw za pośrednictwem środków komunikacji. Transmisje mszy świętej przez środki masowego przekazu w czasie pandemii COVID-19 odegrały istotną rolę w życiu religijnym i duchowym wiernych nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. W obliczu ograniczeń związanych z pandemią, które wymagały zachowania dystansu społecznego i unikania zgromadzeń, wiele wspólnot religijnych zdecydowało się na transmitowanie nabożeństw i mszy świętych za pośrednictwem telewizji, radia oraz platform internetowych. To rozwiązanie miało na celu umożliwienie wiernym kontynuowanie praktyk religijnych, choć w inny, cyfrowy sposób. Wiele osób starszych zaakceptowało ten sposób uczestnictwa w nabożeństwach, lecz w przypadku innych taka postać modlitwy nie spełniała ich oczekiwań.

Dla pani **Barbary** (74 lata) wyglądało to następująco:

No samo to, że się do kościoła nie chodziło, to już było takie denerwujące, bo słuchało się tej, tej mszy w telewizji, prawda?

Pani **Teresa** (83 lata), przyjęła msze nadawane przez media *normalnie, no to były msze święte w telewizji. Staralam się modlić się razem, można przyjąć komunię świętą duchowo.*

Wyznawcy często czerpią z praktyk religijnych zmysłowe doznania, takie jak muzyka, zapachy kadzidła, rytuały czy obrazy. Te elementy tworzą niepowtarzalne uwarunkowania duchowe, które mogą być trudne do odzwierciedlenia w czasie transmisji telewizyjnej czy radiowej. W rezultacie niektóre osoby mogą odczuwać brak autentyczności i bliskości związanej z fizyczną obecnością w miejscu kultu. Taka sytuacja zaistniała u pani **Grażyny** (71 lat):

Bo dla mnie to jest kościół, to jest kościół, a takie oglądanie w telewizji to tak, jakbym film obejrzała.

Wielu osobom starszym praktyki religijne towarzyszyły przez całe życie i stanowią integralny element ich codzienności. Przeniesienie tych praktyk do innej formy przekazu, takiej jak transmisje telewizyjne, może być trudne ze względu na głęboko zakorzenione nawyki i oczekiwania. Oglądanie transmisji może nie dawać poczucia pełnego uczestnictwa.

Dla znacznej większości osób starszych transmisje mszy świętej stanowiły istotne narzędzie umożliwiające kontynuowanie praktyk religijnych w czasie pandemii. Mimo że nie zastąpiły one pełnego doświadczenia nabożeństwa, okazały się ważnym wsparciem duchowym i emocjonalnym.

Podczas przeprowadzania wywiadu zadałam uczestnikom następujące pytanie: czy pandemia wzmocniła, czy osłabiła waszą wiarę? Odpowiedzi były wyjątkowo różnorodne i silnie związane z indywidualnymi doświadczeniami, przekonaniem oraz uwarunkowaniami społecznymi. Niektórym uczestnikom okres pandemii przyniósł wzmocnienie ich wiary w Boga lub byt duchowy.

Relacja pani **Ludmiły** (72 lata) jest następująca:

Tak, ja jestem osobą wierzącą, ale nie w konkretną religię, a tylko w siłę wyższą, i ja jestem człowiekiem, który był wychowany wśród pionierów w innym układzie, i tam był zakaz religii. W związku z tym ta religia, czyli ta wiara, przyszła do mnie sama, przyszło samo, jak ja zaczęłam w trudnych sytuacjach życiowych prosić i zwracać się tak, o tak do siły wyższej. Jeżeli ty jesteś, to pomóż mi, dobrze pomogę, pomogę, pomogę, raz pomogło, drugi raz pomogło. No to znaczy jesteś tam gdzieś. Nie, ale to powiem, że chyba to też tak do końca człowiek musi w coś wierzyć.

Pani **Elżbieta** (72 lata) także odniosła się do wiary w następujący sposób:

Jestem agnostykiem, ale czasem tak bardzo chcemy tej pomocy tam z zewnątrz i nie pomoże nam człowiek już, tylko ta siła jakaś tam może nam pomóc, bo nie ma już innego

wyjścia. Fakt, że religia nasza jest tak, że straszy nas Pan Bóg, karze i wynagradza. Ale to katolicka religia nas tak uczy o Bogu, więc, no, jeżeli jest miłością, to, to musi kochać tylko, to nie robi mi krzywdy. Człowiek wytworzył coś tam, a poza tym człowiek przez złe traktowanie ziemi jeszcze niejednego wirusa i bakterię wytworzy, to jest nasze działanie, bo człowiek jest naprawdę zły. Moja wiara w Boga, tego, który gdzieś tam jest, w tej pandemii wzmocniła się. Ja z nim rozmawiałam, głośno rozmawiałam i to mnie trzymało w tym zamknięciu. On stał się moim przyjacielem.

Niektórzy natomiast doświadczyli przeciwnego skutku, oddalając się od Boga. Ograniczenia społeczne i niedostępność tradycyjnych praktyk religijnych spowodowały, że stracili wsparcie i poczucie przynależności do Kościoła.

Pani **Wanda** (71 lat), która od wielu lat była bardzo mocna związana z kościołem, w trakcie pandemii zaczęła oddalać się od swoich przekonań i wspólnoty.

W moim życiu religijnym pandemia bardzo dużo zmieniła. To jeszcze było to. No bo to było tak, że ja, ja, ja, ja bardzo, jak gdyby byłam aktywna w tym życiu religijnym. Ale jeszcze zanim spotkałam mojego partnera, tak więc, ja, przez 20 lat, ja bardzo uczestniczyłam w takim życiu wspólnotowym. W jednej ze wspólnot przy naszym kościele. To było bardzo trudne dla mnie. Wiele razy myślałam, żeby odejść, ale jednak to była też taka motywacja do tego, żeby czymś się zajmować, żeby nie, nie tylko pracować, czy gdzieś tam wychodzić, ale też jakoś uczestniczyć w tym życiu religijnym. To były różne godziny przygotowań, różne prace z Pismem Świętym i w ogóle bardzo i ja na przykład cieszyłam się, że ja byłam taka aktywna. Tak, że jednak ta wiara to nie była taka sucha, że do kościółka i z powrotem. Że ja wiele rzeczy poznałam i nauczyłam się szanować siebie, tak i swoje zdanie i to, że jestem najważniejsza, i to, że drugi człowiek też jest najważniejszy tak i to, i tego się nauczyłam, że jeżeli chcesz naprawiać świat, to zacznij od siebie. Ty najpierw patrz, jaki ty jesteś, na siebie. Nie krytykuj drugiej osoby i tego się nauczyłam jak gdyby i, i wydawało mi się, że te spotkania takie były bardzo budujące. Tak i potem, no może też, że spotkałam Leszka i później, jak gdyby to wszystko się urywa. i teraz jest zakaz, jak gdyby taki uczestniczenia w nabożeństwach, tak jakiś tam telewizyjny dla mnie to jest zupełnie coś było nienormalnego, tak. Kościoły zamknięte i ja osobiście ostygłam, że tak powiem religijnie przez ten czas. Naprawdę i to bardzo, bardzo.

Dla tej grupy osób pandemia stanowiła poważny test, który skonfrontował ją z trudnym pytaniem dotyczącym sensu i obecności Boga w obliczu niebezpieczeństwa. W odpowiedzi na to ludzie zaczęli poszukiwać transcendentnych sensów i znaczeń, które pomogłyby im zrozumieć trudności i nadać życiu głębszy sens, przekroczyć granice

materialnego, doczesnego świata w poszukiwaniu wyższych, duchowych lub metafizycznych wartości, prawd i znaczeń.

Pan **Roman** (68 lat) podzielił się swoimi przemyśleniami:

Katolikiem się nie czuję, apostazji jeszcze nie, nie złożyłem. Wierzący w sensie takim, że no przy moim uzależnieniu to jest wiara potrzebna, że można ten problem zaleczyć i że można z tym żyć i to dobrze, nie. To jest wiara potrzebna. No to jest w Boga jakkolwiek, jak go pojmuję. Nie tak jak religia katolicka nasza mówi. Ateistą ani agnastykiem, nie, nie jestem. Tak, jest coś, co, co, co ten świat stworzyło, więc religia to, to są dwie, wiara, a religia to są dla mnie dwie różne tak. No bo to czy katolików, czy innych wyznań dopadał ten wirus nie, no to, to nie było jakiejś selekcji takiej na, na żydów, katolików czy tam muzułmanów. Wierzyć w coś lub kogoś trzeba, bo ta siła, która idzie z zaświatów daje mi poczucie bezpieczeństwa i nadzieję na lepsze jutro, pojutrze i tak dalej. Człowiek nie może nie wierzyć, bo byłby pustką, a pustka to nic.

Praktyki religijne osób starszych z niepełnosprawnościami w trakcie trwania pandemii COVID-19 uległy znaczącym przekształceniom, gdyż ludzie ci zmuszeni byli dostosować się do nowej rzeczywistości i wprowadzonych obostrzeń. W odpowiedzi na te wyzwania wiele osób znalazło różnorodne sposoby kontynuowania swoich praktyk duchowych w sposób dostosowany do swoich indywidualnych możliwości i potrzeb. Z jednej strony było to poszukiwanie innowacyjnych sposobów uczestnictwa w nabożeństwach poprzez transmisje online oraz rozwijanie indywidualnej modlitwy, co przyczyniło się do głębszej kontemplacji i intymnego związku z duchowością. Z drugiej strony niektórzy pozostawali wierni swoim praktykom, kontynuując uczestnictwo w nabożeństwach w kościołach, zachowując jednak środki ostrożności. Była to dla nich nie tylko okazja do praktyk religijnych, ale także do spotkań z innymi wiernymi.

Niezależnie od różnorodności podejść do praktyk religijnych w czasie pandemii osoby starsze z niepełnosprawnościami pokazały swoją zdolność do radzenia sobie z trudnościami i przekształcania ograniczeń w okazje do wzmacniania swojego związku z duchowością i wiarą. Ich postawa ukazuje nie tylko wyjątkową zdolność do przystosowania się do zmieniających się warunków, ale także głęboki wpływ, który duchowość może mieć na ich codzienne życie w obliczu trudności. W ten sposób praktyki religijne osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie pandemii stały się nie tylko wyrazem wiary, lecz także inspiracją dla innych do poszukiwania siły duchowej w trudnych okolicznościach.

4.9. Życie towarzyskie i kulturalne osób starszych z niepełnosprawnościami podczas trwania pandemii COVID-19

Pojawienie się pandemii COVID-19 w znacznym stopniu zmieniło krajobraz życia kulturalnego i towarzyskiego osób starszych z niepełnosprawnościami nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Ograniczenia w kontaktach społecznych oraz zamknięcie miejsc spotkań towarzyskich i kulturalnych wydarzeń przyczyniły się do zmian w codziennej rzeczywistości tej grupy wiekowej. Zamknięcie teatrów, kin, muzeów oraz klubów seniora odebrało osobom starszym dostęp do ulubionych form aktywności kulturalnych. To, co kiedyś stanowiło integralną część ich codziennego życia, nagle stało się nieosiągalne.

Pani **Irena** (70 lat) podzieliła się swoją refleksją na temat życia towarzyskiego w czasie pandemii COVID-19.

W ogóle żadnego życia towarzyskiego nie miałam. Wszystko padło. Chodziłam do kina, na jakiś dobry polski film, czy na spotkanie do kawiarni, tak, teraz zero.

W przypadku pani **Małgorzaty** (65 lat) pandemia COVID-19 także ograniczyła życie towarzyskie i kulturalne, co potwierdza jej wypowiedź:

Po prostu dla mnie się skończyło. Tylko to, że nie chodziłam po galeriach, nie spotykałam się towarzysko, jak gdyby w restauracjach, tak do teatru, bo często chodziłyśmy sobie czy do kina, no to to się ograniczyło.

Z dnia na dzień osoby starsze z niepełnosprawnościami zostały pozbawione możliwości uczestniczenia w spektaklach, wystawach i innych artystycznych wydarzeniach, które często stanowiły ważną część ich życia. Wydarzenia kulturalne bowiem nie tylko dostarczały im rozrywki, ale także pobudzały intelekt, inspirowały i utrzymywały dobre samopoczucie, mogły stanowić źródło radości, zadowolenia i poczucia przynależności do społeczności, jak również przeciwdziałały ewentualnym uczuciom izolacji. Zaplanowane wyjazdy zostały odwołane i należało z dnia na dzień zrezygnować z długo wyczekiwanych podróży.

Tak pani **Alina** (63 lata) relacjonuje swoje spostrzeżenia związane z życiem kulturalnym:

No, tu mi brakowało. Brakowało mi tego bardzo życia kulturalnego. Życie zamarło i bardzo źle wpłynęło na mnie w tym sensie, że brakowało wyjścia do kina. Nie mówię, że chodzę co miesiąc, czy tydzień, ale spotykam się. Jeździliśmy stąd do opery, chodziliśmy do kina czy na występy albo imprezy. Cokolwiek się działo, to się urwało i brakowało tego, jak najbardziej. A, i właśnie o tym coś chciałam powiedzieć. Miałyśmy wykupione bilety też koleżankami, miałyśmy

jechać sobie do Bergamo i nagle... ciach! Koniec! Nie można! Później się zaczęło robić to, że trzeba mieć certyfikaty, trzeba szczepienia, trzeba. Obostrzenia były. No to jest niefajne. To wpłynęło na mnie do dzisiaj. Bardzo, bardzo przeżywam to, że nie mogę, bo ja jestem nieszczepiona. Nie mam certyfikatu. Nie mogę. Nawet jak wchodziliśmy, poszliśmy do kina, gdzie już można było to, co druga osoba musiała okazać certyfikat. Mówię, Boże, to ja mogę nie wejść, bo mnie nie wpuszczą. To było takie chore trochę.

Wiele osób starszych, czynnych kulturalnie i towarzysko, było niezadowolonych z zaistniałej sytuacji, ponieważ ograniczenie zamknięcia „wszystkiego” wpłynęło negatywnie na ich codzienne życie i możliwość uczestniczenia w aktywnościach.

*Ja chodziłam na gimnastykę, no to już mówię wszystko było zamknięte. Wszystko było zamknięte. Nie było nic, do kina, wie pani ja też nie chodziłam. Kurs komputerowy też było zamknięte – tak relacjonuje swoje niezadowolenie z zaistniałej sytuacji pani **Cecylia** (75 lat).*

Pani **Dorota** (61 lat) z entuzjazmem opowiada o swoich spostrzeżeniach na temat życia towarzyskiego w okresie pandemii COVID-19, ponieważ ten okres skłonił ją do refleksji nad swoimi wartościami i priorytetami:

Na początku nie było życia towarzyskiego, potem, że można było się spotykać, to mówię jak się spotkaliśmy, to nagadać się nie można było.

Życie kulturalne odnosi się do wszelkich obszarów związanych z kulturą i sztuką, które wpływają na sposób, w jaki ludzie angażują się w tworzenie, odbiór i interakcje z różnorodnymi wyrazami artystycznymi oraz wytworami intelektualnymi. W skład życia kulturalnego wchodzi m.in. sztuki wizualne, literatura, muzyka, teatr, film, taniec, architektura, a także tradycje, wartości, język i zwyczaje charakterystyczne dla danej społeczności lub grupy ludzi. Życie kulturalne obejmuje zarówno tworzenie dzieł artystycznych, jak i uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych, czy to w charakterze twórcy, wykonawcy, czy odbiorcy. Natomiast życie towarzyskie odnosi się do interakcji, relacji i kontaktów międzyludzkich, które stanowią podstawę społecznego funkcjonowania. Obejmuje ono wszelkie formy komunikacji, współdziałania i wymiany społecznej, zarówno w wymiarze prywatnym, jak i publicznym. Życie towarzyskie umożliwia ludziom budowanie relacji, nawiązywanie przyjaźni, utrzymywanie kontaktów społecznych, a także uczestniczenie w różnych wydarzeniach społecznych, spotkaniach, imprezach czy innych formach spotkań grupowych.

Te dwa pojęcia są ze sobą często powiązane, ponieważ kultura i towarzystwo mają wpływ na siebie nawzajem. Życie kulturalne może odzwierciedlać społeczne i kulturowe wartości danej grupy, a także przyczyniać się do tworzenia więzi międzyludzkich poprzez wspólne przeżywanie i dyskusowanie na temat dzieł artystycznych. Z drugiej strony życie

towarzyskie dostarcza uwarunkowań dla przekazywania i dzielenia się kulturowym dziedzictwem oraz tworzenia wspólnych doświadczeń kulturalnych.

W obu przypadkach istotne jest zrozumienie, że zarówno życie kulturalne, jak i towarzyskie przyczyniają się do tworzenia tożsamości jednostki i społeczności, rozwijania umiejętności komunikacyjnych, poszerzania horyzontów intelektualnych oraz tworzenia więzi emocjonalnych. Oba te obszary odgrywają ważną rolę w kształtowaniu ludzi jako jednostek i jako społeczeństwa. Zaangażowanie w działania kulturalne umożliwia niwelowanie niedoborów w różnych sferach egzystencji, przyczynia się do podniesienia jakości życia oraz dostarcza satysfakcji z uczestnictwa w aktywnościach kulturalnych. Jednostka odzyskuje entuzjazm do życia poprzez czynne uczestniczenie w działaniach towarzysko-kulturalnych, niwelowany zostaje czas wolny, redukuje się napięcie i oddala uczucie izolacji, samotności oraz osamotnienia.

W trakcie badań prowadzonych przez autorkę rozprawy nie wszyscy uczestnicy wiedli aktywne życie kulturalne i towarzyskie. Były takie osoby starsze, które nie uczestniczyły w tego rodzaju aktywnościach z uwagi na konieczność opieki nad bliską osobą. W ich przypadku udział w takich wydarzeniach jak wyjście do kina czy teatru lub na spotkania w kawiarni z przyjaciółmi nie jest możliwy. Ich życie skupia się na pełnieniu funkcji opiekuna nad chorą osobą i nawet pandemia nie wpłynęła znacząco na zmianę ich życia w tym obszarze.

Barbara (71 lat) od wielu lat opiekuje się chorym na SM (stwardnienie rozsiane) mężem. Jej opowieść i troski ukazują trudności i wyzwania, które mogą towarzyszyć długotrwałej opiece nad osobą chorą na poważną chorobę. Długotrwała opieka często prowadzi do chronicznego zmęczenia i wyczerpania. Mimo trudności i wyzwań opieka pani Barbary nad mężem jest wyrazem jej miłości i oddania. Jej poświęcenie jest inspirujące i dowodzi siły miłości w obliczu trudnych okoliczności, a życie towarzyskie i kulturalne jest obszarem, który nie istnieje. Tak zwierza się ze swoich trosk:

Ja nie mam ochoty na życie towarzyskie i kulturalne. Domatorka, całe życie. Mąż 30 lat on choruje, tak, a 20 już jeździ na wózku, 21. O tej godzinie to musi być obiad, o tej trzeba wstawać. Człowiek się podporządkowuje dla tej chorej osoby. No, a dziadek jeszcze nieraz popyskuje nie, w zamian. A to, przecież to już pół życia, no jak nie. 21 lat opiekuję się chorym mężem. Pandemia, czy brak jej to życie, moje życie jest takie samo. Pokój, kuchnia, pampers, łóżko, dziadek, pranie, sprzątanie i co dzień to samo.

Te osoby żyły w swoisty sposób, poświęcając swój czas i wysiłek w trosce o zdrowie i dobrostan swojego bliskiego. Nawet w obliczu pandemii, która wpłynęła na wiele sfer życia społecznego ich życie i obowiązki opiekuńcze nie uległy większej zmianie. To pokazuje, jak

silnie zakorzeniona jest rola opiekuna w ich życiu i jak ważne jest dla nich podejmowanie działań na rzecz innych – pomimo ograniczeń i trudności.

W trakcie badań autorka zaobserwowała również osoby starsze, dla których aktywności towarzyskie i kulturalne ustały nagle wraz ze śmiercią małżonka w okresie pandemii COVID-19. Po tym bolesnym wydarzeniu ich życie straciło głęboki sens, a przyszłość stała się dla nich niejasna i trudna do wyobrażenia.

Relacja pani **Elżbiety** (67 lat) uświadamia, jak trudno jest pogodzić się ze śmiercią osoby najbliższej – i to jeszcze w tak trudnym okresie jak pandemia COVID-19. Śmierć bliskiej osoby zawsze jest traumatycznym doświadczeniem, ale pandemia wygenerowała dodatkowe trudności i wprowadziła bardziej bolesny wymiar tego procesu.

Życie kulturalne? Zmieniło się, całkiem się zmieniło. My zawsze z mężem wyjeżdżaliśmy, czy do kina jechaliśmy, czy na jakieś takie zabawy, po prostu. Więc zbieraliśmy się tam jakąś grupą, jeździliśmy z jakimiś znajomymi, czy coś, siłą rzeczy rozmyło się no teraz. No leki uspokajające biorę. Słowo „COVID” to jest dla mnie tragedią. Ja na przykład po śmierci męża, jak widziałam, że jedzie karetka, z ludźmi, którzy są w tych kombinezonach, stawałam na ulicy, nie mogłam iść dalej, paraliżowała mnie. On zabrał mi najdroższą na świecie osobę. Jedyne, co tak no w tym roku, co pojechałam na wczasy na tydzień z córką.

Zagłębiając się w historię pani Elżbiety, można dostrzec, że utrata bliskiej osoby, szczególnie w kontekście pandemii, wywołała u niej uczucie pustki i dezorientacji. Jej towarzyskie aktywności były ściśle powiązane z partnerem życiowym, stanowiły ważny element wspólnego spędzania czasu oraz źródło wsparcia emocjonalnego. Po jego śmierci brak tego wsparcia i możliwości uczestniczenia w dotychczasowych aktywnościach sprawiły, że życie straciło dotychczasowy wydźwięk. Obecnie pani Elżbieta zмага się z wyzwaniem pogodzenia się ze stratą i znalezienia nowego sensu w swoim życiu. To zjawisko pokazuje, jak głęboko życie towarzyskie i emocjonalne mogą być osadzone w relacjach z bliskimi, a także jak trudne jest przystosowanie się do gwałtownych zmian w sytuacji straty i niewiadomej przyszłości. Dotychczasowe plany i marzenia, które były związane z partnerem, nagle tracą na znaczeniu. Pani Elżbieta Nie tylko została pozbawiona towarzyskiej części swojego życia, ale także musi zmierzyć się z redefinicją swojej tożsamości i celów w warunkach samotności. Takich osób jak pani Elżbieta jest więcej. W rezultacie wiele z nich przeżywa smutek, jak również odczuwa brak perspektyw na to, co przyniesie kolejny dzień. Historia ta pokazuje też, jak ważne jest zrozumienie przez społeczeństwo wpływu relacji interpersonalnych na życie osób starszych, a także identyfikacja potencjalnych obszarów wsparcia psychologicznego i społecznego dla osób, które doświadczyły podobnych strat i trudności. Istotne jest również

skuteczne wspieranie osób starszych w procesach adaptacji i przeciwdziałanie negatywnym skutkom takich życiowych zmian.

W przypadku niektórych uczestników badań życie towarzyskie i kulturalne w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19 zastąpione zostało inną formą rozrywki, bardziej bezpieczną – Internetem. W obliczu ograniczeń społecznych wiele z tych osób zwróciło się w kierunku cyfrowych rozwiązań, jako alternatywy dla tradycyjnych form aktywności. Zauważalne jest też, że Internet stał się dla nich bramą do nowych możliwości i doświadczeń. Dzięki temu znaleźli oni sposób na kontynuowanie swoich zainteresowań. Nie można przeoczyć faktu, że dla tych osób Internet stał się nie tylko narzędziem do utrzymania więzi społecznych, ale także środkiem do eksploracji nowych obszarów. Wirtualne lekcje z zakresu „zrób to sam” stały się częścią ich codziennego życia. To pokazuje, że zdolność do adaptacji w obliczu ograniczeń jest charakterystyczną cechą tej grupy osób, a korzystanie z technologii może stanowić dla nich sposób na wzbogacenie życia w innej formie.

Tak do nowej sytuacji dostosował się pan **Stefan** (73 lata):

Nie, nie, nie, ja tam dużo siedziałem w Internecie. Mam takie gry i po prostu grałem sobie w te gry i wszystko. No nie, nie, nie, ja chodziłem na kursy. No wtedy, co było te 60 plus. No, jak czegoś nie wiem, to sobie wbijam na przykład, jak sadzić, kiedy zbierać i to wbijam sobie jak te wiadomości po prostu czerpię bardzo dużo czerpie z tego. Tak, czego się nie wie nawet, czy o remoncie samochodu, czego się nie wie, zadaje pytanie i mam czarno na białym od A do Z, co po kolei mam robić i wszystko, no.

Wirtualną rzeczywistość można również opisać jako sztuczną rzeczywistość, wirtualny świat, przestrzeń wirtualną oraz cyberprzestrzeń. Wirtualny świat wyróżnia fakt, że nie podlega on konwencjonalnym prawom natury, chyba że są one zaprogramowane. Michael Novak (1991) zauważa, że środowiska wirtualnej rzeczywistości wykazują cechę płynności, ponieważ ich architektura jest programowalna. W swoich badaniach posunął się on do sformułowania koncepcji płynnej architektury, która nabiera realności jedynie w kontekście wirtualnej rzeczywistości. Jest to architektura bez drzwi i korytarzy, gdzie zawsze czeka kolejny pokój, gdzie zawsze znajduje się to, czego aktualnie potrzebujemy (Novak, 1991, s. 234).

Życia towarzyskie i kulturalne osób starszych w czasie pandemii COVID-19 rzuca nowe światło na ich zdolność do adaptacji w obliczu trudności. Pandemia skonfrontowała ich z wyjątkowymi wyzwaniem, wprowadzając ograniczenia i izolację, które dotknęły istotnie tę sferę ich życia. Niektórzy znaleźli sposoby na kontynuowanie relacji i aktywności poprzez wykorzystanie Internetu i narzędzi cyfrowych, podczas gdy inni musieli stawić czoła

głębokiemu poczuciu samotności i utraty. Niezależnie od reakcji te wydarzenia podkreślają, że towarzyskie i kulturalne obszary życia są nieodłącznym elementem dobrostanu osób starszych. W obliczu ograniczeń wiele osób przewartościowało znaczenie relacji i zrozumiało, jak ważne są wspólne doświadczenia, nawet jeśli odbywają się w formie wirtualnej. Jednocześnie innym utrata możliwości uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych i spotkaniach społecznych przyniosła uczucie straty i osamotnienia. Rozważając różnorodność reakcji osób starszych na ograniczenia pandemiczne, możliwe jest stworzenie spersonalizowanych rozwiązań, które pomogą im zachować relacje, aktywność i poczucie sensu. Odpowiednie interwencje mogą obejmować zarówno wsparcie technologiczne, jak i psychospołeczne, umożliwiając zachowanie tożsamości, aktywności społecznych i satysfakcji z życia, niezależnie od panujących warunków. Zrozumienie tych procesów zapewnia głębszy wgląd w ludzkie zdolności przystosowawcze i potrzeby, a także pozwala spojrzeć na znaczenie towarzyskich i kulturalnych wymiarów życia w nowym świetle.

W okresie trwania pandemii COVID-19 życie towarzyskie i kulturalne osób starszych z niepełnosprawnościami niosło za sobą unikatowe wyzwania, które wywołały potrzebę elastycznego dostosowania się do nowej rzeczywistości. Pandemia wywarła głęboki wpływ na tę grupę wiekową, wprowadzając ograniczenia i izolację, które przyniosły konsekwencje w obszarze ich zdolności uczestniczenia w aktywnościach społecznych oraz kulturalnych.

Spotkania bezpośrednie, które wcześniej stanowiły ważny element ich życia, stały się niemożliwe lub znacznie utrudnione. Jednak mimo tych ograniczeń wiele osób z niepełnosprawnościami zdecydowało się na wykorzystanie technologii, takich jak platformy społecznościowe, aby utrzymywać kontakt z bliskimi i przyjaciółmi. Zmianom uległo również życie kulturalne. Ograniczenia związane z gromadzeniem się i dostępem do miejsc publicznych, takich jak muzea, teatry czy kina, wpłynęły na sposób, w jaki osoby starsze z niepełnosprawnościami mogły czerpać przyjemność z kulturalnych doświadczeń. Jednak wiele instytucji kultury dostosowało się do nowej rzeczywistości, oferując wydarzenia online, co umożliwiło osobom starszym uczestnictwo w różnorodnych aktywnościach kulturalnych bez konieczności opuszczania domów. Warto również zauważyć, że osoby starsze z niepełnosprawnościami są często bardziej podatne na negatywne skutki izolacji społecznej. Dlatego też wsparcie psychospołeczne oraz dostęp do odpowiednich narzędzi technologicznych stają się podstawą dla zachowania ich towarzyskich i kulturalnych koneksji.

Życie kulturalne i towarzyskie osób starszych, którzy byli opiekunami osób bliskich, mimo ogólnych zmian, nie zmieniło się. Pozostali oni wierni swojemu powołaniu. Pomimo panujących ograniczeń kontynuowali troskę i wsparcie, które stanowiły najważniejszą część

ich życia. Ta stałość była wyrazem ich oddania i miłości, niezależnie od trudności, jakie niosła pandemia. To ukazuje, że ich relacje i zaangażowanie w opiekę pozostały niezachwiane w obliczu zmieniającego się świata, a życie towarzyskie i kulturalne nie jest dla tej grupy osób starszych ważnym i znaczącym czynnikiem.

Należy podkreślić z całą stanowczością, że życie kulturalne i towarzyskie osób starszych w czasie pandemii COVID-19 nabrało nowego wymiaru. Ograniczenia społeczne i konieczność dostosowania się do nowych warunków skłoniły wiele z tych osób do poszukiwania innowacyjnych sposobów na pielęgnowanie kontaktów i czerpanie przyjemności z aktywności kulturalnych. W miarę jak tradycyjne formy spotkań i wydarzeń stawały się niedostępne lub ograniczone, wiele osób starszych zdecydowało się na eksplorację świata wirtualnego, odkrywając nowe możliwości uczestnictwa i interakcji. Jednocześnie pandemia uwydatniła wartość tych relacji i aktywności, podkreślając istotność życia towarzyskiego i kulturalnego dla dobrostanu osób starszych.

W celu potwierdzenia tych faktów autorka pragnie przytoczyć jeszcze jedną rozmowę, która została przeprowadzona z panią **Marią** (63 lata):

Wszędzie, gdzie się dało, to chodziłam. Jak tylko była możliwość, nie było to anulowane. Na ile mi finanse pozwalały, starałam się uczestniczyć, tym bardziej, że będąc słuchaczem uniwersytetu, często gęsto mamy możliwość otrzymania bezpłatnych biletów do RCK na różnego rodzaju spektakle, koncerty, spotkania i powiem Pani, że to jest też fajna forma wyjścia i pomocy seniorom, szczególnie dla tych, którzy mają bardzo niskie emerytury i których nie stać na drogie bilety, bo jednak mimo wszystko bilety u nas, w RCK, są bardzo drogie, dlatego też my na przykład, jako uniwersytet, staramy się kilka razy w roku skorzystać z wyjazdów na przykład do opery nowej do Bydgoszczy, gdzie nasza szefowa, pani prezes, że tak powiem, dba o to, sprawdza na bieżąco repertuar i wie pani, jeżeli ja mam możliwość wyjazdu do Bydgoszczy, gdzie spotykam się ze znajomymi, idziemy na piwo czy na jakąś pizzę, czy na lody, czy na ciacho, czy, czy, czy, cokolwiek i płacimy wie pani 50 zł przykładowo, czy 60 zł, a jak tu nie pojechać, jak tu nie pojechać. A taki sam spektakl, koncert w naszym RCK kosztuje 120, 140 zł. i jest, jest duża różnica, i do końca nie rozumiem, dlaczego no, ja sobie zdaję z tego sprawę, że Piła to nie Bydgoszcz, ale jednak te ceny u nas proponowane w RCK przeważają. Gros osób nie stać na to i myślę, że będzie coraz gorzej. To tak samo, wie Pani co, jak chodzi o wyjazdy z PTTK, oni mają bardzo fajne, bardzo fajne wyjazdy i wiadomo, że z PTTK jeżdżą ludzie, no może pracujący, co niektórzy też, ale gros raczej z emerytów, gdzie chyba sami już mieli okazję się przekonać, że robili nabór i masę imprez jest odwołanych, ludzi po prostu nie stać już na takie drogie wyjazdy. Za duża inflacja, niestety.

4.10. Nowe umiejętności nabyte przez osoby starsze z niepełnosprawnościami podczas pandemii COVID-19

Czas pandemii COVID-19 ukazuje, jak nieprzewidywalne wydarzenia mogą prowadzić do pozytywnych przemian, w których uczestniczą osoby starsze z niepełnosprawnościami. Pandemia stała się okresem pozornego wyciszenia. Obawy o życie i zdrowie były nieustające, ale należało odreagować, uspokoić się i spojrzeć perspektywicznie w przyszłość. Dla osób starszych ten trudny i niespodziewany czas stanowił możliwość nadrobienia zaległych zadań, odłożonych z powodu braku czasu czy pracy zawodowej. Pandemia okazała się także czasem, w którym jednostki odkrywały talenty lub rozwijały już istniejące zainteresowania.

Pani **Maria** (63 lata) była jedną z tych rozmówczyń, które odkryły w sobie zapomniane talenty. Jej pasją stało się tworzenie fotoalbumów, co przyniosło jej ogromną satysfakcję i radość. Fotoalbumy to nie tylko zbiór zdjęć, ale także forma sztuki i pamiątki, które pozostają na zawsze. Pani Maria, mając więcej czasu podczas pandemii, zdecydowała się poświęcić go na stworzenie pięknych albumów, które dokumentują ważne chwile i wspomnienia z jej życia. W ten sposób wyrażała swoją kreatywność i artystyczny gust. Wybieranie odpowiednich zdjęć, układanie ich w harmonijne kompozycje, dobieranie kolorów i dodatków – to wszystko stanowiło proces tworzenia, który dawał jej dużo satysfakcji. Tworzenie fotoalbumów w trudnych czasach pandemii, gdy kontakt z rodziną i przyjaciółmi był ograniczony, pozwoliło Pani **Marii** (63 lata) poczuć się bliżej swoich najbliższych, nawet jeśli nie mogła z nimi spotkać się osobiście.

Uważam, że były to talenty nabyte już na pewno dawno, na które nigdy nie było czasu. A w tym czasie akurat, też pozwoliłam sobie na to, żeby w pewien sposób przelać je na papier. Myślę tutaj o fotoalbumach, które bo wie Pani, jadąc gdzieś na wycieczkę, na wczasy, mając w tej chwili aparat cyfrowy, u większości ludzi wszystko zostaje niestety w telefonie, na tablecie, w komputerze, ja staram się staram się przelać na tyle, ile czas mi w tamtym czasie pozwolił, a właśnie w tym przez ten okres miałam czas, żeby coś takiego zrobić, więc zrobiłam kilka fotoalbumów z moich wcześniejszych wyjazdów, nie miałam na to czasu, kontynuuję je dalej i myślę, że to jest też fajna, fajna opcja, która, w której się realizuje, a jak przekazuje, że tak powiem jeszcze taki album osobie z którą byłam wspólnie na jakimś wyjeździe i widząc jej radość na taką szczerą radość, to, to naprawdę jest to dla mnie taka, taka, takie wielkie podziękowanie i taka, taka moja realizacja mojej i mojej pasji życiowej. Żyj pełnią życia, nie pozwalam się zamknąć i spełniam swoje marzenia, dla których warto żyć.



Fot. 1. Fotoalbum pani Marii (63 lata), który powstał na podstawie jej wcześniejszych podróży z przyjaciółmi i rodziną. Autorski projekt

Źródło: Zdjęcie własne, praca pani Marii (63 lata).

Pandemia dla Pani **Grażyny** (62 lata) stała się okresem, w którym nadmiar wolnego czasu spożytkowała na tworzenie rękodzieł. Jak sam przyznaje, nigdy wcześniej nie miała czasu na zrobienie rzeczy, które mogła potem podarować bliskim, a także udekorować swoje mieszkanie. Dotychczas Pani **Grażyna** była zajęta codziennymi obowiązkami i pracą, która pozostawiała jej niewiele czasu na realizację własnych zainteresowań. Jednak pandemia, w trakcie której wprowadzono izolację i ograniczenia w kontaktach społecznych, dała jej szansę na skoncentrowanie się na tworzeniu rękodzieł. Tworzenie tych pięknych rzeczy było nie tylko satysfakcjonującym zajęciem, ale także sposobem na zrelaksowanie się i zapomnienie o stresach związanym z pandemią. Pani **Grażyna** stanowi inspirujący przykład tego, jak trudne okoliczności, takie jak pandemia, mogą skłonić nas do odkrywania nowych pasji i talentów oraz budowania więzi z najbliższymi poprzez tworzenie ręcznie wykonanych prezentów. Jej rękodzieła to nie tylko piękne wytwory artystyczne, ale także wyraz jej siły i zdolności adaptacji w obliczu trudności.

No tak, makramy robiłam, kwietniki z nudów. Pandemia pomogła zrealizować te rzeczy, które wcześniej nie mogły dojść do skutku, powiem.



Fot. 2. Rękodzieła pani Grażyny (62 lata)

Źródło: Zdjęcie własne, praca pani Grażyny (62 lata).

Historia pani **Ludmiły**, (71 lat) jest inspirującym przykładem tego, jak pandemia może wywołać nieoczekiwane pasje i ukazać ukryty talent. w czasie trwania pandemii pani **Ludmiła** odkryła w sobie duszę artysty i zaczęła malować obrazy. Pani **Ludmiła** mogła znaleźć radość i satysfakcję w tworzeniu dzieł sztuki, a jej talent artystyczny może się rozwijać w miarę upływu czasu. To piękny przykład, jak trudne okoliczności, takie jak pandemia, mogą prowadzić do pozytywnych zmian i odkrywania nowych pasji i talentów nawet w późniejszym etapie życia. Jej prace mogą stanowić inspirację dla innych, aby również szukali i rozwijali kreatywność w trudnych chwilach.

Malowanie wypełniało znaczną część nadmiernego wolnego czasu, do którego nie byłam przyzwyczajona, ponieważ byłam bardzo aktywną kobietą. W tej pandemii też, to jest malowanie po numerkach, zaczęłam jeszcze nie skończyłam tu, no bo właśnie te oczy i mnie te oczy na tych drobniotkach wysiadły, ale w pierwszej tej chorobie zaczęłam sama malować akwarelą, namalowałam około 30 obrazów i to jak mój mąż to nazywał – „uroczy prymitywizm”.



Fot. 3. Obrazy pani Ludmiły (71 lat) – „uroczy prymitywizm”

Źródło: Zdjęcie własne, praca pani Ludmiły (71 lat).

Czas pandemii dla wszystkich, a w szczególności dla osób starszych z niepełnosprawnościami, był okresem dostosowania się do nowej rzeczywistości i zdobywania nowych umiejętności w celu przetrwania i utrzymania jakości życia. W trakcie izolacji społecznej i ograniczeń związanych z przemieszczaniem się wiele osób starszych odkryło nowe zainteresowania i skupiło się na rozwijaniu swojej kreatywności. Kreatywność i hobby stały się ważnym źródłem satysfakcji i radości dla osób starszych w czasie zagrożenia epidemiologicznego. Pomagały one w radzeniu sobie ze stresem, samotnością i monotonią dnia codziennego, jednocześnie pozwalając na rozwijanie nowych umiejętności i pasji. Dla niektórych osób starszych skupienie się na kreatywnych zajęciach lub hobby stało się sposobem na odwrócenie uwagi od problemów i radzenie sobie ze stresem.

Rozmawiając z osobami starszymi z niepełnosprawnościami można zauważyć, jak trudnym czasem była dla nich pandemia COVID-19. Zajęcia twórcze, wypełniające im nadmiar wolnego czasu, który musieli spędzać w domu, stanowiły dla nich formę terapii relaksacyjnej. Były też możliwością poczucia samorealizacji, satysfakcji i spełnienia, a także szansą na wyrażenie siebie i doznanie uczucia, że talent i kreatywność są doceniane. Tworzone arcydzieła były zazwyczaj unikatowe i bardzo osobiste, dlatego stanowiły wyjątkowy prezent, którym osoby starsze obdarowywały swoich bliskich i przyjaciół. Były to nie tylko prezenty materialne,

ale także wyraz miłości, kreatywności, troski oraz wyjątkowa pamiątką po pandemii XXI wieku, która nawiedziła świat, a została wywołana wirusem SARS-CoV-2.

ZAKOŃCZENIE – WNIOSKI I REKOMENDACJE

Rok 2020 na stałe wpisał się w historię ludzkości jako czas pandemii, niepewności, strachu i izolacji. Był to czas szczególny dla autorki rozprawy, zarówno jako człowieka, jak i pracownika medycznego, ponieważ musiała stawić czoła największym wyzwaniom opieki nad osobami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2. Wybór tematu pracy badawczej był dla autorki niezwykle istotny, ponieważ ściśle wiązał się z jej zainteresowaniami oraz długoletnią pracą zawodową, która przerodziła się w życiową pasję. W tym trudnym roku autorka zrozumiała, jak istotne jest przedstawienie sytuacji życiowej osób starszych społeczeństwu, rządzącym, instytucjom publicznym, rodzinom i pracownikom opieki zdrowotnej. Była to jedna z najbardziej narażonych grup wiekowych w czasie pandemii COVID-19. Zdrowie i dobrostan osób starszych stał się jeszcze bardziej istotny w obliczu zagrożenia epidemiologicznego. Pandemia ujawniła wiele trudności, z którymi osoby starsze z niepełnosprawnościami muszą się zmagać, jednocześnie autorka dostrzegła, jak dużo troski i poświęcenia okazują opiekunowie, rodziny i bliscy. Praca nad tym tematem pozwoliła na głębsze spojrzenie na ich codzienne wyzwania, zagrożenia i potrzeby.

Niezwykle istotnym elementem projektu badawczego była osobista więź z tematem. Nie sposób pominąć również atmosfery tych wyjątkowych spotkań, które nie tylko wzbogaciły autorkę naukowo, ale także stanowiły okazję do nawiązania wyjątkowych relacji z wyjątkowymi ludźmi. Osoby starsze z niepełnosprawnościami chętnie dzieliły się swoimi przeżyciami, spostrzeżeniami i refleksjami na temat własnej sytuacji życiowej w czasie pandemii COVID-19. Autorka była także świadkiem ogromnej życzliwości i serdeczności, która towarzyszyła tym spotkaniom. Podczas rozmów autorkę częstowano herbatą, ciastem oraz owocami. Dlatego z pełnym przekonaniem można stwierdzić, że realizacja tego projektu badawczego była niezwykle ważnym i niezapomnianym doświadczeniem, o którym William McKinley Runyan (1992) mówił tak: „Poznawanie doświadczeń innych ludzi w trakcie ich życiowej podróży to jedno z najbardziej fascynujących i kształcących doświadczeń. Opowieści o ich życiowych przeżyciach mogą nas poruszać i pomóc nam lepiej zrozumieć, co oznaczałoby, że życie w różnych uwarunkowaniach społecznych może zyskać perspektywę do refleksji nad naszymi własnymi doświadczeniami, sukcesami i możliwościami w życiu. To może pomóc nam lepiej zrozumieć, co jest naprawdę istotne, przewartościować nasze priorytety i docenić życie w pełni (Runyan, 1992, s. 9).

Obecnie podejmowanie tematyki starzenia się ludzi staje się istotnym wyzwaniem. Jest to związane z kilkoma czynnikami. Po pierwsze, w żadnym innym okresie historycznym nie skupiano się tak intensywnie na kwestiach związanych z fazą życia, która jest obecnie coraz dłuższa i bardziej zróżnicowana. Po drugie, życie w podeszłym wieku nie jest już jednolite i przewidywalne, dlatego ważne jest, aby społeczeństwo i systemy opieki dostosowały się do tej zmienionej rzeczywistości i zapewniały tym osobom odpowiednie wsparcie oraz możliwości rozwoju. Po trzecie temat starzenia się i starości prowokuje do refleksji nad takimi kwestiami jak: jakość życia, zdrowie psychiczne i fizyczne, aktywność społeczna oraz religijność czy duchowość w starszym wieku. Ponadto starzenie się społeczeństw jest globalnym trendem, który wymaga zrozumienia i odpowiedniego dostosowania polityki, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa jako całości. W związku z tym podejmowanie problematyki starzenia się i starości ludzi staje się coraz bardziej istotnym elementem naszej rzeczywistości.

Na sam koniec autorka pragnie ponownie przytoczyć słowa pana Romana (68 l), który w czasie wywiadu powiedział, że *najważniejsze w życiu jest życie*. To proste, ale głęboko znaczące stwierdzenie może stanowić inspirację dla nas wszystkich. Przypomina bowiem o wartości każdego dnia, o chwili teraźniejszej i o tym, jak ważne jest cieszenie się tym, co mamy. W trudnych okresach, takich jak pandemia, te proste słowa przypominają, że zdrowie, rodzina, miłość i życie samo w sobie są najcenniejszymi skarbami. To również zachęta do doceniania piękna codzienności i czerpania radości z małych rzeczy. Dla wielu osób starszych, które przeszły przez trudne czasy, te słowa stanowią przypomnienie, że mimo wszystko życie ma ogromną wartość, a każdy dzień jest darem, który warto celebrować.

W ramach działań mających na celu poprawę sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie ekstremalnych warunków społecznych istotne jest wprowadzenie różnorodnych rozwiązań, które ułatwiłyby im codzienność. Poniżej wymienione zostały przykładowe inicjatywy.

1. Wspieranie osób starszych z niepełnosprawnościami w utrzymaniu zdrowia i samodzielności poprzez programy profilaktyki zdrowotnej i rehabilitacji oraz dostęp do podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Zwiększenie dostępności lekarzy specjalistów, w tym specjalistów geriatrici, zmniejszyłoby kolejki, co z kolei przełożyłoby się na szybkość postawienia diagnozy, a następnie wdrożenia leczenia. Pozwoliłoby to na uniknięcie wielu przedwczesnych śmierci, także w czasie i po pandemii.
2. Dostęp do opieki w zakresie zdrowia psychicznego, w tym leczenia depresji, często powiązanej z poczuciem samotności i osamotnienia w tej grupie wiekowej.

3. Konieczne jest również przygotowanie służb medycznych i personelu pozamedycznego, już na etapie studiów, do coraz bardziej dynamicznego zwiększania się liczby pacjentów w starszym wieku. Niezbędne jest również uwzględnianie dostępności opieki zdrowotnej, także w formie zdalnej.
4. Niezbędne jest wypracowanie systemowego wsparcia na poziomie lokalnym w postaci usług asystencji osobistej, budowania sieci kontaktów pomiędzy osobami starszymi, ich bliskimi, pracownikami służb publicznych i wolontariuszami. Niezbędne jest również wzmacnianie więzi na poziomie lokalnym poprzez adekwatne programy. Należy zadbać o to, aby usługi oferowane osobom starszym w stacjonarnych punktach wsparcia (dziennych domach pobytu, domach i klubach seniora, świetlicach społecznych, punktach informacji senioralnej) mogły być w sytuacji kryzysowej, w przypadku zamknięcia tych placówek, świadczone w ich miejscu zamieszkania.
5. Potrzebne jest zapewnienie osobom starszym dostępu do aktywności społecznych i kulturalnych, takich jak zajęcia sportowe, kulturalne, warsztaty, szkolenia, klubokawiarnie, wydarzenia kulturalne i społeczne. Rozszerzeniu powinna ulec nie tylko w czasie pandemii oferta usług aktywizacyjnych lub innych form wspólnego spędzania czasu świadczonych w domach.
6. Utworzenie programów wsparcia dla osób starszych, takich jak programy pomocy domowej, dostarczanie posiłków, taksówki dla osób starszych, programy pomocy psychologicznej i społecznej.
7. Poprawa sytuacji na rynku pracy dla osób starszych, na przykład poprzez stworzenie programów szkoleniowych i kwalifikacyjnych dla tej grupy wiekowej, a także zachęcanie pracodawców do zatrudniania osób starszych i promowanie elastycznych form zatrudnienia.
8. Wsparcie finansowe dla osób starszych, w tym programy pomocy mieszkaniowej, programy pomocy żywnościowej, ulgi podatkowe itp.
9. Wdrażanie i egzekwowanie prawa dotyczącego ochrony praw osób starszych, w tym prawa do równego traktowania, ochrony przed dyskryminacją, prawa do godnej pracy i godnego wynagrodzenia oraz prawa do opieki zdrowotnej. Z tego względu konieczne jest projektowanie działań afirmatywnych dotyczących poszczególnych grup odbiorców, mających na celu wyrównanie szans w dostępie do usług i dóbr oferowanych publicznie. Przykładem takich działań w odniesieniu do wyników niniejszego badania byłoby wprowadzenie systemowych rozwiązań w zakresie asystencji osobistej dla osób

osamotnionych, osób starszych z niepełnosprawnościami, w tym również dla osób z chorobami neurodegeneracyjnymi.

10. Konieczne jest wypracowanie efektywnych kanałów i sposobów docierania z informacją do osób osamotnionych, biorąc pod uwagę, że często są to osoby deklarujące ograniczenia w zakresie poruszania się, widzenia i doświadczających ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego.
11. Bezprecedensowe znaczenie ma współpraca między sektorami publicznym, prywatnym i społecznymi, która jest niezbędna do skutecznego wsparcia osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie kryzysu społecznego. Partnerstwa mogą przyczynić się do skoordynowanych działań.
12. Ciągłe badania i monitorowanie sytuacji osób starszych z niepełnosprawnościami w czasie ekstremalnych warunków są niezbędne do dostosowywania strategii wsparcia do zmieniających się potrzeb.
13. Rządowe inicjatywy i programy społeczne mają istotne znaczenie w zapewnieniu wsparcia dla tej grupy wiekowej. Niezbędne jest dostosowywanie polityki do zmieniających się realiów.
14. Wsparcie w planowaniu przyszłości polegać ma na pomocy w określeniu planów i celów długofalowych. Jest ono istotne, umożliwia bowiem osobom starszym z niepełnosprawnościami poczucie sensu i perspektywy w życiu.

Wymienione wyżej działania mogą pomóc w poprawie sytuacji życiowej osób starszych, która w czasie pandemii COVID-19 uległa istotnym zmianom, czego dowiodły badania autorki rozprawy. Codziennosc stała się walką o jutro i obawą przed spotkaniem się człowieka z człowiekiem. Pandemia pokazała, że życie to chwila, a człowiek staje się bezradny w obliczu wirusa. Istotę działań stanowi współpraca różnych instytucji i sektorów społecznych, a także aktywny udział samych osób starszych i ich rodzin w procesie wprowadzania zmian.

Są to konkretne wskazania, które należy uwzględnić w projektowaniu lokalnego i krajowego wsparcia, zwłaszcza w sytuacji wprowadzania ograniczeń w zakresie przemieszczania się w przestrzeni publicznej. Zwiększenie kompetencji cyfrowych osób starszych może w znacznym stopniu przeciwdziałać samotności i osamotnieniu, a dostęp do Internetu przyczynić się do zminimalizowania poczucia odcięcia od świata zwłaszcza tych osób, które mają problemy lub w ogóle nie mogą opuszczać swojego mieszkania. Umiejętność korzystania z możliwości, które oferuje Internet, zapewnić może osobom starszym dostęp do informacji, różnych form wsparcia oraz zminimalizować ryzyko zakażenia, pozwala także odpowiednim służbom na monitorowanie sytuacji osób starszych. Konieczne jest zatem

tworzenie lokalnych strategii postępowania w sytuacjach kryzysowych w odniesieniu do tej grupy osób, w szczególności sposób narażonych na ekskluzję.

Doświadczenia osób starszych, które zostały zebrane w czasie pandemii COVID-19, będą cennym źródłem informacji przy identyfikacji zagrożeń w obrębie tej grupy. Niemniej jednak w procesie tworzenia strategii istotne jest skuteczne badanie potrzeb osób starszych, a następnie, opierając się na takim rozpoznaniu, projektowanie metod wsparcia, modeli reagowania na zagrożenia oraz metod ewaluacji tych strategii. To z kolei pozwoli na wypracowanie standardów, które obowiązywać będą nie tylko na poziomie lokalnym, ale także ogólnokrajowym.

Natomiast strategia na poziomie gminy powinna uwzględniać lokalne uwarunkowania, zarówno społeczne, jak i geograficzne. Aby takie działania mogły dojść do skutku, niezbędne jest również wzmocnienie organizacyjne i finansowe pracowników socjalnych, których aktualna liczebność w stosunku do zapotrzebowania na ich pracę jest niewystarczająca.

Na poziomie gmin i miast należy dążyć do wyróżnienia w strukturze administracji pracownika lub specjalnego pełnomocnika odpowiadającego za sprawy osób starszych. Pracownik ds. osób starszych lub specjalny pełnomocnik poświęciłby uwagę wyłącznie kwestiom związanym z osobami starszymi. Dzięki temu można by skoncentrować się na identyfikowaniu ich potrzeb i opracowywaniu odpowiednich rozwiązań. Ułatwiłoby to koordynację działań różnych instytucji i sektorów, takich jak opieka zdrowotna, opieka społeczna, transport, edukacja czy kultura. To zwiększyłoby skuteczność i spójność działań na rzecz osób starszych. Osoba na tym stanowisku mogłaby aktywnie uczestniczyć w tworzeniu i wdrażaniu programów wsparcia oraz inicjatyw skierowanych do osób starszych, takich jak zajęcia terapeutyczne, programy aktywizacji czy opieka domowa. Pełnomocnik ds. osób starszych mógłby działać jako głos tej grupy w strukturach administracji lokalnej. Mógłby wskazywać na potrzeby, bariery i sugestie w obszarze polityki publicznej. Taka osoba byłaby odpowiedzialna za gromadzenie danych dotyczących populacji osób starszych, ich potrzeb i problemów. To umożliwiłoby skuteczniejsze monitorowanie sytuacji i efektywniejsze alokowanie zasobów. Mogłaby organizować konsultacje i prowadzić dialog społeczny, w których osoby starsze wyrażałyby swoje opinie i wyciągały wnioski odnośnie do lokalnych inicjatyw i projektów. Taki pracownik mógłby prowadzić działania informacyjne i edukacyjne skierowane do osób starszych i ich rodzin, a także działać na rzecz współpracy między sektorem publicznym a organizacjami pozarządowymi, które często oferują wsparcie dla tej grupy wiekowej. Wprowadzenie takiego stanowiska lub funkcji mogłoby przyczynić się do bardziej efektywnego i zrównoważonego podejścia do kwestii związanych z osobami starszymi na

poziomie lokalnym. Autorka podkreśla, że jest to ważny krok w kierunku tworzenia społeczeństwa, które dba o przedstawicieli tej grupy wiekowej i troszczy się o godne życie osób starszych.

Zauważalna jest także potrzeba powstawania lub wzmacniania istniejących rad seniorów lub rad ds. seniorów na poziomie gmin, w których oprócz samych osób starszych zasiadałoby specjalistów odpowiedzialnych za projektowanie i wdrażanie proponowanych przez rady rozwiązań.

Te wszystkie działania, gdyby zostały wdrożone, znacząco wpłynęłyby na poprawę sytuacji życiowej osób starszych z niepełnosprawnościami.

Sytuacja pandemiczna pokazała, że wszystkie płaszczyzny życia były zagrożone, a osoby starsze i ich rodziny nie zostały przygotowane na zaistniałą sytuację. Pandemia COVID-19 stanowiła poważne zagrożenie dla zdrowia i życia nie tylko osób starszych, ale dla społeczeństwa jako całości. Osoby starsze, ze względu na większe ryzyko poważnych powikłań, były szczególnie narażone na zakażenie wirusem. W niektórych przypadkach, ze względu na przeciążenie systemu i konieczność zapewnienia miejsc hospitalizacji pacjentom z COVID-19, miały one ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. *Lockdowny* i ograniczenia wprowadziły izolację społeczną, co mogło przyczynić się do poczucia samotności i obniżenia zdrowia psychicznego osób starszych. Władze, czy to na poziomie krajowym, czy lokalnym, wykazały się brakiem strategii i planów awaryjnych. Mogło to sprawić, że trudno było skutecznie reagować na zmieniającą się sytuację. W znacznym stopniu obciążało to rodziny i instytucje świadczące opiekę nad jednostkami z tej grupy wiekowej. Sytuacja pandemiczna wymagała od osób starszych i ich rodzin również elastyczności i zdolności do szybkiej adaptacji do nowych warunków życia i zachowań, co nie zawsze okazywało się łatwe. Podkreślone zostało także znaczenie edukacji i świadomości zdrowotnej wśród osób starszych i ich opiekunów. Istotna stała się wiedza na temat higieny, profilaktyki i sposobów ochrony zdrowia. Wiele osób starszych doświadczyło kłopotów związanych z dostępem do informacji, szczególnie tych związanych z bezpieczeństwem i zaleceniami dotyczącymi pandemii. Problemem stał się brak przygotowania do korzystania z technologii cyfrowych. Pandemia wywołała lęk, niepokój i stres. Osoby starsze i ich rodziny nie były przygotowane do radzenia sobie z takimi trudnościami w zakresie zdrowia psychicznego. Wiele osób nie miało awaryjnych planów ani wystarczającej ilości zapasów. Być może nie zdawali sobie sprawy z potrzeby przygotowania się na sytuacje kryzysowe.

BIBLIOGRAFIA

- Ablewicz, K. (2004). Codziennosc i fenomenologia. Metodologiczne uwagi pedagoga. W: S. Palka (red.), *Badania z pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych* (s. 301–312). Wydawnictwo UJ.
- Adamiec, M., Popiołek, K. (1993). *Jakosc zycia – między wolnością a mistyfikacją*. Wydział Prawa i Administracji UAM.
- Andreoli, V. (2009). *Zrozumiec cierpienie. Aby ból ustapil radości*. Wydawnictwo Homini.
- Barbotte, E., Guillemin, F., Chau, N., Lorhandicap Group. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: A review of recent literature. *Bulletin World Health Organization* 11(79), 1047–1055.
- Benedetti, T. R., i in. (2008). *Physical activity and mental health status among elderly people*. *Rev. Saude Publica*, 42, 302–307.
- Bień, B. (2013). *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*. 21, 33–47.
- Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. (b.d.). *Informacje i dane demograficzne. Dane dotyczące niepełnosprawności pochodzące ze spisu reprezentatywnego, obejmującego tylko część ludności, którego wyniki zostały uogólnione na całą populację*. z <https://niepełnosprawni.gov.pl/p,79,informacje-i-dane-demograficzne>. [pobrano 22.05.2023].
- Bojanowska, E. (2012). Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie. W: J. Hryniewicz (red.) *O sytuacji ludzi starszych* (s. 19–32). Rządowa Rada Ludnościowa : Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Borowiecki, P. (2015). Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania.*, 15(II).
- Brzeska, A. (2020). Przemocowe piekło trwa. *Tygodnik Przegląd*, 4-11.
- Brzeziński, J. (2011). *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN,
- Burzyńska, M., Maniecka-Bryła, I. (2015a). Niepełnosprawność osób starszych jako czynnik determinujący korzystanie z usług pomocy społecznej. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica*, 4(315), 29-41. <https://doi.org/10.18778/0208-6018.315.03> [pobrano 22.03.2023].
- Carrel, A. (1938). *Człowiek istota nieznaną*. Trzaska, Evert, Michalski.

- Chabior, A., Fabiś, A., Wawrzyniak, J. K. (2014). *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Chen, P., i in. (2020). Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of Sport and Health Science*, 2(9), 103–104. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.02.001> [pobrano 11.02.2023].
- Czerniawska, O. (2007). *Szkice z andragogiki i gerontologii*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Czerniawska, O., Dziegielewska, M. (1997). Uczenie się jako styl życia. W: M. Dziegielewska (red.), *Przygotowanie do starości. Materiały z konferencji gerontologicznej, Łódź, 18-19 października 1996* (s. 17). ZOD UŁ.
- Dąbrowski, Z. (2006). *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, Wydawnictwo UWM, T.1
- Deklaracja Madrycka (2002). Europejski Kongres na rzecz Osób Niepełnosprawnych Madryt. z <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1878> [pobrano 11.02.2023].
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., Podemski, K. (2014). *Metody badań jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, T. 1
- Dmochowska, H. (2016). *Mały Rocznik Statystyczny Polski*. Wyd. Zakład Wydawnictw Statystycznych
- Dobrowolska, D. (1999). Przebieg życia – fazy – wydarzenia. *Kultura i Społeczeństwo*, 2, 75-85.
- Drozdowski, R., i in. (2020). *Życie codzienne w czasach pandemii*. z <https://socjologia.amu.edu.pl/publikacje/504-zycie-codzienne-w-czasach-pandemii-pelny-raport> [pobrano 11.03.2023].
- Dubas, E. (2012). Sztuka starzenia się – uczenie się starości. Kontekst andragogiczny. *Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 1, 11–19.
- Duława, J. (2015). *Vademecum medycyny wewnętrznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dunaj, B. (1996). *Słownik współczesnego języka polskiego*. Wilga.
- Dunaj, B. (1999). *Domowy popularny słownik języka polskiego*. Wilga.
- Dykcik, W. (red.) (2002). *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Dymecka, J. (2021). Psychologiczne skutki pandemii COVID-19. *Neuropsychiatria i neuropsychologia*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.5114/nan.2021.108030> [pobrano 14.03.2023].
- Dyrektywa Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy, Dz.U. UE L 2000.303.16

- (2000). <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-UE/dyrektywa-2000-78-we-ustanawiajaca-ogolne-warunki-ramowe-rownego-traktowania-67427577> [pobrano 17.02.2023].
- Elam, J. S., i in. (2021). The Human Connectome Project: A Retrospective. *NeuroImage*, 244, 8-24. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118543> [pobrano 10.05.2023].
- Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. Dz. U. z 1999 r. nr 8 poz. 67 (1999). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19990080067> [pobrano 09.11.2022].
- Eurostat – europejskie statystyki*, b.d., https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/eurostat-european-statistics_pl [pobrano 22. 05. 2023].
- Fabiś, A., Wawrzyniak, J. K., Chabior, A. (2017). *Ludzka starość*. Oficyna Wydawnicza "Impuls"
- Fardin, M. A. (2020). COVID-19 and Anxiety: A Review of Psychological Impacts of Infectious Disease Outbreaks. *Archives of Clinical Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.5812/archcid.102779> [pobrano 22.05.2022].
- Firlit-Fesnak, G. (2022). Zdolność dostosowania rodziny wobec zmian wywołanych pandemią COVID-19. *Studia Politologiczne*, 3, 108–128.
- Frankfort-Nachmias, C., Nachmias, D. (2001). *Metody badawcze w naukach społecznych*. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Freeman, M. (2008). Hermeneutics. W: L. M. Given (red.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*. Sage Publications.
- Frieske, K. W., Poławski, P. (1999). *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*. Wydawnictwo Naukowe "Śląsk".
- Garbat, M. (2014). Definiowanie niepełnosprawności. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 1, 3–16.
- Gawron, G., Klimczuk, A., Szweda-Lewandowska, Z. (2021). *Starzenie się populacji. Aktywizacja, koprodukcja i integracja społeczna osób starszych (Population Ageing: Activation, Co-Production, and Social Integration of Older People)*. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
- Gibbs, G. (2011). *Analizowanie danych jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goldsmith, T. C. (2014). *The Evolution of Aging*. Wydawnictwo Azinet Press.

- gov.pl. (2020a). *Nowe zasady profilaktyki przeciw COVID-19 i kolejne powiaty w strefie czerwonej.* *Koronawirus: informacje i zalecenia.* z <https://www.gov.pl/web/koronawirus/nowe-zasady-profilaktyki-przeciw-covid-19> [pobrano 11.06.2023].
- gov.pl. (2020b). *Pierwsze szczepienia przeciwko COVID-19 w Polsce już pod koniec grudnia.* z <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/pierwsze-szczepienia-przeciwko-covid-19-w-polsce-juz-pod-koniec-grudnia> [pobrano 22.03.2023].
- gov.pl. (2021). *Od 20 marca w całej Polsce obowiązują rozszerzone zasady bezpieczeństwa.* z <https://www.gov.pl/web/koronawirus/od-20-marca-w-calej-polsce-obowiazuja-rozszerzone-zasady-bezpieczenstwa> [pobrano 11.04.2023].
- GUS. (2020a) *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.*pdf (stat.gov.pl): [pobrano 23.07.2022].
- GUS. (2020b). *Osoby niepełnosprawne w 2019 r. Informacje sygnałne.* Pobrano z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodow-wg-bael/osoby-niepelnosprawne-w-2019-roku,33,1.html> [pobrano 05.10.2022].
- GUS. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 roku.*[pobrano 11.07.2023].
- GUS. (2022a). *Informacje sygnałne i publikacje.* z <https://bip.stat.gov.pl/dzialalnosc-statystyki-publicznej/polska-statystyka-publiczna/opracowania-sygnalne-i-publicznej/#:~:text=Plan%20informacji%20sygnalnych%20s%C5%82u%C5%BCb%20statystyki%20publicznej%20na%20> [pobrano 23.06.2023].
- GUS. (2022b). *Sytuacja demograficzna Polski do roku 2021* [pobrano 30.03.2023].
- GUS. (2022c). *Umieralność i zgony według przyczyn w 2021.* z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html> [pobrano 23.04.2023].
- Halicki, J. (2010). *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów.* Wydawnictwo UMCS.
- ICF. (2001). *Microsoft Word – ICF Polish version.doc (who.int).* z https://www.cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf [pobrano 04.04.2023].
- Ingarden, R. (1987). *Spór o istnieniu świata. Ontologia egzystencjalna* Wydawnictwo Naukowe PWN. T.1.
- Kamiński, A. (1980). *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna.* Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Karaś, M. (2012). Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego i Disability Studies. *Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny*, 4, 20–33.
- Karta praw podstawowych Unii Europejskiej. (2009). UE. z [https://fra.europa.eu/pl/eu-charter#:~:text=Karta%20praw%20podstawowych%20Unii%20Europejskiej%20wprowadza%20do%20prawa,zak%C5%82adka%20strony%20internetowej%20obejmuje%20encyklopedi%C4%99%20dotycz%C4%85c%C4%85%20Karty%20%28ang.](https://fra.europa.eu/pl/eu-charter#:~:text=Karta%20praw%20podstawowych%20Unii%20Europejskiej%20wprowadza%20do%20prawa,zak%C5%82adka%20strony%20internetowej%20obejmuje%20encyklopedi%C4%99%20dotycz%C4%85c%C4%85%20Karty%20%28ang.[pobrano 09.03.2023])[pobrano 09.03.2023].
- Kijak, R., Szarota, Z. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Kilian, M. (2021). *Pedagogika specjalna osób w starszym wieku*. Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Klimowicz, G. (1988). *Przeciwko bezradnej samotności*. Nasza Księgarnia.
- Kołaczek, B. (2010). *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*. IPISS.
- Komitet Prognoz „Polska 2000Plus” PAN (2008). *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*. z <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/16359>
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. (2005). Libellus.[pobrano 12.05.2023].
- Konwencja Nr 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przyjęta w Genewie dnia 20 czerwca 1983 r. Dz. U. 2005 nr 43 poz. 412 (2005). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20050430412> [pobrano 11.02.2023].
- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 14 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2. Dz. U. 1993 nr 61 poz. 284 (1993). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19930610284> [pobrano 08.02.2023].
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. 2012 r. poz. 1169 (2012). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120001169/O/D20121169.pdf>. [pobrano 23.04.2023].
- Kowalewska, B., Jankowiak, B., Krajewska-Kułak, E. (2017). *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych* Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, T.1.

- Krajewski, M. (2020). *O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego. Uwagi podstawowe*. Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica WN NOVUM Sp. z o.o.
- Kvale, S. (2010). *Prowadzenie wywiadów*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- López-Otín, C., i in. (2013). *The hallmarks of aging*. *Cell*, 153(6), 1194–1217.
- Łuczak, J., Kotlińska-Lemieszek, A. (2011). Opieka paliatywna, hospicyjna, medycyna paliatywna. *Nowiny Lekarskie*, 1(80), 3–15.
- Łyś, G. (2003). Niepełnosprawni. Obywatele bez barier. *Rzeczpospolita*, 10.
- McKinley Runyan, W. (1992). *Historie życia a psychobiografia. Badania teorii i metody*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Marynowicz-Hetka, E. (2006). *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki* Wydawnictwo Naukowe PWN, T. 1.
- Maslow, A. H. (2006). *Motywacja i osobowość*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Merton, T. (1982). *Posiew kontemplacji*. Wydawnictwo Znak.
- Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku. Dz. U. 1977 nr 38 poz. 169 (1977). <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/miedzynarodowy-pakt-praw-gospodarczych-spoecznych-i-kulturalnych-nowy-16790153> [pobrano 13.04.2023].
- Mikołajczyk, B. (2012). *Międzynarodowa ochrona praw osób starszych*. Wolters Kluwer Polska SA.
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2022). *Program wieloletni „Senior+” na lata 2021-2025—Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej* [pobrano 23.03.2023].
- Ministerstwo Zdrowia (2012). *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*. z https://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf [pobrano 25.05.2023].
- Novak, M. (1991). Liquid Architectures in Cyberspace, From Wagner to Virtual Reality. *Publication History*, 26 272–285. <https://doi.org/10.1145/1935701.1935817> [pobrano 25.06.2023].
- Nowak, M. (1993). Metoda hermeneutyczna w pedagogice. *Roczniki Nauk Społecznych KUL* 21(2), 49–58.
- Oleś, P. K. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość, zmiana, integracja*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Ornell, F., i in. (2020). „Pandemic fear” and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 3(42), 232–235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008> [pobrano 21.04.2023].
- Osika, G., Wesołowska, A. (2020). Niechirurgiczne metody opóźniające procesy starzenia się skóry. *Farmacja Polska*, 76 (2), 110–117.
- Parsons, T. (2009). *System społeczny*. Nomos.
- Pędlich, W., Jakubowska, D., Kunda, T. (1983). *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pięta, J. (2014). *Pedagogika czasu wolnego*. Wydawnictwo Frel.
- Pikuła, N. G., i in. (2020). *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa*. Wydawnictwo Scriptum.
- Pietkiewicz, I., Smith, J. A. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), s.361-366.
- Piotrowski, J. (1973). *Miejsce człowieka starego w rodzinie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Przetacznikowa, M. (1978). *Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Szkolno-Pedagogiczne.
- Rembowski, J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rembowski, J. (1992). *Samotność*. Wydawnictwo UG.
- Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 46/91 z dnia 16 grudnia 1991 r., Annex Principes des Nations Unies pour les personnes âgées (1991). <https://www.un.org/fr/our-work/documents> [Pobrano 23.02.2023].
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 20 kwietnia 2017 r. w sprawie rodzajów dokumentów poświadczających uprawnienia do korzystania z ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego. Dz. U. 2017 poz. 810 (2017). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000810> [pobrano 17.02.2023].
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2012 r. W sprawie sposobu organizacji obsługi bibliotecznej w domach pomocy społecznej oraz sposobu współdziałania bibliotek publicznych w wykonaniu tej obsługi. Dz. U. 2012 poz. 1291 (2017). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20120001291> [pobrano 11.02.2023].

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu organizacji obsługi bibliotecznej w podmiotach leczniczych oraz sposobu współdziałania bibliotek publicznych w wykonaniu tej obsługi. Dz. U. 2012 poz. 1406 (2012). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20120001406> [pobrano 05.05.2023].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. W sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii. Dz. U. 2020 poz. 491. (2020). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000491> [pobrano 18.02.2023].
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz. U. 2020 poz. 697 ze zm. (2020). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000697> [pobrano 25.06.2023].
- Rudnicki, S. (2014). Niepełnosprawność i złożoność. *Studia Socjologiczne*, 2(213), 43–61.
- Rymer, W. (2021). Długi Covid. *Polski Instytut Evidence Based Medicine*, 1, 97–103. sejm.gov.pl, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*: [pobrano 22.02.2023].
- Shigemura, J., i in. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 4(74), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988> [pobrano 11.01.2023].
- Silverman, D. (2009). *Interpretacja danych jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skorny, Z. (1984). *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki. Przewodnik metodologiczny dla studiu-jących nauczycieli*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Skorupka, S. (1987). *Słownik frazeologiczny języka polskiego* Wiedza Powszechna, T. 2.
- Skřętowicz, B., Komorowska, M. (2008). *Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie polskim okresu transformacji*. Wydawnictwo UMCS.
- Skrobacka, H. (2009). *Roczniki nauk rolniczych*. Wieś Jutra Sp. z o.o, T. 96.
- Smart, J. F. (2009). The power of models of disability. *Journal of Rehabilitation*, 75, 3–11.
- Smith, J. A., Fieldsend, M. (2021). Interpretative phenomenological analysis. *American Psychological Association*, 2, 147–166. <https://doi.org/10.1037/0000252-008> [pobrano 10.02.2023].
- Smyczyński, T., Andrzejewski, M. (2022). *Prawo rodzinne i opiekuńcze*. C.H. Beck.

- Staręga- Piasek, J. (1976). *Ludzie starzy a praca zawodowa*. Książka i Wiedza.
- Studen, S. (2009). *Szczęśliwi po pięćdziesiątce*. WAiP.
- Suchodolski, B. (1967). *Świat człowieka a wychowanie*. Książka i Wiedza.
- Suchodolski, B. (1987). *Wychowanie i strategia życia*. Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Susułowska, M. (1989). *Psychologia starzenia się i starości*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Synak, B. (2002). *Polska starość*. Wydawnictwo U. G.
- Szarota, Z. (1998). *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*. Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Szarota, Z. (2004). *Gerontologia społeczna i oświatowa: Zarys problematyki*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Szarota, Z. (2010). *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Szatan, M. (2012). Strach a lęk w ujęciu nauk humanistycznych. *Studia Gdańskie*, 31, 325–342.
- Szatur-Jaworska, B. (1999). Życie rodzinne ludzi starych w Polsce. *Polityka Społeczna* 9 (306).
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dzięgielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Szczepański, J. (1951). *Techniki badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szczepański, J. (1978). *Sprawy ludzkie*. Wydawnictwo Czytelnik.
- Szmidt, K. (2009). *Metody pedagogicznych badań nad twórczością*. Publikacje Wydawnictwa AHE w Łodzi.
- Sztumski, J. (2010). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe "Śląsk".
- Szymczak, M., Grzywacz, R. (2018). *W trosce o człowieka. Paradygmaty stare i nowe*. WAM.
- Światowa Organizacja Zdrowia. (2009). Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (ICF), Światowa Organizacja Zdrowia – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. z <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pol.pdf;jsessionid=14180DCA827DD68F84869C6DBA336CF?sequence=67> [pobrano 13.06.2023].
- Taleb, N. (2020). *Czarny łabędź. Jak nieprzewidywalne wydarzenia rządzą naszym życiem*. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Terlikowski, T. (2016). Globalizacja ryzyka – wyzwaniem dla badań nad bezpieczeństwem. *Zeszyty Naukowe SGSP* 4(60), 153–166.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2009). *Przemoc wobec osób starszych*. Wydawnictwo UJ.

- Trafiałek, E. (2003). *Polska starość w dobie przemian*. Wydawnictwo Naukowe "Śląsk".
- Trafiałek, E. (2006). *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Wydawnictwo Uczelniane, Wszechnica Świętokrzyska.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Rzym, 25 marca 1957 r., Dz. U. 2004 nr 90 poz. 864/2 (2004). <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/traktat-o-funkcjonowaniu-unii-europejskiej-rzym-1957-03-25-17099384> [pobrano 11.03.2023].
- Traktatu z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisany w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 r. Dz. U. 2009 nr 203 poz. 1569 (2009). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20092031569> [pobrano 11.03.2023].
- Trempała, J. (red.) (2015). *Psychologia rozwoju człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych. Dz. U. 2015 poz. 1705 (2015). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001705> [pobrano 11.01.2023].
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym. Dz. U. 2021 poz. 450 (2021). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000450> [pobrano 10.03.2023].
- Ustawa z dnia 21 listopada 1996 r. o muzeach. Dz. U. 2022 poz. 902 (2022). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000902> [pobrano 21.03.2023].
- Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe. Dz. U. 2020 poz. 1041 (2020). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001041> [pobrano 12.02.2023].
- Ustawa z dnia 23 października 2014 r. o odwróconym kredycie hipotecznym. Dz. U. 2022 poz. 158 (2022). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU202200001585> [pobrano 23.03.2023].
- Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o bibliotekach. Dz. U. 2019 poz. 1479 (2019). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001479> [pobrano 12.02.2023].
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776 (1997). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19971230776> [pobrano 18.01.2023].

- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz. U. 2019 poz. 1239 (2019). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001239> [pobrano 07.02.2023].
- Walkowiak, P. (2022). Zwierzęta towarzyszące osobie starszej w czasie wolnym podczas pandemii Covid-19. *Gerontologia Polska*, 30, 117–123. <https://doi.org/10.53139/GP.20223014> [pobrano 23.05.2023].
- Wawrzyniak, J. K. (2017). *Starość człowieka. Szanse i zagrożenia. Implikacje pedagogiczne*. Wydawnictwo CeDeWu.
- Wąsiński, A. (2012). Konstruowanie własnej biografii w świetle autoedukacji seniorów. *Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 1, 43–55.
- Wieczorkowska-Tobis, K., Talarska, D. (2008). *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wierzbicka, J., Brukwicka, I., Kopański, Z., Rowiński, J., Furmaniak, F. (2017). Wybrane aspekty procesu starzenia się człowieka. *Jurnal of Clinical Healthcare*, 2, 1-6.
- Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2(7), 5–20. niepelnosprawnosc_07_09.indd (pfron.org.pl)) [pobrano 21.07.2023].
- Wlazło, M. (2019). Intersekcjonalny wymiar polskiego dyskursu prasowego niepełnosprawności i starości. *Niepełnosprawność: Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 35, 89–102.
- Wojszel, Z. B. (2009). *Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego*. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana.
- Wołowicka, L., Jaracz, K. (1998). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia w badaniach własnych. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, 13, 81–86. (b.d.).
- Woods, J. A., i in. (2009). Cardiovascular exercise training extends influenza vaccine seroprotection in sedentary older adults: The immune function intervention trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 12(57), 2183–91. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02563.x> [pobrano 21.02.2023].
- Woodworth, R. S., Schlosberg, M. (1967). *Psychologia ekstremalna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woźniak, Z. (2011). Profilaktyka starzenia się i starości. Mrzonka czy konieczność? *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 1, 231–254.

- Wsparcie osób starszych w czasie pandemii.* (2022). Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, 3. z <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-wsparcie-osob-starszych-w-czasie-pandemii> [pobrano 11.04,2023].
- Zaorska, M. (2012). Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością sprzężoną. *Niepełnosprawność*, 7, 9–24.
- Zięba-Kołodziej, B. (2012). *Z dala od życia. Studium samotnej starości.* Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Zych, A. A. (2013). *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii.* Wydawnictwo Naukowe "Śląsk".
- Zych, A. A. (2017). *Leksykon gerontologii.* Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Zych, A. A. (2020). *Młodość utracona, odkrywana starość.* Wydawnictwo "Śląsk".
- Zych, A. A. (2020). Aktywność zawodowa osób starszych na rynku pracy w cieniu pandemii koronawirusa. *Praca Socjalna*, 6, 21–33. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.5735> [pobrano 12.02.2023].

WYKAZ TABEL, RYSUNKÓW I FOTOGRAFII

Tabela 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce na przestrzeni siedemdziesięciu lat (1950–2020)	59
Rysunek 1. Liczba zgonów w Rejestrze Stanu Cywilnego od 1 września 2015 r. wg przedziałów wiekowych. Dane miesięczne – otwarte dane	111
Rysunek 2. Liczba zgonów w Rejestrze Stanu Cywilnego od 1 września 2015 r. wg przedziałów wiekowych. Dane miesięczne – otwarte dane	111
Fot. 1. Fotoalbum pani Marii (63 lata), który powstał na podstawie jej wcześniejszych podróży z przyjaciółmi i rodziną. Autorski projekt	178
Fot. 2. Rękodzieła pani Grażyny (62 lata)	179
Fot. 3. Obrazy pani Ludmiły (71 lat) – „uroczy prymitywizm”	180