

Program promocji więzi społecznych wśród Polaków w Australii w odniesieniu do problemów psychicznych¹

Programme of promotion of social attachment among Poles in Australia in relation to psychic problems

Lesław Kulmatycki, Jan Łazowski

Katedra Podstaw Humanistycznych, Zakład Psychologii
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. E. Wlazło

Summary

Among the Polish community in Sydney in 1989 there was a significantly higher percentage of men than women. Compared to the Australian population, there was also a high percentage of single people (especially men), a high rate of childlessness and a majority of incomplete families.

The data on admission to psychiatric institutions in New South Wales indicate, that Polish-born persons (males) hospitalized with psychiatric disorders were 2.5 times more than the population of Australian-born. Sociologists pointed that because of lesser contacts with other members of their ethnic groups, people find themselves isolated. There were also limited family members or relatives who could provide support.

From the South Western Sydney Area Health Service initiative a 2-year programme "Gazeta seniora". The strategic goal was to reduce number of isolated Polish-born older people through a number of regular initiatives: newspaper supplement, radio programmes, meeting groups, phone line.

According to the information obtained from health and social services and from the respondents survey, letters and interviews, there was an increased access to medical services (15 percent), number of ethnic meeting groups (40 percent). The programme has encouraged community leaders to provide personal contact and support for isolated people. After two years there were twice as many programme participants „satisfied with life” mainly because of „other peoples and the community's” involvement (from 7.0 to 21.4 percent).

In the discussion part the authors stressed a holistic and long-term aspect of social and environmental support of any community based health promotion intervention related to psychic health improvement.

Słowa klucze: promocja zdrowia, więzi, zdrowie psychiczne

Key words: health promotion, attachment, psychic health

¹ Program koordynowany był przez jednego z autorów i po raz pierwszy niektóre założenia prezentowane były podczas konferencji naukowej „Rozwój – zdrowie – choroba” w Kołobrzegu, 13–15 maja 2004 r.

„Zależności między migracją a chorobami psychicznymi były przedmiotem zainteresowania w krajach angielskojęzycznych od połowy XIX wieku. Przeprowadzone w 1840 r. badania w Stanach Zjednoczonych wykazały nieproporcjonalnie wysoki odsetek pacjentów psychiatrycznych wśród imigrantów”².

Iraklis Harry Minas

Diagnoza wyjściowa i adresaci programu

Opisany program zrealizowany został w Australii, jednym z krajów przyjmujących najwięcej imigrantów z całego świata. Polityka imigracyjna ma swoje zalety, np. dopływ wykształconej kadry, oraz swoje wady, np. adaptacja i asymilacja w nowym kraju. Dotyczy ona wielu grup etnicznych, w związku z czym jest jednym z priorytetowych zadań władz australijskich.

W odniesieniu do polskiej społeczności mieszkającej w Australii, można mówić o dwóch grupach emigrantów. Pierwsza, liczniejsza, przybyła do Australii w latach 1948–1951 i wywodzi się głównie z żołnierzy polskich, pozostałych po wojnie w Europie Zachodniej. Grupa druga, młodsza generacja, przybyła do Australii w latach 80. Starsi wiekiem Polacy byli przesiedleńcami z Anglii i Francji, którzy znaleźli się tam po II wojnie światowej i którzy do Australii wyjechali pod presją władz krajów pobytu. Były to osoby z podstawowym i średnim wykształceniem oraz o niskim statusie ekonomiczno-społecznym, natomiast cieszący się wśród Australijczyków dużym szacunkiem. W latach 80. ta zasadnicza grupa powojennych emigrantów nie tylko z Polski, ale też z innych krajów Europy Środkowowschodniej (Litwa, Łotwa, Ukraina itp.), osiągnęła wiek powyżej 70 lat.

Według danych statystycznych, w roku 1986 w Australii przebywało 67 659 Polaków [1, 2, 3]. Średni wiek polskiej społeczności wynosił 56,5 roku (dla porównania 27,5 roku dla Australijczyków i 40,7 roku dla emigrantów innych grup narodowościowych). W odróżnieniu od innych grup emigrantów mieszkających w Australii, oraz od Australijczyków, wśród polskich emigrantów przewagę stanowili mężczyźni, a przeciętny czas przebywania w Australii wynosił 30 lat. Z diagnozy wyjściowej wynikało, że Polacy mieszkający w Australii ponad 2,5-krotnie (13,90/1000) częściej przyjmowani byli do szpitali psychiatrycznych niż reszta społeczeństwa (5,25/1000) [4, 5, 6, 7], natomiast według Krausa [5] liczba osób polskiego pochodzenia (Polish-born) przyjętych do szpitali psychiatrycznych z rozpoznaniem schizofrenii aż ponad pięciokrotnie przewyższała liczbę tego samego rozpoznania wśród rdzennych Australijczyków (Australian-born), a wśród osób z rozpoznaniem alkoholizmu ten sam autor [5] wskazuje na trzykrotnie większą liczbę Polaków, w porównaniu z Australijczykami.

Należy podkreślić, że w wypadku polskiej grupy migracja do odległej Australii nie była sprawą wolnej decyzji, a raczej konieczności historycznej. Dla wielu ojczyzna pozostała symbolem utraty czegoś bardzo ważnego. Z rozmów wynikało, że istota straty polegała na niemożności swobodnego kontaktowania się ze „starą” ojczyzną.

² Minas IH. Mental health in a culturally diverse society. W: Reid J, Trompf P, red. The health of immigrant Australia, a social perspectives. Sydney: University of Sydney; 1990, s.251.

Dla wielu fizyczne granice Polski były zamknięte, co rodziło wraz z upływem lat rodzaj rozgoryczenia i niespełnienia.

Ze społecznego i psychologicznego punktu widzenia w czasie schyłkowych lat życia następuje powrót do korzeni, m.in. ojczystego języka, który jako macierzysty staje się w tym okresie życia dominujący. Osoby starsze chciałyby być po prostu „u siebie”. Na obczyźnie jest to podwójnie trudne, nie ta ziemia oraz nie ci ludzie. W konsekwencji w Australii odczuwalny był brak wystarczającej dostępności do serwisów socjalnych i medycznych. Szczególnie dotyczyło to usług specyficznych dla osób starszych, w dodatku w języku polskim.

Istotę problemu stojącego przed zespołem realizującym program można było określić następująco:

- poczucie osamotnienia, wyobcowania i izolacji społecznej starszej wiekowo grupy mieszkańców pochodzenia polskiego;
- brak wiedzy na tematy dotyczące zdrowia psychicznego oraz niedostępność informacji w języku polskim.

Osamotnienie jest tematem wielu dyscyplin naukowych: psychologii, psychiatrii, socjologii, medycyny itp. Badania związane z jego oceną są trudne. Nie można jednoznacznie określić stopnia osamotnienia. W sytuacjach emigracyjnych definiowane jest ono jako bardzo silne i nieprzyjemne doświadczenie, wynikające z braku zaspokojenia potrzeby intymnego kontaktu z innymi osobami.

Według badaczy problemu [6, 8, 9, 10, 11, 12, 13] istnieją dwa rodzaje osamotnienia – emocjonalne i społeczne. Osamotnienie emocjonalne dotyczy braku możliwości nawiązywania bliskiego kontaktu z osobą wybraną. Osamotnienie społeczne związane jest z brakiem grupy bliskich osób, z którymi można dzielić wspólne zainteresowania, przeżycia, wspomnienia. Osamotnienie emigracyjne zaliczyć można do kategorii osamotnienia sytuacyjnego, które łączy w sobie oba wymienione przez Weissa [8] rodzaje osamotnienia, zarówno społeczne, jak i emocjonalne. Tego rodzaju spotęgowane osamotnienie trwające zbyt długo przeradza się w chroniczne osamotnienie i wyobcowanie. Grupy wsparcia na emigracji są niezbędne w przeciwdziałaniu osamotnieniu i alienacji. Służenie informacją, radą, dodawanie otuchy i umiejętność wysłuchania – to tylko niektóre z form wsparcia społecznego, określane jako emocjonalne. Oczywiście najbardziej naturalne wsparcie daje rodzina. Jednak w przypadku braku rodziny niezbędne jest zbudowanie sieci osób przejmujących rolę wspierania.

Adresatami programu były osoby w wieku starszym, mówiące po polsku, ok. 2–3 tys., oraz pośrednio inne grupy wschodnioeuropejskie, przebywające na stałe w Sydney, a szczególnie w okręgu Bankstown. Ze wstępnej diagnozy z połowy lat 80. wynikało, że program może dotyczyć prawie 61% polskojęzycznej populacji Sydney. Wówczas była to druga, pod względem liczby osób starszych (po Włochach), grupa etniczna i trzecia, pod względem proporcji osób starszych do osób młodych (po grupie ukraińskiej i „bałtyckiej” z dawnego ZSRR). W strukturze płci w grupie polskiej była wyraźna przewaga mężczyzn (ok. 65%) nad kobietami, szczególnie w wieku 65–69 lat, oraz przewaga osób bezdzietnych i samotnych.

Organizacja, cele i założenia programu

Głównym miejscem koordynacji programu był Rejonowy Ośrodek Zdrowia w Bankstown (Bankstown Community Health Centre). Zespół realizujący go bezpośrednio składał się z pracowników zatrudnionych w różnych sektorach oraz pracujących w różnych dzielnicach. Do wcielenia programu w życie zatrudniono 4 osoby w pełnym wymiarze godzin i 4 osoby na pół etatu, z 2 osobami podpisano umowę-zlecenie. To one tworzyły grupę koordynatorów centrów lokalnych. Pośrednio program był realizowany przez szeroką grupę współpracowników (lekarzy rodzinnych, pracowników domów opieki społecznej itp.). Nad stroną merytoryczną czuwał zespół promocji zdrowia dla imigrantów oraz Polskie Biuro Opieki Społecznej. Współpracy organizacyjnej podjęły się mass media: tygodnik „Wiadomości Polskie”, radio 2EA oraz organizacje pozarządowe.

Ogólnymi celami programu były:

- 1 – zmniejszenie poczucia osamotnienia, izolacji społecznej i wyobcowania wśród starszych wiekiem Polaków,
- 2 – zwiększenie dostępu do grup samopomocowych oraz państwowych i lokalnych usług ukierunkowanych na pomoc osobom starszym,
- 3 – promocja aktywnego stylu życia wśród osób starszych.

Szczegółowymi celami lub zadaniami programu było:

- 1 – promowanie regularnych form aktywnego spędzania czasu (grupy w lokalnych społecznościach, grupy seniorów, grupy seniorów niepełnosprawnych).
- 2 – przekazywanie informacji z zakresu zdrowia dla starszych wiekiem osób,
- 3 – informowanie starszych osób o dostępności rządowych i samorządowych usług zdrowotnych,
- 4 – nawiązywanie kontaktów z liderami lokalnych społeczności oraz z pracownikami instytucji opieki zdrowotnej i społecznej i ich prezentacja na łamach „Gazety Seniora”,
- 5 – stworzenie możliwości publikowania listów, wspomnień, pytań od ludzi starszych wiekiem,
- 6 – uruchomienie punktu kontaktowego dla osób samotnych.

Program miano realizować 2,5 roku i składał się z dwóch części: zaplanowanej i niezaplanowanej.

W części zaplanowanej zostało opracowanych, wydrukowanych i przekazanych do zainteresowanych uczestników programu 25 dodatków do „Wiadomości Polskich” pt. „Gazety Seniora”³. Wiele poruszonych w nich tematów było rozwijanych w programach stacji audycji etnicznych 2EA. W tym okresie w dodatkach ukazały się 62 artykuły, zawierające informacje oraz wywiady na tematy pośrednio lub bezpośrednio związane ze zdrowiem. Materiał prezentowano w trzech podstawowych grupach tematycznych – informacyjnej, komunikacyjnej i edukacyjnej.

Grupa informacyjna obejmowała serwisy rządowe i samorządowe, szczególnie dotyczące radzenia sobie z problemami natury bytowej, zdrowotnej, ekonomicznej,

³ Dodatek opracowywany w języku polskim, tłumaczony był częściowo na pięć innych języków etnicznych: litewski, łotewski, estoński, rosyjski, ukraiński.

oraz informacje o istniejących i powstających grupach dla osób starszych.

Grupa „komunikacyjna” koncentrowała się na ludziach i ich życiu – obejmowała wywiady, prezentacje konkretnych osób polskiej społeczności, ich stylu życia i tego co robią, czym się interesują.

Grupa „edukacyjna”, prezentowana pod nazwą „akademia trzeciego wieku”, dotyczyła istotnych tematów związanych z zachowaniem zdrowia oraz profilaktyki chorób, podawała też adresy grup, stowarzyszeń, instytucji, które mogłyby być pomocne w rozwiązywaniu konkretnych problemów zdrowotnych.

W części niezaplanowanej działania obejmowały przede wszystkim propozycje czytelników „dodatku” i uczestników spotkań redakcyjnych. Tutaj dodatek „Gazeta Seniora” był jedynie inspiratorem przedsięwzięć, natomiast ich praktyczny kształt uzależniony był od adresatów programu. Działania niezaplanowanej części programu można przedstawić w dwóch grupach, tj. „spotkaniowych” i „problemowych”.

Działanie grup „spotkaniowych” polegało na regularnym spotykaniu się określonej grupy starszych wiekiem osób, które miały zapewniony transport do miejsca spotkania i z powrotem do miejsca zamieszkania. Zazwyczaj spotkania odbywały się w Community Hall lub Migrant Centre – miejscach specjalnie do takich celów przeznaczonych. Grupy spotkaniowe organizowały się 2–3 razy w tygodniu, a koordynator grupy odpowiedzialny był za organizację i program spotkań. Głównym celem spotkań było zaspokojenie potrzeb towarzyskich, kontaktów interpersonalnych oraz możliwość budowy lub odbudowy więzi w środowisku osób o tym samym pochodzeniu. W ramach spotkań poszczególnych grup odbywały się wykłady, demonstracje ćwiczeń zdrowotnych, spotkania z zaproszonymi gośćmi, organizowane były prezentacje twórczości literackiej i wystawy malarstwa. Z inspiracji grup „spotkaniowych” oraz materiałów zamieszczanych na łamach „dodatku” wyłoniła się potrzeba organizacji grup „problemowych”, czyli nastawionych na rozwiązywanie konkretnych problemów zdrowotnych.

W ramach pracy grup „problemowych” odbyły się trzy treningi:

- trening ćwiczeń antyreumatycznych, obejmujący 15 spotkań,
- trening aktywnego stylu życia, obejmujący 10 spotkań,
- trening relaksacyjny, obejmujący 25 spotkań.

Ocena programu

W fazie powstawania programu zaplanowane zostały metody oceny dwóch wymiarów satysfakcji: „satysfakcji z programu” oraz „ogólnej satysfakcji życiowej”.

Satysfakcję z programu (czy jest zauważany i czy jest przydatny) oceniano dwukrotnie – na samym początku programu i po dwóch latach, w fazie końcowej – za pomocą „Ankiety Gazety Seniora” (AGS), która była drukowana na łamach „dodatku” i rozdawana w czasie spotkań grup. Ankieta złożona była z sześciu krótkich pytań, pięciu zamkniętych i jednego otwartego.

Ogólną satysfakcję życiową oceniano za pomocą kwestionariusza „Ocena Satysfakcji Życiowej” (OSŻ), który po konsultacjach z koordynatorami centrów lokalnych

wielokrotnie był testowany, głównie pod kątem zrozumiałości i prostoty wypełniania. Kwestionariusz (aneks 1) składał się z dwóch pytań, a każde z nich zawierało cztery możliwości odpowiedzi. Pytanie drugie zawierało dodatkowo otwartą możliwość. Pomiar został przeprowadzony dwukrotnie, w fazie początkowej programu, tuż po rozpoczęciu, oraz w fazie końcowej lub bezpośrednio po jego zakończeniu. Wybór respondentów dokonany był losowo zarówno podczas pierwszego jak i drugiego pomiaru.

W ocenie programu wzięto pod uwagę również dane statystyczne z instytucji opieki zdrowotnej i opieki społecznej oraz dane uzyskane od uczestników programu (listy do redakcji i do koordynatora programu, dokumentacja prowadzonych rozmów telefonicznych, rozmowy i wywiady z liderami grup spotkaniowych).

Wyniki

Program został pozytywnie odebrany zarówno w czasie jego rozpoczęcia, jak

Tabela 1

Ocena satysfakcji z programu na podstawie AGS

Ocena	Pomiar I (%) (n = 152)	Pomiar II (%) (n = 152)
niekwalifikujący	0,0	0,0
dostateczny	16,5	3,3
dobry	33,5	40,8
bardzo dobry	49,9	56,2

i w fazie końcowej (po 2 latach). Pomiar II wskazuje na to, że w porównaniu z pomiarem I zdecydowanie zwiększył się odsetek respondentów oceniających program jako „bardzo dobry” – z prawie 45 procent do ponad 56 procent. Ponadto wyraźnie zmniejszył się odsetek respondentów oceniających go jako „dostateczny” – z prawie 16 procent do ponad 3,5 procent.

W czasie pierwszego pomiaru (wczesna faza programu) zdecydowanie najwięcej

Tabela 2

Ocena satysfakcji życiowej na podstawie kwestionariusza OSŻ
(jak bardzo jestem zadowolona/ zadowolony ze swojego obecnego życia?)

Ocena satysfakcji życiowej w ogóle	Pomiar I (%) (n = 140)	Pomiar II (%) (n = 140)
Jestem nie zadowolona/ nie zadowolony	16,4	11,4
Tak i nie	52,9	56,4
Najczęściej jestem zadowolona/ zadowolony	18,2	15,1
Jestem zadowolona/ zadowolony	12,5	17,1

osób – ponad 52 procent uczestników programu zadeklarowało częściową („i tak i nie”) satysfakcję ze swojego obecnego życia. Najmniej osób, niecałe 12 procent,

było w grupie „zadowolonych”. Po dwóch latach udziału w programie podobne badanie satysfakcji życiowej wskazuje na zmiany w kierunku „większej satysfakcji życiowej”. Tym razem najliczniejszą grupą była grupa „raczej zadowolonych”, prawie 52 procent, natomiast najmniej liczną grupa „niezadowolonych” – ponad 11 procent. I co najważniejsze, prawie dwukrotnie wzrosła liczba osób w grupie „zadowolonych” – do ponad 21 procent.

Wyniki przedstawione w tabeli 3 wskazują, że w tej konkretnej grupie „sytuacja

Tabela 3

Ocena satysfakcji życiowej na podstawie kwestionariusza OSŻ
(co najbardziej wpływa na zadowolenie z życia w ogóle?)

Ocena satysfakcji (co wpływa na zadowolenie?)	Pomiar I (%) (n = 14*)	Pomiar II (%) (n = 15*)
sytuacja materialna	15%	15%
stan zdrowia	53%	44%
Inni ludzie, społeczeństwo	7%	21%
rodzina	14%	16%
Inne: religia, hobby	5%	3,2%

materialna” i „rodzina” mają podobny wpływ na zadowolenie z życia. Najwięcej osób w obu pomiarach wskazywało na czynnik „stanu zdrowia” – odpowiednio ponad 53 procent i ponad 44 procent. Największa zmiana nastąpiła przy wyborze czynnika „inni ludzie, społeczeństwo”. Podczas pierwszego pomiaru na ten czynnik wskazywało 7 procent, przy pomiarze po dwóch latach czynnik ten jako wpływający na zadowolenie z życia wybrało ponad trzy razy więcej osób – ponad 21 procent. Przy tym pytaniu była możliwość wpisania przez uczestników programu własnych czynników wpływających na zadowolenie życiowe. Z tej możliwości skorzystało 5 procent w pierwszym pomiarze i 3,2 procent w drugim. Głównie wskazywano na czynnik religii oraz hobby.

Wnioski wynikające z programu

„Więzi są niezbędnym elementem życia ludzkiego od kołyski aż po grób”⁴

John Bowlby

Z końcowego raportu [14] dotyczącego efektów programu można wyciągnąć następujące wnioski:

– Zakładany cel programu „Gazety Seniora” został osiągnięty w całości. Zatrzymany został proces pogłębiania się poczucia osamotnienia, izolacji społecznej i wyobcowania wśród starszych wiekiem Polaków. Program spełnił swoje zadanie w stopniu większym, niż zakładane to było w fazie jego planowania. Szczególnie dotyczy to spontanicznych inicjatyw, które sprzyjały nawiązywaniu relacji interpersonalnych. Należy wyraźnie zaznaczyć, że realizacja zaplanowanej części programu stworzyła

⁴ Bowlby J. A secure base, New York: Basic Books; 1988, s. 224.

możliwości opracowania niektórych tematów przez samych adresatów programu. Tego rodzaju uaktywnienie dawało realne podstawy do powstania grup samopomocowych. Zaleceniem było powołanie polskojęzycznego telefonu zaufania.

– Wzrósł o 15% wskaźnik korzystania z usług zdrowotno-społecznych przez grupę adresatów programu, zwiększył się dostęp do grup samopomocowych oraz państwowych i lokalnych serwisów, ukierunkowanych na pomoc osobom starszym. Nastąpiła wyraźna, pozytywna, ilościowa i jakościowa zmiana w dostępie osób starszych do grup i serwisów promujących aktywny styl życia, np. o 40% wzrosła liczba grup „spotkaniowych” w porównaniu z sytuacją wyjściową. Zaleceniem było kontynuowanie dotychczasowych oraz rozwój nowych grup „spotkaniowych” w innych dzielnicach.

– Program został bardzo dobrze przyjęty przez społeczność polską, zarówno uczestników programu, jak i współpracowników. Z ankiety końcowej wynikało, że wszyscy oczekują jego kontynuacji. Koszt programu okazał się niski, co czyniło całe przedsięwzięcie opłacalnym pod względem wydatkowania środków publicznych. Powodzenie finansowe zawdzięczano współpracy z innymi organizacjami i instytucjami, oraz dobrej organizacji pracy podczas realizacji samego programu. Pomijając koszty zatrudnienia koordynatora programu, oraz poszczególnych pracowników, koszty całego programu zostały znacznie zmniejszone w związku ze wsparciem innych instytucji. Zaleceniem było kontynuowanie wydawania dodatku do „Wiadomości Polskich”.

Dyskusja

W dyskusji chcielibyśmy zwrócić uwagę na trzy aspekty prezentowanego programu, mianowicie na: konieczność szerokiego, systemowego podejścia do zdrowia człowieka, konieczność współpracy instytucji i ludzi oraz konieczność wyjścia do ludzi.

1. Teoretyczną podstawą programu był model ekosystemu człowieka, tzw. „mandala zdrowia” [15], opracowany, na podstawie holistycznego modelu zdrowia, przez Departament Zdrowia Publicznego Kanady w roku 1974. Podkreśla on związki człowieka ze środowiskiem. Relacja człowiek–środowisko stanowi fundament dobrego samopoczucia i zdrowia. Mandala zdrowia stawia człowieka w swoim centrum. Jako członek rodziny, lokalnej społeczności ulega on wpływowi zarówno podsystemów (ciało, uwarunkowania genetyczne itp.), jak i nadsystemów (inni ludzie, środowisko naturalne, praca, status ekonomiczny itp.).

2. Realizacja programu o podejściu środowiskowym nie byłaby możliwa bez wzajemnej współpracy odpowiedzialnych za rozwiązywanie szeroko rozumianych problemów zdrowotnych instytucji, a szczególnie reprezentujących je konkretnych ludzi. Poczucie więzi i wsparcia między osobami odpowiedzialnym za budowanie takich więzi wśród adresatów programu w tym wypadku było fundamentem całego przedsięwzięcia [6, 8, 9, 11].

3. To, co w realizowanym programie było szczególnie ważne dla jego uczestników, to zaistnienie możliwości odnowienia więzi oraz bycia wśród ludzi [16, 17]. Tego rodzaju program był dla wielu inspiracją do nawiązania relacji interpersonalnych i ważnym predyktorem w przeciwdziałaniu izolacji i osamotnieniu.

Autorzy zdają sobie sprawę z niemożności wyizolowania tego rodzaju interwencji społecznej od innego rodzaju (pozaprogramowych) oddziaływań mających wpływ na samopoczucie psychospołeczne, niemniej współuczestnicząc i będąc „w środku” moż-

Prozentsatz der Männer als Frauen fest. Im Vergleich zu der australischen Bevölkerung trat der Prozentsatz der Alleinstehenden (besonders Männer) und hoher Prozentsatz der kinderlosen oder nicht vollen Familien auf.

Aus den Angaben nach dem Aufnahmeregister in die psychiatrischen Zentren in der Neuen Südwalien ging hervor, dass die Polen (Männer) über 2,5 mal häufiger als die geborenen Australier in die psychiatrischen Krankenhäuser eingenommen wurden. Die Soziologen machten auf die selteneren Beziehungen mit den Landsleuten im Bereich derselben ethnischen Gruppe aufmerksam, was das Gefühl der Isolierung verursachte. Andererseits konnte man von der begrenzten Unterstützung der Verwandten und Familienmitglieder sprechen.

Aus der Initiative von South Western Sydney Area Health Service entstand ein 2-jähriges Programm "Gazeta seniora." Das strategische Ziel war die Senkung der Alienation und Einsamkeit der älteren Polen durch die regulären Initiativen: Zeitung, Radioprogramm, Treffgruppen, Anruf. Aufgrund der statistischen Angaben der Gesundheitsbetreuung und der sozialen Anstalt und aufgrund der von den Teilnehmern des Programms erzielten Angaben (Korrespondenz, Fragebogen, Interviews) erhöhte sich um 15% der Index der Benutzung der gesundheitlich-sozialen Dienstleistungen durch die Gruppe der Programmteilnehmenden und stieg um 40% die Zahl der Treffgruppen. Nach zwei Jahren verdoppelte sich der Prozentsatz der Zufriedenen mit dem Leben unter den an dem Programm Teilnehmenden, worauf auch einen besonderen Einfluss "die anderen Menschen und die Gesellschaft" hatten (von 7,0 bis 21,4%).

In dem Diskussionsteil betonten die Autoren die Bedeutung auf das vollständige und langzeitdauernde Aspekt der sozialen und gesellschaftlichen Unterstützung jedes Programms zur Gesundheitspromotion, das sich auf die Ressourcen der lokalen Gesellschaft stützt und auf die Verstärkung der psychischen Gesundheit gelenkt ist.

Le programme de la propagation des relations sociales par rapport aux problèmes psychiques réalisé parmi les Polonais en Australie

Résumé

E 1989 on a constaté que les femmes prédominaient dans la société polonaise en Australie. Cette société, comparée à celle de l'Australie, se caractérise aussi par le nombre plus élevé des personnes vivant seules (surtout les hommes) et des familles incomplètes ou sans enfants.

L'analyse des dossiers des institutions psychiatriques de New South Wales indique que les Polonais(hommes) sont hospitalisés plus souvent (plus de 2,5 fois) que les Australiens. Les sociologues soulignent que les Polonais ont eu des rares contacts avec leurs compatriotes et il en résulte leur sentiment d'isolement. La même chose concerne les contacts avec leurs familles et leurs proches. The Western Sydney Area Health Service a commencé un Programme de 2 ans, «Gazeta Seniora» qui visait à diminuer l'aliénation et l'isolement des Polonais âgés les actions continuées telles que: supplément au journal, programmes à la radio, rencontres en groupes, téléphones.

Selon les données statistiques et d'après les opinions des participants à ce programme (interviews, lettres, enquêtes) l'indice de l'accès aux institutions médicales accroit (15%) et le nombre des rencontres en groupes augmente aussi (40%).

Deux ans après le début de ce programme le pourcentage des personnes contents de la vie redouble (de 7% à 21,4%) et ils trouvent que c'est grâce «aux autres et à la société».

La dernière partie discute les aspects du soutien social de long terme et son importance pour la santé psychique.

Piśmiennictwo

1. *Community profiles, Poland-born. Bureau of Immigration Research, Statistics Section, Australian Government Public Service, Canberra, 1991.*

2. Australian Bureau of Statistics, *Australian Health Survey*, Canberra, 1986.
3. *Annual report, health promotion 1993–1994*. Health Promotion Unit, NWS Health Department, State Health Publication No. (HP), 1994, 94–136.
4. Krupinski J, Stoller A. *Family life and mental ill-health in migrants*, Melbourne: F.N. Cheshire; 1966.
5. Kraus J. *Some social factors and the rates of psychiatric hospital admissions of immigrants in New South Wales*. Med. J. Austr. 1969; 2: 17.
6. Schappi U. *The aging of ethnic communities in Australia*. Unpublished paper presented to HOP Advisory Committee, Sydney, 1988.
7. Middleton H. *The use of mental health services in New South Wales by Polish-born persons with limited knowledge of the English language*. Sydney: Polish Welfare and Information Bureau; 1989.
8. Weiss RS. *Loneliness. The experience of emotional and social isolation*. Boston: MIT Press; 1973.
9. Kovacs M, Cropley A. *Immigrants and society: alienation and assimilation*. Sydney: McGraw-Hill Book Company; 1975.
10. Hull D. *Migration, adaptation, and illness: a review*. Soc. Sc. Med. 1979; 13A: 25–36.
11. Huntington J. *Migration as part of life experience, school of social work*. Sydney: University of New South Wales; 1982.
12. Huntington J. *Notes on migration as bereavement, school of social work*. Sydney: University of New South Wales; 1981.
13. Hammet J. *Marginality and mental health, the price of failure to adjust*. Austr. J. Soc. Iss. 1965; 2: 18–26.
14. Kulmatycki L. *Gazeta Seniora – evaluation report*. Sydney: Bankstown Community Health Service; 1991.
15. Hancock T. *The mandala of health. A model of the human ecosystem. Health promotion – a resources book*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1990, s. 129–138.
16. Łazowski J. *Nowa teoria więzi. Rozwój – perspektywy – kontrowersje*. Materiał niepublikowany, 2003.
17. Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press; 1999.

Otrzymano: 12.07.2004

Zrecenzowano: 21.09.2004

Przyjęto do druku: 19.01.2005

Adres: Lesław Kulmatycki
Zakład Psychologii AWF
51-612 Wrocław, ul. Paderewskiego 35

Aneks 1

OCENA SATYSFAKCJI ŻYCIOWEJ

Proszę podkreślić tylko jedną odpowiedź przy obu pytaniach (lub, jeśli żadna nie odpowiada przy pytaniu 2, wpisać swoją własną).

I. Jak bardzo jestem zadowolona/zadowolony ze swojego obecnego życia?

1. Jestem niezadowolona/niezadowolony
2. I tak i nie
3. Raczej jestem zadowolona/zadowolony
4. Jestem zadowolona/zadowolony

II. Co najbardziej wpływa na zadowolenie z życia w ogóle?

1. Sytuacja materialna,
2. Stan zdrowia,
3. Inni ludzie, społeczeństwo,
4. Inny czynnik (jaki?).....

W odniesieniu do polskiej społeczności mieszkającej w Australii można mówić o dwóch grupach emigrantów. Pierwsza, liczniejsza, przybyła do Australii w latach 1948-1951 i wywodzi się głównie z żołnierzy polskich pozostałych po wojnie w Europie Zachodniej. Grupa druga to rodzice tzw. „fali solidarnościowej” przybyłej do Australii w latach 80. jako „grupa towarzysząca” (Community Profiles, 1991 [1]). Wg danych statystycznych w roku 1986 w Australii przebywało 67 659 Polaków (Australian Bureau of Statistics, 1986 [2]). Średni wiek polskiej społeczności wynosił 56,5 roku; dla porównania 27,5 dla Australijczyków i 40,7 lat dla emigrantów innych grup narodowościowych. W odróżnieniu od innych grup emigrantów mieszkających w Australii oraz od Australijczyków, wśród polskich emigrantów przewagę stanowili mężczyźni. Przeciętny czas przebywania w Australii wynosił 30 lat (Community Profiles, 1991 [1]). W latach 1987–89 jednym z ważniejszych problemów społeczności mieszkającej w stanie Nowa Południowa Walia była izolacja i osamotnienie osób starszych. Głównymi przyczynami wymienionymi w uzasadnieniu były: przewaga mężczyzn w podeszłym wieku, wysoki procent osób samotnych, niepełne rodziny. Jako inne przyczyny wymieniano: utrudniony dostęp do usług zdrowotnych i opieki społecznej w związku z brakiem zatrudnionych tam osób mówiących po polsku, niewystarczająca możliwość spotkań grup społeczności polskiej w pobliżu miejsc zamieszkania, duże odległości między skupiskami polskiej społeczności. W niepublikowanym raporcie (Schappi, 1988 [6]) dotyczącym korzystania ze służb psychiatrycznych przez grupy mniejszościowe (etniczne), najwyższy współczynnik przyjęć związany jest z polską grupą emigracyjną. Polacy mieszkający w Australii ponad 2,5-krotnie (13,90 / 1000) częściej przyjmowani są do szpitali psychiatrycznych niż reszta społeczeństwa (5,25/1000). Natomiast według Krausa [5] liczba osób polskiego pochodzenia (Polish-born) przyjętych do szpitali psychiatrycznych z rozpoznaniem schizofrenii aż ponad pięciokrotnie przewyższa liczbę tego samego rozpoznania wśród rdzennych Australijczyków (Australian-born). Natomiast wśród osób z rozpoznaniem alkoholizmu ten sam autor (Kraus, 1969 [5]) wskazuje na trzykrotnie większą liczbę Polaków w porównaniu z Australijczykami.

Problem

Istotę problemu emigrantów można określić następująco:

- poczucie osamotnienia, wyobcowania i izolacji społecznej
- brak wiedzy na tematy dotyczące zdrowia psychicznego oraz niedostępność informacji w języku polskim.

Osamotnienie jest tematem wielu dyscyplin naukowych: psychologii, psychiatrii, socjologii, medycyny itp. Badania związane z oceną osamotnienia są trudne. Nie można jednoznacznie określić jego stopnia. Wg badaczy tego zagadnienia w sytuacjach emigracyjnych osamotnienie definiowane jest jako bardzo silne i nieprzyjemne doświadczenie wynikające z braku zaspokojenia potrzeby intymnego kontaktu z innymi osobami [Sullivan, 1953, Weiss, 1993]. Wg Weissa istnieją dwa rodzaje osamotnienia, emocjonalne i społeczne. Osamotnienie emocjonalne dotyczy braku możliwości nawiązania bliskiego kontaktu z osobą wybraną. Osamotnienie społeczne związane jest z brakiem grupy bliskich osób, z którymi można dzielić wspólne zainteresowania, przeżycia, wspomnienia. Osamotnienie emigracyjne zaliczyć można do kategorii osamotnienia sytuacyjnego i łączy ono w sobie oba wymienione przez Weissa rodzaje osamotnienia – zarówno społeczne, jak i emocjonalne. Tego rodzaju spotęgowane osamotnienie, trwające zbyt długo, przeradza się w chroniczne osamotnienie i wyobcowanie (Kovacs, Cropley, 1975 [9]).

Grupy wsparcia na emigracji są niezbędne w przeciwdziałaniu osamotnieniu i alienacji. Służenie informacją, radą, dodawanie otuchy i umiejętność wysłuchania – to tylko niektóre z form wsparcia społecznego, określane jako emocjonalne. Oczywiście najbardziej naturalne wsparcie daje rodzina. Jednak w przypadku braku rodziny niezbędne jest zbudowanie sieci osób przejmujących rolę wspierania. Również rodzina w nowym miejscu osiedlenia na emigracji jest w trudnej sytuacji. Jest często jedynym środowiskiem społecznym spełniającym funkcje mikro- i makrospołeczne. Kumulacja i intensyfikacja oczekiwań, podejmowanie nowych funkcji i ról powoduje wzmożone napięcia we wzajemnych relacjach w rodzinie. Bez wątpienia emigracja wpływa na rodzinę zarówno integrująco, jak i destruktywnie. Jest to swoisty sprawdzian prawdziwych więzi rodzinnych, poczucia solidarności i spójności wewnętrznej rodziny (Covacs, Cropley, 1975 [9]; Hull, 1979 [10]).

Proces emigracji to bycie gdzieś pomiędzy, czyli już nie tam (tj. w Polsce), a jeszcze nie tu (tj. w nowym kraju). Bywa, że taki przedłużający się etap w zawieszeniu pozostaje już na zawsze⁶. Stan permanentnego stresu wynikającego z poczucia bycia nie u siebie powoduje większe ryzyko dyskomfortu psychofizycznego. Utrata wcześniej znanego gruntu wzmaga stan ogólnego zagubienia, do utraty tożsamości włącznie. Wielu badaczy australijskich (Krupinski 1965 [4], Kovacs, Cropley 1975 [9], Hammet 1986 [13]) zajmujących się emigracją wskazuje na zwiększoną podatność grup emigracyjnych na zaburzenia psychiczne (dane dotyczą okresu realizacji programu). Stany depresyjne, alkoholizm i schizofrenia to najczęściej wymieniane zaburzenia przy próbie zdiagnozowania kondycji psychicznej polskiej grupy.

⁶ Oto jedna z wypowiedzi reprezentatywnej dla całej powojennej generacji emigrantów: *Przeżyłam tutaj w Australii ponad 40 lat i mam nadal poczucie, że nie jestem u siebie, choć z drugiej strony, gdy odwiedzam Polskę, to jest już inna Polska i też nie jestem u siebie* (z listu do redakcji „Gazety Seniora”, 1990).

Kosztuje mnie to bardzo dużo, nigdy nie czuję się odprężona, nawet gdy kładę się spać, wszystko mnie boli od ciągłego napięcia. Często czuję całkowite odcięcie od tego, co jest wokół. Takie rozdzielanie.

Wtedy zamykam oczy, aby to rozdzielanie nie było takie bolesne (z wypowiedzi uczestniczki treningu antystresowego, 1992).

