Numer VIII

Polska a Europa

Procesy demograficzne u progu XXI wieku

PROCES STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA I JEGO WYZWANIA DLA POLITYKI SPOŁECZNEJ

Praca zbiorowa
pod redakcją
Lucyny Frąckiewicz

Katowice 2002

Publikacja dofinansowana przez Rządową Radę Ludnościową

Recenzent
Zdzisław Pisz

Redaktor
Lechosław Cebo

Projekt okładki
Marek J. Piwko

ISBN 83-7246-200-3

WYDAWNICTWO AKADEMII EKONOMICZNEJ
IM. KAROLA ADAMIECKIEGO W KATOWICACH
ul. 1 Maja 50, 40-287 Katowice, tel. (032) 257-76-35, fax (032) 257-76-43
e-mail:wydawucz@sulu.ae.katowice.pl

SPIS TREŚCI

WSTĘP

Książka *Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej* powstała jako pokłosie konferencji, która miała miejsce w Katowicach 25 maja 2002 r. Konferencję zorganizowaną w ramach I Kongresu Demograficznego przez Katedrę Polityki Społecznej i Gospodarczej Akademii Ekonomicznej w Katowicach zaszczycili swoją obecnością Minister Zbigniew Strzelecki – przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej, Rektor AE Jan Wojtyła oraz Dziekan Wydziału Ekonomii Florian Kuźnik. Materiały dyskusyjne konferencji stanowiła książka *Proces starzenia się społeczeństwa i jego społeczne konsekwencje*. Została ona wzbogacona wypowiedziami licznie zaproszonych uczestników. Wypowiedzi okazały się na tyle interesujące i inspirujące dla polityki społecznej wobec osób starych, że opublikowano je w niniejszym tomie. Zamieszczone w nim opracowania obejmują kwestie związane zarówno z ustaleniami statystycznymi, jak i przemyśleniami autorów, często podbudowanych własnymi badaniami empirycznymi.

W pierwszej grupie znalazły się rozważania dotyczące gerontologii i jej miejsca w badaniach naukowych oraz kształcenia kadr (M. Mitręga, L. Frąckiewicz), w drugiej grupie omawiające społeczne skutki procesów demograficznych (W. Walkowska), niesprawności i jej konsekwencje w odniesieniu do potrzeb mieszkaniowych (O. Kowalczyk, I. Benek). Do trzeciej grupy można zaliczyć problematykę profilaktyki zdrowotnej wo-

bec starzejącej się społeczności (A. Przybyłka) oraz realizacji Karty Praw Pacjenta (L. Kwiecińska-Bożek). W czwartej grupie znalazły się badania regionalne nad sytuacją starej ludności, a zatem „polska starość" w miastach i na wsi (M. Halicka, B. Synak) oraz w wybranych obszarach – Śląska Opolskiego (R. Rauziński) i problematyka migracyjna (A. Potrykowska). Książkę zamykają dwa opracowania o szczególnym znaczeniu poświęcone miejscu rodziny wobec godnej starości (L. Dziewięcka-Bokun) oraz koncepcji nowej polityki społecznej wobec starości (E. Trafiałek).

Jeśli przedstawione problemy choć w minimalnym stopniu posłużą do stworzenia lepszej i skuteczniejszej polityki społecznej wobec starzejącej się ludności, to cel opracowania zostanie osiągnięty.

Lucyna Frąckiewicz

Marian Mitręga

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTWA JAKO PROBLEM BADAŃ NAUKOWYCH

„Starzenie się" i „starość" to pojęcia niedookreślone, które nie doczekały się jednoznacznych definicji zarówno w naukach biologicznych, jak i społecznych. Zazwyczaj w zależności od prezentowanej specjalności autorzy koncentrują się na odmiennych aspektach procesu starzenia. Najczęściej te dwa terminy są rozpatrywane łącznie, ponieważ starość jest rozumiana jako stan lub okres w życiu organizmu będący częścią procesu starzenia. Według encyklopedii *starzenie się to naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany fizjologiczne uwarunkowane genetycznie, zachodzące w osobniczym rozwoju żywych organizmów, w tym także człowieka*[1]. *Starość (= wiek starczy) to końcowy okres starzenia się nieuchronnie kończący się śmiercią*[2]. Dla Edwarda Rosseta starość to: *okres życia ustroju następujący po wieku dojrzałym, charakteryzujący się obniżeniem funkcji życiowych i szeregiem morfologicznych zmian w poszczególnych układach i narządach*[3].

---

[1] *Encyklopedia dla pielęgniarek.* Warszawa 1982, s. 118.
[2] Ibid.
[3] Cyt. za: S. Klonowicz: *Oblicza starości.* Warszawa 1979, s. 10.

Mówiąc o starości czy „ludziach starych" należy wpierw ustalić, w jakim wieku człowiek rozpoczyna tę fazę życia. Już w starożytności grecki filozof Pitagoras wyznaczył próg starości na 60 rok życia. Podobnie słynny lekarz Hipokrates umieścił początek starości najprawdopodobniej między 56 a 63 rokiem życia. Współcześnie za próg starości najczęściej przyjmuje się 60 lub 65 rok życia dla obu płci. Jest on też identyfikowany z granicą wieku emerytalnego. W Polsce, gdzie wiek emerytalny jest zróżnicowany w zależności od płci (60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn), do określenia tej grupy używa się terminu „ludność w wieku poprodukcyjnym".

Ze względu na wydłużający się okres dalszego trwania życia po osiągnięciu wieku 60 lat (w Polsce około 20 lat) często stosuje się jego periodyzację. W polskiej terminologii demograficznej najczęściej stosuje się – zaproponowany przez K. Dzienio – podział starości na cztery podokresy:

- 60-69 lat – wiek początkowej starości,
- 70-74 lata – wiek przejściowy między początkową starością a wiekiem o znacznym ograniczeniu sprawności psychofizycznej,
- 75-84 lata – wiek zaawansowanej starości,
- 85 lat i więcej – niedołężna starość[4].

Przynależność do danej grupy wiekowej nie przesądza o faktycznym stanie zdrowia czy sprawności psychofizycznej poszczególnych osób. Starzenie się jest w znacznej mierze sprawą indywidualną, a tempo i nasilenie tego procesu dla każdego człowieka kształtuje się inaczej, dlatego zastosowanie tak wąskich przedziałów wiekowych może budzić pewne zastrzeżenia. Tej wady nie mają klasyfikacje dwudzielne. Taki podział proponuje Amerykańskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego wyróżniając:

- do 75 roku życia – wczesną starość,
- po 75 roku życia – późną starość[5].

[4] Cyt. za: B. Szatur-Jaworska: *Społeczne problemy ludzi starych. W: Polityka Społeczna*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka, M. Zrałek. Katowice 1998, s. 140.
[5] Ibid.

Inny rodzaj klasyfikacji proponuje Światowa Organizacja Zdrowia, która sugeruje następującą periodyzację starości:

- 60-75 lat – wiek podeszły,
- 75-90 lat – wiek starczy,
- powyżej 90 lat – wiek sędziwy[6].

Postęp w zakresie poprawy warunków bytu, jak również w lecznictwie powoduje, że ludzie cieszą się dobrym zdrowiem i sprawnością do późnej starości. Jest to stała tendencja, choć w krótkich okresach może ulegać zakłóceniom. Taka sytuacja ma obecnie miejsce w Polsce, gdzie od wielu lat występowała nadumieralność mężczyzn, była niska – zwłaszcza w porównaniu z krajami Europy Zachodniej – średnia długość życia, a przeciętny stan zdrowia ludności wiejskiej jest gorszy niż mieszkańców miast. Maksymalny pułap długowieczności od zawsze intrygował naukowców. Zdaniem większości współczesnych badaczy, pomimo że średnia długość życia wynosi 70-75 lat, organizm ludzki, jego organy, narządy i tkanki są tak zaprogramowane, aby ludzie mogli dożyć 120 lat[7].

Społeczne teorie starzenia się i starości

Począwszy od starożytności aż do czasów współczesnych były podejmowane próby określenia przyczyn oraz przebiegu i konsekwencji procesu starzenia się organizmów żywych. Na podstawie badań prowadzonych zwłaszcza w ostatnim półwieczu stwierdzono, że proces ten jest wieloprzyczynowy i niewątpliwie upłynie dużo czasu zanim zostanie stworzona jednolita, ogólnie akceptowana teoria tłumacząca jego istotę. Człowiek przede wszystkim starzeje się biologicznie, toteż większość powstających teorii dotyczy biologicznego starzenia się organizmów, jednak powstało również wiele teorii podejmujących próby wyjaśnienia

[6] K. Wiśniewska-Roszkowska: *Starość jako zadanie*. Warszawa 1989, s. 9.
[7] J. Rychard: *Stulatek – człowiek w średnim wieku*. Warszawa 1976, s. 5.

przyczyn starzenia się i starości w kategoriach nauk społecznych. Teorie te starają się jednocześnie doprowadzić do rozwiązania problemu przystosowania się ludzi starszych do tej fazy życia.

Do najpopularniejszych społecznych teorii starzenia się i starości można zaliczyć teorie: aktywności, wyłączenia, wymiany, stratyfikacji wieku oraz modernizacji[8].

Istota **teorii aktywności** sprowadza się do twierdzenia, że czynny tryb życia wpływa na lepszą kondycję psychofizyczną człowieka i wydłuża trwanie jego życia. Ujmuje ona proces starzenia się jako konsekwencję gromadzenia się napięć związanych z postrzeganiem siebie w kontekście następowania zmian w pełnieniu ról społecznych. Wielu badaczy wskazuje na pozytywny wpływ zachowania szerokiej aktywności społecznej człowieka i na możliwość zajmowania przez niego substytutów ról, które utracił na skutek przejścia w stan zawodowego spoczynku. Tak uważa Józef Rembowski, który pisze, że aktywność [...] *jest potrzebą psychiczną i społeczną w każdym wieku, nie wyłączając późnych lat życia człowieka. Tak więc ludzie starzy są zadowoleni z siebie, jeśli w ich zachowaniu ujawnia się działanie zastępcze po utracie roli pierwotnej. Satysfakcja w tym wieku wiąże się bezpośrednio z podtrzymywaniem aktywności w wieku średnim*[9]. Jednostka aktywna ma więcej możliwości przywrócenia równowagi w podtrzymywaniu jednej z ról w przypadku, gdy główna rola podlega zmianie. Z tego też względu osoba aktywna nie odczuje tak silnie spadku satysfakcji życiowej, jak osoba o słabej aktywności. Podtrzymanie chociażby jednej z pozostałych ról działa jak mechanizm obronny umożliwiający uniknięcie szoku w okresie zmiany głównej roli społecznej. Większa aktywność powoduje zmniejszenie frustracji, lęku, poczucia pustki i nieprzydatności występujących w takich sytuacjach.

Równolegle z teorią aktywności kształtowała się przeciwstawna jej **teoria wyłączenia/wycofywania się**. Zakłada ona, że w naturze procesu starzenia jest sukcesywne wycofywanie się starzejącego się człowieka z pełnienia ról społecznych. Wobec tego występuje skłonność do zmniej-

---

[8] Z. Szasta: *Wiejska starość. Sytuacja życiowa ludzi starszych na wsi.* Katowice 2002, s. 15 (maszynopis powielony).

[9] Cyt. za: A.A. Zych: *Człowiek wobec starości.* Warszawa 1995, s. 37.

szania oczekiwań wobec osób starszych i do redukowania interakcji z nimi. Zwolennicy tej teorii dowodzą, że ludzie w miarę upływu lat coraz bardziej ograniczają poziom swojej aktywności przechodząc stopniowo do zajęć bardziej pasywnych. Nie nakłaniają jednocześnie osób starszych do przyjmowania postawy biernej, lecz uważają za szkodliwe stawianie przed nimi wysokich wymagań. Zalecają natomiast przyjmowanie postawy dobrowolności, która aprobuje zmniejszenie aktywności u części ludzi starszych.

Według teorii wyłączania w starszym wieku dochodzi również do naturalnego zmniejszania się społecznych interakcji. Przyczynami tego mogą być:

- proces wycofywania się jednostki spowodowany chęcią usunięcia się z życia społecznego, a jednocześnie odsuwanie się większości społeczeństwa od ludzi starych,
- brak koncepcji dalszego życia,
- zmiana ról społecznych (głównie zawodowej i rodzinnej), co powoduje osłabienie więzi rodzinnych, przyjacielskich i koleżeńskich,
- choroby, stałe frustracje lub psychiczne zmęczenie.

Spadkowi natężenia interakcji ludzi starszych z innymi towarzyszy rozluźnienie więzi emocjonalnych ze światem zewnętrznym oraz zwiększone zainteresowanie własną osobą, co – zdaniem zwolenników tej teorii – sprzyja poprawnemu procesowi starzenia się, gdyż jest wynikiem słabnięcia sił i energii życiowej, stopniowym przygotowywaniem do odejścia[10].

Teoria wymiany jest podstawą istnienia społeczeństwa ludzkiego opartego na wymianie dóbr. Wszelka wymiana opiera się na zasadzie wzajemności: otrzymanie nakłada obowiązek zwrotu czegoś o porównywalnej wartości. Ludzie starają się podtrzymywać te stosunki, które są dla nich korzystne, a wycofywać się z tych, które są zbyt kosztowne. Niski status społeczny ludzi starych w społeczeństwie można częściowo wyjaśnić brakiem u nich wartości wymiennych. Niedobór „dóbr", które mo-

[10] Ibid., s. 39.

gliby „wymienić" na szacunek, pozostawia jedynie możliwość domagania się wzajemności od tych, których żywili, gdy byli oni bezradnymi dziećmi. Obowiązek zwrotu „daru" nie ma granicy czasu – obowiązuje dopóki dług nie zostanie zwrócony. Potrzeba wzajemności ujawnia się wtedy, gdy na skutek wieku lub choroby ludzie stają się zależni od innych. W dzieciństwie i młodości ludzie są biorcami „dóbr", w wieku produkcyjnym – dawcami, w wieku poprodukcyjnym ponownie potrzebują wsparcia. W ciągu życia dwukrotnie następuje odwrócenie ról – gdy dotychczasowi dawcy stają się biorcami, a osoby dotychczas bierne są zobowiązane do świadczenia pomocy.

Niektóre państwa, jak np. Szwecja, próbowały całkowicie „upaństwowić" opiekę nad ludźmi starszymi zwalniając z tego obowiązku rodzinę. Obecnie jednak – głównie na skutek wysokich kosztów potęgowanych czynnikami demograficznymi – następuje renesans nieformalnych rodzajów pomocy, w których pierwsze miejsce zajmuje rodzina.

Teoria modernizacji głosi, że istnieją systematyczne relacje między stopniem modernizacji społeczeństwa a statusem i kondycją ludzi starszych; długowieczność jest bezpośrednio związana z poziomem modernizacji. Społeczeństwa zmodernizowane charakteryzują się wyższym udziałem osób starszych, wyższym odsetkiem kobiet oraz wyższym odsetkiem osób występujących w charakterze dziadków czy pradziadków, natomiast status tych osób jest w tych społeczeństwach dużo niższy niż w społeczeństwach „prymitywnych". Jest też z reguły wyższy w społeczeństwach rolniczych, a niższy w zurbanizowanych. Istnieje zależność, według której prestiż osób starszych jest odwrotnie proporcjonalny do poziomu wykształcenia ludności oraz udziału tej grupy osób w ogólnej liczbie ludności. Wysokiemu prestiżowi osób starszych sprzyja stabilność miejsca zamieszkania, jej mobilność powoduje obniżenie ich prestiżu.

Wydaje się, że system wartości promowany przez społeczeństwa państw wysoko rozwiniętych, oparty na indywidualizacji życia, będzie zmierzał do dalszej społecznej marginalizacji osób starszych.

Gerontologia – nauka interdyscyplinarna

Sytuacja człowieka starego we współczesnej, dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości jest niezwykle trudna. Przyczyniają się do tego zarówno konieczność ciągłych przystosowań do szybko następujących zmian społeczno-ekonomicznych, występujących w Polsce szczególnie intensywnie, jak również trudne do rozwiązania problemy natury: medycznej i paramedycznej (np. paliatywno-hospicyjnej), socjalnej czy psychospołecznej (np. problem samotności, osamotnienia czy społecznej izolacji). Jednocześnie następuje – zwłaszcza w wysoko uprzemysłowionych społeczeństwach – zmiana statusu, roli i miejsca człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. Występujące kiedyś powszechnie rodziny wielopokoleniowe, w których seniorzy rodów byli radcami i mędrcami o wysokim statusie rodzinnym i społecznym, zostały zastąpione przez rodziny dwupokoleniowe, w których nie ma miejsca dla dziadków. Także coraz powszechniej w świadomości społecznej funkcjonuje wiele stereotypów myślowych w rodzaju: „człowiek stary to człowiek niezdolny do współzawodnictwa, chory, samotny, słaby, potrzebujący pomocy”[11]. Mamy zatem do czynienia z wyraźną deprecjacją starości zarówno w wymiarze rodzinno-społecznym, jak i ekonomicznym. Na pogłębienie tych procesów wpływa również wcześniejsze przenoszenie ludzi starzejących się w stan spoczynku (np. na rentę, wcześniejszą emeryturę czy zasiłek przedemerytalny), wyłączając ich przedwcześnie z aktywnego życia zawodowego i ograniczając tym samym interakcje społeczne.

Dziedziną wiedzy zajmującą się problemami związanymi ze starością i starzeniem się jest gerontologia. Nauka ta bada zagadnienia obejmujące kwestie biologiczne, medyczne, psychologiczne, a także socjologiczne, społeczne oraz ekonomiczne. Z zakresu zainteresowań gerontologii nie są wyłączone nawet sprawy związane z architekturą, budownictwem, projektowaniem użytkowym, jeśli odnoszą się do osób w starszym wieku. Można więc bez żadnej przesady stwierdzić, że gerontologia po-

[11] Por. B. Tryfan: *Wiejska starość w Europie*. Warszawa 1993, s. 37-38.

maga zrozumieć proces starzenia w każdym jego aspekcie. W związku z istnieniem w obrębie gerontologii wielu różnych subdyscyplin dla potrzeb niniejszej pracy posłużono się podziałem zaproponowanym przez H. Mieskesa, według którego gerontologia dzieli się na:

- geriatrię (z jej dyscyplinami szczegółowymi),
- geragogikę,
- psychologię gerontologiczną (gerontopsychologię),
- socjologię starzenia się (gerontosocjologię)[12].

Najbliżej procesu starzenia biologicznego i współistniejących z nim chorób jest ulokowana dziedzina medycyny zwana **geriatrią.** Ma ona za zadanie *[...] ustalenie zasad profilaktyki przed starością patologiczną, zasad rozpoznawania i najskuteczniejszego leczenia chorób, jak również określanie sposobów rehabilitacji [...] ludzi w podeszłym wieku*[13]. Definicja encyklopedyczna określa geriatrię jako naukę [...] *o leczeniu chorób wieku podeszłego i starczego*, a także jako naukę *o biologicznych podstawach i aspektach procesów starzenia się*[14].

Jak można zauważyć, każda z tych definicji uwypukla inne zainteresowania geriatrii: pierwsza zwraca szczególną uwagę na profilaktykę, druga na poznawanie i leczenie. Tak więc geriatra nie skupia się tylko na leczeniu chorób, ale także – poprzez poznawanie ich przyczyn – na zapobieganiu im. Właśnie w celu skuteczniejszego rozwiązywania problemów zdrowotnych, psychicznych i społecznych u chorych w podeszłym wieku geriatria została wydzielona z medycyny ogólnej. Stwierdzono bowiem, że tylko holistyczne podejście do starego człowieka gwarantuje zrozumienie jego problemów i daje podstawę skutecznej pomocy. Aby skutecznie zapobiegać chorobom wieku starczego, geriatria musi prowadzić politykę edukacyjną wśród ludzi młodych. Z jednej strony zatem uczy, jakich kłopotów zdrowotnych może się spodziewać młody człowiek za 50 czy 60 lat, przekonuje, że można modyfikować proces swojego starzenia,

---

[12] Por. A.A. Zych: *Sytuacja życiowa ludzi w podeszłym wieku w Polsce i Republice Federalnej Niemiec.* Kielce 1990, s. 9.
[13] Ibid., s. 15.
[14] J. Derejczyk: *Czego uczy geriatria?* „Służba Zdrowia" 2000, nr 61-64.

wskazuje, jak opóźnić starczą niedołężność, czy jak o wiele lat wcześniej unikać przyszłej niesprawności. Z drugiej, dla osób, które są niesprawne i zniedołężniałe ustala takie metody leczenia i rehabilitacji, aby przywrócić im sprawność lub przynajmniej podnieść jej poziom.

W Polsce prawie 80% zgonów powstaje w następstwie tzw. chorób cywilizacyjnych, głównie układu krążenia (50% zgonów)[15]. Najgroźniejszą i najbardziej rozpowszechnioną – również w innych krajach europejskich – chorobą tego typu jest miażdżyca. Stanowi ona główną przyczynę zawałów serca i większości udarów mózgu. Zmiany w obszarach mózgu mogą prowadzić do tak poważnych, nieuleczalnych schorzeń, jak choroba Alzheimera czy Parkinsona. Zaawansowany wiek jest czynnikiem wydatnie zwiększającym ryzyko zachorowań na choroby nowotworowe, cukrzycę, choroby układu oddechowego, choroby reumatyczne. Te ostatnie doprowadzają często do takiego ograniczenia sprawności fizycznej, które skazuje osoby chore na uzależnienie od pomocy innych. Do podobnych sytuacji mogą doprowadzić schorzenia narządów wzroku i słuchu. Zjawiska inwalidztwa i niepełnosprawności nasilają się znacznie u progu starości, a ich cechą charakterystyczną jest ograniczenie sprawności nie jednej, lecz kilku funkcji organizmu.

Obecnie ludzie po 65 roku życia stanowią 40-50% pacjentów w oddziałach wewnętrznych, neurologicznych oraz ortopedycznych dla osób dorosłych i konsumują 25-30% wszystkich przepisywanych leków. Leczenie człowieka w podeszłym wieku jest przy tym 3-4 razy droższe niż osoby młodej, a np. leczenie chorego z cukrzycą po 70 roku życia jest 7 razy droższe niż osoby młodej bez cukrzycy. Wyliczono, że ostatni rok życia człowieka przewlekle chorego pochłania 75% wszystkich wydatków na ochronę jego zdrowia do tej pory[16]. Przewiduje się, że w ciągu 10 najbliższych lat populacja osób w przedziale 65 do 75 lat wzrośnie o 11%, a osób w przedziale powyżej 75 lat – czyli najdroższych dla systemu opieki zdrowotnej – o 26%[17]. W związku z tymi prognozami w ciągu kolejnych lat należy oczekiwać potrzeby systematycznego zwięk-

[15] *Encyklopedia...*, op. cit., s. 118.
[16] Mały Rocznik Statystyczny. GUS, Warszawa 2000.
[17] J. Derejczyk: *Geriatria a reforma ochrony zdrowia w Polsce*. „Służba Zdrowia" 2000, nr 61-64.

szania nakładów na ochronę zdrowia. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że w dłuższej perspektywie gospodarka – nawet bardziej rozwinięta niż polska – nie będzie w stanie udźwignąć całkowitych kosztów opieki nad ludźmi starymi. Podstawowym dążeniem polityków jest więc zmniejszenie lub przynajmniej zahamowanie tempa przyrostu kosztów opieki zdrowotnej. Najprostszym rozwiązaniem wydaje się skrócenie czasu pobytu pacjentów w szpitalach. Taki scenariusz z pewnością jest możliwy, ale wymaga to znacznego wzmocnienia opieki środowiskowej zarówno przed-, jak i poszpitalnej, a także rozwijania ośrodków leczenia półotwartego i otwartego, które przejmowałyby pacjentów ze szpitali do dalszej opieki.

Należy dostatecznie wcześnie podjąć prace nad budową nowego modelu opieki geriatrycznej w Polsce, który spełniałby kryteria: ciągłości, kompleksowości i dostępności opieki medycznej. Taki model – dzięki wczesnemu wykrywaniu schorzeń – pozwoliłby na skuteczne zapobieganie hospitalizacji i instytucjonalizacji opieki nad ludźmi starszymi i tym samym umożliwiłby znaczne oszczędności, zapewniając jednocześnie osobom starszym opiekę medyczną w ich własnym środowisku.

Geragogika jest to dyscyplina bardzo młoda (rozwinęła się w RFN w połowie ubiegłego stulecia) i chociaż formalnie powstała w Niemczech za jej protoplastę można uznać polskiego uczonego. Pierwszym, który podjął idee kształcenia i wychowania człowieka przez całe życie, w tym także wychowywania do starości, był żyjący w XVI w. znakomity prawnik i filozof Szymon Marycki. Innym uczonym, który kładł podwaliny pod dzisiejszą geragogikę był żyjący sto lat później czeski pedagog Jan Komeński. Wyróżnił on osiem typów instytucji szkolnych przynależnych do kolejnych etapów życia człowieka: szkołę narodzin, dziecięctwa, chłopięctwa, wieku dojrzewania, dojrzałej młodzieży, mężczyzn, starości i śmierci[18]. Koncepcję potrzeby istnienia szkoły starości Komeński uzasadnił następująco: *[...] skoro starość jest częścią życia, przeto jest częścią szkoły, a więc szkołą, musi więc mieć swoich nauczycieli, swoje przepisy, swoje cele i studia, i swoją karność, aby postępy w życiu starców*

[18] Ibid.

były możliwe [...] to, co jest słabe, musi mieć kierownictwo i podtrzymanie. A skoro starość jest najsłabszym z okresów życia, nie powinna być zaniedbana i pozbawiona pomocy[19].

Określenia „geragogika" – które miało oznaczać pedagogikę ludzi starzejących się – po raz pierwszy użył w 1956 r. zachodnioniemiecki pedagog i gerontolog H. Mieskes. Obecnie w literaturze przedmiotu na określenie tej dziedziny używa się również terminów: „andragogika ludzi starszych", „gerontogogika", „gerontopedagogika", „edukacja gerontologiczna", „pedagogika wieku podeszłego", „pedagogika ludzi starych", „pedagogika starzenia się i starości", „kształcenie i wychowywanie ludzi w podeszłym wieku", „wychowanie do starości". Dyscyplina ta obejmuje swoim zasięgiem: edukację osób w podeszłym wieku, wszelkie kwestie odnoszące się do kultury i oświaty tej grupy, przygotowanie i przystosowanie ludzi do starości, a także kształcenie osób pracujących z ludźmi starymi i dla ludzi starych. W gerontologii anglosaskiej w obrębie geragogiki wyróżnia się dwie dyscypliny szczegółowe:

- gerontologię edukacyjną, rozumianą jako uczenie się w późniejszych latach życia i odnoszącą się wyłącznie do osób w podeszłym wieku,
- edukację gerontologiczną, pojmowaną jako nauczanie gerontologii i odnoszącą się, obok osób starszych, również do profesjonalistów, wolontariuszy oraz ogółu społeczeństwa.

Zgodnie z tą koncepcją geragogika, chociaż ukierunkowana na osoby starsze, nie traci z pola widzenia również młodszych grup wiekowych. Stara się z jednej strony doprowadzić do optymalnego ich przystosowania do przyszłej starości, z drugiej dąży do zmiany negatywnego nastawienia do osób starszych i starości.

Według A.A. Zycha do najważniejszych zadań geragogiki należy:

1. W zakresie studiów i badań teoretycznych:

- *poznanie starzenia się jako procesu, a równocześnie fazy życia ludzkiego,*
- *diagnoza sytuacji życiowej ludzi w podeszłym wieku [...],*

[19] Cyt. za: A.A. Zych: *Człowiek..., op. cit.*, s. 18.

- *określenie podstawowych czynników warunkujących proces starzenia się,*
- *opracowanie metod i środków opieki nad ludźmi w podeszłym wieku,*
- *tworzenie optymalnych, humanistycznych warunków życia dla ludzi starszych i stworzenie możliwości korzystania przez nich z życia w maksymalnym [...] stopniu,*
- *waloryzacja starości, czyli podejmowanie działań zmierzających do podniesienia statusu rodzinnego i społecznego oraz roli człowieka starego we współczesnym świecie [...],*

2. *W zakresie badań stosowanych i praktycznych działań:*

- *wychowanie dla wzajemnego zrozumienia i porozumienia, tolerancji i dialogu pokoleń, z czym wiąże się kształtowanie właściwych postaw dzieci i młodzieży wobec starości i starego człowieka, z drugiej zaś strony utrzymanie kontaktów międzypokoleniowych będących okazją do przekazania młodym przez ludzi starych i sędziwych swego doświadczenia i mądrości życiowej,*
- *przygotowanie i przystosowanie człowieka do procesu starzenia się i jego efektu: starości, w tym także ukształtowanie umiejętności efektywnego spędzania wolnego czasu [...],*
- *profilaktyka i prewencja pedagogiczna, zmierzające do przeciwdziałania oraz zapobiegania patologii życia społecznego ludzi starych (przykładowo: kryzysy psychiczne i załamania, rozwody i samobójstwa ludzi w podeszłym wieku) [...],*
- *działania konsultacyjno-doradcze, czyli poradnictwo geragogiczne z telefonami zaufania, liniami »kryzysowymi« i »gorącymi« liniami dla seniorów włącznie,*
- *socjalizacja ludzi w podeszłym wieku, zmierzająca do przełamania „nożyc śmierci społecznej", jakie tworzą izolacja i osamotnienie; za pomocą podtrzymywania więzi intelektualnych i emocjonalnych ze światem, zwiększania aktywności ludzi starszych w różnorodnych dziedzinach życia społecznego [...],*
- *działania terapeutyczne, rehabilitacyjne i/lub reaktywizacyjne, których celem jest samorealizacja i nadanie starości wymiaru życia twórczego [...],*

- *rehabilitacja zawodowa ludzi w podeszłym wieku [...],*
- *wreszcie subtelne inspirowanie godzenia się z tym, co nieuchronne [...], czyli przygotowanie człowieka do bólu, cierpienia, umierania i śmierci*[20].

Badania gerontologiczne w **ujęciu psychologicznym** skupiają się na określeniu, jaki jest wpływ wieku na zmiany inteligencji człowieka, jego osobowości, stosunku do siebie i innych. Wyniki badań wykazują, że nie wszystkie funkcje psychiczne ulegają degradacji w jednakowym stopniu i czasie, np. pogarszają się: pamięć, przerzutność uwagi, myślenie logiczno-abstrakcyjne, nie pogarszają się: zasoby wiadomości, zdolność praktycznego wnioskowania, uwaga i koncentracja oraz odróżnianie tego co ważne od tego co nieistotne[21].

U ludzi starszych umysłowo aktywnych sprawność umysłowa zmniejsza się wolniej niż u osób, które nie zmuszają swojego umysłu do wysiłku. W życiu uczuciowym wzrasta zainteresowanie emocjonalne własną osobą kosztem uczuciowości skierowanej na drugie osoby. Przejawia się to często nadmierną troską o swoje zdrowie czy wygląd. Często obserwuje się też rozchwianie emocjonalne w postaci zmian nastroju, płaczliwości, skłonności do depresji. W życiu uczuciowym ludzi starszych traci swoją rolę popęd na rzecz tęsknoty do uczucia, przyjaźni, więzi duchowej i życiowej wspólnoty. Dla dwojga samotnych starszych ludzi małżeństwo staje się wartością dużo większą niż dla osób młodych[22].

Zdaniem J. Staręgi-Piasek *[...] na podstawie wyników badań można stwierdzić, że wraz z procesem starzenia psychospołecznego zwiększa się:*

- *niechęć do dokonywania poważniejszych zmian w życiu,*
- *poczucie zagrożenia agresją innych,*
- *chęć odseparowania się od innych (obcych),*
- *świadomość piętrzenia się trudności życiowych,*
- *skłonność do podejmowania działań będących wyrazem stałej troski o swoje zdrowie,*

---

[20] Ibid.
[21] Ibid., s. 22-24.
[22] M. Susułowska: *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa 1989, s. 126.

- *skłonność do przesuwania zdrowia na wyższe miejsce w systemie wartości,*
- *skłonność do niepokoju o zdrowie i życie,*
- *poczucie zagrożenia wynikające z poczucia niemocy,*
- *zaniżona samoocena zdrowia,*
- *deprywacja funkcji biologicznych organizmu prowadząca do ograniczenia kontaktów z otoczeniem,*
- *niechęć do siebie,*
- *pesymizm w ocenie własnej przyszłości,*
- *poczucie osamotnienia,*
- *immobilność psychiczna i fizyczna,*
- *poczucie presji ekonomicznej związanej z koniecznością ograniczenia się do wydatków niezbędnych,*
- *poczucie braku perspektyw ekonomicznych*[23].

Socjologia starzenia się

Badania starości w ujęciu socjologicznym koncentrują się na problemach ludzi starszych w związku z ich funkcjonowaniem w społeczeństwie. Badania obejmują m.in. wpływ wieku na zmianę: ról społecznych, dziedzin aktywności, pozycji w różnych grupach społecznych, takich jak: rodzina, społeczność lokalna, grupy zawodowe czy całe społeczeństwo. Badania wykazują istnienie wielu czynników różnicujących sytuację ludzi starszych. Takim czynnikiem jest np. przynależność do wielkiej grupy społecznej. Inaczej bowiem wygląda starość w środowisku wiejskim, a inaczej w zbiorowościach zamieszkujących aglomeracje miejskie[24]. Zasadniczy wpływ ma tu również przynależność do określonego kręgu kulturowego. Inny jest stosunek do ludzi starszych i starości wśród kultur

[23] K. Wiśniewska-Roszkowska: *Op. cit.*, s. 108.
[24] J. Staręga-Piasek: *Badania psychospołecznych mechanizmów starzenia.* Warszawa 1973, s. 123.

zachodnioeuropejskich, a inny wśród przywiązanych do tradycji kultur azjatyckich czy afrykańskich[25].

Stosunek do osób starszych, ich pozycja w grupach społecznych kształtowały się różnie w kolejnych wiekach, kulturach i narodach. Niektóre plemiona koczownicze – podobnie jak starożytni Spartanie – zabijały tych, którzy ze względu na starość lub inny rodzaj niesprawności stanowili ciężar dla plemienia. Inne z nich zmieniając miejsce pobytu pozostawiały starców, którzy ginęli śmiercią głodową lub stawali się ofiarą dzikich zwierząt. Inny stosunek do starców panował w starożytnych Chinach czy Egipcie. Konfucjusz zalecał otaczać starców szacunkiem, ceniąc ich doświadczenie i mądrość życiową. Taką też postawę przyjęły judaizm, a następnie chrześcijaństwo. W wiekach chrześcijaństwa wysoki status społeczny osób starszych był konsekwentnie pielęgnowany. Dopiero w czasach współczesnych ich silna przez wieki pozycja rodzinna i społeczna zaczęła się zmieniać. Głównych przyczyn tego zjawiska należy upatrywać w:

- gwałtownym wzroście udziału osób starszych we współczesnych, zindustrializowanych społeczeństwach, spowodowanym głównie rozwojem medycyny i poprawą warunków życia,
- bardzo wysokim tempie zmian oraz zdecydowanym ukierunkowaniu jednostek i całych społeczeństw ku przyszłości[26].

Tradycyjnie wysoka pozycja seniorów najszybciej zaczęła się zmieniać w społeczeństwach, w których procesy industrializacji, urbanizacji i w konsekwencji komercjalizacji życia przebiegały najintensywniej. Powszechny dostęp do edukacji przyczynił się do spadku wartości wiedzy nabywanej doświadczalnie, a przekazywanej tradycyjnie dzieciom przez rodziców. Dla lepiej wyedukowanego, mającego większą wiedzę encyklopedyczną młodego pokolenia mądrość życiowa rodziców jawi się jako archaiczna i nie przystająca do nowych czasów. W takich społeczeństwach, nastawionych na pęd ku przyszłości, najbardziej cenione są cechy będące atrybutami młodości, jak: energia życiowa, przedsiębiorczość, skłonność do ryzyka, bezkompromisowość. Ludzie starzy zaczęli być

[25] B. Szatur-Jaworska: *Op. cit.*, s. 143.
[26] L. Dyczewski: *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin 1994, s. 16.

postrzegani jako: niezdolni do konkurencji, nieprzystosowani, spowalniający zmiany, stanowiący obciążenie i przeszkodę w osiąganiu postępu i dobrobytu. W tych społeczeństwach wytworzyło się coś, co można nazwać powszechnym kultem młodości. Jak pisze W. Łukaszewski: *Starość przestała być przedmiotem dumy, źródłem dodatkowej godności człowieka, a stała się powodem zawstydzenia i źródłem poczucia zagrożenia. [...] a zawstydzenie znajduje ujście w rozlicznych bezsensownych eufemizmach, od których aż się roi. Dziś już prawie nikt nie ma odwagi, aby o kimś powiedzieć: on jest człowiekiem starym, za to nagminne są takie kwieciste zwroty, jak jesień życia, trzeci wiek itp., które ukrywają istotę rzeczy.*

Takie stanowisko w stosunku do ludzi starych jest typowe dla społeczeństw, w których zachodzą bardzo szybkie, wręcz rewolucyjne zmiany. Gwałtowna modernizacja potrzebując ludzi młodych, zdolnych budować „nową rzeczywistość" wytworzyła jako przeciwwagę obraz człowieka starego: niedołężnego, nieprzydatnego zawodowo, zależnego, potrzebującego opieki. To jednostronne, stereotypowe spojrzenie na charakter starości zaowocowało organizowaniem pomocy dla ludzi starszych poprzez izolowanie ich z aktywnego życia. Zakładanie specjalnych domów czy wręcz całych osiedli przeznaczonych specjalnie dla nich powodowało, że czuli się zepchnięci na margines, niepotrzebni, osamotnieni, nieszczęśliwi.

Polska, przechodząc obecnie przez etap przemian, nie uniknęła niestety wielu błędów popełnionych wcześniej w wielu krajach Zachodu. Szczególnie widoczne stają się przejawy nietolerancji czy wręcz wrogości wobec osób starszych. Z zachowaniami dyskryminacyjnymi możemy się spotkać w urzędach publicznych, w służbie zdrowia, a nawet w ustawodawstwie. Zdaniem R. Tokarczyka [...] *do najbardziej jaskrawych przejawów wiekowizmu*[27], *powodujących dyskryminacyjne skutki normatywno-prawne wobec ludzi starych należy przymusowe przechodzenie na emeryturę, uzależnienie rodzajów i zakresów ubezpieczeń od wieku, warunkowanie opieki i leczenia od liczby lat pacjenta*[28].

[27] Termin oznaczający stereotypowe i dyskryminujące podejście do człowieka z powodu jego wieku.

[28] R. Tokarczyk: *Normatywne aspekty życia.* „Prawo i Życie" 2000, nr 2.

Problemy, z jakimi borykają się ludzie starsi są rozliczne i złożone. Nie da się ich wszystkich rozwiązać i ludzie starsi wcale tego nie oczekują. Mają natomiast prawo oczekiwać szczególnej uwagi, wsparcia oraz życzliwości ze strony rządu, organizacji pozarządowych, a w szczególności własnej rodziny. Najbardziej bolesne dla osób starszych są przypadki niechęci, odmów, zaniechań i innych form upokarzania wynikające jedynie z tego powodu, że decydujący głos należy do osoby młodej, nie rozumiejącej procesu starzenia, któremu sama podlega i na skutek którego za kilkadziesiąt lat stanie przed tymi samymi problemami. Takich zachowań nie można lekceważyć, już w przedszkolu trzeba uczyć dzieci, a potem młodzież w szkole pełniejszej akceptacji dla starości. Jeśli młody człowiek zrozumie, jakim mechanizmom będzie nieuchronnie podlegał i jak może je modyfikować swoim świadomym zachowaniem, osłabi to w nim podświadomy lęk przed starością, zarówno własną, jak i innych ludzi.

Lucyna Frąckiewicz

MONITORING I KSZTAŁCENIE GERONTOLOGICZNE

Problem geriatyzacji polskiego społeczeństwa ze względów oczywistych stanowi na przełomie wieków przedmiot zainteresowań wielu dyscyplin naukowych – demografii, ekonomii, medycyny, socjologii, psychologii, prawa, a przede wszystkim polityki społecznej. Jakie zatem tworzyć warunki życia stale rosnącej liczbie osób starszych, aby czuły one satysfakcję z okresu nieuniknionych przeobrażeń towarzyszących procesowi starzenia, jaka jest rola państwa i innych podmiotów szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego w zaspokajaniu różnorodnych potrzeb, a nade wszystko, jak te potrzeby zmierzyć i monitorować ich zmienność w czasie i przestrzeni. Kto wreszcie ma służyć pomocą i radą w rozwiązywaniu wielu problemów, które często są udziałem ludności starszej i najstarszej.

W Polsce przy niezmiennej w zasadzie liczbie ludności w okresie następnego półwiecza osoby starsze – podobnie, jak w większości krajów europejskich – będą stanowiły około trzecią część społeczeństwa. Odpowiednie dane na podstawie prognozy Organizacji Narodów Zjednoczonych przedstawia tab. 1.

Tabela 1

Prognoza rozwoju ludności w latach 2030-2050

Kraj	2030 r.			2050 r.		
	60+	65+	Mediana wieku*	60+	65+	Mediana wieku*
Francja	29,5	23,2	43,6	31.4	25,5	43,9
Japonia	34,2	27,3	49,3	37,6	31,8	49,0
Niemcy	34,4	26,1	47,6	35,3	28,4	48,4
Szwecja	32,3	25,5	45,3	33,4	26,7	46,3
Wielka Brytania	30,0	23,1	43,6	31,3	24,9	44,5
Grecja	34,2	26,2	50,1	40,9	34,3	52,5
Hiszpania	34,9	26,4	51,4	43,2	36,9	54,3
Rumunia	28,1	19,7	47,3	40,0	30,7	52,2
Słowenia	32,3	24,8	48,8	39,4	31,9	51,5
Włochy	37,7	29,1	52,2	41,2	34,9	53,2
Polska	26,0	20,5	44,3	33,4	26,1	46,0

* Jest to wiek środkowy, dzielący populację danego kraju na dwie równe części (połowa populacji jest w wieku nie wyższym, druga połowa w wieku nie niższym).

Źródło: P. Szukalski: *Starzenie się społeczeństw wyzwaniem przyszłości.* W: *Polska 2000 plus.* Biuletyn nr 2/2002, s. 58.

Wydłużające się trwanie życia ludzkiego, dożywanie coraz późniejszej starości przy równoczesnym jej osamotnieniu na skutek przeobrażeń rodziny stawia przed polityką społeczną konieczność coraz bardziej wszechstronnych badań i nakierowanie zarówno działań legislacyjnych, jak i pomocniczo-opiekuńczych na zaspokojenie potrzeb ludności starszej. Nie jest przypadkiem, że w literaturze przedmiotu[1] często poruszanym problemem są występujące nierówności, a zwłaszcza nierówności międzypokoleniowe. Autorzy podkreślają, że mają one źródło w nierówności dochodów, wydatków, majątku, dostępu do edukacji, a także są

[1] J. Fitoussi, P. Rosanwallon: *Czas nowych nierówności.* Kraków 2000.

konsekwencją rozwoju techniki, prawodawstwa lub gospodarki. Wiele w tym względzie wnoszą opracowania Głównego Urzędu Statystycznego, które na próbach reprezentacyjnych oceniają kondycję ekonomiczną, zdrowotną, psychiczną osób starszych ukazując istniejące zróżnicowanie międzygeneracyjne. Wydaje się, że te badania dobrze informują o zatrudnieniu, dochodach, zdrowiu, pomocy społecznej, warunkach mieszkaniowych, organizacji czasu wolnego, a także partycypacji i integracji społecznej w odniesieniu do starszych osób[2]. Niestety, na ogół nie obejmują zróżnicowań przestrzennych oraz podziału na miasto-wieś (są bowiem głównie wykonywane na próbie ogólnopolskiej) i co ważniejsze, nie mają charakteru ciągłego, co uniemożliwia dokonywanie monitoringu zachodzących przemian.

Słusznie zatem B. Szatur-Jaworska precyzuje konieczność opracowywania wskaźników społecznych[3] będących narzędziem pomiaru skuteczności polityki społecznej wobec ludzi starych w odniesieniu do wymienionych wyżej zagadnień w następujący sposób:

1. Zatrudnienie:
   - możliwość podjęcia pracy przez wszystkich poszukujących jej,
   - łączenie emerytury/renty z pracą zawodową,
   - kontynuacja pracy zawodowej po przekroczeniu wieku emerytalnego.
2. Dochody:
   - ograniczenie zasięgu ubóstwa,
   - ograniczanie głębokości ubóstwa,
   - wzrost poziomu dochodów emerytów i rencistów proporcjonalnie do wzrostu poziomu wynagrodzeń aktywnych zawodowo,
   - zachowanie prawidłowych relacji między dochodami ludzi starych, będącymi pochodną dochodów z pracy i dochodów z innych tytułów,
   - zapewnienie ludziom starym stałych źródeł dochodów.

---

[2] Szczegółowy wykaz tych wskaźników zawiera opracowanie M. Bednarskiego i B. Szatur-Jaworskiej. *Wskaźniki społeczne jako narzędzia pomiaru skuteczności i efektywności polityki społecznej*. Projekt Badawczy Zamawiany KBN, Nr 02507. IPiSS, Warszawa 1999, s. 56-57.

[3] B. Szatur-Jaworska: *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa 2000, s. 165-169.

3. Zdrowie:
   - dłuższe trwanie życia,
   - zmniejszenie zachorowań w tej kategorii ludności,
   - zmniejszenie zagrożenia zależnością od osób trzecich,
   - wzrost zadowolenia ze stanu zdrowia,
   - równy dostęp do opieki zdrowotnej.
4. Pomoc społeczna:
   - zapewnienie opieki w miejscu zamieszkania,
   - zapewnienie potrzebującym pomocy instytucjonalnej,
   - zapewnienie ubogim podstawowych środków do życia.
5. Mieszkanie:
   - dysponowanie przez ludzi starych mieszkaniami ułatwiającymi im codzienne funkcjonowanie,
   - dysponowanie przez ludzi starych mieszkaniami stwarzającymi odpowiednie warunki wypoczynku,
   - zadowolenie ludzi starych z warunków mieszkaniowych.
6. Organizacja czasu wolnego:
   - zapewnienie dostępu do podstawowych form uczestnictwa w kulturze,
   - umożliwienie czynnego wypoczynku ludziom starym odczuwającym taką potrzebę,
   - zadowolenie ludzi starych z organizacji czasu wolnego.
7. Partycypacja i integracja społeczna:
   - wzrost społecznej aktywności ludzi starych,
   - wzrost udziału ludzi starych w instytucjach życia politycznego,
   - wysoki poziom solidarności międzypokoleniowej w rodzinie,
   - wzrost społecznej pozycji ludzi starych.

Powyższy katalog nie wyczerpuje wszystkich możliwości badań nad starszą ludnością. Wystarczy choćby wspomnieć stosowany w wielu krajach od wielu lat system wskaźników Géronte, które za pomocą 27 pomiarów mogą określić aktywność umysłową i fizyczną badanych osób, możliwość wykonywania czynności domowych, aktywność społeczną i ustalić zakres niezbędnych świadczeń.

Nie negując potrzeby, a nawet konieczności badań statystycznych prowadzonych przez GUS nie można przecenić wartości pogłębionych badań prowadzonych w różnych środowiskach naukowych za pomocą szeroko zakrojonych badań ankietowych. Warto więc przytoczyć tu badania zespołowe pod kierunkiem B. Synaka[4] finansowane przez KBN (*Warunki życia i potrzeby ludzi starszych w Polsce – stan aktualny, kierunki zmian oraz zadania polityki społecznej*), przeprowadzone w latach 1999--2000. Kwestionariusz tych badań nawiązywał do klasycznych już badań J. Piotrowskiego[5] przeprowadzonych w latach 60., a zatem ukazano dokonujące się przeobrażenia w warunkach życia zupełnie innych już generacji osób starszych. Przemiany te dotyczyły oceny zdrowia i sprawności, sytuacji materialnej, sytuacji mieszkaniowej, roli rodziny, pracy zawodowej i jej roli w życiu człowieka starego, satysfakcji życiowej.

Wśród innych badań nad populacją wieku starszego nie można pominąć niezwykle interesujących, a zarazem inspirujących dla polityki społecznej wskazań P. Szukalskiego[6], który zwrócił uwagę na przepływy międzypokoleniowe i zachodzące między generacjami materialne i niematerialne transfery o ważących dla poszczególnych generacji konsekwencjach. W wyniku przeprowadzonych studiów literaturowych i analizy sytuacji skonstruował on wiele wniosków o dużym znaczeniu dla polityki społecznej i poszerzenia pola badań. *Decydującym jednakże argumentem przemawiającym za badaniami nad ekonomicznymi relacjami międzypokoleniowymi w rodzinie w państwach wysoko rozwiniętych umożliwiającymi zrozumienie więzi intergeneracyjnej w Polsce jest powolne wyłanianie się ujednoliconej mentalności, rozpropagowanej dzięki mediom, określającej ważność relacji rodzinnych i międzypokoleniowych (tj. »westernizacja«). W rezultacie pojęcie rodziny i pojęcie wzajemnych praw i obowiązków jej członków będą powoli zatracać lokalną specyfikę. A zatem obowiązkiem polskich badaczy społecznych jest już dziś koncentrowanie się na problemach, które w przyszłości – wzorem innych państw – – zapewne zostaną określone jako problemy strategiczne warunkujące*

[4] *Polska starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2002.
[5] J. Piotrowski: *Miejsce człowieka w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa 1973.
[6] P. Szukalski: *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*. Łódź 2002.

zdolność społeczeństwa do zapewniania swym członkom dobrobytu materialnego i psychicznego. Dlatego też postulować należy, aby już dzisiaj instytucje prowadzące badania polskich rodzin rozpoczęły w znacząco szerszym zakresie gromadzić dane odnoszące się do międzypokoleniowych relacji ekonomicznych[7].

Niezależnie od konieczności rozwiązywania wielu problemów polityki społecznej w skali makroregionalnej niezbędne staje się zwrócenie uwagi na problemy lokalnej polityki społecznej. Problem ten w sposób kompleksowy został przedstawiony w opracowaniu P. Błędowskiego[8], przy czym na szczególną uwagę zasługuje określenie zadań dla subdyscyplin polityki społecznej oraz określenie przesłanek lokalnej polityki społecznej wobec ludzi starych.

Tabela 2

Warunki optymalizowania modelu polityki społecznej wobec ludzi starych – – zadania wybranych polityk branżowych

Polityki szczegółowe ważne dla optymalizacji modelu polityki wobec ludzi	Najważniejsze zadania
Polityka ubezpieczeń społecznych	– Zagwarantowanie dochodu ze świadczeń społecznych w wysokości umożliwiającej samodzielne finansowanie zakupu dóbr i usług typowych dla potrzeb związanych z wiekiem – Mobilizowanie do dbałości we wcześniejszych fazach życia o indywidualne zabezpieczenie dochodów na starość
Polityka ochrony zdrowia	– Popularyzacja zasad promocji zdrowia i higieny życia – Rozwój opieki geriatrycznej i poprawa dostępności świadczeń rehabilitacyjnych
Polityka pomocy społecznej	– Rozwój pomocy środowiskowej w formie usług – Realizacja procesów (re)integracji społecznej różnych grup świadczeniobiorców
Polityka mieszkaniowa	– Zapewnienie standardu mieszkaniowego sprzyjającego zachowaniu samodzielności ludzi starych – Stworzenie warunków do dostępu do mieszkań umożliwiających wygodne zamieszkiwanie rodziny wielopokoleniowej
Polityka oświatowa	– Podniesienie poziomu wykształcenia ludności – Rozszerzenie dostępu do oświaty dla osób w różnych grupach wieku
Polityka zatrudnienia	– Zapewnienie starszym pracobiorcom równouprawnienia na rynku pracy – Zmniejszenie rozmiarów bezrobocia

Źródło: P. Błędowski: *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa 2002, s. 192.

[7] Ibid., s. 220.
[8] P. Błędowski: *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa 2002.

	Demograficzne	Ekonomiczne	Zdrowotne	Społeczne	Kulturowe	Prawno-instytucjonalne
Przesłanki lokalnej polityki społecznej wobec ludzi starych	– struktura ludności według płci, wieku, typów gospodarstwa domowego – cechy charakterystyczne procesu demograficznego starzenia się ludności	– możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb – grupy wydatków stanowiących największe obciążenie dla gospodarstw domowych	– stan zdrowia ludzi starych – możliwości samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego	– stosunki między osobami starszymi a młodszymi w rodzinie – możliwości świadczenia przez rodzinę usług starszym osobom	– poziom edukacji społeczeństwa – przygotowanie do starości – przestrzeganie norm społecznych dotyczących pozycji i stosunku do ludzi starych	– normatywne aspekty polityki wobec ludzi starych – sieć i zakres usług świadczonych przez placówki infrastruktury społecznej

LOKALNA POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC LUDZI STARYCH

Zadania polityki społecznej wobec ludzi starych	– identyfikacja najsłabszych społecznie grup ludzi starych – ocena wpływu procesów demograficznych na strukturę potrzeb ludzi starych	– zapewnienie samodzielności ekonomicznej i równoprawnej pozycji konsumenta na rynku – kompensacja wydatków na finansowanie usług związanych z wiekiem	– promocja zdrowia – organizacja systemu usług osobistych – udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych	– stworzenie warunków do wspierania rodziny w realizacji jej funkcji wobec starszych	– stworzenie warunków do aktywności stosownej do potrzeb, a nie zależnej od wieku kalendarzowego	– stworzenie ram dla działania instytucji i organizacji prywatnych na rzecz osób starszych – prowadzenie badań nad sytuacją ludzi starych i starzeniem się

Rys. 1. Przesłanki lokalnej polityki społecznej wobec ludzi starych i jej główne zadania

Źródło: P. Błędowski: *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa 2002, s. 165.

Na tle ogromu zadań określonych dla lokalnej polityki społecznej rysuje się pytanie o ich realizację. Sprawą oczywistą jest problem rozdziału finansów publicznych, lecz równie ważnym zagadnieniem jest problem przygotowania odpowiednio wykształconych kadr, realizatorów lokalnej i regionalnej polityki społecznej. Przygotowanie to wymaga pewnego wyprzedzenia w stosunku do zadań. Wprawdzie zagadnieniu temu poświęca się ostatnio wiele uwagi, ale realizacja wielu postulatów postępuje niewspółmiernie wolno w stosunku do potrzeb[9]. W odniesieniu do kadr specjalistycznych w zakresie gerontologii warto przytoczyć opracowanie Z. Szaroty[10], która proponuje następujący podział kadr gerontologicznych.

Tabela 3

Kadry gerontologiczne – propozycja typologii

Osoby „bezpośredniego" oddziaływania
Lekarze geriatrii, geriatryczny personel medyczny
Pracownicy pomocy społecznej, zwłaszcza pracownicy socjalni, opiekunowie, terapeuci, rehabilitanci, średni personel medyczny
Pracownicy środowiskowej pomocy i opieki społecznej nad osobami starszymi
Doradcy geragogiczni
Przewodniczący wycieczek, instruktorzy ruchu fizycznego, instruktorzy amatorskiego ruchu artystycznego prowadzący działalność w stosunku do emerytów
Kierownicy, instruktorzy klubów oraz domów kultury prowadzący zajęcia z osobami starszymi, kierownicy i wykładowcy UTW oraz innych placówek upowszechnionych

[9] S. Golinowska, I. Topińska: *Pomoc społeczna – zmiany i warunki skutecznego działania*. Warszawa 2002; *Pracownik socjalny jako profesjonalista*. Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Stowarzyszenia Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej. Katowice 1998; E. Trafiałek: *Środowisko społeczne i praca socjalna*. Katowice 2001.

[10] Z. Szarota: *Gerontologia w programach akademickiego kształcenia pedagogicznego*. „Gerontologia Polska", 1999, nr 7.

cd. tabeli 3

Osoby „pośredniego" oddziaływania
Nauczyciele akademiccy realizujący treści gerontologiczne związane z pedagogiką, andragogiką, geragogiką, metodyką zajęć z osobami starszymi, gerontopsychologią, psychologią społeczną i wychowawczą, socjologią, demografią, polityką społeczną itp.
Autorzy programów radiowo-telewizyjnych, książek i publikacji w czasopismach, broszur, audycji i odczytów na temat profilaktyki starości, których audytorium stanowią osoby w zaawansowanym wieku
Pracownicy administracji państwowej przygotowujący i wdrażający projekt ochrony prawno-socjalnej dotyczący najstarszych obywateli
Członkowie stowarzyszeń i organizacji społeczno-politycznych, grup samopomocowych działających na rzecz osób starszych

Źródło: Z. Szarota: *Gerontologia w programach akademickiego kształcenia pedagogicznego*. „Gerontologia Polska" 1999, nr 7, s. 15.

Godnym szczególnej refleksji jest przedstawiony przez autorkę zakres problemowy kształcenia gerontologicznego w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Krakowie.

Tabela 5

Zakres problemowy kształcenia gerontologicznego w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Krakowie

Dziedzina	Zagadnienia programowe
1	2
Geragogika	Geragogiczne aspekty wiedzy o wychowaniu Historyczne aspekty geragogiki Gerontologia a geragogika. Pedagogika empiryczna jako podstawa pracy wychowawczej. Prakseologia i empiria w geragogice Metodologia badań naukowych, odmienność procedury badawczej Roszczenia oświatowe i możliwości intelektualne osób w wieku starszym Kształcenie ustawiczne, uniwersytety trzeciego wieku Emerytura a czas wolny. Prace użyteczne. Miłośnictwo i inne rodzaje aktywności wolnoczasowej Kierunki i możliwości rozwoju geragogiki. Redefinicja starości. Wychowanie do starości. Geratropika Doradztwo i wsparcie geragogiczne. Zakres problemów i obszary działania Metodyka pracy doradcy geragogicznego

cd. tabeli 5

1	2
Gerontopsychologia	Periodyzacja życia ludzkiego. Starzenie się i starość jako fazy rozwojowe, ich dynamika Psychologiczna charakterystyka człowieka starszego. Postawy ludzi starych – – przegląd stanowisk. Stereotypy a fakty Ewolucja poglądów związanych z możliwościami intelektualnymi i twórczymi osób starszych. Zmiany i specyfika czynności poznawczych w starszym wieku. Charakterystyka czynników osobowości o decydującym znaczeniu dla efektywnego uczenia się, rozwiązywania problemów, twórczości w podeszłym wieku Psychologiczne aspekty interwencji. Diagnostyka. Metodologia Adaptacyjne oddziaływanie gerontopsychologiczne
Socjologia – – wybrane elementy	Demograficzne aspekty starzenia się i starości jednostek i społeczeństwa Socjologiczne teorie starzenia się – przegląd stanowisk Starość a społeczeństwo konsumpcyjne Status i role społeczne człowieka starszego. Gerontofobia a gerontokracja. „Gilotyna" emerytalna. Standard życia. Zabezpieczenie ekonomiczne Istota pracy socjalnej. Pracownik socjalny Działania pomocne. Opieka środowiskowa Przegląd instytucji i placówek służących człowiekowi staremu. Stacjonarna pomoc społeczna
Biomedyczne podstawy geragogiki	Przegląd biologicznych teorii starzenia się Podstawy anatomopatologii wieku starszego. Najbardziej typowe objawy chorób i niedomagań. Receptory zmysłów – najbardziej typowe zmiany. Zmiany w narządach ruchu. Choroby serca, niewydolność układu krążeniowego. Podstawy neuro- i psychogerontopatologii Profilaktyka medyczna. Jej zakres i możliwości
Dietetyka oraz rekreacja ruchowa	Odżywianie w wieku starszym. Pożywienie w chorobie – diety Motoryka wieku starszego. Turystyka. Sport. Gimnastyka usprawniająca Rehabilitacja lecznicza. Kinezy-, hydro-, laseroterapia Instruktor i przewodnik grup seniorów – metodyka postępowania
Prawo – wybrane elementy	Ustawodawstwo obejmujące problemy wieku starszego. Karta praw człowieka starego. Podmiotowość człowieka starego Zabezpieczenie emerytalno-rentowe. Prawo rodzinne. Alimentowanie wstępnych. Kuratela i opiekuństwo Ustawa o pomocy społecznej. Ustawa tzw. psychiatryczna
Metodyka prowadzenia zajęć oświatowych i terapeutycznych	Dydaktyka i metodyka pracy ze starszym uczestnikiem Pracownik kulturalno-oświatowy w środowisku i placówce pobytu stałego lub czasowego Animacja społeczno-kulturalna w środowisku lokalnym Organizowanie społeczności mieszkańców domu pomocy społecznej Metodyka prelekcji. Metodyka imprezy masowej Organizacja grup twórczych. Metodyka pracy z nimi Amatorska twórczość indywidualna. Amatorski ruch artystyczny. Zespół wokalno-muzyczny, formy teatralne Geraterapeuta – instruktor terapii zajęciowej Arteterapia. Biblioterapia. Muzykoterapia. Choreoterapia – „tańce dla seniorów", terapia „przyłóżkowa"

cd. tabeli 5

1	2
Wsparcie geragogiczne (trening interpersonalny – – wybrane elementy)	Praca socjoterapeutyczna. Sytuacje trudne – środki zaradcze Tworzenie grup terapeutycznych, programów profilaktycznych i programów treningów interpersonalnych Komunikacja z trudnym rozmówcą. Przełamywanie nieufności Przełamywanie poczucia izolacji społecznej. Terapeutyczna rola dialogu Poczucie zależności jako immanentna cecha starszego pokolenia Pokonywanie barier aktywności. Sposoby rewitalizacji Sytuacje streso- i konfliktogenne, środki zaradcze. Negocjacje a konflikt Geragogika optymizmu
Tanatopedagogika	Kulturowy i społeczny kontekst śmierci. Godna śmierć Psychologiczna sytuacja człowieka umierającego. Bilans uczuć i przeżyć Kontakt z umierającym człowiekiem jako wsparcie, życzliwa obecność Śmierć w wymiarze eschatologicznym

Źródło: Ibid., s. 18.

W zależności od typu uczelni może on być modyfikowany, jednak ukazuje szeroki zakres problemowy niezbędny do profesjonalnego przygotowania pracowników socjalnych. Z uwagi na to, że obecnie w Polsce przygotowuje się pracowników socjalnych na specjalności polityka społeczna w uniwersytetach i uczelniach ekonomicznych warte zastanowienia jest poszerzenie kształcenia dostosowanego do przeobrażeń demograficznych. Problem ten jest skutecznie rozwiązywany w wielu krajach europejskich, zwłaszcza charakteryzujących się „starością demograficzną"[11].

[11] G. Lamura: *Health and Social care for the elderly in Italy* Ancona. „Gerontologia Polska" 1999, nr 7.

Wiesława Walkowska

SPOŁECZNE SKUTKI PROCESÓW DEMOGRAFICZNYCH

Dodajmy życia do lat,
a nie lat do życia.
A. Kamiński

Tendencje demograficzne na świecie

Cechą współczesnej cywilizacji są szybko dokonujące się przemiany w różnych dziedzinach życia. Do najważniejszych należy zaliczyć zmiany społeczno-gospodarcze i kulturalne. Postęp naukowo-techniczny przyczynia się do podwyższania stopy życiowej społeczeństw w wielu krajach na świecie. Polepszające się warunki materialne ludności mają wpływ na styl życia oraz podnoszenie się kultury zdrowotnej, co w konsekwencji przyczynia się do przedłużania życia ludzkiego. Również dokonujący się postęp w medycynie, a także coraz lepszy system ochrony zdrowia, zwłaszcza w państwach wysoko rozwiniętych, mają wpływ na wydłużanie się okresu starzenia, który coraz bardziej różnicuje populację ludzi w starszym wieku.

Jeszcze w 1982 r. podczas Pierwszego Światowego Zgromadzenia na temat Starzenia się Społeczeństw kluczowym tematem było starzenie się społeczeństw w krajach rozwiniętych. Na Drugim Światowym Zgromadzeniu na temat Starzenia się Społeczeństw, które odbyło się w Madrycie w kwietniu 2002 r. zwrócono uwagę na fakt, że obecnie większość starszych ludzi żyje w krajach rozwijających się. W ciągu zaledwie 20 lat zmiany demograficzne doprowadziły do odwrócenia się sytuacji. Charakterystyczne jest również to, że w krajach rozwiniętych przeważająca liczba osób starszych żyje w miastach, natomiast w krajach rozwijających się na wsi, dlatego podkreśla się, że zwłaszcza osoby starsze zamieszkujące tereny wiejskie oraz mniejszości etniczne powinny być objęte działaniami priorytetowymi. Według ONZ oraz organizacji pozarządowych szczególnie w krajach rozwijających się, gdzie jest stosunkowo wysoki wskaźnik biedy, powinno się podjąć działania mające na celu godne życie starszych ludzi. Kluczowymi obszarami działania powinny się stać: ochrona zdrowia oraz wpływ chorób na jakość życia, opieka społeczna, poszanowanie praw człowieka[1].

Bardzo trudno jest jednoznacznie zdefiniować starość, zwłaszcza że ludzie wkraczający umownie w wiek nieaktywności zawodowej pod wieloma względami nie stanowią jednolitej grupy. Dotyczy to stanu zdrowia, aktywności fizycznej, psychicznej, a także sytuacji społeczno-ekonomicznej. Na problemy związane z określeniem wieku starości zwraca uwagę L. Frąckiewicz, która podkreśla, że rozróżnia się *[...] granicę chronologiczną, czyli wiek kalendarzowy, granicę biologiczną wynikającą ze sprawności psychofizycznej, ustalaną za pomocą testów sprawnościowych, granicę ekonomiczną – jako wiek zaprzestania pracy zawodowej (60 lat dla kobiet, 65 lat dla mężczyzn), granicę prawną, w której uprawnienia emerytalne są uzależnione od charakteru wykonywanej pracy i związanych z nią przywilejów skracających lub wydłużających okres zatrudnienia*[2]. Zjawisko starości demograficznej występuje obecnie

[1] www.unic.un.org.pl/ageing/ (10 września 2002 r.).

[2] L. Frąckiewicz: *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*. W: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2002, s. 12.

w większości krajów europejskich: w Szwecji wynosi 17,8%, we Włoszech 17,4%, w Wielkiej Brytanii 16,8%, w Norwegii 16,3%, w Niemczech i Francji 15,8%, w Danii 15,6%, w Austrii 15,5%, w Szwajcarii 15,1%[3]. Problem ten skupia w coraz większym stopniu uwagę świata i staje się z jednym z ważnych wyzwań XXI w. Zwłaszcza, że do połowy XXI w. seniorzy i ludzie młodzi będą reprezentować po 21% światowej populacji. W państwach wysoko rozwiniętych – według badań rynkowych – osoby po 60. roku życia najchętniej wydają pieniądze na luksusowe samochody i przyjemności. W USA ponad 74% aktywów finansowych należy do Amerykanów powyżej 50. roku życia, a wśród grających na giełdzie ludzie starsi stanowią około 66%[4].

Starzenie się społeczeństw jest problemem nieodwracalnym, dlatego należy podjąć wiele działań, które będą miały na celu łagodzenie społecznych i gospodarczych skutków. Oprócz zapewnienia ludziom starszym odpowiedniego poziomu życia niezwykle ważne wydaje się wdrażanie ich do jak najdłuższej aktywności społecznej. *Zamiast traktować osoby starsze jako ciężar, powinniśmy czerpać z ich bogatego doświadczenia będącego owocem długiego życia* – uważa Mathew Kahane, ambasador ONZ.

Tendencje demograficzne w Polsce

Starzenie się społeczeństw jest problemem, przed którym stoi nie tylko Polska, ale większość krajów na świecie. Proces ten jest związany z wydłużaniem się życia ludzkiego oraz z malejącym współczynnikiem płodności kobiet. Zjawisko to – które dla demografów nie jest zaskoczeniem – będzie miało wielorakie konsekwencje społeczno-ekonomiczne. W 2050 r. na świecie będzie więcej ludzi powyżej 60 lat niż poniżej 15 lat, a tym samym na jedną osobę powyżej 65 lat będzie przypadało około

[3] *Ludność według wieku.* Rocznik Statystyczny GUS.
[4] *Demograficzne wyzwania dla XXI wieku.* „Rzeczpospolita" 1998, nr 25.

czterech aktywnych zawodowo. Dla porównania w 1950 r. na jednego emeryta przypadało 12, a w 2002 r. 9 osób w wieku produkcyjnym[5]. Z danych ONZ wynika, że populacja ludzi w podeszłym wieku starzeje się sama w sobie. Najszybciej przyrastająca grupa ludzi na świecie *to osoby w wieku 80 lat i powyżej, którzy stanowią obecnie jedną dziesiątą grupy w wieku powyżej 60 lat, a za pół wieku będą stanowili jedną piątą*[6]. Z danych GUS wynika, że w 2020 r. współczynnik starości w Polsce osiągnie dla osób w wieku 60 lat 20,8%, a dla osób w wieku 65 lat i więcej 19,4%. Według prognoz demografów, po 2005 r. zostaną poważnie zachwiane proporcje pomiędzy populacją w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym. Należy również uwzględnić fakt, że po 2005 r. w wiek emerytalny zaczną wchodzić osoby urodzone w latach 50., czyli w okresie wyżu demograficznego. Przy ciągłym spadku narodzin perspektywy dla emerytów nie są zbyt optymistyczne.

Postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa stawia przed państwem ogromne wyzwania w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, zmian w systemie emerytalnym i dostosowania go do potrzeb coraz większej grupy ludzi starszych. Zachodzące zmiany demograficzne stwarzają nowe wyzwania dla opieki medycznej, która obecnie nie jest nastawiona na potrzeby ludzi starych. Wiąże się to także z rozwojem geriatrii. Również nowe wyzwania stoją przed systemem edukacji, który powinien być bardziej elastyczny i w większym stopniu uwzględniać potrzeby starszej populacji ludzi.

Znaczenie rodziny i najbliższego otoczenia w adaptacji do starości

Starzenie się jest naturalnym, długotrwałym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym, który pojawia się wraz z wiekiem[7]. Starość jest

[5] *Świat się starzeje*. „Rzeczpospolita" z 1 marca 2002 r.
[6] Ibid.
[7] *Encyklopedia powszechna* CD. Warszawa 1998.

jednym z etapów życia człowieka związanym z wielorakimi zmianami dokonującymi się nie tylko w sferze psychicznej, fizycznej, ale także w świecie wartości. Ludzie starają się zacierać pierwsze widoczne oznaki fizycznego starzenia się. We współczesnym świecie nacechowanym „kultem ciała i dążenia do młodości" nieraz za wszelką cenę coraz trudniej być starym. Często wymaga to łamania wielu powszechnie funkcjonujących negatywnych stereotypów oraz uświadomienia społeczeństwu, że starość ma swoje prawa. Miarą szeroko rozumianego postępu nie może być tylko wydłużanie się życia ludzkiego, ale także jego jakość. W związku z tym problematykę osób w podeszłym wieku należy uwzględniać nie tylko w regulacjach prawnych, ale powinna ona być przedmiotem współdziałania różnych grup społecznych (lekarzy, socjologów, psychologów, etyków), nie zapominając o najważniejszej roli, jaką powinna odegrać rodzina. Spełnia ona ważną rolę w każdej fazie życia człowieka, a dla starych ludzi nabiera szczególnego znaczenia.

Większość ludzi po przejściu na emeryturę realizuje swoją aktywność w obrębie rodziny, dlatego rodzina spełnia w ich życiu ważną rolę, a jeszcze większego znaczenia nabiera dla osób, które nie były aktywne zawodowo. W wielu rodzinach prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe albo przynajmniej istnieje wymiana pewnych świadczeń. Dzięki pomocy w prowadzeniu domu dorosłe dzieci mogą funkcjonować zawodowo lub realizować swoje plany i karierę. Emeryci są opiekunami swoich wnuków, a najważniejsze – jak pisze H. Worach-Kordas – *są nosicielami tradycji i wartości, często utraconych w zamęcie codziennego życia*[8]. Bardzo ważne stają się rodzinne uroczystości, jubileusze, rocznice, urodziny, imieniny czy święta kościelne. Młode pokolenie dzięki obecności starych ludzi uczy się także „o starzeniu i starości"[9]. W literaturze przedmiotu zwraca się również uwagę na znaczenie pracy, którą emeryci wykonują wewnątrz rodziny. Taka praca wprawdzie nie przynosi bezpośrednich korzyści materialnych, ale stanowi wartość użyteczną dla innych członków rodziny. Poczucie użyteczności dla innych jest ważnym

[8] H. Worach-Kardas: *Fazy życia zawodowego i rodzinnego*. Warszawa 1988, s. 178-180.
[9] Ibid., s. 185.

czynnikiem psychicznym stwarzającym podstawy do własnej identyfikacji. Mając na uwadze funkcjonowanie osób starszych w rodzinie nie należy tego kręgu zawężać tylko do najbliższych członków. Dla osób starszych prawie niezastąpione są tzw. kontakty rówieśnicze, do których należy zaliczyć rodzeństwo, kuzynów, ciotki. Osoby te postrzegają życie w takich samych interwałach czasowych oraz mają podobne korzenie osadzone w tradycji[10]. Zachodzące procesy demograficzne mają i będą miały wpływ na kształtowanie się stosunków między pokoleniami. Upowszechnianie się modelu rodziny 2 + 1 doprowadzi do znacznego zmniejszania się kręgu bliższych i dalszych krewnych. W związku z wydłużaniem się życia oraz spadkiem dzietności kobiet rodzinę wielopokoleniową będzie tworzyć więcej pradziadków i dziadków niż wnuków[11].

Sytuacja demograficzna, a także upowszechniający się w Polsce model życia stosowany w Europie Zachodniej sprawia, że osoby w podeszłym wieku coraz mniej mogą liczyć na pomoc rodziny. Należy podkreślić, że seniorzy dzięki otrzymywanej emeryturze czy rencie w większości są niezależni finansowo, a często jeszcze pomagają materialnie swoim dzieciom lub wnukom. Oczekują oni jednak wsparcia psychicznego, częstszych kontaktów i zainteresowania. Wraz z wydłużaniem się życia ludzi polepsza się ich stan zdrowia, zwłaszcza w początkowym okresie starości seniorzy nie są ciężarem dla rodziny.

Do określenia sprawności życiowej w gerontologii przyjęto kryteria oparte na zdolności lub utracie zdolności do samoobsługi. Są to:

- wykonywanie podstawowych czynności życiowych, takich jak mycie się, ubieranie, przyjmowanie posiłków (P-ADL: *physical activity of daily living*),
- wykonywanie złożonych czynności, takich jak przygotowywanie posiłków, samodzielne robienie zakupów, korzystanie z publicznych środków komunikacji (I-ADL: *instrumental activity of daily living*)[12].

---

[10] O. Czerniawska: *Przygotowanie do życia na emeryturze a aktywizacja środowiska lokalnego* W: *Aktywizacja środowiska ludzi starszych*. „Zeszyty Problemowe PTG" 1994, nr 3, s. 42.
[11] Raport UNDP o rozwoju społecznym – Polska 1999. *Ku godnej starości*. Warszawa 1999 s. 32.
[12] Ibid., s. 20.

Wraz z wiekiem potrzeby seniorów w tym zakresie opieki zwiększają się. Również zadaniem opieki zdrowotnej i socjalnej jest utrzymanie ludzi starych jak najdłużej w stanie sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Decyduje to bowiem w głównej mierze o jakości ich życia. Aby starość była godna i nie stała się ciężarem dla rodziny i społeczeństwa ważna jest profilaktyka oraz adaptacja człowieka do zmieniających się warunków, określana często jako adaptacja do starości.

Rola aktywności kulturalno-oświatowej seniorów

Starość nie jest chorobą. Jest naturalną fazą życia człowieka. O jej jakości w dużej mierze decydują styl życia oraz środowisko społeczne. W literaturze z zakresu gerontologii jako czynniki ryzyka psychospołecznego wymienia się:

- nagłą zmianę warunków życia lub otoczenia (przejście na emeryturę, co może się wiązać ze spadkiem prestiżu w otoczeniu oraz zerwaniem kontaktów społecznych), zmianę miejsca zamieszkania oraz trudności związane z dostosowaniem się do nowych warunków,
- izolację społeczną, czego przyczyną mogą być pewne cechy charakteru oraz trudności adaptacyjne w nowym środowisku,
- osamotnienie związane z utratą bliskich osób,
- pogorszenie się sytuacji materialnej, co zagraża poczuciu bezpieczeństwa,
- nadmiar wolnego czasu oraz brak możliwości wykorzystania go według upodobania,
- monotonię życia, osamotnienie, pustkę, czego konsekwencją może być depresja,
- niewłaściwe nastawienie do starości osób starszych, a także otoczenia[13].

[13] Ibid., s. 21.

Starość łatwiej akceptują osoby, które są zadowolone ze swojego życia i mimo że są na emeryturze uważają, że mają coś do zrobienia. Wśród nich prawie wcale nie ma osób, które cierpią na depresję. Jak wynika z badań, wśród osób w wieku 65 lat i więcej choroba ta dotyka około 10%-15%, przy czym należy zaznaczyć, że odsetek ten jest znacznie wyższy wśród pacjentów domów pomocy społecznej i szpitali[14].

Aby starość była godna należy zdobywać wiedzę o niej wcześniej. Takie zadania stoją przed profilaktyką geriatryczną, której częścią jest edukacja gerontologiczna społeczeństwa. Ma ona na celu przede wszystkim wdrażanie do starości, szeroko rozumianą profilaktykę dotyczącą zasad prawidłowego odżywiania oraz stylu życia. Dzięki temu proces starzenia przebiega znacznie wolniej, a także jest mniej uciążliwy. Profilaktyka ma także na celu zapobieganie chorobom już w wieku średnim, dzięki czemu można uniknąć wielu powikłań na starość.

W prowadzonych badaniach gerontologicznych podkreśla się związek aktywności seniorów (a tym samym zadowolenia z życia) z poziomem wykształcenia. Im wyższy poziom wykształcenia, tym większa aktywność seniorów na różnych płaszczyznach. Należy podkreślić, że ludzie starzy w naszym kraju mają znaczne luki edukacyjne, co w dużej mierze jest związane z uwarunkowaniami historycznymi w Polsce. Tradycyjne poglądy wyrażające przekonanie, że okresem odpowiednim do nauki jest młodość, przyczyniają się do tego, że osoby starsze nie biorą udziału w dalszej edukacji.

W Polsce dominującą formą kształcenia dla osób starszych są Uniwersytety Trzeciego Wieku. Są to placówki oświatowe dla osób po zakończeniu czynnej pracy zawodowej. Prowadzone zajęcia mają na celu upowszechnianie wiedzy w różnych dziedzinach, a także promocję aktywności ruchowej i fizycznej, pobudzanie aktywizacji społecznej, nawiązywanie przyjaźni. Duże osiągnięcia w ramach tzw. rozszerzonej działalności (*university extension*) mają uniwersytety angielskie[15]. Na świecie działa ponad 2100 tego typu placówek. Pierwszy Uniwersytet

[14] H. Szwarc, B. Szyszko-Wydra: *Możliwość zapobiegania depresjom u osób starszych*. „Gerontologia Polska" 1966, z. 4.

[15] *Encyklopedia powszechna*. Op. cit.

Trzeciego Wieku w Polsce powstał w Warszawie w 1975 r., a obecnie istnieje ich około 25[16]. Występują dwa typy: model francuski, gdzie placówki stanowią integralną część wyższej uczelni, oraz drugi, bardziej charakterystyczny, gdzie uniwersytet jest luźno powiązany z uczelnią. Do korzystania z takiej formy aktywności mają jednak dostęp tylko osoby z dużych miast, gdyż tam najczęściej powstają Uniwersytety Trzeciego Wieku. Duża rzesza emerytów zamieszkuje małe miejscowości i tereny wiejskie. Ich sytuacja pod względem opieki zdrowotnej, a zwłaszcza aktywności kulturalno-oświatowej jest o wiele gorsza. Luki w tym zakresie powinny się stać troską samorządu lokalnego, domu kultury czy różnych stowarzyszeń, do których zalicza się organizacje zarówno świeckie, jak i kościelne. Zwłaszcza w tych ostatnich najchętniej działają kobiety, które swoją działalnością charytatywną robią wiele dobrego dla innych w środowisku. Według A. Kamińskiego stowarzyszenia i organizacje pełnią trzy podstawowe funkcje:

- afiliacyjną, która jest oparta na zasadzie „sąsiedztwa z wyboru",
- integracyjną, która stanowi pomost pomiędzy rodziną a społecznością lokalną,
- ekspresyjną, która stwarza ich członkom warunki do wyrażania własnych upodobań i przeżyć[17].

Poprzez swoją działalność seniorzy rekompensują swoje straty związane z utratą aktywności zawodowej, zanikaniem niektórych kontaktów towarzyskich, mają poczucie spełnienia, bycia potrzebnym i uznania w środowisku. Kontakty z innymi ludźmi są dla nich płaszczyzną odniesienia, stwarzają poczucie uczestniczenia w aktualnych sprawach oraz stanowią źródło informacji o bieżących wydarzeniach. *Z punktu widzenia adaptacji do starości uczestnictwo w działalności lokalnych organizacji społecznych ma bardzo duże znaczenie z uwagi na to, że uruchamia zabiegi samowychowawcze. [...] Uczestnictwo to prowokuje ćwiczenie siły woli, systematyczności i zdyscyplinowania, dbałości o wygląd zewnętrzny.*

[16] www.uni.lodz.pl/ulinto/home.html.

[17] A. Kamiński: *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa 1972, s. 156-158. W: A. Chabior: *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*. Radom-Kielce 2000, s. 146.

Rozbudza postawy altruistyczne wyrażane w chęci „bycia dobrym człowiekiem", dobrym w sensie społecznym i moralnym. Pod wpływem działalności w organizacjach społecznych ludzie zaczynają widzieć swoje życie inaczej, nabierają do niego dystansu, potrafią dostrzegać sytuacje, w których należy pomagać innym. Osoby starsze aktywne społecznie częściej niż osoby nieaktywne chcą pomagać innym, być przydatnym rodzinie, nie wyrządzać krzywdy innym[18].

Społeczeństwo powinno zdać sobie sprawę, że idea aktywnej starości ma wymierne skutki zarówno dla osób uczestniczących, jak i dla ogółu społeczności.

Podsumowanie

Procesy demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństw stanowią problem nie tylko dla Polski, ale dla wielu krajów na świecie. Z jednej strony jest to związane z wydłużaniem się przeciętnej długości trwania życia, a z drugiej ze spadkiem dzietności kobiet. W niektórych krajach, w tym również w Polsce, na proces starzenia się społeczeństw ma wpływ przesuwanie się roczników wyżowych do grupy emerytów. W związku z transformacją społeczno-ekonomiczną zmienił się model życia młodej generacji, zbliżając się do zachodniego.

Starość jako naturalna faza życia człowieka powinna się stać przedmiotem zainteresowań i współpracy różnych kręgów społecznych, w tym również rodziny. Zwłaszcza rodzina jest ważna dla ludzi starych i z wiekiem nabiera coraz większego znaczenia. W jej obrębie seniorzy realizują większość aktywności. Oprócz tego daje ona poczucie wsparcia i bezpieczeństwa, a młodym ludziom bliski kontakt z osobami starszymi daje wiele niewymiernych korzyści.

---

[18] Ibid., s. 149.

Inną formą aktywności osób starszych powinno być zaangażowanie w różnego rodzaju działalność społeczno-oświatową, co w dużej mierze przyczynia się do utrzymania ich dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. W starości bowiem – jak pisał A. Kamiński, twórca uznawanej za klasyczną koncepcji wychowania do starości – *dodajmy życia do lat, a nie lat do życia*[19]. Aby tak się stało potrzebna jest aktywność na różnych płaszczyznach, w tym także działania na poziomie lokalnym i ogólnokrajowym wspierające tę aktywność. Starość jest tak samo ważnym i wartościowym okresem życia, jak każdy inny, dlatego należy zrobić wszystko, aby ten okres życia był godny i aktywny. W jednym z pokojów w domu pomocy społecznej wisi na ścianie następująca sentencja: *Dobrze, że tu jesteśmy, bo człowiek żyje czyściej, upada rzadziej, podnosi się szybciej, postępuje przezorniej, spoczywa bezpieczniej, umiera szczęśliwiej.* Należy jednak zadać pytanie: Czy taka starość jest dopełnieniem idei humanizmu, bez której przecież sam postęp materialny jest niewiele wart? Sekretarz Generalny ONZ, laureat Pokojowej Nagrody Nobla z 2001 r., na Drugim Światowym Zgromadzeniu na temat Starzenia się Społeczeństw powiedział: *Drzewa wraz z upływem czasu stają się mocniejsze, a rzeki poszerzają się. Podobnie jest z mądrością i doświadczeniem ludzi, które z wiekiem ulegają pogłębieniu i poszerzeniu. Dlatego ludzie starsi powinni być szanowani i traktowani jako bogactwo społeczeństwa*[20]. Stąd tak ważne wydają się działania mające na celu integrację osób starszych w społeczeństwie, w tym również działania organizacji pozarządowych. Jakże trafne wydaje się hasło Międzynarodowego Roku Seniorów w 1999 r. „Społeczeństwo dla ludzi w każdym wieku".

---

19 A. Kamiński: *Studia i szkice pedagogiczne*. Warszawa 1978.
20 www.unic.un.org.pl/ageing/

Olga Kowalczyk

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ LUDZI STARYCH. WYBRANE ASPEKTY

W nauce o polityce społecznej zwraca się uwagę na to, że niepełnosprawność i starość mogą powodować wystąpienie takiego stanu, w którym jest utrudnione zaspokajanie podstawowych potrzeb. Wówczas mamy do czynienia z problemem społecznym noszącym miano kwestii społecznej. Słowo „kwestia" oznacza „zagadnienie do rozwiązania". Celem polityki społecznej jest łagodzenie, ograniczanie i rozwiązywanie kwestii społecznych[1].

Polityka społeczna dotyczy wszystkich grup ludności, jej zadaniem w stosunku do niepełnosprawnych i starszych obywateli jest tworzenie warunków ich społecznego uczestnictwa we wszystkich dziedzinach życia społecznego i gospodarczego[2]. Ten nadrzędny cel polityki społecznej wobec mniej sprawnej części społeczeństwa powinien wyznaczać cele polityk szczegółowych. Oznacza to, że działania podejmowane na rzecz

---

[1] *Leksykon polityki społecznej*. Red. B. Rysz-Kowalczyk. Warszawa, s. 77.

[2] A. Kurzynowski: *Osoby niepełnosprawne w polityce społecznej*. W: *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*. Red. J. Mikulski i J. Auleytner. Warszawa 1996, s. 22.

niepełnosprawnych i starszych muszą być zintegrowaną częścią całości przedsięwzięć podejmowanych w sferze społecznej. Aby unikać izolacji i marginalizacji tych zbiorowości, należy dążyć do tego, aby inicjatywy mające wyrównywać szanse ich społecznego uczestnictwa były integralną częścią całej polityki społecznej prowadzonej w danym państwie.

Niepełnosprawność i starość to rodzaje ryzyka społecznego definiowanego jako zdarzenie, którego wystąpienie powoduje utratę lub zmniejszenie możliwości zdobywania środków utrzymania poprzez wykonywanie własnej pracy, co powoduje niedostosowanie wysokości dochodów do potrzeb rodzin. W celu niwelowania negatywnych konsekwencji tych zdarzeń powinno się podejmować odpowiednie działania w ramach zabezpieczenia społecznego[3]. W Polsce system zabezpieczenia społecznego w odniesieniu do osób starszych z różnymi formami niepełnosprawności polega głównie na podejmowaniu przedsięwzięć w ramach ogólnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego i uzupełniających świadczeń w systemie pomocy społecznej.

Starość i niepełnosprawność to problemy osobiste jednostek, ale także, a może przede wszystkim, problem społeczny. To konieczność zabezpieczenia środków na renty i emerytury, zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej i hospicyjnej, organizowanie domów i służb zapewniających opiekę, przygotowanie wyspecjalizowanych kadr wspierających rodziny w ich bezsilności. Skala potrzeb w tym zakresie rozszerza się, co wynika ze zwiększania się liczby osób niepełnosprawnych na świecie i w Polsce oraz starzenia się społeczeństw.

Cechy społeczno-demograficzne osób niepełnosprawnych, w tym osób starszych

Z ankietowego badania stanu zdrowia ludności przeprowadzonego przez GUS w 1996 r. wynika, że w gospodarstwach domowych było

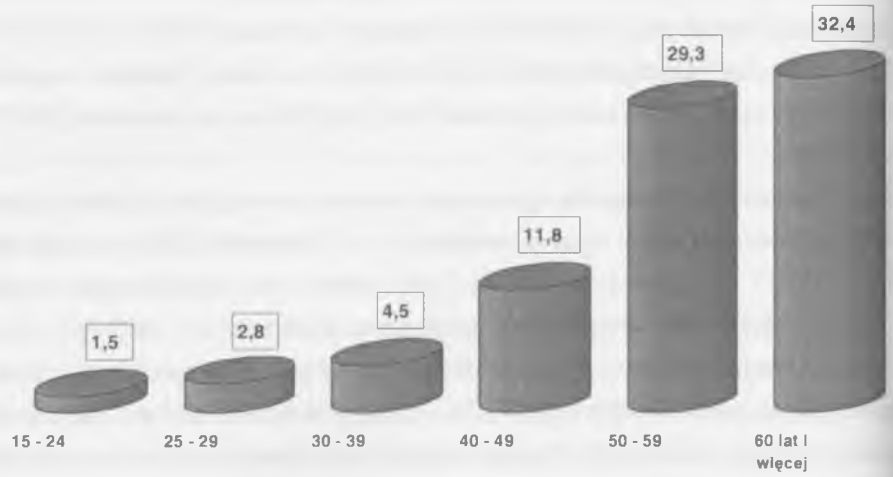
[3] *Leksykon polityki społecznej.* Op. cit., s. 189.

wówczas około 5430,6 tys. osób niepełnosprawnych, czyli 14,3% ludności ogółem. Był to wzrost o prawie 50% w stosunku do 1988 r. Najbardziej wzrosła *częstość niepełnosprawności* wśród ludności zamieszkałej na wsi. Mimo że w poszczególnych grupach wieku *częstość niepełnosprawności* była wyższa wśród mężczyzn, to z powodu większej ilości kobiet niż mężczyzn w starszym wieku ogólny odsetek osób niepełnosprawnych był wyższy dla kobiet i wynosił 17,7% dla kobiet w wieku 15 lat i więcej, a 17,2% dla mężczyzn w tym wieku. *Częstość niepełnosprawności* w poszczególnych grupach wieku poniżej 70 lat była wyższa w miastach niż na wsi, natomiast wśród osób w wieku 70 lat i więcej odsetek osób niepełnosprawnych był wyższy na wsi. Ogólnie *częstość niepełnosprawności* była wyższa na wsi (20,1%) niż w mieście (15,9% i 13,7%).

Odsetek osób *niepełnosprawnych prawnie* w ogólnej liczbie ludności także zwiększa się wraz z wiekiem: w I kwartale 2000 r. w grupie wieku 15-29 lat niepełnosprawna była prawie co pięćdziesiąta osoba, w grupie 30-49 lat co dwudziesta druga, a w wieku 50 lat i więcej co trzecia. Znamienna jest przy tym wysoka częstość niepełnosprawności prawnej w grupie wieku 50-59 lat (29,3%). Osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły prawie połowę (47,7%) osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 15 lat i więcej. Częstość występowania niepełnosprawności prawnej wśród osób w wieku 15 lat i więcej była wyraźnie wyższa wśród mieszkańców wsi (16,4%) niż wśród mieszkańców miast (14%). Przyczyną tego jest większy udział osób starszych oraz wysoki udział orzeczeń o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wśród ludności wiejskiej.

Specyfika struktury wieku osób niepełnosprawnych ma istotne znaczenie dla opisu kolejnego elementu ich struktury demograficznej, tj. *stanu cywilnego* tej zbiorowości. Ustalono, że najwyższy jest udział osób pozostających w związkach małżeńskich (blisko 79% wśród mężczyzn i około 59% wśród kobiet), natomiast najniższy jest odsetek osób rozwiedzionych (odpowiednio 3% i 5%). Podobną sytuację obserwuje się wśród ludności ogółem. Zarówno w mieście, jak i na wsi odsetek osób pozostających w związkach małżeńskich jest znacznie wyższy wśród mężczyzn

niż kobiet, natomiast subpopulacja niepełnosprawnych kobiet cechuje się znacznie wyższym niż wśród mężczyzn udziałem osób owdowiałych. Trzeba pamiętać, że obserwowane wyższe udziały osób, które nie zawarły związków małżeńskich wśród ludności ogółem niż wśród osób niepełnosprawnych stanowią przede wszystkim efekt różnic w strukturze według wieku tych zbiorowości. Ogólnie wśród osób niepełnosprawnych notuje się wysoki udział osób samotnych (szczególnie wśród kobiet)[4].



Rys. 1. Osoby niepełnosprawne prawnie w wieku 15 lat i więcej według wieku na 100 osób ogółem w danej grupie wieku w I kwartale 2000 r.

Źródło: *Aktywność ekonomiczna ludności Polski, I kwartał 2000.* W: *Osoby niepełnosprawne.* Opracowanie analityczno-tabelaryczne MPIPS. Warszawa 2001, s. 10.

Według badania stanu zdrowia ludności z 1996 r. najczęstszą główną przyczyną powstania niepełnosprawności w przypadku osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 15 lat i więcej była choroba inna niż zawodowa (68,3%), następnie wypadek (12,7%, z czego wypadek przy pracy 5,6%), choroba zawodowa (12,4%).

[4] *Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w Polsce.* Wyniki badań przeprowadzonych w II kwartale 2000 r. w ramach BAEL, //www..stat.gov.pl//.

Tabela 2

Osoby niepełnosprawne prawnie w wieku 15 lat i więcej według głównej przyczyny niepełnosprawności w 1996 r. (w %)

Przyczyna niepełnosprawności	Ogółem	Grupa inwalidztwa		
		I	II	III*
Wada wrodzona	6,1	7,9	5,7	5,5
Choroba zawodowa	12,3	7,2	11,9	15,1
Inna choroba	68,3	69,9	69,9	66,0
Wypadek w miejscu pracy	5,6	5,2	5,3	6,0
Wypadek w domu	2,3	3,6	1,7	2,3
Wypadek komunikacyjny	2,4	3,2	2,3	2,2
Inny wypadek	2,4	2,8	2,2	2,3

* Do tej grupy wliczono osoby mające orzeczenie o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz osoby, które nie podały informacji o grupie

Źródło: *Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 r.* GUS, Warszawa 1997.

Wiek jest istotnym wyznacznikiem *zakresu i stopnia niepełnosprawności*. Osoby o całkowicie ograniczonej sprawności najczęściej są w wieku powyżej 70 lat, tj. w wieku, kiedy skutki urazów i przewlekłych chorób są nasilone przez biologiczne starzenie się organizmu, narastającą niewydolność określonych narządów[5].

Niepełnosprawność połączona ze starszym wiekiem powoduje znaczne ograniczenie mobilności. W wieku powyżej 60 lat rośnie odsetek osób leżących, które mogą się poruszać tylko na terenie domu i jego otoczenia[6]. Taki stan powoduje niemożność wykonywania najbardziej pod-

[5] *Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku*. GUS, Warszawa 1997.
[6] Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997. GUS, Warszawa.

stawowych czynności życiowych (takich jak codzienna pielęgnacja, robienie zakupów, sprzątanie). W 1996 r. dotyczył on bardzo dużej grupy osób niepełnosprawnych[7]. Wszelkie działania w zakresie pomocy spoczywają właściwie wyłącznie na rodzinach tych osób. Wiele potrzeb opiekuńczych pozostaje niezaspokojonych. Dotyczy to nie tylko osób mieszkających samotnie lub ludzi starszych, jest do wielki problem wszystkich osób ciężko niepełnosprawnych[8].

Badania przeprowadzone przez GUS w 1996 r. wykazały, że możliwości leczenia i korzystania z różnych form usług medycznych dla dużej części ogółu gospodarstw domowych były ograniczone przez ich złą sytuację finansową. Szczególne trudności w tym względzie dotyczyły gospodarstw domowych, w których były osoby niepełnosprawne, w tym osoby starsze. Z powodu braku pieniędzy często nie realizowano recept lub ograniczano wykup przepisanych przez lekarza leków, rezygnowano ze specjalistycznych badań i zabiegów rehabilitacyjnych, nie leczono zębów mimo takiej potrzeby, a nawet rezygnowano z wizyt u lekarza[9]. Ta obiektywnie trudna sytuacja miała wyraz w samoocenie stanu zdrowia niepełnosprawnych. W tamtym czasie jako zły stan własnego zdrowia oceniało 43,5% osób z I grupą inwalidzką, aż 59,0% osób z II grupą i 47,3% osób z III grupą[10]. Pod koniec lat 90. nie zaobserwowano zasadniczych zmian w samoocenie mimo pogorszenia sytuacji w dostępności do usług leczniczych i zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny[11]. Kłopoty związane z reformą ochrony zdrowia stały się bardzo uciążliwe dla osób niepełnosprawnych, utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów, kłopoty z uzyskiwaniem potrzebnego sprzętu czynią życie osób niepełnosprawnych jeszcze trudniejszym.

---

[7] Na przykład w zakresie codziennej pielęgnacji dotyczyło to 40,6% osób z I grupą inwalidzką, 10% osób z II grupą i 3,4% z III grupą. W zakresie robienia zakupów odpowiednio: 51,9% z I grupą, 17, 6% z II grupą i 6,4% z III grupą. *Zróżnicowanie warunków życia ludności w Polsce w 1997 roku*. GUS, Warszawa 1998, s. 215.

[8] Ibid., s. 171 i 215.

[9] Ibid., s. 219.

[10] Ibid., s. 219.

[11] A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz: *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*. Warszawa 2001, s. 170.

Uzupełniające świadczenia socjalne dla niepełnosprawnych starszych osób

Dostęp do świadczeń zależy w znacznym stopniu od oceny i uznania organu pomocy społecznej. Są one finansowane z podatków centralnych i lokalnych.

Wszystkie typy pomocy i udzielanych świadczeń na mocy Ustawy o pomocy społecznej można podzielić na dwa rodzaje:

1) pomoc środowiskową realizowaną w środowisku zamieszkania świadczeniobiorcy,
2) pomoc instytucjonalną (zakładową) świadczoną w oderwaniu od jego dotychczasowego miejsca zamieszkania – w domach pomocy społecznej oraz ośrodkach wsparcia (środowiskowych i dziennych domach samopomocy, noclegowniach, ośrodkach opiekuńczych i innych).

Obie formy pomocy są realizowane w większości przez gminę.

Pomoc środowiskowa może przybierać różne formy: pieniężną, rzeczową i usługową.

Pieniężnymi świadczeniami pomocy społecznej wobec starszych osób niepełnosprawnych i ich rodzin są:

- Renta socjalna. Przysługuje osobie całkowicie niezdolnej do pracy z powodu inwalidztwa powstałego przed 18 rokiem życia lub w trakcie nauki przed 25 rokiem życia, niezależnie od dochodu, pod warunkiem nieosiągania wynagrodzenia za pracę przekraczającego wysokość tej renty. Wielkość renty socjalnej jest określona kwotowo – jest to wielkość waloryzowana. Świadczenie to jest zbliżone do renty inwalidzkiej z sytemu ubezpieczenia społecznego, jest długookresowe, zastępujące dochód z pracy.
- Zasiłek stały dla osób, które rezygnują z pracy w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej opieki nad dzieckiem (także pełnoletnim) niepełnosprawnym. Od 1 stycznia 2001 r. za te osoby ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

- Zasiłek stały wyrównawczy. Przysługuje osobie samotnej, całkowicie niezdolnej do pracy z powodu wieku (kobieta 60, mężczyzna 65 lat) lub inwalidztwa, jeżeli jej dochód jest niższy od ustawowego przypadającego na osobę samotnie gospodarującą oraz osobie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub inwalidztwa, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie jest niższy od ustawowego. Zasiłek stały wyrównawczy określa się jako różnicę między kwotą dochodu ustaloną ustawowo a dochodem na osobę w rodzinie. Nie może on przekroczyć wielkości zasiłku stałego (art. 27,4).
- Zasiłek okresowy. Może być przyznany osobom, których dochód nie przekracza kryterium ustawowego i jest niewystarczający na zaspokojenie potrzeb wynikających z niepełnosprawności (art. 31,l). Wymiar tego zasiłku jest podobny do zasiłku stałego wyrównawczego.
- Zasiłek celowy. Może być przyznany na pokrycie części lub całości kosztów leków, leczenia, może mieć charakter zwrotny lub bezzwrotny, niezależnie od dochodu w rodzinie.
- Dodatek do zasiłku stałego, wyrównawczego oraz renty socjalnej (kwota waloryzowana). Może być przyznany w razie długotrwałej choroby na okres tej choroby.
- Zasiłek pielęgnacyjny. Świadczenie to przysługuje obywatelom polskim bądź cudzoziemcom mającym kartę stałego pobytu, jeżeli zalicza się do jednej z wymienionych kategorii:
  - ukończył 75 lat,
  - jest inwalidą I grupy (niepełnosprawność w stopniu znacznym) bez względu na okres, w którym nastąpiło inwalidztwo,
  - jest dzieckiem powyżej 16 lat i jest inwalidą II grupy (niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym), a inwalidztwo powstało w wieku uprawniającym do zasiłku rodzinnego,
  - jest dzieckiem w wieku 16 lat i publiczny zakład opieki zdrowotnej w wydanym zaświadczeniu stwierdził, iż ze względu na stan zdrowia wymaga stałej opieki ze strony innej osoby; opieka ta polega na pielęgnacji oraz systematycznym współdziałaniu w leczeniu lub rehabilitacji.

Osoba taka musi posiadać orzeczenie o „niepełnosprawności" określone zgodnie z przepisami Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu niepełnosprawnych z 1997 r.[12]. O zasiłek pielęgnacyjny nie może się ubiegać osoba przebywająca w domu pomocy społecznej, w placówce opiekuńczo-wychowawczej, pod warunkiem, że rodzina nie ponosi odpłatności za jej pobyt. Zasiłek pielęgnacyjny jest określony w ustawie jako procent przeciętnego wynagrodzenia w 1995 r. (10%)[13]. Na początku 2001 r. wynosił on 6,5% przeciętnego wynagrodzenia za pracę.

Nowe uregulowania dotyczące zasiłku dla rodziców dzieci i innych niepełnosprawnych członków rodziny są powiązane z reformą sytemu emerytalnego. W miejsce prawa do wcześniejszej emerytury, które zlikwidowano, zapewniono zasiłek stały z pomocy społecznej oraz opłacanie składki ubezpieczeniowej aż do osiągnięcia wieku emerytalnego.

Pomoc w naturze kierowana do starszych osób niepełnosprawnych może przybierać formy dystrybucji taniej lub bezpłatnej żywności, odzieży, sprzętu i przedmiotów domowego użytku.

Pomoc w usługach może występować w różnej postaci. Jest nią np. poradnictwo prawne, psychologiczne czy socjologiczne. Osobom, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy drugich osób, a są jej pozbawione, ośrodki pomocy społecznej mogą udzielić wsparcia w postaci usług opiekuńczych. Obejmują one pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczną i pielęgnacyjną oraz – w miarę możliwości – podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem. Usługi te przyznaje gmina i ustala jej zakres indywidualnie, w ramach gminnej uchwały określającej szczegółowe zasady i warunki ich przyznawania.

---

[12] Ustawa z 1 grudnia 1994 roku o zasiłkach rodzinnych i pielęgnacyjnych. Dz.U. 1995, nr 4, poz. 17, zm. nr 138, poz. 681. Stany zdrowia zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 25 lutego 1995. *W sprawie stanów zdrowia, ze względu na które przysługuje zasiłek pielęgnacyjny dziecku w wieku do 16 lat*. Dz.U. nr 20, poz. 107.

[13] Art. 15 ustawy mówi, że wynosi on 10% przeciętnego wynagrodzenia za pracę w kwartale poprzedzającym termin ostatniej w 1995 r. waloryzacji emerytur i rent.

Pomoc zakładowa

Trzy spośród sześciu typów domów pomocy społecznej są przeznaczone dla osób upośledzonych umysłowo, inwalidów i osób przewlekle chorych. Pozostałe są przeznaczone np. dla starych ludzi, którzy z wiekiem coraz częściej borykają się z ograniczoną sprawnością.

Inną formą pomocy zakładowej są gminne ośrodki wsparcia, które mają stanowić środowiskową pomoc półstacjonarną, pośrednią między domową usługą opiekuńczą a umieszczeniem w domach pomocy społecznej. Ich celem ma być utrzymanie osoby w jej naturalnym środowisku i przeciwdziałanie instytucjonalizacji poprzez zapewnienie dziennego pobytu i opieki (art. 2a, 8). Nową formą pomocy o podobnym charakterze są mieszkania chronione zapewniające możliwość samodzielnego życia[14].

Praca socjalna jest specyficzną i chyba podstawową formą pomocy społecznej. Jest to faktyczna praca wykonywana przez dyplomowanego pracownika socjalnego. Polega w szczególności na specjalistycznym poradnictwie i pomocy w załatwieniu spraw w celu *wykorzystania w znacznym stopniu własnych środków, możliwości i uprawnień* (art. 1). Jest to więc w znacznym stopniu działalność prewencyjna mająca doprowadzić do integracji osób niepełnosprawnych z otoczeniem. Pracownik socjalny jest zobowiązany do prowadzenia współpracy gminy z powiatem i innymi organizacjami niepaństwowymi, aby w jak największym stopniu umożliwić niepełnosprawnym bycie aktywnym w środowisku i zapobiec umieszczaniu ich w zamkniętych instytucjach opiekuńczych. Ich praca ma więc prowadzić do deinstytucjonalizacji, czyli rezygnacji z ogromnych i bardzo kosztownych w utrzymaniu instytucji świadczących różnego rodzaju usługi rehabilitacyjne i opiekuńcze, którymi są tradycyjne domy pomocy społecznej. Są one przeznaczone do zaspokajania wszystkich

[14] Nowelizacja ustawy o pomocy społecznej z 18 lutego 2000 r.

potrzeb swoich mieszkańców. Czy jest tak rzeczywiście? Wiele badań przeprowadzono z myślą o poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie, niestety, większość wskazuje na wielkie zaniedbania i braki. Dom pomocy społecznej to instytucja totalna, w której mieszkańców najczęściej traktuje się przedmiotowo, bez poszanowania ich godności i praw[15]. Pensjonariusze tych domów są uzależnieni od sposobu funkcjonowania służb w nich istniejących, rzadko przy konstruowaniu planów działań brane są pod uwagę wola i potrzeby mieszkańców. W polskiej literaturze przedmiotu coraz częściej proponuje się odchodzenie od scentralizowanego modelu zarządzania domami pomocy społecznej[16] i tworzenie małych domów, w których będzie większa możliwość angażowania mieszkańców w codzienne sprawy. Z pewnością nie jest to zadanie łatwe, biorąc pod uwagę konieczność dokonania nie tyko zmian organizacyjnych i zasad finansowania, ale przede wszystkim „filozofii" opieki nad mieszkańcami tych domów.

W naszej rzeczywistości ze względu na rosnącą liczbę klientów pomocy społecznej na każdą z istniejących form pomocy istnieje duże zapotrzebowanie. Dotyczy to m.in. usług opiekuńczych sprawowanych w praktyce przeważnie na rzecz osób samotnych, które z powodu starszego wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób. Jest ona niezbędna ludziom starym i niedołężnym, z ciężkimi chorobami serca i układu oddechowego, nie mogącym się samodzielnie poruszać i wykonywać codziennych czynności. Przez wiele lat świadczeniami usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w najszerszym zakresie zajmowały się opiekunki PCK i PKPS, które w praktyce realizowały ustawowy obowiązek nałożony na gminy w postaci art. 17 i 18. Ostatnio coraz częściej wykonywanie tych zadań przekazuje się w drodze przetar-

---

[15] Zob. np. E. Tarkowska: *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*. Warszawa 1994; J. Gałęziak: *Współdziałanie struktur lokalnych oraz organizacji pozarządowych w realizowaniu polityki rządowej na przykładzie Wojewódzkiego Zespołu Pomocy Społecznej w Gdańsku*. W. A. Juros, W. Otrębski: *Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej*. Lublin 1997, s. 110.

[16] Zob. J. Gałęziak: Op. cit., s. 111; Z. Krawczyńska-Butrym: *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice 1998, s. 119 i nast.

gu nowo powstającym organizacjom pozarządowym. Zakres korzystania z tej formy pomocy jest zróżnicowany także przestrzennie, w układzie wojewódzkim i powiatowym. Najwięcej usług świadczy się w dużych miastach, np. w województwie dolnośląskim znaczna część korzystających z usług opiekuńczych mieszka w powiecie grodzkim Wrocławiu – – w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców było ich 35, podczas gdy w powiecie ziemskim wrocławskim tylko 7[17].

Wielokrotnie już pisano o niedorozwoju tej sfery działalności pomocy społecznej wobec osób niepełnosprawnych[18]. Ustawodawca dostrzegając potrzeby w tym względzie wprowadził w nowelizowanej ustawie pojęcie „specjalistycznych usług opiekuńczych" przysługujących na podstawie przepisów o ochronie zdrowia psychicznego. Wszędzie na świecie odchodzi się od specjalizacji i profesjonalizacji w świadczeniu tego typu usług, tymczasem u nas wprowadzono specjalistyczne usługi zdefiniowane jako usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem i polegające na specjalnych metodach postępowania. Czy pozwolą one chociaż w części zaspokoić potrzeby ciężko niepełnosprawnych, dadzą im szansę wychodzenia z domu i integracji z otoczeniem? Biorąc pod uwagę własne obserwacje i wyniki badań kwestionariuszowych przeprowadzonych wśród osób potrzebujących pomocy trudno o optymizm w tym względzie[19]. Więcej nadziei rodzi się podczas poznawania nowych lokalnych inicjatyw podejmowanych przez instytucje kościelne, fundacje, stowarzyszenia, które realizują zadania z zakresu pomocy społecznej. W ostatnich latach rozwija się wiele samopomocowych inicjatyw, które pomagają osobom niepełnosprawnym prowadzić bardziej satysfakcjonujące życie w środowisku. Inicjatywą tego typu są np. Stacje Opieki CARITAS, których kilkadziesiąt funkcjonuje od kilku lat na Śląs-

[17] Według danych Wydziału Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu.

[18] Zob. np. O. Kowalczyk: *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych – nowe rozwiązania*. Wrocław 1993.

[19] Patrz. O. Kowalczyk: *System zabezpieczenia społecznego wobec potrzeb osób niepełnosprawnych w Polsce na tle krajów UE*. Wrocław 2002.

sku Opolskim. Od niedawna inicjatywa ta podjęta jest również w rejonie Dolnego Śląska. Głównym celem tych Stacji jest wydłużenie do maksimum pobytu osoby potrzebującej pomocy w domu poprzez zagwarantowanie jej usług pielęgnacyjnych oraz dostarczenie niezbędnego sprzętu rehabilitacyjno-pielęgnacyjnego. Władze samorządowe pokrywają koszty związane z przygotowaniem pomieszczeń Stacji oraz zapewnieniem ich funkcjonowania. Specjalnie przeszkolony personel jest nastawiony na integralne traktowanie podopiecznego. Obok troski o ciało dużo uwagi poświęca się potrzebom psychospołecznym, głównie zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa i nawiązaniu kontaktów z otoczeniem. Stacje zatrudniają głównie pielęgniarki, które obecnie w Polsce w dużym stopniu są dotknięte bezrobociem[20].

W sytuacji przejmowania zadań administracji rządowej przez struktury samorządowe istnieje konieczność wypracowania nowatorskich form integrowania usług społecznych na najniższym poziomie organizacyjnym, w gminie, tak aby konkretna osoba, rodzina, grupa samopomocowa mogły liczyć na skuteczną pomoc. Ważne wydaje się tworzenie różnych form usług w jak najszerszym zakresie świadczonych przez członków rodziny, organizacje samopomocowe czy środowiskowe ośrodki wsparcia typu środowiskowego domu samopomocy. Szczególnego znaczenia nabiera sposób wykonywania w praktyce pracy socjalnej. Trudno przecenić jej znaczenie we wspieraniu rodzin z osobami niepełnosprawnymi. Rodziny te często są bezradne w wielu swoich życiowych problemach. Można wskazać różne obszary, w których potrzebna jest im pomoc z zewnątrz[21]. Skala potrzeb z pewnością przerasta możliwości indywidualnych pracowników socjalnych. Niezbędne są konkretne rozwiązania w ramach społeczności lokalnej i całego państwa.

Zwracając jeszcze raz uwagę na konieczność rozwoju usług opiekuńczych trzeba zadać sobie pytanie, czy jest to możliwe poprzez zwiększanie wolontariatu? Czy pozwala na to obecna sytuacji gospodarcza

[20] A. Drechsler: *Funkcje rehabilitacyjne stacji opieki Caritas*. „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1996, nr 2, s. 47.
[21] Z. Krawczyńska-Butrym: Op. cit., s. 75; A. Juros, W. Otrębski: Op. cit., s. 200.

i społeczna kraju: kilkunastoprocentowe bezrobocie, konieczność szukania różnych sposobów na „dorabianie" znacznej części społeczeństwa, przy jednocześnie coraz szerzej akceptowanym wzorcu szybkiego awansu zawodowego? Brak sukcesów w tym względzie nie pozwala na udzielenie jednoznacznie pozytywnych odpowiedzi.

Iwona Benek

MIESZKANIA DLA OSÓB STARSZYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Starania mające na celu wspomaganie osób niepełnosprawnych i tworzenie warunków do ich integracji społecznej można sprowadzić do trzech podstawowych płaszczyzn oddziaływań[1]:

1. Nakierowanych bezpośrednio na osobę niepełnosprawną i jej najbliższe otoczenie – problem ten obejmuje rehabilitację (medyczną, psychologiczną, zawodową i społeczną) oraz w koniecznych przypadkach opiekę społeczną. Jest ono zorientowane nie tylko na wspomaganie osoby niepełnosprawnej, ale obejmuje całe rodziny, w skład których wchodzą osoby niepełnosprawne.
2. Kształtujących środowisko fizyczne (zagadnienia architektoniczno-urbanistyczne). Sprowadza się to do modyfikowania środowiska fizycznego i społecznego w odniesieniu do:
   - dostosowywania miast i budynków do możliwości osób niepełnosprawnych,
   - udostępnienia transportu i komunikacji,

[1] A. Ostrowska (i in.): *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce*. Warszawa 1994, s. 7.

- produkowania pomocy technicznych ułatwiających uzyskanie samodzielności,
- tworzenia nowych lub odpowiedniego przystosowywania istniejących mieszkań, budynków użyteczności publicznej, miejsc pracy, szkół.

3. Dotyczących kształtowania odpowiednich postaw społecznych poprzez informowanie społeczeństwa o istniejących problemach oraz oswajanie z istnieniem i prawami przysługującymi tej grupie.

Problem związany z kształtowaniem środowiska fizycznego wiąże się m.in. z przyjętą zasadą jak najdłuższego życia we własnym mieszkaniu – zwłaszcza osób niepełnosprawnych starszych – jako powszechnie pożądaną i uzasadnioną. Będzie to możliwe po przystosowaniu tego mieszkania i środowiska oraz zróżnicowanego programu usług w jego otoczeniu. Aktualne polskie prawo budowlane i ustawa o zagospodarowaniu przestrzennym mówią, że należy projektować i tak budować, aby zapewnić [...] *warunki zdrowotne oraz niezbędne warunki materialne do korzystania z obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich*[2]. Celem jest obiekt pozbawiony barier architektonicznych, w którym wszystkie pomieszczenia i urządzenia towarzyszące będą dostępne dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Ważne jest również pogodzenie wymagań różnych grup osób niepełnosprawnych, aby dostosowując przestrzeń do potrzeb jednej grupy nie stworzyć barier dla innej. Zmiana sposobu projektowania poprzez włączenie jeszcze jednej kategorii użytkowników jest jednak utrudnieniem. Wymaga „dołożenia" nowych parametrów przestrzennych i zawsze musi prowadzić do niezbędnego uzupełniania rozwiązań standardowych o rozwiązania szczególne, specjalne.

Warunki mieszkaniowe osób niepełnosprawnych starszych na tle ogólnie bardzo ciężkiej sytuacji mieszkaniowej w naszym kraju są szczególnie nieadekwatne do przedstawionych wyżej założeń. Ze specjalnych

---

[2] Ustawa z 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane*. Dz.U. nr 89, poz. 414, rozdz. 1, art. 5.1.

form mieszkalnictwa korzysta znikoma grupa. Wśród tych form nadal główne miejsce zajmują domy i zakłady prowadzone w ramach placówek pomocy społecznej. Są to obiekty mieszkalnictwa zbiorowego typu pensjonatowego ze zróżnicowanym programem usług. Według GUS w 1990 r. w Polsce było 695 takich domów i zakładów (tab. 1).

Lokalizacja placówek na wygrodzonych działkach, peryferiach lub z dala od terenów osiedleńczych sprzyja zjawiskom segregacji. Ten rodzaj mieszkalnictwa utrzymuje się głównie z powodów ekonomicznych i braku mieszkań oraz odpowiedniej opieki społecznej, a nie jest to świadomy wybór. Warunki egzystencji w wielu obiektach są niezwykle uciążliwe, dalekie od podstawowych norm i społecznych oczekiwań. Do tych placówek dostają się osoby pozostające w najtrudniejszych sytuacjach życiowych[3].

Tabela 1

Placówki pomocy społecznej w 1991 r.

Wyszczególnienie	Ilość placówek	Ilość miejsc
Domy i zakłady	695	69 701
Ludzi starszych (rencistów)	128	10 046
Inwalidów	8	1 089
Innych: w tym umysłowo upośledzonych, samotnych matek, bezdomnych	559	58 566

Źródło: Dane GUS.

Od połowy lat 70. sporadyczne realizacje domów pensjonatowych dla rencistów o zróżnicowanym programie podjęły branżowe związki zawodowe i organizacje społeczne. Te środowiskowe domy charaktery-

[3] W. Strabel, J. Włodarczyk: *Raport o stanie Domów Pomocy Społecznej w województwie katowickim*. Katowice 1992.

zują się na ogół wyższym standardem. Są usytuowane na wydzielonych działkach rekreacyjnych i skupiają znaczne ilości – zwykle ponad 200 użytkowników. W niektórych przypadkach podejmowano działalność mającą na celu uaktywnienie pensjonariuszy poprzez zwiększanie kontaktów z życiem poza zakładem oraz poprzez tzw. idee zespołów integracyjnych[4]. Ostatnio obserwuje się zaangażowanie sektora prywatnego w rozwój form specjalnych. Brakuje jednak danych statystycznych i oceny tych placówek. Tabela 2 obrazuje, jak niewielka ilość domów i zakładów opieki społecznej działała na terenie Katowic do 1999 r.

Tabela 2

Pomoc społeczna w Katowicach

Domy i zakłady opieki społecznej	1997 r.	1998 r.	Województwo
Obiekty	4	6	500
Miejsca	300	321	3300

W Polsce ludzie niepełnosprawni i starsi najczęściej pozostają we własnych mieszkaniach. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na pożyteczną formę (stworzoną szczególnie z myślą o seniorach), jaką są domy dziennego pobytu (DDP)[5]. Rozwinęły się one w Anglii w latach 60., a do Polski trafiły około 1970 r. Pozwalają one na pozostawanie we własnym środowisku społeczno-przestrzennym kompensując jego braki organizacją życia dziennego i pomocą materialną. Realizują usługi w zakresie przygotowywania posiłków (dostarczanych m.in. ze szpitali, domów opieki społecznej, stołówek pracowniczych), prowadzenia zajęć tzw. terapii zajęciowej, zaspokajania potrzeb kulturalnych itp. Domy dziennego pobytu są pożyteczną formą dla tych, którzy mogą poruszać się samodzielnie. Niestety, rozwój tych placówek oraz ich na ogół przypadkowa lokalizacja (przeważnie tylko w dużych aglomeracjach) są niezadowalające.

[4] Jak np. *Zespół Integracji Pokoleń* zaprojektowany w latach 80. przez arch. H. Buszko (niezrealizowany) dla osiedla „Tysiąclecie" w Katowicach.

[5] H. Skibniewska: *Środowisko zamieszkania a niepełnosprawni*. Cz. 1. Warszawa 1994, s. 14-16.

Jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się specjalnych form mieszkalnictwa były, realizowane od początku lat 70., spółdzielcze domy dla emerytów, rencistów i inwalidów, samotnych lub pozostających w gospodarstwach dwuosobowych, w tym o ograniczonej sprawności, ale zdolnych do prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego (a więc nie wymagających stałej opieki) oraz posiadających odpowiednie środki do otrzymania mieszkania spółdzielczego. Podstawy prawne dla tych inwestycji sformułowano dopiero w 1974 r. w Specjalnej Uchwale Rady Ministrów. Użytkownikom, którym ze względów finansowych trudno byłoby się ubiegać o mieszkanie spółdzielcze, państwo przyznało ulgi i udogodnienia. Ministerstwo Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska zarządzeniami z 1974 r.[6] i z 1977 r.[7] określiło zasady programowania, projektowania i wyposażania spółdzielczych domów emerytów, rencistów i inwalidów. Program domów obejmował dwie części: mieszkalną i socjalną.

Część mieszkalną – złożoną z mieszkań samodzielnych i na ogół wyposażonych w loggie, sygnalizację przywoławczą i ewentualnie uchwyty – – przeznaczono dla osób starszych. W razie zapotrzebowania na parterze usytuowano mieszkania przystosowane dla osób niepełnosprawnych ruchowo. Windy przewidywano w budynkach o wysokości powyżej 3 kondygnacji, wszędzie wprowadzono zsypy. Część socjalna – przy możliwym zróżnicowaniu wariantów lokalnych – miała następujący program:

1. Zespół pomieszczeń użytkowanych wspólnie (klub, czytelnia, biblioteka, sala zajęć).
2. Zespół żywienia (niezależny całkowicie lub częściowo).

[6] Zarządzenie Ministra Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z 31 maja 1974 r. w sprawie ustalenia zasad programowania, projektowania, wyposażania i wykańczania spółdzielczych domów dla emerytów. Dz Bud. z 1974 r., nr 5.

[7] Zarządzenie Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z 31 grudnia 1977 r. w sprawie projektowania mieszkań dla starszych osób samotnych lub rodzin dwuosobowych o ograniczonej sprawności fizycznej. Dz.U. MAGT i OŚ z 1978 r., nr 1.

3. Mały zespół opieki lekarskiej.
4. Pomieszczenia administracyjno-gospodarcze oraz mieszkania służbowe.

W niektórych obiektach rozbudowana część wspólna była wykorzystywana przez osoby starsze i niepełnosprawne z otaczającej dzielnicy. W obrębie zarówno zabudowy, jak i otoczenia znoszono bariery dostępności. Domy najczęściej były zlokalizowane wewnątrz zespołów mieszkaniowych, blisko terenów rekreacyjnych oraz usług. Koszty części socjalno-usługowej, dwóch mieszkań służbowych, a także pierwszego wyposażenia części socjalnej refundowało, po zakończeniu budowy, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Wpływało to zasadniczo na obniżenie kosztów, które musi ponosić lokator, ale wymagało od spółdzielczości przestrzegania ustalonych rygorów programu i uzgodnień z zespołem międzyresortowym. Od 1973 do 1989 r. wybudowano ponad 50 domów spółdzielczych dla około 7500 mieszkańców[8].

W spółdzielczości mieszkaniowej od wielu lat szukano zróżnicowanych rozwiązań, które zapewniłyby osobom niepełnosprawnym dostęp do opieki, usług, a jednocześnie samodzielność i integrację. Przykładem tego typu prób jest działalność prof. H. Skibniewskiej na terenie Warszawy. Na przełomie lat 50. i 60. na osiedlu „Sady Żoliborskie" w Warszawie podjęto próbę stworzenia mieszkania fleksyjnego (elastycznego)[9], które byłoby adaptowalne (zwłaszcza w sytuacji bardzo ograniczonych standardów) do zmiennego w czasie cyklu rozwojowego rodziny. Również w Warszawie w latach 60. zrealizowano w budynku 3-kondygnacyjnym pierwsze mieszkania międzygeneracyjne: przy zwykłych mieszkaniach rodzinnych zlokalizowano małe mieszkania, dwuosobowe, w pełni niezależne, z oddzielnym wejściem z klatki schodowej, przy jednoczesnym połączeniu wewnętrznymi drzwiami (przez przedpokoje) z większym mieszkaniem. Mieszkania międzygeneracyjne (dla dziadków lub młodej rodziny – w ramach cyklicznego obiegu pokoleń) stwarzają szansę „życia razem, ale osobno" pozwalając na kontakty funkcjonalne i więzi emocjonalne.

---

[8] Dane CZSBM w Warszawie z 1989 r. H. Skibniewska: *Środowisko zamieszkania...*, *op. cit.*, s. 21.
[9] H. Skibniewska: *Rodzina a mieszkanie*. Warszawa 1974.

Przy zespole „Sady II" projektanci zaproponowali wprowadzenie na parterze budynku mieszkalnego kilkunastu mieszkań dostosowanych dla osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, samotnych i w gospodarstwach dwuosobowych. Mieszkanie w tego typu zabudowie powinno być zaprojektowane jako adaptowalne do zmiennych w czasie potrzeb użytkowników, wraz z postępującą utratą autonomii, aż do ewentualnej konieczności posługiwania się wózkiem inwalidzkim. Taka koncepcja uwzględniająca możliwość dostosowania układu do sekwencji cyklu życia bez konieczności przeprowadzki najbardziej odpowiada założeniom związanym z przyjętą zasadą najdłuższego pozostawania we własnym mieszkaniu. Również zgrupowanie użytkowników o różnym stopniu samodzielności stwarza warunki do wzajemnych świadczeń i integracji wewnętrznej.

Koncepcje rozwiązań problemu zamieszkiwania osób niepełnosprawnych starszych

Obecnie formy mieszkalnictwa dla osób niepełnosprawnych są bardzo zróżnicowane. Przeważa dążenie do integracji społecznej, a nie hospitalizacja i umieszczanie w zakładach. Większą integrację osiąga się przez decentralizację lub przy pomocy dochodzących służb świadczących pomoc i opiekę w miejscu zamieszkania. Większość populacji osób starszych (np. 90% w Holandii i Szwecji, a 95% we Francji) przebywa we własnych mieszkaniach.

Dla wykazania różnic w podejściu do koncepcji form mieszkalnictwa dla osób starszych należy zwrócić uwagę na doświadczenia dwóch krajów, które mają w tej dziedzinie duże tradycje: Anglii i Holandii[10]. Ich sposoby dochodzenia do rozwiązań oscylują między integracją a segrega-

[10] H. Skibniewska: *Środowisko zamieszkania...*, *op. cit.*, s. 61.

cją. Podstawowe przesłanie systemu angielskiego to nie izolować osoby starszej od dotychczasowego życia. Uważa się bowiem, że główną przyczyną niepowodzeń mieszkaniowych osób starszych jest izolacja od społeczeństwa i wymuszona przeprowadzka do struktur pensjonatowych. W konsekwencji w Anglii daje się pierwszeństwo mieszkaniom zlokalizowanym w powszechnej zabudowie, przy zapewnieniu niewielkich przystosowań. W latach 50. powstały pierwsze *granny houses* (mieszkania dla dziadków) połączone z mieszkaniem dzieci lub krewnych. Gwarantowały one autonomię, jednak w domach tych nie mogła żyć osoba ciężko niepełnosprawna. Ta formuła nie sprawdzała się, gdy jedno z mieszkań zwalniało się i nie można było kontynuować założonego modelu. Dla osób tracących autonomię zaproponowano *mobility houses* – małe zgrupowania w zwykłej zabudowie samodzielnych mieszkań przystosowanych na ogół do wózka inwalidzkiego, z pewnym ograniczonym programem. Druga forma – *sheltered houses* grupuje od 30 do 50 mieszkań (jedno- i dwuosobowych), samodzielnych (pokój sypialno-dzienny, kuchnia, sanitariat). Dla zespołu 4 mieszkań przewiduje się dużą łazienkę oraz zróżnicowany, niewielki program wspólny. Mieszkania są połączone systemem alarmowym z mieszkaniem opiekuna. Mieszka w nich ponad 8% populacji osób starszych (w tym 5% w zespole z opiekunem, a 3% bez opiekuna). Realizowane są z myślą o możliwej utracie samodzielności rezydentów, uwalniają od myśli o zagrożeniu, jakim jest przeprowadzka, stwarzając jednocześnie impulsy do integracji. Zasadnicza niedogodność takich mieszkań pojawia się wtedy, gdy wraz z większą utratą autonomii zachodzi potrzeba przeprowadzki do szpitali geriatrycznych. Stąd wynika dążenie do lokalizacji tych domów w pobliżu ośrodków dla przewlekle chorych, co pozwalałoby osobie starszej na pozostanie w przyswojonej sobie przestrzeni społecznej.

Innym interesującym rozwiązaniem jest koncepcja mieszkań zgrupowanych *extra care* z opieką specjalną dla osób wymagających częstej pomocy (ale nie pobytu w szpitalu). Domy są przeznaczone dla 20-25 osób, składają się z 3-4 grup sześcioosobowych w pokojach jednoosobo-

wych (z własnymi meblami i umywalką) wokół pokoju dziennego, dużej łazienki (z ewentualnym podnośnikiem). Działa system łączności i alarm.

Przesłanie holenderskie to maksymalna opieka przy jak największej niezależności. *W systemie holenderskim dominuje przeświadczenie, że pewna jednolita, dobrze zorganizowana wspólnota potrafi lepiej rozwiązywać swoje problemy niż osoby pojedyncze lub grupy rozproszone we „wrogim" otoczeniu*[11]. W Holandii występuje trzystopniowy system zapewniający wysoki poziom opieki dla starszej generacji:

1. Pomoc domowa i pielęgniarska w mieszkaniu dla osób żyjących niezależnie, ale mających kłopoty ze zdrowiem.
2. Domy opieki, w których mieszkańcy żyją we własnych pokojach lub mieszkaniach samodzielnych, wokół rozległego programu usług i pomieszczeń wspólnych, często otwartych dla użytkowników z zewnątrz.
3. Domy dla przewlekle chorych (*nursing homes*), wśród których wzrasta ilość cierpiących na demencję. W tej formie również występuje duży, wyspecjalizowany program wspólny.

Przekonanie Holendrów o konieczności rozwijania szerokiego programu pomocy i usług wpływa na wysokie (obecnie krytykowane) koszty rozwiązań, co z kolei prowadzi do nadmiernego zwiększania ilości rezydentów (standard wynosi ponad 100 osób). W Holandii próbowano również rozwiązać niezwykle trudny problem, jakim jest przechodzenie rezydentów do kolejnych form specjalnych wraz z postępującą utratą samodzielności.

W koncepcji mieszkalnictwa w ogóle, w tym dla osób niepełnosprawnych starszych, powinno się unikać nadmiernej samowystarczalności systemu angielskiego oraz nadmiernej socjalizacji czy opiekuńczości systemu holenderskiego.

Usługi i opiekę zdrowia zdominowały różnego rodzaju instytucje. Obecnie następuje odwrót od tego rodzaju pomocy dla tych osób niepełnosprawnych, które mogą korzystać z opieki i pomocy w swoim miesz-

[11] L.P. Puglisi: *Le case per anziani*. „L'industria delle construzione" 1990, nr 219. Cyt. za: H. Skibniewska: *Środowisko zamieszkania...*, *op. cit.*, s. 31.

kaniu. System pomocy dla osób z niepełną sprawnością powinien polegać m.in. na adaptacji, ulepszaniu lub modernizacji mieszkania. Konflikty mogą powstać przy modernizacji mieszkań w starej zabudowie: wykonawcy na ogół nie zgadzają się na pozostawanie lokatorów w mieszkaniach w czasie robót modernizacyjnych. W sytuacji, gdy adaptacja lub modernizacja są trudne, należy proponować zamianę mieszkania na inne, bardziej poddające się zmianom, ale zlokalizowane w sąsiedztwie, w przyswojonym środowisku społeczno-przestrzennym. Wprowadzenie form instytucjonalnych można proponować wówczas, gdy w indywidualnym przypadku nie można znaleźć innego rozwiązania. Dla osób, które z różnych względów nie mogą pozostawać we własnym (dotychczasowym) mieszkaniu, przedstawia się w zasadzie dwie formy mieszkalnictwa:

1. Zgrupowania niezależnych mieszkań indywidualnie dopasowanych, bezpiecznych i wyposażonych w usługi oraz zapewniających niezależne życie[12].
2. Domy opieki dla przewlekle chorych stanowiące konieczne ogniwo w systemie opieki nad osobami starszymi[13]. W domach tych pensjonariusze powinni być traktowani jako osoby prywatne ze zwróceniem uwagi na ich indywidualność. Domy oferują na ogół szeroki program opieki i dostępu do leczenia. Lokalizowane są blisko placówek zdrowia w systemie usług powszechnych.

[12] O. Ahlundy: *Evolution of service blocks and Day Centers*. Stokholm 1984.

[13] S. Fridel: *Local Nursing Homes – One Necessary Link in the Care of the Elderly*. W: K.L. Reinius: *The Elderly and Their Environment, Research in Sweden*. Stokholm 1984.

Arkadiusz Przybyłka

PROFILAKTYKA ZDROWOTNA POPULACJI WIEKU POPRODUKCYJNEGO

Według danych WHO co roku przybywa na świecie około 800 tys. ludzi powyżej 65 roku życia przy malejącej liczbie urodzeń. Wobec takich zmian demograficznych konieczne są zmiany w systemach ochrony zdrowia. Rozwój człowieka trwa całe życie – to paradygmat psychologii rozwoju człowieka w ciągu. Kierunek ten, który rozwinął się w ostatnich latach, ma na celu opis, wyjaśnienie i optymalizację procesów rozwojowych człowieka w ciągu całego życia. W każdym okresie życia rozwój jest przejawem wzrostu (zysku) i ograniczenia (straty). Ujęcie rozwoju jako procesu, w którym przejawiają się zysk i strata nie oznacza, że występują one z jednakową siłą, jednak należy stwierdzić, że w miarę upływu lat wzrastają straty, a zmniejszają się zyski. Proces kompensacji, który zakłada relacje zysk-strata ma trzy cechy:

1) ciągła ewolucja różnych form adaptacji jako ogólna cecha rozwoju w ciągu życia,
2) adaptacja do warunków biologicznego i społecznego starzenia się przy wzrastających ograniczeniach i plastyczności,

3) selektywne i kompensujące wysiłki jednostki współwystępujące z założeniem ograniczeń w celu zyskania mistrzostwa życiowego i efektywnego starzenia się[1].

Ostatni z okresów życia człowieka, po 65 roku życia, możemy nazwać późną dorosłością. Rozwój, czyli przechodzenie z jednego okresu w drugi zawsze łączy się z pewnym kryzysem. Sposób rozwiązania kryzysu na danym poziomie rozwoju wyznacza poziom aktywności w następnym. Analizując okres późnej dorosłości trzeba rozpatrywać wszystkie ograniczenia, jakie stawia natura i postawa społeczeństwa. Badania z zakresu nauk społecznych wykazują, że wsparcie materialne oraz pomoc medyczna nie są wystarczającym warunkiem zapewniającym populacji w wieku poprodukcyjnym życie na odpowiednim poziomie. Niemniej bowiem istotny, zwłaszcza wobec gwałtownych przemian naukowo-technicznych, społecznych i politycznych, które dokonują się na świecie, staje się proces adaptacyjny. Polega on m.in. na wzbogacaniu wiadomości, aby pokonać bezradność i obawy związane z okresem późnej starości. Inną ważną przesłanką polityki społecznej wobec tej populacji jest przeciętnie obniżający się wiek emerytalny. W zestawieniu z wydłużającym się przeciętnym dalszym trwaniem życia oznacza to, że coraz większa część życia mężczyzn i kobiet przypada na okres po zaprzestaniu aktywności zawodowej. Przejście na emeryturę dość powszechnie jest uważane za istotną granicę związaną ze zmianą statusu społecznego jednostki, jej źródeł utrzymania i rozmiarów czasu wolnego, a zdaniem wielu gerontologów i polityków społecznych również za dolną granicę starości[2]. Ponieważ do najistotniejszych problemów tej grupy zalicza się: samotność, choroby, niepełnosprawność, życie w ubóstwie, poczucie nieprzydatności, powoduje to jej marginalizację objawiającą się eliminowaniem z aktywnego życia zawodowego i społecznego w momencie przekraczania granicy wieku emerytalnego.

---

[1] A. Niemczyński: *Procesy rozwojowe człowieka w pełnym cyklu życia indywidualnego.* W: *Rozwój psychiczny człowieka w pełnym cyklu życia.* Red. M. Tyszkowa. Warszawa 1988, s. 222-223.

[2] P. Błędowski: *Polityka społeczna wobec osób starszych w Unii Europejskiej i w Polsce.* W: *Społeczne skutki integracji Polski z Unią Europejską.* Red. K. Głąbicka. Warszawa 1999, s. 149.

W rozpatrywaniu problematyki populacji wieku poprodukcyjnego dominującym tematem są niewątpliwie kwestie zdrowotne. Rozwiązania potrzeb ludzi starszych w zakresie ochrony zdrowia są dalekie od zasady, że *cele zdrowotne winny być realizowane jako całość przez politykę społeczną, a nie tylko przez politykę ochrony zdrowia*[3]. Polityka społeczna wobec starości powinna być całościowa, zharmonizowana, uwzględniająca potrzeby tej populacji na każdym etapie rozwoju wieku dorosłego, możliwa do realizacji i akceptowana społecznie. Dostępne dla każdego codzienne obserwacje wskazują na istnienie ogromnego zróżnicowania osób starszych pod względem biologicznym, klinicznym i społecznym, a więc na niehomogeniczność starości. Zaawansowanie starości jest istotnym czynnikiem, który różnicuje nie tylko wyniki badań biologicznych i sprawnościowych, ale także stan zdrowia, status cywilny, warunki socjalne, aktywność społeczną oraz wiele innych mierzalnych parametrów[4].

Tempo starzenia się jest bardzo zróżnicowane w zależności od czynników indywidualnych i geograficznych. Zalecenia WHO co do podziału okresów starzenia się przedstawia tab. 1.

Tabela 1

Propozycja podziału wieku starszego

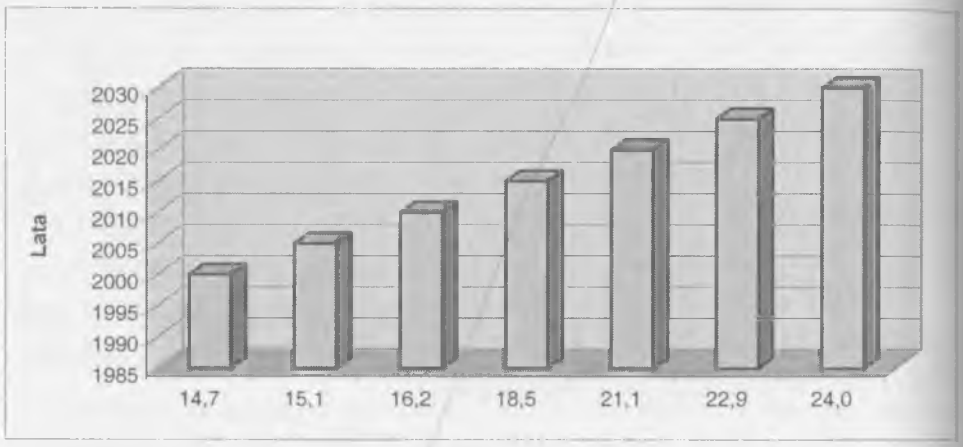
Wiek	Nazwa wieku
Od 45 do 59 lat	starzenie się
Od 60 do 74 lat	wiek starszy
Od 75 do 89 lat	wiek stary
Od 90 lat wzwyż	wiek bardzo stary

Źródło: J. Wysokińska-Miszczuk: *Problemy medyczne i społeczne ludzi starych*. W: *Sanologia. Nauka o zdrowiu społeczeństwa*. Red. L. Jabłoński. Warszawa 1998, s. 149.

[3] W. Pędich: *Czy istnieje polityka społeczna wobec ludzi starych*. W: *Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 1998, s. 78.

[4] W. Pędich: *Specyfika badań środowiskowych populacji ludzi starych; niehomogenność wieku i środowiska*. W: *Reformy społeczne i zagrożenia ich realizacji*. Red. L. Frąckiewicz i W. Koczur. Katowice 1998, s. 28-29.

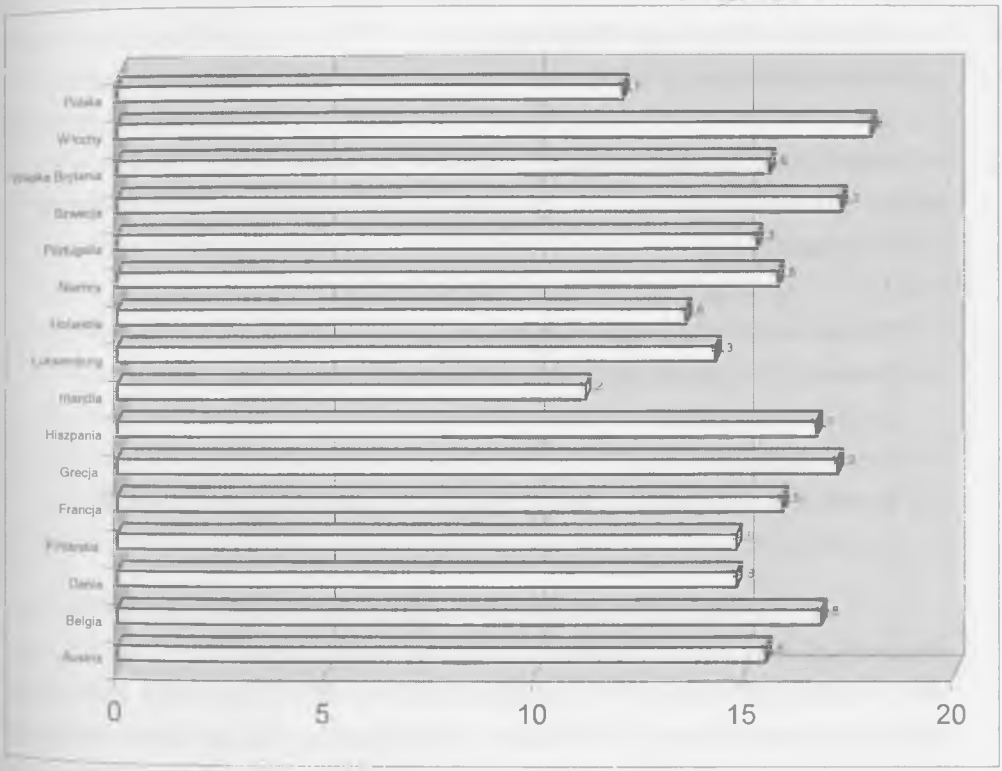
Specjaliści z WHO uznają, że populacja jest młoda, gdy tylko do 4% jej członków przekracza 65 lat, dojrzała, gdy od 4% do 7% przekracza wiek 65 lat, stara, gdy ponad 7% osób ma więcej niż 65 lat. Dynamikę procesu starzenia się populacji Polski przedstawia wykres na rys. 1, natomiast porównanie zaawansowania procesu starzenia się Polski w stosunku do krajów UE wykres na rys. 2.



Rys. 1. Udział ludności w wieku 60/65 lat i więcej według prognoz GUS w %
Źródło: Dane GUS, 2000 r.

Przemiany demograficzne XX w. doprowadziły do wzrostu liczby ludności oraz zaawansowania procesów starzenia społeczeństw. Głównymi determinantami zwiększania się udziału ludzi starszych jest zmniejszająca się liczba urodzeń oraz wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia, a konsekwencją spadek populacji w wieku produkcyjnym. Warto jednak zwrócić uwagę na pewne niekorzystne tendencje, które uwidoczniły się prognozach demograficznych Polski. Mimo pewnych zjawisk pozytywnych życie ludzkie w Polsce jest jednak średnio krótsze o 6-8 lat niż w krajach Europy Zachodniej. W szczególności niekorzystnie kształtują się szanse na dłuższe życie dla dorosłych mężczyzn osiągających wiek 30-45 lat. Osiągający ten wiek w latach 90. mieli przed sobą

krótsze życie niż ich rówieśnicy w latach 60. Obniżanie się długości życia dorosłych mężczyzn trwa od połowy lat 60. i ma ścisły związek z przedwczesną nadumieralnością, czyli przed osiągnięciem 65 lat[5]. Przeczy to obiegowej opinii o wydłużaniu się życia w Polsce i ma wpływ na wielkość populacji w wieku poprodukcyjnym. Jak wygląda sytuacja obecnie, z pewności dowiemy się po opublikowaniu danych ostatniego spisu powszechnego.



Rys. 2. Udział ludzi w wieku 65 lat i więcej w krajach UE i w Polsce w 1999 r. w %

Źródło: *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 1990-2000.* Warszawa 2001, s. 99.

[5] H. Worach-Kardas, J. Indulski: *Umieralność przedwczesna. Przyczyny i uwarunkowania.* Łódź 1999, s. 9.

Specyficznym dobrem konsumowanym przez populację ludzi starych są niewątpliwie szeroko rozumiane usługi medyczne. Liczebność tej subpopulacji warunkuje głównie skalę świadczeń emerytalno-rentowych oraz skalę i zakres pomocy społecznej i specjalistycznych usług ochrony zdrowia właściwych tej grupie wiekowej.

Ponieważ nie do końca znane są przyczyny starzenia się, określono czynniki, które działając niekorzystnie wyraźnie przyspieszają proces starzenia się i wpływają na zwiększenie zapotrzebowanie w zakresie usług medycznych. Wśród nich wymienia się:

- obniżenie aktywności fizycznej,
- nieprawidłowe odżywianie,
- stres,
- złe warunki sanitarno-higieniczne,
- stosowanie używek,
- schorzenia,

oraz czynniki socjalne:

- zmiana środowiska społecznego,
- niestabilność ekonomiczna,
- izolacja społeczna,
- brak rekreacji,
- niewłaściwy stosunek społeczeństwa do starości i ludzi starych,
- brak właściwego przygotowania do przyjęcia starości[6].

W Polsce szczególnie ostatnio podkreśla się: niedostatki opieki medycznej (głównie w odniesieniu do usług specjalistycznych), brak wczesnej profilaktyki (przede wszystkim chorób układu krążenia i nowotworów), złe warunki pracy, ekskluzję społeczną dotykającą coraz większą liczbę osób, zwłaszcza bezrobotnych i starszych. Ujemne konsekwencje tych czynników nie tylko przyczyniają się do wzrostu przedwczesnej, biologicznie nieuzasadnionej umieralności, ale powodują, że polska populacja poprodukcyjna charakteryzuje się znacznie gorszym stanem zdrowotnym.

[6] K. Szczerbińska: *Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym*. W: *Zdrowie publiczne*. T. II. Red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś. W.C. Wlodarczyk. Kraków 2001. s. 424-425.

Znajomość powyższych czynników pozwala na podjęcie pewnych działań zapobiegających, które mogłyby spowolnić proces starzenia się.

Zapobieganie zaburzeniom fizycznym, psychicznym można realizować przez działania zmierzające do zachowania zdrowia. Starsze osoby często cierpią na wiele różnych dolegliwości, jednak nawet już w przypadku zachorowania można podejmować działania medyczne, które mogą uchronić przed dalszą utratą zdrowia. Opieka medyczna nad populacją starszych ludzi kształtuje się różnie i jest zależna od zaangażowania danego państwa i jego możliwości finansowych. W USA, gdzie obowiązuje system rezydualny, już w 1965 r. przyjęto federalny program ubezpieczenia zdrowotnego Medicare obejmujący następujące grupy osób uprawnionych do korzystania z opieki zdrowotnej:

- Największą grupę stanowią wszyscy ci, którzy ukończyli 65 lat i są uprawnieni do otrzymania emerytury ze strony Social Security (mają przepracowane co najmniej 10 lat) albo ze strony kolejowego systemu ubezpieczeń emerytalnych, oraz osoby na ich utrzymaniu.
- Osoby, które będąc w wieku poniżej 65 lat kwalifikują się do otrzymania zasiłku z tytułu niezdolności do pracy przez okres 2 lat, oraz osoby cierpiące na przewlekłą niewydolność nerek wymagającą dializ.
- Osoby w wieku powyżej 65 lat, które nie kwalifikują się do emerytury, ale przebywając legalnie i nieprzerwanie w USA przez 5 lat nabyły prawo do wykupienia ubezpieczenia Medicare.

Program Medicare składa się z dwóch części:

Część A, zwana ubezpieczeniem szpitalnym, daje uprawnienie do świadczeń szpitalnych oraz krótkotrwałego pobytu w domu opieki. Nie pokrywa kosztów usług lekarskich, a wyłącznie koszty typu: opieka pielęgniarska, posiłki, leki w czasie hospitalizacji, itp. Jest ona finansowana ze środków federalnych w zakresie obejmującym koszt pierwszych 60 dni hospitalizacji oraz koasekurację za następnych 30 dni pobytu w szpitalu. Otrzymuje się ją automatycznie przechodząc na emeryturę.

Część B, stanowiąca uzupełniające ubezpieczenie medyczne, pokrywa koszty długotrwałych i szczególnie drogich pobytów w szpitalu i innych określonych świadczeń medycznych. Ma ona formę polisy do-

browolnie wykupionej przez osobę zainteresowaną jej posiadaniem (składka jest częściowo opłacana ze środków rządowych).

Program gwarantuje więc opiekę populacji poprodukcyjnej. Do tych, którzy nie spełniają warunków (nie są w stanie opłacać programu Medicare), czyli warstw najuboższych, adresowany jest program Medicaid (lub kalifornijski MediCal). Jest to połączony program federalno-stanowy, w którym rząd federalny dołącza się do wydatków stanowych w wysokości około 50%. Program ten wszedł w życie w 1966 r. i ubezpiecza od wydatków zdrowotnych ludzi ubogich. Automatycznie do otrzymywania świadczeń w ramach tego programu kwalifikują się osoby, które otrzymują zasiłki opieki społecznej w ramach dwóch programów: Social Security – Supplement Security Income (SSI) i Aid to Families with Dependent Children (AFDC). Medicaid finansuje w około 50% opiekę długotrwałą dla ludzi, którzy pozbyli się własnych środków i zeszli poniżej granicy ubóstwa, oraz niekiedy hospitalizację nielegalnych imigrantów w nagłych wypadkach, jako częściową rekompensatę dla szpitali za poniesione koszta. Pokrywa w całości koszt lekarstw i koszt potrzebnego do leczenia sprzętu medycznego[7]. Środki na finansowanie tego programu pochodzą wyłącznie ze źródeł podatkowych i są stosowane tylko niewielkie opłaty za dodatkowe świadczenia. Podstawowy pakiet jest jednak w zasadzie bezpłatny. W prewencji zdrowia USA można jeszcze podkreślić szerokie akcje propagujące zdrowy styl życia i aktywne formy wypoczynku lansowane przez znanych ludzi, aktorów, biznesmenów czy polityków. Te spektakularne akcje w pewien sposób przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia i owocują później w wieku poprodukcyjnym. Podobnie, ale mniej spektakularnie przebiegają te procesy w Europie, która jest najstarszym demograficznie obszarem ziemskiego globu. Co piąta osoba w Europie przekroczyła 60 lat. Tak gwałtowne starzenie się staje się jednym z najważniejszych problemów ludnościowych rzutujących na gospodarkę krajów, ich strukturę społeczną, system zabezpieczenia społecznego, w tym także na system opieki zdrowotnej, a także relacje międzypokoleniowe. Prognozy demograficzne zakładają, że w 2020 r. osoby

[7] Ch.K. Kubik: *Amerykański system opieki zdrowotnej*, Chicago 1999, s. 87.

w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły już 25% ogółu ludności. Ochrona zdrowia w krajach UE jest oparta głównie na dwóch systemach: Bismarcka (ubezpieczeniowy) oraz Beverigde'a (państwowy system ochrony zdrowia finansowany z budżetu). Oba te systemy z różnymi modyfikacjami gwarantują także opiekę medyczną po osiągnięciu wieku poprodukcyjnego. W odniesieniu do tej grupy osób ustalono, że każdy pracobiorca na obszarze Wspólnoty Europejskiej powinien w chwili przejścia na emeryturę dysponować środkami zapewniającymi mu odpowiedni poziom życia i opieki medycznej[8], natomiast każda osoba, która po osiągnięciu wieku emerytalnego nie ma uprawnień emerytalnych, lub nie dysponuje innymi wystarczającymi środkami utrzymania, powinna korzystać z zapomóg, świadczeń pomocy społecznej i świadczeń rzeczowych w przypadku choroby, odpowiednio do jej indywidualnych potrzeb. Ponadto 6 grudnia 1993 r. przedstawiciele UE uchwalili deklarację z okazji Europejskiego Roku Ludzi Starych, w której zaakcentowano takie obszary, jak: poziom dochodów i standard życia, mieszkanie i mobilność przestrzenna, usługi pielęgnacyjne i pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, praca zawodowa osób starszych i przygotowanie do przejścia na emeryturę, integracja społeczna tej populacji[9]. Wszystkie te działania są uwarunkowane troską o godziwe warunki życia i zapewniają niezbędną pomoc medyczną populacji ludzi starszych. Jak na tym tle przedstawia się sytuacja tej grupy w Polsce? W praktyce większość tej populacji jest pozbawiona indywidualnej swobody w podejmowaniu decyzji w zakresie leczenia swoich schorzeń, terapii i innych działań profilaktyczno-leczniczych. Wynika to m.in. z działań zreformowanej służby zdrowia, polityki racjonowania usług medycznych prowadzonej przez Kasy Chorych oraz ubożenia tej grupy społecznej. Nie pozwala to na wykup leków, sprzętu rehabilitacyjnego, prowadzenia aktywnych form wypoczynku czy zdrowego odżywiania. Dlatego też stan zdrowia tej populacji w Polsce w porównaniu do innych krajów UE jest najczęściej oceniany jako gorszy lub wręcz zły.

---

[8] K. Głąbicka: *Polityka społeczna w Unii Europejskiej*. Warszawa 2001, s. 239 i nast.
[9] Ibid., s. 241.

Obecnie ludzie po 65 roku życia stanowią 50% pacjentów w oddziałach wewnętrznych, neurologicznych oraz ortopedycznych dla osób dorosłych. Konsumują około 1/3 wszystkich przepisywanych leków. Leczenie emeryta jest przy tym 3-4 razy droższe niż osoby z młodszej grupy wiekowej. Wyliczono, że ostatni rok życia człowieka przewlekle chorego pochłania 75% wszystkich całożyciowych wydatków na ochronę jego zdrowia[10]. Proces starzenia się powoduje wzrost liczby osób chorujących na choroby przewlekłe. Ponad 90% populacji powyżej 60 lat cierpi na tego rodzaju schorzenia. Populacja ta jest dotknięta w głównej mierze chorobą nadciśnieniową, chorobami kości i kręgosłupa oraz reumatoidalnym zapaleniem stawów. W najstarszej grupie wieku mężczyźni najczęściej chorują na choroby serca, a znacznie rzadziej na miażdżycę, reumatoidalne zapalenie stawów i choroby kości. Znacznie wyższy odsetek najstarszych kobiet (w porównaniu z mężczyznami) choruje na choroby serca spowodowane głównie chorobą nadciśnieniową, a także na reumatoidalne zapalenie stawów, miażdżycę i choroby kości.

Mobilność maleje z wiekiem, co powyżej 80 lat powoduje ograniczenie przestrzeni życiowej wyłącznie do łóżka u 8,2% osób w tej grupie wieku. Przestrzeń życiowa jest ograniczona wyłącznie do domu u 15,5% tej populacji, a w obrębie domu i jego otoczenia musi pozostawać 29,2%. Ogólnie osoby o ograniczonej mobilności życiowej w populacji osób powyżej 80 lat stanowią 52,9%. Ponad połowa populacji 80-latków ma problemy ze wzrokiem, 38% ze słuchem. Wraz z wiekiem wzrasta odsetek osób korzystających z urządzeń pomocniczych. W starszych grupach wieku najczęściej używane są okulary, z których korzysta 85,8% 60-latków, a już tylko 76,5% 80-latków. Istotne są także problemy z niedosłyszeniem, 6,8% 80-latków korzysta z aparatów słuchowych. Wzrastają także problemy z poruszaniem się. O ile w wieku 60 lat z urządzeń pomocniczych (laska, kula, balkonik) korzystało 4,6%, to już w wieku 80 lat ponad 34%.

W podeszłym wieku często obserwuje się również zespoły depresyjne. W depresji następuje obniżenie sprawności z powodu objawów

[10] J. Derejczyk: *Geriatria a reforma ochrony zdrowia w Polsce*. „Służba Zdrowia" 2000, nr 61-64.

psychologicznych (utrata zainteresowań, negatywna ocena siebie, teraźniejszości i przyszłości, wynikający z tego brak motywacji do działań, niemożność podjęcia jakichkolwiek decyzji) i objawów biologicznych (spowolnienie psychoruchowe, utrata łaknienia). Zwłaszcza objawy biologiczne depresji powodują pogorszenie stanu somatycznego chorych.

Największe zagrożenie dla zdrowia i życia ludności naszego kraju od lat stanowią choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe oraz urazy i zatrucia powodujące łącznie 78,2% ogółu zgonów. W populacji ludzi starych proporcje te są jeszcze bardziej niekorzystne. W okresie późnej starości (po 75. roku życia) zmniejsza się udział nowotworów, a nadal wzrasta udział chorób krążenia (w tym zatorów tętniczych, udarów mózgowych). Duży odsetek zgonów powodują też urazy spowodowane wypadkami, którym ulegają osoby starsze ze względu na zaburzenia orientacji oraz problemy ze wzrokiem.

Mimo wysokiego rozpowszechnienia chorobowości i niesprawności w populacji osób starszych zdecydowana większość takich osób nie korzysta z żadnej formy usprawniania. Jedynie niewielka część niepełnosprawnych osób w wieku poprodukcyjnym poddaje się rehabilitacji fizycznej. Głównymi przyczynami tego są: nieuświadomienie potrzeb, brak środków finansowych oraz trudności z pokonywaniem przestrzeni na ewentualne zabiegi. Dostępność do usług rehabilitacyjnych w warunkach domowych jest minimalna. Obraz chorobowy osoby starszej charakteryzuje się najczęściej:

- równoczesnym występowaniem kilku chorób,
- często odmienną symptomatologią i nietypowym przebiegiem chorób,
- częstym występowaniem powikłań,
- przedłużonym okresem rekonwalescencji.

Jedynym sposobem zapobiegania przewlekłym chorobom cywilizacyjnym i przedwczesnemu starzeniu się jest eliminowanie czynników szkodliwych, do których należą m.in.: nieprawidłowe odżywianie się, zwłaszcza nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych i potraw słodzonych oraz soli kuchennej, szkodliwe technologie przemysłu spożywczego, urazy psychiczne, brak ruchu i odpowiedniego wysiłku fi-

zycznego, nadużywanie leków oraz skażenie środowiska w szerokim tego słowa znaczeniu, obejmującym także dym tytoniowy, hałas, nadmierne nasłonecznienie, przegrzanie[11]. Do takich działań można też zaliczyć ćwiczenie aktywności umysłowej, które pozwala na dłuższe utrzymanie funkcji poznawczych centralnego układu nerwowego. Istotne jest też, aby osoby starsze nie przeciążały organizmu nadmierną masą ciała, szczególnie w przypadku zmian zwyrodnieniowych w stawach i sercu. Profilaktyka przedwczesnego starzenia się jest ukierunkowana na ograniczanie lub eliminowanie czynników z grupy:

1. Socjalnych:
   - staranne przygotowanie do emerytury,
   - umożliwienie kontynuowania pracy zawodowej, pełnienia istotnych ról społecznych,
   - zabezpieczenie bytu materialnego.
2. Kulturowych:
   - właściwe odżywianie,
   - aktywność fizyczna,
   - aktywność intelektualna.
3. Zdrowotnych:
   - wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób.

Do wtórnej profilaktyki geriatrycznej należy zapobieganie utracie sprawności po przebytych chorobach. Ma ona przywrócić staremu człowiekowi wydolność, sprawność, niezależność[12]. Niestety, zmiany, jakie dokonują się w Polsce, wynikające zarówno z transformacji ustrojowej, jak i wprowadzenia reform społecznych polegają na przeobrażaniu instytucji ekonomicznych, politycznych i społecznych w kierunku gospodarki rynkowej. Problemy społeczne spowodowane zmianami są wieloaspektowe. Wyróżnia się aspekty:

- instytucjonalny, polegający na nieprzystosowaniu struktur społeczeństwa, a szczególnie jego instytucji do nowej sytuacji,

---

[11] B. Żakowska-Wachelko: *Z pogranicza geriatrii i gerontologii*. W: *Ochrona zdrowia w Polsce*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 1991, s. 62.

[12] M. Bińczycka-Anholcer: *Interdyscyplinarne podejście do badań stanu zdrowia osób w wieku podeszłym*. W: *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia*. Warszawa 1997, s. 170.

- nierówności, wynikający z dużej różnicy w dochodach, dostępie do usług i innych powstałych w wyniku transformacji,
- niedostosowania poszczególnych jednostek do nowych warunków, co powoduje wzrost dyskomfortu i rodzi różne formy dewiacji[15] (zwłaszcza w rodzinie, która powinna zapewniać warunki do egzystencji również osobom starszym).

Działania na rzecz populacji starszych osób to głównie problem wzrastającej liczby świadczeń medycznych, które z kolei mają swój wymiar ekonomiczny. Podjęte ostatnio przez rząd inicjatywy na rzecz reformowania systemu opieki zdrowotnej mają w swoim założeniu poprawić również sytuację populacji osób starszych:
- likwidacja Kas Chorych i stworzenie Funduszu Ochrony Zdrowia ma wyrównać szanse w dostępie do usług medycznych (zwłaszcza specjalistycznych) i zwiększyć ich ilość,
- wprowadzenie leków za złotówkę (według jednej opcji od 65 lat, według innej od 70 lat) ma ułatwić dostęp do leków na choroby przewlekłe dla osób starszych.

Rzetelnie wyliczone koszty zinstytucjonalizowanej opieki długoterminowej spełniającej uznane standardy są wysokie. Alternatywą jest opieka domowa. Jej koszt jest zdecydowanie mniejszy, nawet przy rozszerzonej pielęgnacji. Należałoby stworzyć sieci oddziałów i poradni geriatrycznych, które prowadziłyby aktywną rehabilitację i wyróżniały się wielodyscyplinarnym podejściem geriatrycznym na rzecz przywracania utraconych funkcji i przygotowaniem starszych pacjentów do autonomicznego życia w ich środowisku domowym.

Już od wielu lat obserwuje się rosnący udział starszych osób w „konsumowaniu" świadczeń placówek opieki zdrowotnej. Rocznie około 70% starszych ludzi korzysta z ambulatoryjnych porad lekarskich, w podobnym stopniu z lecznictwa zamkniętego. W zależności od grupy wieku i płci od 10 do 40% starszych ludzi otrzymuje przynajmniej jedną

[15] K. Czekaj, K. Gorlach, M. Leśniak: *Labirynty współczesnego społeczeństwa*. Warszawa 1996, s. 162.

w roku domową wizytę lekarską, ale tylko od 4 do 12% – domową wizytę pielęgniarską, zaś od 2 do 6% kontaktuje się z pracownikiem socjalnym. Ta znaczna dysproporcja między domowymi wizytami lekarskimi a pielęgniarskimi wyróżnia nas niekorzystnie na tle krajów zachodnich, jest jednak potencjalną szansą naprawy systemu opieki środowiskowej po dowartościowaniu pozycji pielęgniarki w opiece podstawowej[14].

WHO szczegółowo określiła cele promocji zdrowia ludzi starszych. Są to:

- zapobieganie fizycznym, psychicznym i jatrogennym zaburzeniom (lub ich łagodzenie),
- przedłużenie okresu aktywności i niezależnego samodzielnego życia,
- zapewnienie takiego systemu opieki, który umożliwiałby zachowanie autonomii jednostki, jej niezależność i gwarantował odpowiednią jakość życia,
- rezygnowanie ze stosowania różnych form opieki instytucjonalnej na rzecz opieki realizowanej w domu pacjenta,
- w przypadku choroby terminalnej minimalizowanie stresu pacjenta,
- opóźnianie konieczności stosowania różnego rodzaju świadczeń medyczno-opiekuńczych[15].

Główną zasadą realizacji potrzeb zdrowotnych grupy osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej jest rozwiązanie nakierowane na świadczenia medyczne i opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Jest to zgodne z założeniami promocji zdrowia dla osób w podeszłym wieku, że należy tej grupie ludności stwarzać podstawy do możliwie jak najdłuższej samodzielnej egzystencji. Określając podstawowe formy opieki geriatrycznej trzeba przede wszystkim pamiętać o specyfice chorobowości osób w wieku podeszłym i starszym. W celu ustalenia optymalnych form opieki zdrowotnej nad ludźmi w podeszłym wieku należy określić, jakie zadania powinny one spełniać. Według ekspertów z WHO, są to:

---

[14] B. Bień: *Sytuacja zdrowotna ludzi w podeszłym wieku w Polsce*. „Służba Zdrowia" 2000, nr 61-64.

[15] R. Grębowski: *Promocja zdrowia ludzi starych w środowisku naturalnym*. „Zdrowie Publiczne" 1992, nr 6, s. 335-310.

- podtrzymywanie wszelkimi środkami, jakimi tylko można, niezależności w warunkach domowych ludzi w wieku podeszłym i starszym,
- zapewnienie pomieszczeń mieszkalnych tym osobom starszym, które są biedne, nie mają mieszkań i odpowiednich warunków do życia, potrzebują opieki i uwagi,
- hospitalizowanie osób, które w następstwie somatycznych lub psychicznych schorzeń potrzebują pełnej opieki szpitalnej, leczenia i rehabilitacji[16].

Należy również wspomagać osoby starsze w rozwijaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych, gdyż wpływają one na lepszą kondycję fizyczną i psychiczną. Subiektywne samopoczucie osób starszych w dużym stopniu jest uwarunkowane kontaktami społecznymi. Brak kontaktów lub ich ograniczanie wraz z progresją wieku pogłębia poczucie samotności i izolacji. Niemałą rolę odgrywa także rodzina w kształtowaniu postaw tej grupy wobec choroby i leczenia, a także łagodzenia skutków choroby, głównie poprzez aktywizowanie do korzystania z porad lekarskich i systematycznej kontroli stanu zdrowia.

Istotnym elementem międzynarodowej polityki na rzecz starszych osób są międzynarodowe organizacje działające na rzecz pomocy starszym osobom. Do najważniejszych należą:

- URAZ (Związek na rzecz starszej generacji Europy) zrzeszający członków z 26 państw europejskich,
- EUROLINK AGE (Europejska sieć ds. rozwiązywania problemów dotyczących starzenia się i starszych ludzi) mająca członków w 17 krajach Europy,
- FERPA (Europejski związek rencistów i osób starszych) liczący 8 mln członków, głównie w krajach unijnych,
- FIAPA (Międzynarodowy związek zrzeszeń starszych ludzi), do którego należą zarówno starsi ludzie głównie z krajów członkowskich Unii, jak i przedstawiciele usługodawców działających na rynku usług społecznych.

[16] M. Sygit: *Wychowanie zdrowotne*. Szczecin 1997, s. 35-36.

Znaczenie tych organizacji jest związane nie tylko z tworzeniem organizacyjnych ram dla funkcjonowania reprezentacji ludzi starszych, ale i z kształtowaniem opinii publicznej, która dzięki takim organizacjom jest informowana o problemach starości i potrzebie działania na rzecz ich rozwiązywania[17].

W Polsce problematyka profilaktyki i promocji zdrowia zorientowana na utrzymanie sprawności do najpóźniejszych lat życia nie jest dostatecznie upowszechniona. Jedną z ostatnio proponowanych form zaktywizowania populacji w wieku poprodukcyjnym staje się rozwój Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Wiedza na zajęciach obejmuje również problematykę zdrowia i choroby. Podejmowanie działań z tego zakresu i zaspokajanie potrzeb materialnych mogłyby zapobiec coraz bardziej rozprzestrzeniającej się ekskluzji społecznej populacji osób w wieku poprodukcyjnym.

[17] P. Błędowski: Op. cit., s. 145-146.

Lidia Kwiecińska-Bożek

KARTA PRAW PACJENTA I JEJ REALIZACJA WOBEC OSÓB STARSZYCH

W polskim prawie ciągle brakuje jednolitego aktu prawnego obejmującego całość problematyki praw pacjenta. Karta Praw Pacjenta przekazana do publicznej wiadomości przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 11 grudnia 1998 r. jest zbiorem praw pacjenta wynikającym z rozproszonych aktów prawnych. Niestety, za istniejącymi rozwiązaniami prawnymi nie nadążają upowszechnienie wiedzy o prawach pacjenta i ich praktyczne przestrzeganie, dlatego duże zainteresowanie problematyką spowodowało wprowadzenie przez ministra zdrowia zarządzenia powołującego 1 stycznia 2002 r. Biuro Praw Pacjenta, którego zadaniem jest m.in. podejmowanie skutecznych działań w przypadku brąku prawnych środków oddziaływania.

Aktualnie ochrona praw pacjenta w Polsce jest zagwarantowana przez:

- Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Trybunał Konstytucyjny.

- Personel medyczny poprzez odpowiedzialność:
  - służbową,
  - zawodową,
  - cywilną,
  - karną.
- Rzecznika Praw Pacjenta przy Kasach Chorych.
- Biuro Praw Pacjenta przy Ministerstwie Zdrowia.

Wskazane regulacje pozwolą na określenie podstawowych praw pacjenta podlegających ochronie prawnej. Są to:

- Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń medycznych.
- Prawo pacjenta do informacji.
- Prawo pacjenta do dostępu do danych medycznych.
- Prawo pacjenta do tajemnicy lekarskiej.
- Prawo pacjenta do wyrażania sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów.
- Prawo pacjenta do poszanowania godności w świetle eksperymentów medycznych oraz Prawo pacjenta do tożsamości a inżynieria genetyczna.
- Prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności oraz prawo do ludzkiego traktowania pacjentów w stanach terminalnych.
- Ochrona praw osób chorych psychicznie.

Powyższe prawa zostaną rozwinięte ze szczególnym uwzględnieniem ich ochrony wobec osób starszych. To przecież osoby starsze, często samotne, w obliczu choroby i przystosowania do nowej rzeczywistości są szczególnie narażone na łamanie wobec nich praw. Bardzo często pacjenci nawet nie wiedzą, że przysługują im jakiekolwiek prawa, że mogą w ogóle czegoś żądać i że ich interes chroni Karta Praw Pacjenta. Starsi ludzie są wyjątkowo skromni w żądaniach, sytuacja, w jakiej się znaleźli, jest dla nich i tak już trudna do zaakceptowania. Choroba, szpital, nowe środowisko, inny standard życia powodują w pewnym sensie izolację.

Starszemu człowiekowi bardzo trudno pogodzić się z zaistniałymi warunkami, dlatego tak ważne jest otoczenie chorego, szczególnie starszego, atmosferą życzliwości i zrozumienia, a przestrzeganie praw pacjenta jest warunkiem dobrze sprawowanej opieki.

Należy również pamiętać, że starsi ludzie są słabiej wykształceni i istnieje potrzeba doinformowania ich o przysługujących im prawach, i to językiem zrozumiałym, nie budzącym zastrzeżeń. Wskazanie przysługujących praw w postaci Karty Praw Pacjenta, gdzieś tam wywieszonej w holu szpitala, często wypisanej drobnymi literami, utrudnia starszym ludziom zapoznanie się z nimi.

Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń medycznych

Podstawą działania lekarza jest dobrowolnie, świadomie i swobodnie wyrażona zgoda pacjenta na wszelkie zabiegi terapeutyczne i diagnostyczne. Prawo do zgody chroni autonomię chorego, zobowiązuje lekarza do jej poszanowania. Stanowi powszechnie stosowaną przesłankę postępowania medycznego. Nadaje cechy prawności interwencji lekarza wyznaczając granice jej legalności. Powoduje, że chory akceptuje ryzyko zabiegu, przejmując je na siebie. Zgoda pacjenta powinna być wyraźna, zwłaszcza przy zabiegach o podwyższonym ryzyku. Problematykę zgody szczegółowo ujęto w Ustawie o Zakładach Opieki Zdrowotnej w art. 19, który stanowi, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub jej odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji. W szerszym zakresie prawo pacjenta do zgody określono w Ustawie o zawodzie lekarza, która gwarantuje ochronę prawa do zgody osobom małoletnim, niezdolnym do świadomego wyrażenia zgody, jak również ubezwłasnowolnionym. Prawo to

jest też przyznane ich przedstawicielom ustawowym. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych, pacjentów chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, którzy dysponując dostatecznym rozeznaniem sprzeciwiają się czynnościom medycznym konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego. Ustawa przewiduje ustną zgodę wyrażoną przez te osoby, jednak reguluje stan wyższej konieczności umożliwiający podjęcie działania bez zgody pacjenta, gdy wymaga on natychmiastowej pomocy lekarskiej, a nie może wyrazić zgody ze względu na swój stan zdrowia. W takim przypadku ustawa zobowiązuje lekarza, aby przed podjęciem czynności medycznych skonsultował się z innym specjalistą. Brak zgody w tej szczególnej, wyjątkowej sytuacji powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta. Według ustawy zabiegi o podwyższonym ryzyku mogą być wykonywane przez leczącego wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta. Jednoznaczne w tym zakresie są też zapisy Kodeksu etyki lekarskiej, który w art. 13 mówi, iż postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta, par. 3 obliguje leczącego do otaczania pacjenta opieką lekarską także w sytuacji, gdy nie wyrazi on zgody na proponowane postępowanie lekarza. Dokonanie zabiegu bez zgody chorego godzi w prawo decydowania o życiu, zdrowiu, integralności cielesnej i łączy się z przymusem leczenia. Leczenie przymusowe może jednak być podjęte w interesie chorego w kilku ustawowo przewidzianych przypadkach. Do niedawna bezpośredni (fizyczny) przymus leczenia był związany z przymusową hospitalizacją osób psychicznie chorych. Od czasu uchwalenia w 1994 r. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje się odstępstwo od zasady uzyskania zgody od pacjenta chorego psychicznie tylko wyjątkowo, w przypadkach nieodzownej konieczności, gdy z powodu zaburzeń psychicznych staje się on niebezpieczny dla otoczenia.

Czy prawo do zgody na udzielanie określonych świadczeń medycznych wobec osób starszych jest przestrzegane? Aby odpowiedzieć na tak postawione pytanie dokonano analizy skarg pacjentów. Niewielka ilość skarg w tej sprawie skłania do wysunięcia tezy, że prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń medycznych jest

przestrzegane. Siła woli i chęci życia starszych osób jest tak duża, że niejednokrotnie to lekarz ma dylemat, czy dany zabieg, szczególnie o podwyższonym ryzyku, może być wykonany. Często to pacjent nalega, podejmując ryzyko, o dokonanie kolejnego zabiegu celem ratowania zdrowia, a nawet życia.

Prawo pacjenta do informacji

Prawo pacjenta do informacji łączy się z prawem pacjenta do zgody, a dalej z autonomią pacjenta, jego dobrami osobistymi i prywatnością życia. Zasadą jest, że chory ma „prawo do prawdy", ale zakres podawanych mu informacji może być zróżnicowany w zależności od jego inteligencji, stanu psychicznego oraz rodzaju zabiegu. Odnosi się ono nie tylko do zabiegów podstawowych-operacyjnych, ale także do interwencji diagnostycznych, które wiążą się z ryzykiem dla pacjenta.

Lekarz powinien poinformować chorego o typowym ryzyku leczenia. Nie musi natomiast zapoznawać go z nadzwyczajnymi, mało prawdopodobnymi, nieprzewidzianymi komplikacjami. Ustawa o zawodzie lekarza w art. 31, par. 1 unormowała prawo pacjenta do przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, rokowaniu, wynikach leczenia, typowych następstwach. Według tego przepisu lekarz może udzielić informacji innym osobom tylko za zgodą pacjenta. W przypadku osób niezdolnych, nieprzytomnych leczący informuje ich przedstawiciela. Choć polskie prawo nie przewiduje konstrukcji prawa do tego, aby nie być informowanym, par. 3 określa możliwość odstąpienia od poinformowania chorego na jego prośbę. Wyjątkowo w sytuacji niepomyślnej diagnozy dla dobra pacjenta, można ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu. Na żądanie chorego lekarz musi jednak udzielić mu nawet niepo-

myślnej informacji. Ustawa o ZOZ sformułowała prawo do informacji w art. 19. Artykuł ten traktuje uprawnienie uzyskania informacji jako bezwarunkowe, ponieważ w przeciwieństwie do Ustawy o zawodzie lekarza nie przewiduje sytuacji, w których można by je ograniczyć. Kodeks etyki lekarskiej w art. 16 dopuszcza możliwość zaniechania informowania chorego zgodnie z jego życzeniem. Wówczas pacjent może wskazać osoby, które w jego imieniu będą się porozumiewały z lekarzem. Informowanie rodziny należy uzgodnić z chorym. W przypadku choroby dziecka leczący powinien poinformować jego rodziców lub opiekuna. Kodeks etyki lekarskiej przewiduje nieprzekazanie pacjentowi wiadomości o złym rozpoznaniu, jeśli ujawnienie pogłębiłoby cierpienie chorego i pogorszyłoby jego stan zdrowia – wyjątek terapeutyczny. Wyjąwszy tę szczególną sytuację, dotyczącą przede wszystkim pacjentów terminalnych, prymat mają rozwiązania ustawowo gwarantujące pacjentowi prawo do informacji.

Niewystarczające informowanie jest jedną z najczęstszych przyczyn skarg pacjentów, jednak uwaga ta dotyczy w szczególności ludzi młodych. Wobec starszych osób prawo to jest respektowane. Należy dodać, że tylko nieliczni pacjenci powyżej 60. roku życia chcą mieć pełny obraz swojej choroby. Zwykle proszą o przekazywanie tych informacji rodzinie. Uwzględniając dobro pacjenta wydaje się słuszne i zasadne takie postępowanie, jednak zawsze, gdy pacjent prosi o pełną informację o stanie swego zdrowia musi ona być mu przekazana.

Prawo pacjenta do dostępu do danych medycznych

Elementem informowania pacjenta jest przysługujące mu prawo do dostępu do dokumentacji medycznej. Ustawa o ZOZ zapewniła po raz pierwszy w polskim ustawodawstwie dostęp chorego do jego dokumenta-

cji medycznej przechowywanej w szpitalu. Regulacja ta nakłada na ZOZ obowiązek udostępnienia, za pośrednictwem lekarza, dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez chorego oraz ściśle określonym w ustawie instytucjom. Nie dopuszcza ona żadnych ograniczeń tego prawa. Szpital musi chronić dane zawarte w dokumentacji. Więcej, Ustawa o zawodzie lekarza zabrania lekarzowi podawać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację chorego bez jego zgody. Szczegółowo sposób prowadzenia oraz warunki udostępniania dokumentacji medycznej określa, wydane na podstawie Ustawy o ZOZ, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.

Prawo pacjenta do tajemnicy lekarskiej

Polskie prawo szanuje godność pacjenta, gwarantuje mu nietykalność, ochronę intymności, prywatności i poufności informacji przekazanych lekarzowi w toku leczenia. Oznacza to, że obowiązek zachowania dyskrecji obejmuje nie tylko informacje dotyczące ściśle stanu zdrowia pacjenta oraz metod leczenia, lecz całej sfery życia prywatnego, rodzinnego, a w niektórych sytuacjach również zawodowego pacjenta. Obowiązek zachowania tajemnicy nie wygasa w razie śmierci chorego. Prawo do tajemnicy wobec wszystkich osób, także personelu medycznego, obejmuje zarówno wypowiedzi lekarza, jak i dokumentację medyczną. Nie jest jednak naruszeniem prawa przekazanie wiadomości o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeśli jest to konieczne do dalszego leczenia.

Nakaz poszanowania tajemnicy lekarskiej został sformułowany w Ustawie o zawodzie lekarza. Nakłada on na leczącego powinność do-

chowania tajemnicy lekarskiej nawet wobec rodziny pacjenta, jeśli wyraził taką wolę. W kolejnym punkcie tego przepisu są wymienione przypadki wyłączenia tajemnicy lekarskiej, gdy wymaga tego prawo lub ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Ważne jest, aby zakres ujawnionych informacji był adekwatny do okoliczności uzasadniających taką potrzebę. Naruszenie przepisów o tajemnicy lekarskiej stanowi wykroczenie, a może i stanowić przestępstwo. W razie ujawnienia, bez podstawy prawnej, faktów objętych tajemnicą lekarz dopuszcza się naruszenia dóbr osobistych pacjenta godzącego w sferę jego prywatności. W dobie komputeryzacji danych osobowych i istnienia rejestrów usług medycznych to fundamentalne prawo pacjenta stało się zagrożone, dlatego w 1997 r. uchwalono Ustawę o ochronie danych osobowych, która wzmocniła prawo chorego do prywatności.

Prawo pacjenta do wyrażania sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów

Przez wiele lat w polskim prawie brakowało jednolitego aktu prawnego chroniącego fundamentalne prawa pacjenta (do integralności fizycznej i poszanowania godności) przed niebezpieczeństwami, jakie stwarza transplantologia. Przeszczepy były regulowane jedynie przez Kartę Praw Pacjenta i Kodeks etyki lekarskiej. 26 października 1995 r. uchwalono obecnie obowiązującą Ustawę o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa, podobnie jak Kodeks etyki lekarskiej reguluje zarówno przeszczepy *ex vivo*, jak i *ex mortuo*. Nie dotyczy ona pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych i płodowych oraz organów rozrodczych i ich części.

W celu ochrony pacjenta przed łamaniem jego praw wprowadzono Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 listopada 1996 r. w sprawie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz stwierdzania spełnienia tych warunków, które określa warunki przeprowadzania przeszczepów i kwalifikacje, jakie są wymagane od zespołu transplantacyjnego. Ustawa o przeszczepach opowiada się za koncepcją zgody domniemanej. Zgodnie z jej przepisami komórki, tkanki, narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych po stwierdzeniu trwałej i nieodwracalnej śmierci pnia mózgu. Przyjmuje się konstrukcję zgody domniemanej potencjalnego dawcy, która polega na braku wyrażonego za życia sprzeciwu wyrażonego w formie oświadczenia pisemnego z własnoręcznym podpisem lub oświadczenia ustnego złożonego w obecności dwóch świadków. Może on być cofnięty o każdym czasie. W tym celu utworzono Centralny Rejestr Sprzeciwów, którego zadaniem jest rejestrowanie sprzeciwów za życia dawcy na pobranie narządu po jego śmierci. Ustawa reguluje również pobieranie narządów od żywego dawcy określając krąg biorców, warunki, jakie powinien spełniać dawca i biorca oraz przesłanki dopuszczalności przeprowadzenia zabiegu – pelna zdolność do czynności prawnych, wyrażenie pisemnej zgody na pobieranie narządów po wcześniejszym poinformowaniu o ryzyku. Ustawa zabrania przyjmowania zapłaty, korzyści majątkowej w związku z pobraniem narządu. Ponadto Ustawa transplantacyjna wprowadziła krajowe listy oczekujących na przeszczep, nad którymi sprawuje kontrolę Krajowa Rada Transplantacyjna. Prawo to jest należycie przestrzegane, jednak zdarzają się skargi dotyczące tego zagadnienia, mimo że prawo nie zostało złamane, gdyż zdarza się pobranie narządów do przeszczepu zgodnie z prawem domniemanym. Zwykle to rodzina zmarłego pacjenta domaga się zadośćuczynienia twierdząc, że takiej zgody nie wyraziła. Zgoda domniemana wciąż budzi kontrowersje. Należałoby podnieść problem przeszczepów w dobie coraz to nowszych osiągnięć, aby poprzez świadomość ludzi do ratowania życia innych uaktywnić Banki Tkanek, Komórek i Narządów.

Prawo pacjenta do poszanowania godności w świetle eksperymentów medycznych oraz prawo do tożsamości a inżynieria genetyczna

Podstawowym prawem pacjenta jest prawo do godności zagwarantowane przez Ustawę o ZOZ i Ustawę o zawodzie lekarza. Nabiera ono szczególnego znaczenia w świetle eksperymentów medycznych, które zagrażają poszanowaniu godności pacjenta. W polskim prawie problematyka eksperymentów medycznych została uregulowana w Ustawie o zawodzie lekarza. Legalność zabiegów o charakterze eksperymentalnym jest uzależniona od spełnienia warunków dotyczących właściwości eksperymentu, jego uczestnika i podmiotu przeprowadzającego.

Eksperyment jest dopuszczalny, gdy spodziewana korzyść (lecznicza, poznawcza) ma istotne znaczenie, a celowość i sposób jego prowadzenia pozostają w zgodzie z zasadami etyki lekarskiej i aktualnym stanem wiedzy. Eksperyment leczniczy może być przeprowadzony tylko w ostateczności, gdy dotychczasowe metody terapeutyczne nie są wystarczająco skuteczne. Doświadczenie badawcze jest uzasadnione prawnie, jeśli ryzyko uczestnictwa w nim będzie niewielkie. Podstawowy element legalności interwencji eksperymentalnej stanowi brak zagrożenia dla życia lub zdrowia i poszanowania godności jego uczestnika (jako podmiotu, a nie przedmiotu takiego zabiegu). Z zakresu podmiotowego eksperymentu leczniczego wyłączono osoby zdrowe; jedynymi uczestnikami mogą być chorzy. Doświadczenie badawcze odnosi się natomiast zarówno do osób chorych, jak i zdrowych. Należy tu dodać, że Trybunał Konstytucyjny nie dopuszcza eksperymentowania na osobach niezdolnych do podejmowania decyzji i wyrażenia woli. Podstawą możności przeprowadzania eksperymentu jest uprzednie uzyskanie zgody od osoby poddawanej mu. Zgodę można cofnąć w każdym stadium eksperymentowania. Wymóg zgody uwzględnia godność człowieka i jego wolność. Zasadą jest uzyskanie pisemnej zgody. Wyjątkowo stosuje się formę ustną. Ustawa prze-

widuje jednak dopuszczalność eksperymentowania bez zgody osoby zainteresowanej w sytuacjach nie cierpiących zwłoki, ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub po uzyskaniu zgody zastępczej, pozwalającej na branie udziału w leczeniu eksperymentalnym i badawczym małoletnim, całkowicie ubezwłasnowolnionym, niezdolnym do rozeznania znaczenia eksperymentu, tylko, gdy wywrze on korzystny wpływ na ich zdrowie. W przypadku takich osób zgodę zastępczą wyraża przedstawiciel ustawowy lub sąd opiekuńczy. Ograniczenia zasady zgody, w szczególności zgody na eksperymenty badawcze, są sprzeczne z postanowieniami Trybunału Konstytucyjnego, który w uchwale wyraźnie podkreśla niedopuszczalność eksperymentowania badawczego bez osobiście wyrażonej zgody uczestnika.

Z godnością, intymnością, prywatnością łączy się problem udziału chorego w „pokazach dydaktycznych". Zagadnienie to, traktowane jako sporne, nadal nie jest uregulowane prawnie pozostawiając pacjentom swobodę wyboru w tej sprawie. Lekarzom zalecono powzięcie wszelkich starań dla zachowania anonimowości osoby demonstrowanej. Charakter eksperymentu mają też badania kliniczne nowych leków. Ustawa o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym ustała warunki testowania nowych leków. Mogą one być prowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Badań Przedklinicznych, przy zachowaniu ogólnych zasad eksperymentowania. Prawo to w stosunku do starszych osób jest szczególnie przestrzegane, gdyż to właśnie starsi ludzie boją się wszelkich eksperymentów. Nie odnotowano przypadku złamania prawa do poszanowania godności w świetle eksperymentów medycznych.

Polskie prawo nie zawiera żadnych regulacji z zakresu genetyki, w tym klonowania. Nie mówi też wprost o zakazie klonowania. Kodeks karny nie odróżnia eksperymentu genetycznego od eksperymentu innego rodzaju. Kodeks karny pozostawia szerokie pole dla interpretacji eksperymentowania z genomem ludzkim i dopuszczalności klonowania. Polska ubiegając się o członkostwo w strukturach europejskich musi dostosować swoje ustawodawstwo do wymogów europejskich.

Prawo do godnej śmierci a eutanazja oraz prawo do ludzkiego traktowania pacjentów w stanach terminalnych

Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej chroni prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności. Wydaje się, że sztuczne podtrzymywanie zanikających funkcji życiowych stanowi dehumanizację jego życia i naruszenie prawa do umierania spokojnie i godnie. Przepisy prawne nie regulują problematyki postępowania z osobami śmiertelnie chorymi. Jedynie Kodeks etyki lekarskiej stanowi, że lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Powinien on łagodzić cierpienie chorych w stanach terminalnych i utrzymywać jakość kończącego się życia. Kodeks etyki lekarskiej nie zobowiązuje leczącego do prowadzenia uporczywej terapii przy zastosowaniu środków nadzwyczajnych. Jednocześnie zakazuje lekarzowi stosowania eutanazji. Przepisy prawne milczą na temat granicy obowiązku podtrzymywania kończącego się życia przez lekarza, zwłaszcza sztucznymi środkami i gdy wiąże się to z wielkim cierpieniem pacjenta. Unormowanie tej kwestii jest niezbędne, ponieważ leży w interesie samego chorego. Szczególnie regulacje medyczne nie poruszają również problemu eutanazji. Wiele uwagi poświęca eutanazji Kodeks karny, który traktuje eutanazję czynną jako świadome postępowanie zmierzające do skrócenia życia chorego, jako zabójstwo albo nawet pomoc w samobójstwie.

Z prawem do godnego umierania łączy się zagwarantowane pacjentowi prawa do opieki duszpasterskiej oraz dodatkowej opieki sprawowanej przez osobę sobie bliską.

Dla osób starszych prawo do godnej śmierci jest priorytetowe, jednak to w tym zakresie zdarzają się skargi, często zasadne. Podnoszony jest brak pojedynczych sal chorych. Mimo zapewnienia wspaniałej opieki medycznej nie zapewnia się godziwych warunków umierania. Obecność

innych chorych na sali bardzo krępuje zarówno samego pacjenta, jak i rodzinę. Również dla innych chorych jest uciążliwe. Często ograniczone warunki lokalowe powodują tak trudne sytuacje. W szpitalach brakuje pojedynczych sal, a przebudowa istniejących wiąże się z dużymi nakładami finansowymi. Wydzielenie miejsca za parawanem nie zdaje egzaminu. Należy jednak poważnie potraktować problem, choćby ze względów konkurencyjnych. To właśnie zapewnienie godziwych warunków bytowych pozwoli na podniesienie rangi szpitali.

Ochrona praw osób chorych psychicznie

Psychiatria ingeruje w najbardziej intymne sprawy psychiki ludzkiej, w sferę jego prawa do autonomii, samostanowienia, tajemnicy, wolności, nietykalności osobistej, godności i prywatności częściej niż inne dziedziny medycyny wykorzystując przymus zewnętrzny. Wszystkie te prawa osoby chorej psychicznie wymagają szczególnej ochrony, która powinna być zagwarantowana w szczególnych regulacjach prawnych. 19 sierpnia 1994 r. uchwalono Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego – – nowoczesny akt prawny dostosowany do standardów światowej i europejskiej ochrony praw osób chorych psychicznie. Ustawa ta pozostaje w ścisłym związku z przepisami Ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o ZOZ. Ustawa ta opiera się na zasadzie poszanowania podmiotowości osób z zaburzeniami psychicznymi i założeniu zrównania statusu prawnego tej grupy chorych z pozycją innych pacjentów. Podstawowym prawem, także osób chorych psychicznie, jest prawo do zgody i informacji. Ustawodawca uznał, że w odniesieniu do tych pacjentów pojęcie „zgody" powinno być określone w sposób szczególny, aby uniknąć kwestionowania oświadczeń woli składanych przez takie osoby. Ochrona praw osób chorych psychicznie, szczególnie osób starszych, budzi wiele kontrower-

sji. Polskie szpitalnictwo psychiatryczne pomimo doskonałej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie zawsze spełnia wymogi. Często są to stare szpitale, w starych obiektach, wymagające przystosowania dla potrzeb tej grupy pacjentów. Sale chorych są przepełnione i nie zawsze należycie wyposażone. Jeśli nie można mieć wątpliwości co do właściwej opieki medycznej, to warunki bytowe pozostawiają wiele do życzenia.

Wnioski

Należy uznać, że prawa pacjenta z uwzględnieniem starszych osób są przestrzegane, a zainteresowanie nimi jest wyrazem nowego standardu myślenia o lecznictwie i świadczeniu usług wysokiej jakości. Z analizowanego materiału dotyczącego skarg i wniosków wynika, że jedną z najczęściej występujących kategorii skarg były błędy czy raczej podejrzenia o błędy medyczne. W Polsce problem błędów lekarskich ujawnił się i nasilił w ostatnich latach. Polskie ustawodawstwo dotyczące ochrony praw pacjenta w zasadzie odpowiada standardom zachodnioeuropejskim. Aby jednak otrzymać jakiekolwiek zadośćuczynienie, albo choćby tylko pomoc, należy udowodnić winę lekarza przed sądem, a to nie jest łatwe.

Mimo że prawa pacjenta są dobrze chronione, pozycja pacjenta nadal jest słabsza. Wiąże się to z trudnościami w dostępie do usług medycznych, powolnym przechodzeniem w stosunkach lekarz-pacjent z istniejącego jeszcze paternalizmu do stopniowego samostanowienia pacjenta oraz brakiem zorganizowanego ruchu na rzecz praw pacjenta, upowszechniającym jego uprawnienia.

Istnieje potrzeba podjęcia działań mających na celu popularyzowanie wiedzy o prawach pacjenta oraz o systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zarówno wśród pacjentów, jak i wśród pracowników

zakładów opieki zdrowotnej. Wówczas wielu trudnych sytuacji w relacji pacjent-lekarz będzie można uniknąć zawsze dając pierwszeństwo pacjentowi, szczególnie będącemu u schyłku swojego życia, który oczekuje wsparcia, dodania otuchy, otoczenia życzliwością i po prostu poświęcenia mu czasu.

Małgorzata Halicka

UWARUNKOWANIA SATYSFAKCJI ŻYCIOWEJ LUDZI STARSZYCH NA WSI I W MIEŚCIE

Wprowadzenie

Etymologicznie termin „satysfakcja" wywodzi się z języka łacińskiego i pierwotnie pojęcie to oznaczało spełnienie czyjegoś życzenia lub zadośćuczynienie, przeprosiny. Termin ten ma również inne znaczenie – – satysfakcja to uczucie przyjemności, zadowolenia, które jest rezultatem spełnienia tego, czego się oczekiwało, czego się pragnęło. Pierwotne *satis facere*, czyli czynienie zadość komuś czy zadowalanie kogoś ewoluowało i zaczęło oznaczać również zadowalanie siebie lub bycie zadowolonym. Współcześnie w literaturze przedmiotu najczęściej podkreśla się wieloczynnikowy charakter zintegrowanej oceny pojęcia satysfakcji życiowej. Zdaniem niektórych autorów *o zadowoleniu z życia możemy mówić w róż-*

nych jego okresach, natomiast o bilansie wówczas, gdy oceniamy osiągnięcia i porażki w dłuższym odcinku czasu[1]. R.C. Mannel i S. Dupuis definiują satysfakcję życiową jako pewien akt oceny tego co ludzie mają z tym czego oczekiwali w ciągu całego życia[2].

W prezentowanych badaniach termin „satysfakcja życiowa" wyraża zbilansowaną ocenę wieloczynnikową, na którą składa się ocena obecnego życia oraz ocena życiowych dokonań. Niemieckie określenie *globale Lebenszufriedenheit* najlepiej odpowiada tej wieloczynnikowej strukturze[3]. W prezentowanej pracy pojęcia: „satysfakcja życiowa" i „zadowolenie z życia" będą używane zamiennie.

Kryteria oceny satysfakcji życiowej nie są jednolite. Wpływają na nie zarówno obiektywne uwarunkowania wynikające z określonych, a nawet mierzalnych warunków społeczno-ekonomicznych, zdrowotnych i wielu innych, a także uwarunkowania subiektywne związane ze sferą uczuciową i psychiką badanych osób[4]. Istnieje także wiele niezgodności i niekonsekwencji co do wpływu tych czynników[5]. Jeśli nawet w wielu badaniach okazało się, że o zadowoleniu z życia decydują przede wszystkim trzy czynniki: subiektywny stan zdrowia, kontakty społeczne i sytuacja ekonomiczna, to jednak w literaturze przedmiotu wskazuje się także na wielość innych wpływów[6]. Z badań CBOS doty-

---

[1] M. Susułowska: *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa 1989, s. 302.

[2] R.C. Manuell, S. Dupuis: *Life satisfaction.* W: *Encyclopedia of Gerontology.* Red. J.E. Birren. T. 2. Academic Press 1996.

[3] H. Thomae: *Lebenszufriedenheit im Alter.* W: *Gerontologie: wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis.* Red. A. Kruse. Monachium 1988.

[4] D. Parlak: *Subiektywny wymiar starzenia się i starości.* „Gerontologia Polska" 2001, nr 9(2); M. Halicka: *Satysfakcja życiowa i jej uwarunkowania.* W: *Zrozumieć starość.* Red. A. Panek, Z. Szarota. Kraków 2000; *Zadowolenie z życia.* Komunikat CBOS nr 2151. Warszawa 1999; J. Smith, W. Tleeson, B. Geiselmann i in.: *Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung.* W: *Die Berliner Altersstudie.* Red. K.U. Mayer, P.B. Baltes. Berlin 1996.

[5] R.F. Ballersteros, M.D. Zamarron, M.A. Ruiz: *The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction.* „Ageing and Society" 2001, Vol. 21.

[6] M. Halicka, W. Pędich: *Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości. Obiektywne wyznaczniki jakości życia.* „Gerontologia Polska" 1999, nr 7(3-4); H. Halicka, W. Pędich: *Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości. Subiektywne wyznaczniki poczucia zadowolenia z życia.* „Gerontologia Polska" 1999, nr 7(3-4); H. Walter: *Das Alter Leben.* Darmstadt 1995; T. Łobożewicz: *Stan i uwarunkowania aktywności ruchowej ludzi w starszym wieku w Polsce.* Warszawa 1991; H. Szwarc, B. Szyszko-Wydra: *Ocena własnego życia a aktualna sytuacja psychospołeczna badanych osób starszych.* „Gerontologia Polska" 1999, nr 7(1).

czących samopoczucia psychicznego Polaków w 1999 r. wynika, że zarówno poczucie zadowolenia z życia, jak i przekonanie o życiowym pechu lub szczęściu najczęściej są związane z miejscem w strukturze społecznej, o którym stanowi wielkość osiąganych dochodów oraz następujące zmienne socjodemograficzne: wykształcenie, miejsce zamieszkania, wiek[7]. Wydaje się, że w zależności od kontekstu czasowego, a także od sytuacji każda kombinacja wskaźników może wnieść coś istotnego do pojęcia „zadowolenia z życia".

W ostatnich latach zauważa się pewne zbliżenie stanowisk w odniesieniu do oddziaływania niektórych czynników. Dotyczy to w szczególności cech społeczno-demograficznych: płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, dochodów. Osoby z tzw. wczesnej starości, a szczególnie żonaci mężczyźni z lepszym wykształceniem i wyższymi dochodami wykazują wyższy poziom satysfakcji życiowej niż osoby starsze zaawansowane wiekiem, a szczególnie kobiety owdowiałe, osoby rozwiedzione, gorzej wykształcone oraz z niższymi dochodami. W szczególności jednak – jak wynika z literatury przedmiotu – na deklarowaną satysfakcję życiową dużo większy wpływ ma poziom wykształcenia i dochody, mniejszy wiek i płeć[8]. Wśród psychologów istnieje przekonanie, że obiektywne warunki, w jakich żyją ludzie, mają wprawdzie oczywisty wpływ na subiektywnie odczuwane zadowolenie z życia, jednak o wiele większy wpływ ma to, jak jednostka te obiektywne warunki postrzega, przeżywa i ocenia[9]. Jak więc widać, sekret spełnionego i nagrodzonego życia w starości pod postacią satysfakcji życiowej jest jeszcze ciągle nie do końca odkryty. W związku ze zróżnicowaną osobniczą sytuacją życiową ludzi starych oraz ich odmiennymi, indywidualnymi losami przypuszcza się, że wiele różnorodnych czynników pozostaje w związku ze stopniem satysfakcji życiowej. Interesujące wydaje się więc rozpoznanie, od czego zależy osiągnięcie satysfakcji życiowej. Innymi słowy, co czyni

[7] *Szczęśliwcy czy pechowcy? Samopoczucie psychiczne Polaków w 1999 roku.* Komunikat CBOS nr 2261. Warszawa 2000.
[8] R.F. Ballesteros, M.D. Zamarron, M.A. Ruiz: Op. cit.
[9] U. Lehr: *Psychologie des Alterns.* Wiesbaden 1996.

człowieka starszego zadowolonym, spełnionym życiowo, a także co w szczególności decyduje o stopniu satysfakcji u osób starszych na wsi i w mieście?

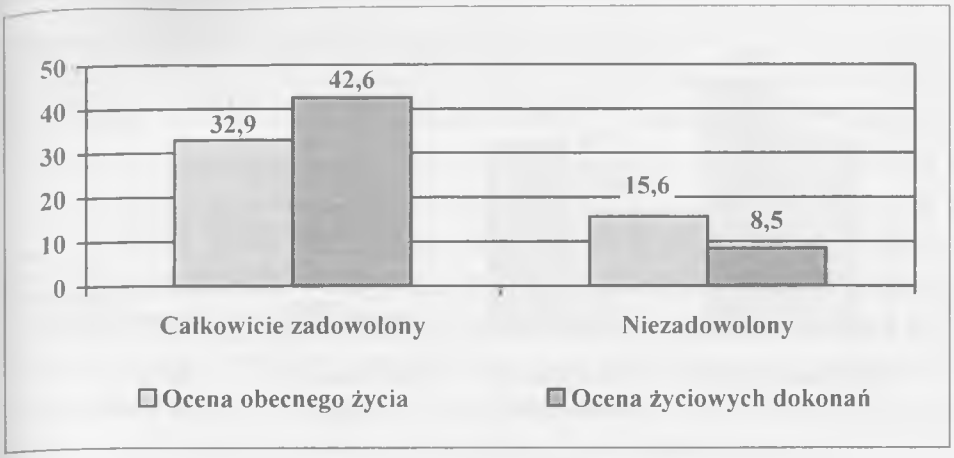
Satysfakcja życiowa ludzi starszych w Polsce

Prowadzone w Polsce badania nad satysfakcją życiową dostarczają interesujących, aczkolwiek nieco różniących się między sobą danych. Z badań CBOS wynika np., że większość dorosłych Polaków (60%) jest zadowolona ze swojego życia. Zwraca się jednak uwagę, że spośród nich aż 51% wyraża jedynie umiarkowane zadowolenie. Tylko co jedenasty badany (9%) ma poczucie pełnej życiowej satysfakcji. Jedna trzecia Polaków (33%) jest średnio zadowolona ze swojego dotychczasowego życia, jedynie nieliczni (6%) są raczej niezadowoleni. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę przeprowadzony w 1999 r. sondaż, to okazuje się, że odsetek osób niezadowolonych z życia był znacznie wyższy; co piąty ankietowany (21%) deklarował swoje życiowe niezadowolenie[10].

W ogólnopolskich badaniach przekrojowych samopoczucie starszych wiekiem Polaków jest oceniane na ogół pozytywnie: ich zdecydowana większość jest usatysfakcjonowana z obecnego życia, przy czym „częściowo zadowoleni" stanowią przewagę (rys. 1).

Osoby całkowicie zadowolone z obecnego życia dwukrotnie przeważały nad osobami niezadowolonymi, natomiast osoby całkowicie zadowolone z życiowych dokonań przeważały niemal czterokrotnie nad osobami niezadowolonymi. Zwraca uwagę niemal dwukrotnie niższy odsetek osób niezadowolonych z życiowych dokonań w porównaniu z odsetkiem osób niezadowolonych z obecnej sytuacji życiowej.

[10] *Szczęśliwcy czy pechowcy? Samopoczucie...*, op. cit.



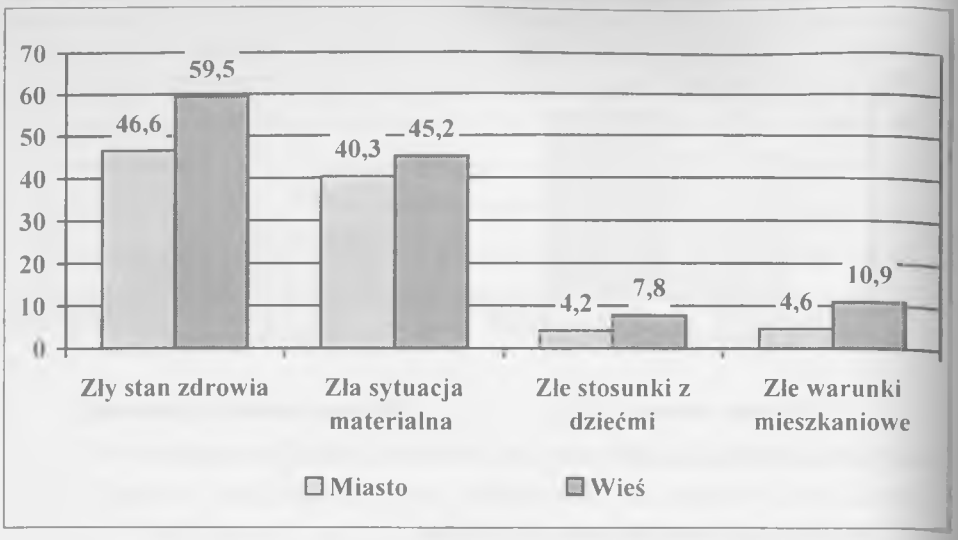
Rys. 1. Satysfakcja życiowa ludzi starych w Polsce

Jak więc widać, ocena obecnej sytuacji życiowej w zestawieniu z dokonaniami życiowymi jest mniej korzystna. Z jednej strony można to tłumaczyć procesem starzenia się, który powoduje pewne ograniczenia: zdrowotne, materialne, poznawcze, z drugiej strony polityka państwa nie zabezpiecza w sposób zadowalający sytuacji życiowej ludzi starszych, co zagraża ich egzystencji i poczuciu bezpieczeństwa. I mimo że wielu gerontologów przypomina o prawach obywatelskich starszych ludzi[11] i nawołuje do ochrony tych praw[12], poczucie zagrożenia, szczególnie materialnego i zdrowotnego, jak twierdzą niektórzy badacze[13], nadal występuje u polskich seniorów. Potwierdzają to także uzyskane wyniki badań.

[11] Ekspertyza PTG. *Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a europejskie deklaracje praw człowieka.* Białystok 1996.

[12] B. Bień, B.Z. Wojszel, J. Wilmańska i in.: *Starość pod ochroną.* Kraków 2001.

[13] *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności.* W: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku.* Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2002; Z. Krawczyńska-Butrym: *Zdrowie – choroba jako kategoria opisu położenia społecznego.* W: *W stronę socjologii zdrowia.* Red. W. Piątkowski, A. Titkow. Lublin 2002; *Polska starość.* Red. B. Synak. Gdańsk 2002.



Rys. 2. Wyznaczniki niezadowolenia z obecnej sytuacji życiowej a środowisko zamieszkania

Jak wynika z rys. 2, ocena niektórych – ważniejszych – wyznaczników obecnej sytuacji życiowej nie jest zadowalająca. Wysoki odsetek osób niezadowolonych z obecnego stanu zdrowia, sytuacji materialnej, stosunków rodzinnych, a także z warunków mieszkaniowych (w szczególności mieszkańców środowisk wiejskich) uzasadnia mniej korzystną ocenę poczucia zadowolenia z obecnej sytuacji życiowej w porównaniu z dokonaniami życiowymi. Jeśli wskaźniki te potraktujemy jako warunki udanego życia, to okazuje się, że odbiór tych wartości wśród emerytów/rencistów w okresie ostatnich kilkunastu lat był zróżnicowany. Z badań J. Sikorskiej wynika, że o ile w 1982 r. wśród warunków udanego życia emeryci i renciści najczęściej wskazywali rodzinę, zdrowie, sytuację materialną i pracę, o tyle w 1995 r. jako najważniejsze okazały się przede wszystkim: sytuacja materialna i zdrowotna. Zdaniem autorki, zmiana w kierunku wzmocnienia wartości materialnych wśród emerytów i rencistów w latach 90. była reakcją na wzmożony niedostatek w tej grupie społecznej w początkowym okresie transformacji[14].

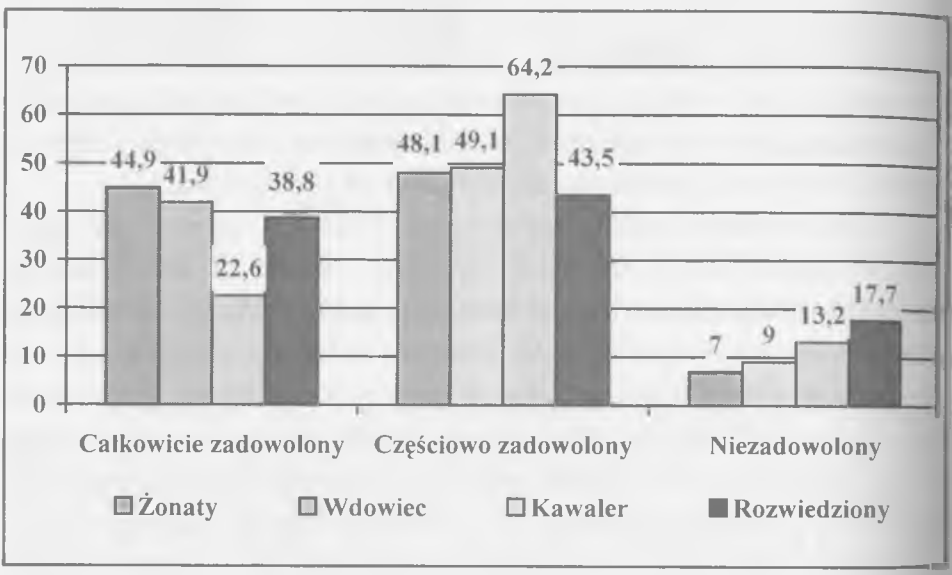
[14] J. Sikorska: *Warunki udanego życia. Sukces życiowy.* W: *Zmiany w życiu Polaków w gospodarce rynkowej.* Red. L. Beskid. Warszawa 1999.

Satysfakcja życiowa ludzi starszych a cechy społeczno-demograficzne

Spośród wielu czynników społeczno-demograficznych różnicujących poziom satysfakcji życiowej najbardziej kontrowersyjny pozostaje wiek. W niektórych badaniach wskazuje się na znaczący i negatywny związek między wiekiem a satysfakcją życiową, podczas gdy inne studia podkreślają, że negatywna relacja między wiekiem a satysfakcją życiową zanika, kiedy status społeczno-ekonomiczny jest kontrolowany.

Ogólnopolskie badania przekrojowe wykazują, że wiek nie różnicuje w sposób istotny satysfakcji życiowej, chociaż w późnej starości zwiększa się nieco odsetek osób całkowicie zadowolonych, zaś zmniejsza odsetek częściowo zadowolonych i niezadowolonych, z wyjątkiem osób niezadowolonych z obecnego życia w starszej grupie wieku, gdzie jest on nieco wyższy. Mężczyźni w porównaniu z kobietami są częściej zadowoleni z obecnego życia. Odsetek całkowicie zadowolonych mężczyzn wynosi 35%, a niezadowolonych 13%, natomiast odsetek całkowicie zadowolonych kobiet 31%, a niezadowolonych niemal 18%. Ocena dokonań życiowych jest podobna u mężczyzn i kobiet. Spośród innych czynników różnicujących stopień satysfakcji życiowej ludzi starszych na uwagę zasługuje: poziom wykształcenia, stan cywilny, samoocena stanu zdrowia, ocena sytuacji materialnej. Jak wynika z badań, poziom wykształcenia różnicuje stopień zadowolenia z obecnego życia, jak też stopień zadowolenia z życiowych dokonań. W miarę wzrostu poziomu wykształcenia maleje odsetek osób niezadowolonych, a wzrasta odsetek osób zadowolonych. Dotyczy to w większym stopniu mężczyzn niż kobiet oraz częściej daje się zaobserwować wśród mieszkańców miast niż wsi. O ile ocena zadowolenia z obecnego życia nie pozostaje w związku ze stanem cywilnym, o tyle czynnik ten w istotnym stopniu różnicuje ocenę dokonań życiowych (rys. 3). Osoby zamężne/żonate oraz owdowiałe wysoko oceniają swoje życiowe dokonania, natomiast ocena dorobku życiowego

osób niezamężnych/nieżonatych oraz rozwiedzionych jest zdecydowanie gorsza. Zawarcie związku małżeńskiego jest więc ważnym czynnikiem kształtującym stopień satysfakcji życiowej w starości oraz jej życiowy bilans.



Rys. 3. Zadowolenie z życiowych dokonań a stan cywilny

Stan zdrowia należy do tych czynników, których znaczenie i wpływ na poczucie satysfakcji życiowej pozostaje nadal bardzo znaczący. Osoby oceniające swój stan zdrowia jako doby/raczej dobry w przeważającym odsetku oceniają pozytywnie swoją obecną sytuację życiową, a także swoje życiowe dokonania, jednak wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia wzrasta – co wydaje się oczywiste – odsetek ocen negatywnych.

W ocenie satysfakcji życiowej wysoce znacząca jest sytuacja materialna. Wyniki badań jednoznacznie wskazują na duże znaczenie zabezpieczenia materialnego w starości i jego związek z poczuciem satysfakcji

życiowej. Wśród osób zadowolonych ze swojej sytuacji materialnej jedynie około 3% wyrażało niezadowolenie z obecnej sytuacji oraz swoich życiowych dokonań. Zdecydowanie gorszą ocenę satysfakcji życiowej przejawiały osoby, które negatywnie oceniały swoją sytuację materialną: 15% wyrażało niezadowolenie ze swoich dokonań życiowych, natomiast dwukrotnie więcej (30%) było niezadowolonych z obecnej sytuacji życiowej.

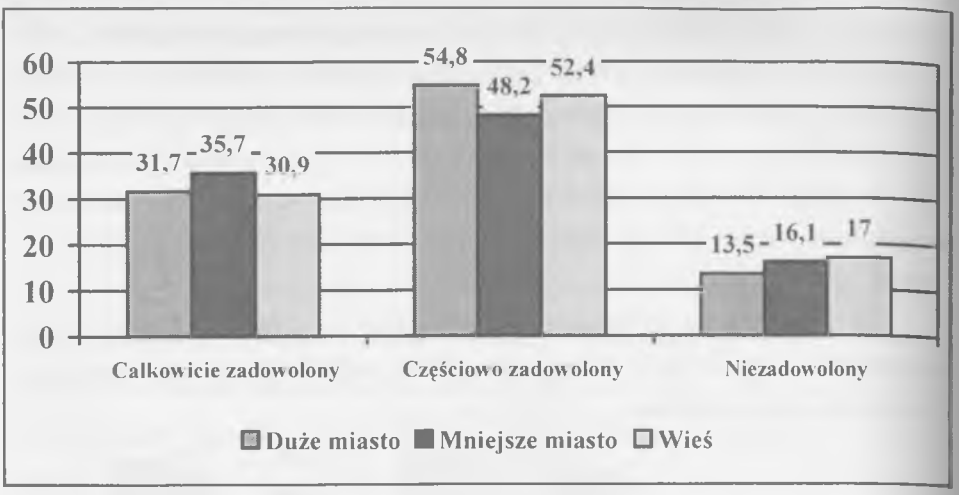
Ze względu na przedmiot prezentowanego opracowania problem zadowolenia z życia ludzi starszych zostanie pogłębiony w odniesieniu do środowiska zamieszkania.

Satysfakcja życiowa ludzi starszych a miejsce zamieszkania

Znaczenie czynników środowiskowych towarzyszących poczuciu satysfakcji życiowej ludzi starszych było już przedmiotem badań innych autorów[15]. W opinii tych autorów starsi wiekiem mieszkańcy środowisk miejskich częściej niż mieszkańcy środowisk wiejskich wykazywali wysoki stopień zadowolenia z życia, co było tłumaczone wyższymi dochodami i możliwością większej ilości kontaktów społecznych. W świetle uzyskanych wyników z badań ogólnopolskich okazuje się, że środowisko zamieszkania wprawdzie nie wpływa w stopniu statystycznie istotnym na zadowolenie z obecnego życia, jednak u badanych osób starszych dominuje tzw. częściowe zadowolenie. Ponadto obserwuje się pewną tendencję do zwiększania się odsetka osób niezadowolonych w kolejności: duże miasto[16], małe miasto, wieś (rys. 4).

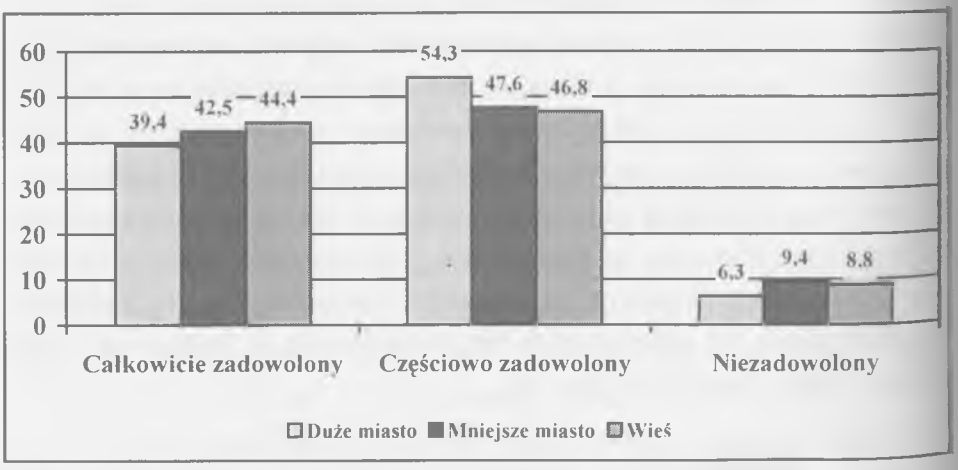
[15] J. Liang, B.L. Warfel: *Urbanism and life satisfaction among the aged*. „Journal of Gerontology" 1983, No 38.

[16] Miasto liczące powyżej 200 tys. mieszkańców było traktowane jako „duże miasto".



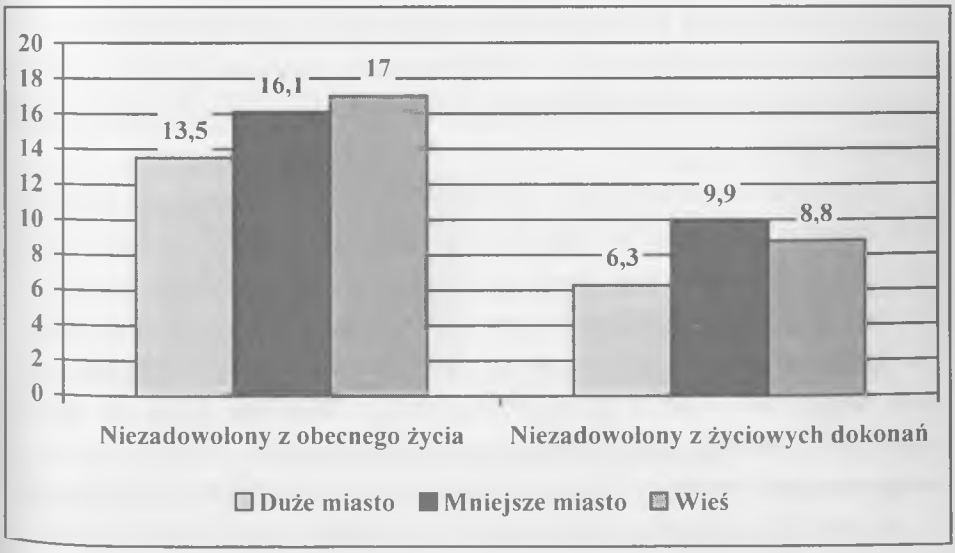
Rys. 4. Zadowolenie z obecnego życia a miejsce zamieszkania

Stopień zadowolenia z życiowych dokonań jest zróżnicowany przez miejsce zamieszkania. Im większe środowisko zamieszkania, tym większy odsetek osób częściowo zadowolonych z życiowych dokonań, mniejszy odsetek osób całkowicie zadowolonych oraz mniejszy odsetek osób niezadowolonych (rys. 5).



Rys. 5. Zadowolenie z życiowych dokonań a miejsce zamieszkania

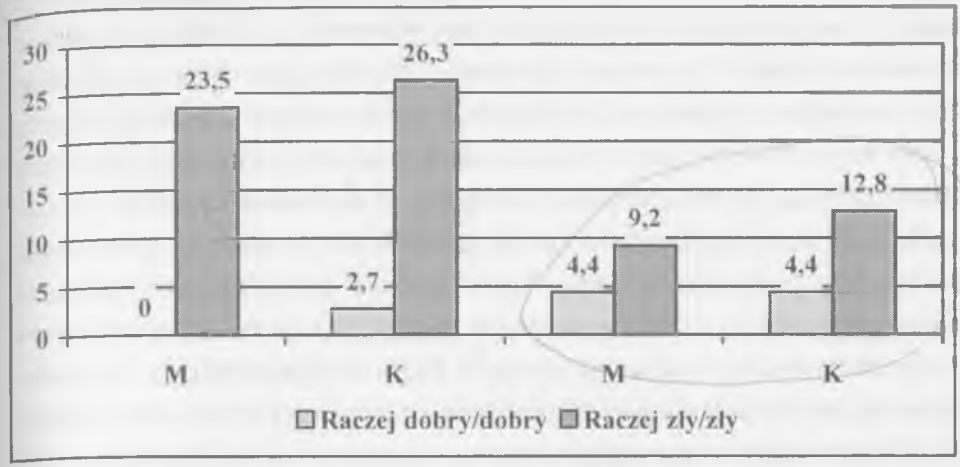
Zwraca także uwagę fakt, że o ile mieszkańcy dużych miast częściej deklarują umiarkowaną satysfakcję życiową, tj. częściowe zadowolenie z obecnego życia oraz częściowe zadowolenie z życiowych dokonań, o tyle mieszkańcy środowisk wiejskich są częściej całkowicie zadowoleni z życiowych dokonań, a także częściej niezadowoleni z obecnego życia. Należy przy tym dodać, że ludzie starzy na wsi są także stosunkowo często niezadowoleni z życiowych dokonań. Komentarza wymaga również postawa życiowa ludzi starszych zamieszkujących w małych miastach. Z jednej strony starsi wiekiem mieszkańcy małych miast w najwyższym odsetku deklarują całkowite zadowolenie z obecnej sytuacji życiowej, z drugiej strony obserwuje się tu najwyższy odsetek osób niezadowolonych z życiowych dokonań, co można wiązać z brakiem możliwości samorealizacji, a przez to frustrację i zawiedzione nadzieje. Jak wynika z prezentowanych badań (rys. 6), jest to grupa szczególnego ryzyka.



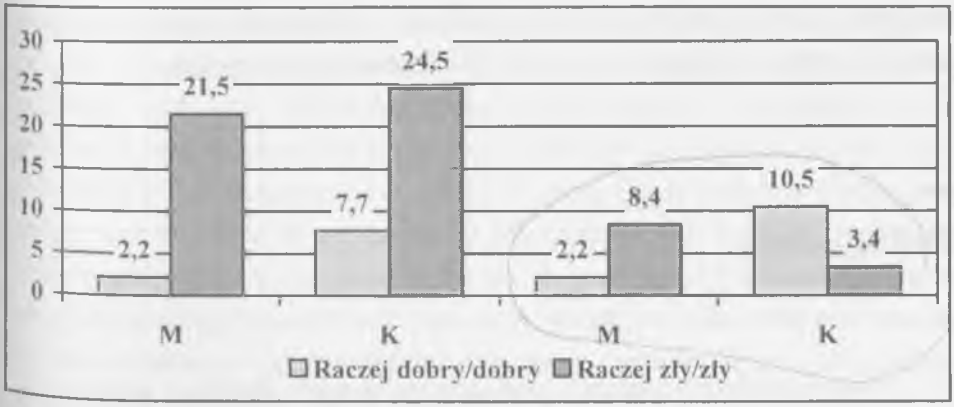
Rys. 6. Brak poczucia satysfakcji życiowej u osób starszych a miejsce zamieszkania

Najczęściej osoby te zamieszkują na wsi oraz w małym mieście. Zaskakuje nieco, że mniejsze środowiska pozwalają na całkowite spełnienie się, o czym świadczy wysoki odsetek osób deklarujących pełną satysfakcję życiową, ale w tych środowiskach znacznie trudniej realizować marzenia i plany życiowe, dlatego osoby nieusatysfakcjonowane z życia stanowią tu przewagę. Wyniki badań regionalnych jeszcze bardziej podkreślają zróżnicowanie środowiskowe w ocenie stopnia satysfakcji życiowej ludzi starszych. Porównując uśrednione wyniki mieszkańców polskiej wsi z wynikami badań regionalnych pochodzących z konkretnych środowisk wiejskich okazuje się, że rozbieżności ocen są bardzo duże. W badaniach regionalnych stopień zadowolenia z obecnego życia, jak również z życiowych dokonań starszych wiekiem mieszkańców wsi zależy m.in. od typu środowiska wiejskiego oraz jego regionalnego usytuowania. W gminach Narew i Puńsk należących administracyjnie do województwa podlaskiego osoby całkowicie zadowolone z obecnego życia i z życiowych dokonań stanowią około 17% badanych, natomiast odsetek osób niezadowolonych jest nie tylko najwyższy spośród wszystkich badanych gmin, (około 25%), ale także dużo wyższy od odsetka osób niezadowolonych z obecnego życia w środowiskach wiejskich w Polsce (17%) oraz wyższy od odsetka mieszkańców wsi niezadowolonych z życiowych dokonań (8,8%).

Szczególnie interesująca wydaje się ocena satysfakcji życiowej osób starszych uwzględniająca łącznie zmienne niezależne. Jak wynika z rys. 7 i 8, zadowolenie z obecnego życia oraz zadowolenie z życiowych dokonań oceniane w aspekcie stanu zdrowia różni się nie tylko w odniesieniu do środowiska zamieszkania, ale także w odniesieniu do płci. Odsetek mężczyzn i kobiet niezadowolonych z obecnego życia na skutek złego stanu zdrowia jest podobny w mieście i na wsi. Zwraca natomiast uwagę znacznie większy odsetek kobiet na wsi, które mimo dobrego stanu zdrowia są niezadowolone zarówno z obecnego życia, jak i z dokonań życiowych. W porównaniu z mężczyznami odsetek ten jest trzykrotnie wyższy na wsi.



Rys. 7. Brak poczucia satysfakcji życiowej u ludzi starych w mieście a płeć i samoocena stanu zdrowia



Rys. 8. Brak poczucia satysfakcji życiowej u ludzi starych na wsi a płeć i samoocena stanu zdrowia

Elementem niejako podsumowującym prowadzoną dotychczas analizę jest pokazanie związku między zadowoleniem z obecnego życia a zadowoleniem z życiowych dokonań. Wśród ogółu osób po 65. roku życia w Polsce odsetek osób całkowicie zadowolonych z obecnego życia i życiowych dokonań jest wysoki i niemal identyczny u kobiet i mężczyzn (około 60%). Wysoki stopień zależności środowiskowej może jednak świadczyć o szczególnej roli życiowych dokonań w ocenie zadowolenia z obecnego życia. Osoby całkowicie zadowolone z życiowych dokonań, niezależnie od płci i miejsca zamieszkania, są w większości także całkowicie zadowolone z obecnego życia[17]. Różnice środowiskowe uwidaczniają się najbardziej wśród osób niezadowolonych z życiowych dokonań. W grupie mężczyzn mieszkających na wsi odsetek niezadowolonych zarówno z życiowych dokonań, jak i z obecnego życia jest dwukrotnie wyższy niż w analogicznej grupie mężczyzn mieszkających w mieście: odpowiednio 68% i 29%. Jeszcze wyższe odsetki dotyczą kobiet, które znacznie częściej niż mężczyźni są niezadowolone zarówno z życiowych dokonań, jak i z obecnego życia, przy czym odsetek tych kobiet jest wyższy na wsi niż w mieście (70% na wsi i 59% w mieście). Z przeprowadzonych analiz wynika także, że brak satysfakcji życiowej występuje znacznie częściej wśród mieszkańców wsi, natomiast większe różnice zależne od płci obserwuje się częściej w środowisku miejskim.

Zakończenie

Przeprowadzone badania dowiodły, że stopień globalnej satysfakcji życiowej ludzi starszych w Polsce jest bardzo zróżnicowany, a miejsce zamieszkania i wpływy środowiskowe odgrywają istotną rolę. Także poziom wykształcenia zwiększa stopień zadowolenia z życia, szczególnie

[17] M. Halicka, W. Pędich: *Satysfakcja życiowa ludzi starych*. W: *Polska starość*. Op. cit.

u mężczyzn zamieszkałych w mieście. Dobry stan zdrowia, zadowalająca sytuacja materialna i warunki mieszkaniowe, a także dobre stosunki z dziećmi zwiększają poczucie satysfakcji życiowej. W opinii osób starszych dokonania życiowe w przeszłości i zadowolenie z nich są na ogół większe niż zadowolenie z obecnego życia.

Różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami w środowisku miejskim mogą wynikać z rozczarowań, jakie przeżywają kobiety w mieście w związku z większymi przeszkodami w samorealizacji, a szczególnie w osiągnięciu kariery zawodowej. Rozczarowania te – jak można przypuszczać – dotyczą głównie tych kobiet, które w różnych okresach życia emigrowały ze wsi do miasta. Zdaniem B. Synaka pobyt w mieście może być satysfakcją z konieczności, związaną ze świadomością braku innej możliwości rozwiązania swojej sytuacji życiowej[18].

Zwraca uwagę szczególnie niekorzystna sytuacja życiowa ludzi starych na wsi. Wśród mieszkańców wsi odsetek osób równocześnie niezadowolonych z obecnego życia i życiowych dokonań jest wyższy niż wśród mieszkańców miast. Różnice te należy tłumaczyć m.in. nierównościami cywilizacyjnymi, szeroko rozumianymi zaniedbaniami w małych środowiskach, a także brakiem możliwości realizowania własnych planów i marzeń. Jak wynika z badań regionalnych nad polską starością, rejony wiejskie wykazują znaczne różnice w zakresie standardu mieszkaniowego, ogólnych warunków życia, stanu zdrowia, co wpływa na stopień odczuwanej satysfakcji życiowej. Zdaniem W. Pędicha różnice środowiskowe *[...] związane są nie tylko ze specyfiką kulturowo-etniczną, ale także z zaszłościami historycznymi, z lokalnym zróżnicowaniem gospodarczym oraz innymi, nie zawsze możliwymi do ustalenia czynnikami*[19]. Gorsza na ogół sytuacja życiowa ludzi starszych w małych środowiskach – szczególnie wiejskich – ma bezpośrednio związek z jakością życia i odczuwaną satysfakcją życiową.

---

[18] B. Synak: *Migracje i adaptacja ludzi starszych do środowiska miejskiego.* Gdańsk 1982.
[19] W. Pędich: *Regionalne zróżnicowanie sytuacji ludzi starych na wsi.* W: *Polska starość.* Op. cit., s. 279.

W poszukiwaniu czynników różnicujących stopień odczuwanej satysfakcji życiowej należy także mieć na względzie, że zadowolenie człowieka nie zależy tylko – jak to określił W. Tatarkiewicz[20] – od zewnętrznych „źródeł", ale także od wewnętrznych „warunków", nie tylko od losów człowieka, ale i od jego osobowości. I jak wynika z literatury przedmiotu, związki te są bardziej złożone niż sugerowane proste zależności. Oznacza to, że problem satysfakcji życiowej ludzi starych jest problemem bardzo złożonym i w badaniach statystycznych jest trudny do jednoznacznego wyjaśnienia.

[20] W. Tatarkiewicz: *O szczęściu*. Warszawa 1990.

Brunon Synak

POLSKA STAROŚĆ - - TRZYDZIEŚCI LAT PÓŹNIEJ

Ponad trzydzieści lat temu (w latach 1966-1967) pod kierunkiem profesora Jerzego Piotrowskiego przeprowadzono pierwsze ogólnopolskie badania gerontologiczne nad różnymi elementami sytuacji życiowej ludzi starych[1]. Zaistniała zatem pilna potrzeba podjęcia podobnych, na szeroką skalę i porównywalnych metodologicznie badań, dzięki którym można by pokazać najważniejsze kierunki zmian tej sytuacji i jej wewnętrzne różnicowanie się, tym bardziej, że czas historyczny – mierzony nasyceniem i głębokością przeobrażeń społeczno-kulturowych, gospodarczych i politycznych – w ostatnich latach znacznie przyspieszył się. Powyższe przesłanki były podstawą przeprowadzenia w 2000 r. przez PTG badań nad ludźmi starymi w Polsce.

W latach dzielących wspomniane badania nie tylko zmieniły się ustrój i sfera obyczajowo-kulturowa, ale także znacznie zmniejszył się udział ludności utrzymującej się z rolnictwa, spadła liczba osób zatrudnionych w przemyśle ciężkim, wzrósł sektor usług i prywatnej przedsiębiorczości, niemal całkowicie znikły państwowe gospodarstwa rolne, po-

[1] J. Piotrowski: *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa 1973.

jawili się bezrobotni i bezdomni, wyraźnie wzrósł poziom wykształcenia ludności. Zasadniczo różna jest też struktura demograficzna naszego kraju w coraz większym stopniu przyjmująca cechy charakterystyczne dla społeczeństw krajów rozwiniętych. Przeciętne trwanie życia w Polsce – podobnie jak w krajach o wysokim poziomie gospodarczo-cywilizacyjnym – – wydłuża się. W drugiej połowie XX w. długość życia w naszym kraju wzrosła średnio o 14 lat u kobiet i o 11 u mężczyzn, a w ostatnim dziesięcioleciu przyrost ten wynosił 2,5 roku u kobiet oraz 3 lata i 2 miesiące u mężczyzn. Podczas ostatniego półwiecza dwukrotnie zwiększył się też procentowy udział osób w wieku 60 lat i starszym (sięgający obecnie niemal 17%), a w jeszcze szybszym tempie wzrastał udział osób powyżej 65 roku życia. Procesy te były nieco bardziej intensywne wśród kobiet w miastach niż wśród mieszkańców wsi. Według prognozy demograficznej sporządzonej w 1999 r. w 2010 r. będzie w Polsce około 5 mln osób starszych (65 lat), stanowiących niemal 13% całej populacji, a za następnych 10 lat odsetek ten wzroście aż do 17,4%. Wyraźnie zwiększy się przy tym liczebność roczników najstarszych – w 2010 r. co czwarta osoba starsza będzie miała co najmniej 80 lat, a wiec Polska pod tym względem zbliży się do krajów wysoko rozwiniętych.

Wydłużanie się życia przy jednoczesnym spadku stopy urodzeń oznacza nie tylko dalszy postęp starzenia się społeczeństwa i rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i socjalną, ale także nowe usytuowanie starszych osób w kontekście życia rodzinnego i w szerszej strukturze społecznej. Dokonujące się przeobrażenia stały się główną przesłanką podjęcia przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne badań realizowanych w latach 1999-2001[2]. Miały one umożliwić uzyskanie wszechstronnej wiedzy o warunkach życia i potrzebach ludzi starszych w Polsce. Przekrojowe badania diagnostyczne miały być podstawą zarysowania ogólnego obrazu sytuacji ludzi starych w Polsce na przełomie wieków, a także miały wskazać kierunki i dynamikę zmian różnych komponentów

[2] Projekt badawczy KBN nr 1H02F00716 pt. *Warunki życia i potrzeby ludzi starszych w Polsce – – stan aktualny, kierunki zmian oraz zadania polityki społecznej*. Badania realizował zespół w składzie: prof. dr hab. B. Synak (kierownik), prof. dr hab. W. Pędich, dr hab. B. Bień, dr P. Błędowski, dr P. Czekanowski, dr M. Halicka.

i wymiarów tej sytuacji (zdrowotno-opiekuńczego, materialnego, rodzinnego, zawodowego, społeczno-kulturowego) w ostatnich kilkudziesięciu latach poprzez zapewnienie – we wszystkich fazach procedury badawczej, zwłaszcza na etapie doboru próby i konstruowania kwestionariusza – – maksymalnej porównywalności ze wspomnianymi badaniami J. Piotrowskiego. Na program badawczy składały się badania ogólnopolskie przeprowadzone za pomocą obszernego kwestionariusza na reprezentatywnej próbie 1821 osób w wieku 65 lat i starszych oraz badania środowisk wiejskich zrealizowane w specyficznych pod względem kulturowo-etnicznym regionach Polski (m.in. na białostocczyźnie, opolszczyźnie i Kaszubach)[3].

Badania potwierdzają oczywistą prawdę, że zdrowotna, ekonomiczna i społeczna sytuacja ludzi starych jest niewiele mniej zróżnicowana niż 35 lat temu, a główna płaszczyzna tego zróżnicowania nadal przebiega wzdłuż tradycyjnego podziału miasto-wieś. Co więcej, w porównaniu z wynikami badań J. Piotrowskiego pod wieloma względami dysproporcje między tymi środowiskami uległy pogłębieniu. Dotyczy to przede wszystkim stanu zdrowia. O ile zauważa się ogólne pogorszenie zdrowia (mierzonego zwłaszcza jego samooceną), to w przeciwieństwie do lat 60. – – i mimo objęcia rolników powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym – starsi mieszkańcy wsi oceniają swoje zdrowie gorzej niż mieszkańcy miast, częściej narzekają na różnego rodzaju dolegliwości, pod wieloma względami są mniej sprawni (wszystkie te negatywne przejawy odnoszą się szczególnie do kobiet). Można powiedzieć, że ceną, jaką płaci się za dłuższe trwanie życia, jest gorsze zdrowie znacznej części starszego pokolenia i większe zapotrzebowanie na usługi medyczne i opiekuńcze. Dotyczy to zwłaszcza obszarów wiejskich.

Mimo że w opiece zdrowotnej nad ludźmi starymi zaszło wiele korzystnych zmian (zwłaszcza w domowej opiece pielęgniarskiej i hospitalizacji), to równocześnie wzrosły obciążenia rodziny (przy zmniejszaniu się jej możliwości i zasobów) nadal stanowiącej najważniejszą „instytucję" opiekuńczą dla starych i schorowanych jej członków. Oznacza to, że

[3] Szczegółowe omówienie wyników badań znajduje się w pracy zbiorowej *Polska starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2002, s. 347.

zmiany w systemie ochrony zdrowia nie nadążają za procesem demograficznego starzenia się społeczeństwa i konsekwencjami tego procesu. Zmiany te nie doprowadziły do stworzenia systemu opieki geriatrycznej dostosowanego do wzrastających potrzeb zdrowotnych starszego pokolenia, a w pewnym sensie od niego oddaliły, np. poprzez likwidację, w rezultacie reformy służby zdrowia, wielu przychodni geriatrycznych.

Trudno jednoznacznie ocenić materialne warunki życia ludzi starych i zmiany, jakie w tej sferze się dokonały. W obiektywnych bowiem kategoriach osoby starsze pod względem materialnym nie ucierpiały bardziej niż inne grupy zawodowe, a sytuację bytową gospodarstw domowych emerytów i rencistów można określić jako średnią i ogólnie lepszą niż np. niektórych rodzin robotniczych czy rolniczych, nie mówiąc już o rodzinach wielodzietnych i dotkniętych bezrobociem. Niemal wszyscy (w odróżnieniu od lat 60.) dysponują własnymi, stałymi pozazarobkowymi źródłami dochodu. Z drugiej strony emeryci i renciści (głównie ze względu na „płytkie" dochody) szczególnie silnie odczuwają wzrastające koszty życia. W związku z tym stosunkowo duża część badanych uważa swoją sytuację materialną za złą i bardzo złą, jednocześnie silnie dostrzegając niekorzystną zmianę warunków życia ludzi starych w naszym kraju w ostatniej dekadzie (przy czym, wbrew powszechnemu przekonaniu, bardziej łagodni w ocenie są mieszkańcy wsi i osoby związane z rolnictwem). Z tą oceną idzie w parze zasadnicza zmiana – w stosunku do drugiej połowy lat 60. – struktury wydatków. Reforma systemu zdrowia oraz nieustanny wzrost cen lekarstw i stopniowa likwidacja ulg spowodowały, że koszty te znalazły się na pierwszym miejscu wśród wydatków sprawiających największe trudności (w badaniach Piotrowskiego były to wydatki na odzież i obuwie). W największym stopniu negatywne skutki transformacji ustrojowej dotyczyły tych jednostek, w przypadku których zmiana systemu zbiegła się z ich przejściem na emeryturę[4].

Jeśliby poszukiwać pozytywnych zmian, jakie nastąpiły w warunkach życia ludzi starych w analizowanym okresie, to poza powszechnym

[4] Por. E. Trafiałek: *Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych*. Kielce 1998.

ubezpieczeniem zdrowotnym i społecznym należałoby wskazać głównie na sytuację mieszkaniową. Badania potwierdzają zdecydowaną poprawę warunków mieszkaniowych mierzonych wielkością zajmowanych lokali, stopniem zagęszczenia oraz standardem i wyposażeniem technicznym. Wprawdzie nadal mamy do czynienia ze znacznymi różnicami środowiskowymi – nie tylko między obszarami miejskimi i wiejskimi, ale również z ogromnymi dysproporcjami w ramach tych ostatnich – tym niemniej w porównaniu z badaniami J. Piotrowskiego dostrzega się wyraźne zmniejszenie tych różnic. Trzeba jednak pamiętać, że poprawa warunków mieszkaniowych ludzi starych i wyrównywanie różnic nie są wynikiem jakiejś szczególnej troski o potrzeby starszego pokolenia i przemyślanej polityki państwa w tym zakresie, lecz rezultatem ogólnych przeobrażeń cywilizacyjno-ekonomicznych, jakie dokonały się w naszym kraju w omawianym okresie – zwłaszcza w ostatnich kilkunastu latach. Ponadto poprawa sytuacji mieszkaniowej starszego pokolenia w znaczeniu wielkości powierzchni mieszkaniowej wynika też ze zmian, jakie nastąpiły w strukturze polskiej rodziny. Proces nuklearyzacji rodziny jest znacznie bardziej zaawansowany niż w czasie badań J. Piotrowskiego. Obecnie mniej niż połowa rodziców w podeszłym wieku mieszka razem ze swoimi dziećmi (przed 33 laty osoby takie stanowiły 67%), dlatego większa jest powierzchnia mieszkalna pozostająca do wyłącznej dyspozycji starszej osoby. Badania nie potwierdziły jednak negatywnych konsekwencji nuklearyzacji w kategoriach osłabienia więzów rodzinnych czy troski o starszych rodziców. Nadal mamy do czynienia z bliskimi kontaktami międzypokoleniowymi (coraz częściej jest to „intymność na dystans"), z szerokim zakresem wsparcia emocjonalnego i różnych form praktycznej pomocy ze strony młodszego pokolenia, jak również ze stosunkowo znacznym zasięgiem pomocy udzielanej dzieciom przez starszych rodziców, zwłaszcza w postaci opieki nad wnukami i wspierania finansowego. Ważność pomocy finansowej udzielanej przez starszych rodziców czy dziadków (występująca dwukrotnie częściej niż pomoc finansowa przez nich otrzymywana) jest w dużej mierze naturalną konsekwencją przemian systemowych i pogarszającej się sytuacji na rynku pracy. Emerytura czy

renta starszego pokolenia jest często bardzo istotnym (a nierzadko jedynym) źródłem wsparcia materialnego dla dzieci i ich rodzin dotkniętych bezrobociem. Starsze osoby mające nawet stosunkowo niewielki, ale stały dochód są w sytuacji – używając tu terminologii teorii wymiany społecznej – dysponentów ważnych dóbr, które mogą wzmocnić pozycje babci czy dziadka w rodzinie lub które można „wymienić" na inne dobra, np. świadczenie usług opiekuńczych.

Kontekst życia rodzinnego starszych osób w naszym kraju nie uległ więc zasadniczym zmianom, aczkolwiek mamy do czynienia z ciekawym różnicowaniem się niektórych elementów tego kontekstu. Bez wątpienia można powiedzieć, że w stosunkowo największym zakresie zmieniło się usytuowanie starszych osób w rodzinach wiejskich. O ile jeszcze do niedawna rodzina wiejska (zwłaszcza chłopska) była synonimem tzw. rodziny tradycyjnej, w której m.in. wysoka była pozycja społeczna starszych jej członków, to obecnie takie twierdzenie wydaje się zawodne. Jak wynika z badań, pod wieloma względami usytuowanie starszej osoby w rodzinie jest korzystniejsze w mieście niż na wsi. Dotyczy to takich elementów życia rodzinnego, jak udział starszych osób w podejmowaniu decyzji, częstotliwość kontaktów czy uczestniczenie w spotkaniach rodzinnych. Paradoksalnie w tym sensie rodzina miejska jest bardziej „tradycyjna" niż wiejska, tym niemniej we wszystkich rodzajach środowisk rodzina jest nadal najważniejszą grupą wsparcia dla starszej osoby i najważniejszym miejscem zaspokajania jej potrzeb emocjonalnych, społecznych i opiekuńczych.

W zasadniczej dysproporcji do zakresu i znaczenia kontekstu rodzinnego w życiu starszych osób pozostaje uczestnictwo i aktywność w szerszym środowisku. Tylko stosunkowo niewielka część osób w wieku emerytalnym kontynuuje pracę zawodową i nie ma z ich strony szerszego zainteresowania jej podjęciem (mimo niedostrzegania przejawów „ageizmu" w tej dziedzinie). Świadomość dużej konkurencji na rynku pracy i wysokiego poziomu bezrobocia wśród młodszych rodzi często poczucie moralnego obowiązku ustąpienia miejsca młodym i wycofania się ludzi w wieku emerytalnym z tej konkurencji. Brak możliwości kontynuowania

roli zawodowej zawęża sieć kontaktów i przestrzeń społeczną starszej osoby na ogół ograniczającą się do rodziny i kręgu najbliższych osób. Mamy tu więc do czynienia ze szczególną formą ekskluzji i deprywacji społecznej starszego pokolenia. W tym kontekście zgłoszone w marcu 2002 r. przez ministra pracy i polityki społecznej propozycje walki z bezrobociem polegające przede wszystkim na różnych formach ograniczenia możliwości zatrudnienia emerytów zasługują na najostrzejszą krytykę. Wysyłając szerokie rzesze ludzi w stosunkowo jeszcze młodym wieku na emerytury rozwiązano by być może problem bezrobocia i miejsc pracy dla młodzieży (choć i to jest bardzo wątpliwe), ale jednocześnie stracono by cenny kapitał, jakim są doświadczeni i coraz lepiej wykształceni starsi pracownicy, których starość psychospołeczna w rezultacie takiego rozwiązania zaczęłaby się o kilka lat wcześniej. Jest to tym ważniejsze, że z badań wynika powszechna niemal bierność ludzi starych we własnym środowisku lokalnym. Dla większości sprawy te są obojętne, niewielu widzi potrzebę i sens działania oraz możliwości wpływu na to, co dzieje się w najbliższym otoczeniu. Odnosi się to zwłaszcza do tzw. działalności społecznej i nie oznacza obojętności na sprawy sąsiadów czy innych osób znajdujących się w potrzebie. Można powiedzieć, że głównymi obszarami aktywności starych osób w Polsce są: rodzina, telewizja i kościół. To „domowo-rodzinne" zorientowanie życia starszego pokolenia jest odzwierciedleniem kulturowo zdefiniowanej roli społecznej starszej osoby, dostępnych wzorów życia na emeryturze, braku nawyków aktywnego uczestnictwa we wcześniejszych latach, jak również trudnych warunków życia i nie najlepszego – na ogół – zdrowia i sprawności fizycznej. Dodatkowym czynnikiem warunkującym społeczną integrację i postawy osób starszych jest transformacja ustrojowa, w wyniku której zdewaluowało się wiele wartości i form społecznego uczestnictwa z okresu aktywności zawodowej obecnego pokolenia emerytów. W wielu przypadkach można mówić o swoistej „próżni socjologicznej" pomiędzy silnym zakorzenieniem w środowisku rodzinnym, a luźnym kontaktem ze światem zewnętrznym, często obserwowanym jedynie na małym ekranie.

Trzeba też pamiętać, że przeobrażenia systemowe po 1989 r. oznaczały zmianę warunków adaptacyjnych starszego pokolenia, a szybko zmieniająca się rzeczywistość była przez nich dostrzegana głębiej i doświadczana dotkliwiej[5]. I to nie tylko dlatego, że wraz z wiekiem obniżają się zdolności przystosowawcze, a okres młodości w późnych fazach życia bywa na ogół idealizowany. Również dlatego, że ci ludzie najdłużej żyli w warunkach, które stały się przedmiotem totalnej krytyki (zwłaszcza w początkowej fazie politycznej rekonstrukcji), a w kategoriach kulturowych zmianę systemu można określić jako wymianę pokoleniową. Mieliśmy do czynienia z poważnym zachwianiem pamięci zbiorowej, wzmacniającym problemy tożsamościowe starszego pokolenia. Badania fenomenologiczne potwierdzają, że pamięć zbiorowa i wspomnienia z przeszłości stają się szczególnie ważne w starości, są bowiem w stanie przywracać znaczenie form życia, które opuszczają jednostkę fizycznie[6]. Zjawisko to w Polsce po 1989 r. wiązało się nie tylko z upadkiem kopalń, stoczni czy innych przedsiębiorstw, powodującym poważne „luki" w pamięci i świadomości zbiorowej dzisiejszych emerytów. Powstanie nowego systemu i totalna krytyka poprzedniego ustroju podważyły (niezależnie od oceny PRL) sens dokonań i podstawę tożsamości pokolenia, którego lata aktywności zawodowej przypadły na tamten okres i które ponosiło główny ciężar powojennej odbudowy kraju. W rezultacie starsze pokolenie zamiast być dumne jako weterani, mogło mieć poczucie swoistej odpowiedzialności za „nieudaną przeszłość"; odstępowało dumę młodym i wycofywało się z uczestnictwa w głównym nurcie przemian ustrojowych i aktywności społecznej, poddawało się procesowi społecznej marginalizacji. Tym niemniej – i jakby na przekór – mimo przedstawionego obrazu zdrowia i warunków życia ludzi starych subiektywna percepcja starości i bilans życia ludzi starych są dość optymistyczne. Badania wykazały, że tylko niewielka część starszego pokolenia negatywnie ocenia

[5] B. Synak: *Pozycja społeczna ludzi starych w warunkach zmian ustrojowych i cywilizacyjno-kulturowych*. W: *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*. Red. B. Synak. Gdańsk. s. 7-15.

[6] M. Kohli: *Ageing and society: the emergence of a new concept of inequality*. W: *Social Inequalities, Social Policy and Older People in the European Union*. Red. L.J.G. van der Maesen. Amsterdam.

swoje zadowolenie z obecnego życia (16%), a jeszcze mniej w ten sposób spostrzega własne dokonania życiowe (8%). Owa rozbieżność między warunkami obiektywnymi a życiową satysfakcją jest przede wszystkim wynikiem kulturowo uwarunkowanych, niskich oczekiwań starych ludzi. Równocześnie badania odmiennych środowisk wiejskich przeprowadzone w ramach omawianego projektu ukazują ogromne zróżnicowanie badanych zjawisk, a zwłaszcza warunków życia ludzi starych w różnych rejonach kraju oraz swoiste kumulowanie się negatywnych (lub pozytywnych – – w zależności od rodzaju środowiska) elementów sytuacji życiowej. Stosunkowo największą koncentrację niekorzystnych cech położenia ekonomiczno-socjalnego badanych osób i psychospołecznego wymiaru starości obserwuje się we wsiach o odmiennej strukturze etnicznej wschodniego pogranicza, natomiast w najlepszych warunkach żyją ludzie starsi w autochtonicznych społecznościach wiejskich Śląska Opolskiego i Kaszub. We wsiach białoruskich i litewskich Podlasia mamy do czynienia nie tylko z wysokim udziałem ludzi starych w strukturze demograficznej tych społeczności, ale również z gorszym stanem zdrowia i poziomem sprawności, trudniejszym dostępem do opieki medycznej i socjalnej (choć nie zawsze w ten sposób przez starsze osoby ocenianym), z niższymi dochodami, gorszym standardem mieszkaniowym, z większym stopniem samotności i osamotnienia, niższym poziomem wykształcenia, małą aktywnością pozarodzinną (za wyjątkiem aktywności religijnej), a nawet z mniejszym szacunkiem i znaczeniem osób starych w rodzinie. Te negatywne elementy są zwykle współzależne i wzajemnie się wzmacniają.

Można powiedzieć, że przedstawiona sytuacja jest w znacznej mierze skutkiem nieodpowiedniej polityki społecznej. Problem polega jednak na tym, że społeczności, w których warunki życia ludzi starych są najtrudniejsze i wymagają największego wsparcia socjalnego, należą jednocześnie do gmin najuboższych, dysponujących ograniczonymi możliwościami i środkami pomocy. W perspektywie może to oznaczać dalsze utrwalanie się negatywnych parametrów, pogłębianie różnic międzyśrodowiskowych i pogarszanie się sytuacji ludzi starych w tego typu społecznościach, dlatego niezwykle ważna jest regionalna (wojewódzka)

i krajowa polityka w zakresie spójności społecznej, wyrównująca szanse i warunki życia mieszkańców terenów najbardziej „upośledzonych". Należy mieć nadzieję, że fundusze Unii Europejskiej na rozwój regionalny (tzw. programy kohezyjne) będą miały również korzystny wpływ na polską starość na terenach najbardziej potrzebujących zewnętrznego wsparcia.

Na zakończenie należy wyraźnie podkreślić, że w Polsce w zasadzie nigdy nie było – niezależnie od sytuacji ustrojowej – przemyślanej i długofalowej polityki społecznej wobec starszego pokolenia. Pod tym względem od czasu badań J. Piotrowskiego mamy do czynienia z sytuacją „stabilną" – w negatywnym tego słowa znaczeniu. Problemy te bowiem albo znajdowały się w sferze propagandowych haseł realizowanych w formie medialnie nagłaśnianych podwyżek i rewaloryzacji rent i emerytur, albo były spychane na dalszy plan w związku z pojawieniem się „bardziej palących" problemów socjalnych (bezrobocia, bezdomności). Z reguły polityka w tym zakresie miała charakter zachowawczy i nie wychodziła poza kwestie potrzeb materialnych i zdrowotnych.

Jest oczywiste, że jeżeli w działaniach polityki społecznej wobec starszego pokolenia chcemy się kierować hasłem Międzynarodowego Roku Ludzi Starszych: „społeczeństwo dla wszystkich grup wieku" (*society for all ages*), to zasadę „dodawać lat do życia" należy zastąpić zasadą „dodawać zdrowia do życia i życia do lat". Jeśli pragniemy, aby starość była wypełniona życiem, starsza osoba musi mieć poczucie użyteczności i przynależności, musi tkwić w nurcie życia rodzinnego i społecznego, a nie znajdować się na jego marginesie czy w społecznej niszy. Ludziom starym trzeba zatem dać – jak to sformułował znany myśliciel i działacz japoński Daisaku Ikeda – „powód do dalszego życia"[7], a to oznacza nie tylko (choć ma to podstawowe znaczenie) zapewnienie seniorom godziwych warunków materialnych, dobrej opieki zdrowotnej i socjalnej – słowem poczucia bezpieczeństwa. „Powód do dalszego życia" to także międzypokoleniowa solidarność i sieć kontaktów rodzinnych, to zachowanie samodzielności gospodarczej w domu, posiadanie oparcia w społeczności sąsiedzkiej i lokalnej, możliwość i chęć aktywnego życia,

[7] A. Toynbee, D. Ikeda: *Wybierz życie. Dialog o ludzkiej przyszłości*. Warszawa 1999.

możliwość wykorzystania wzrastającego potencjału starszego pokolenia dla społeczno-ekonomicznego i kulturowego rozwoju naszego kraju. Tylko wówczas można w pełni zapobiec „społecznemu wykluczaniu" starszych osób, ich marginalizacji, dalszej deprecjacji starości, przejawom „ageizmu" i stereotypizacji. Sprawy te są szczególnie ważne w perspektywie dalszego pogłębiania się procesu starzenia się społeczeństwa naszego kraju oraz wzrastającego braku równowagi demograficznej i zastępowalności pokoleń. Będzie to wymagało rozbudowania usług medycznych i socjalnych, zwiększonej solidarności międzypokoleniowej, a zwłaszcza mądrej polityki wobec rodziny, czyli stworzenia takiego systemu wzmocnienia potencjału opiekuńczego rodziny, który zrekompensuje nie tylko jej kurczące się zasoby opiekuńcze, ale również zabezpieczy zwiększone zapotrzebowanie na pomoc starszemu pokoleniu w nadchodzących latach. Należy mieć nadzieję, że zmianom w tym kierunku będzie też sprzyjało przyszłe członkostwo unijne, a Europejska Karta Socjalna stanie się także wobec starszego pokolenia powszechnie obowiązującym standardem. Podstawowym warunkiem powodzenia tych działań jest jednak sformułowanie całościowej, klarownej i stabilnej polityki społecznej, wychodzącej naprzeciw obecnej sytuacji oraz przyszłym wyzwaniom demograficznym i społeczno-kulturowym.

Robert Rauziński

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I SPOŁECZNA LUDZI STARYCH NA WSI ŚLĄSKA OPOLSKIEGO

Sytuacja demograficzna

Z badań demograficznych i prognozy demograficznej GUS z 2000 r. wynika, że do 2020 r. na wsi opolskiej będą zachodziły bardzo niekorzystne procesy ludnościowe, a związek demografii z polityką społeczną będzie coraz mocniejszy. Sytuacja społeczna ludzi starych na wsi opolskiej jest bowiem istotnie zróżnicowana w zależności od pochodzenia regionalnego i etnicznego, podobnie jak sytuacja demograficzna[1]. Aktualnie węzłową kwestią wsi opolskiej jest proces starzenia się ludności i zasobów pracy. Do niekorzystnych procesów należy również zaliczyć: spadek liczby urodzeń, dzietności kobiet, liczby zawieranych małżeństw,

[1] S. Golachowski: *Różnice w strukturze demograficznej między ludnością miejscową a napływową w województwie opolskim*. Opole 1958.

liczby osób w rodzinie, wzrost liczby rodzin niepełnych, spadek potencjału demograficznego wsi, brak zastępowalności pokoleń, wzrost obciążeń ludności produkcyjnej ludnością w wieku poprodukcyjnym. Proces starzenia się ludności Śląska Opolskiego na tle województw śląskich przedstawia tab. 1.

Tabela 1

Ludność w wieku poprodukcyjnym w województwach śląskich w latach 2000-2030 (tys. osób)

Wyszczególnienie	Lata				Wzrost w latach 2000-2030 2000 = 100%
	2000	2010	2020	2030	
Polska	5680	6271	8215	9112	60,4
Województwa śląskie ogółem	1284	1470	1941	2128	65,7
Dolnośląskie	442	480	654	706	59,7
Opolskie	157	178	226	261	66,2
Śląskie	685	812	1061	1161	69,5

Źródło: Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 1999-2000. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2000, s. 174.

Rozwój demograficzny ludności Śląska Opolskiego, podobnie jak ludności kraju i całego Śląska podlega ogólnym prawom sformułowanym przez teorię przejścia demograficznego. Proces starzenia się społeczeństwa Śląska Opolskiego jest coraz intensywniejszy. W 2000 r. liczba seniorów w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej) wynosiła w województwie opolskim 157 tys., a prognoza na 2030 r. wskazuje, że seniorzy przekroczą 261 tys., co stanowi wzrost o 66,2%. W latach 2000-2030 nastąpi spadek liczby ludności ogółem o 0,54% i spadek liczby młodzieży w wieku 0-17 lat o 27,5%. Miernikiem intensywności procesu starzenia się ludności jest wskaźnik starości demograficznej oraz wskaźnik obciążenia ludności młodej (0-17 lat) ludnością starszą (60 lat i więcej). Ten pierwszy wskaźnik w 2000 r. wynosił w województwie opolskim 14,5%, w 2010 r. wyniesie 16,5%, w 2020 r. 21,1%, a w 2030 r. 25,4%. Do 2030 r. intensywny proces starzenia się ludności obejmie wszystkie powiaty i gminy województwa opolskiego.

Zakres wzajemnych powiązań pomiędzy starzeniem się ludności a polityką społeczną jest wielostronny i wymaga zawsze wszechstronnej analizy w czasie i przestrzeni. Na podstawie badań przeprowadzonych na Śląsku Opolskim nad sytuacją społeczną seniorów na wsi opolskiej można stwierdzić, że silnie wzrastają potrzeby społeczne tej grupy ludności. Do zaspokojenia tych potrzeb niezbędne są nie tylko środki ekonomiczne, ale także pomoc rodzin i sąsiadów oraz wzajemna solidarność. Proces starzenia się ludności wiejskiej na Opolszczyźnie jest uzależniony od pochodzenia etnicznego ludności. Do śląskich gmin o zaawansowanym procesie starzenia się ludności należą gminy o wysokim odsetku ludzi w wieku poprodukcyjnym: Rudniki (19,8%), Głogówek, Praszka (18,6%), Baborów (18,3%), Cisek (17,8%), Polska Cerekiew (17,6%), Olesno (17,1%), Strzeleczki (17,0%), Walce (16,9%), Reńska Wieś, Kolonowskie, Zawadzkie (16,8%), Krapkowice (16,5%), Bierawa (16,4%), Gogolin (16,3%), Dobordzień (16,0%).

Proces starzenia się ludności wiejskiej w gminach zamieszkałych przez ludność napływową (repatrianci) jest mniej zaawansowany. Są to gminy: Wołczyn (14,6%), Nysa (14,3%), Wilków (14,1%), Paczków (13,9%), Tułowice (13,6%), Niemodlin (11,6%).

Sytuacja społeczna

Podstawą analizy sytuacji społecznej seniorów wsi opolskiej były badania przeprowadzone w Instytucie Śląskim w Opolu pod kierunkiem prof. W. Pędicha w 2001 r.[2]. Badania te były poświęcone regionalnym

[2] Badania ankietowe przeprowadziły mgr M. Brzozowska, dr I. Mulicka, dr M. Wróblewska w ramach projektu badawczego KBN (1 H02 F00716).

różnicom w sytuacji społecznej ludzi starych na wsi. Badania opolskie objęły dwie gminy: Krapkowice (gmina śląska) i Lewin Brzeski (gmina napływowa). Przeprowadzone badania ankietowe (200 ankiet) objęły następujące zagadnienia: Zdrowie i sprawność. Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. Sytuacja materialna i pomoc społeczna. Gospodarstwa domowe i warunki mieszkaniowe. Rodzina. Praca zawodowa. Aktywność społeczna. Satysfakcja życiowa. Celem przeprowadzonych badań była ocena miejsca ludzi starych w systemie polityki społecznej[5]. Bogactwo zebranego materiału statystycznego pozwala nie tylko na ocenę wybranych problemów warunków życia i pracy seniorów, ale również na ukazanie zróżnicowań sytuacji ludzi starych na wsi opolskiej w powiązaniu z ich etnicznym i regionalnym pochodzeniem.

Aktualnie z ogólnej liczby 310 tys. śląskiej ludności rodzimej około 60% mieszka w 34 gminach, a więc w zwartych obszarach przestrzennych.

Niezwykle interesujące były badania dotyczące istniejących zróżnicowań pomiędzy ludnością śląską a napływową. Odpowiednie dane przedstawiają tab. 2-12.

Tabela 2

Jakim językiem lub gwarą posługuje się Pan (i) najczęściej obecnie w domu (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Polskim	16,0	90,0
Niemieckim	11,0	–
Gwarą śląską	73,0	–
Miejscową gwarą zachodnią	–	9,0

[5] Zob. *Polska Starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2002. s. 24.

Tabela 3

Czy czuje się Pan (i) (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Polakiem	16,0	99,0
Niemcem	5,0	–
Ślązakiem	78,0	–

99 %

Struktura demograficzna i społeczna badanej populacji ludności śląskiej charakteryzuje się istotną odrębnością od pozostałych grup ludności o innym pochodzeniu regionalnym. Różnice te wyrażają się odmiennymi procesami demograficznymi i społecznymi. Głównymi wyróżnikami tej grupy są różnice w sytuacji:

- demograficznej,
- społecznej,
- ekonomicznej.

Do najważniejszych problemów badawczych różnicujących sytuację społeczno-ekonomiczną ludności badanych grup należą pomoc seniorom z zagranicy, różnice w stanie zdrowia i sytuacja mieszkaniowa oraz istniejące więzy rodzinne. Badania wskazują, że sytuacja ekonomiczna, zdrowotna oraz warunki mieszkaniowe ludności śląskiej są zdecydowanie lepsze od pozostałych grup ludności. Badania ankietowe (subiektywne) potwierdzają dane uzyskiwane z materiałów statystycznych.

Tabela 4

Czy otrzymuje Pan (i) pomoc z zagranicy (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Tak, od dzieci	40,0	4,0
Tak, od krewnych	12,0	2,0
Nie otrzymuje pomocy z zagranicy	42,0	94,0

Aż 52% badanych respondentów z gminy śląskiej Krapkowice otrzymuje stałą pomoc z zagranicy. Należy wskazać, że w badanych rodzinach seniorów istnieje powszechność pracy sezonowej w Niemczech przez młode pokolenie dzieci i wnuków. Te dochody są często inwestowane w mieszkania i masowe budownictwo mieszkaniowe, dlatego warunki mieszkaniowe seniorów wśród ludności śląskiej są dobre.

Subiektywne odczucia z obecnej sytuacji materialnej są nieco wyższe wśród seniorów pochodzących z rodzin śląskich (28% zadowolonych) niż wśród seniorów z rodzin napływowych (20%).

Tabela 5

Czy jest Pan (i) zadowolony ze swojej obecnej sytuacji materialnej (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Zadowolony	28,0	20,0
Umiarkowanie zadowolony	40,0	42,0
Niezadowolony	32,0	38,.0

Badania wskazują, że ludzie starsi z rodzin z kresów mają znacznie mniejsze aspiracje życiowe. Seniorzy z rodzin repatriantów wskazywali na wykształcenie dzieci jako ważny czynnik ich zadowolenia z życia. Podzielone rodziny śląskie (gmina Krapkowice) odczuwają niezadowolenie wynikające głównie z emigracji młodego pokolenia do Niemiec i zanikanie więzi rodzinnych. Głównym źródłem utrzymania seniorów (90,0%) jest renta i emerytura. Wśród ludności śląskiej, której głównym źródłem utrzymania była praca poza rolnictwem emerytura jest powszechnym (95%) źródłem utrzymania.

Interesujące wyniki uzyskano z badań nad wyposażeniem gospodarstw domowych w różnego rodzaju urządzenia.

Tabela 6

Które z wymienionych niżej wyposażeń ma Pan (i) w swoim gospodarstwie domowym (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Prąd i oświetlenie	100,0	100,0
Woda bieżąca zimna w mieszkaniu	97,0	99,0
Woda bieżąca ciepła w mieszkaniu	87,0	66,0
Studnia	50,0	–
WC	96,0	79,0
Ustęp tylko w podwórzu	6,0	17,0
Łazienka	95,0	69,0
Centralne ogrzewanie	87,0	67,0
Instalacja gazowa	19,0	43,0
Telefon	73,0	50,0
Lodówka	98,0	98,0
Zamrażarka	60,0	41,0
Pralka automatyczna	83,0	64,0
Zmywarka do naczyń	10,0	5,0
Telewizor kolorowy	93,0	79,0
Wideo	34,0	17,0

Badania te świadczą o stosunkowo dostatnim wyposażeniu gospodarstw seniorów w dobra trwałego użytku. Równocześnie w opinii seniorów aktualna sytuacja materialna uległa w okresie transformacji ustrojowej pogorszeniu. Taką opinię wyraziło 58% seniorów z rodzin śląskich i 50% z rodzin napływowych. Jako lepszą oceniło sytuację 31% seniorów z gminy napływowej i 16% z gminy śląskiej.

Tabela 7

Jakie wydatki są dla Pana (i) największym obciążeniem (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Leczenie, lekarstwa	35,0	28,0
Opał, gaz, elektryczność	33,0	14,0
Czynsz i inne opłaty mieszkaniowe	4,0	4,0
Żywność	4,0	4,0
Związane z prowadzeniem gospodarstwa rolnego	3,0	–
Odzież, obuwie	–	1,0
Artykuły gospodarstwa domowego	1,0	–

Przedstawiona w tab. 7 struktura wydatków związana z dużym obciążeniem seniorów wyraźnie wskazuje, że wydatki na leczenie i lekarstwa znajdują się na pierwszym miejscu – w gminie śląskiej dla 35% osób, w napływowej dla 28%. Wysoki standard mieszkań w gminach śląskich jest związany z wysokimi wydatkami na opał, gaz i elektryczność, natomiast dodatkowe dochody mieszkańcy gminy śląskiej chcą przeznaczyć na opał, a w gminie napływowej dla dzieci i na bieżące potrzeby.

W subiektywnej ocenie 19% respondentów gminy śląskiej oceniło swój stan zdrowia jako dobry, a w gminie napływowej 10%. Jako zły stan zdrowia w gminie śląskiej oceniło 36% respondentów, a w napływowej aż 58% (tab. 8).

Tabela 8

Jak Pan (i) ocenia swój stan zdrowia (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Dobry	19,0	10,0
Przeciętny	45,0	32,0
Zły	36,0	58,0

Tabela 9

Czy jest Pan (i) zadowolony ze stosunków rodzinnych (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Zadowolony	59,0	68,0
Raczej niezadowolony	34,0	29,9
Niezadowolony	7,0	2,1

Ocena stosunków rodzinnych przez seniorów wskazuje na ich stopień zadowolenia. Jest on wyższy w gminie o ludności napływowej (68%), niższy w śląskiej (59%). Przeprowadzone rozmowy i wywiady świadczą o tym, że problemem śląskich rodzin jest stała emigracja dzieci do Niemiec i związana z tym rozłąka.

Liczba i odsetek osób niezadowolonych ze stosunków rodzinnych jest w obu środowiskach bardzo mały. Bliższe badania wskazują jednak,

że poczucie osamotnienia w życiu jest stosunkowo wysokie. Seniorzy tak w gminie śląskiej (43%), jak i w gminie napływowej (30%) czują się niekiedy osamotnieni, a zawsze 15% i 16%.

Tabela 10

Jak ocenia Pan (i) swoje warunki mieszkaniowe (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Dobre	80,0	55,0
Przeciętne	17,0	29,0
Złe	3,0	16,0

Warunki mieszkaniowe i ich wyposażenie są zróżnicowane, bardzo dobre w środowisku śląskim, gorsze w środowisku ludności napływowej. Jako dobre oceniło je 80% seniorów gminy śląskiej, a jedynie 55% seniorów gminy napływowej. W sumie warunki mieszkaniowe i standard wyposażenia mieszkań seniorów na Śląsku Opolskim można ocenić jako wysoki, zapewniający godziwe warunki życia.

Istniejące dane potwierdzają dodatkowe dane, z których wynika, że 80% seniorów w gminie śląskiej ma samodzielne mieszkanie, a w gminie o ludności napływowej 62%. Pozostała grupa seniorów ma własny pokój przy rodzinie. Większość seniorów może też liczyć na pomoc sąsiadów – – w gminie śląskiej 92%, napływowej 77%.

Syntetycznym obrazem istniejących więzi rodzinnych jest udział rodziny seniora we wspólnej Wigilii Bożego Narodzenia. Zarówno w gminie śląskiej, jak i napływowej samotnie spędziło ją jedynie 2% seniorów. Można więc stwierdzić, że więzi rodzinne są trwałym elementem życia seniorów (tab. 11).

Tabela 11

Z kim spędził Pan (i) ostatnią Wigilię Bożego Narodzenia (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Samotnie	2,0	2,0
Ze współmałżonkiem	32,0	8,0
Z dziećmi, wnukami u siebie	43,0	55,0
Z dziećmi, wnukami u nich	19,0	32,0
Z innymi krewnymi, przyjaciółmi	3,0	2,0
Inaczej	1,0	1,0

Bardzo ważnym elementem w życiu starego człowieka jest religia. Wysoki jest bowiem stopień różnych form życia religijnego wśród seniorów w obu środowiskach. Seniorzy na wsi opolskiej są głęboko religijni.

Tabela 12

Czy jest Pan (i) zadowolony z obecnego swojego życia (w %)

Treść	Gmina	
	śląska	napływowa
Całkiem zadowolony	20,0	25,0
Częściowo zadowolony	57,0	48,0
Niezadowolony	18,0	20,0
Nie umie ocenić	5,0	7,0

Podsumowaniem badań jest subiektywna ocena stopnia zadowolenia z obecnego życia. Jest to obraz optymistyczny. Seniorzy całkowicie zadowoleni z życia stanowią 20% w gminie śląskiej i 25% w gminie napływowej. Niezadowolonych jest w gminie śląskiej 18%, a w napływowej 20%. Uwzględniając różny standard życia seniorów w obu środowiskach można wnioskować, że kwestie ekonomiczne nie decydują o stopniu zadowolenia z życia.

Wnioski

1. Badane gminy charakteryzują się istotnymi różnicami w sytuacji demograficznej i szeroko pojętych warunkach ekonomicznych, zdrowotnych i mieszkaniowych. Istniejącą sytuację ukształtowały czynniki historyczne, etniczne i kulturowe.
2. Podstawowym źródłem utrzymania seniorów jest emerytura i renta, a w gminie śląskiej dodatkowo pomoc z Niemiec.
3. Sytuacja mieszkaniowa w badanych gminach jest bardzo zróżnicowana z punktu widzenia licznych wskaźników związanych z wyposażeniem, wiekiem i powierzchnią mieszkań.
4. Sytuacja zdrowotna respondentów w ich subiektywnej ocenie jest dostateczna lub negatywna.
5. Stopień zadowolenia z obecnego życia wśród seniorów jest stosunkowo wysoki pomimo negatywnej oceny okresu transformacji ustrojowej.

Alina Potrykowska

PROCES STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI A MIGRACJE OSÓB W STARSZYM WIEKU W POLSCE

Wstęp

Zmiany w ogólnej liczbie ludności są wynikiem kształtowania się takich procesów demograficznych, jak: płodność, umieralność, migracje. Z kolei zmiany w strukturze wieku ludności pozostają pod wpływem zarówno procesów demograficznych, jak i przesuwania się wyżów i niżów demograficznych, tzw. falowania demograficznego. Zmianom tym towarzyszy proces starzenia się ludności. Polega on na wzroście liczby i odsetka ludności starszej (tj. w wieku 60 lat i więcej) w ogólnej liczbie ludności oraz wzroście wśród nich odsetka osób „sędziwych", to znaczy osób w wieku 75 lat i więcej. Starość demograficzna jest wspólną cechą wszystkich społeczeństw. Polska osiągnęła tzw. próg starości demograficznej (określany umownie przez wskaźniki 12% ludności w wieku 60 lat i więcej

lub 7% ludności w wieku 65 lat i więcej) w końcu lat 60.[1]. Proces starzenia się społeczeństw jest stały i nieodwracalny[2]. Polska, podobnie jak większość krajów na świecie należy do państw, w których wyraźnie zaznaczył się proces starzenia się ludności i którego intensywność będzie wzrastała.

Narastający w krajach rozwiniętych problem starzenia się jest przedmiotem zainteresowania demografów, socjologów, ekonomistów oraz specjalistów innych dziedzin. Pozostaje otwarte pytanie, jakie są źródła tego zjawiska i jakie czynniki kształtują jego dynamikę. W literaturze dość powszechny jest pogląd, iż na rozwój procesu demograficznego starzenia się wpływają: spadek liczby urodzeń oraz wydłużenie się przeciętnej długości trwania życia na skutek spadku umieralności.

Proces starzenia się ludności w Polsce

Problematyka ludzi starszych zajmuje wiele miejsca w polskich badaniach naukowych[3]. Podstawą tych badań jest zainteresowanie problemami ludzi w starszym wieku, które wynikają z wielu zjawisk, przede wszystkim zmian demograficznych. W Polsce subpopulacja ludności starszej w wieku 60 lat i więcej stale wzrasta zarówno w liczbach absolutnych, jak i względnych – w 2000 r. przekroczyła 6450 tys. osób. Dynamikę wzrostu liczby ludności w starszym wieku w ostatnim pięćdziesięcioleciu na tle ewolucji liczby ludności ogółem przedstawiono na rys. 1.

W latach 1950-2000 liczba ludności w wieku 60 lat i więcej wzrosła ponad trzykrotnie z 2083 tys. osób do 6450 tys., a jej udział w zaludnieniu wzrósł dwukrotnie, to znaczy z 8,3% do 16,7% w 2000 r. Na wzrost udziału procentowego ludności starszej w populacji generalnej wpłynęły:

---

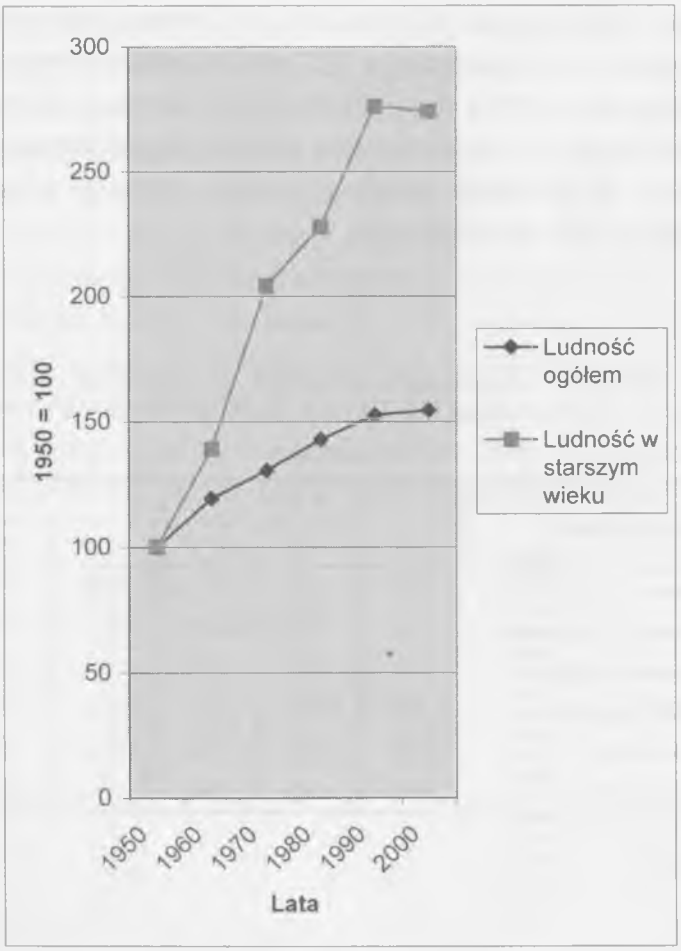
[1] J. Holzer: *Demografia*. Warszawa 2000.

[2] World Population Ageing 1950-2050, United Nations, Economic and Social Affairs 2002.

[3] *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*. W: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2002; W: Frątczak i in.: *Wybrane uwarunkowania i konsekwencje procesu starzenia się ludności Polski*. Monografie i Opracowania. ISiD SGPiS, nr 223. Warszawa 1987; *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*. Red. J.T. Kowaleski, P. Szukalski. Warszawa 2002.

spadek płodności i liczby urodzeń, ograniczenie umieralności wraz z poprawą warunków życia i zdobyczami medycyny oraz przedłużenie trwania życia.

Tempo wzrostu liczby osób w starszym wieku jest o wiele wyższe od tempa wzrostu ludności ogółem. W 1990 r. tempo wzrostu liczby ludzi starszych było najwyższe i wynosiło 276,2, potem nastąpiła pewna stabilizacja, a w 2000 r. zmniejszyło się do wartości 274,1 (rys. 1, tab. 1).



Rys. 1. Dynamika ludności ogółem i ludności w wieku 60 lat i więcej w latach 1950-2000
Źródło: Dane GUS, 2001 r.

Dynamika wzrostu liczby ludności w wieku 60 lat i więcej w miastach i na wsi w latach 1950-2000 była zróżnicowana. Większa liczebność osób starszych w wieku 60 lat i więcej występuje w miastach niż na wsi. Liczba osób starszych w miastach wzrosła prawie pięciokrotnie (w 2000 r. wskaźnik tempa wzrostu wyniósł 458,1, gdy 1950 = 100) z poziomu 739,5 tys. do 3830 tys. osób, a ich udział w ogólnej liczbie ludności zwiększył się o 7,9 punktu procentowego, tj. z 8% w 1950 r. do 15,9% w 2000 r. W latach 1950-2000 ludność starsza na wsi wzrosła dwukrotnie z poziomu 1334,6 tys., do 2620 tys. (tab. 1). Odsetek osób w wieku 60 lat i więcej na wsi zwiększył się o 9,3 punktu procentowego, to znaczy z poziomu 8,4% w 1950 r. do 17,7% w 2000 r. Oznacza to, że proces starzenia się ludności na wsi jest obecnie bardziej zaawansowany niż w miastach, mimo iż absolutny przyrost ludności starszej w miastach był o wiele większy niż na wsi (tab. 1).

Tabela 1

Dynamika ludności ogółem i ludności w wieku 60 lat i więcej w miastach i na wsi w latach 1950-2000

1950=100

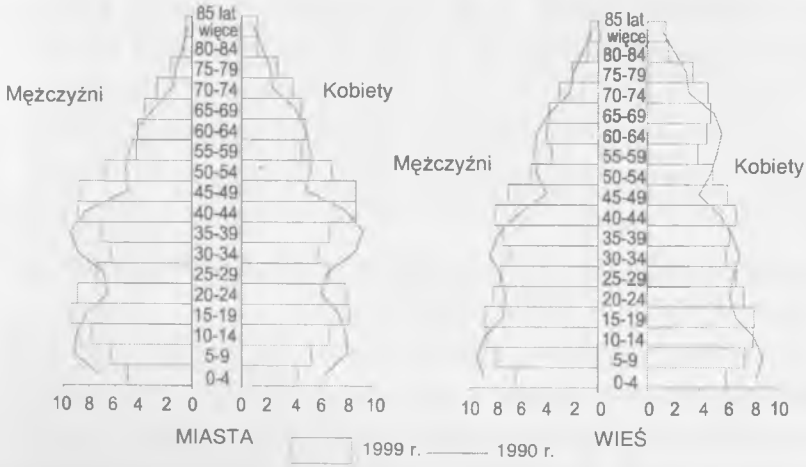
Wyszczególnienie	Lata					
	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Ludność ogółem	100	119,4	130,4	142,7	152,5	154,4
Ludność w starszym wieku ogółem	100	139,0	204,2	227,9	276,2	274,1
Ludność w miastach ogółem	100	154,1	184,9	227	255,5	258,3
Ludność starsza w miastach	100	176,1	275,3	333,3	432,4	458,1
Ludność na wsi ogółem	100	99,1	98,6	93,4	92,2	93,5
Ludność starsza na wsi	100	118,4	164,7	169,2	191,3	172,1

Źródło: Ibid.

Ewolucję i zmiany w strukturze ludności w starszym wieku należy rozpatrywać na tle struktury wiekowej całej ludności, to znaczy w relacji do pozostałych dwóch grup wiekowych: dzieci i dorosłych (rys. 2).

Zmiany w strukturze ludności według płci nie były tak głębokie jak zmiany w strukturze wieku. W latach 1990-2000 największe zmiany dotyczyły liczby ludności w wieku produkcyjnym (15-59/64 lata), która w 2000 r. wzrosła do 23 654,9 tys. osób (61,2%), w tym w miastach do 15 182,3 tys. osób (63,6%), zaś na wsi spadła do 8472,6 tys. osób, tj. 57,4% ludności wsi. Ogólnie wystąpił szybszy wzrost liczby ludności w miastach niż na wsi wskutek czego spadła przewaga wsi nad miastami w liczebności dzieci i młodzieży (0-14 lat).

Strukturę ludności miejskiej i wiejskiej według płci i wieku w latach 1990 i 1999 w miastach i na wsi przedstawia rys. 2. W strukturach ludności według płci i wieku prezentowanych w formie piramid dla obu okresów wyraźnie zaznaczają się roczniki wyżu demograficznego urodzone w latach 50. XX w. oraz echo tego wyżu w postaci liczniejszych roczników z lat 70. Ogólnie struktura ludności Polski według płci i wieku przechodzi od rozwoju typu progresywnego, z charakterystyczną piramidą wieku w kształcie trójkąta, do rozwoju typu zastojowego, który cechuje piramida wieku w postaci odwróconej litery U. Można również zaobserwować zarysowujące się cechy regresywnego typu rozwoju charakteryzującego się malejącą z roku na rok liczbą urodzeń. Jest to widoczne u podstawy piramid w dwóch pierwszych grupach wieku (0-4 i 5-9 lat).



Rys. 2. Ludność miejska i wiejska według płci i wieku w latach 1990 i 1999
Źródło: Dane GUS, 2000 r.

W ostatnich latach spada liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym, a wzrasta w pozostałych grupach wieku, zwłaszcza osób starszych. Zmniejszenie się liczby urodzeń oraz wchodzenie w wiek produkcyjny roczników wyżu urodzeń z lat 70. XX w. przyczyniło się do tego, że zwiększeniu się udziału ludności w wieku poprodukcyjnym towarzyszył spadek udziału ludności w wieku przedprodukcyjnym i jego wzrost w wieku produkcyjnym zarówno w miastach, jak i na wsi. W liczbach absolutnych w 1999 r. liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym była w skali kraju o 1463 tys. mniejsza, a w wieku produkcyjnym o 1404 tys. większa niż 10 lat wcześniej. Przyrost ludności w wieku produkcyjnym zwiększał się z roku na rok, zaś przyspieszenie tempa wzrostu ludności w tej grupie wieku było szczególnie wysokie na wsi, co w znacznej mierze odzwierciedla radykalne zmniejszenie się migracji do miast.

Zmniejszająca się liczba urodzeń, przesuwanie się wyżów i niżów demograficznych przez różne grupy wieku, a także zmiany w poziomie umieralności determinują szybki proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Lata 1990-1999 były okresem dalszego starzenia się ludności wiejskiej. Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (mężczyźni w wieku 65 lat i więcej, kobiety w wieku 60 lat i więcej) wzrósł z 14,5% w 1990 r. do 14,7 w 2000 r. Jest to kontynuacja dotychczasowych tendencji, jednak nowym zjawiskiem jest to, że po raz pierwszy w okresie powojennym odsetek ten wzrastał wolniej na wsi niż w mieście, gdzie zwiększył się w tym czasie z 11,1 do 13,4%. Wiąże się to głównie ze zmniejszeniem się odpływu ze wsi oraz wchodzeniem w wiek poprodukcyjny pokoleń, które w młodości masowo migrowały do miast. Zwiększa się odsetek osób w wieku 65 lat i więcej – często stosowany wskaźnik będący kryterium starości demograficznej, który w porównaniach zaawansowania procesu starzenia się ludności w 2000 r. wynosił 12,3%.

W ostatniej dekadzie wystąpił dalszy wzrost liczby osób w wieku nabywania praw emerytalnych i starszych (o 782 tys. osób), głównie za sprawą „falowania" struktury wieku ludności oraz wydłużania się trwania życia osób starszych. Na zmiany w strukturze wiekowej ludności miast i wsi wpłynęły:

- zmiany liczby urodzeń (powoduje to przesuwanie się w górę „piramidy wieku" kolejnych roczników wyżowych i niżowych),
- wydłużanie się przeciętnej długości trwania życia,
- migracje ludności (w wyniku tempa zmian proporcji wieś-miasto).

Charakterystyka demograficzna osób starszych

Populacja osób starszych jest zróżnicowana pod względem cech demograficznych (płci, wieku, stanu cywilnego), jak również społecznych i ekonomicznych. Zmiany zachodzące w strukturze ludności według płci i wieku w subpopulacji osób starszych znajdują odzwierciedlenie we wskaźnikach feminizacji. W 2000 r. współczynnik feminizacji (liczba kobiet na 100 mężczyzn) dla Polski wynosił 106, natomiast w subpopulacji osób starszych 150, przy czym w miastach osiągnął najwyższy poziom – – 160, a na wsi – 144. Starsze kobiety stanowią 18,9% ludności kraju, a mężczyźni 13,3%. W 1950 r. osoby w wieku 75 lat i więcej stanowiły 1,6% ogółu ludności oraz 19,8% subpopulacji starszej ludności (w tym w miastach udział ten wynosił odpowiednio: 1,5% i 18,4%, na wsi 1,7% i 20,6%). W 2000 r. osoby sędziwe stanowiły 4,0% ludności kraju oraz 19,8% starszej ludności w Polsce, w tym 3,5% ludności miejskiej i 26,1% ludności starszej w miastach oraz odpowiednio 4,7% i 28,4% ludności starszej na wsi. Fakt ten świadczy o zaawansowanym procesie starzenia się ludności wiejskiej.

W populacji starszych osób największą grupę stanowią żonaci mężczyźni – 80,9% oraz owdowiałe kobiety – 50,5%. Wiąże się to z przeciętnie dłuższym trwaniem życia kobiet. Nawet sędziwi mężczyźni najczęściej pozostają w związku małżeńskim – 65,8%, podczas gdy wśród kobiet wskaźnik wdów znacznie się w tym wieku zwiększa i wynosi 77,4%. Owdowiali mężczyźni stanowią 13,2% starszych osób i 30,4% sędzi-

wych. Osoby, które nigdy nie zawarły związku małżeńskiego i rozwiedzeni stanowią niewielki odsetek starszych osób (tab. 2).

Tabela 2

Ludność w wieku 60 lat i więcej według grup wieku, płci i stanu cywilnego (w %)

Wyszczególnienie	Lata							
	1970		1978		1988		1995	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
60 lat i więcej	100	100	100	100	100	100	100	100
Kawalerowie/panny	3,1	8,8	3,1	8,3	3,4	7,5	3,3	5,4
Żonaci/zamężne	83,9	39,8	82,2	38,1	80,7	40,2	80,9	41,2
Wdowcy/wdowy	11,7	49,8	13,3	52	13,8	50,1	13,2	50,5
Rozwiedzeni	1,3	1,6	1,4	1,6	2,1	2,2	2,6	2,9
60-74 lata	100	100	100	100	100	100	100	100
Kawalerowie/panny	3,1	8,9	3,2	8	3,4	6,9	3,5	5
Żonaci/zamężne	87,1	46,3	86,3	46,5	85,4	51,1	84,5	50,7
Wdowcy/wdowy	8,4	43	8,9	43,6	8,8	39,2	9,1	40,7
Rozwiedzeni	1,4	1,8	1,6	1,9	2,4	2,8	2,9	3,6
75 lat i więcej	100	100	100	100	100	100	100	100
Kawalerowie/panny	2,8	8,9	3	8,8	3,5	8,5	2,5	6,5
Żonaci/zamężne	65,2	14,8	66,6	16,1	66,1	16,4	65,8	14,9
Wdowcy/wdowy	31,1	75,7	29,5	74,4	29,3	74,2	30,4	77,4
Rozwiedzeni	0,9	0,6	0,9	0,7	1,1	0,9	1,3	1,2

Źródło: Dane GUS, 2000 r.

Przestrzenne rozmieszczenie ludności w starszym wieku w Polsce

Rysunek 3 przedstawia rozmieszczenie ludności w wieku poprodukcyjnym w Polsce w układzie województw w 2000 r., który przypada na okres ważnych zmian w podstawowych strukturach demograficznych w kraju (poprzedzony przez spadek od 1983 r. współczynników płodności oraz spadek o 50% współczynników migracji wewnętrznych). Jakkolwiek wpływ tych zmian wyraża się w mniejszym stopniu w przypadku ludności w starszym wieku niż innych kategorii wieku, to fakt ten nie może być przeoczony.

Rys. 3. Przestrzenne rozmieszczenie ludności w wieku poprodukcyjnym w 2000 r.

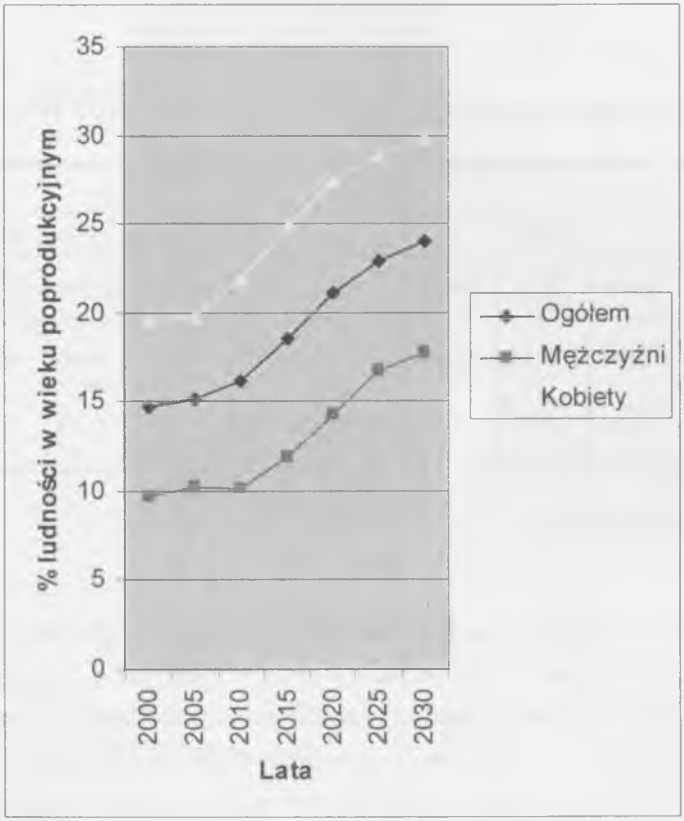
Najwyższe odsetki osób w wieku poprodukcyjnym (kobiet w wieku 60 lat i więcej oraz mężczyzn w wieku 65 lat i więcej) w 2000 r. zanotowano w województwach: łódzkim 16,6%, mazowieckim 16,1%, świętokrzyskim (16,4%) i podlaskim (15,9%). Są to głównie regiony wiejskie centralnej i wschodniej Polski, które są charakterystyczne jako obszary depopulacyjne, o strukturze ludności demograficznie starej. Regionami demograficznie młodymi są tereny północnej i zachodniej Polski, gdzie występują najniższe wartości odsetka ludności w starszym wieku (pomorskie 13%, zachodniopomorskie 13,1%).

Prognoza liczby ludności w wieku poprodukcyjnym

Według prognozy GUS do 2030 r. przewiduje się dalszy wzrost liczby osób starszych (por. rys. 3). W młodszych grupach wieku (60-64 lata i 65-69 lat) będą wyższe wskaźniki udziału mężczyzn, natomiast w pozostałych wyższe odsetki kobiet. Wpływa na to nadumieralność mężczyzn – – obecnie żyją oni o 8 lat krócej niż kobiety, a w 30-letniej perspektywie różnica ta ma się zmniejszyć do około 5-6 lat, dlatego w prognozie przewiduje się niewielki wzrost udziału mężczyzn kosztem odsetka kobiet (od 40% w bazowym 2000 r. do 42,6% w 2030 r.).

W prognozowanym okresie wystąpią istotne przesunięcia w liczbie ludności w starszym wieku w zależności od miejsca zamieszkania. W podstawowym dla prognozy 2000 r. ludność zamieszkała na wsi stanowiła 42,3% ogółu ludności w wieku 60 lat i więcej. W kolejnych latach będzie następowało zmniejszanie się tego wskaźnika, tak że w 2030 r. będzie on niższy o prawie 9 punktów procentowych (33,5%). Z powodu założonego w prognozie bardziej dynamicznego rozwoju ludności miejskiej udział starszej ludności w strukturze populacji miast będzie się

szybciej zwiększał (z 14,8% w 2000 r. do 23,4% w 2030 r.) niż w ogólnej liczbie ludności wsi (17,6% w 2000 r. i 20,7% w 2030 r.). A zatem proporcja udziałów ludności starszej w miastach i na wsi odwróci się – od 2010 r. w miastach będziemy obserwować wyższy odsetek osób w wieku 60 lat i więcej (obecnie populacja wsi charakteryzuje się wyższym udziałem ludzi starych).



Rys. 4. Prognoza ludności w wieku poprodukcyjnym na lata 2000-2030
Źródło: Dane GUS, 2000 r.

Migracje ludzi w starszym wieku w Polsce

Rozmiary i zasięg migracji osób starszych w latach 1990-2000 należy rozpatrywać na tle ewolucji migracji ludności ogółem. Tempo rozwoju migracji ludności starszej jest związane z tempem wzrostu liczby osób w starszym wieku w Polsce. W połowie lat 90. XX w. tempo wzrostu liczby starszych ludzi było wysokie (w 1995 r. wskaźnik tempa wzrostu wynosił 208, gdy 1950 = 100).

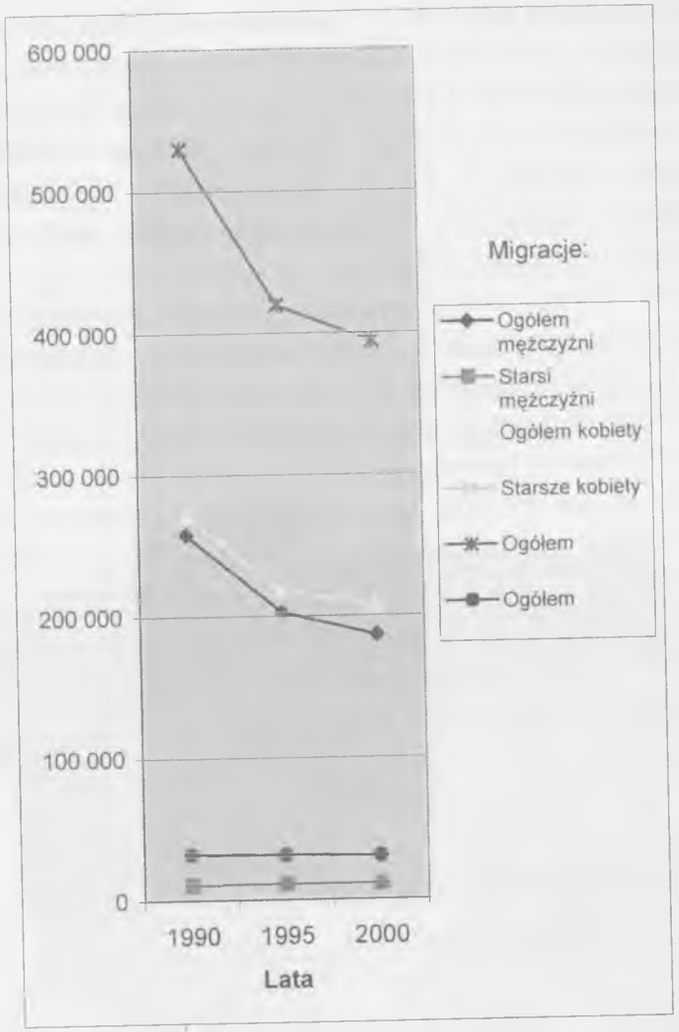
Tabela 3

Migracje ogółem i ludności w wieku 60 lat i więcej w latach 1990-2000

Migracje	Lata								
	1990			1995			2000		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
Ogółem	529 908	257 879	272 029	419 730	202 414	217 316	394 093	186 360	207 733
Osób starszych	32 217	10 733	21 484	31 825	11 227	20 598	30 735	11 485	19 250

Źródło: Dane GUS, 2001 r.

Spadek tempa migracji ludności starszej jest częściowo rezultatem spadku tempa migracji całej populacji oraz wypadkową zjawisk kryzysowych w Polsce, które zaznaczyły się w ostatnich latach. Tym niemniej należy podkreślić, że na rozwój zjawiska migracji ludności w starszym wieku w badanym okresie podstawowy wpływ miało tempo przyrostu liczby ludności w starszym wieku, natomiast w mniejszym stopniu migracje starszych ludzi zależały od rozwoju procesów migracyjnych ogółem. Wynika stąd pośrednio wniosek, że migracje starszych osób są zjawiskiem, którego przebieg w mniejszym stopniu powinien podlegać tym samym prawidłowościom, którym podlegają migracje innych grup ludności.



Rys. 5. Migracje ogółem ludności w wieku 60 lat i więcej w latach 1990-2000
Źródło: Dane GUS, 2001 r.

W latach 90. XX w. o połowę zmniejszyła się mobilność ogółu ludności w stosunku do lat 70. W 2000 r. utrzymała się tendencja spadkowa migracji wewnętrznych. Liczba osób zmieniających miejsce zamieszkania w 2000 r. wyniosła 394,1 tys. Od początku dekady nastąpiło radykalne zmniejszenie się ujemnego dla wsi salda migracji. W latach 1990-2000

zmniejszył się napływ ludności ze wsi do miast na korzyść przemieszczeń między miastami, które już w połowie minionej dekady stały się dominującym kierunkiem migracji wewnętrznych (31% ogółu migracji). Początkowo spadek ten był związany prawie wyłącznie ze zmniejszeniem się strumienia odpływu ze wsi do miast i dopiero w drugiej połowie ostatniej dekady istotną rolę odgrywał także wzrost napływu ludności z miast na wieś oraz między miastami.

Analiza migracji całej populacji ogółem oraz populacji migrantów w starszym wieku według podstawowych kierunków przemieszczeń wykazuje, że najwyższym udziałem w migracjach wewnętrznych wyróżniają się dwa kierunki: z miast do miast i ze wsi do miast. W 2000 r. w przemieszczeniach starszej ludności dominowały migracje do miast (34,2%), zaś migracje ze wsi do miast stanowiły 27,9% wszystkich ruchów. Na pozostałe kierunki: miasta-wieś (23,3%) oraz wieś-wieś (14,6%) przypada 37,9% ogółu przemieszczeń ludności starszej w Polsce w 2000 r. Na uwagę zasługuje fakt, że we wszystkich migracjach ludzi starszych przeważają kobiety, zaś w przemieszczeniach z miast na wieś oraz z miast do miast większa jest dominacja płci żeńskiej (69,1%).

Układ przestrzenny migracji ludności w starszym wieku

W 2000 r. rozkład przestrzenny współczynników migracji na 1000 ludności ogółem w województwach przedstawia rys. 6. Obszar zmienności współczynników napływu migracyjnego ludności ogółem wyznaczały województwa: łódzkie (4,3‰), mazowieckie (5,2‰), pomorskie (7‰), warmińsko-mazurskie (7,7‰). W miastach najniższe wartości współczynników natężenia migracji zanotowano w województwie śląskim (4,3‰).

Przestrzenne zróżnicowanie natężenia migracji ludności starszej w 2000 r. jest znamienne. Najwyższą mobilność odnotowano na obszarach

demograficznie młodych w północnej i zachodniej części Polski, podczas gdy województwa centralne i wschodnie charakteryzujące się wysokimi udziałami starszej ludności wykazywały niskie wartości natężenia migracji tej ludności. Najniższe wartości współczynnika mobilności ludności starszej wystąpiły w województwie śląskim, podobnie jak w populacji migracji ludności ogółem. Świadczy to o spadku atrakcyjności tego regionu dla migrantów, głównie ze względu na sytuację związaną z procesami restrukturyzacji regionu górnośląskiego.

Przestrzenne zróżnicowanie rozmieszczenia migracji starszej ludności, jakkolwiek znamienne, wymaga dalszej analizy, w szczególności badania struktury demograficznej migrantów w starszym wieku.

Rys. 6. Migracje ludności w wieku 60 lat i więcej na 1000 osób w 2000 r.
Źródło: Ibid.

Struktura demograficzna populacji migrantów w starszym wieku

Badanie struktury demograficznej migrantów dotyczy analizy tej populacji według płci, wieku, stanu cywilnego i stanu rodzinnego.

Struktura płci i wieku migrantów jest charakterystyczna dla populacji starszych demograficznie – im starsza grupa wieku, tym przewaga kobiet jest większa, co jest wynikiem tzw. nadumieralności mężczyzn przy przechodzeniu do starszych grup wieku. Udział kobiet w migracjach osób w starszym wieku jest wyższy niż ich udział w ogólnej strukturze ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce. Wśród migrantów w starszym wieku kobiety stanowią około 70%, natomiast udział kobiet w populacji osób starszych wynosi odpowiednio 60% i 60,6%. Współczynnik feminizacji migrantów (233 kobiety migrujące na 100 mężczyzn migrantów w starszym wieku) jest znacznie wyższy niż analogiczny współczynnik dla ogółu ludności starszej kraju (154 kobiety na 100 mężczyzn w wieku 60 lat i więcej).

Przewaga kobiet migrujących w starszym wieku wynika z faktu ich większej mobilności. Strukturę migrantów w starszym wieku według płci i wieku analizowano w pięcioletnich grupach wieku (tab. 4).

Tabela 4

Struktura migrantów w wieku 60 lat i więcej według płci i 5-letnich grup wieku w latach 1990-2000

Ogółem	Lata								
	1990			1995			2000		
	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
% migrantów w wieku 60 lat i więcej	6,1	4,2	7,9	7,6	5,5	9,5	7,8	6,2	9,3

cd. tabeli 4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
W tym:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
60-64 lata	23,0	29,5	19,7	22,8	30,0	18,9	23,6	30,6	19,4
65-69 lat	20,9	23,5	19,6	21,5	25,6	19,3	20,8	25,1	18,3
70-74 lata	14,0	13,8	14,1	18,8	17,9	19,3	18,7	18,7	18,7
75-79 lat	18,0	15,4	19,2	12,6	10,7	13,6	16,2	12,7	18,3
80-84 lata	14,1	11,6	15,4	13,6	9,5	15,9	9,6	6,2	11,6
85 lat i więcej	10,0	6,2	11,9	10,8	6,5	13,1	11,1	6,7	13,8

Źródło: Ibid.

W odróżnieniu od populacji ludności w starszym wieku, w strukturze starszych migrantów występuje wyższy odsetek osób należących do starszych grup wieku, a mniejszy jest udział osób z młodszych grup, to znaczy w migracjach w większym stopniu uczestniczą starsze osoby. Udział osób w wieku 60-64 lata w badanej strukturze migrantów, a więc najmłodszych, jest mniejszy niż w strukturze ogółu ludności starszej. Wyraźne różnice występują w najstarszej grupie, powyżej 80 lat, w której udział w populacji migrantów wynosił 15,2%, zaś udział procentowy w ogóle ludności starszej 10,3%. Wysoki udział najstarszych grup, zwłaszcza kobiet, przypada na migracje wieś-miasto i miasto-miasto. Cechą charakterystyczną populacji osób migrujących jest wyższy w niej odsetek osób z najstarszych grup wieku, zaś niższy udział młodszych grup wiekowych. Ponadto w migracjach uczestniczą osoby relatywnie starsze w stosunku do tej populacji w Polsce, zaś przeważają w nich kobiety. Migracje tej kategorii ludności są głównie migracjami starszych kobiet. Jest to związane głównie z sytuacją rodzinną, a szczególnie ze stanem cywilnym migrantów. Sytuacja rodzinna odgrywa bowiem w ży-

ciu starszych ludzi bardzo istotną rolę. Informacji o niej dostarczają dane o stanie cywilnym badanych osób[4].

Występują istotne różnice (podobnie, jak w strukturze według płci i wieku) między migrantami i populacją starszej ludności według stanu cywilnego. Polegają one przede wszystkim na tym, że w migracjach dominują osoby samotne: wdowcy, wdowy, rozwiedzeni i rozwiedzione, podczas gdy w ogóle migrującej starszej ludności najliczniejszą grupę stanowią żonaci i kobiety zamężne. W migracjach dominują kobiety (70%) – przeważnie wdowy, gdyż osoby samotne, które występują w mniejszości (kawalerowie, panny) nie mają bliskiej rodziny i nie podejmują migracji, ponieważ nie mają dokąd migrować.

Różnica między strukturą migrantów w starszym wieku według stanu cywilnego i strukturą ogółu starszej ludności polega przede wszystkim na tym, że w pierwszej grupie dominują osoby samotne (61,3%), zaś w populacji starszych ludzi żonaci i zamężne (55,7%). W strukturze migracji osób w starszym wieku mniejszy niż w strukturze populacji starszych osób jest odsetek osób pozostających w związku małżeńskim. Ich udział w migracjach wynosi 37,6%, podczas gdy w całej populacji osób w starszym wieku stanowią oni 55,7%. W obu populacjach wśród osób samotnych przeważają wdowy i wdowcy (36,5% ogółu ludności starszej i 47,7% migrantów w starszym wieku). Struktura ta różnicuje się w przedziale według płci – w populacji mężczyzn w starszym wieku żonaci stanowią 81,9%, w grupie migrantów męskiej płci poniżej 60 lat 62,8%. W populacji kobiet powyżej 60 lat wdowy stanowią 51,6%, w grupie migrantów żeńskiej płci 58,8%. W grupie migrantów w starszym wieku obserwuje się wyższy odsetek panien i kawalerów (10,9%) niż w populacji osób starszych, które nigdy nie zawarły związku małżeńskiego (6,2%), natomiast najniższy odsetek występuje wśród osób rozwiedzionych (1,6% populacji osób starszych oraz 2,7% migrantów w starszym wieku).

[4] K. Stolarczyk: *Migracje ludności w starszym wieku w Polsce*. Monografie i Opracowania. ISiD SGPiS, nr 223. Warszawa 1985.

Zasadniczą barierą w podejmowaniu migracji są bardzo ograniczone zasoby mieszkaniowe w Polsce. Ten czynnik ogranicza wszystkie kategorie migracji w Polsce, nie tylko migracje osób starszych.

Wnioski

Zmniejszająca się liczba urodzeń, przesuwanie się wyżów i niżów demograficznych przez różne grupy wieku, a także zmiany w poziomie umieralności determinują szybki proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Ostatnia dekada była okresem dalszego starzenia się ludności w Polsce. W 2000 r. odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrósł do 14,7%. Jest to kontynuacja dotychczasowych tendencji, jednak nowym zjawiskiem jest to, że po raz pierwszy w okresie powojennym odsetek ten wzrastał wolniej na wsi niż w mieście. Wiąże się to głównie ze zmniejszeniem się odpływu ze wsi oraz wchodzeniem w wiek produkcyjny pokoleń, które w młodości masowo migrowały do miast.

Analiza migracji całej populacji ogółem oraz populacji migrantów w starszym wieku według podstawowych kierunków przemieszczeń wykazuje, że najwyższym udziałem w migracjach wewnętrznych wyróżniają się dwa kierunki: z miast do miast i ze wsi do miast. Przestrzenne zróżnicowanie rozmieszczenia ludności w wieku poprodukcyjnym oraz migracji ludności w starszym wieku w 2000 r. potwierdza występowanie przestrzennej koncentracji starszej ludności w regionach centralnej i wschodniej Polski, które są charakterystyczne jako obszary depopulacyjne, o strukturze ludności demograficznie starej oraz najniższym natężeniu migracji starszych osób. Regionami demograficznie młodymi są tereny północnej i zachodniej Polski, gdzie występują najniższe wartości odsetka ludności w starszym wieku (pomorskie 13%, zachodniopomorskie 13,1%). Te regiony charakteryzują się najwyższą mobilnością ludności ogółem oraz osób w starszym wieku. Najniższe wartości współczynnika

mobilności starszej ludności wystąpiły w województwie śląskim, podobnie jak w populacji migracji ludności ogółem, co świadczy o spadku atrakcyjności konurbacji górnośląskiej dla migrantów za względu na trudną sytuację regionu.

Według prognozy GUS do 2030 r. przewiduje się dalszy wzrost liczby starszych osób w Polsce. Duże zróżnicowanie tej ludności ze względu na cechy demograficzne i społeczno-ekonomiczne przy wysokiej dynamice tej grupy ludności stanowi wielkie wyzwanie dla państwa w zakresie polityki społecznej[5].

[5] *Sytuacja demograficzna Polski*. Raport 1999-2000. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2000.

Ludmiła Dziewięcka-Bokun

RODZINA „MAŁĄ OJCZYZNĄ" STAROŚCI

Podstawowym miejscem bytowania człowieka starego powinno być niewątpliwie środowisko rodzinne, a w wyjątkowych tylko przypadkach daleko idącej niesprawności – opieka zinstytucjonalizowana[1].

Jeśli przyjąć, że starzenie jako właściwe ontogenezie człowieka *jest procesem zmian zachodzących w ustroju w ciągu całego jego życia*[2] to znaczy, że jesteśmy skazani na starość. I rzeczywiście, starzenie się ludności jest uniwersalnym zjawiskiem światowym – ludzie starzeją się od zawsze i wszędzie, jednak w ostatnim półwieczu tempo starzenia się świata znacząco przyspieszyło się, a starzy ludzie stają się populacją coraz liczniejszą[3]. Proces ten jest szczególnie widoczny w krajach o wysoko

---

1 *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności.* W: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku.* Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2002, s. 151.

2 Zob.: J. Piotrowski: *Gerontologia i geriatria.* W: *Encyklopedia seniora.* Warszawa 1986, s. 15.

3 W 1950 r. osoby powyżej 60 roku życia stanowiły 8% ludności świata. Według ekspertów WHO do 2025 r. ich liczba ma ulec prawie podwojeniu osiągając wskaźnik 14% udziału w ogólnej strukturze społecznej. *Warunki życia emerytów i rencistów w Polsce i w krajach zachodnich. Uwarunkowania. Problemy. Tendencje.* Red. D. Graniewska. Warszawa 1999, s. 18.

rozwiniętych gospodarkach, w których wydłużaniu się średniej trwania życia od lat 80. towarzyszy spadek przyrostu naturalnego. W wyniku zbiegu obu tendencji wzrasta bezwzględna liczba starych ludzi oraz ich udział w strukturze społecznej. Równocześnie są obserwowane zmiany cech społecznych ludzi starych wynikające z wewnętrznego zróżnicowania ich sytuacji i potrzeb, wśród których najczęściej wskazuje się wzrost poziomu aktywności życiowej w początkowym okresie starości, stopniowe ograniczanie możliwości samodzielnej organizacji własnego życia, pauperyzację i feminizację zaawansowanej starości. Coraz częściej wiek biologiczny jest przeciwstawiany wiekowi społecznemu wyznaczanemu przez pełnione role społeczne i formy aktywności, przez kształtujące się nowe relacje między pokoleniami. *Społeczeństwo, definiując role społeczne, jakie mogą odgrywać ludzie starzy uznaje, że możliwości dostosowania się starszej osoby do dalszego pełnienia przez nią ról lub do objęcia nowych stają się z wiekiem coraz mniejsze*[4]. Te problemy przyciągają uwagę coraz liczniejszego grona zarówno polityków społecznych, jak i krajowych i międzynarodowych elit politycznych. *Starość współczesnego świata zaczęto postrzegać nie tylko w kategorii „przejściowego" zjawiska społecznego, ale postępującego i narastającego procesu niosącego szereg kulturowych, ekonomicznych i społecznych skutków, grożącego wzrostem lub nawet zapaścią wydatków budżetowych*[5]. Starość stała się nową kwestią społeczną przełomu XX i XXI w. i dlatego Organizacja Narodów Zjednoczonych ustanowiła 1999 r. Międzynarodowym Rokiem Seniora. Wszystko to znaczy, że zarówno starość, jak i starzenie stanowią procesy społeczne, których rozpoznanie jest konieczne dla sformułowania i prowadzenia prawidłowej z punktu widzenia funkcjonowania systemu społecznego polityki społecznej.

Potrzeba rozumienia fenomenu starości wymaga znajomości licznych i złożonych jej przyczyn i uwarunkowań. Niniejsze opracowanie jest jedynie przyczynkiem do trwającej od kilku lat międzynarodowej debaty m.in. na temat miejsca starego człowieka w społecznych strukturach.

---

[4] P. Błędowski: *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa 2002, s. 63.
[5] E. Trafiałek: *Polska starość w dobie przemian* (w druku).

Swoistej modzie na instytucje towarzyszy wiara, że domy dla starych ludzi, domy rencisty, domy dziennego pobytu najpełniej zaspokajają potrzeby starszych osób[6], tymczasem faktem jest, że instytucje te zaspokajając podstawowe potrzeby bytowe nie są w stanie zaspokoić takich psychologicznych i emocjonalnych potrzeb swoich klientów, jak potrzeba obcowania z bliskimi, doświadczania czułości, uczestnictwa na miarę możliwości w życiu wspólnot rodzinnych, sąsiedzkich, wyznaniowych, lokalnych, bycia użytecznym, zwłaszcza dla najbliższych. Właśnie malejąca sprawność organiczna, fizyczna i psychologiczna ludzi starszych, jak wynika z najnowszych badań gerontologicznych[7], najczęściej zwiększa ich zapotrzebowanie na kontakty z najbliższymi, na obecność i życzliwość osób, którym ufają. Uprawnia to hipotezę zawartą w twierdzeniu L. Frąckiewicz stanowiącym motto niniejszych rozważań: *Podstawowym miejscem bytowania człowieka starego powinno być niewątpliwie środowisko rodzinne, a w wyjątkowych tylko przypadkach daleko idącej niesprawności – opieka zinstytucjonalizowana.*

W 1994 r., proklamowanym przez ONZ i Stolicę Apostolską jako Międzynarodowy Rok Rodziny, świat zgodził się z dowodzonym na wiele sposobów twierdzeniem, że rodzina jest najważniejszą instytucją społeczną dla rozwoju każdego człowieka i całego rodzaju ludzkiego. Paradoks sytuacji polega na braku politycznej woli wyciagnięcia praktycznych wniosków z tego twierdzenia – paradygmat sobie, a życie sobie. Rodzina, choć stanowi najważniejszy element życia społecznego i ekonomicznego, jak twierdzi Jean-Didier Lecaillon *nie ma oficjalnego miejsca w sektorach ekonomicznym i społecznym [...] jest nieobecna w statystykach ekonomicznych i społecznych*[8]. Nieobecna we współczesnych aktywnych politycznie ideologiach rzadko też bywa podmiotem sceny politycznej. Artykulacja i kanalizowanie potrzeb rodziny są utrudnione z uwagi na niedorozwój zinstytucjonalizowanych form reprezentacji jej

[6] L. Frąckiewicz: *Starzenie się ludności Polski i jego konsekwencje*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 1999, z. 1, s. 11.

[7] Zob. na ten temat: E. Trafiałek: *Starość w miasteczku Chmielnik*. Katowice 2002; Eadem: *Człowiek starszy w Polsce w latach 1994-1997*. Katowice 1998.

[8] J.D. Lecaillon: *Społeczne i ekonomiczne znaczenie rodziny*. „Społeczeństwo" 1997, nr 1-2, s. 31.

interesów. Fakt, że przez wieki obywała się bez polityki ułatwia politykom deklarowanie obojętności wobec jej spraw i kondycji. Czym więc jest rodzina i dlaczego wciąż od nowa podejmujemy trud przekonywania o potrzebie przyznania problematyce rodziny rangi priorytetu politycznego?

Jak już zostało udowodnione, udokumentowane i proklamowane m.in. w dwóch dokumentach Stolicy Apostolskiej – Karcie Praw Rodziny (z 22 października 1983 r.) i adhortacji apostolskiej *Familiaris consortio* rodzina to naturalna i powszechna społeczność i jako taka jest podstawową i najważniejszą społecznością we wszystkich społecznościach wszystkich czasów[9]. W stosunku do jakiejkolwiek innej wspólnoty rodzina pozostaje zawsze społecznością pierwotną – *Jest starsza od wszelkiego państwa*[10]. Jako pierwsze i podstawowe środowisko biologicznych i duchowych narodzin człowieka, jako środowisko jego egzystencji i rozwoju ma dla człowieka największe znaczenie. Powołana do wzbudzania i rozwoju życia jednostkowego stanowi równocześnie podstawę życia społecznego. Jest naturalnym środowiskiem człowieka dorosłego, wielostronną i wielofunkcyjną grupą społeczną, która najpełniej kształtując człowieka, w największym stopniu decyduje o jakości członków społeczeństwa. To rodzina stanowiąc *podstawę istnienia i jakości społeczeństwa jest tym samym podstawowym elementem wspólnego dobra każdego społeczeństwa*[11].

Mimo głębokich, rewolucyjnych przeobrażeń, jakim zostały poddane nowoczesne społeczeństwa i rodziny w ostatnim 100-leciu, istota rodziny pozostała niezmieniona. Rodzina jest zasadniczym miejscem konsolidacji i rozwoju społecznego, pomostem pomiędzy jednostką a społeczeństwem, najmniejszą ojczyzną, szkołą pracy i podstawowych wartości, miejscem przekraczania progu własnego egoizmu, rozumienia idei braterstwa i solidarności.

Jako faktyczny twórca życia społecznego, jako podstawa jego istnienia i rozwoju rodzina ma swoje własne, niezbywalne prawa, które

---

[9] Za: L. Dyczewski: *Rodzina Karty Praw Rodziny w kontekście społeczeństwa polskiego*. W: *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*. Red. P. Kryczka. Lublin 1997, s. 138-139.

[10] Leon XIII: *Rerum Novarum*, nr 26.

[11] L. Dyczewski: *Rodzina- społeczeństwo- państwo*. W: *Rodzina w okresie transformacji systemowej*. Red. A. Kurzynowski. Warszawa 1995, s. 27.

wyznaczają porządek w niej, zapewniają respekt dla godności człowieka stanowiąc filary jej zdrowia i szczęścia. Karta Praw Rodziny i deklaracje międzynarodowe wymieniają od kilku do kilkunastu podstawowych praw rodziny. Wśród nich niezbywalnymi są:

1) prawo do istnienia i rozwoju,
2) prawo do dawania życia i wychowywania dzieci według własnych tradycji i wartości religijnych i kulturowych,
3) prawo do miłości rodzicielskiej.

Pozostałe prawa można uznać za pochodne tych trzech praw, np. prawo do wychowywania dzieci za pomocą koniecznych środków, narzędzi oraz instytucji, prawo do intymności życia małżeńskiego i rodzinnego, prawo do godziwego dochodu umożliwiającego prawidłowe funkcjonowanie rodziny, prawo do uzyskania zabezpieczenia fizycznego, społecznego, politycznego i ekonomicznego, prawo do mieszkania umożliwiającego godne życie są uszczegółowieniem prawa rodziny do istnienia. Podobnie prawo do wypowiedzi i przedstawicielstwa wobec publicznych władz gospodarczych, społecznych i kulturalnych oraz władz niższego szczebla bezpośrednio, pośrednio bądź za pośrednictwem stowarzyszeń czy prawo do godziwej rozrywki, która służyłaby również wartościom rodziny formułują warunki realizacji prawa do rozwoju rodziny.

Postulat, aby państwowe prawo rodzinne zabezpieczało realizację wszystkich praw rodziny w konkretnych sytuacjach życiowych, a władza wykonawcza sprawowała pieczę nad ich przestrzeganiem[12] jest traktowany w naszej szerokości geograficzno-politycznej jak utopia – postulat piękny, ale nierealny. Moda na indywidualizm w wydaniu neoliberalnym zapanowała i w Polsce. Jednostka jest wartością najwyższą, podmiotem samym w sobie, o rodzinie decydenckie elity polityczne nie lubią dyskutować, pomimo zapisu w art. 18 Konstytucji II RP uznającego rodzinę za instytucję życia społecznego, której dobro jest przedmiotem troski władz państwowych. Tymczasem polska rodzina, jak nigdy dotąd, została poddana ostrej próbie, w której słabnie jej kondycja biologiczna i psycholo-

[12] Ibid., s. 35.

giczna, a w związku z erozją systemu wartości słabnie też jej morale. Po kataklizmach wojen światowych historia zesłała na nas dwie transformacje, które odcisnęły szczególnie silne piętno na modelu i strukturze rodziny – pierwsza w latach 1945-1955, druga to przemiany zapoczątkowane w 1989 r. Choć obie legitymują się odmienną genezą, to mają wspólne cechy. Obie przyszły niespodziewanie zaskakując nieprzygotowane społeczeństwo. Obie okazały się bardzo kosztowne w wymiarze ekonomicznym, społecznym, psychologicznym i etycznym. Obie, w wyniku długotrwałej indoktrynacji totalitarnego systemu politycznego, na którą nakładają się obecnie lansowane poglądy liberalne, osłabiły moralno-etyczną strukturę wartości opartą na ukształtowanym przez wieki etosie religii chrześcijańskiej i tradycji kultury narodowej. Ścieranie się dwóch nurtów świadomości społecznej – *homo sovieticus* i *homo oeconomicus* sprawia, że obie opcje wykazują wrogą postawę w odniesieniu do tradycyjnego systemu wartości społecznych powodując wypieranie wartości etyczno-moralnych z życia społecznego. Na dodatek obecna transformacja kumuluje negatywne cechy pierwszej[13]. Pierwsza rozbiła wielopokoleniową rodzinę ziemiańską i rolniczo-chłopską, uruchomiła procesy alienacji i atomizacji rodziny, zapoczątkowała chaos moralny. Druga obniżyła znacznie poziom życia około 30% rodzin polskich, zdegradowała warunki bytowe głównie, choć nie tylko, z uwagi na bezrobocie, spatologizowała życie rodzinne i społeczne (rozboje, morderstwa, prostytucja, narkomania, alkoholizm nieletnich, hazard to tylko niektóre przykłady dewiacji społecznych silnie deformujących życie rodzinne), osłabiła biologicznie rodzinę (nadumieralność mężczyzn, wzrost liczby rodzin niepełnych), zmieniła postawy prokreacyjne rodziców. Szczegółowe dane na ten temat zawiera tzw. fachowa literatura[14].

---

[13] Paradoks historyczny polega na zadziwiającej zbieżności postaw elit politycznych wobec polityki społecznej jako metody tworzenia warunków postępu społecznego. Zarówno marksiści, jak i postsocjalistyczni liberałowie traktują politykę społeczną jako garb na efektywności. Pierwsi – gospodarki planowej, drudzy – wolnorynkowej. Wiara w automatyzm pozytywnego oddziaływania ekonomiki na całą sferę społeczną stanowi wspólną cechę „wyznawców" tych skrajnych ideologii.

[14] Zob.: M. Daszyńska, M. Kuciarska-Ciesielska, L. Rutkowska: *Główne cechy demograficzne rodziny w Polsce*. W: *Rodzina w okresie transformacji...*, op. cit., s. 13-21; J. Auleytner: *Prorodzinna polityka społeczna*. „Życie i Myśl" 1999, nr 8, s. 57-76; *Profile rodziny. Raport o stanie rodziny w regionie gdańskim*. Red. W. Toczyski. Gdańsk 1995.

Jest paradoksem, że w drugiej transformacji polska rodzina została pozostawiona sama sobie w znacznie większym stopniu niż w pierwszej. Zarówno koszty przeobrażeń w warunków bytowych, jak i psychologicznych dźwiga samotnie, praktycznie bez pomocy państwa[15] i z bardzo sporadyczną i nieadekwatną do potrzeb pomocą organizacji pozarządowych. Kruszeją materialne podstawy funkcjonowania najsłabszych polskich rodzin, marnieje bez protestu największe bogactwo każdego narodu. Nie znajduje posłuchu historyczna prawda, że państwo, które nie jest w stanie konkurować z innymi kompetencją i kondycją swoich obywateli przegrywa. Przesłanie XV Ogólnopolskiego Sejmiku Rodzinnego adresowane do wszystkich zainteresowanych losem Polski w nadchodzącym stu- i tysiącleciu o dziejowej konieczności zdążania do państwa prorodzinnego nie wyzwoliło jeszcze energii społecznej na rzecz jego urzeczywistniania.

Z dotychczasowych rozważań można wysnuć wnioski, że po pierwsze, rodzina i społeczeństwo są ze sobą związane organicznymi więzami, po drugie, rodzina jest konstytutywnym elementem państwa. A jeśli tak, to los rodziny nie może być obojętny rządom i ich społecznościom. Zaniedbując rodzinę rządy zaniedbują społeczeństwo, co prowadzi do kumulowania negatywnych dla rozwoju społecznego skutków i wcześniej czy później do konfliktów pomiędzy społeczeństwem i państwem. Jeśli więc nie z pobudek altruistycznych, to choćby z ciasnego konformizmu (stawką jest przecież pokój społeczny) elity polityczne powinny uczynić problematykę rodziny jednym ze strategicznych priorytetów budowania cywilizacji godności człowieka i solidarności międzyludzkiej.

Z faktu, że rodzina jest nośnikiem określonych naturalnych i niezbywalnych praw wynika, iż w minimalnym wymiarze – ochrona praw rodziny, w maksymalnym – promowanie interesów rozwojowych rodziny wymaga systemowych gwarancji. Stopień zaangażowania instytucji zewnętrznych w pomoc przy realizacji przez rodzinę jej funkcji powinien być każdorazowo przedmiotem decyzji politycznej wyrażonej prorodzinną polityką społeczną lub prospołeczną polityką rodzinną. Różnica mię-

[15] Por. na ten temat: S. Wierzchosławski: *Rodzina w okresie transformacji demograficznej i społeczno-ekonomicznej*. W: *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*. Op. cit., s. 106-108.

dzy obiema politykami wynika z odmiennego postrzegania rodziny. Jako wspólnota miłości i solidarności pokoleń, które pomagają sobie w osiąganiu pełniejszej mądrości życiowej stanowi przedmiot polityki rodzinnej, która jest skierowana na ochronę i/lub promocję interesów rodziny, każdego z jej członków i wszystkich razem jednocześnie. Punkt wyjścia stanowi rodzina i jej potrzeby. Staje się prospołeczna, kiedy skutkiem pomocy rodzinie jest prawidłowe realizowanie jej funkcji (ekonomicznej, opiekuńczej, emocjonalnej, prokreacyjnej, seksualnej, edukacyjnej, alokacyjnej), a przez to i prawidłowych relacji ze społeczeństwem. Celem polityki rodzinnej jest tworzenie warunków pełnego rozwoju wszystkich członków wspólnoty rodzinnej, od najmłodszego do najstarszego. Właśnie dlatego społeczeństwo nawet najbardziej nastawione na nowoczesność nie może się obyć bez ludzi starych *[...] wnoszą oni bowiem w jego życie specyficzne dla wieku wartości, których odrzucenie pozbawiłoby społeczeństwo czegoś bardzo dlań istotnego, czegoś co należy do istoty życia ludzkiego jako całości i czegoś, co daje podstawę do utrzymania tożsamości i rozwoju*[16].

Rodzina jako instytucja zbudowana na małżeństwie, będąca jednostką prawną, gospodarczą i społeczną, która ma określone zadania społeczne do spełnienia jest przedmiotem polityki społecznej. Jej interesy są realizowane, a potrzeby zaspokajane głównie jako elementy większego programu społecznego. Tak np. systemowe rozwiązania powinny dotyczyć w pierwszej kolejności pracy, tj. tworzenia warunków powszechnej dostępności do niej, następnie osłony macierzyństwa, uznania pracy na rzecz wychowywania dzieci za równoważną ze świadczeniem pracy, zrewidowania czasu pracy z punktu widzenia dbałości o prawidłowe funkcjonowanie rodzin, nowej polityki budownictwa mieszkaniowego, ochrony interesów edukacyjnych dzieci z rodzin najsłabszych, ochrony interesów życiowych osób w podeszłym wieku. Ponieważ warunki funkcjonowania współczesnej rodziny zmieniają się w tempie przekraczającym jej potencjał adaptacyjny w krajach rozwiniętych i rozwijających się w coraz większej liczbie rodzin obserwuje się narastanie poczucia zagrożenia

[16] L. Dyczewski: *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin 1994, s. 78.

i bezradności. Szczególnie odczuwane są one przez najstarsze pokolenie. Dla starych ludzi najważniejsza jest rodzina, gdyż są oni bardzo wrażliwi na wszelkie przejawy akceptacji lub odrzucenia. *[...] ich obawy związane z przewidywaną utratą samodzielności i sprawności są równie poważne, jak lęk przed odtrąceniem i brakiem użyteczności. To, że ich smutek jest niemy nie znaczy, że nie istnieje, to że nie manifestują swych uczuć nie znaczy, że ich nie doświadczają, podobnie jak to, że niechętnie wyciągają ręce o pomoc nie znaczy, że jej nie potrzebują*[17].

Rodzina jest jedną z grup społecznych, a jej interesy konkurują na rynku politycznym na równi z innymi. Ich siła przebicia zależy od sposobu artykulacji, kanalizacji i od uprawiania na jej rzecz *lobbyingu*. Rodzina w systemie politycznym jest bardzo słabo reprezentowana, a jako grupa nacisku praktycznie nie istnieje w systemie politycznym, dlatego międzynarodowa proklamacja znaczenia rodziny była wezwaniem skierowanym do państw świata o stosowanie polityki prorodzinnej, czyli do takiego urządzenia gospodarki kraju, rozwiązań ustrojowych i prawodawstwa, aby stwarzały one rodzinie pomyślne warunki rozwoju.

Prorodzinna polityka społeczna powinna wynikać ze spójnej koncepcji afirmującej rodzinę jako wspólne dobro. Trzeba odejść od polityki społecznej uprawianej wobec rodziny w kategoriach pomocy społecznej. Rodzina to przecież najważniejszy podmiot życia gospodarczego dysponujący liczącym się potencjałem możliwości twórczych, produkcyjnych i konsumpcyjnych. Kreowanie samodzielności ekonomicznej rodzin powinno stanowić cel prorodzinnej polityki społecznej opartej na zintegrowanym programie działań obejmującym wszystkie jej podsystemy, tj. politykę ludnościową, urbanistyczną, mieszkaniową, zatrudnienia, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, oświatową, kulturalną i podatkową. Obie polityki – społeczna i rodzinna są wobec siebie komplementarne, i dla obu godna starość jest wyzwaniem, któremu dopiero muszą sprostać. Nie chodzi tu o politykę na rzecz starego człowieka, ale o poprawne założenia i prawidłową realizację polityki, w której młodzi i starzy tworzą w sposób naturalny wielowymiarową całość.

[17] E. Trafiałek: Op. cit., s. 53.

Polityka społeczna jest uprawiana z pozycji centralnej i jako taka może tworzyć lepsze ekonomiczne, ogólnospołeczne warunki funkcjonowania rodziny i wprowadzać rozwiązania systemowe wspomagające rodzinę. Z kolei najlepsze warunki do uprawiania efektywnej polityki rodzinnej zapewnia szczebel lokalny, ponieważ tu właśnie polityka rodzinna może mieć największy wpływ na rozwój społeczności lokalnej. Trudne problemy planowania rodziny, kultury współżycia seksualnego, opieki nad dziećmi, ludźmi starszymi, rodzinami dysfynkcjonalnymi, pomocy rodzinom wielodzietnym, pedagogizacji rodziców itp. znajdują najlepsze zrozumienie, gdy rozwiązanie przychodzi ze środowiska, w którym te problemy powstały i żyją. Trudno jednak o akceptację tego postulatu w czasach, gdy rodzinę traktuje się bardziej jako klienta gminy niż jako podmiot życia społecznego. Władze gminy nie zdają sobie sprawy, że ważne są i spójna koncepcja i korzystny klimat dla zagadnień rodzinnych, które są warunkiem koniecznym uprawiania skutecznej i efektywnej polityki rodzinnej. Chodzi o stosunek państwa i współdziałających z nim podmiotów do potrzeb rodziny i zagrożeń w jej funkcjonowaniu.

Instytucje publiczne (państwo i jego agendy) oraz społeczne (samorządowe i pozarządowe) mają niezbywalny obowiązek działania na rzecz społeczeństwa i rodziny, tj. tworzenia warunków realizacji jej celów. Problem ten ma fundamentalne znaczenie dla określenia wiodącej zasady budowania systemu działań państwa na rzecz rodziny. Jak wszystkie paradygmaty, zasada ta jest wpisana w rzeczywistość i konsekwentnie musi być wywiedziona zarówno z życia, jak i z respektowania natury samej rodziny. Z jednej strony chodzi bowiem o wskazanie tych cech rodziny, które uprawniają domniemanie o konieczności objęcia gwarancjami państwa procesu zaspokajania jej wybranych potrzeb, z drugiej o przeprowadzenie logicznego dowodu na rzecz twierdzenia o występowaniu obiektywnej potrzeby uprawiania polityki społecznej na rzecz rodziny. Polityka wobec rodziny wynika bowiem z jednej strony ze sposobu rozumienia istoty rodziny, jej roli w życiu jednostki i społeczności, z drugiej strony ze stosunku państwa do rodziny jako instytucji życia społecznego.

Należy odwrócić proces degradacji systemów inwestowania w człowieka, bez nich bowiem w krótkim czasie staniemy się społeczeństwem braku szans, i to nie tylko w procesie aplikowania o członkostwo w Unii Europejskiej, w którym socjalny wymiar naszej integracji został zepchnięty na daleką pozycję. Rodzina jest naturalnym i pierwszym z tych systemów. Jako wspólnota miłości, w zależności od jej własnych możliwości i uwarunkowań jej otoczenia, może się obywać bez wspomagania przez inne systemy, jednak bez systemowych rozwiązań i infrastruktury dotyczących edukacji, bezpieczeństwa, zdrowia, środowiska naturalnego, kultury skazana jest na degradację. Skutki słabo rozpoznanych w III Rzeczypospolitej procesów ekskluzji dotyczą przede wszystkim rodzin żyjących w ubóstwie, bezrobotnych, bezdomnych, niepełnosprawnych, patologicznych i coraz szerzej ludzi starych. To, w jaki sposób procesy te wpłyną na rozwój społeczeństwa i gospodarki w znacznej mierze zależy od respektowania przez polityków zasady służebności państwa wobec rodziny.

Działania przeciwdziałające dezintegracji małżeństwa i rodziny, zahamowanie procesu upowszechniania wartości społecznych niesprzyjających życiu rodzinnemu powinny być podjęte jak najszybciej. Rodzina jest bowiem fundamentem dobrego społeczeństwa i ekonomicznego sukcesu. Aby zrozumieć kapitał ludzki trzeba wrócić do rodziny – głównego nośnika wartości uniwersalnych, takich jak miłość, bezinteresowność, solidarność, spolegliwość, sprawiedliwość i trzeba z rodziny uczynić głównego ich promotora. Znaczy to, że zadaniem nie do przecenienia jest odbudowanie etosu silnej rodziny polskiej, która będzie naturalnym źródłem odnowy społeczeństwa i państwa. Zadanie to leży w interesie polskiej racji stanu.

Elżbieta Trafiałek

O NOWĄ POLITYKĘ SPOŁECZNĄ WOBEC STAROŚCI

Świat starzeje się w coraz szybszym tempie i według prognoz demograficznych zjawisko to jeszcze przynajmniej przez kilkadziesiąt lat będzie wykazywało tendencje wzrostu. Zgodnie z prognozami demografów ONZ i krajów OECD w 2010 r. liczba ludzi starych na świecie wzrośnie do 1 mld, w 2025 r. do 2 mld, a największe tempo wzrostu będzie w tzw. grupie *old-old,* czyli w kategorii najstarszych, w wieku 75 lat i więcej. Znamienny dla starzenia się społeczeństw będzie też znaczny udział w populacji najstarszych dwóch grup: kobiet oraz mieszkańców środowisk wiejskich. W krajach rozwijających się nastąpi narastanie starości demograficznej, a w rozwiniętych utrzymywanie się wysokiej stopy starości. W 2050 r. wśród 650 mln mieszkańców kontynentu aż 170 mln będzie w wieku 65 lat i więcej. Europa starzeje się pod względem demograficznym zarówno z uwagi na malejącą liczbę urodzeń, jak i coraz dłuższe średnie trwanie życia. Już obecnie w Szwecji, Belgii, we Włoszech, w Grecji, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Hiszpanii i Portugalii udział

osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej przekracza 20%. Polska od ponad dwunastu lat plasuje się w pierwszej światowej trzydziestce krajów „starych". „Próg starości demograficznej" przekroczyła w 1967 r., a „próg zaawansowanej starości demograficznej" w 1980 r.[1]. W latach 1994-2002 udział ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej wzrósł z 11% do 12,6%, a w wieku 60 lat i więcej z 15,7% do 16,8%[2]. Przy utrzymaniu rejestrowanych tendencji w najbliższej dekadzie co piąty, a w 2020 r. już co czwarty Polak będzie w wieku 60 lat i więcej[3]. Struktura demograficzna polskiego społeczeństwa, podobnie jak i na całym świecie, pozostaje w ścisłym związku z rozwojem gospodarczym.

Tabela 1

Ludzie starzy w Polsce w ogólnej strukturze społecznej w latach 1990-2002 (w %)

Rok	60 lat i więcej	65 lat i więcej
1990	15,0	10,2
1994	15,7	11,0
1995	15,8	11,2
1996	16,0	11,3
1997	16,1	11,6
1998	16,2	11,7
1999	16,5	12,0
2000	16,6	12,2
2001	16,7	12,4
2002	16,8	12,6

Źródło: Rocznik Statystyczny RP. Warszawa 2001, s. 616; *Prognoza ludności do 2030 r.* Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2002, www.stat.gov.pl.

[1] Zgodnie z normami ONZ przekroczenie pierwszego progu oznacza udział ludzi w wieku 65 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej na poziomie powyżej 7%, a drugiego na poziomie powyżej 10% ogółu społeczeństwa.

[2] Rocznik Statystyczny RP. Warszawa 2001, s. 615; *Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle europejskich programów polityki społecznej wobec osób starszych.* Raport Zespołu ds. Osób Starszych. Program PHARE Access-Macroproject. Warszawa 2002.

[3] *Ludność według płci i wieku w grudniu 2001 roku.* Materiały źródłowe GUS, Departament Statystyki Społecznej. Warszawa 2002, s. 4-5; *Prognoza ludności Polski na lata 1999-2030.* Warszawa 2000, s. 27, 35.

Tzw. odwrócona piramida demograficzna, czyli ustawiczny wzrost populacji ludzi starych i malejący przyrost naturalny stały się regułą procesów cywilizacyjnych. O ile zwiększony udział trzeciej generacji w ogólnej strukturze społecznej można uznać za pozytywne zjawisko demograficzne (coraz dłuższe życie jest wyznaczane zarówno dobrobytem, jak i dostępem do opieki medycznej i świadczeń zabezpieczenia społecznego), to malejący wskaźnik dzietności jest zjawiskiem negatywnym (burzy proporcje rozwoju społecznego, deformuje rynek, grozi brakiem zastępowalności pokoleń, generuje potrzeby przeprowadzania kosztownych zmian infrastruktury społecznej). Coraz większy i przyspieszony spadkiem dzietności udział ludzi starych w ogólnej strukturze społecznej jest określany mianem „drugiego przejścia demograficznego", które zdaniem autorów Raportu o rozwoju społecznym: *w Polsce i innych krajach transformacji dokona się w okresie kilkakrotnie szybszym niż w krajach zachodnich*[4].

Polska starość demograficzna nałożyła się na trwającą zmianę systemową i urynkowienie gospodarki, co skutkuje ustawicznym zaostrzaniem problemów życiowych ludzi starych, narastaniem ich pauperyzacji i bezradności. To rodzi ryzyko coraz większej i ustawicznie pogłębiającej się marginalizacji tej grupy społecznej. Przewidywany w najbliższej dekadzie wzrost liczebności populacji w wieku 60 lat i więcej o 900 tys. osób, a w wieku 65 lat i więcej o 250 tys. spowoduje nie tylko wzrost kosztów na zabezpieczenia emerytalne i opiekę medyczną (w grupie dożywających sędziwej starości wskaźnik niepełnosprawności przekracza 80%)[5], ale pogłębi istniejące już dysproporcje między wpływami i wydatkami z funduszu ubezpieczeń społecznych. Ludzi starych będzie coraz więcej, a młodych coraz mniej. Bez przesunięcia odpowiedzialności za jakość życia odchodzących na emerytury na nich samych, na ich rodziny i bliskich aktywni zawodowo nie zdołają unieść obciążeń fiskalnych

[4] Raport UNDP o rozwoju społecznym – Polska 1999. *Ku godnej i aktywnej starości*. Warszawa 1999, s. 10.

[5] Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997, Warszawa 1998, s. 106-107, 86-87; *Status społeczny i prawny...*, op. cit., s. 6-7.

zwiększanych dla zachowania płynności finansów publicznych[6]. Bez konstruktywnych i szybkich rozwiązań systemowych służących odciążaniu państwa w finansowaniu świadczeń emerytalnych i kształtowaniu indywidualnej przezorności, oszczędzania, przygotowania się do życia na emeryturze finansom państwa będzie groziła zapaść, rynkowi pracy regres, a społeczeństwu coraz większa pauperyzacja i polaryzacja wzmacniana międzygeneracyjnymi konfliktami.

Zarówno ogromne tempo, jak i globalny charakter starzenia się społeczeństw stawiają przed społecznością międzynarodową ogrom trudnych wyzwań, których podjęcie już w najbliższych latach będzie wyznaczało poziom życia ludności, prestiż w strukturach organizacji i społeczności międzynarodowych oraz stopień internalizacji standardów determinujących budowanie modelu państwa wspólnotowego, obywatelskiego, opartego na zasadach demokratycznej partycypacji. Do realizacji tych celów potrzebny jest nowy model polityki społecznej, a przede wszystkim polityki społecznej wobec starości[7]. Określenie jej przyszłościowego kształtu wymaga identyfikacji głównych problemów generowanych zmieniającą się strukturą demograficzną oraz opracowania katalogu priorytetowych zadań ukierunkowanych na ich rozstrzyganie. W niniejszym opracowaniu starano się wskazać najważniejsze z nich, wyznaczające ramy zainteresowań przyszłościowej – nowej polityki społecznej wobec starości.

Ogólnoświatowe tendencje do starzenia się społeczeństw i wysokiego tempa wzrostu liczebności populacji dożywających sędziwej starości pozostają w ścisłym związku z funkcjonowaniem gospodarki. Globalizacja starości demograficznej wpływa na wydatki budżetowe, koszty pracy i wysokość świadczeń emerytalnych. Brak konstruktywnych rozwiązań systemowych w najbliższej dekadzie może przynieść załamanie finansów wielu państw, deformacje rynków pracy i wzrost obciążeń po-

[6] Zdaniem polityków redukowanie i tak już bardzo wysokich obciążeń fiskalnych osób aktywnych zawodowo jest niemożliwe. Można zatem przyjąć, że znacznie bardziej prawdopodobne (na tle trendów demograficznych i gospodarczych) wydaje się ich dalsze zwiększanie tak w formie podatków bezpośrednich, jak i pośrednich.

[7] Szerokie omówienie zagadnienia w: B. Szatur-Jaworska: *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa 2000, passim.

datkowych zmuszając tym samym do sukcesywnego przesuwania odpowiedzialności za jakość życia ludzi starych z sektora publicznego na pozarządowy, na rodziny i na samych zainteresowanych. Niezbędna jest zatem międzynarodowa integracja działań w konstruowaniu i wdrażaniu nowego modelu funkcjonowania gospodarki oraz nowego modelu oszczędzania i inwestowania – relatywnie do prognozowanego tempa i zakresu starzenia się społeczeństw. Wdrażanie strategii zapewniania starym ludziom odpowiednich dochodów i opieki wymaga uznania rangi przynajmniej kilku światowych standardów:

- budowania, wzmacniania więzi społecznej oraz międzypokoleniowej solidarności,
- uznania życia we wszystkich fazach za wartość autoteliczną,
- uznania przedstawicieli trzeciej generacji za cenny kapitał ludzki, stały element zasobów społecznych,
- sprzyjania wszelkim przejawom aktywności i usamodzielniania się (głównie ekonomicznego).

Proces starzenia się społeczeństwa polskiego, z tendencją do pogłębiania się i narastania, rodzi kwestie-wyzwania tak wobec państwa, jak i całego społeczeństwa. Problemy mają charakter interdyscyplinarny, ale ich podejmowanie wymaga zintegrowanych, konstruktywnych, kompleksowych działań, z wyraźnym wskazaniem na coraz większą rolę w ich rozwiązywaniu środowisk lokalnych. Punktem wyjścia stymulowania ładu i podstawowych norm życia społecznego powinno być przyjęcie tezy, że to nie starość jest problemem (wymiar pejoratywny), lecz zmiany zachodzące w strukturze demograficznej generują problemy ogólnospołeczne (poczucie wspólnotowości). W rozwiązywaniu kluczowych kwestii społecznych bardzo ważne jest zatem odejście od tzw. twardej resortowości na rzecz współdziałania wszystkich sektorów gospodarczych (służby zdrowia, pracy i polityki społecznej, edukacji i szkolnictwa wyższego, kultury, sportu, rekreacji i finansów) oraz urzeczywistnianie (we wszystkich typach środowisk) zasady subsydiarności oraz solidaryzmu społecznego.

Z uwagi na specyfikę kulturową problemy towarzyszące życiu ludzi starych nie mogą być rozwiązywane poprzez bezkrytyczne przenoszenie na polski grunt rozwiązań sprawdzonych w krajach szczycących się skutecznym ich rozwiązywaniem (inne tradycje, tożsamość narodowa, aspiracje, katalog potrzeb psychicznych, kondycja zdrowotna, inna hierarchia wartości). Tworzenie mechanizmów integracji społecznej i optymalizacji przebiegu trzeciej tercji życia musi się odbywać z uwzględnieniem specyfiki narodowej, włączeniem do procesu organizowania społeczeństwa dla wszystkich grup wieku (*society for all ages*) zarówno teoretyków, jak i praktyków życia społecznego.

Mimo że od przekroczenia „progu zaawansowanej starości demograficznej" upłynęło niemal ćwierć wieku w Polsce nadal nie ma czytelnej, wyraźnie zdefiniowanej kompetencyjnie i zadaniowo polityki społecznej wobec starości. Liczne i kosztowne dla budżetu państwa działania osłonowe i prozdrowotne podejmowane na rzecz ludzi starych są rozproszone w obrębie różnych podmiotów i resortów. Brak spójnej i czytelnej polityki uniemożliwia podejmowanie szybkich decyzji i konstruktywnych działań. Za niezbędne należy uznać:

- opracowanie interresortowego i interdyscyplinarnego programu polityki społecznej wobec starości i nadanie jej rangi polityki szczegółowej,
- powołanie do życia podmiotów polityki społecznej wobec starości na wszystkich szczeblach zarządzania (od władz samorządowych gmin do ministerstwa) i wyposażenie ich w instrumenty tak diagnozy, kompensacji deficytów, jak i kontroli nad tworzeniem przyjaznego środowiska lokalnego dla najstarszych jego mieszkańców.

W sferze nauki problematyka starości jest podejmowana zarówno przez demografów, ekonomistów, socjologów, pedagogów, lekarzy, jak i polityków. Gerontologia, mimo ogromnego dorobku eksploracyjnego, nadal nie ma statusu dyscypliny naukowej. Przy wyraźnej atomizacji nauk, jako interdyscyplinarna płaszczyzna działań eksploracyjnych, nie znajduje miejsca w klasyfikacji nauk humanistycznych i społecznych. Brak wyraźnego umocowania gerontologii społecznej w teorii i w prakty-

ce, w naukach społecznych[8], podobnie jak brak odpowiedniej rangi geriatrii w naukach medycznych powodują, że grono osób zainteresowanych podejmowaniem problemów starości, prowadzeniem badań, analiz profesjonalnie zaangażowanych w rozwiązywanie istotnych problemów jest nieliczne, pozbawione wsparcia prawnego, instytucjonalnego i finansowego. W celu podniesienia rangi nauk i środowisk koncentrujących uwagę na problematyce starzenia się i starości należy poważnie rozważyć możliwość nadania gerontologii społecznej statusu samodzielnej dyscypliny naukowej mieszczącej się w kategorii nauk społecznych (z jednoczesnym nadaniem jej prawa do posługiwania się metodologią nauk społecznych). Niezbędne do ustalania perspektywicznych zadań polityki społecznej intensyfikowanie profesjonalnych analiz, prac eksploracyjnych nad warunkami życia, potrzebami i problemami ludzi starych będzie wtedy nie tylko łatwiejsze, bardziej czytelne, ale i rzetelne, bo oparte na spójnych (terminologicznie, metodologicznie, merytorycznie) wynikach diagnozy społecznej. Podniesienie rangi gerontologii w przyszłości może też wpłynąć na rozwój jakościowych badań nad starością – bardzo cennych i niezbędnych w diagnozie oraz kompensacji, a w Polsce bardzo rzadko prowadzonych.

W kategorii ekonomicznych skutków starości demograficznej okres przejściowy (między wdrażaniem i skutkami reformy systemu emerytalnego) będzie się wiązał z dalszym obciążaniem budżetu państwa wydatkami na świadczenia z ubezpieczeń społecznych. W tej sytuacji w redystrybucji środków na cele ubezpieczeń społecznych niezbędne jest upowszechnianie i utrwalanie zasady międzypokoleniowego solidaryzmu oraz sprawiedliwości społecznej.

Obecnie stosowana waloryzacja świadczeń emerytalnych, oparta na wskaźnikach cen towarów i usług, jest uzależniona od warunków ekonomicznych i sytuacji społecznej kraju, jednak w warunkach dalszej redukcji

[8] W rejestrze zawodów nie funkcjonuje pojęcie „gerontolog", nie ma go też w wykazie tytułów i stopni naukowych, nie ma ani kierunków studiów, ani systemu kształcenia w zakresie gerontologii. W wielu krajach starych pod względem demograficznym, niezależnie od ich kondycji gospodarczej (Stany Zjednoczone Ameryki, Wielka Brytania, Rosja, Ukraina, Rumunia) gerontologii od lat nadawana jest znacznie wyższa ranga niż w Polsce. To jedna z form zaniedbań minionego okresu wymagających naprawy.

cji inflacji straci ona podstawy funkcjonowania powodując spadek świadczeń emerytalno-rentowych względem płac i innych dochodów. Emeryci i renciści zostaną pozbawieni prawa do konsumowania efektów rozwoju gospodarczego kraju na równi z innymi grupami społecznymi, co jest sprzeczne z zasadą sprawiedliwości społecznej. Przyjmując, że emerytura, traktowana jako dochód zastępczy w stosunku do wcześniej uzyskiwanego wynagrodzenia, powinna chronić nie tylko przed pauperyzacją i społecznym wykluczeniem, ale umożliwiać pełny udział ludzi w starszym wieku we wzroście gospodarczym – waloryzację opartą na wskaźniku wzrostu cen należy traktować jako minimum i rozwiązanie przejściowe w sytuacji łagodzenia skutków inflacji. Przyszłościowy model waloryzacji świadczeń musi uwzględniać też wskaźnik dochodu narodowego (model szwedzki) lub wskaźnik wzrostu płac (model austriacki).

System ubezpieczenia społecznego rolników w niemal 90% jest finansowany ze środków budżetu państwa. Przy uwzględnieniu tendencji większego tempa narastania starości demograficznej w środowisku wiejskim niż miejskim należy zakładać, że zapotrzebowanie na dotacje nadal będzie narastało, a realna wartość nabywcza świadczeń emerytalno-rentowych rolników będzie się obniżała skutkując pogłębianiem ubóstwa najstarszych mieszkańców wsi[9]. Niezbędna jest natychmiastowa rekonstrukcja modelu funkcjonowania KRUS: zwiększenie kontroli i dyscypliny zarządzania zasobami w celu zmniejszenia dysproporcji między wysokością świadczeń uzyskiwanych z ZUS i z KRUS, uszczelnienie systemu i wyeliminowanie z niego osób funkcjonujących w gospodarstwach nierolniczych (zaostrzenie kryterium uczestnictwa w systemie KRUS).

W kategorii społecznych skutków starości demograficznej poważne zagrożenie stanowi rywalizacja pokoleń o miejsce na rynku pracy i w dostępie do środków z sektora zabezpieczeń społecznych. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się kobiety (większa stopa bezrobocia, krótszy czas ak-

[9] Szerokie omówienie problemu w: J.T. Kowaleski: *Ludność w starszym wieku w rolniczych gospodarstwach rodzinnych*. W: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*. Red. J.T. Kowaleski i P. Szukalski. Łódź 2002, s. 124-131; W. Koczur: *Świadczenia emerytalno-rentowe z ubezpieczenia społecznego rolników. Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*. W: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2002, s. 45-57.

tywności zawodowej, dłuższy średni czas trwania życia przy niższych świadczeniach emerytalnych)[10]. Luka między popytem i podażą w tych dwóch sferach życia antagonizuje pokolenia pogłębiając też polaryzację społeczną. W ramach urzeczywistniania zasady solidaryzmu wewnątrz- i międzypokoleniowego konieczne jest uelastycznienie rynku pracy poprzez stworzenie mechanizmów równego do niego dostępu: zastąpienie kryterium wiekowego kryterium kompetencyjnym, zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, z zachowaniem jednostkowego prawa do decydowania o odejściu od aktywności zawodowej. Modernizacja systemu powinna towarzyszyć utrwalaniu poczucia wspólnotowości i skutecznemu wspieraniu inicjatyw lokalnych w realizacji zasady subsydiarności.

W kategorii psychologicznych skutków starości demograficznej wszechobecny kult młodości degraduje starość i ludzi starych odrzucając ogromny kapitał ludzki (doświadczenia, wartości, tradycje). Bariery niechęci mocno zakorzenione w mentalności społecznej w głównej mierze wynikają z niewiedzy na temat trzeciej tercji życia i zawartego w niej potencjału. Potrzeba wieloletniego i aktywnego przygotowywania się do życia na emeryturze w Polsce nadal jest zupełnie ignorowana. Edukację o starości i do starości należy traktować w kategoriach absolutnych priorytetów, jako że upowszechnianie wiedzy gerontologicznej na wszystkich szczeblach kształcenia stało się wyzwaniem czasu. Ważne jest podnoszenie rangi oświaty dorosłych i edukacji ustawicznej, wykorzystywanie placówek oświatowych i kulturalno-oświatowych do popularyzowania problematyki wśród wszystkich grup wiekowych, a w kształceniu medycznym (na poziomie średnim i wyższym) uwzględnianie treści z zakresu geriatrii, gerontologii, profilaktyki geriatrycznej oraz eksponowanie zachowań progeriatrycznych. Zmiany powinny obejmować: wprowadzenie do planów kształcenia akademickiego przedmiotu gerontologia społeczna, na niższych szczeblach kształcenia (szkolnictwo średnie) uwzględnianie treści przedmiotowych w ramach innych zajęć (np. w ramach przygotowania do życia w rodzinie).

---

[10] *O aktywności zawodowej polskich emerytów*. W: B. Urbaniak: *Praca zawodowa po przejściu na emeryturę. Społeczno-ekonomiczne przesłanki powrotu emerytów do aktywnego życia zawodowego*. Łódź 1998.

Ograniczenia w dostępie starszych ludzi do placówek kulturalno-oświatowych, do edukacji, poza barierami ekonomicznymi (koszty przejazdów, ceny biletów) wynikają też z braku odpowiednich ofert programowych. Relatywnie do krajów zachodnioeuropejskich słaba sieć uniwersytetów trzeciego wieku nie wypełnia zapotrzebowania na kształcenie ustawiczne i aktywizację najstarszych. Za konieczne należy zatem uznać stałe poszerzanie zakresu działalności programowej i form pracy placówek sieci kształcenia ustawicznego poprzez wzbogacenie ich o oferty kierowane do ludzi w starszym wieku (kursy tematyczne, wykłady, spotkania, praca w zespołach, działalność artystyczna). Szczególnie ważne jest wspieranie dalszego rozwoju uniwersytetów trzeciego wieku (głównie przy ośrodkach akademickich).

Marginalizacja ludzi starych ma źródła w ograniczonym dostępie do informacji, w ignorowaniu, pomijaniu ich przez skomercjalizowane media. Emeryci, renciści, ludzie starzy nie mają w Polsce swojego forum dyskusyjnego, tytułów pism czy programów telewizyjnych, radiowych adresowanych głównie do nich. Są pozbawieni dostępu do informacji na temat przysługujących im praw i potencjalnych możliwości zaspokajania różnorodnych potrzeb, pokonywania barier biurokracji, nieczytelnych przepisów, „szumu informacyjnego" i niezrozumiałego postępu. Istnieje potrzeba przekazywania informacji ułatwiających starym ludziom pokonywanie różnorodnych barier w dostępie do postępu i uczestnictwa w życiu społecznym oraz zarezerwowania czasu antenowego w publicznych mediach na emisje programów adresowanych do ludzi w starszym wieku, do emerytów i rencistów (np. bloki informacyjne, edukacyjne o zdrowiu, profilaktyce, usługach, placówkach pomocowych, integracyjnych, ofertach organizacji czasu wolnego, przysługujących prawach, roli integracji pokoleniowej, wolontarcie).

„Udomowiony" styl życia ludzi starych, poza ograniczeniami w sferze materialnej, nierzadko wynika z lęku przed kontaktami ze światem emitującym arogancję, biurokrację, bezduszność i niechęć. Swoją aktywność ograniczają z reguły do: rodziny, kościoła i telewizji[11]. Dla przeła-

[11] Te. utrzymujące się od lat. tendencje zostały potwierdzone najnowszymi (regionalnymi i ogólnopolskimi) badaniami gerontologicznymi. Por. *Polska starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2002; E. Trafiałek: *Starość w miasteczku Chmielnik*. Kielce 2002.

mania tego stereotypu w kształceniu kadr administracji i sektora usług konieczne jest eksponowanie rangi kultury obsługi klientów i specyfiki kontaktu ze starszymi osobami (tolerancja, rzetelność, cierpliwość). Dobrym rozwiązaniem mogłoby też być uruchamianie w środowiskach lokalnych ośrodków integracji edukacyjnej, w których aktywizacja starszych ludzi nie będzie się wiązała z koniecznością wychodzenia poza płaszczyzny znane im i akceptowane – przyjazne.

Niedoceniana i niewykorzystywana jest rola trzeciego sektora zarówno w organizowaniu różnorodnych form wsparcia społecznego, umacnianiu więzi społecznych w środowisku lokalnym, jak i kształtowaniu mentalności zgodnej z prawami społeczeństwa obywatelskiego. Niezbędne są kompleksowa, merytoryczna ocena i selekcja organizacji pozarządowych w celu wyłonienia tych, które zasługują na status wyższej użyteczności publicznej i finansowo-prawne wsparcie państwa. Należy promować jednostki pozarządowe zaangażowane w aktywizację środowisk lokalnych i realizujące zadania ukierunkowane na uzupełnianie działań pomocy społecznej sektora publicznego.

Brakuje odpowiednich uregulowań prawnych zachęcających do rozwoju i aktywizacji organizacji pozarządowych oraz podejmowania roli wolontariusza przez osoby niepracujące, a korzystające z funduszy społecznych (bezrobotni, emeryci, renciści, gospodynie domowe). Za konieczne należy uznać prawne i finansowe uregulowanie statusu organizacji pozarządowych oraz statusu wolontariusza (np. gwarantowane ubezpieczenia społeczne, zwrot kosztów przejazdu, udziału w kursach i szkoleniach, preferencje dla ubiegających się o przyjęcie na studia kierunkowe, traktowanie pracy wolontarnej w kategoriach praktyki zawodowej ułatwiającej później znalezienie stałego zatrudnienia).

Utrwalaniu polskiej, roszczeniowej mentalności społecznej sprzyja brak jakichkolwiek prób wiązania praw do świadczeń z zabezpieczenia społecznego z aktywnością na rzecz społeczeństwa czy środowiska lokalnego. Światowe wzory wiązania praw do świadczeń pomocowych (zasiłków, pomocy rzeczowej, w naturze) z aktywnością wolontarną świadczeniobiorców wskazują na wielopłaszczyznową skuteczność takich działań:

pozwalają na dalsze utrzymanie dobrej kondycji psychicznej klientów pomocy społecznej, aktywne (nawet w warunkach braku pracy) funkcjonowanie w swoim środowisku, mobilizują do podnoszenia umiejętności i kwalifikacji, wzmacniają środowisko ekonomicznie i sprzyjają jego integracji. Należy rozważyć możliwość wprowadzenia ustawy o zatrudnieniu socjalnym umożliwiającej organizacjom pozarządowym tworzenie miejsc pracy dla bezrobotnych i klientów pomocy społecznej. Równie ważne jest też zabieganie o granty z funduszy unijnych (PHARE) na rozwój organizacji pozarządowych realizujących hasła będące odpowiedzią na problemy globalne (np. przeciwdziałanie anomii, sprzyjanie integracji wewnątrzpokoleniowej, międzypokoleniowej oraz środowiskowej czy budowanie społeczeństwa dla wszystkich grup wieku).

Sektor organizacji pozarządowych (w założeniach zobligowany do uzupełniania obszarów niedostatku pozostających poza zasięgiem sektora publicznego) nie wypełnia deficytów generowanych przez realia transformacyjnej rzeczywistości. Niewiele organizacji działa na rzecz ludzi starych, a z grupy funkcjonujących nie wszystkie koncentrują uwagę na aktywizacji i wspieraniu tej grupy społecznej[12]. W tej sytuacji warto zwrócić uwagę na promowanie i wyróżnianie organizacji pozarządowych podejmujących działania na rzecz integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej. Konieczne jest przy tym wiązanie przyznawanych dotacji z treścią przedstawianych projektów i uzależnianie ich od oceny skuteczności deklarowanych wcześniej przedsięwzięć. Stymulowanie poprawnego funkcjonowania trzeciego sektora wymaga też weryfikacji celów statutowych i realizowanych przez organizacje pozarządowe powołane do tworzenia przyjaznej przestrzeni życiowej ludziom starym, ukierunkowania ich na upowszechnianie wiedzy gerontologicznej, na aktywizację i ułatwianie przedstawicielom trzeciego pokolenia uczestnictwa w społecznym życiu i dialogu.

Narastający wskaźnik niepełnosprawności Polaków upoważnia do prognozowania, że zapotrzebowanie na opiekę medyczną będzie coraz

[12] Z banku danych KLON wynika, że zaledwie 20% działających w Polsce organizacji pozarządowych wiąże swoją aktywność z pomocą społeczną. www.koln.org.pl

większe, a z uwagi na coraz liczniejszą reprezentację populacji dożywających sędziwej starości, dodatkowo poszerzone o rehabilitację, opiekę pielęgnacyjną i paliatywną. Bez uruchomienia mechanizmów wsparcia społecznego, samopomocy i aktywizacji środowisk lokalnych sektor publiczny nie zdoła udźwignąć obciążeń generowanych narastającym zapotrzebowaniem na usługi medyczne i osłony socjalne. Przyszłość należy zatem wiązać z: promowaniem aktywnego i zdrowego stylu życia, nadaniem edukacji zdrowotnej społeczeństwa wymaganej rangi, kształceniem profesjonalnych kadr do pracy w placówkach opieki całodobowej (pielęgniarstwo geriatryczne, środowiskowe, paliatywne) oraz promowaniem i stymulowaniem rozwoju wolontariatu. Szczególną uwagę należy zwrócić na wiązanie działań wolontarnych z edukacją ustawiczną i rynkiem pracy (organizowanie specjalistycznych kursów dla świadczących określone formy pomocy, angażowanie do uczestniczenia w nich zarówno ludzi młodych, uczniów, studentów, bezrobotnych, gospodyń domowych, jak i ludzi w starszym wieku, doświadczonych, chętnie angażujących się w opiekę nad innymi).

Obecne pokolenie ludzi starych nie miało praktycznie żadnego wpływu na wysokość uzyskiwanych świadczeń emerytalno-rentowych, ale kolejne pokolenia powinny już organizować swoje życie ze świadomością samokreacji jego jakości we wszystkich fazach, także w starości. Realizację, wdrażanie tej zasady należy wiązać z promowaniem „oszczędzania na starość" oraz uruchamianiem mechanizmów pobudzających rozwój III filara OFE (np. ulgi podatkowe dla inwestujących w swoje życie na emeryturze). Z punktu widzenia efektywności działań instytucjonalnych istotne jest uporządkowanie sieci i zasad funkcjonowania OFE w celu zmniejszenia kosztów obsługi i optymalnego zredukowania ryzyka wiązanego z inwestowaniem w III filar ubezpieczeń.

Bezradność, bieda ludzi starych i niewielkie szanse na rynku pracy ludzi w wieku niemobilnym w dużej mierze wynikają z niskiego poziomu ich wykształcenia, nienadążania za wyzwaniami, zagubienia w zdominowanej postępem rzeczywistości. Deprywacja społeczna wielu wkraczających w fazę starości jest poprzedzona wieloletnim bezrobociem (zasiłki

dla bezrobotnych, świadczenia przedemerytalne). Między poziomem wykształcenia, wykonywanym zawodem a statusem społecznym po przejściu na emeryturę istnieje istotna zależność. Przy uznaniu, respektowanego w świecie, priorytetu wykształcenia i samodzielności jakość przedłużonego życia musi być postrzegana w kategoriach przyczynowo-skutkowych. Wymaga to zmiany mentalności społecznej z roszczeniowej na samokreacyjną, tak aby inwestowanie w siebie (w zdrowie, wykształcenie, aktywność, rozwój) było postrzegane w kategoriach opłacalnej kumulacji kapitału na przyszłość.

Samotność, pozostająca w sprzeczności ze społeczną naturą człowieka, a będąca udziałem wielu osób w podeszłym wieku, w równej mierze jest implikowana wcześniejszym stosunkiem do otoczenia, postawami przyjmowanymi wobec własnej starości, co obojętnością społeczną. „Samotni w tłumie" oczekują, że świat przyjdzie do nich i cierpią, gdy tak się nie dzieje. Pogłębiająca się izolacja generuje lęki, depresje, choroby somatyczne. Gdy zjawisko to dotyczy licznej grupy przedstawicieli pokolenia pojawiają się mechanizmy utrwalania negatywnego stereotypu starości – marginalizacji, deprywacji, wegetacji w cieniu życia społecznego. Konieczne jest odejście od modelu anonimowości życia społecznego, hermetycznego zamykania się ludzi młodych przed otoczeniem pod pretekstem licznych obowiązków i braku czasu. Równie ważnym zadaniem jest tworzenie modelu życia wspólnotowego (przynajmniej w obrębie środowiska lokalnego) oraz popularyzowanie kształtowania zainteresowań, hobby, których realizacja w przyszłości umożliwi wypełnienie marginesu czasu wolnego satysfakcjonującymi treściami. Wyzwaniem, jakie polska rzeczywistość postawiła przed polityką społeczną jest kreowanie modelu społecznego życia i społecznego myślenia: żyć z ludźmi i dla ludzi, od młodości tworzyć sieć kontaktów, które w starości nie tylko zmniejszą ryzyko samotności, ale zwiększą poczucie bezpieczeństwa.

Poczucie osamotnienia, syndrom „sieroctwa" ludzi starych wynika z braku kontaktów emocjonalnych z innymi. Czują się odrzuceni z powodu niezaspokojonych potrzeb afiliacyjnych, bycia użytecznym, akceptacji. Ich skumulowany kapitał uczuć, doświadczenia, cierpliwości, troski o in-

nych nie jest wykorzystywany. Eliminacja tych źródeł wykluczenia wymaga ustawicznego poszukiwania rozwiązań, które mogą się okazać nie tylko skuteczne, ale i akceptowane społecznie. Możliwe jest np. podjęcie (w ramach dialogu pokoleniowego) próby urzeczywistnienia integracji jednostek i grup cierpiących z powodu deficytu uczuć poprzez połączenie placówek opiekuńczych dla najstarszych (domy pomocy społecznej) i dla najmłodszych (domy dziecka) na wzór placówek oświatowych o charakterze integracyjnym, a tym samym wykreowanie nowego modelu „rodzin zastępczych", dzięki stworzeniu możliwości wspólnotowych działań przedstawicieli różnych generacji.

Każde następne pokolenie polskich emerytów będzie inne, o coraz wyższym poziomie wykształcenia, wyższych aspiracjach, lepiej przygotowane do swojej starości, ale równocześnie bardziej spolaryzowane materialnie i pod względem sprawności, stanu zdrowia. Przyszłość należy zatem łączyć z potrzebą uruchomienia społecznego dialogu dla pełnego i systematycznego diagnozowania obszarów niedostatku polskiej starości, jako że będą one ulegały ustawicznym zmianom (polaryzacja regionalna, środowiskowa i wiekowa z czasem zyska też istotny wymiar zdrowotny i ekonomiczny).

Sieć placówek pomocowych musi odpowiadać liczebności populacji ludzi starszych i w wieku sędziwym. „Trzeci wiek" wymaga aktywizacji i profilaktyki, a „czwarty wiek" opieki medycznej, stałego wsparcia i pielęgnacji[13]. Zapotrzebowanie na różnorodne formy pomocy dotyczy zarówno pozostających pod opieką rodziny i służb socjalnych w środowisku zamieszkania, jak i wymagających stałej, profesjonalnej opieki medycznej i pielęgnacyjnej gwarantowanej przez placówki otwarte, półotwarte, zamknięte (domy dziennego pobytu, hospicja, szpitale). Za absolutnie konieczne należy zatem uznać wiązanie polityki społecznej wobec starości ze środowiskiem lokalnym poprzez eksponowanie takich form pomocy, które pozwalają na starość pozostawać w miejscu zamieszkania. Ważne jest, aby plany rozbudowy i rekonstrukcji sieci placówek opieki były poprzedzone rzetelną diagnozą potrzeb ludzi starych (monito-

[13] Por. B. Szatur-Jaworska: Op. cit., s. 179-187.

ring prowadzony przez placówki pomocy społecznej od szczebla gminy do ministerstwa).

Starzy ludzie coraz częściej korzystają z opieki rodzin i placówek usługowych z najbliższego otoczenia. Ogólnoświatowe tendencje do stwarzania im warunków pozwalających na pozostawanie w miejscu stałego zamieszkania zwiększą zapotrzebowanie na stałą opiekę domową. Wdrażanie tych zasad w Polsce wymaga rozbudowania usług leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych wspomagających starych ludzi i ich rodziny w zapewnieniu stałej opieki domowej oraz weryfikacji modelu funkcjonowania instytucji pomocy społecznej poprzez zwiększenie oferty usługowej (dotyczącej także zamiany i adaptacji mieszkań).

Istniejąca w kraju sieć placówek ochrony zdrowia i opieki społecznej powstała w okresie poprzedzającym reformę administracyjną. Ich rozmieszczenie nie zawsze koreluje ze stopniem „nasycenia" starością i niesionymi przez nią problemami. Ekonomiczna autonomia (gmin, powiatów, województw) stwarza starym ludziom bariery w korzystaniu ze specjalistycznych usług medycznych, opiekuńczych i usługowych w sytuacji, gdy zlokalizowane są w innej jednostce administracji terenowej. Konieczny rozwój instytucjonalnych form wsparcia starych ludzi w przyszłości musi być realizowany z uwzględnieniem faktu, że zapotrzebowanie na nie różnicuje się regionalnie i środowiskowo, a w następnych latach będzie się także różnicowało w kategoriach potrzeb. Wzrost liczebności populacji dożywających sędziwej starości już w najbliższej dekadzie zwiększy zapotrzebowanie na przychodnie i szpitalne oddziały geriatryczne, hospicja, placówki rehabilitacyjne i pielęgnacyjne. Wiąże się to z potrzebą skorelowania planu rozbudowy sieci placówek publicznych (uzupełnianych placówkami podporządkowanymi sektorowi prywatnemu i pozarządowemu) z potencjalnymi potrzebami diagnozowanymi w środowiskach lokalnych oraz z potrzebą ujednolicenia zasad kontroli i finansowania działalności tych jednostek.

Mimo ogromnych kosztów ponoszonych przez państwo na zabezpieczenia społeczne system pomocowy jest słaby, rozproszony, niezdolny do zaspokojenia potencjalnych potrzeb zarówno grup, jak i całych środo-

wisk lokalnych. Za potrzebę czasu trzeba zatem uznać budowanie skutecznego interwencjonizmu państwa, ale opartego na tworzeniu więzi między państwem i społeczeństwem obywatelskim, na wzmacnianiu roli środowisk lokalnych. Dla skutecznego rozwiązywania kluczowych kwestii społecznych konieczne jest integrowanie działalności sektora publicznego, prywatnego i pozarządowego na wszystkich szczeblach administracji terenowej.

Wymienione problemy i rekomendacje stanowią w istocie zaledwie zarys obszernego katalogu kwestii natury demograficznej, ekonomicznej, politycznej, prawnej, a także społecznej oraz kulturowej tak o charakterze globalnym, jak i środowiskowym, lokalnym oraz jednostkowym[14]. Ich uwzględnianie jest niezbędne w kreowaniu modelu nowej polityki społecznej wobec starości, a podejmowanie i rozstrzyganie musi korelować z potencjałem ekonomicznym finansów publicznych państwa. Musi też uwzględniać chłonność określonych środowisk na zmiany, mentalność społeczną, a w sytuacji dążenia do unifikacji ze strukturami międzynarodowymi także i standardy światowe. To niełatwe, ale konieczne zadania, których natychmiastowe podjęcie stanowi wyzwanie czasu.

Problemy towarzyszące polskiej starości demograficznej będą ulegały ustawicznym zmianom. Inne kwestie są identyfikowane obecnie, inne pojawią się za 15-20 lat, gdy próg sędziwej starości przekroczy powojenne pokolenie wyżu demograficznego. Polska będzie już wówczas członkiem Unii Europejskiej, ale umiejętne diagnozowanie i skuteczne podejmowanie coraz to innych zadań będzie niemożliwe w sytuacji braku dobrych, rodzimych doświadczeń, zatem, przy zachowaniu polskiej specyfiki demograficznej, zdrowotnej i kulturowej konieczne jest ustawiczne prowadzenie dialogu z organizacjami międzynarodowymi i angażowanie do udziału w nim przedstawicieli władz wszystkich szczebli. Równie ważne jest upowszechnianie treści raportów opracowywanych przez ko-

[14] Szerokie omówienie czynników wpływających na politykę społeczną wobec starszych osób w opracowaniach: P. Błędowski: *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*. „Gerontologia Polska" 1998, nr 6 (3/4); Eadem: *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa 2002; L. Frąckiewicz: *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje starzenia się ludności*. W: *Polska a Europa..., op. cit.*, s. 11-25.

misje europejskie i międzynarodowe gremia w celu ustawicznego konfrontowania rodzimych potrzeb i możliwości ich zaspokajania ze światowymi standardami oraz uznanie ich rangi za najważniejszy warunek tworzenia społeczeństwa obywatelskiego, wspólnotowego obecnie powszechnie określanego „społeczeństwem dla wszystkich grup wieku"[15].

[15] Koncepcję społeczeństwa dla osób każdego wieku (*society for all ages*), opracowaną w kwietniu 2002 r. w Madrycie na II Światowym Zgromadzeniu ONZ na temat starzenia zawarto w Regionalnej Strategii Wdrażania Międzynarodowego Planu Działania w Sprawie Starzenia się. Por. Regional Implementation for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002, Madrid 2002.