164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014) vol. 2

164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014) vol. 2

Towards critical demography.
Demographic processes and social issues
in the contemporary word
W stronę demografii zaangażowanej.
Procesy demograficzne a problemy społeczne
współczesnego świata

edited by
Małgorzata Krywult-Albańska

Recenzenci/Reviewers
prof. dr hab. Grzegorz Babiński, prof. dr hab. Krzysztof Frysztacki, prof. dr hab. Halina Grzymała-Moszczyńska, dr Piotr Konieczny, prof. dr hab. Mirosław Kowalski, prof. dr hab. Jerzy Mikułowski-Pomorski, prof. dr hab. Lucjan Miś, prof. dr hab. Andrzej Niesporek, prof. dr hab. Ewa Nowicka, prof. dr hab. Krystyna Slany, prof. dr hab. Maria Szmeja, dr Piotr Szukalski, dr Anne White

Redaktor naczelny/Editor-in-chief
Janusz A. Majcherek

Sekretarz redakcji/Assistant editor
Aldona Guzik

Redaktor prowadzący/Executive editor
Małgorzata Krywult-Albańska

Redaktorzy językowi/Language editors
Guy Torr, Olga Kitlińska-Szopa

Redaktor statystyczny/Statistical editor
Tadeusz Sozański

Kolegium redakcyjne/Editorial Board
Kazimierz Czekaj, Sławomir Kapralski, Jadwiga Mazur,
Anna Rębowska-Sowa, Halina Sekuła-Kwaśniewicz, Piotr Stawiński

Rada naukowa/Advisory board
Michael Daxner (University of Oldenburg, Freie Universität Berlin)
Stefan Garsztecki (Technische Universität Chemnitz)
Stina Jeffner (Dalarna University, Falun)
Hieronim Kubiak (Uniwersytet Jagielloński, Kraków)
Agamali K. Mamiedow (Uniwersytet im. Łomonosowa, Moskwa)
Halina Mielicka-Pawłowska (Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce)
Judith Narrowe
Jan Pakulski (University of Tasmania)
Anna Peck (University of North Carolina)
Beata Szluz (Uniwersytet Rzeszowski)
Mirosław J. Szymański (Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków)
Nina Witoszek (University of Oslo)

Strona internetowa czasopisma/Journal website:
www.ifis.up.krakow.pl/studia_sociologica

INSTYTUT FILOZOFII
I SOCJOLOGII
UNIWERSYTET PEDAGOGICZNY
IM. KEN W KRAKOWIE

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2014
ISSN 2081–6642

Wydawca
Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego
Zapraszamy na stronę internetową: http://www.wydawnictwoup.pl
Druk i oprawa Zespół Poligraficzny UP

Spis treści/Contents

WSTĘP

Małgorzata Krywult-Albańska Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie
Procesy demograficzne a problemy społeczne współczesnego świata 5–9

PREFACE

Małgorzata Krywult-Albańska Pedagogical University of Cracow
Demographic processes and social issues in the contemporary world 10–14

KONTEKSTY/CONTEXTS

Krystyna Kluzowa Uniwersytet Jagielloński
Długoterminowa opieka domowa nad niesamodzielnymi seniorami w starzejącej się Europie
Long-term home care over dependent elderly in ageing Europe 15–33

Monika Adamczyk Katolicki Uniwersytet Lubelski
Proces starzenia się populacji szansą na wzmocnienie działalności woluntarystycznej i prywatnych przepływów międzypokoleniowych w społeczeństwie polskim
The population ageing process as a chance to strengthen the voluntary activities and private intergenerational flows within Polish society 34–52

Elżbieta Nieroba Uniwersytet Opolski
Starzenie się społeczeństwa a przyszłość muzeum
Ageing and the future of museum 53–63

Dorota Nowalska-Kapuścik Uniwersytet Śląski
Demograficzne determinanty wzorów zachowań konsumpcyjnych. Uprzywilejowani czy marginalizowani – rozważania o sytuacji konsumentów „trzeciego wieku" w kontekście globalizacji rynku
Demographic determinants of consumption patterns. Privileged or marginalized? Reflections on the situation of the 'third age' consumers in the globalized markets 64–85

Anna Prokop, Natalia Ożegalska-Łukasik Uniwersytet Jagielloński
Marketing społeczny a stygmatyzacja osób starszych z demencją i depresją oraz ich rodzin w wybranych krajach Europy
Social marketing and stigmatization of the elderly affected by dementia and depression in selected European countries 86–106

Marzena Kruk Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Zaburzenia psychiczne migrantów – analiza socjologiczna

A sociological analysis of mental disorders among migrants 107–121

Maria A. Abramova, Galina S. Goncharova Russian Academy of Sciences

Indigenous minority peoples of Russia: the dynamics of national policy, transformation of family and marriage relations

Rdzenne mniejszości narodowe Rosji: zmiany w polityce narodowej, transformacje w relacjach rodzinnych i małżeńskich 122–140

Anton Lisnik, Katarína Greňová Katolícka Univerzita v Ružomberku

Elimination of social inequalities as a prerequisite for reducing the risk of infectious diseases

Eliminacja nierówności społecznych jako warunek zmniejszenia ryzyka chorób zakaźnych 141–155

Małgorzata Krywult-Albańska Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Wzrost demograficzny a perspektywy wyżywienia ludności świata. Zarys problemu

Demographic growth and the prospects of feeding the world population. An outline of the problem 156–171

VARIA

Inga Subbotina Chernihiv National University of Technology, Ukraine

Demographic processes in Ukraine in the second half of the 20th – at the beginning of the 21st century in historical perspective 172–183

Karolina Krupa-Kotara Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Andrzej Więcław Narodowy Fundusz Zdrowia

Fundusz pielęgnacyjny – odpowiedź na potrzeby starzejącego się społeczeństwa 184–192

RECENZJE/ REVIEWS

Ewa Czerwińska-Jakimiuk Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Adam A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia". Szkice z gerontologii i tanatologii*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk", Katowice, 2013, ss. 411 193–197

Autorzy/Authors 198

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 5–9

WSTĘP

Małgorzata Krywult-Albańska
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Procesy demograficzne a problemy społeczne współczesnego świata

Procesy demograficzne we współczesnym świecie charakteryzuje rosnąca konwergencja – poszczególne kontynenty i regiony świata upodabniają się do siebie pod względem podstawowych wskaźników demograficznych. Choć w różnym tempie i często nie bez okresowych załamań (na przykład z powodu konfliktów zbrojnych, katastrof naturalnych czy epidemii), w większości obszarów świata rośnie przeciętne dalsze trwanie życia, zmniejsza się odsetek analfabetów, a także spada płodność kobiet, pociągając za sobą zmniejszenie przeciętnej wielkości gospodarstw domowych oraz przyczyniając się (obok wydłużenia życia ludzkiego) do postępującego starzenia się populacji. Wyjątkiem pozostaje kontynent afrykański, a zwłaszcza region Afryki Subsaharyjskiej, charakteryzujący się rekordowo niskim przeciętnym dalszym trwaniem życia (między innymi na skutek wciąż niewygaszonej epidemii HIV/AIDS) oraz bardzo wysoką dzietnością. Więcej niż co czwarty mieszkaniec Afryki głoduje lub jest niedożywiony, a w ostatnich miesiącach do katalogu plag nękających niektóre regiony tego kontynentu dołączyła epidemia eboli.

Procesy demograficznego upodabniania się poszczególnych kontynentów i krajów świata – pomijając te leżące na kontynencie afrykańskim – nasiliły się w ciągu ostatnich kilku dekad. Prowadzi to do powolnego zacierania się różnic między krajami globalnego Południa i globalnej Północy. Stopień zaawansowania różnorodnych procesów demograficznych jest w nich jednak zróżnicowany. Dotyczy to chociażby procesów starzenia się populacji. Problem ten dotyczy w największym stopniu zamożnych krajów Północy, w których dzietność utrzymuje się od dłuższego czasu poniżej poziomu zapewniającego prostą zastępowalność pokoleń i które stoją przed perspektywą depopulacji. Ubogie kraje Południa, z których część wciąż zmaga się z bardzo szybkim przyrostem liczby ludności, zgodnie z aktualnymi prognozami w dłuższej perspektywie czasu będą także doświadczać starzenia się, wciąż jednak pozostają demograficznie młode. W tabeli 1 zestawiono wybrane wskaźniki demograficzne dla poszczególnych kontynentów oraz regionów świata, wyodrębnionych zgodnie z podziałami stosowanymi w publikacjach dotyczących kwestii ludnościowych Organizacji Narodów Zjednoczonych. Ilustruje ona utrzymujące się na świecie zróżnicowanie.

Tab. 1. Wybrane wskaźniki demograficzne dla poszczególnych regionów świata (według podziału ONZ), 2011

Obszar geograficzny	Liczba ludności (w mln)	Mediana wieku (w latach)	Ludność w wieku poniżej 15 lat (%)	Ludność w wieku 60 lat i więcej (%)	Tempo wzrostu liczby ludności (w skali roku)* (%)	Ludność miejska (%)	Przeciętne dalsze trwanie życia**	Współczynnik dzietności **
Świat	6 974	29.4	27	11	1.45	52.1	67.9	2.52
KWR	1 240	39.9	17	22	0.44	77.7	76.9	1.66
KR	5 734	27.2	29	9	1.71	46.5	65.9	2.67
KNPR	851	19.9	40	5	2.49	-	56.9	4.41
Inne KR	4 883	28.5	27	10	1.59	-	67.9	2.41
Afryka	1 046	19.8	40	6	2.49	39.6	55.2	4.64
Azja	4 207	29.5	26	10	1.51	45.0	69.0	2.28
Europa	739	40.3	15	22	0.21	72.9	75.4	1.53
Am. Łac. ***	597	27.9	27	10	1.61	79.1	73.4	2.30
Am. Płn.	348	37.3	20	19	1.01	82.2	78.2	2.03
Oceania	37	32.9	24	15	1.55	70.7	76.6	2.49

KWR = kraje wysoko rozwinięte (*more developed regions*), KR = kraje rozwijające się (*less developed regions*), KNPR = kraje o najniższym poziomie rozwoju (*least developed countries*), inne KR = inne kraje rozwijające się (*other less developed countries*)

* 1980-2011

** Szacunki dla lat 2005-2010

*** Ameryka Łacińska i Wyspy Karaibskie

Źródło: *World Population Prospects: The 2010 Revision*. New York: United Nations; *World Urbanization Prospects. The 2011 Revision*. New York: United Nations.

Nawiązując do danych zawartych w tabeli warto przywołać także wyniki ankiety przeprowadzonej wśród demografów z różnych regionów świata, w której jedno z pytań dotyczyło najważniejszych problemów demograficznych, z jakimi trzeba będzie się zmierzyć w ciągu następnych dwudziestu lat (Dalen, Henkens 2012)[1]. Rozkład odpowiedzi był zróżnicowany w zależności od miejsca zamieszkania badanych, odzwierciedlając tym samym różnice pomiędzy poszczególnymi regionami świata pod względem sytuacji ludnościowej. I tak dla demografów z Europy i Ameryki Północnej najważniejszym problemem są starzenie się populacji oraz migracje, natomiast badacze z pozostałych kontynentów wskazują na znacznie szersze spektrum problemów: w Afryce jest to HIV/AIDS, umieralność niemowląt oraz urbanizacja; w Ameryce Południowej, podobnie jak w Azji, starzenie się, umieralność niemowląt oraz urbanizacja.

Prezentowany tom „Studia Sociologica" koncentruje się na sytuacji ludnościowej w krajach europejskich, jedynie dwa teksty omawiają problemy innych regionów świata. Problematyka tekstów zamieszczonych w tomie odzwierciedla zarazem rangę przypisywaną przez badaczy występującym tutaj kwestiom ludnościowym – aż pięć tekstów dotyka w jakiś sposób problematyki starzenia się ludności. Jednocześnie projektowi publikacji przyświecało dążenie do ukazania, w jaki sposób znajomość procesów demograficznych pozwala na lepsze zrozumienie problemów współczesnych społeczeństw, oraz w jaki sposób może przyczynić się do ich rozwiązania, zgodnie z założeniem, iż niemal każda istotna kwestia społeczna, ekonomiczna czy też polityczna posiada swój wymiar demograficzny.

W otwierającym tom artykule *Długoterminowa opieka domowa nad niesamodzielnymi seniorami w starzejącej się Europie* Krystyna Kluzowa przedstawia i wnikliwie analizuje dane sygnalizujące kierunek zmian w składzie ludności Europy według wieku. Świadczą one o postępującym procesie tak zwanego „podwójnego" starzenia się ludności, polegającego na powiększaniu się udziału osób w bardzo zaawansowanym, czyli sędziwym wieku, wśród wzrastającego w całej populacji odsetka osób zaliczanych do zbiorowości seniorów. Autorka omawia wyzwania związane z tym procesem, w szczególności potrzebę organizowania i rozwijania systemów opieki długoterminowej, zwłaszcza tej świadczonej w domach osób starszych. Przedstawia wybrane aspekty funkcjonowania tej formy opieki w krajach Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem Polski.

Starzenie się społeczeństw postrzegać można jako zagrożenie lub jako wyzwanie – przypomina o tym Monika Adamczyk w artykule *Proces starzenia się populacji szansą na wzmocnienie działalności woluntarystycznej i prywatnych przepływów międzypokoleniowych w społeczeństwie polskim*, powołując się na „kanoniczny" artykuł Piotra Szukalskiego z 2006 roku, w którym omawiane są te kwestie. Autorka zwraca uwagę, że osoby starsze posiadają niewykorzystane zasoby, natomiast ich aktywność może być źródłem korzyści społeczno-ekonomicznych – chodzi w szczególności o wolontariat i usługi międzypokoleniowe świadczone przez seniorów na rzecz środowiska i swoich najbliższych.

[1] Badania przeprowadzono w 2009 roku wśród 970 demografów zrzeszonych w IUSSP (*International Union for the Scientific Study of Population*) z wykorzystaniem ankiety internetowej. Badani stanowili 46% wszystkich członków tej międzynarodowej organizacji (tyle wyniosła stopa zwrotów) (Dalen, Henkens 2012; adres bibliograficzny w ostatnim tekście tomu).

„Siwienie" populacji stanowi wyzwanie dla szeregu instytucji społecznych, w tym także instytucji kultury. O tych ostatnich pisze w artykule *Starzenie się społeczeństwa a przyszłość muzeum* Elżbieta Nieroba. Autorka zwraca uwagę na fakt, iż obserwowane zmiany demograficzne wymuszają na muzeach dostosowanie swojej działalności do współpracy z nowymi grupami odbiorców – seniorami. Opierając się na danych empirycznych autorka wskazuje na braki, jakie występują w sferze owych dostosowań i formułuje rekomendacje, które mogłyby pomóc muzeom redukować izolację i samotność seniorów, zwiększać ich poziom partycypacji.

W tekście Doroty Nowalskiej-Kapuścik *Demograficzne determinanty wzorów zachowań konsumpcyjnych. Uprzywilejowani czy marginalizowani – rozważania o sytuacji konsumentów „trzeciego wieku" w kontekście globalizacji rynku* znajdziemy interesujące rozważania teoretyczne dotyczące definicji pojęcia starości oraz sytuacji osób starszych w społeczeństwie konsumpcyjnym.

Niezwykle interesujący, z uwagi na solidne oparcie we wnikliwie przeanalizowanych danych empirycznych oraz z uwagi na swój wymiar praktyczny, jest z kolei artykuł Anny Prokop oraz Natalii Ożegalskiej-Łukasik *Marketing społeczny a stygmatyzacja osób starszych z demencją i depresją oraz ich rodzin w wybranych krajach Europy.* Koncentruje się on na problemach seniorów z zaburzeniami psychicznymi, głównie demencją i depresją. Jak piszą autorki, podwójne wykluczenie tej grupy jest związane ze stereotypami i negatywnymi postawami społecznymi, z jednej strony – wobec osób starszych oraz z drugiej strony – wobec osób chorujących psychicznie. W przełamywaniu tabu kulturowego w sferze trudności związanych z występowaniem zaburzeń psychicznych w grupie seniorów ważną rolę odgrywa marketing społeczny. Wykorzystując metodę analizy treści, autorki analizują materiały z kampanii społecznych dotyczących zdrowia psychicznego osób starszych prowadzonych w ostatnich latach w pięciu krajach Europy i na podstawie swoich analiz formułują rekomendacje w zakresie promocji zdrowia psychicznego osób starszych oraz poprawy stanu wiedzy i kształtowania pozytywnych postaw w społeczeństwach europejskich wobec seniorów z demencją lub depresją.

Problematyce zdrowia psychicznego poświęcony jest także kolejny artykuł w tomie, tym razem w kontekście migracji. W tekście *Zaburzenia psychiczne migrantów – analiza socjologiczna* Marzena Kruk sygnalizuje potrzebę podejmowania działań profilaktycznych oraz umożliwienia dostępu do leczenia osobom migrującym, które należą do grupy o podwyższonym ryzyku zachorowalności z uwagi na szereg zmian jakich doświadczają i często negatywne skutki migracji.

Artykuł Marii Abramovej oraz Galiny Goncharovej pt. *Indigenous minority peoples of Russia: the dynamics of national policy, transformation of family and marriage relations* porusza stosunkowo mało znaną w Polsce problematykę sytuacji ludnościowej w Rosji, koncentrując się na sytuacji rdzennych ludów Syberii – społeczeństw „najbardziej zagrożonych przez procesy zarówno spontaniczne, jak i kierowane polityką państwową, ulegających w dużym stopniu depopulacji, społecznej degradacji, amalgamacji i – w efekcie – wymieraniu"[2]. Autorki przyjmują szeroką perspektywę historyczną, szukając źródeł aktualnych problemów demograficznych omawianej zbiorowości w polityce ludnościowej władz Rosji – najpierw carskiej, potem radzieckiej i teraz post-radzieckiej. Do poruszających wniosków prowadzi

[2] Fragment anonimowej recenzji artykułu.

analiza wpływu paternalistycznej polityki prowadzonej wobec mniejszości na ich kulturę i tradycyjny sposób życia: polityka ta doprowadziła do ubezwłasnowolnienia członków mniejszości (poprzez system zasiłków, wspierania na różne sposoby itp.), skutkując jednocześnie brutalnym zerwaniem ciągłości w zakresie socjalizacji dzieci, na skutek ich odrywania od rodziców. Odbiła się także tragicznie na relacjach w rodzinie i małżeństwie, co znalazło odzwierciedlenie w różnorodnych wskaźnikach demograficznych. Sytuacja ta przypomina tę doświadczaną przez ludy rdzenne także w innych regionach świata (Ameryka Północna, Australia). Chociaż można polemizować z wnioskami i rekomendacjami wysuwanymi przez same autorki artykułu, tekst ten stanowi pogłębioną analizę, opartą na różnorodnych źródłach, w tym własnych badaniach ilościowych.

Artykuł Antona Lisnika i Kataríny Greňovej pt. *Elimination of social inequalities as a prerequisite for reducing the risk of infectious diseases* zwraca uwagę na istotny problem społeczny większości współczesnych państw, jakim jest związek nierówności społecznych ze zdrowiem ludności. W świetle wielu prowadzonych w ostatnich latach badań oczywistym jest stwierdzenie, że to ostatnie zależne jest nie tyle od czynników biologicznych, co od poziomu dochodów, charakteru zatrudnienia czy poziomu wykształcenia. Świadectwem szczególnego upośledzenia niektórych społeczeństw oraz zbiorości w ich obrębie są choroby zakaźne, które w państwach wysoko rozwiniętych zostały w dużej mierze wyeliminowane (na rzecz tak zwanych chorób cywilizacyjnych – głównie układu krążenia oraz nowotworów). Autorzy koncentrują się na zachorowaniach na gruźlicę na Słowacji, powszechnych zwłaszcza w zbiorowości romskiej, stanowiącej jedną z najbardziej narażonych na zachorowania na choroby zakaźne grup (obok m.in. migrantów i bezdomnych). Zwracają uwagę, iż źródłem tych chorób są właśnie społeczne nierówności, bez redukcji których trudno oczekiwać poprawy sytuacji zdrowotnej.

Ostatni artykuł, autorstwa redaktorki tomu – *Wzrost demograficzny a perspektywy wyżywienia ludności świata. Zarys problemu* – wykracza poza problematykę europejską, koncentrując się na globalnych problemach żywnościowych. Jego celem jest przedstawienie najważniejszych wątków pojawiających się w debacie na temat perspektyw wyżywienia ludności świata, zwłaszcza w kontekście nadal powszechnego głodu i niedożywienia. Przedmiotem zainteresowania są w szczególności przyczyny utrzymywania się tych ostatnich zjawisk, pomimo istnienia na Ziemi zasobów umożliwiających utrzymanie przy życiu nawet znacznie większej niż obecnie liczby ludzi.

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 10–14

PREFACE

Małgorzata Krywult-Albańska

Demographic processes and social issues in the contemporary world

Demographic processes in the contemporary world are characterized by a growing similarity between various continents and regions, as their basic demographic indicators converge. Although the speed at which these changes occur vary and occasional setbacks can be observed (for example due to military conflicts, natural disasters or epidemics), life expectancy keeps growing and illiteracy is on the decrease in most regions of the world. Female fertility also keeps falling which results in a shrinking size of households and, next to growing life expectancy, contributes to population ageing. A notable exception is Africa, especially the Sub-Saharan region, with its life expectancy still dropping (partly due to the still prevalent HIV/AIDS epidemics) and very high fertility. More than one out of five people living in Africa suffers hunger or malnutrition, and for a few months ebola has featured as yet another plague which the continent suffers.

Demographic convergence between various continents and countries of the world (except for the ones in Africa) has intensified over the past few decades. The result is blurring distinction between the countries of the global South and the global North. Various demographic processes there, however, are at a different stage of development, one example being population ageing. The most affected are affluent countries of the North, characterized, for some time already, by below-replacement fertility and faced with the prospect of depopulation. Poor countries of the South, some of which still strive against fast rate of growth of their populations, will also experience ageing, according to current population forecasts, but they still remain relatively young. Table 1 presents selected demographic indicators for various continents and world regions, based on the data and divisions from publications by the United Nations Population Division. The data testify to the demographic diversity of the world.

Tab. 1. Selected demographic statistics for the world UN regions, 2011

Major area	Total population (millions)	Median age (years)	Aged under 15 (%)	Aged 60 and over (%)	Annual rate of change * (%)	Living in urban areas (%)	Life expectancy**	Total fertility rate (per woman)**
World	6 974	29.4	27	11	1.45	52.1	67.9	2.52
MDR	1 240	39.9	17	22	0.44	77.7	76.9	1.66
LDR	5 734	27.2	29	9	1.71	46.5	65.9	2.67
Least DC	851	19.9	40	5	2.49	-	56.9	4.41
Other LDC	4 883	28.5	27	10	1.59	-	67.9	2.41
Africa	1 046	19.8	40	6	2.49	39.6	55.2	4.64
Asia	4 207	29.5	26	10	1.51	45.0	69.0	2.28
Europe	739	40.3	15	22	0.21	72.9	75.4	1.53
Latin Am. ***	597	27.9	27	10	1.61	79.1	73.4	2.30
North. Am.	348	37.3	20	19	1.01	82.2	78.2	2.03
Oceania	37	32.9	24	15	1.55	70.7	76.6	2.49

MDR = more developed regions, LDR = less developed regions, Least DC = least developed countries, Other LDC = other less developed countries

* 1980-2011

** Estimated for 2005-2010

*** Latin America and the Caribbean

Source: *World Population Prospects: The 2010 Revision*. New York: United Nations; *World Urbanization Prospects. The 2011 Revision*. New York: United Nations.

Referring to the data in Table 1 one can also mention results of an Internet survey among demographers from various regions of the world, in which one of the questions concerned the most important demographic challenges of the next two decades (Dalen, Henkens 2012).[1] Responses varied depending on the interviewees' place of residence, reflecting differences between various world regions in terms of their demographic situation: European and North American demographers ranked ageing and migrations high, whereas demographers situating in other regions of the world had a far more diverse policy agenda: in Africa they prioritized HIV/AIDS, infant mortality and urbanization; in South America, similarly to Asia, ageing, infant mortality and urbanization.

The focus of this volume of "Studia Sociologica" is on population issues in European countries; only two articles discuss problems of other world regions. The issues raised in the papers of the volume reflect, at the same time, the importance attributed by scholars to population issues on the European continent: as many as five articles deal, in some way, with population ageing. The idea behind the call for papers for this volume was to demonstrate that familiarity with demographic processes leads to a better understanding of the problems of contemporary societies, and how it can contribute to solving thereof, based on the assumption that almost every salient social, economic or political issue has a demographic dimension to it.

In the opening article by Krystyna Kluzowa *Long-term home care over dependent elderly in ageing Europe* the author provides an incisive and comprehensive analysis of data signaling the direction of changes in the age composition of the population of Europe. The data reflect an ongoing process of the so-called "double" ageing of population, which consists in the growth of the share of very old seniors in the growing share of all the elderly in the population as a whole. The author discusses the resulting challenges, in particular, the need to organize and develop long-term care systems, especially care provided at home. She presents various aspects of the functioning of home care in the European Union countries, focusing in particular on Poland.

As Monika Adamczyk reminds us in her article: *The population ageing process as a chance to strengthen the voluntary activities and private intergenerational flows within Polish society*, population ageing may be perceived either as a threat, or as a challenge (the author refers to a core article by Piotr Szukalski from 2006, discussing these issues). The author highlights the fact that the elderly are rich in resources which are unused for the most part and which may be tapped to bring about both social, and economic profits. In particular, what is at stake is voluntary activity and intergenerational services provided for families and whole communities.

Population ageing represents a challenge for many social institutions, including the cultural ones. The latter are discussed in the article *Ageing and the future of museum* by Elżbieta Nieroba. The author points to the fact that due to demographic changes museums are faced with the necessity to adapt their activities to the elderly – a new group of audience. Based on empirical data, the author shows what is missing with respect to these adaptations and comes up with recommendations which

[1] The Internet survey was carried out in 2009 among 970 demographers, members of the IUSSP (*International Union for the Scientific Study of Population*). The response rate was 46% (Dalen, Henkens 2012; reference can be found in the last article of this volume).

could help museums in moving seniors out of their isolation and increasing their participation level.

The paper by Dorota Nowalska-Kapuścik *Demographic determinants of consumption patterns. Privileged or marginalized? Reflections on the situation of the 'third age' consumers in the globalized markets* contains some interesting theoretical reflections concerning the definition of the old age, as well as the position of the elderly in the consumer society.

A very interesting article is written by Anna Prokop and Natalia Ożegalska-Łukasik: *Social marketing and stigmatization of the elderly affected by dementia and depression in selected European countries*, based on an incisive analysis of empirical data, and carrying practical implications. The focus is on the social position of seniors with mental illnesses, i.e. dementia and depression. As the authors write, the double exclusion of this group results on the one hand from stereotypes and adverse attitudes towards elderly people, and on the other – towards individuals with mental disorders. An important role in breaking the taboo of discussing the mental illness of the elderly, plays social marketing. Using a content analysis method, the authors studied social campaigns referring to the mental health of seniors launched in five European countries. The results of the conducted analysis form basis for recommendations regarding the possibilities of promoting mental health among elderly people as well as promoting knowledge about the problems of seniors with dementia or depression and an openness towards them and their families.

Mental health is also the focus of the next paper in the volume, although this time in the context of international migrations. In her article: *A sociological analysis of mental disorders among migrants*, Marzena Kruk signals the need for preventive measures and access to treatment for migrants, who are a group at increased risk of morbidity due to the number of changes undergone and often-experienced negative effects of migration.

The article by Maria Abramova and Galina Goncharova: *Indigenous minority peoples of Russia: the dynamics of national policy, transformation of family and marriage relations* deals with issues of the demographic situation in Russia, relatively little-known in Poland, focusing on the problems of the indigenous minority peoples of Siberia, which "can be perceived as societies which are threatened the most by both spontaneous and politically-driven processes, subject to a large extent to depopulation, social degradation, amalgamation and, as a result, extinction".[2] The authors take on a broad historical perspective, tracing the sources of the contemporary demographic problems in these communities in the population policy of the Russian state, starting with the tsarist, through the soviet and nowadays post-soviet one. The analysis of the paternalistic policy towards the indigenous minority peoples leads to disturbing conclusions concerning the impact thereof on the minority culture and traditions. As a result of the policy, minority members have been left incapacitated (by welfare provision, various forms of support etc.), while continuity in the socialization of children was interrupted abruptly, as children would be taken away from their parents. Negatively affected have also been family and marital relations, as reflected in various demographic indicators. This situation bears resemblance to the fate experienced by indigenous peoples also in other regions of the world (North

[2] From an anonymous review of the article.

America, Australia). Although the conclusions and recommendations drawn by the authors themselves are debatable, the paper presents an incisive analysis, based on numerous sources, including quantitative research carried out by the authors.

The article by Anton Lisnik and Katarína Greňova: *Elimination of social inequalities as a prerequisite for reducing the risk of infectious diseases* focuses on an important social issue in many contemporary countries, namely the links between social inequalities and population health. It is an obvious fact (as research carried out over the past few years demonstrates) that the latter depends not so much on biological factors, as on income, type of employment and educational level. A testimony to a particularly vulnerable and underpriviledged position of certain societies and communities within them are infectious diseases, for the most part eradicated in the so-called more developed countries (to be replaced by the so-called lifestyle diseases, such as cardiovascular ones or cancer). The authors focus on the incidence of tuberculosis in Slovakia, widespread especially among the Roma community, particularly prone to infectious diseases (other groups at risk include migrants and the homeless). They point to the fact that social inequalities are at the heart of these diseases, and without elimination thereof there is little hope for a positive change in the state of population health.

The last article, by the volume's editor: *Demographic growth and the prospects of feeding the world population. An outline of the problem*, extends the analysis beyond the European region, focusing on the global challenge of feeding the world population. The aim is to highlight major issues underlying the debate on the prospects of feeding the population of the world, considering, in particular, the still prevalent phenomena of hunger and malnutrition. The focus is especially on the causes of the latter phenomenon which persists despite the fact that the Earth's resources are sufficient enough to sustain an even significantly larger number of people than there are today.

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 15–33

KONTEKSTY/CONTEXTS

Krystyna Kluzowa
Uniwersytet Jagielloński

Długoterminowa opieka domowa nad niesamodzielnymi seniorami w starzejącej się Europie

Streszczenie

W starzejących się demograficznie krajach europejskich rośnie w szybkim tempie odsetek osób w sędziwym wieku, które ze względu na pogłębiającą się niesamodzielność funkcjonalną wymagają długoterminowej opieki. Organizowanie i rozwijanie systemu takiej opieki należy obecnie do priorytetowych zadań polityki społecznej w krajach Unii Europejskiej. Największy nacisk kładzie się na rozwój domowej opieki długoterminowej, preferowanej przez zdecydowaną większość Europejczyków. W artykule przedstawiono wybrane aspekty funkcjonowania tej formy opieki w krajach Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem Polski. Główny nacisk położono na ukazanie roli, jaką w sprawowaniu opieki domowej odgrywają członkowie rodzin niesamodzielnych seniorów (opiekunowie nieformalni) oraz osoby reprezentujące lokalne ośrodki opieki (opiekunowie formalni).

Słowa kluczowe: starzenie się ludności, niesamodzielni seniorzy, domowa opieka długoterminowa

„Podwójne" starzenie się ludności Europy

Z prognoz demograficznych opracowanych przez zespół ekspertów Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) jednoznacznie wynika, że proces starzenia się społeczeństw, uznawany za jeden z najbardziej charakterystycznych fenomenów bieżącego stulecia, będzie w kolejnych dekadach przybierał na sile i obejmował swym zasięgiem coraz większą liczbę państw. Już teraz, w prawie wszystkich regionach naszego globu, liczba osób przekraczających umowny próg starości[1] rośnie szybciej niż liczba ludności ogółem. Rocznie próg ten przekracza blisko 58 milionów osób (średnio 2 osoby na sekundę). Wśród osób powyżej 60. roku życia odnotowuje się szybszy przyrost liczby reprezentantów tak zwanego „czwartego wieku"[2] niż przedstawicieli młodszych grup seniorów. Szczególnie szybko powiększają się zastępy

[1] Mowa tu o osobach, które ukończyły 60 lat. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne propozycje określenia wieku (zwanego „trzecim wiekiem"), którego osiągnięcie uznaje się za początek starości. Najczęściej podawany jest wiek 60 lub 65 lat. Takie właśnie jego oznaczenie występuje na przykład w publikacjach demograficznych wydawanych pod auspicjami ONZ, które stanowią najpełniejsze źródło informacji o sytuacji ludnościowej w przekroju ogólnoświatowym.

[2] Chodzi tu o osoby, które ukończyły 80 lat. Warto jednak dodać, że w wielu publikacjach podawany jest wyższy próg wkroczenia w „czwarty wiek", to znaczy ukończenie 85 lat życia.

osób co najmniej stuletnich. Przewiduje się, że do 2050 roku ich liczba wzrośnie ponad dziesięciokrotnie – z ponad 300 tysięcy w 2011 roku do ponad 3 milionów w 2050 roku (*Ageing in the Twenty-First Century...* 2012, s. 7).

Poszczególne regiony świata różnią się między sobą pod względem stopnia zaawansowania procesu demograficznego starzenia się zamieszkującej na ich terytorium ludności. Regionem, w którym proces ten poczynił dotąd największe postępy, jest – i będzie także w przewidywanej przyszłości – Europa (tab. 1).

Tab. 1. Ludność w wieku 60 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w regionach świata w 2013 i 2050 roku (w procentach)

Region	2013		2050	
	Ludność w wieku 60 lat i więcej	Ludność w wieku 80 lat i więcej	Ludność w wieku 60 lat i więcej	Ludność w wieku 80 lat i więcej
Afryka	5.4	0.5	8.9	0.9
Azja	11.3	1.3	24.0	4.3
Ameryka Północna	20.0	3.7	27.0	8.1
Ameryka Łacińska	11.0	1.6	25.0	5.7
Europa	23.0	4.5	34.0	9.5
Oceania	16.0	2.9	23.0	6.2

Źródło: *World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advanced Tables*, United Nations, New York, 2013, s. 7

Obecnie najliczniej reprezentowana jest w Europie ta grupa krajów, w których poziom starości demograficznej, mierzony udziałem osób sześćdziesięcioletnich i starszych wśród ogółu ludności, mieści się w granicach 20–24%. Znajdują się w niej kraje położone we wszystkich subregionach kontynentu. Mniej liczna jest grupa krajów o niskim – jak na warunki europejskie – odsetku seniorów, nie przekraczającym 20% ogółu ludności, a jedynie w kilku krajach odsetek przedstawicieli „trzeciego wieku" przekracza 24% ogółu ludności (tab. 2).

Tab. 2. Ludność w wieku 60 lat i więcej w krajach europejskich w 2012 roku

Udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności	Kraje	
	należące do Unii Europejskiej	nienależące do Unii Europejskiej
Poniżej 20%	Cypr, Irlandia, Luksemburg, Słowacja	Albania, Białoruś, Czarnogóra, Islandia, Lichtenstein, Macedonia, Mołdawia, Rosja
20–24%	Austria, Belgia, Chorwacja, Czechy, Dania, Estonia, Francja, Hiszpania, Holandia, Litwa, Łotwa, Malta, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Węgry, Wielka Brytania	Bośnia i Hercegowina, Norwegia, Serbia, Szwajcaria, San Marino, Ukraina
Powyżej 24%	Bułgaria, Finlandia, Grecja, Niemcy, Szwecja, Włochy	

Źródło: *Population Ageing and Development 2012*, United Nations, Population Division. Opracowanie własne

Przekroczenie progu starości otwiera przed statystycznym mieszkańcem Europy perspektywę wielu jeszcze lat życia. Sześćdziesięcioletni mężczyzna, przekraczający ten próg w latach 2010–2015, będzie miał przeciętnie do przeżycia 20 lat, a jego równolatka – 24 lata (*Population Ageing and Development 2012*). Oznacza to realną szansę doczekania „czwartego wieku" i wejścia w taką fazę życia, w której samodzielność funkcjonalna człowieka ulega znacznemu ograniczeniu i z reguły potrzebuje on pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności umożliwiających codzienne funkcjonowanie. Według danych Eurostatu, w 2012 roku w krajach członkowskich Unii Europejskiej żyło ponad 25,6 miliona osób w tym wieku (5,1% ogółu ludności), natomiast według prognozy *Europop2010* ich liczba wzrośnie do 62,2 miliona w 2060 roku, co będzie stanowić 12,1% ogółu ludności. Wzrośnie także znacznie udział osób w tak zaawansowanym wieku wśród ogółu seniorów (tab. 3).

Tab. 3. Ludność w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w krajach Unii Europejskiej w 2012 i 2060 roku (w procentach)

Kraj	2012			2060		
	65 lat i więcej	80 lat i więcej	Odsetek osób w wieku 80+ wśród ludności w wieku 65+	65 lat i więcej	80 lat i więcej	Odsetek osób wwieku 80+ wśród ludności w wieku 65+
Austria	17.8	4.9	27.9	29.2	11.6	39.7
Belgia	17.3	5.2	29.7	25.5	9.9	38.9
Bułgaria	18.8	4.1	22.0	32.6	12.9	39.6
Czechy	16.2	3.8	23.2	30.6	12.3	40.0
Cypr	12.8	2.9	22.4	27.6	9.3	33.8
Dania	17.3	4.1	23.8	25.5	10.1	39.7
Estonia	17.7	4.5	25.6	30.5	11.2	36.7
Finlandia	18.1	4.9	26.9	27.1	10.4	38.3
Francja	17.3	5.5	32.3	26.6	11.0	41.5
Grecja	19.7	5.4	27.6	31.2	13.4	43.0
Hiszpania	17.4	5.3	30.3	31.4	14.3	45.6
Holandia	16.2	4.1	25.2	27.2	11.1	40.8
Irlandia	11.8	2.8	24.0	21.9	9.1	41.4
Litwa	18.1	4.6	25.4	31.2	10.8	34.7
Luksemburg	13.9	3.9	28.0	26.4	10.2	38.7
Łotwa	18.6	4.4	24.2	35.6	12.8	35.9
Malta	16.4	3.6	21.9	31.2	11.3	36.3
Niemcy	20.6	5.4	26.1	32.8	13.5	41.3
Polska	13.8	3.6	26.1	34.6	12.6	36.3
Portugalia	19.0	5.1	26.9	32.0	13.6	42.4
Rumunia	16.3	3.8	23.4	34.8	13.3	38.2
Słowacja	12.8	2.9	22.7	33.5	12.3	36.6
Słowenia	16.8	4.3	25.8	31.5	12.8	40.7

Szwecja	18.8	5.2	27.9	26.3	10.0	37.8
Węgry	16.9	4.0	23.8	32.2	12.7	39.4
Wielka Brytania	16.8	4.6	27.6	24.6	9.3	37.8
Włochy	20.8	6.1	29.5	31.6	14.1	44.6
Unia Europejska (ogółem)	17.9	4.9	27.7	29.5	12.1	40.9

Źródło: 2012 rok – *Eurostat*; http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submit; 2060 rok – *The 2012 Ageing report: Underlying Assumption and Projection Methodologies*, European Union 2011, s. 274–302. Opracowanie własne

Zbiorowość osób w „czwartym wieku" charakteryzuje wyraźna przewaga ilościowa kobiet. W 2012 roku ich udział w krajach Unii Europejskiej (ujętych łącznie) wynosił 65%. Mimo że w kolejnych latach przewidywane jest wydłużanie się czasu trwania życia mężczyzn i zmniejszanie się tym samym dystansu, jaki dzieli ich aktualnie w tym zakresie od kobiet[3], to jednak do 2060 roku ilościowa przewaga tych ostatnich zostanie utrzymana, choć będzie mniejsza niż obecnie (tab. 4).

Tab. 4. Ludność w wieku 80 lat i więcej według płci w krajach Unii Europejskiej w 2012 i 2060 roku (w procentach)

Kraj	2012		2060	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Austria	33.4	66.6	41.2	58.8
Belgia	35.0	65.0	41.5	58.5
Bułgaria	36.1	63.9	40.2	59.8
Cypr	41.0	59.0	36.5	63.5
Czechy	32.3	67.7	41.9	58.1
Dania	36.7	63.3	41.5	58.5
Estonia	24.5	75.5	36.7	63.3
Finlandia	32.8	67.2	41.0	59.0
Francja	34.5	65.5	40.0	60.0
Grecja	40.6	59.4	47.0	53.0
Hiszpania	36.3	63.7	42.9	57.1
Holandia	34.2	64.8	41.4	58.6
Irlandia	37.5	62.5	41.1	58.9
Litwa	26.6	73.4	34.8	65.2
Luksemburg	34.1	64.9	39.2	60.8

[3] W 2010 roku różnica między czasem przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzny i kobiety w wieku 60 lat wynosiła w krajach Unii Europejskiej (ujętych łącznie) średnio 6 lat, a w odniesieniu do osób w wieku 65 lat – 3.5 roku. W 2060 roku ma ona wynieść odpowiednio: 4.5 roku oraz 3.3 roku. Warto także dodać, że we wszystkich krajach członkowskich UE (z wyjątkiem Szwecji i Wielkiej Brytanii) przewidywany jest większy przyrost lat dalszego trwania życia wśród seniorów płci męskiej niż wśród kobiet należących do tej subpopulacji (*The 2012 Ageing Report: Underlying Assumption and Projection Methodologies* 2011, s. 274–302).

Łotwa	23.8	76.2	36.5	63.5
Malta	35.5	64.5	41.9	58.1
Niemcy	34.4	65.6	42.3	57.7
Polska	30.3	69.7	38.7	61.3
Portugalia	35.4	64.6	41.5	58.5
Rumunia	35.6	64.4	40.5	59.5
Słowacja	30.3	69.7	39.9	60.1
Słowenia	29.6	70.4	42.9	57.1
Szwecja	37.6	62.4	42.9	57.1
Węgry	29.4	70.6	39.2	60.8
Wielka Brytania	37.7	62.3	42.4	57.6
Włochy	35.0	65.0	41.0	59.0
Unia Europejska (ogółem)	35.0	65.0	41.4	58.6

Źródło: 2012 rok – *Eurostat*; http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submit; 2060 rok – *EUROPOP 2010,* http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do. Obliczenia własne

Zasygnalizowane informacje o kierunkach przeobrażeń w składzie ludności Europy według wieku świadczą wyraźnie o tym, że w tym regionie świata dokonuje się proces tak zwanego „podwójnego" starzenia się ludności. Polega on na powiększaniu się udziału osób w bardzo zaawansowanym, czyli sędziwym wieku, wśród wzrastającego w całej populacji odsetka osób zaliczanych do zbiorowości seniorów. Cechę charakterystyczną tej zbiorowości, a szczególnie najstarszego wiekiem jej odłamu, stanowi ilościowa dominacja kobiet, co daje podstawę do stwierdzenia, że postępujące „podwójne" starzenie się jest ściśle powiązane z feminizacją starości.

Sędziwa starość jako źródło ryzyka społecznego

Sędziwa starość, która w „podwójnie" starzejących się społeczeństwach staje się udziałem coraz liczniejszej rzeszy seniorów, to faza życia nacechowana postępującą niesprawnością, utrudniającą lub wręcz uniemożliwiającą samodzielne wykonywanie podstawowych czynności życiowych, dotyczących zarówno samoobsługi[4], jak i prowadzenia gospodarstwa domowego[5]. Z tej

[4] W przeprowadzanym sukcesywnie w kolejnych krajach członkowskich UE *Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (EHIS)* brane są pod uwagę następujące czynności samoobsługowe: wstawanie i kładzenie się do łóżka, mycie się, korzystanie z toalety i spożywanie posiłków. Zdolność do ich wykonywania ocenia się przy pomocy metody ADL (Activity of Daily Living Index). W Polsce badanie to zostało przeprowadzone w 2009 roku (Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., 2011).

[5] Chodzi tutaj o takie czynności, jak: przygotowywanie posiłków, robienie zakupów, wykonywanie lekkich prac domowych, zażywanie leków, korzystanie z telefonu, zarządzanie finansami i zajmowanie się innymi sprawami administracyjnymi, również uwzględniane w *Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (EHIS)*. Możliwości ich wykonywania ocenia się stosując metodę IADL (Instrumental Activity of Daily Living Index). Warto dodać, że metody ADL i IADL stosuje się przy przeprowadzaniu kompleksowej oceny gerontologicznej, w której

racji sędziwym seniorom potrzebna jest w codziennym funkcjonowaniu pomoc osób trzecich[6].

Negatywne skutki ograniczeń spowodowanych zaawansowanym wiekiem, odczuwane nie tylko przez samych seniorów, ale także przez ich opiekunów, sprawiły, że starość postrzega się dzisiaj jako „nowe" ryzyko społeczne (Czepulis 2013, s. 11; Kalliomaa-Puha 2013, s. 38). Użycie tego dookreślającego przymiotnika nie oznacza bynajmniej, że dopiero teraz dojrzało przekonanie, iż starość należy włączyć do katalogu sytuacji traktowanych jako źródło ryzyka społecznego. Zagrożenia wynikające ze starości już kilka dekad temu uznano za tak istotne, że zdecydowano się na zabezpieczenie przed ich negatywnymi skutkami, ustanawiając zasady uzyskiwania świadczeń emerytalnych przez osoby wkraczające w tę fazę życia i posiadające określony staż pracy. Zasady te zostały sformułowane w takich aktach normatywnych, jak *Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego* z 1952 roku, czy *Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego* z 1964 roku[7] (Uścińska 2013a, s. 4–5). Świadczenia emerytalne stanowią współcześnie trwały element funkcjonujących w poszczególnych krajach systemów zabezpieczenia społecznego. Uzupełnieniem ochrony przed ryzykiem starości są też świadczenia dostępne dla seniorów w ramach oferty krajowych systemów pomocy społecznej.

Dotychczasowy system zabezpieczeń przed ryzykiem starości okazał się jednak niewystarczający i nieadekwatny w stosunku do aktualnych potrzeb coraz dłużej żyjących ludzi starych. Priorytetowym zadaniem stało się obecnie zapewnienie im opieki, i to opieki z reguły wieloletniej, której zakres musi ulegać poszerzeniu w miarę pogłębiania się niesamodzielności funkcjonalnej podopiecznych. Zapewnienie takiej opieki nie jest współcześnie łatwe, przede wszystkim ze względu na głębokie zmiany w strukturze i sposobie funkcjonowania podstawowego podmiotu opiekuńczego, jakim była dotychczas rodzina, a w jej ramach przede wszystkim kobieta(y). Ograniczenie wydolności opiekuńczej współczesnych rodzin jest w głównej mierze rezultatem aktywizacji zawodowej kobiet, które ze względu na swoje obowiązki związane z pracą nie są w stanie pełnić zadań opiekuńczych w takim stopniu, jak czyniły to niegdyś ich antenatki. Pełnieniu funkcji opiekuńczych nie sprzyja też zredukowana wielkość rodzin. Złożone z niewielkiej liczby członków, zaabsorbowanych różnymi obowiązkami pozadomowymi, nie zawsze mają obiektywne warunki do podjęcia opieki nad swymi sędziwymi członkami rodu, a bywa, że obawiając się nadmiernego obciążenia trudami tej opieki – od jej podjęcia po prostu stronią. Wypełnianie zadań opiekuńczych mogą też utrudniać rozmaite problemy występujące w rodzinie, na przykład poważna choroba, uzależnienia czy samotne rodzicielstwo. Można więc powiedzieć, że współczesne rodziny są, z różnych

bierze się także pod uwagę stan emocjonalny oraz funkcje poznawcze badanych osób (Twardowska-Rajewska 2009, s. 244–245).

[6] Według „scenariusza demograficznego" opartego na założeniu, że przez najbliższe półwiecze nie nastąpi wzrost poziomu niepełnosprawności wśród osób w wieku 65 lat i więcej, ani nie ulegną zmianie dotychczasowe możliwości otrzymywania instytucjonalnego lub domowego wsparcia opiekuńczego, w 2060 roku opieki będzie wymagało 44,4 miliona mieszkających w Europie seniorów (*Long-term Care for the Elderly…* 2012, s. 5).

[7] Obecnie funkcjonuje on w wersji przyjętej w 1990 roku jako *Zrewidowany Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego*.

powodów, coraz mniej otwarte na sprawowanie opieki nad swymi niesamodzielnymi funkcjonalnie członkami. Jednocześnie, paradoksalnie, coraz częściej stają przed koniecznością zmierzenia się z tym problemem, bo takich właśnie osób – z których każda jest przecież członkiem jakiejś rodziny – w starzejących się społeczeństwach wciąż przybywa.

Sytuacja osób w zaawansowanym wieku, które są adresatami tej długoterminowej opieki, też nie jest łatwa. Muszą one bowiem ponosić wszelkie konsekwencje ograniczeń wynikających z pogarszającego się z upływem czasu stanu zdrowia i wieść codzienne życie z nie zawsze łatwą do zaakceptowania świadomością swej zależności od innych. Choć pozornie wydaje się, że w relacji „niesamodzielni podopieczni – ich opiekunowie" podmiotami zależnymi są wyłącznie ci pierwsi, to w rzeczywistości tak nie jest. W przypadku powiązań rodzinnych między stronami wymienionej relacji występuje także pewnego typu zależność opiekunów od podopiecznych. O jej istnieniu świadczy fakt, że niejednokrotnie opiekunowie, chcąc zaspokoić potrzeby zdanych na ich pomoc podopiecznych, podporządkowują realizacji tych potrzeb swoje plany życiowe i swoją aktywność, także na polu zawodowym, co bardzo często prowadzi do rozmaitych napięć wynikających z konfliktu ról.

Przedłużona starość jest więc, jak łatwo dostrzec, fazą życia generującą różne trudne wyzwania, tak dla samych przeżywających ją osób, jak i dla ich bliskich. Jest zatem zrozumiałe, że uznaje się ją za „nowe" ryzyko społeczne[8], którego negatywne skutki próbuje się łagodzić poprzez wprowadzanie różnych rozwiązań mieszczących się w sferze działania określonych dziedzin polityki społecznej.

Opieka domowa nad sędziwymi seniorami w krajach Unii Europejskiej

Jednym z podstawowych zadań polityki społecznej w warunkach „podwójnego" starzenia się ludności jest tworzenie systemu długoterminowej opieki dla osób w sędziwym wieku. Według definicji OECD[9], opieka długoterminowa obejmuje cały zakres usług dla osób niesamodzielnych, potrzebujących przez dłuższy czas pomocy w podstawowych, codziennych czynnościach. Zalicza się do niej rehabilitację, podstawową pomoc medyczną, domową opiekę pielęgniarską, zajęcia ukierunkowane na aktywizację społeczną i zawodową oraz usługi związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego i transportem (*Long-term Care in the European Union* 2008, s. 3).

[8] Charakteryzując starość jako „nowe" ryzyko społeczne zwraca się uwagę na fakt jej sfeminizowania i to nie tylko po stronie podopiecznych, ale także po stronie osób świadczących opiekę. Podkreśla się jednocześnie, że wzrastający popyt na usługi opiekuńcze stwarza realne perspektywy zatrudnienia licznym zastępom kobiet, przez co przyczynia się do realizacji zasady równości płci na rynku pracy (*Long-Term Care for the Elderly...* 2012, s. 145).

[9] Definicja ta, choć często przywoływana, nie jest jednak wiążąca w sensie prawnym, bo takiej jeszcze ani w prawie międzynarodowym, ani w prawie europejskim nie wypracowano. W rezultacie poszczególne państwa stosują swoje własne definicje przyjmujące bądź bardzo rozbudowaną, bądź też bardzo minimalistyczną i ogólnikową formę (Uścińska 2013b, s. 16).

Wprawdzie zakres podmiotowy opieki długoterminowej jest szeroki i mogą z niej korzystać różne kategorie potrzebujących osób, niezależnie od fazy życia, w jakiej się znajdują, jednak w praktyce największą grupę beneficjentów stanowią reprezentanci „czwartego wieku". Funkcjonowanie nastawionego na zaspokajanie ich potrzeb systemu opieki długoterminowej jest zależne od wielu czynników, wśród których kluczowe znaczenie ma wybór jednej z dwóch możliwych opcji jej sprawowania – „instytucjonalnej" lub „domowej". Wybór pierwszej z nich, wynikający z przekonania, że najlepszą opiekę można zapewnić sędziwym seniorom w specjalistycznych domach opieki, oznacza nastawienie na rozwój sieci placówek tego typu. Natomiast wybór opcji „domowej" implikuje ukierunkowanie na rozwój szerokiej gamy usług w środowisku zamieszkania seniorów, co daje im szansę przeżycia lat późnej starości we własnym domu, nieraz nawet do ostatniego dnia życia. Wybór opcji „domowej" nie prowadzi jednak do likwidowania stacjonarnych placówek opieki długoterminowej, ponieważ w przypadku bardzo daleko posuniętej niesprawności seniorów stanowią one zazwyczaj jedyne miejsce, w którym można zapewnić im kompleksową opiekę.

W krajach Unii Europejskiej wyraźnie preferuje się tę właśnie „domową" opcję, uzasadniając jej wybór tak względami społecznymi (jest to opcja w obecnej praktyce opiekuńczej dominująca, a w badaniach opinii społecznej najczęściej wskazywana jako optymalna[10]), jak i względami ekonomicznymi (koszty opieki domowej są niższe niż koszty opieki instytucjonalnej). Dąży się do tego, aby dostęp do opieki długoterminowej był powszechny[11], a poziom świadczonych usług – jak najwyższy (*Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej* 2008, s. 4 i 7). Na gruncie opieki domowej powiązanie zasady powszechności dostępu do usług z zasadą troski o ich wysoką jakość jest szczególnie wyraźne. Ujawnia się przede wszystkim wówczas, gdy osoba w sędziwym wieku nie może liczyć na systematyczną pomoc ze strony nieformalnych opiekunów, to znaczy członków rodziny, przyjaciół czy innych osób z najbliższego otoczenia i zdana jest na pomoc formalną, świadczoną przez osoby reprezentujące lokalne placówki opieki domowej. Jeśli placówek o takim profilu nie ma w miejscu jej zamieszkania, lub gdy istnieją, ale świadczą usługi niskiej jakości, wówczas brak jest obiektywnych warunków do pełnej realizacji powyższych zasad. Podobnie dzieje się w przypadku, gdy osoba w sędziwym wieku, dysponująca niewielkimi środkami finansowymi, nie jest w stanie opłacić sobie usług opiekuńczych o wysokim standardzie i musi zadowolić się korzystaniem z takich, które są wprawdzie darmowe lub tanie i łatwo dostępne, ale ich jakość pozostawia wiele do życzenia.

[10] Świadczy o tym fakt, że w badaniach przeprowadzonych w 2007 roku we wszystkich krajach Unii Europejskiej opcja „instytucjonalna" uzyskała poparcie jedynie niewielkiego odsetka respondentów – w skali całej Unii poparło ją średnio 10%; najwięcej jej zwolenników odnotowano w Słowenii (32%), a najmniej – w Polsce (3%) (*Health and long-term care in the European Union* 2007, s. 67).

[11] Chodzi zarówno o powszechną dostępność w sensie przestrzennym, to znaczy możliwość korzystania z usług wchodzących w skład opieki długoterminowej w każdym miejscu zamieszkania (a nie tylko w większych miejscowościach), jak i o to, aby dostęp do nich nie był ograniczany możliwościami finansowymi beneficjentów, ani uzależniony od ich dochodów czy statusu materialnego.

Droga do pełnego wdrożenia w życie słusznych i szlachetnych w założeniu zasad, na których ma się opierać funkcjonowanie systemu opieki długoterminowej w krajach unijnych, nie jest prosta. Podejmuje się jednak działania zmierzające do zmniejszenia dystansu między teoretycznymi założeniami a ich praktyczną realizacją. Dotyczą one przede wszystkim kwestii podstawowej, jaką jest określenie sposobu finansowania systemu opieki długoterminowej, a w jego ramach usług wykonywanych w domach podopiecznych. Generalnie rzecz ujmując, próbuje się wybierać takie rozwiązania, które przyczyniają się do redukcji kosztów opieki ponoszonych przez odbiorców usług. Polegają one na przykład na: zwalnianiu podopiecznych ze współfinansowania usług lub uzależnianiu wysokości współfinansowania od posiadanego przez nich dochodu; pokrywaniu ze środków państwowych wydatków na długoterminową opiekę dla osób z ubogich rodzin; udzielaniu dodatkowego wsparcia finansowego i socjalnego osobom w podeszłym wieku, niesamodzielnym i niepełnosprawnym; udzielaniu subwencji państwowych na korzystanie z usług świadczonych przez prywatne placówki opiekuńcze (*Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej* 2008, s. 5).

Zakres redukcji kosztów opieki ponoszonych przez beneficjentów zależy przede wszystkim od poziomu jej finansowania z głównego źródła, jakim w większości krajów są fundusze publiczne. Podejmowane przez poszczególne kraje decyzje co do ilości środków przeznaczanych na finansowanie opieki długoterminowej zależą nie tylko od poziomu ich zamożności, ale także od rangi ważności, jaką w hierarchii celów prowadzonej przez nie polityki społecznej zajmuje dążność do zapewnienia opieki najsłabszym członkom społeczeństwa. Z badań przeprowadzonych w 2010 roku pod egidą *European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI)* w ramach projektu poświęconego ocenie potrzeb opiekuńczych w krajach Unii Europejskiej wynika, że poziom finansowania całokształtu opieki długoterminowej jest w nich bardzo zróżnicowany. Największy procent PKB (średnio 1,6) przeznaczają na ten cel kraje położone w Europie Północnej i Zachodniej. Pierwsze miejsca na liście krajów wyróżniających się w tym zakresie hojnością zajmują Szwecja i Holandia, które przeznaczają na finansowanie opieki długoterminowej ponad 2% swego PKB, a udział środków zarezerwowanych na opiekę nad seniorami jest w nich wyższy niż w pozostałych krajach zaliczonych do tej grupy. Na przeciwległym biegunie sytuują się byłe kraje socjalistyczne, w których nakłady są niewielkie i wynoszą średnio zaledwie 0.3% PKB (Kraus, Riedel, Mot i wsp. 2011, s. 14–15 i 19).

Wielkość nakładów na opiekę długoterminową[12] nie pozostaje bez wpływu na zakres i formy oferowanych w jej ramach usług. Usługi dostępne w ramach „domowej" opcji sprawowania opieki mogą albo uzupełniać działania członków rodzin podopiecznych lub/i ich innych nieformalnych opiekunów, albo całkowicie je zastępować. W praktyce częściej ma miejsce ta pierwsza sytuacja (tab. 5).

[12] Nakłady te są zdecydowanie wyższe w takich krajach jak Dania, Holandia, Luksemburg czy Norwegia, gdzie osoby starsze i niepełnosprawne mają uprawnienia do korzystania z szerokiego zakresu świadczeń pielęgnacyjnych. W 2009 roku stanowiły tam one około ¼ bieżących wydatków na opiekę zdrowotną. Natomiast w krajach Europy Wschodniej i Południowej, gdzie formalne usługi opiekuńcze są słabo rozwinięte, udział wydatków na opiekę długoterminową w ogólnych wydatkach na opiekę zdrowotną jest znacznie niższy (Baran 2013, s. 50).

Tab. 5. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej korzystających z formalnej długoterminowej opieki domowej w wybranych krajach Unii Europejskiej po roku 2000

Kraj	Rok	Odsetek seniorów korzystających z opieki formalnej
Holandia	2009	21.0
Dania	2008	20.0
Austria	2005	14.4
Szwecja	2008	9.4
Belgia	2004	7.4
Czechy	2006	7.2
Luksemburg	2007	7.0
Wielka Brytania	2004	6.9
Niemcy	2008	6.6
Francja	2007	6.5
Irlandia	2004	6.5
Węgry	2008	6.4
Finlandia	2008	6.3
Grecja	2007	5.6
Włochy	2005	4.9
Hiszpania	2008	4.7
Portugalia	2006	4.3
Malta	2008	4.0
Estonia	2008	2.3
Słowacja	2005	2.3
Słowenia	2009	1.8
Polska	2009	1.7
Łotwa	2008	1.6
Litwa	2007	0.6
Rumunia	2009	0.3

Źródło: *Long-Term Care for the Elderly,* Luxembourg 2012, Publication Office of the European Union, s. 73 i 153–154

Można wskazać co najmniej dwie przyczyny jej występowania. Pierwsza ma swoje źródło w silnie zakorzenionym w świadomości społecznej przekonaniu, że opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny winni sprawować w pierwszej kolejności ich krewni lub powinowaci[13], a dopiero w przypadku ich braku, względnie niezdolności do wykonywania czynności opiekuńczych, można decydować się na korzystanie z pomocy osób trzecich. Druga przyczyna ma związek ze stopniem do-

[13] Taki pogląd wyraziła ponad połowa (54%) Europejczyków – uczestników badania na temat zdrowia i opieki długoterminowej, przeprowadzonego w 2007 roku we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej. Między mieszkańcami poszczególnych krajów zarysowały się jednak spore różnice w tym zakresie. Przekonanie o powinności opieki rodziny nad niesamodzielnymi krewnymi najczęściej wyrażali mieszkańcy dawnych krajów socjalistycznych, a wśród nich przede wszystkim Polacy (86%) i Bułgarzy (80%), najrzadziej natomiast mieszkańcy krajów położonych w północnej Europie, przede wszystkim Szwedzi (17%) i Duńczycy (22%) (*Health and long-term care in the European Union* 2007, s. 67).

stępności domowych usług opiekuńczych. Nie zawsze w miejscu zamieszkania podopiecznych występuje równowaga między zapotrzebowaniem na takie usługi a ich podażą[14]. Nawet jednak wtedy, gdy ta równowaga istnieje, to czas przeznaczony na realizację usług w domach poszczególnych podopiecznych jest limitowany, więc siłą faktu ta zewnętrzna pomoc nie może zastąpić w pełni opieki sprawowanej przez rodzinę. Bywa też, o czym już wcześniej wspomniano, że przeszkodę w korzystaniu z usług, za które trzeba płacić, stanowią ograniczone możliwości finansowe seniorów (lub ich rodzin).

Sposób organizacji pozarodzinnej opieki długoterminowej nad niesamodzielnymi seniorami nie jest w krajach unijnych jednolity. Można wyróżnić cztery główne typy tej organizacji. Pierwszy z nich, charakteryzujący się świadczeniem szeroko dostępnych usług wysokiej jakości, wykonywanych przez fachowy personel, lecz wyraźnie limitowanych czasowo[15], występuje w krajach Europy Północnej. Jest przykładem systemu, w którym główną odpowiedzialność za organizowanie usług opiekuńczych ponosi państwo.

Na zupełnie odmiennych zasadach działa system opieki domowej w krajach położonych na południu Europy, takich jak Włochy, Grecja czy Hiszpania. Tam niedobory bezpłatnych lub bardzo tanich, lecz wąsko zakrojonych usług finansowanych z funduszy publicznych rekompensuje praca prywatnie zatrudnianych opiekunek, najczęściej imigrantek pochodzących z krajów o niższej stopie życiowej, między innymi z byłych krajów socjalistycznych. Bardzo często zamieszkują one u swych podopiecznych, sprawując nad nimi całodobową pieczę. Ponieważ z reguły nie posiadają fachowego przygotowania do sprawowania opieki, są nisko opłacane, co sprawia, że na ich zatrudnienie mogą sobie pozwolić nawet mniej zamożne osoby.

Jeszcze inne podejście do rozwiązywania problemów związanych z organizacją domowej opieki długoterminowej prezentują Francja i Belgia, które zdecydowały się na wprowadzenie systemu specjalnych voucherów (bonów) na usługi opiekuńcze. Korzystanie z tych bonów daje nie tylko możliwość poszerzenia zakresu usług formalnie przyznanych osobom w zaawansowanym wieku z tytułu ich niesamodzielności i finansowanych ze środków publicznych, ale także umożliwia wybór placówki usługowej, z której oferty chce się skorzystać. W polityce społecznej tych krajów, a w szczególności Francji, kładzie się duży nacisk na wspieranie rozwoju sektora usług domowych, między innymi poprzez zachęcanie do nabywania bonów opiekuńczych[16], a z drugiej strony poprzez stwarzanie osobom chętnym szans na zdobycie kwalifikacji opiekuna (Surdej, Brzozowski 2012, s. 10–11). Powyższe rozwiązania można odczytać jako wyraz pewnego kompromisu między złożeniem całej odpowiedzialności za organizowanie długoterminowej opieki w ręce państwa,

[14] Z tego względu w krajach członkowskich Unii Europejskiej kładzie się obecnie duży nacisk na rozwój lokalnych placówek świadczących usługi opiekuńcze oraz programów kształcenia kadr w tym zakresie (*Long-Term Care in the European Union* 2008, s. 35).

[15] Na przykład w Szwecji podopieczny otrzymuje w skali tygodnia średnio niecałe 3 godziny usług, a w Danii 4–6 godzin (*Long-Term Care for the Elderly...* 2012, s. 94).

[16] We Francji istnieją dwa typy bonów opiekuńczych: takie, które osoba zainteresowana może wykupić w swoim banku oraz takie, które można zakupić jedynie u akredytowanego dostawcy. Te ostatnie mogą być wydawane pracownikom przez prywatne przedsiębiorstwa jako niepieniężna forma dodatkowego wynagrodzenia lub przez firmy ubezpieczeniowe czy fundusze emerytalne (Surdej, Brzozowski 2012, s. 11).

a uznaniem, że jego rola winna być w tej dziedzinie ograniczona, natomiast główna odpowiedzialność spoczywa na barkach samych zainteresowanych i ich bliskich.

Przykład podejścia akcentującego konieczność współdziałania państwa i obywateli w tworzeniu gwarancji długoterminowej opieki w sytuacji niesamodzielności funkcjonalnej stanowi również rozwiązanie przyjęte w Niemczech. Zgodnie z nim, każda osoba ma prawo do takiej opieki w ramach ubezpieczenia opiekuńczego, które ma charakter obligatoryjny i obejmuje zarówno osoby ubezpieczone w kasie chorych, jak i korzystające z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (Schulz 2010, s. 1).

Krajom z byłego bloku socjalistycznego, których staż członkowski w Unii Europejskiej jest relatywnie krótki, daleko jeszcze do osiągnięcia takiego stanu w zakresie organizacji domowej opieki długoterminowej, jaki zdołały wypracować przez lata „stare" kraje unijne, uważane za liderów w tej dziedzinie. Byłoby niesprawiedliwością twierdzenie, że nie podejmują one żadnych wysiłków na rzecz polepszenia jakości opieki dla osób w zaawansowanym wieku[17], ale obiektywnie oceniając, trzeba uznać, że istniejący w tym zakresie stan nie jest na razie zadowalający. Sieć placówek świadczących usługi opiekuńcze jest słabo rozwinięta, a w rezultacie dostęp do opieki – ograniczony. Jedynie osoby zupełnie samotne, o znacznym stopniu niesamodzielności funkcjonalnej, mają szansę uzyskać wydatniejszą pomoc opiekuńczą ze strony instytucji zobowiązanych do jej świadczenia. Natomiast pozostali seniorzy muszą albo korzystać z płatnej pomocy (o ile mogą sobie na to finansowo pozwolić), albo liczyć na pomoc rodziny, względnie innych osób z najbliższego otoczenia.

Trzeba tutaj podkreślić, że pomoc ze strony rodziny stanowi ważną formę opiekuńczego wsparcia niesamodzielnych seniorów nie tylko w krajach wschodnioeuropejskich, ale także i tam, gdzie system formalnej opieki domowej jest rozbudowany i działa sprawnie. Wprawdzie z danych zawartych w tabeli 6, ukazujących informacje opracowane na podstawie rezultatów badań przeprowadzonych w roku 2006/2007 w ramach programu SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*[18] wynika, że są kraje, w których większy udział w opiece nad seniorami mają osoby spoza rodziny niż jej członkowie, ale na gruncie europejskim są one wyjątkiem.

Niesamodzielni seniorzy spędzający swoją późną starość w środowisku domowym, wśród członków rodziny, pozostają najczęściej pod opieką kobiet (przede wszystkim żon lub/i córek). Mężczyźni, generalnie rzecz ujmując, rzadziej podejmują zadania opiekuńcze, ale faktyczny zakres ich aktywności w tej dziedzinie zależy głównie od wieku i związanej z nim sytuacji zawodowej. Starsi wiekiem i przebywający już na emeryturze mężowie dość często angażują się w opiekę nad swoimi potrzebującymi pomocy żonami, natomiast zaangażowanie opiekuńcze młodszych wiekiem i pracujących zawodowo synów jest zdecydowanie mniejsze. Niewielki jest

[17] Wyrazem pozytywnych poczynań w tym zakresie są na przykład podejmowane w Polsce, Słowenii i na Węgrzech prace zmierzające do wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia opiekuńczego, wzorowanego na rozwiązaniu przyjętym w Niemczech (*Long-Term Care for the Elderly…* 2012, s. 129).

[18] Program SHARE funkcjonuje od 2004 roku. Referowane badania były przeprowadzone w ramach jego drugiej edycji w 14 krajach wśród ponad 32 tysięcy respondentów, reprezentujących ponad 22 tysiące gospodarstw domowych. Badano osoby w wieku 50 lat i więcej oraz ich współmałżonków(ki), niezależnie od ich wieku (*Long-Term Care for the Elderly...* 2012, s. 69).

Tab. 6. Domowa opieka rodzinna i pozarodzinna nad osobami starszymi w wybranych krajach Europy (w procentach)

Kraj	Kategoria opiekunów	Stopień niesprawności podopiecznych	
		Umiarkowany	Znaczny
Austria	Wyłącznie członkowie rodziny	54.3	57.6
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	11.4	23.7
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	34.3	18.6
Belgia	Wyłącznie członkowie rodziny	35.8	27.5
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	9.4	45.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	54.7	27.5
Czechy	Wyłącznie członkowie rodziny	78.2	79.5
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	7.3	16.1
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	14.5	4.5
Dania	Wyłącznie członkowie rodziny	23.5	29.7
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	13.7	23.4
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	62.7	46.9
Francja	Wyłącznie członkowie rodziny	25.6	20.2
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	14.0	39.4
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	60.5	40.4
Grecja	Wyłącznie członkowie rodziny	89.7	86.7
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	0.0	12.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	10.3	1.2
Hiszpania	Wyłącznie członkowie rodziny	75.2	66.7
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	7.7	25.6
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	17.1	7.7
Holandia	Wyłącznie członkowie rodziny	32.3	25.9
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	6.5	18.5
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	61.3	55.6
Irlandia	Wyłącznie członkowie rodziny	55.6	54.5
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	25.9	31.8
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	18.5	13.6
Niemcy	Wyłącznie członkowie rodziny	81.8	64.6
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	6.1	22.9
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	12.1	12.5
Polska	Wyłącznie członkowie rodziny	100.0	100.0
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	0.0	0.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	0.0	0.0
Szwecja	Wyłącznie członkowie rodziny	52.4	53.2
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	14.3	17.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	33.3	29.8
Włochy	Wyłącznie członkowie rodziny	78.6	72.1
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	4.3	24.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	17.1	3.9

Źródło: *Long-Term Care for the Elderly,* Luxembourg 2012, Publication Office of the European Union, s. 155

także wkład opiekuńczy rodzeństwa seniorów, a jeszcze mniejszy – osób bliskich spoza rodzinnego kręgu, na przykład przyjaciół czy sąsiadów[19].

Istotnym wsparciem dla wielu rodzin, które z różnych względów nie mogą zapewnić swoim bliskim wystarczającej opieki na starość, jest pomoc ze strony osób wykonujących usługi opiekuńcze odpłatnie, ale działających poza granicami formalnie zorganizowanego w danym kraju systemu opieki. Taka sytuacja jest typowa, o czym już wcześniej wspominano, dla krajów Europy Południowej, ale w większym lub mniejszym zakresie występuje także w innych krajach europejskich. Osoby podejmujące odpłatną pracę opiekuńczą (w zdecydowanej większości kobiety) są angażowane albo „na godziny", z reguły do wykonania ściśle określonych czynności, albo przebywają ze swoimi podopiecznymi przez całą dobę. W tym ostatnim przypadku dochodzi niejednokrotnie do pewnej zażyłości z podopiecznymi, co zmienia w istotny sposób charakter wzajemnych odniesień. Wówczas opiekunki przestają być tylko wykonawczyniami ściśle określonych czynności pielęgnacyjnych czy gospodarczych, lecz stają się także towarzyszkami życia swych sędziwych podopiecznych.

Opieka domowa nad sędziwymi seniorami – zadania dla Polski

Dotychczasowe rozważania, poświęcone różnym aspektom opieki nad niesamodzielnymi seniorami w starzejącej się demograficznie Europie, rzuciły pośrednio pewne światło na sytuację panującą w tym zakresie w Polsce. Nie przedstawia się ona korzystnie, jeśli oceniać ją z punktu widzenia wysokości nakładów finansowych przeznaczanych na organizację opieki długoterminowej[20] czy rozwój sieci domowych usług opiekuńczych. Poważnym mankamentem polskiego systemu opieki nad seniorami jest też niewystarczający stan opieki geriatrycznej, czego przejawem jest zbyt mała, w stosunku do istniejących potrzeb, liczba personelu medycznego o specjalistycznym przygotowaniu oraz łóżek na szpitalnych oddziałach geriatrycznych. Zdaniem ekspertów, właściwa opieka geriatryczna może być zapewniona wówczas, gdy na 100 tysięcy mieszkańców przypada średnio 2 geriatrów, a na 10 tysięcy ludności w wieku powyżej 65 lat – średnio 1.2 geriatry (Kropińska, Wieczorowska-Tobis 2009, s. 14). Tymczasem w Polsce w 2012 roku przypadało 0.7 geriatry na 100 tysięcy mieszkańców i 0.5 geriatry na 10 tysięcy osób w wieku senioralnym, a liczba łóżek geriatrycznych wynosiła 1.5 na 100 tysięcy mieszkańców i 1.1 na 10 tysięcy osób w wieku 65 lat i więcej (*Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* 2014, s. 12)[21].

[19] Według przytaczanych już badań SHARE, przeprowadzonych w 14 krajach europejskich, udział mężów w sprawowaniu opieki nad żoną wynosił średnio 44%, a udział rodzeństwa, przyjaciół i sąsiadów – średnio 25%. W Polsce udział mężów był nieco wyższy od średniej i wynosił 50.4%, natomiast udział pozostałych nieformalnych opiekunów był niższy i wynosił 13% (*Long-Term Care for the Elderly…* 2012, s. 106).

[20] Na przykład w 2009 roku nakłady te wynosiły jedynie 5% ogółu wydatków bieżących na opiekę zdrowotną i były ponad dwukrotnie niższe od średniej dla krajów OECD. Warto też dodać, że udział środków publicznych przeznaczonych na finansowanie całokształtu opieki zdrowotnej wynosił w tym czasie w Polsce – w przeliczeniu na 1 osobę –1006 USD, co stanowiło niespełna 43% średnich wydatków publicznych dla krajów OECD (Baran 2013, s. 50 i 52).

[21] Tytuł specjalisty z zakresu geriatrii posiadało w 2012 roku 275 lekarzy, natomiast tytuł specjalisty z zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego (według stanu z października 2013

Ocena istniejącej w Polsce sytuacji w zakresie opieki długoterminowej nad seniorami nie byłaby jednak obiektywna, gdyby skupić uwagę wyłącznie na negatywach. Trzeba też dostrzegać to, co na europejskim tle stanowi jej pozytywny wyróżnik, a mianowicie szeroki udział rodzin w opiece nad swymi sędziwymi krewnymi, wynikający z głęboko zakorzenionego w świadomości zdecydowanej większości Polaków przekonania, że stary człowiek winien spędzać ostatni okres swego życia nie w zakładzie opieki, lecz we własnym domu, wspierany w miarę możliwości głównie przez członków rodziny, a nie wyłącznie przez obce osoby wykonujące usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze. Wyniki badań empirycznych dostarczają dowodów na to, że w Polsce poczucie powinności opiekuńczej w stosunku do sędziwych krewnych, znajdujące swój wyraz nie tylko w słownych deklaracjach, ale także w konkretnych czynach, jest bardziej widoczne niż w innych krajach europejskich, w szczególności położonych w zachodniej i północnej części kontynentu[22].

Oczywiście możliwe jest też przyjęcie innej interpretacji służącej wyjaśnieniu zjawiska szerokiego udziału polskich rodzin w opiece nad ich sędziwymi krewnymi. Można mianowicie twierdzić, że taki stan rzeczy wynika nie tyle z silnych więzi emocjonalnych łączących młodsze generacje z najstarszym pokoleniem, lecz jest po prostu koniecznością, spowodowaną niedorozwojem innych możliwości zapewnienia starym, niesamodzielnym krewnym godziwej opieki. Choć można by dyskutować, czy interpretacja podająca w wątpliwość znaczenie więzi rodzinnych jako podstawy podejmowania działań opiekuńczych wobec sędziwych krewnych jest w pełni słuszna, nie sposób zaprzeczyć, że argument o niewystarczającym stopniu rozwoju pozarodzinnych form opieki jest jak najbardziej uzasadniony. Dlatego też w katalogu zadań, jakie stoją przed podmiotami odpowiedzialnymi za kształt i kondycję polskiej polityki senioralnej, podjęcie działań ukierunkowanych na niwelowanie tego poważnego braku winno zajmować bardzo ważne miejsce. Równie ważnym zadaniem winno być dążenie do poprawy stanu opieki geriatrycznej.

---

roku) – 375 pielęgniarek (*Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* 2014, s. 12). Dla porównania warto podać dane z wybranych krajów europejskich reprezentujących różne modele organizacji opieki długoterminowej dla seniorów. Liczba lekarzy geriatrów w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców i 10 tysięcy osób w wieku senioralnym pod koniec lat 2000. wynosiła: w Szwecji – odpowiednio 7.7 i 4.2; w Danii – 3.1 i 2.0; w Hiszpanii – 2.2 i 1.3; w Belgii – 2.9 i 1.7; w Czechach 2.1 i 1.2; w Słowacji – 3.1 i 2.6, zaś wskaźniki obrazujące liczbę łóżek geriatrycznych kształtowały się następująco: Szwecja – 24.4 i 14.0; Dania – 10.5 i 6.7; Belgia – 72.1 i 42.2; Czechy – 5.9 i 3.4; Słowacja – 14.3 i 11.9 (Kropińska, Wieczorowska-Tobis 2009, s. 14). Można przypuszczać, że obecnie wartości analizowanych wskaźników są we wspomnianych krajach jeszcze wyższe niż kilka lat temu.

[22] Świadczą o tym, między innymi, dane zawarte w przypisie 10 oraz w tabeli 6 niniejszego tekstu, a także informacje pochodzące z czwartej rundy badań przeprowadzonych w ramach programu SHARE w latach 2011–2012, w których uczestniczyło 14 krajów europejskich. Z badań tych wynika, że odsetek osób, które w ostatnim roku swego życia pozostawały pod opieką rodziny był w Polsce wyższy niż w pozostałych krajach (na przykład pod opieką dzieci pozostawało w Polsce 38%, a w całej badanej próbie – 33.8%), natomiast zdecydowanie niższy – w porównaniu z pozostałymi krajami – był w Polsce odsetek osób, które w ostatnim roku życia korzystały z pomocy zawodowego opiekuna (wynosił on odpowiednio 7 i 22%). Polska znalazła się też (obok Grecji i Włoch) w grupie krajów o relatywnie wysokim odsetku osób umierających w domu, a nie w zakładzie opieki czy szpitalu (Kalbarczyk-Stęclik, Nicińska 2013, s. 68–69).

Konieczność realizacji tych zadań wynika przede wszystkim z przesłanek demograficznych („podwójne" starzenie się ludności) i społecznych (ograniczenie możliwości sprawowania opieki przez rodzinę). Nie bez znaczenia jest także i to, że w procesie sprawowania opieki nad coraz dłużej żyjącymi seniorami wzrasta rola działań pielęgnacyjnych, których wykonywanie wymaga specjalnych umiejętności. Nie posiadają ich z reguły członkowie rodzin seniorów, którzy dotąd stanowią główny i najczęściej jedyny podmiot opieki. Dlatego w przyszłości niezbędne stanie się włączanie do procesu opieki domowej osób profesjonalnie przygotowanych do stosowania nowoczesnych sposobów pielęgnacji (Błędowski, Wilmowska-Pietruszyńska 2009, s. 9). Zorganizowanie i rozwój procesu ich kształcenia jawi się więc jako kolejne zadanie do wykonania w ramach budowania spójnego systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi.

Zbudowanie systemu opieki długoterminowej zostało uznane za jeden z priorytetów polskiej polityki senioralnej, której zręby określono w dokumencie *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*[23]. Wytyczone w tym dokumencie cele działania, merytorycznie powiązane z kwestią opieki długoterminowej, mają w założeniu doprowadzić, m.in., do:

- zapewnienia osobom starszym opieki medycznej przez zbudowanie systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej, obejmującego: podstawową opiekę zdrowotną oraz specjalistyczną (ambulatoryjną), dzienną, domową i stacjonarną opiekę geriatryczną,
- poprawy dostępu do usług opiekuńczych, co pozwoli osobom starszym i/lub o ograniczonej samodzielności pozostać jak najdłużej we własnym środowisku,
- zapewnienia wsparcia osobom starszym mieszkającym w jednoosobowych gospodarstwach domowych poprzez systematyczny monitoring ich potrzeb oraz koordynowanie opieki we współpracy z lekarzem, pielęgniarką rodzinną i innymi podmiotami,
- opracowania minimalnych standardów teleopieki i innych form niebezpośrednich usług opiekuńczych wykorzystujących nowe technologie,
- rozwoju systemu świadczeń pieniężnych, w naturze lub czeków na pokrycie wydatków na usługi i produkty związane z opieką,
- aktywizacji środowisk lokalnych w celu tworzenia społecznych (sąsiedzkich) metod samopomocy przy wykorzystaniu nowych technologii.

W omawianym dokumencie nie ograniczono się wyłącznie (co należy uznać za jego walor) do wyartykułowania tych zadań, których realizacja ma służyć lepszemu zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych samych osób niesamodzielnych, ale wskazano też kierunki działań umożliwiających budowanie systemu wsparcia dla opiekujących się nimi członków rodzin, a mianowicie:

- opracowanie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekunom łączenie pracy i opieki,
- stworzenie szerokiego dostępu do informacji o możliwościach wsparcia dla opiekunów nieformalnych,
- umożliwienie opiekunom udziału w szkoleniach i wymianie doświadczeń dotyczących problemów opieki nad osobami starszymi,

[23] Dokument ten został oficjalnie przyjęty uchwałą Rady Ministrów, która weszła w życie z dniem 4 lutego 2014 roku (*Uchwała nr 238 Rady Ministrów...*, M.P., poz. 118).

– umożliwienie opieki długo- i krótkotrwałej nad osobą starszą, na przykład w przypadku hospitalizacji opiekuna,
– rozwój wolontariatu opiekuńczego w środowisku lokalnym (*Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej*… 2014, s. 18, 20–21).

Jest oczywiste, że osiągnięcie powyższych celów nie jest możliwe od razu, wymaga wielu lat pracy i określenia kolejności ich realizacji. Z przedstawionej w tym opracowaniu analizy wynika, że do zadań szczególnie pilnych, które powinny być podjęte w pierwszej kolejności, należy zaliczyć – obok koniecznego wzmocnienia stanu opieki geriatrycznej – rozbudowę pozarodzinnych form opieki domowej. Ich rozwój winien prowadzić z jednej strony do przynajmniej częściowego odciążenia opiekunów rodzinnych od przekraczającego niejednokrotnie ich siły obowiązku sprawowania opieki nad sędziwymi krewnymi, a z drugiej strony umożliwić zapewnienie opieki domowej tym seniorom, którzy z różnych przyczyn są zupełnie pozbawieni wsparcia rodzinnego. W takim kierunku idą propozycje zawarte w projekcie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, przygotowanym przez grupę roboczą działającą przy Klubie Parlamentarnym Platformy Obywatelskiej[24]. Zgodnie z jego założeniami, opieka domowa może być świadczona w formie usług wykonywanych przez profesjonalnych opiekunów, bądź też sprawowana przez członków rodziny osoby niesamodzielnej. Projekt przewiduje wprowadzenie tzw. czeków opiekuńczych na pokrycie należności za świadczone usługi opiekuńcze, określa też konkretne uprawnienia dla opiekunów rodzinnych. Ci, którzy z racji sprawowania opieki zrezygnują z wykonywania pracy zawodowej lub przejdą na urlop bezpłatny, będą mieli pokrywane składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe i zdrowotne, natomiast łączący pracę z opieką będą mogli skorzystać z opieki zastępczej nad podopiecznym w czasie przeznaczonym na swój urlop wypoczynkowy, leczenie szpitalne, sanatoryjne lub rehabilitację. Ponadto pracodawcy opiekunów rodzinnych łączących pracę z opieką będą zobowiązani do zapewnienia im warunków pracy minimalizujących ryzyko kolizji wynikające z równoczesnego pełnienia obu ról (*Ustawa o pomocy niesamodzielnym [projekt]*).

Zarówno priorytety zadaniowe zawarte w przytoczonym powyżej dokumencie rządowym, jak i propozycje zamieszczone w projekcie charakteryzowanej ustawy, wytyczają kierunek działań zmierzających do uzupełnienia istniejących obecnie braków w sposobie organizacji opieki domowej i nadania mu kształtu umożliwiającego uwzględnienie uzasadnionych potrzeb nie tylko samych osób niesamodzielnych, ale również ich opiekunów. Jeśli zamierzenia przedstawione w obu dokumentach uda się wprowadzić w życie, to poziom polskiego systemu opieki domowej przybliży się wyraźnie do stanu odpowiadającego uznanym standardom europejskim. Czy jednak ten ambitny cel zostanie osiągnięty – pokaże dopiero przyszłość.

[24] Grupa ta pracowała pod przewodnictwem senatora Mieczysława Augustyna. Projekt ustawy, zaprezentowany oficjalnie na posiedzeniu senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej w dniu 23 kwietnia 2013 roku został skierowany do oceny w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwie Zdrowia i biurze legislacyjnym Senatu.

Bibliografia

Ageing in the Twenty- First Century. A Celebration and A Challenge . Executive Summary. (2012). New York: UNFPA.

Baran A. (2013). *Wydatki na opiekę zdrowotną w krajach OECD*. Wiadomości Statystyczne, 5, s. 42–53.

Błędowski P., Wilmowska-Pietruszyńska A. (2009). *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*. Polityka Społeczna, 7, s. 9–13.

Czepulis-Rutkowska Z. (2013). *Nowe ryzyka socjalne.* Polityka Społeczna, 11–12, s. 9–14.

Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej. (2008). Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.

EUROPOP2010. [online:] http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do

Health and long-term care in the European Union. (2007). Special Eurobarometer, 283. [online] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

Kalbarczyk-Stęclik M., Nicińska A. (2013). *Ostatni rok życia Polaków w świetle danych SHARE: analiza porównawcza.* Studia Demograficzne, 1(163), s. 53–72.

Kalliomaa-Puha L. (2013). *Czy Finlandia poradziła już sobie z nowymi ryzykami społecznymi?* Polityka Społeczna, 11–12, s. 38–43.

Kraus M., Riedel M., Mot E., Willemé P., Röhrling G., Czypionka T. (2011). *A Typology of Long-Term Care Systems in Europe.* ENERI Research Report No. 91. [online:]

http://www.ancien-longtermcare.eu

Kropińska S., Wieczorowska-Tobis K. (2009). *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy.* Geriatria, 3, s. 12–16.

Long-term Care in the European Union. (2008). [online:] http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en

Long-term Care for the Elderly. *Provisions and Providers in 33 European Countries.* (2012). Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Population Ageing and Development 2012. (2012). New York: United Nations.

Schulz E. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in Germany*. ENERI Research Report No.78. [online:] http://www.ancien-longtermcare.eu

Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. (2011). Warszawa: GUS.

Surdej A., Brzozowski J. (2012). *Rozwój systemu usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych we Francji: implikacje dla Polski.* Polityka Społeczna, 1, s. 8–13.

Szwałkiewicz E. (2011). *Opieka długoterminowa w Polsce.* Wspólne Tematy, 1, s. 18–20.

The 2012 Ageing Report: Underlying Assumption and Projection Methodologies. European Economy, 4/2011. Brussels: European Comission.

Twardowska-Rajewska J. (2009). *Opieka nad niesprawnym seniorem w środowisku – rozwiązania modelowe i rzeczywistość*. W: E. Apanel (red.), *Opieka i wychowanie – tradycja i problemy współczesne.* Kraków: Impuls, s. 243–252.

Ustawa o pomocy niesamodzielnym (projekt). [online:]

http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles

Uścińska G. (2007). *Aktualne problemy systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce.* Polityka Społeczna, 7, s. 1–7.

Uścińska G. (2013a). *Ryzyko jako przesłanka ochrony w systemie zabezpieczenia społecznego*. Polityka Społeczna, 11–12, s. 3–9.

Uścińska G. (2013b). *Ryzyko niesamodzielności w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości*. Polityka Społeczna, 11–12, s. 11–17.

Word Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advanced Tables (2013). New York: United Nations.

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. (2014). Załącznik do Uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. Monitor Polski, poz. 118.

Long-term home care over dependent elderly in ageing Europe

Abstract

The demographically ageing European countries witness a rapid increase in the ratio of very old seniors whose growing functional dependence calls for long-term care. Organizing and developing a long-term care system is among the priorities of social policy in the European Union member states. The strongest emphasis is placed on the development of long-term care in the home, preferred by the overwhelming majority of Europeans. The article presents a few chosen aspects of the functioning of in-home long-term care in EU member countries, with special focus on Poland. The main emphasis is placed on the role in home care of the family members of dependent seniors (informal carers) and the role of people representing the local care services (formal carers).

Key words: population ageing, care-dependent seniors, long-term home care

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 34–52

Monika Adamczyk
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Proces starzenia się populacji szansą na wzmocnienie działalności woluntarystycznej i prywatnych przepływów międzypokoleniowych w społeczeństwie polskim

Streszczenie

Poniższa analiza podejmuje próbę ukazania procesu starzenia się w kategorii wyzwania, które może nieść ze sobą rozwój niedocenianych lub pomijanych elementów życia społecznego, takich jak wolontariat i usługi międzypokoleniowe świadczone przez seniorów na rzecz środowiska i swoich najbliższych. W społeczno-ekonomicznych analizach najczęściej pomija się proces przepływu usług i pożytków społecznych w kierunku od osób starszych do osób młodszych. Nadal panuje przekonanie, że jedynym naturalnym kierunkiem jest przepływ odwrotny: od młodych do starszych, wynikający z nieuniknionego pogarszania się wraz z wiekiem stanu zdrowia, zdolności kognitywnych, kompetencji społecznych i zawodowych osób starszych. To przekonanie, w okresie nie tylko wydłużania się średniej życia, ale też podnoszenia się jego jakości, jest nieuprawnione i może odnosić się jedynie do końcowej fazy procesu starzenia się. Punktem wyjścia analizy jest zagadnienie postępujących procesów starzenia się ludności i ich skutków dla ogółu populacji. W dalszej części zostanie krytycznie omówiona koncepcja „apokaliptycznej demografii", bazująca na pięciu elementach: homogenizacji tej zbiorowości, obwinianiu osób starszych, postrzeganiu procesu starzenia się jako problemu społecznego, konfliktu międzypokoleniowego, łączeniu procesu starzenia się jedynie z polityką społeczną. Koncepcja ta wyraźnie pomija zasoby tej grupy osób i wynikające z nich potencjalne korzyści społeczno-ekonomiczne.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się populacji, „apokaliptyczna demografia", wolontariat formalny/nieformalny, przepływy międzypokoleniowe, produktywna aktywność społeczna, kapitał ludzki

Wprowadzenie

W krajach Unii Europejskiej od kilkunastu lat obserwowany jest proces zmiany struktury demograficznej. Jego cechą charakterystyczną jest stale rosnący udział osób starszych w populacji ogółem, jak również spadek umieralności[1]. Starzenie

[1] Rozwój technologii medycznych, nowoczesne metody diagnozowania, upowszechnianie prozdrowotnych stylów życia wpływają na poprawę stanu zdrowia Polaków, co znajduje odzwierciedlenie w spadku natężenia zgonów. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest, po pierwsze, wykorzystanie możliwości niewymagających wysokich nakładów materialnych w dziedzinie ochrony zdrowia (Bolesławski 2004). Po drugie, ogromne znaczenie dla spadku umie-

się społeczeństwa jest konsekwencją malejącej liczby urodzeń i wydłużania się przeciętnego czasu trwania życia ludzkiego, a przede wszystkim przeciętnego czasu dalszego trwania życia po przekroczeniu 60 lat. Średnia długość życia w Polsce wzrosła z 47 lat w 1955 roku do 65 lat w 1995 roku i według prognozy GUS w 2025 roku osiągnie 73 lata (GUS 2009). Naturalną konsekwencją postępującego rozwoju społeczno-gospodarczego kraju jest wydłużanie się życia przy jednoczesnym coraz lepszym stanie zdrowia i sprawności psycho-fizycznej.

Według stanu na dzień 31 marca 2011 roku liczba ludności Polski wynosiła 38,511 mln osób zaliczanych do kategorii faktycznych mieszkańców kraju (GUS 2013, s. 51)[2]. W 2012 roku odnotowano ujemny przyrost rzeczywisty ludności, a tempo ubytku ludności wyniosło 0,01%, co oznacza, że na każde 10 tys. mieszkańców Polski ubywała 1 osoba (ASOS 2013, s. 5)[3]. Z danych dotyczących udziału procentowego poszczególnych grup ekonomicznych w ogólnej liczbie ludności również wyłania się obraz starzejącego się społeczeństwa – stale powiększa się liczba ludności w wieku poprodukcyjnym. Do 2035 r., w porównaniu z 2010 r., wzrośnie udział osób w przedziałach wieku 60/65–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90+, a największą dynamikę wzrostu zaobserwować będzie można wśród osób będących w wieku 90+ (ok. 2,5-krotny wzrost) i 85–89 (2-krotny wzrost). Liczba osób w wieku 75+ wyniesie ok. 4,5 mln w 2035 r. (w 2010 r. liczba ta wynosiła 2,4 mln) (ASOS 2013, s. 6). Na skutek poprawy warunków życia wydłuża się średnia długość życia Polaków. Jeśli prześledzimy średnią długość życia przeciętnego Niemca, Polaka i Estończyka w latach 1999–2010, to możemy zaobserwować wzrost trwania życia ludzkiego i przekroczenie progu sędziwej starości[4]. Powyższą tendencję prezentuje wykres 1.

Według prognozy demograficznej Głównego Urzędu Statystycznego w latach 2012–2035 przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o 4,4 lat dla mężczyzn oraz o prawie 3 lata dla kobiet. Wydłużająca się przeciętna długość życia sprawia, że w perspektywie najbliższych dwudziestu kilku lat nastąpi gwałtowny proces starzenia się ludności (GUS 2009).

---

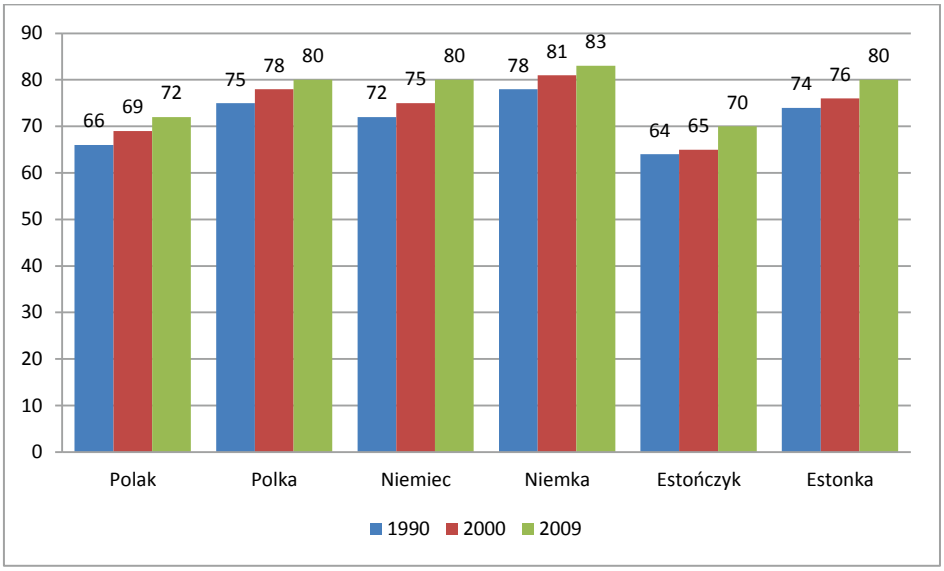
ralności (wynikającego m.in. ze zmiany w stylu życia i jego jakości) ma wzrost wykształcenia społeczeństwa. Badania wykazują, że osoby z wykształceniem wyższym znacznie częściej określaj swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, niż osoby o najniższym poziomie wykształcenia (GUS 2009).

[2] Ludność faktycznie zamieszkała to ogół osób (ogółem lub według określonych cech) zameldowanych na pobyt stały w danej jednostce administracyjnej i faktycznie tam zamieszkałych oraz osób przebywających czasowo i zameldowanych w tej jednostce administracyjnej na pobyt czasowy ponad 3 miesiące (do 2005 roku ponad 2 miesiące) (GUS 2013, s. 32–33).

[3] Przyrost naturalny oznacza różnicę między liczbą urodzeń żywych, a liczbą zgonów w danym okresie. W Polsce od 1999 roku odnotowuje się ujemny przyrost naturalny na terenach miejskich, co jest wynikiem niekorzystnych i pogłębiających się zmian między relacją urodzeń i zgonów na tych obszarach. Lepiej sytuacja wygląda na terenach wiejskich, na których od okresu powojennego utrzymuje się dodatni przyrost naturalny. Stan ten według prognoz GUS będzie trwać do 2019 roku, w ciągu następnych lat sytuacja będzie ulegać zmianie i zgodnie z prognozą GUS na lata 2008–2035 w roku 2035 wyniesie – 50 tysięcy, co będzie liczbą dwukrotnie mniejszą niż w miastach –123 tysiące (GUS 2013, s. 148).

[4] Za starość sędziwą uznaje się przekroczenie 80. roku życia.

W tym miejscu należy wspomnieć o istotnej kwestii będącej konsekwencją demograficznego starzenia się społeczeństwa, a mianowicie o tak zwanej singularyzacji starości. W jej wyniku ma miejsce coraz częstsze samotne zamieszkiwanie osób starszych. W przyszłości wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych będzie się utrzymywał i coraz powszechniejsze samotne zamieszkiwanie osób starszych będzie wymagało zmian w systemie opieki nad nimi, jak również w sposobach organizacji życia codziennego tych osób. Według prognoz GUS w 2030 roku ogółem 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 lat i więcej (Błędowski 2012). Taka sytuacja budzi niepokój, jednak nie można pomijać pozytywnego aspektu starzenia się społeczeństw. Tym pozytywnym następstwem „siwienia populacji" są zasoby kapitału ludzkiego i społecznego posiadane przez osoby starsze, które stanowią cenny społecznie potencjał: doświadczeń, wiedzy i umiejętności. Prezentowany artykuł ma charakter przeglądowy i przedstawia badania dotyczące całej populacji osób starszych. Taki zabieg jest celowy, gdyż umożliwia ukazanie stabilizującego wpływu zasobów osób starszych na życie społeczne. Przedstawione powyżej zjawiska skłaniają z jednej strony do większego zainteresowania się dziedzinami aktywności osób starszych, z drugiej do analizy zdolności społeczeństwa do korzystania z potencjału, jaki generuje aktywność tej grupy. Zanim przedstawione zostanie zagadnienie aktywnego starzenia się, należy odnieść się do podstawowych koncepcji starości obecnych w literaturze przedmiotu i w zasadniczy sposób warunkujących obowiązujące podejście do starości.



Wyk. 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w wybranych krajach UE w latach 1990–2010

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Statystyka Międzynarodowa, http://stat.gov.pl//statystyka-miedzynarodowa/porownania-miedzynarodowe, dostęp 02.05.2014

„Apokaliptyczne" podejście do procesu starzenia się populacji[5]

Bez wątpienia starzenie się ludności w długiej perspektywie czasowej jest jednym z najważniejszych zjawisk, jakie dotykają i będą dotykać społeczeństwa rozwinięte, tak z punktu widzenia gospodarki, jak również z punktu widzenia zasad życia społecznego. Wagę tego problemu dostrzegają również naukowcy, co przekłada się na wzrost liczby publikacji dotyczących tej tematyki. Jak pisze Piotr Szukalski, „percepcji tej towarzyszy w ostatnich dwóch–trzech dekadach szybki przyrost publikacji naukowych poświęconych analizie owego zjawiska na różnorodnych płaszczyznach, którego tempo wielokrotnie przekracza tempo wzrostu liczby seniorów i wydatków publicznych związanych ze starzeniem się populacji" (Szukalski 2006, s. 6).

Proces starzenia się ludności bardzo często postrzegany jest tylko i wyłącznie jako zjawisko niepokojące i pociągające za sobą obciążenie systemu ubezpieczeń społecznych, czy w szerszej perspektywie zabezpieczeń społecznych i takich systemów jak opieka zdrowotna czy usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne. To obowiązujące w wielu środowiskach przekonanie, iż wzrastająca liczba osób starszych równa się „katastrofie społecznej" opiera się na kilku założeniach. Piotr Szukalski wskazuje na kilka istotnych elementów takiego podejścia do starości: homogenizację zbiorowości seniorów; „obwinianie" osób starszych; postrzeganie procesu starzenia się jedynie w kategoriach problemu społecznego; rozbudzanie konfliktów międzypokoleniowych na bazie dyskusji o międzypokoleniowej (nie)sprawiedliwości i (nie) równości; łączenie procesu starzenia się jedynie z polityką społeczną. Jak zauważa Szukalski, demografia apokaliptyczna bazuje także na jeszcze jednym, często pomijanym założeniu: o pogarszaniu się wraz z wiekiem stanu zdrowia, zdolności kognitywnych, kompetencji społecznych i zawodowych osób starszych. To przekonanie zakłada przyjęcie negatywnej postawy wobec starości, która pociąga za sobą wycofywanie się osób starszych z pełnionych ról społecznych (Szukalski 2008, s. 16–17).

Pierwszym z aksjomatów przyjętych w „apokaliptycznym" podejściu do starzenia się populacji jest założenie, że środowisko osób starszych jest homogeniczne. Przyjmuje się, że osoby te nie różnią się między sobą pod względem stanu zdrowia, sprawności psychofizycznej, poczucia sprawności, czy ogólnie mówiąc pod względem zmian biologicznych (Szukalski 2006, s. 7). Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że bardzo ważnym obiektywnym wskaźnikiem procesu starzenia się są zmiany biologiczne następujące w późnej dorosłości, które mają charakter zmian wstecznych. Ich podstawą jest zanik reprodukcyjnych komórek w organizmie człowieka oraz ich stopniowa degeneracja. Z medycznego punktu widzenia przyjmuje się dwa wskaźniki obiektywne procesu starzenia się. Pierwszy z nich to wskaźnik obniżenia sprawności fizycznej, drugi jest określany jako tzw. mnoga patologia. W przypadku wskaźnika obniżenia sprawności fizycznej wskazuje się na następujące elementy: ograniczenie zdolności do wysiłku, zwiększona męczliwość. Czynniki te mogą przekładać się na ograniczenie aktywności w wielu sferach życia oraz na ogólny spadek wigoru. Jednak jak zauważają specjaliści, w większości przypadków o obniżeniu sprawności fizycznej decydują choroby, na które cierpi dana osoba, a nie sam proces starzenia, jakiemu ona podlega (Łój 2007, s. 153).

[5] W tej części analizy korzystam z nieopublikowanego jeszcze artykułu „Subiektywny i obiektywny wymiar starości i starzenia się".

Kategorię mnogiej patologii stosuje się na określenie jednoczesnego występowania kilku dolegliwości u jednej osoby. Taki stan wpływa w znacznej mierze na ograniczenie sprawności narządów, co w znaczny sposób utrudnia rozpoznanie, jakie zmiany w organizmie danej osoby są spowodowane procesami starzenia się, a jakie chorobami (Łój 2007, s. 154). Do najczęściej występujących chorób somatycznych występujących w okresie starzenia się należą: choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego i pokarmowego, choroby narządu ruchu, układu hormonalnego i choroby związane z obniżeniem odporności organizmu.

Równie ważnym zagadnieniem związanym z błędnie zakładaną homogenizacją środowiska osób starszych jest subiektywna ocena tego zjawiska przez te osoby. To właśnie od subiektywnej oceny własnego samopoczucia zależy postawa wobec własnej starości[6]. Wymiar subiektywny starości można rozpatrywać w oparciu o analizę oceny własnego samopoczucia i oceny własnej skuteczności. Ocena własnego samopoczucia jest analizowana pod kątem trzech elementów: czynników psychicznych, aktywności społecznej, warunków socjalno-bytowych. Stan psycho-emocjonalny ludzi starszych jest wyrazem odczuć i opinii badanych na temat postrzegania własnej osoby, sytuacji życiowej i osiągniętego w życiu poziomu satysfakcji osobistej. Subiektywna ocena samych siebie przez ludzi starszych stanowi indywidualny obraz starości i jest składnikiem dobrego lub obniżonego nastroju (Bień 1999). Jest to ważny czynnik, który musi być brany pod uwagę w przypadku analiz dotyczących tej grupy wiekowej.

Wskaźnikiem obniżonego nastroju jest poczucie osamotnienia, opuszczenia lub bycia niepotrzebnym (Kubica, Olcoń-Kubicka 2010, s. 131). Pozytywnym wskaźnikiem stanu emocjonalnego jest stopień zadowolenia z obecnego życia oraz satysfakcja z dokonań życiowych. Przykładem badań, które dostarczają informacji

[6] Na podstawie literatury przedmiotu można dokonać pewnego zestawienia koncepcji postaw osób starszych wobec własnego starzenia się. Popularną koncepcją jest teoria wyłączenia, która zakłada stopniowe wycofywanie się wraz z wiekiem z dotychczas pełnionych ról i osłabianie więzi emocjonalnych ze światem zewnętrznym. Druga koncepcja – teoria aktywności – zakłada, że ludzie postrzegają samych siebie przez pryzmat pełnionych ról społecznych. Wraz z procesem starzenia się role ulegają zmianom, jednak chcąc utrzymać pozytywny obraz samego siebie, osoba starsza powinna po utracie jednych ról angażować się w inne. Teoria kontynuacji mówi o tym, że jednostka przez całe życie rozwija się i wchodząc w okres starości zachowuje swoje zdolności adaptacyjne. Zgodnie z jej podstawowym założeniem, możliwości adaptacyjne człowieka są bardzo duże i na kolejnych etapach życia adaptacja odbywa się w sposób zindywidualizowany. Bardzo niekorzystne z punktu widzenia prowadzonej analizy implikacje niesie teoria wymiany, która zakłada, że starość ogranicza zdolności wymiany osób starszych z innymi, co w rezultacie powoduje spadek uczestnictwa w życiu społecznym i wycofywanie się z interakcji społecznych (Szukalski 2009, s. 198–200). Kolejną teorią jest teoria selektywności, optymalizacji i kompensacji, zakładająca, że dobre starzenie się wymaga selekcji czynności wykonywanych przez jednostkę, optymalizacji działań oraz kompensacji ograniczeń (Osiecka-Chojnacka 2012, s. 104). Najważniejszą teorią z punktu widzenia prowadzonej analizy jest koncepcja aktywnego starzenia się, która zakłada wykorzystanie potencjału tej grupy wiekowej, dzięki umożliwieniu tym osobom dalszego uczestnictwa w rynku pracy, jak również w innych niż rynkowe produktywnych działaniach społecznych, co w dalszej perspektywie czasowej przełoży się na zwiększenie niezależności i poprawę stanu zdrowia na tak długo, jak to jest możliwe. Przykładem takich działań istotnych z punktu widzenia życia społecznego jest nieodpłatna nierynkowa działalność ludzi starszych jako wolontariuszy, opiekunów czy uczestników życia politycznego (Komisja Europejska 2002; ASOS 2013).

o subiektywnej ocenie jakości życia osób starszych jest raport przygotowany przez Obserwatorium Integracji Społecznej *Sytuacja osób starszych zamieszkałych w województwie lubelskim*, w którym za wskaźniki satysfakcji cząstkowych przyjęto poczucie zadowolenia z życia rodzinnego, kontaktów z przyjaciółmi/znajomymi, spędzania wolnego czasu, stanu zdrowia, sytuacji mieszkaniowej, sytuacji finansowej. Jako wskaźniki uwzględniono również poczucie bezpieczeństwa i wykluczenia z życia. Z badań tych wynika, że subiektywna ocena zadowolenia z życia wśród seniorów jest stosunkowo pozytywna. 66% respondentów na pytanie o zadowolenie ze swojego życia odpowiadało pozytywnie. Czynnikiem istotnie różnicującym poziom zadowolenia nie okazał się wiek, tylko zadowolenie z kontaktów z przyjaciółmi i z życia rodzinnego, co wskazuje na konieczność różnicowania tej grupy społecznej, podobnie jak innych. W przytaczanym badaniu stwierdzono, że seniorzy deklarują przede wszystkim zadowolenie z kontaktów społecznych, to jest z życia rodzinnego i kontaktów z przyjaciółmi/znajomymi (80% badanych). O istotności życia rodzinnego może świadczyć fakt, iż największy odsetek respondentów deklarujących ogólne zadowolenie z życia to osoby pozostające w związkach małżeńskich (76%), na drugim miejscu są osoby owdowiałe (59%), na trzecim kawalerowie/panny (54%). Najmniej badanych zadowolonych z życia jest wśród osób rozwiedzionych i pozostających w separacji, co jest zjawiskiem dość powszechnym także w innych grupach wiekowych (ROPS, Obserwatorium Integracji Społecznej, Lublin 2010, s. 43–44[7]).

Wymiar subiektywny starości można analizować również w oparciu o ocenę własnej skuteczności, która w sposób bardzo istotny różnicuje osoby starsze. Poczucie własnej skuteczności (w skrócie PWS) jest definiowane w literaturze przedmiotu jako przekonanie jednostki, że z powodzeniem może wykonać czynności niezbędne do osiągnięcia zamierzonych wyników w określonej sytuacji życiowej (Jachimowicz, Kostka 2009, s. 24). Z badań przeprowadzonych przez V. Jachimowicz i T. Kostkę wynika, że osoby posiadające wysoki poziom poczucia własnej skuteczności (PWS) wykazują się większą motywacją do podjęcia aktywności w różnych sferach życia i ich kontynuowania mimo trudności. Osoby takie są również bardziej zmotywowane do utrzymania wysiłków umożliwiających zakończenie podjętych działań, ponadto charakteryzują się optymizmem (Jachimowicz, Kostka 2009, s. 24–25). Poczucie własnej skuteczności może ulec wzmocnieniu poprzez realizowanie konkretnych zachowań, takich jak: samodzielne wykonywanie zadań i czynności, obserwowanie innych, perswazje słowne, np.: sugestia, namawianie, zachęcanie, instruowanie, pobudzanie emocjonalne, okoliczności sytuacyjne (Bandura 2007, s. 89). Subiektywny aspekt starzenia się i starości jest ważną składową jakości życia, gdyż specyficzna zmiana warunków życia ludzkiego, która w okresie starości najczęściej ma

[7] W 2010 roku w wyniku prac prowadzonych w ramach projektu „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji", Instytut Rozwoju Służb Społecznych wraz z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Lublinie przeprowadził badanie ilościowe „Instytucje wobec potrzeb ludzi starszych". Badanie skierowane było do wszystkich Ośrodków Pomocy Społecznej z terenu województwa lubelskiego, tj. 213. Ostatecznie otrzymano 174 ankiety, co stanowiło 82% wszystkich badanych jednostek. Analiza objęła 12 zasadniczych obszarów. Część z nich dotyczyła instytucjonalnej opieki i pomocy osobom starszym. Pytania z tego bloku były skierowane do przedstawicieli Ośrodków Pomocy Społecznej. Drugi blok pytań dotyczył sytuacji bytowej, zdrowotnej, mieszkaniowej, jak również aspektów aktywności osób starszych korzystających z opieki OPS.

charakter negatywny[8], nie musi oznaczać degradacji społecznej, w dużym stopniu zależy natomiast od postępowania samego człowieka i jego charakteru (Iskra 2013, s. 116–131).

Drugim aksjomatem apokaliptycznego podejścia do procesu starzenia się jest postrzeganie osób starszych jako głównych beneficjentów pomocowych środków finansowych z budżetu państwa[9]. Takie podejście do osób starszych jest jednostronne. Ze względu na zachodzące zmiany biologiczne i możliwość występowania w związku z tym chorób, osoby starsze są częstymi odbiorcami usług świadczonych przez służbę zdrowia. Z jednej strony osoby te korzystają ze świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia i budżet państwa finansuje te usługi, z drugiej strony osoby starsze stanowią bardzo dużą grupę konsumentów przemysłu farmaceutycznego. W literaturze przedmiotu okres starości bywa określany mianem „okresu strat", w którym przechodzi się na emeryturę i często traci się prestiż zawodowy. Dla znakomitej większości osób starszych przynosi on obniżenie statusu ekonomicznego, skutkującego ograniczeniami w życiu codziennym[10]. Dobrze ilustrują tę sytuację dane z „Diagnozy Społecznej 2013", w której emeryci i renciści znajdują się w grupie trzech typów gospodarstw domowych dysponujących najmniejszym dochodem miesięcznym netto (tab. 1).

Tab. 1. Dochody netto w lutym/marcu 2013 r. gospodarstw domowych według grupy społeczno-ekonomicznej i typu aktywności ekonomicznej

Grupa społeczno-ekonomiczna i typ aktywności konomicznej	Dochody netto w zł na gospodarstwo domowe
Pracownicy	4 118,85
Rolnicy	3 404,03
Pracujący na własny rachunek	5 059,95
Emeryci	2 473,24
Renciści	1 856,81
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	1 313,30
Bez bezrobotnych	3 496,13
Z bezrobotnymi	2 750,58

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Diagnoza Społeczna 2013"

[8] Do negatywnych zmian zachodzących w okresie starości zalicza się: obniżenie sprawności fizycznej, utratę pozycji społecznej, zmianę funkcji w rodzinie, chorobę, śmierć bliskich osób oraz konieczność przystosowania się do zmiennych warunków ekonomicznych.

[9] Szerzej o tym zagadnieniu piszą P. Szukalski (Szukalski 2006) i P. Kubica (Kubica 2010).

[10] Z badań przeprowadzonych w ramach projektu „Polityka społeczna w regionie – badania, analizy i upowszechnianie" wynika, że ponad połowa osób starszych (w badaniu brało udział 226 osób z całego regionu lubelskiego), biorących udział w badaniu, ze względu na brak pieniędzy musi zrezygnować z koniecznego zakupu (52%). Ludzie starsi mogą pozwolić sobie głównie na zabezpieczenie podstawowych potrzeb. Na tygodniowy rodzinny wypoczynek raz w roku stać jedynie 13% badanych, a np. na wymianę mebli 24% (ROPS, Obserwatorium Integracji Społecznej 2010, s. 24). Projekt „Polityka społeczna w regionie – badania, analizy i upowszechnianie" był realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII. Promocja integracji społecznej; Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej; Poddziałanie 7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Starość zmusza do zmiany stylu życia, co niesie ze sobą nie tylko niekorzystną zmianę sytuacji finansowej, ale również ograniczenie kontaktów ze znajomymi i rodziną, co może doprowadzić do izolacji osób starszych. Taka sytuacja musi być uwzględniana przez system usług świadczonych przez państwo i nie może być postrzegana jako bezpodstawna roszczeniowość. Z tym zagadnieniem wiąże się również kwestia ubóstwa dotykającego różne grupy społeczne (seniorzy nie są jedyną grupą zagrożoną ubóstwem. Grupą znacznie bardziej dotkniętą ubóstwem są rodziny posiadające dzieci na wychowaniu).

Przedstawione założenia skutkują przyjęciem kolejnego aksjomatu, według którego proces starzenia się populacji jest problemem społecznym rodzącym niepokojące skutki, przede wszystkim finansowe. Postępujące procesy demograficzne i wynikające z nich zmiany liczebności w grupach osób starszych i młodszych, a przede wszystkim w proporcjach pomiędzy osobami w wieku produkcyjnym, a osobami w wieku poprodukcyjnym, rodzą pytania o to, kto będzie utrzymywać dzisiejszych emerytów i skłaniają do postawienia pytania o równość i sprawiedliwość międzypokoleniową[11]. Analiza kosztów i korzyści, jakie ponoszą osoby przynależące do różnych grup pokoleniowych, prowadzi do przyjęcia założeń „rachunkowości genetycznej"[12], która po pierwsze nie uwzględnia społecznie użytecznego wolontariatu podejmowanego przez osoby starsze, po drugie pomija prywatne przepływy międzypokoleniowe, a w konsekwencji prowadzi do ageizmu[13].

Produktywność społeczna osób starszych – wolontariat

Przedstawione powyżej założenia obciążają seniorów winą za wiele problemów społecznych i budują negatywne stereotypy na temat tej populacji, jednak przy krytycznej i wnikliwej analizie okazuje się, że mogą mieć pozytywne punkty odniesienia. Ostatnie dekady przynoszą rewizję jednoznacznie negatywnego nastawienia do procesu starzenia się populacji i zaczynają wskazywać na zasoby tej grupy, takie jak kapitał ludzki w postaci doświadczenia i wiedzy, czy kapitał społeczny w postaci zaangażowania społecznego i obywatelskiego przekładający się na wolontariat i produktywność społeczną.

Organizacje pozarządowe, jak i instytucje państwowe, coraz częściej opierają swoje działania na nieodpłatnej pracy osób, które podejmując działania na ich rzecz, wzbogacają zakres usług dodając do nich swoje doświadczenie, pasje, umiejętności,

[11] Szeroko rozumiane zagadnienie kontraktu międzypokoleniowego i sprawiedliwości międzypokoleniowej omówione jest w: Szukalski 2004, s. 169–184; Szukalski 2008, s. 248–260.

[12] Rachunkowość genetyczna najczęściej definiowana jest jako „takie samo względne obciążenie saldem transferów publicznych każdej kolejnej generacji" (Szukalski 2008, s. 18).

[13] Ageizm to negatywne nastawienie do starszych osób, przejawiające się uprzedzeniami, negatywnymi stereotypami. Unika uwzględniania cech jednostki, odnosząc się do starszych jako grupy, przedstawiając ich jako fizycznie, często również psychicznie słabych, upośledzonych, brzydkich, pasożytujących na opiece społecznej i innych grupach społecznych. Ten negatywny obraz wyrażany jest przez przypisywanie takich cech seniorom, jak: zmarszczki, bezzębność, siwizna, słabość, utrata słuchu, słaby wzrok, samotność, nuda, bieda, utrata pamięci, zniedołężnienie (Kilian 2004, s. 2).

sieci kontaktów (wartość dodana). Te zasoby przekazywane na rzecz organizacji można zdefiniować jako kapitał ludzki, czyli wiedzę, umiejętności, zdrowie i energię (Broda-Wysocki 2002, s. 1 3) oraz kapitał społeczny. J. Coleman definiuje kapitał ludzki jako kwalifikacje i umiejętności, które jednostka wnosi w działanie i które to umiejętności pozwalają jej działać na różne sposoby (Coleman 1988, s. 100). Każdy człowiek posiada kapitał ludzki, który jest niezbywalnym dobrem. W przypadku osób starszych jest to rodzaj zasobu, który podlega pewnym zdolnościom kompensacyjnym. Z jednej strony ulega on osłabieniu wynikającemu z naturalnych zmian biologicznych i fizjologicznych. Z drugiej jednak strony okres starości wzbogacony jest wiedzą i doświadczeniem z całego życia. Jak już wspomniano, każdy człowiek posiada potencjał nazywany kapitałem ludzkim. Zostaje on wykorzystany w pracy, poprzez której wykonywanie z jednej strony zaspokajane są potrzeby materialne, a z drugiej strony wyrażana jest indywidualność każdego człowieka, w postaci potrzeb niematerialnych i wartości.

Zdolność rozwoju tego zasobu nie ustaje wraz z przejściem na emeryturę i przekraczaniem kolejnych progów starości. Teoria kapitału ludzkiego stała się istotnym elementem analiz ekonomicznych dotyczących roli jakości czynnika ludzkiego w procesach ekonomicznych[14]. W teorii tej nakłady ponoszone na podniesienie jakości tego czynnika traktuje się jako inwestycje, które mają wpłynąć na przyszły zysk. Podstawowymi rodzajami tych inwestycji są wydatki poczynione na ochronę zdrowia, mające na celu przedłużenie życia oraz podniesienie poziomu zdrowia ogółu społeczeństwa. Kolejnymi wydatkami, mającymi na celu podniesienie jakości czynnika ludzkiego, są wydatki czynione w ramach rozwoju systemów edukacyjnych (również przeznaczonych dla dorosłych) (Jarecki 2003, s. 32). W ostatnich latach coraz częściej podkreśla się brak efektywnego wykorzystania inwestycji ponoszonych na osoby w wieku 60+ a także 50+. Potencjał zdrowia i wiedzy tych osób jest pomijany w planach rozwoju regionów czy miast.

Pojęcie kapitału ludzkiego zawiera w sobie nie tylko wymiar społeczny, ale także jednostkowy, odnoszący się do poszczególnych ludzi, którzy podnoszą poziom własnych kwalifikacji i wiedzy, choć niekoniecznie ze świadomością dokonywania ekonomicznie racjonalnej inwestycji. Wymienia się dwie istotne cechy kapitału ludzkiego. Po pierwsze, zasób tego kapitału jest w dużym stopniu niezależny od potencjału demograficznego danego społeczeństwa. Po drugie, kapitał ten nie poddaje się wszystkim prawom rządzącym rynkiem (Domański 1993, s. 16–19). Oznacza to, że zasoby kapitału ludzkiego nie zmieniają się proporcjonalnie do zmiany liczby ludności i nie są z góry określone przez genetyczne cechy populacji, możemy więc mówić tak o ich aspekcie ilościowym, jak i jakościowym. Inną istotną cechą kapitału ludzkiego jest jego niezbywalność, to znaczy, że nie może on zmieniać właściciela – osoba nie może oddzielić od siebie kapitału, który posiada, w przeciwieństwie na przykład do kapitału rzeczowego. Kapitał ten, zarówno w jego aspekcie osobowym,

[14] Podstawy teorii kapitału ludzkiego zostały sformułowane przez T.W. Schulza, m.in. w takich pracach, jak *Investment In Human Capital*, American Economic Review, Vol. 51, No. 1/1961, s. 1–17, czy *Education and Economic Growth*, University of Chicago Press, Chicago 1961. Teoria ta została wzbogacona i całościowo opracowana przez G.S. Beckera, w: *Human Capital. A Theoretical Analysis with special Reference to Education*, New York 1964, a także *Human Capital*, New York 1975.

jak i społecznym może być gromadzony, wydatkowany, inwestowany lub marnotrawiony tak jak inne rodzaje kapitału (Młokosiewicz 2003, s. 95).

Przykładem ciągle niewykorzystanego potencjału kapitału ludzkiego i społecznego osób starszych jest działalność wolontaryjna tej grupy wiekowej[15]. Dla przykładu, w województwie mazowieckim[16] jedynie co piąta organizacja współpracuje z wolontariuszami seniorami (Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu 2012, s. 3[17]). Należy pamiętać, że seniorzy przeciętnie 61% swego wolnego czasu spędzają w domu, a 27% w domu spędza cały swój wolny czas. Oznacza to, że przeciętny senior mógłby poświęcić tygodniowo kilka godzin na pracę jako wolontariusz, oczywiście zależnie od stanu zdrowia. Z badań przeprowadzonych przez Stowarzyszenie KLON/JAWOR wynika, że wolontariuszami w Polsce są głównie osoby młode, dobrze wykształcone oraz lepiej zarabiające. Trzeba pamiętać, że rozwojowi gospodarczemu Polski nie towarzyszy równie prężny rozwój aktywności obywatelskiej, tak indywidualnej, jak i grupowej. Aktywności, która jest rozumiana jako branie udziału w działalności ekonomicznej, kulturowej, stowarzyszeniowej i każdej innej aktywności (w tym w wolontariacie). Analizując ten stan rzeczy należy pamiętać o związku przeszłości z teraźniejszością, a przeszłość powojenna Polski ciągle jeszcze ma wpływ na jej teraźniejszość. W okresie PRL sfera działalności społecznej

[15] Należy odróżnić wolontariat „formalny" – czyli poświęcanie czasu lub podejmowanie działalności bez wynagrodzenia na rzecz organizacji lub grup społecznych za pośrednictwem organizacji, od wolontariatu „nieformalnego" – „poświęcanie swojego czasu lub praca bez wynagrodzenia na rzecz osób spoza rodziny i kręgu znajomych lub też na rzecz swojego otoczenia (społeczności lokalnej, sąsiedztwa, miejscowości) wykonywana bez pośrednictwa organizacji lub grup społecznych" (KLON/JAWOR 2014, s. 5). W Polsce wolontariat „nieformalny" to przede wszystkim działania podejmowane na rzecz osób spoza kręgu rodziny i znajomych. Zgodnie z badaniami Stowarzyszenia KLON/JAWOR w tego typu działania zaangażowanych jest 16% Polaków. Drugą formą aktywności społecznej są działania na rzecz społeczności lokalnej, sąsiadów, miejscowości, wspólnoty mieszkaniowej. W taką działalność angażuje się 14% Polaków, jednak dla dwóch trzecich zaangażowanie czy to na rzecz osób, czy społeczności miało charakter sporadyczny (KLON/JAWOR 2014, s. 9).

[16] Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w 2012 roku, w ramach projektu „Aktywni seniorzy – aktywni wolontariusze", dofinansowywanego z funduszy Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób starszych na lata 2012–2013, zleciło przeprowadzenie badania „Wolontariat seniorów w województwie mazowieckim". Celem badania było diagnozowanie oraz szacowanie potencjału wolontariatu seniorów w województwie mazowieckim. Pomiar objął dwie grupy: seniorów i korzystające z ich usług organizacje. W przypadku seniorów próba całkowita wyniosła 506 osób, w przypadku organizacji było to 120 instytucji. Badanie odbyło się w dwóch etapach: Desk research oraz jakościowy pomiar pogłębiony (FGI – focus group interview – seniorzy). Etap drugi objął badaniami ilościowymi seniorów i organizacje.

[17] Innym przykładem ciekawych badań dotyczących wolontariatu, w tym wolontariatu podejmowanego przez osoby starsze, jest badanie „Wolontariat w pomocy społecznej na terenie województwa lubelskiego", które zostało przeprowadzone na przełomie maja i czerwca 2011 roku przez Zespół Obserwatorium Integracji Społecznej w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Lublinie, w ramach projektu systemowego „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji" Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet I, Działanie 1.2. Badanie miało charakter dwuetapowy i było skierowane do 385 jednostek organizacyjnych pomocy społecznej funkcjonujących na terenie województwa lubelskiego. Ankiety i wyniki badań dostępne są na stronie internetowej ROPS Lublin: www.obserwatorium.rops.lubelskie.pl

została poddana kontroli państwa, działania wielu organizacji zostały zakazane jako zagrażające ustrojowi, a te, które pozostały, zostały poddane ścisłemu nadzorowi tak politycznemu, jak i administracyjnemu. Władza wyznaczała ich cele i ingerowała w formę działania organizacji (Gliński 2008, s. 188–189). Członkostwo w wielu organizacjach było wymuszone, a tak pojmowana samoorganizacja nie wytwarzała rzeczywistych i skutecznych sieci społecznych mogących prowadzić do zaistnienia oddolnych inicjatyw czy prawdziwego zaangażowania. W takiej sytuacji doszło do zniszczenia „słabych" więzi społecznych. Obecne pokolenie osób w wieku 65+ doświadczyło działania poprzedniego systemu, zostało przez ten system wychowane[18]. Taka sytuacja nie mogła pozytywnie wpłynąć na rozwój poszanowania dobra wspólnego i działania na jego rzecz. Należy jednak pamiętać o upływie czasu i o procesach demograficznych[19], które dokonują wymiany pokoleń, a więc i obowiązujących wzorców zachowania i działania społecznego. To właśnie doświadczenie życiowe i zawodowe jest zdaniem organizacji współpracujących obecnie z wolontariuszami seniorami największym atutem tej grupy wiekowej i może pozwolić w przyszłości na znacznie skuteczniejszą realizację programów reintegracji społecznej takich grup, jak choćby dzieci z rodzin zaniedbanych czy problemowych.

Organizacje współpracujące z seniorami wskazują na kilka istotnych cech, które są atutami tej grupy wolontariuszy. Na pierwszym miejscu wymieniają wspomniane już doświadczenie, nie mniej ważne są jednak ich zdaniem również: dyspozycyjność, odpowiedzialność, obowiązkowość, zaangażowanie, spokój i cierpliwość. Przeprowadzone przez Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu badanie pozwoliło na stworzenie katalogu zalet wolontariuszy seniorów (wykres 2).

Ten katalog cech obala rozpowszechnione przekonanie, że osoby starsze – starsi wiekiem pracownicy czy wolontariusze – wykonują swoje obowiązki gorzej niż ich młodsi koledzy. Oczywiście nie można mówić tu o pracach wymagających dużej siły fizycznej, której wraz z wiekiem ubywa. Wskazane powyżej cechy odnoszą się do prac wymagających dokładności, sumienności i cierpliwości, co predysponuje wolontariuszy seniorów do prac z dziećmi czy innymi osobami starszymi[20]. Przekłada się to również na główne obszary, w których wolontariusze seniorzy działają. Można wskazać na sześć zasadniczych obszarów: edukacja, zdrowie, kultura i sztuka, a także ubóstwo, młodzież z problemami w nauce oraz niepełnosprawność. Co ważne, seniorzy chętnie działają na rzecz grup zagrożonych wykluczeniem społecznym[21].

---

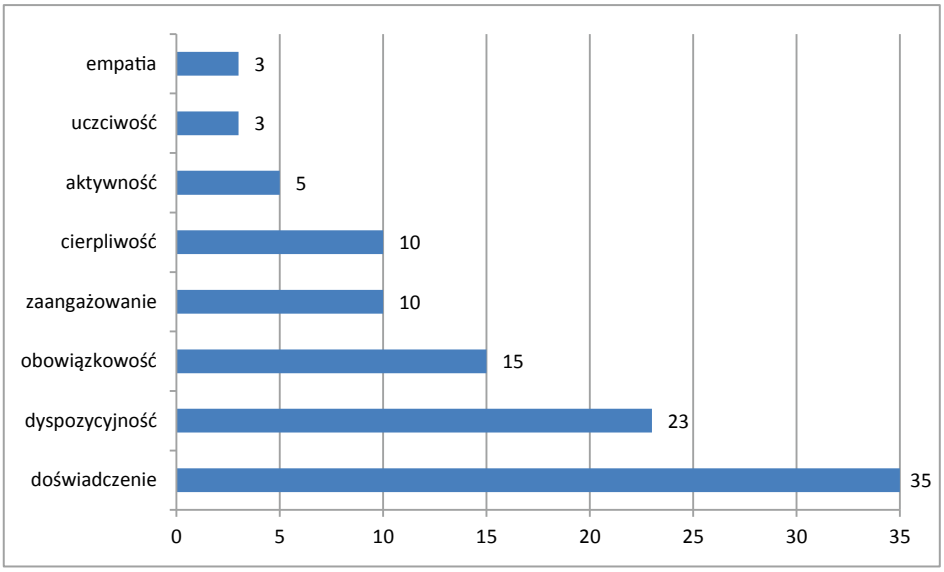
[18] „W rozwiązywaniu problemów zbiorowego działania specjalna rola przypada więzom pokrewieństwa. Pod pewnymi względami więzy krwi przypominają poziome więzy obywatelskiego zaangażowania, ale rodzina jest bardziej uniwersalna. (...) Sieci obywatelskiego zaangażowania mają jednak większe szanse objęcia większych części społeczeństwa i w ten sposób wspomożenia współpracy na poziomie społeczności" (Putnam 1995, s. 259).

[19] Zgodnie z danymi Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011, w Polsce ogółem jest 38511,8 mln ludności, z czego w wieku 65 lat i więcej 5230,2 mln (GUS 2012, s. 56).

[20] Warto w tym miejscu nadmienić, że poprawa stanu zdrowia współczesnych seniorów skłania do podejmowania działań mających na celu ustawowe odraczanie momentu trwałej dezaktywacji zawodowej. Celem tych starań jest wykorzystanie potencjału tkwiącego w osobach starszych (Szukalski 2006).

[21] Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski wyraźnie wskazuje takie grupy i zalicza do nich osoby niepełnosprawne, dzieci – szczególnie dzieci z rodzin niepełnych.

Wykorzystanie tego potencjału dobrowolnej aktywności i działalności na rzecz dobra wspólnego mogłoby przynieść znacznie więcej korzyści niż kosztowne programy rządowe. Przytaczane już badania Stowarzyszenia Centrum Wolontariatu wskazują, że seniorzy najchętniej pomagają swoim rówieśnikom oraz osobom starszym od siebie, a także dzieciom i ofiarom klęsk żywiołowych (Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu 2012, s. 6).



Wyk. 2. Katalog zalet wolontariuszy seniorów wskazanych przez organizacje z nimi współpracujące
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania „Wolontariat seniorów w województwie mazowieckim"

Produktywność społeczna osób w wieku 65+ – praca zarobkowa i usługi na rzecz rodziny

Produktywność społeczna jest definiowana między innymi jako „każda aktywność, która wytwarza dobra i usługi, niezależnie, czy jest opłacana, czy nie, włączając taką aktywność jak praca domowa, opieka nad dziećmi, wolontariat, pomoc rodzinie i przyjaciołom (Szukalski 2012, s. 407).

Przyjmując taką definicję produktywności społecznej można stworzyć katalog form aktywności, do którego będzie można zaliczyć m.in.:

- zaangażowanie w ramach organizacji pożytku publicznego,
- uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wieku,
- członkostwo w radach seniora,
- członkostwo w klubach seniora,
- członkostwo we wspólnotach lokalnych (w tym działających przy kościołach i związkach wyznaniowych), organizacjach branżowych,

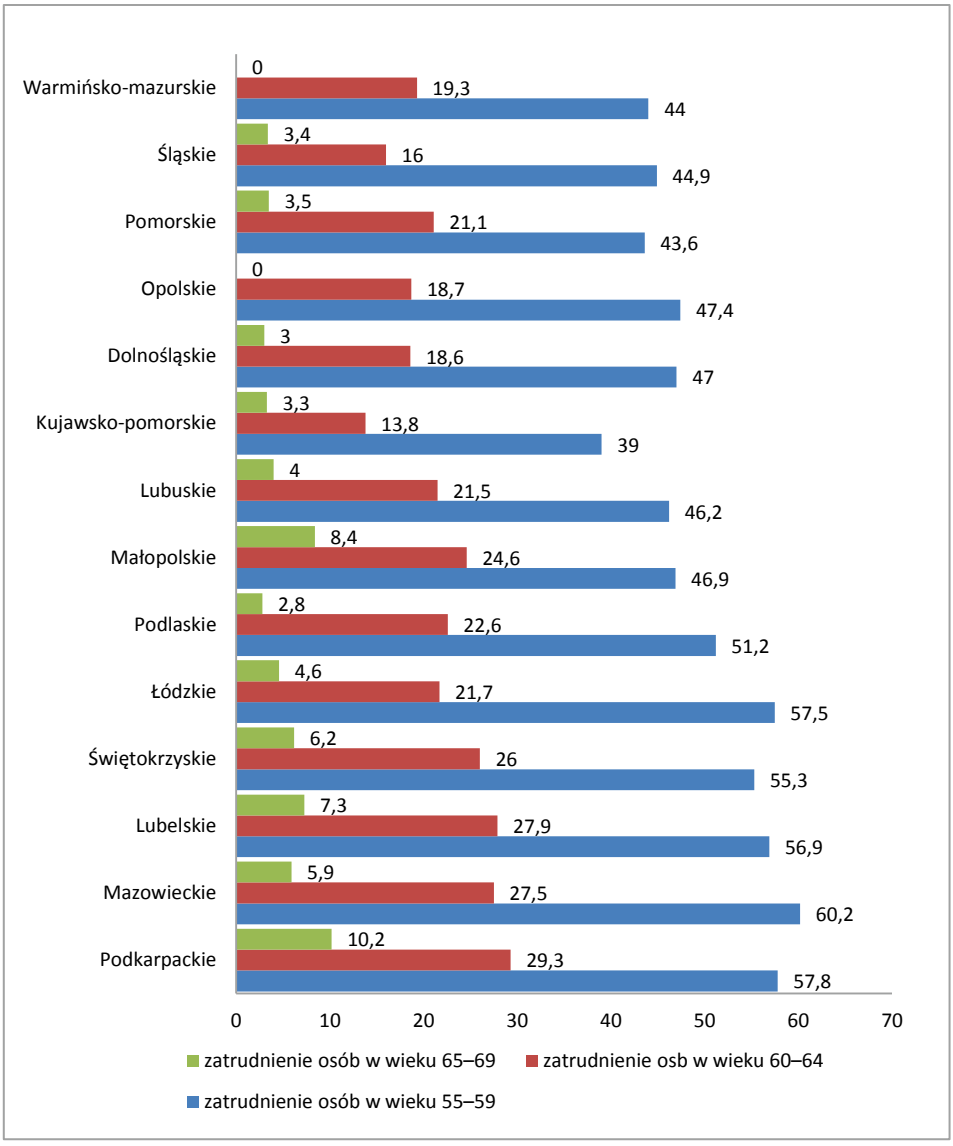
W rodzinach niepełnych wychowuje się ich 1 660,9 tys., tj. 15,4% wszystkich osób w wieku 0–24 lat będących na utrzymaniu (*Narodowa Strategia...* 2004, s. 28).

– podejmowanie działań samopomocowych,
– członkostwo w stowarzyszeniach społeczno-kulturalnych.

Poruszając zagadnienie produktywności społecznej osób starszych, nie można pominąć zagadnienia ich zatrudnienia. Należy uściślić, że przez osoby zatrudnione „rozumie się tu osoby, które wykonywały przez co najmniej 1 godzinę jakąkolwiek pracę przynoszącą zarobek lub dochód albo pomagały (bez wynagrodzenia) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub rodzinnej działalności gospodarczej poza rolnictwem lub miały pracę, ale jej nie wykonywały z powodu choroby, urlopu lub z innych powodów, przy czym długość przerwy w pracy wynosiła do 3 miesięcy albo powyżej 3 miesięcy, w przypadku gdy te osoby były pracownikami najemnymi i w tym czasie otrzymywały co najmniej 50% dotychczasowego wynagrodzenia" (definicja BAEL). Patrząc na mapę Polski można stworzyć ranking województw, w których osoby z tej grupy wiekowej są najbardziej aktywne (wyk. 3).

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na najstarszą grupę wiekową, która jest najbardziej interesująca z punktu widzenia prowadzonej analizy i niewykorzystanego potencjału produktywności społecznej. W wieku poprodukcyjnym wyróżniamy starość (mężczyźni 65–79 lat, kobiety 60–79) i starość sędziwą (powyżej 80. roku życia). Jak wynika z zaprezentowanych danych jest to grupa zatrudniana na poziomie tylko kilku procent. W przypadku dwóch województw – opolskiego i warmińsko-mazurskiego – brak jest tego rodzaju danych. Taki stan rzeczy bardzo wyraźnie oddaje klimat nastawienia rynku pracy do osób w tej kategorii wiekowej.

Produktywność społeczna seniorów przejawia się jednak nie tylko wykonywaniem odpłatnej pracy. To właśnie aspekt nieodpłatnych usług świadczonych przez osoby starsze na rzecz innych jest jednym z pozytywnych aspektów starzenia się populacji. Działaniami, które mimo iż nie są uwzględniane w PKB, przyczyniają się do wzrostu dobrobytu tak jednostki, jak i małych grup społecznych, są nieodpłatne aktywności podejmowane przez osoby starsze na rzecz rodziny i środowiska lokalnego. Do tego typu działań, obok omówionej już działalności wolontaryjnej, zalicza się przepływ pożytków/usług świadczonych na rzecz rodziny. W społeczeństwie polskim dość powszechną formą zaangażowania na rzecz rodziny osób starszych jest po pierwsze pomoc w wychowywaniu wnuków, po drugie wspieranie finansowe w postaci przekazywania do wspólnego budżetu domowego emerytur czy rent. W pierwszym przypadku na szczególną uwagę zasługuje rola dziadków. Jak wynika z raportu o kapitale intelektualnym Polski, seniorzy przeznaczają na rzecz rodziny najwięcej czasu wśród krajów europejskich (*Raport o kapitale*… 2008). Taka sytuacja może być spowodowana wycofaniem się państwa w okresie transformacji z zapewnienia opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym i młodszym. Seniorzy nieraz zapełniają tę instytucjonalną lukę, jaka się wytworzyła tam, gdzie odeszło państwo, a nie wszedł rynek. Dziadkowie, o ile „nie wejdą" w rolę rodziców dla swoich wnuków, rozszerzają i wzbogacają świat dzieci. To oni są świadkami historii, bo pamiętają świat z czasów, kiedy rodziców jeszcze nie było. Z racji wieku i przeżytych doświadczeń, a także z powodu braku obarczenia codziennymi obowiązkami zawodowymi, mają dystans do wielu spraw. Wskazując na schyłek życia umożliwiają dzieciom doświadczanie upływu czasu i konieczność mądrego nim dysponowania. Przekazując wartości patriotyczne i religijne podtrzymują tradycję. W czasach nienormowanego lub zadaniowego czasu pracy dziadkowie, którzy już się nie spieszą, są często bardziej wyrozumiali i cierpliwi dla wnuków i co ważne, ich czas przebywania



Wyk. 3. Ranking zatrudnienia osób w wieku 55+ w podziale na województwa i grupy wiekowe, w %
Źródło: opracowanie własne na podstawie „Indeks aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym"

z dziećmi nie jest przeliczany na złotówki, co pozwala bardzo wielu rodzinom na pracę zawodową obojga rodziców. W przypadku wsparcia finansowego rodziny należy podkreślić, że w chwili obecnej transfery międzypokoleniowe mają kierunek od osób starszych do młodszych. Znacznie większy odsetek osób starszych – około 30% – przekazuje środki na rzecz rodziny, niż otrzymuje wsparcie – średnio 7% (Kula 2011, s. 109). Takie międzypokoleniowe transfery nabierają szczególnego znaczenia na wsi czy, jak wynika z badań przeprowadzonych przez W. Warzywodę-Kruszyńską,

w enklawach biedy, w których z rent i emerytur korzystają całe rodziny dotknięte wykluczeniem (Warzywoda-Kruszyńska, Kruszyński 2010, s. 54).

Społeczna produktywność osób starszych to również ich wcześniejsze „zasługi". Osoby starsze nie są biernymi adresatami transferów socjalnych, ale otrzymują je po części jako rekompensatę za pracę we wcześniejszych fazach życia, kiedy wypracowały szereg dóbr, z których dziś korzysta młode pokolenie i w dużej mierze będą korzystały jeszcze kolejne. Nie chodzi tylko o dobra materialne, ale na przykład o zapewnienie edukacji i opieki we wczesnych fazach życia osobom, które dziś są w wieku produkcyjnym. Jak zauważa J. Coleman, w tworzeniu kapitału ludzkiego i społecznego niezwykle ważną rolę odgrywa rodzina. Należy ona zdaniem Colemana do struktur tworzących kapitał społeczny i zapewniających jednostce wsparcie od wczesnego dzieciństwa, a właściwie od momentu poczęcia do schyłku życia (Coleman 2006, s. 152). Na koniec należy podkreślić rolę seniorów w stabilizacji popytu rynku usług. Z jednej strony starszy konsument jest mniej mobilny w przestrzeni, z drugiej często jest „niewolnikiem" przyzwyczajeń. Jak zauważa P. Szukalski, taki stan rzeczy działa stabilizująco na rynek (Szukalski 2006, s. 9).

Konkluzje

Przedstawione w niniejszym artykule zagadnienie procesu starzenia się i jego implikacji społecznych wskazuje na kilka istotnych zjawisk, przede wszystkim na kwestię społecznej produktywności osób starszych. W prezentowanym tekście jest ona rozumiana jako wszystkie dobra i usługi wytwarzane przez osoby starsze, włącznie z takimi działaniami jak praca w domu, opieka nad dziećmi, pomoc rodzinie i przyjaciołom. W polskiej rzeczywistości tak rozumiana produktywność jest zjawiskiem dość powszechnym i doświadczanym przez znaczną część członków społeczeństwa. Związane jest to z funkcjonowaniem silnych więzi rodzinnych. Polska Ludowa skutecznie niszczyła więzi zrzeszeniowe, można przypuszczać, że m.in. wskutek takich działań zaangażowanie w działalność społeczną dzisiejszego pokolenia 50+ nie jest wysokie (ASOS 2013, s. 6–7). Doprowadziło to do prywatyzacji więzi, ograniczając je do zamkniętych, niewielkich zbiorowości rodzinnych czy koleżeńskich i powiązanego z tym dualizmu moralnego (tzn. inne zasady obowiązują w stosunku do rodziny, a inne w stosunku do obcych). Należy jednak zauważyć, że ze względu na rosnącą liczbę osób w wieku 50+ w kolejnych latach, to właśnie w tej grupie można upatrywać zwiększenia się potencjalnych zasobów aktywności społecznej. Drugą istotną kwestią jest znaczna ilość wolnego czasu, jakim dysponują seniorzy. Badania przeprowadzone przez GUS w 2005 roku, pt. „Budżet czasu ludności" wskazują, że to od odpowiedniej motywacji zależy aktywność społeczna osób starszych[22]. Istotne jest stworzenie właściwej oferty uwzględniającej wewnętrzne zróżnicowanie tej grupy.

[22] Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w Elblągu i Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce w 2007 roku przeprowadziły sondaż postaw wobec wolontariatu osób w wieku 50+. Wyniki badania wskazały, że najważniejszymi powodami zaangażowania się w wolontariat były: niesienie pomocy potrzebującym (72%), poznanie nowych ludzi (61%) oraz własna satysfakcja (47%) (Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w Elblągu 2007, s. 43–44).

Reasumując, „siwienie populacji" współczesnych społeczeństw nie powinno być postrzegane jedynie w kontekście negatywnych zjawisk, jakie powoduje. Przyjęcie takiego stanowiska jest nie tylko niesprawiedliwe i krzywdzące dla osób starszych, ale również hamuje możliwości wykorzystania potencjału tkwiącego w tej grupie. Potencjału, który tkwi w wiedzy, doświadczeniu, umiejętnościach, pracy wykonywanej na rzecz środowiska społecznego i rodzinnego. Po drugie, wzrost aktywności w tej grupie zależy od kilku istotnych czynników: zwiększenia różnorodności i poprawy jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych; tworzenia warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej; rozwoju zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechniania wolontariatu, partycypacji w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym, w tym udziału osób starszych w kształtowaniu polityki publicznej; zwiększenia dostępności, podniesienia jakości usług społecznych oraz wspierania działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji.

Na koniec warto zauważyć, że porównania Polski z innymi krajami Unii Europejskiej[23] często nie uwzględniają kontekstu społeczno-politycznego, który w sposób zasadniczy wpływa na postawy wobec starości jako procesu, jak również na postawy wobec własnej starości[24]. Tylko wychowywanie młodych ludzi do aktywnego starzenia się w przyszłości przyniesie wymierne zyski w postaci znacznego udziału osób starszych w wolontariacie, czy aktywności społecznej i obywatelskiej.

Bibliografia

AAI – Indeks Aktywnego Starzenia się. [online:] http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home, dostęp: 05.2014 r.

ASOS. (2013). *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020*. Uchwała nr 237, z dnia 24 grudnia 2013 r.

Bandura A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bień B. (1999). *Kwestionariusz EASY-Care: Założenia i metodologia badań*. Gerontologia Polska, 7(2), s. 37–41.

Błędowski P. (2012), *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035.* W: P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*. Poznań: Termedia, Wydawnictwa Medyczne, s. 11–23.

Bolesławski L. (2004). *Prognoza demograficzna na lata 2003–2030*. Warszawa: GUS. [online:] http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf, dostęp 29.06.2014 r.

[23] W badaniu Wskaźnika Aktywnego Starzenia się (*Active Ageing Index* – AAI) z 2012 roku Polska na 27 przebadanych krajów zajęła 27 – ostatnie miejsce (AAI 2014).

[24] Przykładem badań uwzględniających specyficzne warunki panujące w Polsce jest „Indeks aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym" (J. Perek-Białas, E. Mysińska, Warszawa 2013), Ekspertyza wykonana na zlecenie Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Broda-Wysocki P. (2002). *Regionalne zróżnicowania kapitału ludzkiego i społecznego. Analiza na przykładzie regionów koszalińskiego i opolskiego*. Polityka Społeczna, 2, s. 12–19.

Coleman J. (1988). *Social Capital In the Creation of Human Capital.* American Journal of Sociology, 94, Supplement 1988, s. 95–119.

Coleman J.S. (2006). *Perspektywa racjonalnego wyboru w socjologii ekonomicznej*. W: A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (wybór i oprac.), *Współczesne teorie socjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, T. I, s. 145–163.

Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość Życia Polaków. (2013). Warszawa.

Domański S. (1993). *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*. Warszawa: PWN.

Gliński P. (2008). *Demokracja bez partycypacji. O konieczności zaangażowania obywatelskiego uczniów*. W: M. Dudzikowska, M. Czerepniak-Walczak (red.), *Wychowanie. Pojęcia – Procesy – Konteksty. Interdyscyplinarne ujęcie*, t. 4. Gdańsk, s. 173–203.

GUS. (2009). *Prognoza ludności na lata 2008–2035.* [online:] http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludność/prognoza-ludności,pdf, dostęp 10.07.2014 r.

GUS. (2012). *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z Wyników.* [online:] http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lud_raport_z_wynikow_NSP2011.pdf, dostęp 02.01.2015 r.

GUS. (2013). *Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym*. Warszawa. [online:] http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2014-r-stanu-w-dniu-30-vi-2014-r,6,12.html, dostęp 02.01.2015 r.

GUS, *Statystyka Międzynarodowa*. [online:] http://stat.gov.pl//statystyka-miedzynarodowa/porownania-miedzynarodowe, dostęp 02.05.2014 r.

Iskra J. (2013). *Wolitywna orientacja na stan i działanie a typy charakteru.* W: Z. Uchnast (red.), *Charakter: Jakość osobowego działania w podejściu teoretycznym i empirycznym*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, s. 116–131.

Jachimowicz V., Kostka T. (2009). *Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej*. Gerontologia Polska, 17(1), s. 23–31.

Jarecki W. (2003). *Koncepcja kapitału ludzkiego.* W: D. Kopocińska (red.), *Kapitał ludzki w gospodarce.* Szczecin: Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, s. 29–37.

Kilian M. (2004). *Źródła ageizmu i jego przejawy we współczesnym świecie*. Gerontologia Polska, 12(3), s. 125–128.

KLON/JAWOR. (2014). *Zaangażowanie społeczne Polek i Polaków.* Warszawa.

Kubica P. (2010). *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*. Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej". [online:] http://www.eapn.org.pl/expert/files/Ub%C3%B3stwo%20i%20wykluczenie%20os%C3%B3b%20starszych.pdf, dostęp 14.07.2013 r.

Kubica P., Olcoń-Kubicka M. (2010). *Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku*. Studia Humanistyczne, 8, s. 131–138.

Kula G. (2011). *Sytuacja rodzinna.* W: G. Bukowska, G. Kula, L. Morawski (red.), *Ryzyko ubóstwa osób starszych*. Warszawa: CeDeWu, s. 97–116.

Łój G. (2007). *Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku.* Gerontologia Polska, 15(4), s. 153–157

Młokosiewicz M. (2003). *Kapitał społeczny i kapitał ludzki a kwestia ubóstwa*. W: D. Kopocińska (red.), *Kapitał ludzki w gospodarce*. Szczecin: Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, s. 91–100.

Narodowa Strategia Integracji Społecznej. (2004). Warszawa: Ministerstwo Polityki Społecznej. [online:] http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/mps/NSIS.pdf, dostęp 23.09.2013 r.

Osiecka-Chojnacka J. (2012). *Społeczne opinie o starości a wdrażanie idei aktywnego starzenia się.* Studia BAS, 30(2), s. 101–128.

Putnam R. (1995). *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*. Kraków: Znak.

Raport o kapitale intelektualnym Polski. (2008). Warszawa, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów.

ROPS (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej), Obserwatorium Integracji Społecznej. (2010). *Sytuacja osób starszych zamieszkałych w województwie Lubelskim*. Lublin.

Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w Elblągu. (2007). *Same plusy. Wolontariat 50+. Prezentacja doświadczeń.*

Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu. (2012). W*olontariat seniorów w województwie mazowieckim*. [online:] http://bibliotekawolontariatu.pl/wp-content/uploads/Publikacja_czerwiec_www.pdf, dostęp 20.10.2013 r.

Szukalski P. (2004). *Kontrakt międzypokoleniowy a zasada sprawiedliwości międzypokoleniowej.* W: L. Frąckiewicz, A. Rączaszek (red.), *Kapitał społeczny.* Katowice: Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, s. 169–184.

Szukalski P. (2006). *Zagrożenie czy wyzwanie – proces starzenia się ludności.* Polityka Społeczna, 9, s. 6–10.

Szukalski P. (2008). *Starzenie się ludności – ku redefinicji kontraktu międzypokoleniowego?* W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej.* Łódź: Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, s. 248–260.

Szukalski P. (2009). *Plany zawodowe i przewidywania odnośnie do wieku przechodzenia na emeryturę.* W: P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, s. 176–206.

Szukalski P. (2012). *Aktywność zawodowa.* W: P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior).* Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, s. 407–417.

Warzywoda-Kruszyńska W., Kruszyński K. (2010). *Dziedziczenie biedy i wykluczenia społecznego w perspektywie lokalnej polityki społecznej*. Social Watch, 2010.

The population ageing process as a chance to strengthen the voluntary activities and private intergenerational flows within Polish society

Abstract

The conducted analysis aims to show the ageing process as a challenge driving the development of the underestimated or overlooked elements of social life, such as volunteering and intergenerational service provided by seniors for their environment and their relatives. The process of flows of social services and the benefits given by the elder people to the young is often ignored in the socio-economic analyses. There is still a belief that the only natural direction is a reverse flow from young to older people resulting from an inevitable deterioration of health, cognitive skills and social and professional competencies with age. This belief, at a time when not only is the average lifespan longer, but the quality of life is improving, is unreasonable and may relate only to the final phase of the ageing process. The starting point of the analysis is the question of

the ongoing processes of population ageing and its effects on the general population. The later section is a critical discussion of the concept of 'apocalyptic demography' based on five elements: homogenisation of this group, perception of the ageing process as a social issue, intergenerational conflict, connecting the ageing process only with social policy, without covering the issue of the resources of this social group and the resulting potential socio-economic benefits.

Key words: old age, population ageing, "apocalyptic demography", formal/ informal volunteering, intergenerational flows, productive social activity, human capital

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 53–63

Elżbieta Nieroba
Uniwersytet Opolski

Starzenie się społeczeństwa a przyszłość muzeum

Streszczenie

Zmiany demograficzne, które przekształcają krajobraz społeczny, wymuszają na muzeach dostosowanie swojej działalności do współpracy z nowymi grupami odbiorców. Oferta przygotowana przez muzea powinna uwzględniać specyficzne potrzeby starzejącego się społeczeństwa – od aranżacji przestrzeni, po zaprojektowanie programu kształcenia ustawicznego dopasowanego do możliwości intelektualnych starszej grupy odbiorców oraz innych propozycji zaangażowania seniorów w działalność muzeum. Opracowanie efektywnej oferty wymaga zidentyfikowania potencjalnych barier utrudniających osobom starszym korzystanie z propozycji muzealnych, z drugiej zaś strony rozpoznania jakie oczekiwania wobec muzeów mają seniorzy. Różnorodność motywacji kierujących publiczność do muzeum oraz wielość poszukiwanych doświadczeń pociąga za sobą konieczność poszukiwania przez muzealników rozwiązań, które będą szanować i zaspokajać te wszystkie potrzeby. W artykule przyglądam się także praktykom podejmowanym przez muzea polskie i zagraniczne wobec seniorów.

Słowa kluczowe: muzeum, starzenie się społeczeństwa, uczestnictwo w kulturze

Proces starzenia się społeczeństw, którego wskaźnikiem jest rosnąca liczba obywateli powyżej 65 roku życia, stanowi jedno z ważniejszych wyzwań, przed jakimi stoją kraje zachodnie w XXI wieku. Przeobrażanie struktury demograficznej ludności nieuchronnie wpływa na działalność instytucji kultury, które muszą się zmierzyć z oczekiwaniami nowego segmentu swojej potencjalnej publiczności – seniorów. Kluczowe zadanie, z którym borykają się te instytucje sprowadza się do rozpoznania oraz dostosowania swoich usług do zmieniających się potrzeb odbiorców oferty kulturalnej. Zachodzące zmiany społeczne traktują zarówno jako wyzwanie, ale także jako szansę dla rozwoju nowego charakteru współpracy ze społecznościami lokalnymi. Wiele muzeów potrafi dobrze odnaleźć się w zmieniającym się otoczeniu społecznym i opracowuje strategie pracy z seniorami przynoszące korzyści z perspektywy odbiorcy, instytucji oraz w wymiarze społecznym, jednak zagadnienie starzejącej się publiczności wymaga stałej uwagi ze strony praktyków zaangażowanych w konstruowanie oferty kulturalnej, jak i teoretyków z różnych dyscyplin podejmujących problem statusu seniorów w życiu społecznym.

Specyfika potrzeb kulturalnych seniorów

Wiek w dużym stopniu determinuje dostęp do pewnych doświadczeń społecznych, do innych zaś limituje, dlatego też aktywność instytucji kultury sprofilowana jest na przełamanie bariery izolacji społecznej odczuwanej przez seniorów. Katalog dobrych praktyk uwzględniających zmiany demograficzne z perspektywy muzeów wskazuje na dwie główne kwestie: promowanie nauczania przez całe życie oraz wspieranie zaangażowania seniorów w sprawy lokalne. Materiał empiryczny wskazuje, że osoby w wieku emerytalnym, ale w dalszym ciągu pracujące, deklarują większy poziom partycypacji w sektorze kultury niż ich niepracujący rówieśnicy – częściej chodzą do kina, teatru, na koncerty czy wystawy, angażują się w sprawy społeczności lokalnej. Jednak „częściej" nie oznacza w tym przypadku masowego zainteresowania kulturą – jedynie 12% pracujących seniorów odwiedza galerie czy muzea, podczas gdy blisko połowa Polaków (46%) niepobierających jeszcze świadczeń emerytalnych planuje poświęcić część swojego wolnego czasu w jesieni swojego życia na bliski kontakt ze sztuką (warto dodać, że im młodsi respondenci, tym częstsze deklaracje aktywnych form uczestniczenia w życiu kulturalnym). Wyraźne rozbieżności pomiędzy zamiarami a rzeczywistością świadczą o stopniowym wycofywaniu się osób starszych z życia społecznego, preferowaniu biernych sposobów spędzania czasu (CBOS 2009). W obliczu procesu odsuwania (się) seniorów z aktywności społecznych, muzea powinny działać na rzecz wypracowania przestrzeni skrojonej według potrzeb i wymagań starszych odbiorców, która zmobilizuje ich do wyjścia z czterech ścian i skonfrontowania się z nową dla nich sytuacją, do podjęcia próby przedefiniowania swojej pozycji w społeczeństwie, do nawiązania inspirujących kontaktów, nabycia nowych kompetencji i umiejętności.

Specyfikę pracy z osobami starszymi na polu nie tylko kultury rozważają autorzy raportu „Aktywni seniorzy. Inspirator dla organizacji" (Schimanek, Wejcman, s. 44–49). Projekt zaangażowania seniorów zakończy się sukcesem jedynie w sytuacji odrzucenia negatywnych stereotypów utożsamiających starość z chorobą, samotnością oraz biernością. Kolejna wskazówka dotyczy zindywidualizowanego podejścia do osób, z którymi instytucja podejmuje współpracę – zapewni to w miarę dogłębne poznanie historii jej życia, zrozumienie motywacji, określenie korzyści jakie przyniesie podjęcie aktywności oraz ustalenie jakimi atutami przydatnymi w planowanych działaniach społecznych dysponuje senior. Skonstruowana na bazie tych informacji oferta nie powinna nadmiernie wykraczać poza doświadczenia seniorów (nie jest łatwo zmienić nawyki i przyzwyczajenia osób starszych – zbyt rewolucyjne pomysły mogą zniechęcić ich do współpracy), natomiast formą gratyfikacji za zaangażowanie się w często nieznane im dotychczas praktyki musi być satysfakcja, docenienie, dowartościowanie.

Projektowanie oferty skierowanej do seniorów musi także uwzględniać ich specyficzny sposób korzystania z kultury. Opisana w latach 90. XX wieku koncepcja wszystkożerności kultury podkreśla różnorodność gustów i heterogeniczny, nieprzewidywalny charakter konsumpcji kultury, a także odchodzenie od hierarchicznego modelu kultury na rzecz niejednolitego i sfragmentaryzowanego fenomenu społecznego. Richard Peterson i Roger Kern opierając się na materiale empirycznym zaobserwowali, że tendencja do większego zainteresowania różnymi formami kultury widoczna jest szczególnie wśród młodszego pokolenia odbiorców. Oprócz

różnicy pokoleniowej kolejną okolicznością sprzyjającą rozprzestrzenianiu się kategorii wszystkożerności jest wzrost poziomu wykształcenia, dostęp do mediów, mobilność społeczna (Peterson, Kern 1996, s. 905–906). W kontekście polskim można założyć, że seniorzy są tą kategorią społeczną, której bliższa jest konsumpcja kultury zunifikowanej – stanowi to praktyczną wskazówkę dla animatorów kultury, jakiej propozycji oczekują starsi odbiorcy i jak potencjalnie mogą odbierać trend wykorzystywania specyficznych dla kultury popularnej narzędzi do konstruowania narracji muzealnych. Proces popkulturyzacji oferty muzeum umożliwia wpisanie tradycyjnych funkcji kulturalnych i edukacyjnych w ramy atrakcyjnej rozrywki, chociaż może być oceniany również jako zjawisko niepożądane ze względu na przedkładanie łatwej w odbiorze rozrywki nad merytoryczną oprawę ekspozycji. W 2010 roku zapytano blisko 40 000 zwiedzających amerykańskie muzea, co było głównym powodem odwiedzenia placówki muzealnej (Museums… 2011). Respondentom zaproponowano następujące możliwości do wyboru: ciekawość, czas spędzony z rodziną, zabawa, edukacja dla dzieci, przypadkowa wizyta w trakcie wakacji. Okazało się, że jedna z odpowiedzi wzbudziła kontrowersje, mianowicie „zabawa" jako główny powód odwiedzin. Wśród komentarzy pojawiły się głosy, że takie określenie nie oddaje charakteru przeżycia doświadczanego w muzeum, ewokuje raczej park tematyczny, deprecjonując tym samym elitarny charakter placówki kulturalnej. Głębsza analiza zebranych danych ujawniła pewne prawidłowości. Otóż koncepcja zabawy podzieliła pokolenia – osoby młode oraz rodzice dzieci niepełnoletnich wybierały „zabawę" jako główny powód wizyty w muzeum w przeciwieństwie do osób po 50. roku życia, dla których miała ona negatywne konotacje i kojarzyła się głównie z nadmiernym uproszczeniem języka wystawy oraz hałasem, a nie relaksem i przyjemnie spędzonym czasem:

Znaczna część odbiorców oczekuje od sztuki przede wszystkim rozrywki, wypełnienia wolnego czasu, oderwania się od rzeczywistości, od „szarości dnia"; szuka się sztuki dla uzyskania podniet silnych, przeżyć wstrząsających, których poskąpiło życie; inni zaś pragną w sztuce znaleźć radość spokojną, ukojenie, fikcyjne choćby zaspokojenie swoich pragnień; są tacy, którzy chcą poprzez sztukę uzyskać poznanie świata i życia, znaleźć rozwiązanie nękających ich problemów; inni wreszcie traktują sztukę jako zwierciadło, w którym można zobaczyć samego siebie, osobiste, najbardziej intymne sprawy, znaleźć afirmację postaw życiowych, podnietę do marzeń o przyszłości itp. (Gołaszewska 1973, s. 286).

Warto mieć zatem na uwadze, że demokratyzacja oferty może prowadzić do – świadomej bądź nie – symbolicznej ekskluzji pewnych grup publiczności, szczególnie tych zagrożonych wykluczeniem społecznym. Tymczasem celem polityki europejskiej jest przezwyciężanie barier (w wymiarze ekonomicznym, czasowym i przestrzenno-geograficznym) w dostępie do kultury. Priorytet ten znajduje odzwierciedlenie w Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego (2013), gdzie mowa jest o zwiększeniu „obecności kultury w życiu codziennym ludzi przez stałe zwiększanie dostępności do zasobów kultury i kształcenia nawyków kulturowych" oraz modernizacji infrastruktury i rozszerzeniu „ról społecznych instytucji kultury" (*Strategia*… 2013, s. 4). Pierwszoplanowym zadaniem w obszarze kultury jest rozwój i efektywne wykorzystanie potencjału kulturowego oraz kreatywnego poprzez wzmocnienie roli kultury w budowaniu spójności społecznej oraz wzmocnienie znaczenia kultury w rozwoju społeczno-gospodarczym (*Strategia*… 2013, s. 9). Natomiast w obszarze

postaw i kompetencji społecznych nacisk położony jest na wykształcenie trzech umiejętności – kooperatywności, komunikatywności oraz kreatywności (*Strategia*… 2013, s. 12).

Przywołane okoliczności – preferowane sposoby uczestnictwa w kulturze seniorów oraz kierunki europejskiej polityki kulturalnej – wyznaczają pole do konstruowania oferty kulturalnej aktywnie stawiającej czoła wyzwaniom związanym ze starzeniem się społeczeństwa. Efektywnie sprofilowane programy skierowane do osób starszych mogą przyczynić się do jakościowej zmiany ich życia dzięki zaszczepieniu motywacji do angażowania się w nowe działania w zakresie kształcenia. W literaturze przedmiotu opisującej strategie uczenia się zidentyfikowano kilka cech charakteryzujących proces zdobywania wiedzy przez seniorów. Po pierwsze, dorośli podejmujący decyzję o dalszym kształceniu chcą udowodnić swoją niezależność, samodzielność oraz odpowiedzialność za swoje życie. Po drugie, chcą wiedzieć, jakie korzyści przyniesie im podjęty trud dalszej nauki oraz jakie są negatywne konsekwencje niepodjęcia kształcenia. Zasadniczą różnicę pomiędzy uczącymi się dziećmi a dorosłymi stanowi bogate doświadczenie tych ostatnich, zróżnicowane motywacje stojące u podstaw uczenia się ustawicznego, jednak głównym motorem działania są motywacje wewnętrzne, a także rozmaite style zdobywania wiedzy.

Kolejnym atrybutem edukacji seniorów jest wybór informacji i umiejętności, które mogą zostać natychmiast wykorzystane w życiu codziennym (np. do rozwiązania konkretnego problemu). Oznacza to, że program muzealny skierowany do seniorów powinien uwzględniać wybór poziomu informacji oraz sposobu jej interpretacji, stwarzać warunki do przeżywania intensywnych doświadczeń edukacyjnych, które zaspokoją motywację wewnętrzną, brać pod uwagę aspekt społeczny uczenia się (możliwość dzielenia się wiedzą, przemyśleniami, doświadczeniem życiowym, stworzenie platformy do zadawania pytań krytycznych). Należy uwzględnić fakt, że seniorzy nie zawsze czują się komfortowo we współczesnym świecie – mogą być wykluczeni cyfrowo i/lub odrzucać pewne idee i treści jako stojące w sprzeczności z ich poglądem na rzeczywistość (Kelly i in., s. 53–54).

Wpływ partycypacji kulturalnej na jakość życia seniorów

Zarówno praktycy, jak i teoretycy są zgodni, że jednym z najbardziej widocznych trendów współczesnego muzealnictwa jest partycypacja, co ściśle związane jest z podmiotowym traktowaniem odwiedzających. Stopniową zmianę paradygmatu „obiekto-centrycznego" (skoncentrowanego na kolekcji i jej ochronie) na ten uwydatniający rolę odbiorcy znaleźć można zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w głównych dokumentach najważniejszych stowarzyszeń muzealnych na świecie (na przykład opublikowanych w Międzynarodowej Radzie Muzeów). Symbolem tych zmian stała się koncepcja „nowej muzeologii". Termin ten wszedł do języka teorii pod koniec lat 80. XX wieku, wraz z publikacją pod takim właśnie tytułem pod redakcją Petera Vergo. Angielski historyk sztuki zdefiniował nową muzeologię w opozycji do „starej". Dawnej muzeologii zarzuca zbytnią koncentrację na metodach i zaniedbanie społecznego kontekstu działania – cała uwaga skupiona była na kwestiach administracyjnych i osiąganych „sukcesach", czyli wystarczającym finansowaniu i wysokiej frekwencji. Nie podejmowano natomiast refleksji na temat

społecznych i politycznych wymiarów i skutków działalności muzeów (Vergo 2006, s. 3–4). Obecnie kluczowym zadaniem muzeum staje się propagowanie idei egalitarnego i sprawiedliwego społeczeństwa. Związane jest to z przyjęciem założenia, że kultura działa na rzecz konstruowania i reprodukowania poczucia tożsamości indywidualnej i zbiorowej oraz kształtowania społecznej i etycznej odpowiedzialności (Hooper-Greenhill 2007, s. 1). Z tej perspektywy na muzeum można spojrzeć jak na „trzecią przestrzeń", o której pisał Ray Oldenburg (1999), a więc na neutralną i bezpieczną przestrzeń publiczną sprzyjającą społecznym interakcjom i zaangażowaniu oraz unieważniającą wszelkie dystynkcje społeczne. Obecność tej przestrzeni jest niezbędna dla budowania społeczeństwa obywatelskiego, demokracji, zaangażowania oraz zakorzenienia w danej społeczności lokalnej.

Zaangażowanie społeczne jest uważane za istotny czynnik przyczyniający się do udanego procesu starzenia się. Ponieważ obszar badań nad partycypacją kulturową w kontekście starzenia się jest stosunkowo nowym polem zainteresowania, nie dysponujemy zadowalającą liczbą wysokiej jakości raportów badawczych na ten temat. Warto jednak rozważyć wnioski płynące z dostępnych opracowań, dotyczące wpływu sztuki na zdrowie psychiczne i fizyczne jednostek oraz jej funkcję więziotwórczą.

Istnieje coraz więcej przekonujących dowodów na to, że uczestnictwo w aktywnościach kulturalnych przynosi pozytywne efekty w przypadku do osób starszych w postaci zwiększenia pewności siebie oraz poczucia własnej wartości, odkrywania nowych aspektów swojej tożsamości i pozytywnych stron swojej pozycji w społeczeństwie. Kontakt ze sztuką stanowi również silny impuls przeciwdziałający społecznej izolacji i samotności. Seniorzy cierpiący na demencję poprzez zaangażowanie w sztukę mogą poprawić swoje funkcje poznawcze, komunikacyjne, pamięć oraz twórcze myślenie. Negatywną konsekwencją aktywności w często nowych dla seniorów praktykach jest poczucie frustracji, gdy nie potrafią spełnić oczekiwanego przez siebie poziomu kunsztu artystycznego.

W aspekcie zdrowia fizycznego wśród osób aktywnych obserwuje się niższy wskaźnik umieralności, lepszy stan zdrowia, mniejszą liczbę objawów depresyjnych. Czynni seniorzy są również bardziej sprawni fizycznie niż ich bierni rówieśnicy. Natomiast unikanie aktywnych form spędzania wolnego czasu oraz uczestnictwa w kulturze związane jest z wyższym wskaźnikiem zachorowalności (w tym depresji) i umieralności. Organizacja zajęć/warsztatów artystycznych skierowanych do różnych grup wiekowych może być skutecznym narzędziem przełamywania negatywnych stereotypów dotyczących seniorów, łagodzenia skutków ich społecznej marginalizacji i stygmatyzacji (Jivraj, Nazroo, Barnes 2012, s. 49–81; Cohen i in. 2006; *An Evidence*… 2011).

Poczucie samotności, które zwiększa ryzyko izolacji społecznej jest silnie związane z wiekiem. Samotność możemy zdefiniować jako różnicę pomiędzy ilością i jakością dostępnych dla jednostki interakcji, a jej oczekiwaniami dotyczącymi kontaktów społecznych. Początek przewlekłej choroby, zaburzenia funkcji poznawczych, żałoba po stracie współmałżonka, pobyt w szpitalu czy domu opieki, kłopoty z dostępem do usług, brak udogodnień transportowych czy niskie poczucie bezpieczeństwa to początek długiej listy przyczyn postępującej izolacji starszych osób. Realizowane badania potwierdzają tezę o wpływie partycypacji kulturalnej seniorów na

szerszą społeczność w postaci zwiększonej liczby podejmowanych kontaktów społecznych, nawiązywanych przyjaźni oraz tworzenia grup wsparcia (Cutler 2012).

Kreowanie przestrzeni przyjaznej seniorom w muzeach

W świetle tych ustaleń wiele instytucji kulturalnych podejmuje działania przeciwdziałające samotności i wykluczeniu seniorów. Whitworth Art Gallery z Manchesteru prowadzi warsztaty plastyczne, których ideą jest poznanie roli technologii w życiu seniorów. Sztuka cyfrowa jest jednak jedynie instrumentem w walce z samotnością osób starszych – organizatorzy skupiają się przede wszystkim na budowaniu wspólnotowości oraz przyjaźni pomiędzy uczestnikami spotkań[1]. Muzeum Nauki z Birmingham w 2002 roku zorganizowało wystawę „Zmieniające się czasy: nasze przesłania z przeszłości do teraźniejszości", którą opracowało 10 mieszkańców miasta – oprócz m.in. uczniów szkoły specjalnej czy lokalnego college'u, do współpracy zaproszono także seniorów. Zaangażowana w projekt grupa wybrała temat wystawy (komunikacja i muzyka) oraz wybrała eksponaty wystawowe ze zbiorów muzeum. Współpraca tak różnych osób zaowocowała ekspozycją bogatą w materiał interpretacyjny wynikający z doświadczeń życiowych jej twórców.

W jedną niedzielę w miesiącu do szkockich galerii i muzeów w towarzystwie wolontariuszy przychodzą samotni seniorzy. Silny nacisk położony jest na aspekt społeczny tych wizyt – każde spotkanie kończy się dzieleniem wrażeń z wystawy przy herbacie. Podobny projekt działa w brytyjskim muzeum sztuki współczesnej Tate Modern, które prowadzi cykl spotkań „Herbata i Tate" (Cutler 2009, s. 11–12). Ponadto londyńska placówka realizuje bezpłatne warsztaty „Sztuka w życiu" skierowane do hospitalizowanych seniorów z demencją. Badania ewaluacyjne wykazały, że umożliwienie dostępu do uznanej i prestiżowej przestrzeni publicznej jaką jest Tate Modern ma pozytywny wpływ na uczestników warsztatów. Pacjenci mogą doświadczyć wolności jaką daje otwarta przestrzeń – w znacznym stopniu przyczynia się to do łatwiejszego nawiązywania interakcji, sprzyja współpracy, dzieleniu się doświadczeniami oraz podejmowaniu działań artystycznych, tym bardziej że muzeum nie kojarzy się seniorom ze środowiskiem terapeutycznym (Shearn 2001).

Nowojorskie Muzeum Sztuki Nowoczesnej MoMA także skonstruowało ofertę programową specjalnie dla osób starszych z demencją. Muzeum za swój obowiązek uznaje umożliwienie wszystkim odwiedzającym nawiązanie kontaktu ze sztuką nowoczesną, również tym z niepełnosprawnością fizyczną czy psychiczną, niedowidzącym i niewidomym, słabo słyszącym lub głuchym, z kłopotami emocjonalnymi. Z uwagi na rosnącą liczbę osób dotkniętych chorobą Alzheimera, MoMA postanowiło przygotować dla nich komfortową przestrzeń wystawienniczą (np. możliwość zwiedzania w godzinach niedostępnych dla publiczności) oraz program edukacyjny, a specjalnie przygotowani pracownicy muzeum zachęcają chorych seniorów do podejmowania aktywności (np. prowadzone są ożywione dyskusje). Muzeum prowadzi systematyczne badania na temat efektów tego programu, autorzy projektu dzielą się swoimi doświadczeniami z innymi instytucjami kultury na całym świecie,

[1] Whitworth Art Gallery, [online:] http://whitworthadultprogramme.wordpress.com/, dostęp 10.02.2014 r.

zainteresowanymi pracą z osobami cierpiącymi na chorobę Alzheimera. W 2009 roku wydano publikację „Spotkaj mnie: Udostępnianie sztuki osobom z demencją", która dostarcza kompleksowych ram wspomagających proces tworzenia programów edukacyjnych w muzeach i galeriach[2].

W jakim stopniu zmiany demograficzne wpływają na działalność także polskich muzeów i czy potrafią one stawić czoła stojącym przed nimi wyzwaniom? Przygotowana przez polskie instytucje oferta nie jest jeszcze tak bogata jak program edukacyjny skierowany do dzieci i młodzieży, co wynika – być może – ze wspomnianej wyżej nowości problematyki uczestnictwa seniorów w kulturze. Wiele placówek organizuje okazjonalne wydarzenia związane z dniem babci i dziadka, na które zapraszani są seniorzy z wnukami, część nawiązuje także współpracę z Uniwersytetami Trzeciego Wieku – w takim przypadku oferta sprofilowana jest jedynie na potrzeby osób starszych. Niektóre muzea wśród swoich stałych propozycji edukacyjnych mają zajęcia skrojone na potrzeby seniorów – są to najczęściej wykłady[3] oraz specjalnie zaaranżowane trasy zwiedzania[4].

Sporadycznie muzea pracują nad rozszerzeniem oferty dla seniorów. Przykładowo Muzeum Narodowe w Warszawie proponuje osobom starszym oprócz tradycyjnych w swojej formie wykładów także zajęcia w galeriach muzealnych w ramach „Muzealnych wtorków", „Muzealnego Studium Dziejów Sztuki" oraz „Wielkich Malarzy dla Seniorów"[5]. W krakowskim Muzeum Narodowym realizowany jest projekt edukacyjny „Razem w podróży" stwarzający bardzo komfortowe warunki do wspólnego zwiedzania wystawy przez dziadków i wnuków. Oprócz materiałów edukacyjnych „podróżnikom" oferuje się „krzesłokoc", który „umożliwia wspólne spędzenie czasu dwóm osobom, w jednym miejscu, bez konieczności wykonywania tych samych czynności. Dla potrzebującego odpoczynku dorosłego przenośna, lekka forma krzesła umożliwia wygodny przystanek w dowolnym miejscu Muzeum. Podpięty do krzesła koc, po rozwinięciu, staje się przestrzenią dla dziecka. Krzesłokoc projektuje sytuację bycia razem, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i możliwości samych uczestników"[6].

Przyjaznym dla seniorów miejscem w Krakowie jest również Muzeum Sztuki Współczesnej MOCAK, które realizuje rozmaite programy skierowane do zróżnicowanych grup starszych odbiorców (osoby zainteresowane sztuką, emerytowani przedstawiciele krakowskiej inteligencji, członkowie klubów seniora, osoby starsze chore psychicznie). Seniorzy mogą poznawać aktualne wystawy prezentowane

---

[2] Muzeum Sztuki Nowoczesnej MoMA, [online:] https://www.moma.org/meetme/resources/index#history, dostęp 01.02.2014 r.

[3] Muzeum Historyczne Miasta Krakowa, [online:] http://www.mhk.pl/program-dla-seniorow; Muzeum Podlaskie w Białymstoku, [online:] http://www.bloglovin.com/, dostęp 01.02.2014 r.

[4] Muzeum Łazienki Królewskie w Warszawie, [online:] http://www.lazienki-krolewskie.pl/, dostęp 01.02.2014 r.

[5] Muzeum Narodowe w Warszawie, [online:] http://www.mnw.art.pl/edukacja/seniorzy/, dostęp 01.02.2014 r.

[6] Muzeum Narodowe w Krakowie, [online:] http://www.muzeum.krakow.pl/, dostęp 01.02.2014 r.

w muzeum, spotykać się z artystami oraz muzealnikami, tworzyć własne prace[7]. Przytoczone przykłady świadczą o świadomych poszukiwaniach konstruowania wypowiedzi muzealnej oraz przestrzeni wystawienniczej dopasowanej do oczekiwań współczesnych odbiorców zgodnie z aktualnymi trendami demograficznymi.

Warto też przyjrzeć się bliżej pracownikom muzeów i spróbować odpowiedzieć na pytanie, czy i jak postrzegają oni osoby zagrożone wykluczeniem społecznym w roli potencjalnych odbiorców oferty muzealnej. Inspiracją do rozważenia tego problemu jest materiał zebrany podczas zrealizowanego w 2012 roku badania „Projektowanie zmiany kulturowej – muzeum otwarte a praktyki społeczne". Głównym jego celem była eksploracja instytucji muzealnych z perspektywy pracujących w nich osób. Zaprezentowane w tym artykule fragmenty wypowiedzi pochodzą z wywiadów przeprowadzonych z kilkudziesięcioma pracownikami polskich muzeów sztuki oraz muzeów historycznych. Należy zaznaczyć, że wykorzystanie metod jakościowych nie upoważnia do ekstrapolacji uzyskanych wyników, lecz wskazuje jedynie kierunki zmian dostosowujące muzea do aktualnych potrzeb społecznych. Analiza zebranego materiału empirycznego pozwoli uchwycić w jakim stopniu muzealnicy są uwrażliwieni na potrzeby seniorów – wskaźnikami będą odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące definicji i celów współczesnych muzeów oraz konceptualizacja grupy docelowej.

Precyzując pojęcie muzeum rozmówcy podkreślali obecne w ich codziennej działalności przesunięcie akcentów z opieki nad zbiorami w stronę funkcji edukacyjnych: *Istotą muzeum jest kolekcja, jest zbiór i opieka nad nim. Niemniej w tej chwili jest bardzo wielki nacisk na edukację* (rozmówca nr 13); *Dotychczasowe muzeum skoncentrowane jest tylko na zbiorach – gromadzą, opracowują, konserwują, upowszechniają i to „upowszechniają" jest na szarym końcu, bo w ogóle niedoprecyzowane, a tymczasem okazuje się, że to upowszechnianie, uspołecznianie staje się coraz ważniejsze. (…) Muzeum na pewno będzie (…) instytucją, która będzie w coraz większym stopniu przejmować funkcje edukacyjne* (rozmówca nr 20). Wiele opinii muzealników konstruowanych było z pozycji paternalistycznej. Ich autorytarny ton wzmacnia podkreślanie powinności muzeum: *Muzeum powinno być miejscem interesującego spędzenia czasu dla jak najszerszej grupy ludzi. Powinno wyznaczać pewien standard uczestnictwa w kulturze* (rozmówca nr 18) lub *Myśmy powinni wyznaczać tendencje, a nie odwrotnie* (rozmówca nr 15).

Niektóre z wypowiedzi petryfikowały tradycyjne podejście do instytucji muzealnych jako sanktuarium sztuki wysokiej – czasem muzealnicy wprost sugerowali, że najważniejsza w odbiorze wystawy jest kontemplacja intelektualna, która wymaga by widz posiadał pewien zakres kompetencji kulturowych: *Nasza oferta skierowana jest do świadomego widza (…) Musi mieć wiedzę, musi mieć pewną wiedzę, dlatego że – no nie czarujmy się – muzeum nie jest instytucją która powinna przyciągać, ja nie mam nic przeciwko, ale pracowników budowlanych* (rozmówca nr 12) lub *Sztuka zawsze była dla elit i nie ma się co oszukiwać, że jest, czy powinno być inaczej* (rozmówca nr 15). Gdy natomiast pojawiała się deklaracja budowania relacji z publicznością heterogeniczną, to mimo pozornie otwartej postawy muzealnicy *implicite* sugerowali niezdolność potencjalnej publiczności do samodzielnej interpretacji dzieła sztuki:

[7] Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie MOCAK, [online:] http://www.mocak.pl/muzeum-przyjazne-seniorom, dostęp 01.02.2014 r.

Moim zdaniem muzea powinny tłumaczyć jaki sens ma sztuka w obrębie życia. Ponieważ my funkcjonujemy w złej definicji sztuki, głównie takiej intuicyjnej definicji, że to jest taki departament pięknej przyjemności, że ona jest gdzieś na poboczu (…) to jest jak gdyby departament wytchnienia i szczęśliwości, co jest kompletną bzdurą, bo uważam, że sztuka współczesna jest po to, żeby sprawiała przykrość i w jakiś sposób potrząsała jakimiś rzeczami, do których mamy się skłonność nadmiernie przyzwyczajać (rozmówca nr 19).

W znakomitej jednak większości muzeów podejmuje się trud tworzenia środowiska przyjaznego i zachęcającego do partycypacji kulturowej, środowiska, które odrzuca dystynkcje społeczne i kulturowe. W tym podejściu odbiorcą idealnym jest widz po prostu ciekawy, wrażliwy, otwarty na nowe doświadczenia. Nie precyzuje się potrzeb konkretnych grup odbiorców, a ofertę przygotowuje się na dość wysokim poziomie ogólności – muzea zdaniem rozmówców powinny stać się źródłem rozmaitych przyjemności. Celnie opisał to jeden z interlokutorów: (*…) możemy po prostu nad tym płakać, możemy się tym oburzać, że to tak jest, ale tak jest, że po prostu muzea są miejscem spędzania czasu wolnego. I musi być tam wiele różnych funkcji. Wtedy one są atrakcyjne* (rozmówca nr 16). Tendencja budowania oferty „dla wszystkich" gubi w konsekwencji specyficzne oczekiwania seniorów. Zebrany materiał empiryczny pozwala wysunąć tezę, że nie biorąc pod uwagę specyficznych potrzeb osób starszych muzea same tworzą potencjalne bariery w dostępie do oferty kulturalnej, wytyczają granice partycypacji.

Rekomendacje dla muzeów

W jaki zatem sposób przestrzenie muzealne mogą redukować izolację i samotność seniorów, jak mogą zwiększać ich poziom partycypacji? W rekomendacjach dla instytucji kultury znaleźć się musi przede wszystkim wskazówka, by nie traktować populacji seniorów jako homogenicznej – jest to grupa osób o zróżnicowanych stylach życia, doświadczeniach życiowych, poglądach, oczekiwaniach związanych z ofertą muzealną. Niezwykle ważne jest przełamywanie barier fizycznych w dostępie do muzeów osób starszych, należy na przykład zadbać o umieszczenie w przestrzeni wystawienniczej miejsc siedzących dla odwiedzających. Warto skupić uwagę również na sposobie przygotowywania informacji tekstowych: czcionka nie powinna być zbyt mała, opisy należy umieszczać na poziomie oczu by nie zmuszać widzów do schylania się, warto pamiętać, że nieczytelne będą treści umieszczone pod szkłem (powoduje odbijanie się światła), jak i te nieodpowiednio oświetlone. Osoby starsze nie czują się bezpiecznie w zatłoczonych miejscach, można zatem rozważyć udostępnienie dla nich wystawy w godzinach kiedy nieobecne są grupy szkolne (Kelly i in., s. 49–51). Oferta skierowana dla odbiorców starszych sprzyjać powinna łamaniu negatywnych stereotypów na temat starości oraz ułatwiać nawiązywanie kontaktów międzypokoleniowych. Intencją podejmowanych działań powinno być przeciwdziałanie ich samotności i izolacji, umożliwienie zdobywania nowych umiejętności i kompetencji oraz tworzenie przestrzeni do dzielenia się doświadczeniem życiowym, co w efekcie przyczynia się do podniesienia samooceny i poczucia własnej wartości osób starszych.

Projektując własną ofertę dla seniorów warto także skorzystać z doświadczenia innych placówek – muzealnicy współpracujący w ramach międzynarodowej grupy „Muzea i starzejące się społeczeństwo" gromadzą przykłady dobrych praktyk w zakresie edukacji oraz zwiększania poziomu uczestnictwa w kulturze seniorów, a także badają w jaki sposób strategie polityczne poszczególnych krajów ułatwiają bądź utrudniają promocję kształcenia ustawicznego. Głównym efektem tych działań jest stworzenie rekomendacji skierowanych do Komisji Europejskiej oraz do europejskiego sektora muzealniczego (Grut 2013, s. 24).

Bibliografia

An Evidence. Review of the Impact of Participatory Arts on Older People. (2011). Raport Mental Health Foundation. [online:] http://www.mentalhealth.org.uk/publications/evidence-review-participatory-arts-older-people/, dostęp 10.02.2014 r.

CBOS. (2009). *Sytuacja ludzi starszych w społeczeństwie – plany a rzeczywistość*. Komunikat z badań. Grudzień. Warszawa: CBOS. [online:] http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a-1&id=4225, dostęp 15.02.2014 r.

Cohen G.D., Perlstein S., Chapline J., Kelly J., Firth K.M., Simmens S. (2006). *The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults*. The Gerontologist, 46(6), s. 726–734.

Cutler D. (2009). *Ageing Artfully: Older People and Professional Participatory Arts in the UK*. Raport The Baring Foundation. [online:] www.baringfoundation.org.uk, dostęp 10.02.2014r.

Cutler D. (2012). *Tackling Loneliness in Older Age – The Role of the Arts*. Raport The Baring Foundation. [online:] www.baringfoundation.org.uk, dostęp 10.02.2014r.

Gołaszewska M. (1973). *Zarys estetyki. Problematyka, metody, teorie*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Grut S. (2013). *The Challenge of Ageing Populations – Assesing the Contribution of Heritage and Creative Learning*. W: S. Kling, J. Gonzales (red.), *Creativity, Lifelong Learning and the Ageing Population*. Östersund: Jamtli Förlag.

Hooper-Greehhill E. (2007). *Museum and Education. Purpose, pedagogy, performance.* Londyn, Nowy Jork: Routledge.

Jivraj S., Nazroo J., Barnes, M. (2012). *Change in social detachment in older age in England.* W: J. Banks, J. Nazroo, A. Steptoe (red.), The dynamics of ageing: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002–10 (Wave 5). London: Institute for Fiscal Studies.

Kelly L., Savage G., Landman P., Tonkin S. *Energised, Engaged, Everywhere: Older Australians and Museums*. Canberra: Austalian Museum, National Museum of Australia.

Museums are Fun! Museums are not Fun! (2011). Badanie zrealizowane na zlecenie Reach Advisors. [online:] http://reachadvisors.typepad.com/museum_audience_insight/2011/02/museums-are-fun-museums-are-not-fun.html; dostęp 28.04.2011 r.

Oldenburg R. (1999). *The Great Good Place. Cafes, Coffee Shops, Bookstores, Bars, Hair Salons, and Other Hangouts at the Heart of Community*. Nowy Jork: Marlowe&Company.

Peterson R.A., Kern R.M. (1996). *Changing Highbrow Taste: From Snob to Omnivore*. American Sociological Review, 61(5), s. 900–907.

Schimanek T., Wejcman Z. *Aktywni seniorzy. Inspirator dla organizacji*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.

Shearn H. (2011). *Art into Life. For Older Adults with Mental Health Problems and Dementia. Mental Well-being Impact Assessment*. [online:] http://www.lemproject.eu/library/books-papers/art-into-life-for-older-adults-with-mental-health-problems-and-dementia/view, dostęp 10.02.2014 r.

Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego. (2013). [online:] http://ks.mkidn.gov.pl/pages/strona-glowna/strategia-rozwoju-kapitalu-spolecznego.php, dostęp 15.02.2014 r.

Vergo P. (2006), *Introduction*. W: P. Vergo (red.), *The New Museology*. Londyn: Reaktion Books Ltd.

Ageing and the future of museum

Abstract

Ageing is one of the greatest social challenges of the 21st century for European societies. This paper explores the impact that the ageing of the population is having on museum practices. Ageing, it would seem, thus legitimates access to certain social experiences, while denying access to others, and also embraces sets of implicit expectations about behaviour in relation to aged identities. I argue that the ageing population presents both challenges and opportunities that museums will have to face in the very near future. Therefore, this paper contributes to the debate on how and why museums need to make some progress in terms of developing museum policies and museum programmes that reflect this important demographic change. Age is not a barrier to engagement or participation. The arts are effective at connecting isolated and lonely older people with the wider community, embracing different generations. There is good evidence that the arts have a positive impact on the physical and mental well-being of older people.

Key words: museum, ageing population, cultural participation

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 64–85

Dorota Nowalska-Kapuścik
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Demograficzne determinanty wzorów zachowań konsumpcyjnych. Uprzywilejowani czy marginalizowani– rozważania o sytuacji konsumentów „trzeciego wieku" w kontekście globalizacji rynku

Streszczenie

Zachowania konsumpcyjne kształtowane są pod wpływem wielu różnorodnych czynników związanych z życiem w społeczeństwie, a także uwarunkowań bazujących na cechach osobowościowych. Najczęściej uwarunkowania te przedstawia się jako cały zestaw zmiennych, takich jak: uwarunkowania psychologiczne, społeczno-kulturowe czy ekonomiczne. Czynniki demograficzne, odgrywające zasadniczą rolę w procesie decyzyjnym konsumentów, bardzo rzadko traktowane są jako odrębne, samodzielnie ujmowane wskaźniki (Boczar, Kossuth 1983; Wiszniewski 1983; Bywalec, Rudnicki 1999; Kieżel 2010 i inni). Tymczasem to właśnie one stanowią grupę obiektywnych determinant modelujących zachowania konsumenta; one również postrzegane są jako stosunkowo łatwe do identyfikacji narzędzie typologii i klasyfikacji potrzeb konsumenta.
Wśród elementów składających się na czynniki demograficzne kluczową rolę odgrywa wiek: wpływa on nie tylko na potrzeby, wielkość spożycia czy decyzje konsumpcyjne związane z wyborem określonej grupy produktów czy usług, ale traktowany jest także jako zasadnicza zmienna modelująca pożądane i realizowane przez jednostkę wzory zachowań konsumpcyjnych. Zwrócenie uwagi na wiek jako znaczący element kształtujący współczesną konsumpcję nie jest przypadkowe. Zmiany demograficzne, będące następstwem gwałtownego starzenia się społeczeństwa polskiego, mają bezpośrednie przełożenie na szeroko rozumianą gospodarkę; gospodarkę – co trzeba wyraźnie podkreślić – znajdującą się pod wpływem globalnych wzorów i metod postępowania.

Słowa kluczowe: konsumpcja, osoby starsze, globalizacja, marginalizacja

Uwagi wstępne

Główną cechą globalizacji rynku jest proces upodabniania się gustów klientów na całym świecie. Zjawisko to należy rozumieć wielowymiarowo; oznacza to, że mamy do czynienia z homogenizacją obejmującą różne przestrzenie życia społecznego, w tym – kluczową z punktu rozważań prowadzonych w niniejszym artykule – sferę konsumpcji. Nie wdając się w spory dotyczące subiektywnego postrzegania wskazanego zjawiska w kategorii pozytywnych i/lub negatywnych konsekwencji postępującej globalizacji, bezsprzecznie stajemy się świadkami (i realizatorami) identycznych lub

podobnych wzorów zachowań konsumpcyjnych w skali przekraczającej narodowe podziały. Jak pisze Albrow, globalizacja to nic innego jak „rozprzestrzenianie się zwyczajów, wartości i technologii w taki sposób, że wpływa to na ludzkie życie na całym świecie (1997, s. 88).

To upodabnianie się wzorów zachowań, ludzi czy – mówiąc najogólniej – całego świata niesie ze sobą szereg, często nieświadomych i niezamierzonych, konsekwencji. Trzeba bowiem pamiętać, że te „zalewające" lokalne rynki wzory, trendy czy mody są wytworem (najczęściej) kultury amerykańskiej; są one nie tylko wyhodowane w odmiennych warunkach kulturowych, ale – co ważniejsze – ich (pierwszymi) adresatami są odbiorcy dysponujący innymi zasobami materialnymi. Postępująca homogenizacja bazuje zatem na przekonaniu o dominacji Zachodu nad resztą świata i koniecznością podporządkowania i dopasowania do niego lokalnych rynków. Tym, co wydaje się być tutaj kluczowe, jest przyjęcie założenia o występowaniu czynników uniwersalnych, umożliwiających przetransportowanie propozycji zachodniego świata na grunt rodzimy i ich (w miarę) bezbolesną asymilację. W praktyce jednakże teoretyczne dywagacje nie zawsze mają rację bytu; w tym przypadku trzeba bowiem uwzględnić fakt, iż chociaż mamy do czynienia z procesami o globalnym zasięgu, to jednak ich skutki są odczuwalne w skali małych społeczności i z tej perspektywy winny być one rozpatrywane[1].

Dla przeciętnego konsumenta pochodzącego spoza amerykańskiego kręgu kulturowego oznacza to tyle, iż ma on wprawdzie dostęp do wielu propozycji oferowanych przez globalny rynek, ale nie zawsze ma możliwość, aby z nich w pełni skorzystać. Jak twierdzi Bauman: „Globalny wymiar wyborów dokonywanych przez inwestorów, w zestawieniu ze ściśle lokalnymi ograniczeniami wyborów (…) powoduje asymetrię, która leży u podstaw dominacji tych pierwszych nad tymi drugimi" (2000, s. 124).

Uwzględniając powyższe, niniejszy tekst jest próbą zarysowania sytuacji współczesnych – polskich – konsumentów, którzy zmagają się z koniecznością uwzględnienia globalnych trendów w swoim codziennym życiu. Koncentracja na seniorach podyktowana była występowaniem dwóch niepokojących zjawisk: jednego o charakterze globalnym i kolejnego stanowiącego następstwo glokalizacji.

1) Pierwsze z nich związane jest z coraz bardziej widocznymi w ostatnim czasie przemianami w strukturze demograficznej ludności, stanowiącymi konsekwencję nakładania się na siebie dwóch procesów: a) z jednej strony wydłużania się czasu trwania ludzkiego życia, b) z drugiej natomiast gwałtownego spadku liczby urodzeń. Powołując się na statystyki Organizacji Narodów Zjednoczonych (*World Population Prospects* 2004) osób w wieku 60 lat i starszych jest obecnie na świecie około 670 milionów; liczba ta do roku 2050 wzrośnie do około 2 miliardów. Przekładając te dane na udział procentowy, mówimy (obecnie) o 1/5

[1] Nawiązanie do koncepcji *glokalizacji*, która zakłada, iż procesy realizowane na poziomie lokalnych społeczności są tworzone pod wpływem globalnych wzorców, jednakże zakładają występowanie różnic, czy też odmienności, wynikających z lokalnych tendencji i możliwości działań. Autorka odnosi się tutaj do koncepcji Rolanda Robertsona, który zapoczątkował taki sposób ujmowania globalizacji: „myśl globalnie, działaj lokalnie" (Robertson 1995, s. 25–44) oraz Zygmunta Baumana, który szczególnie mocno podkreśla konieczność przystosowania globalnych produktów do wymogów rynku lokalnego: „tym co dla jednych jest wolnym wyborem, jawi się innym jako zrządzenie okrutnego losu" (Bauman 1997, s. 2).

populacji, a w roku 2050 – 1/3. Konsumenci „trzeciego wieku" to grupa coraz bardziej dominująca pod względem ilościowym, a tym samym potencjalnie pożądana i znacząca społeczność odbiorców.

2) Ta siła i wartość konsumpcyjna skumulowana w konsumentach „trzeciego wieku" zdaje się być pomijana lub w ogóle niedostrzegana przez polski rynek, który poza branżą farmaceutyczną, producentami sprzętu rehabilitacyjnego oraz sektorem świadczącym usługi opiekuńcze skierowane do osób starszych, przedstawia zaskakująco skromną ofertę adresowaną do tej grupy odbiorców. Tymczasem rozpoznanie zapotrzebowania oraz możliwości konsumpcyjnych osób starszych winno stanowić istotny element rozpatrywany nie tylko z punktu widzenia gospodarki kraju, ale i z perspektywy jakości życia całego społeczeństwa.

Wymiar terytorialny przemian demograficznych. Przykład Górnego Śląska

Starzenie się społeczeństwa to – obok zewnętrznych i wewnętrznych migracji – najbardziej zauważalne zjawisko demograficzne we współczesnej Europie. Taki stan rzeczy niesie ze sobą szereg niekorzystnych skutków postrzeganych nie tylko w kategorii problemu globalnego czy krajowego, ale – co istotniejsze – regionalnego. Oczywisty jest bowiem fakt, że skala zjawiska i strategie radzenia sobie z jego następstwami podlegają silnemu zróżnicowaniu i zależne są nie tylko od możliwości gospodarczych czy politycznych, ale również i potencjału społecznego danego regionu. Regionalne strategie dotyczące sposobów łagodzenia następstw oraz przeciwdziałania zagrożeniom demograficznym XXI wieku powstają w okresie bujnego rozwoju gospodarki i kultury globalnej; muszą one jednak uwzględniać znaczne zróżnicowanie regionalne grup społecznych, w tym – kluczowych z punktu widzenia prowadzonych w niniejszej pracy rozważań – producentów, konsumentów i innych uczestników rynku. Rozpoznanie potencjału nabywczego osób starszych, a także uwzględnienie ich potrzeb na rynku mieszkaniowym, usług kulturalnych, rozrywkowych, farmakologicznych, turystycznych czy informatycznych stwarza nie tylko możliwość lepszego dopasowania oferowanych dóbr i usług do oczekiwań lokalnego konsumenta, ale również może (i powinno) przekładać się na rozwój gospodarczy danego regionu. To odniesienie do omawianej powyżej koncepcji glokalizacji staje się szczególnie istotne w sytuacji, w której określone kategorie osób starszych (takie jak na przykład osoby żyjące samotnie, mieszkające w zaniedbanych dzielnicach miast, a także w regionach poprzemysłowych, borykających się z wieloaspektowymi problemami społeczno-gospodarczymi) stają w obliczu realnego zagrożenia marginalizacją społeczną.

Niniejszy fragment zawiera przegląd podstawowych procesów demograficznych wpływających na kształtowanie się liczby ludności i ich struktury wieku w dwóch – wybranych do badań własnych – miejscowościach: Będzinie i Świętochłowicach[2]. Ponieważ nie sposób prowadzić rozważań dotyczących procesów

[2] Więcej o metodologii oraz wskazaniu, dlaczego te dwa ośrodki zostały wybrane do badań własnych, w części: Metodologia i przebieg badań własnych. Warto w tym miejscu podkreślić, iż chociaż badania własne koncentrują się na dwóch dzielnicach: Syberce (w przypadku Będzina) i Lipinach (w przypadku Świętochłowic), to w tekście, ze względu na brak danych

demograficznych ograniczając się tylko do perspektywy samych wskazanych miast, bez uwzględnienia tychże procesów zachodzących na terenach je otaczających, w tekście znalazły się dane uwzględniające wszystkie podregiony województwa śląskiego. W podregionach do których należą Będzin (podregion sosnowiecki) i Świętochłowice (podregion katowicki), w celu umożliwienia porównań, zaprezentowane zostały wybrane powiaty (w przypadku podregionu sosnowieckiego) oraz miasta na prawach powiatu (w przypadku podregionu katowickiego). Zastosowana selekcja wydawała się istotna z dwóch powodów:

- pozwala na lepsze zrozumienie sytuacji demograficznej wskazanych miast (regionów) w skali całego województwa,
- pozwala na lepsze zrozumienie sytuacji demograficznej wskazanych miast (regionów) w skali danego powiatu.

W celu zachowania przejrzystości celowo zrezygnowano z niepotrzebnego prezentowania danych statystycznych wszystkich występujących w województwie śląskim powiatów i miast.

Zgodnie z podziałem administracyjnym (www.silesia.org.pl, 2013), województwo śląskie składa się z 36 powiatów (19 powiatów grodzkich, 17 powiatów ziemskich). Posiada 49 gmin miejskich, 22 gminy miejsko-wiejskie oraz 96 gmin wiejskich, co daje łączną sumę 167 gmin. W województwie śląskim znajduje się 71 miast. Region ten składa się z następujących podregionów: bielski, bytomski, częstochowski, gliwicki, katowicki[3], rybnicki, sosnowiecki i tyski.

W województwie śląskim mieszka 4 606 387 osób (*Biuletyn Statystyczny Województwa Śląskiego* 2013), co stanowi ok. 12,14% ludności kraju. W ostatnich latach obserwujemy na terenie województwa śląskiego niekorzystne zjawiska demograficzne, które stanowią odbicie globalnych problemów demograficznych (spadek liczby urodzeń, migracje wewnętrzne i zewnętrzne ludności).

Największa gęstość zaludnienia występuje w Świętochłowicach (4128 osób/km^2) i Chorzowie (3415 osób/km^2), natomiast najmniejsza w powiecie częstochowskim (88 osób/km^2) oraz lublinieckim (93 osób/km^2). W 2013 r. odnotowano wartość wskaźnika przyrostu naturalnego na 1000 ludności na poziomie -1,19 (tab. 1).

---

demograficznych prezentowanych z poziomu wskazanych dzielnic, powołuję się na dane dla całych miast (czyli: Będzina i Świętochłowic). Przytoczone w tekście rozważania o sytuacji demograficznej wyróżnionych dzielnic opierają się w dużej mierze na dokumentach: *Strategia Rozwoju Miasta Będzin na lata 2012–2020* oraz *Diagnoza problemów i potrzeb dzielnicy Świętochłowic – Lipiny*.

[3] W tym przypadku powinniśmy właściwie mówić o konurbacji, za którą zgodnie z propozycją Krzysztofika (2007, s. 4) uznajemy „co najmniej trójośrodkowy układ miast położonych w najbliższym sąsiedztwie (na ogół występuje tu ciągłość miejskiej przestrzeni administracyjnej), powstały z reguły w oparciu o rozwój przemysłu wydobywczego". Konurbacja powiązana jest bardzo silnymi związkami infrastrukturalnymi. Żadne z miast znajdujących się w konurbacji miejskiej pod względem demograficznym i gospodarczym nie dominuje znacząco przynajmniej ponad 1–2 kolejne ośrodki. Jednakże z uwagi na fakt, iż w tekście powołuję się na dane pochodzące z *Biuletynu Statystycznego Województwa Śląskiego*, w których posłużono się terminem *podregion*, zastosowano ujednolicenie pojęć i terminów. Analogiczna sytuacja wystąpiła w przypadku *aglomeracji* rybnickiej; tu również zdecydowano się na przyjęcie pojęcia *podregion*.

Tab. 1. Stan i ruch naturalny ludności. Wskaźniki dla województwa śląskiego, 2012

Region	Ludność	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony	Zgony niemowląt	Przyrost naturalny	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony	Zgony niemowląt	Przyrost naturalny
	W liczbach bezwzględnych						Na 1000 ludności				
Województwo	4615870	24925	44565	49028	214	-4463	5,39	9,64	10,61	4,80	-0,97
Bielski	664217	867	1661	1496	3	165	5,22	10,01	9,01	1,81	0,99
Bytomski	446897	574	989	1230	3	-241	5,13	8,84	11,00	3,03	-2,16
Częstochowski	526301	662	1086	1439	6	-353	5,03	8,25	10,93	5,52	-2,68
Gliwicki	479911	638	1056	1164	4	-98	5,31	8,88	9,70	3,75	-0,82
Katowicki	755254	1008	1678	2237	13	-559	5,33	8,88	11,84	7,75	-2,96
Chorzów	110927	148	256	372	1	-116	5,33	9,23	13,41	3,91	-4,18
Katowice	305995	376	646	888	5	-242	4,91	8,44	11,60	7,74	-3,16
Mysłowice	75188	99	174	206	2	-32	5,26	9,25	10,95	11,49	-1,70
Ruda Śląska	141869	226	358	418	3	-60	6,37	10,08	11,77	8,38	-1,69
Siemianowice Śląskie	69169	97	130	203	2	-73	5,60	7,51	11,72	15,38	-4,22
Świętochłowice	52106	62	114	150	-	-36	4,75	8,74	11,50	-	-2,76
Rybnicki	638407	1026	1536	1388	4	148	6,43	9,62	8,69	2,60	0,93
Sosnowiecki	704064	893	1491	2089	7	-598	5,07	8,46	11,86	4,69	-3,39
Powiat będziński	151402	170	323	503	1	-180	4,49	8,53	13,28	3,10	-4,75
Powiat zawierciański	121956	147	270	396	1	-126	4,82	8,85	12,98	3,70	-4,13
Tyski	391335	631	1026	861	5	165	6,45	10,49	8,80	4,87	1,69

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Województwa Śląskiego, dostęp 10.02.2014 r.

Najniższy przyrost naturalny zanotowano w podregionie sosnowieckim (-3,39) oraz katowickim (-2,96); są to zatem te podregiony, w których ulokowane są wybrane do badań własnych miejscowości. Analiza danych na poziomie miast na prawach powiatów oraz powiatów wskazuje, iż najtrudniejsza sytuacja występuje w Chorzowie (przyrost naturalny na poziomie -4,18), Siemianowicach Śląskich (-4,22) oraz w powiecie będzińskim (-4,75). Najwyższy przyrost naturalny jest w podregionie tyskim (1,69) i bielskim (0,99): w skali miast na prawach powiatów oraz powiatów – w Żorach (4,13) oraz powiecie pszczyńskim (4.01). W interesujących nas Świętochłowicach zanotowano wskaźnik -2,96, co w skali województwa plasuje go wśród regionów borykających się z problemem słabego przyrostu naturalnego. Podobny obraz sytuacji uzyskamy porównując Świętochłowice do innych miast wchodzących w skład podregionu katowickiego (przy wskaźnikach: Chorzów -4,18, Siemianowice Śląskie -4,22 oraz, dla przeciwwagi, Mysłowice -1,7 czy Ruda Śląska -1,69, przyrost naturalny Świętochłowic kształtuje się w okolicach średniej regionu). Będzin, zarówno w skali całego województwa, jak i podregionu, charakteryzują zdecydowanie najmniej korzystne wskaźniki.

Spadkowi urodzeń towarzyszą ruchy migracyjne, które są istotnym elementem demografii regionu. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na dwa czynniki:

- po pierwsze; saldo migracji wynosi -1,1, co należy interpretować jako fakt, iż więcej osób wyjeżdża z województwa na stałe niż do niego przyjeżdża;
- i po drugie, będące konsekwencją punktu pierwszego, najczęściej mamy do czynienia z migracją/emigracją zewnętrzną zarobkową. Ta z kolei w znacznej mierze dotyczy osób młodych; stąd też wniosek, iż wskaźnik migracji przekłada się w sposób bezpośredni na ubytek ludności w wieku produkcyjnym, powodując niekorzystne zachwianie równowagi pomiędzy liczbą osób młodych, w sile wieku, w stosunku do osób starszych. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż migracje mają negatywny wpływ na funkcjonowanie wewnętrznego rynku zbytu i pogorszenie wskaźników kapitału ludzkiego.

Zarówno przyrost naturalny jak i migracje mają znaczący udział w procesie przekształcania się struktury wieku ludności regionu. Tym, co zdaje się być kluczowe nie tylko w odniesieniu do prowadzonych w niniejszym artykule rozważań, ale – co ważniejsze – dla perspektyw i szans rozwoju województwa, to szybko postępujące starzenie się populacji. W populacji mieszkańców województwa śląskiego indeks ludności w wieku nieprodukcyjnym wynosi w skali całego województwa 56 na 100 osób w wieku produkcyjnym (tab. 2).

Najwięcej ludności w wieku przedprodukcyjnym znajduje się w miastach: Jastrzębie Zdrój (18,91%), Żory (19%), Rybnik (18,19%) oraz powiatach: pszczyńskim (10,86%), żywieckim (20,17%) oraz bielskim (19,60%). Z kolei najwięcej osób w wieku emerytalnym znajdziemy w Katowicach (20,7%), Chorzowie (20,21%), Częstochowie (19,35%), a także w powiatach: zawierciańskim (19,39%), będzińskim (19,31%), tarnogórskim (18,21%) oraz myszkowskim (18,16%) (*Urząd Statystyczny w Katowicach* 2011).

Można założyć, że Będzin należy do tych regionów województwa śląskiego, które są stosunkowo zaawansowane pod względem natężenia procesu starzenia się ludności; tam też występuje jeden z najmniej korzystnych wskaźników przyrostu naturalnego. W przypadku Świętochłowic mamy do czynienia z regionem o relatywnie nieco lepszej sytuacji, zwłaszcza w kontekście struktury społecznej tego regionu.

Możliwość konfrontacji dwóch miast, znajdujących się w odmiennej sytuacji demograficznej, stanowiła istotny czynnik decydujący o ich wyborze do prowadzonych badań własnych.

Tab. 2. Struktura ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i nieprodukcyjnym w województwie śląskim, 2012 r.

Region	Z liczby ogółem w wieku						Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym
	Przedprodukcyjnym 0–17 lat		Produkcyjnym 18-59/64 lata		Poprodukcyjnym 60/65 i więcej		
	Ogółem	W tym kobiety	Ogółem	W tym kobiety 18–59 lat	Ogółem	W tym kobiety 60 lat i więcej	
Województwo	770256	380221	2951948	1402445	875183	600204	56,0
Bielski	123848	60397	418863	199698	121506	83524	58,6
Bytomski	74889	36484	286198	135716	85810	58464	56,1
Częstochowski	87134	42494	334314	157691	104853	73104	57,4
Gliwicki	77770	37889	310251	148238	91890	61843	54,7
Katowicki	120264	58762	481664	229654	153326	105035	56,8
Chorzów	18706	8995	68818	32834	23403	16253	61,2
Katowice	43949	21496	194384	92932	67662	46050	57,4
Mysłowice	12913	6281	49383	23615	12892	8783	52,3
Ruda Śląska	24905	12144	91453	43392	25511	17566	55,1
Siemianowice Śląskie	10996	5476	44264	21042	13909	9566	56,3
Świętochłowice	8795	4370	33362	15849	9949	6817	56,1
Rybnicki	114991	56100	411226	195004	112190	75720	55,2
Sosnowiecki	107934	52614	453031	214281	143099	99652	55,4
Powiat będziński	23984	11659	95936	45656	31482	21941	57,8
Powiat zawierciański	19799	9686	76695	35739	25462	17494	59,0
Tyski	72426	35381	257401	122163	62509	42862	52,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Województwa Śląskiego, dostęp 10.02.2014 r.

Konsument „trzeciego wieku", wzory zachowań konsumpcyjnych – ustalenia terminologiczne

Jest rzeczą oczywistą, iż niejednokrotnie stosujemy znaczne uproszczenia w nazewnictwie po to, aby proces przyswajania informacji o danym zjawisku czy obiekcie stał się łatwiejszy i dogodniejszy dla odbiorcy. Jednak posługiwanie się pojęciami zbyt ogólnymi, nie tylko w pracach naukowych, obarczone jest dużą dawką ryzyka. Sytuacja dodatkowo komplikuje się, jeżeli mówimy o pojęciach, które bazują na obiegowych poglądach i opiniach, stojących w sporej opozycji do faktycznego stanu rzeczy. Co więcej, odwoływanie się do tych pojęć jest o tyle drażliwe, iż dla

części społeczeństwa (zwłaszcza tej, która wpisuje się w ramy danego pojęcia) ten naszpikowany stereotypami *twór* jest co najmniej nieprzyjemny, żeby nie napisać – krzywdzący.

Do kategorii pojęć, która wywołuje u naukowców poczucie, że bez względu na to, jak bardzo by się nie starali nadać wskazanemu pojęciu ramy definicyjne, to i tak zawsze pozostają w przekonaniu, że nie do końca należycie się z tego zadania wywiązali, należy hasło „senior". Problem z przedstawieniem w miarę spójnej i uniwersalnej propozycji wynika z faktu, iż mówimy o niejednorodnej – z punktu widzenia socjologa – kategorii społecznej.

Samo słowo – senior – oznacza tyle co *starszy* (z łac. *senex* = stary). Jak jednak wyznaczyć granicę pomiędzy *młodszym* a *starszym* człowiekiem? Kiedy dokładnie rozpoczyna się starość? Czy człowiekiem starszym będzie osoba po 50., 60. czy może dopiero 70. roku życia? Czy powinniśmy tutaj wziąć pod uwagę aspekt aktywności zawodowej (czyli *starszym* będzie ktoś, kto jest na emeryturze), czy może raczej kwestie społeczne (zostanie babcią, dziadkiem)? A może bardziej właściwe byłoby posługiwanie się wyznacznikiem zdrowotnym (pogorszenie stanu zdrowia, gorsza kondycja fizyczna) albo kulturowym (siwa broda, określone wzory spędzania czasu wolnego) lub obyczajowym (tradycje, rytuały)? Każdy z zaproponowanych powyżej wskaźników jest obarczony sporą dawką błędu. Może się bowiem okazać, że posługując się wytycznymi do osób starszych zostanie zakwalifikowana np. 40-letnia kobieta, której przyszedł na świat wnuk lub 35-letni mężczyzna, u którego – czy to ze względu na obciążenie genetyczne czy traumatyczne doświadczenia życiowe – zaobserwujemy siwe włosy? Wydaje się, że najbardziej miarodajnym wyznacznikiem klasyfikowania osób starszych powinien być wiek. Ale i tutaj pojawiają się problemy, wynikające chociażby z faktu, że wiek można postrzegać w kategoriach obiektywnych i subiektywnych. „Kategoria obiektywna jest powiązana z wiekiem biologicznym, natomiast subiektywna odnosi się do postrzegania wieku ze względu na samopoczucie" (Bylok 2013, s. 125). Jak pisze Wolfe: „ludzie starsi często nie czują się tak starymi, jak wskazuje na to ich biologiczny wiek" (1995, s. 23–36). Można śmiało założyć, że ta zasada działa też w drugą stronę; występuje w społeczeństwie grupa osób, która – choć ich biologiczny wiek na to nie wskazuje – nie tylko czuje się starzej, ale też i ich zachowania konsumpcyjne noszą znamiona tego, co stereotypowo wpisuje się w ramy zachowań konsumpcyjnych *seniora*.

To odwołanie się do obiektywnego i subiektywnego postrzegania kategorii wieku wykorzystali B. Barak i L.G. Schiffan (1981), którzy postanowili wyróżnić:

- wiek biologiczny, który liczony jest według „wewnętrznego zegara" organizmu. Decydujące znaczenie ma tutaj zatem nie metryka urodzenia, ale miejsce zamieszkania, aktywność fizyczna, sposób spędzania czasu wolnego czy zachowania żywieniowe;
- wiek społeczny uzależniony od sytuacji społecznej jednostki w stosunku do jej roku życia. Wiek społeczny jest częściowo zależy od wieku metrykalnego, gdyż pełnienie określonych ról społecznych (np. zawarcie małżeństwa, prawo do głosowania itd.) wyznaczane jest przy odniesieniu do faktycznej liczby ukończonych lat;
- wiek społeczno-psychologiczny koncentrujący się wokół subiektywnego postrzegania swojego wieku.

Zaproponowany sposób wyznaczania kategorii społecznych ze względu na wiek, choć zasadny i nie pozbawiony sensu, mógłby wprowadzić znaczne trudności w procesie dobierania próby badawczej. Mogłoby się bowiem okazać, że we wskazanej grupie respondentów nie tylko nikt nie korzystał z kalkulatora wyznaczania wieku biologicznego[4], a zatem nie wie, jaki faktycznie wiek biologiczny posiada, ale też subiektywnie nikt siebie za seniora nie uważa. Dlatego też, aby uniknąć podobnych sytuacji, w niniejszym artykule przyjęto, iż „seniorami nazywa się osoby w wieku 60 lat i starsze" (Walker 2004, s. 9). Obecnie będą to osoby urodzone w 1954 r. i wcześniej[5]. Na zakończenie jeszcze jedna uwaga. W tytule artykułu oraz w zastosowanym narzędziu badawczym posłużono się terminem „konsument III wieku" (a nie *senior*). Termin ten został wybrany z uwagi na dwa czynniki:

- nawiązuje on bezpośrednio do rozważań prowadzonych w niniejszym tekście (rola konsumenta);
- jest obarczony mniejszą dawką negatywnych skojarzeń (w porównaniu do pojęcia *senior*).

Niemniej jednak przyjmuję, że pomiędzy tymi dwoma pojęciami można (w ramach tegoż tekstu) postawić znak równości.

Drugim pojęciem wymagającym dodatkowego komentarza jest hasło *wzory zachowań konsumpcyjnych*. Pojęcie to nie budzi większych zastrzeżeń ani (tym bardziej) kontrowersji; ustalenia terminologiczne są tu przywołane jedynie z uwagi na konieczność zachowania precyzji i uniknięcia niejednoznaczności.

W literaturze przedmiotu, a także w powszechnym użyciu, spotykamy się z dość dużą swobodą w posługiwaniu się wymiennie pojęciami: *wzory zachowań konsumpcyjnych* i *wzory konsumpcyjne*. Tymczasem, powołując się na klasyka Jana Szczepańskiego, pomiędzy tymi pojęciami występują istotne różnice (1981, s. 184 i dalej). W przypadku *wzorów zachowań konsumpcyjnych* badacza interesują zarówno kwestie związane z podażą towarów i usług, jak i elementy kształtujące popyt na określoną ilość i jakość dóbr. Istotne jest tutaj zwrócenie uwagi na fakt, iż możemy poruszać się w sferze nabywania, posiadania, jak i użytkowania środków koniecznych (lub niekoniecznych) do zaspokajania potrzeb. Tymczasem *wzory konsumpcyjne* mają nieco węższy zakres; kluczowa tutaj wydaje się być koncentracja na analizie wzorów spożycia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ekonomicznych.

Posługiwanie się terminem *wzory zachowań konsumpcyjnych* stwarza zatem badaczowi więcej możliwości i zapewnia swobodę w poruszaniu się w tematyce konsumpcyjnej działalności człowieka; stąd też traktowany jest on jako obowiązujący w niniejszym artykule. Na zakończenie jeszcze jedna uwaga. Nie kwestionując faktu, iż konsumpcja jest kształtowana zarówno przez system gospodarczy, społeczny, jak i kulturowy, autorka – będąca socjologiem – świadomie rezygnuje z ekonomicznego aspektu tworzenia się i realizowania konsumpcji zakładając, iż bardziej interesujące jest przyglądanie się konsumpcji z perspektywy konsumenta. Wszelkie odniesienia

[4] W Internecie znajdziemy wiele możliwości wyliczania swojego wieku biologicznego. Zazwyczaj bazują one na prostych testach, składających się z kilku-kilkunastu pytań zamkniętych. Przykład takiego testu można znaleźć na stronie:

http://www.zdrowenienudne.pl/zdrowystylzycia/sprawdz_swoj_wiek_biologiczny_-_test, dostęp 01.2014 r.

[5] Zob. Metodologia i przebieg badań własnych.

do zewnętrznych czynności związanych z wytwarzaniem/promowaniem/dystrybucją dóbr i usług konsumpcyjnych mają charakter teoretyczny, nie pochodzący bezpośrednio od respondenta.

Determinanty wzorów zachowań konsumpcyjnych – zarys problemu

Rozważania dotyczące uwarunkowań konsumpcji można prowadzić na dwóch płaszczyznach analizy:

- analizy w skali mikro (determinanty wzorów zachowań konsumpcyjnych jednostki lub gospodarstwa domowego);
- analizy w skali makro (determinanty wzorów zachowań konsumpcyjnych określonego społeczeństwa, gospodarki narodowej).

W przypadku pierwszej wyszczególnionej płaszczyzny analiz najczęściej wskazuje się na występowanie następujących czynników określających i kształtujących potrzeby (determinanty wzorów zachowań konsumpcyjnych):

- czynniki biologiczne (fizjologiczne) i ekologiczne;
- czynniki ekonomiczne;
- czynniki społeczne;
- czynniki kulturowe.

W przypadku drugiej grupy istotne jest wprowadzenie rozróżnienia na:

- poziom i tempo rozwoju gospodarczego;
- procesy demograficzno-społeczne;
- oddziaływanie państwa (Bywalec, Rudnicki 2002, s. 54 i dalej).

Rozpoznanie czynników (determinant) wpływających na wzory zachowań nabywczych konsumentów jest warunkiem koniecznym dla lepszego zrozumienia potrzeb i motywacji związanych z procesem nabywania dóbr i usług. Trzeba jednak pamiętać, że proces kształtowania i zmiany wzorów zachowań konsumpcyjnych jest uzależniony od wielu elementów; poza wskazanym powyżej podziałem, występuje jeszcze szereg czynników zupełnie przypadkowych (np. nietypowe cechy osobnicze konsumenta, zdarzenia losowe, specyficzna sytuacja życiowa i wynikające z niej zachowania). Nie mniej istotne jest zwrócenie uwagi na pojawianie się nieznanych wcześniej determinant wzorów zachowań konsumpcyjnych, będących efektem postępującej globalizacji rynku, przyczyniających się do kreowania odmiennych, pożądanych wzorów postępowania czy wyodrębniania się nowych grup konsumenckich.

„Wielość determinant sprawia, że reakcje jednostki ludzkiej lub gospodarstwa nie zawsze są przewidywalne, zgodne z regułami większości, zasadami takiej czy innej racjonalności itp. Jednak owe zróżnicowane zachowania poszczególnych podmiotów zazwyczaj *uśredniają się* w dużej liczbie przypadków i nabierają cech prawidłowości" (Bywalec, Rudnicki 2002, s. 55). Powoduje to, iż chociaż tekst bazuje na analizie prowadzonej w skali mikro, to jednak ogólne tendencje, a zwłaszcza wnioski i rekomendacje, będą miały szerszy, bardziej uniwersalny charakter. Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię: wśród licznych propozycji rozpatrywania determinantów wzorów zachowań konsumpcyjnych, tylko jedna grupa tematyczna pojawia się i w koncepcji prowadzonej w skali mikro i makro. Grupę tę stanowią czynniki demograficzne.

Demograficzne determinanty wzorów zachowań konsumpcyjnych

Czynniki demograficzne traktuje się jako fundamentalne zmienne określające konsumenta i jego gospodarstwo domowe. Jak pisze Kieżel: „uwarunkowania demograficzne przede wszystkim różnicują potrzeby konsumentów, stanowią bodźce lub hamulce określonych zachowań rynkowych oraz decydują o warunkach, w których te zachowania mają miejsce. O ich znaczeniu przesądza również fakt, że determinanty te, jako relatywnie łatwe do identyfikacji, stanowią jedno z podstawowych kryteriów typologii i segmentacji rynku" (2010, s. 128).

Na potrzeby niniejszego artykułu dokonano selekcji determinant demograficznych wybierając te, które wydają się być szczególnie istotne z punktu widzenia prowadzonych rozważań. Ujęto je w dwie zasadnicze grupy, których szczegółowy opis zamieszczono w dalszej części tekstu:

- pierwsza grupa to grupa opisująca konsumenta (wiek, płeć, wykształcenie, dochód);
- druga grupa to grupa opisująca gospodarstwo domowe (liczebność i skład gospodarstwa domowego, lokalizacja gospodarstwa domowego, dochód).

Pierwszym wyróżnionym elementem jest wiek. Jego znaczenie i pozycja nadrzędna w stosunku do pozostałych zmiennych kształtujących zachowania konsumentów wynika z faktu, iż wraz z wiekiem nie tylko zmienia się popyt, ale również przemianom podlega budżet ekonomiczny, budżet czasu wolnego oraz budżet doświadczeń życiowych jednostki. Relacja pomiędzy wiekiem ludności (jednostki) a konsumpcją opiera się na sprzężeniu zwrotnym; konsumpcja jest tutaj traktowana zarówno jako przyczyna, jak i skutek zachowań. Rozpatrywanie tych zależności pozwala nie tylko na lepsze dopasowanie rynku konsumpcyjnego do wymagań poszczególnych grup wiekowych, ale wpływa jednocześnie na kształt i jakość całej konsumpcji i poziom życia ogółu społeczeństwa. Dodatkowo, segmentacja rynku ze względu na wiek sprzyja lepszemu planowaniu działań w sferze gospodarczej i ekonomicznej przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na sprawność aparatu gospodarczego i infrastruktury technicznej oraz społecznej, które winny być dostosowane do wymogów ludności. Konsumpcja musi zatem korelować z przemianami dokonującymi się w społeczeństwie i elastycznie reagować na potrzeby wyznaczane przez wyże i niże demograficzne.

Ta współzależność konsumpcji i demografii jest szczególnie ważna w przypadku konsumentów starszych, którzy stanowią grupę reprezentującą specyficzny zbiór potrzeb. Potrzeby te w obecnym, zglobalizowanym świecie, uległy przekształceniom wpisując się w proces tzw. *emancypacji ekonomicznej osób starszych* (Bywalec, Rudnicki 2002, s. 89). Jest to efekt przesuwania się i zacierania cezur faz życia ludzkiego, a także upodabniania się stylów życia różnych grup wiekowych i społecznych. Nie bez znaczenia jest również, coraz silniej akcentowane, zjawisko detradycjonalizacji wzorów zachowań konsumpcyjnych, prowadzących do przełamywania dotychczasowych stereotypów związanych z danymi grupami wiekowymi. Jak pisze Zadrożyńska: „W dzisiejszych, rozpędzonych czasach nie ma ludzi starych (…). Większość demonstruje «pełnię życia», ekonomiczną prężność, fizyczną sprawność (…). Współcześni staruszkowie z wyglądu wcale nie przypominają dziadków z dawnych fotografii, z filmów czy etnograficznych opisów. «Babcia» to był typ ubrania, które nie

mogło wyróżniać staruszki spośród innych, nie mogło zwracać niczyjej uwagi, nie mogło przejawiać jakiejkolwiek kokieterii" (2001, s. 99 i 116).

Szeroko podejmowana w ostatnim czasie (głównie w środkach masowego przekazu) tematyka *gender*, owocuje koniecznością (z)rewidowania wielu teorii i idei związanych z koncepcją płci biologicznej i społecznej wraz z przypisanymi im społecznie pożądanymi i propagowanymi wzorami zachowań. Działaniom tym podlega również sfera konsumpcji. Niestety, pomimo większej społecznej świadomości, a także zrozumienia, iż osobowość konsumpcyjna, czy też tożsamość konsumpcyjna powinna być neutralna płciowo i jednakowo dostępna dla kobiet i mężczyzn, nadal różnice biologiczne traktowane są jako jeden z najważniejszych czynników klasyfikujących konsumentów. Przywiązanie do tradycyjnych podziałów związanych ze specyfiką ról pełnionych przez przedstawicieli każdej z płci w gospodarstwie domowym i podążającymi wraz za tym określonymi wzorami zachowań konsumpcyjnych jest szczególnie pielęgnowane wśród przedstawicieli konsumentów III wieku, stąd też w badaniach uwzględniono płeć jako istotny czynnik determinujący przestrzeń konsumpcji.

Kolejnym wyszczególnionym czynnikiem jest wykształcenie. Ponieważ wykształcenie bardzo często jest kompatybilne z uzyskiwanymi dochodami, określonym stylem życia, czy sposobem spędzania czasu wolnego, umiejscowienie go wśród czynników mających wpływ na realizowane wzory zachowań konsumpcyjnych wydaje się uzasadnione. Otwarte pozostaje pytanie, czy dla konsumentów III wieku jest on silną zmienną różnicującą wzory zachowań konsumpcyjnych, czy też raczej należy go traktować jako czynnik uzupełniający.

Wydaje się, że o wiele większe znaczenie ma dla tej społeczności kolejny czynnik, a raczej grupa czynników w skład której wchodzą: liczebność i skład gospodarstwa domowego. Konsument jako jednostka prezentuje zupełnie inne potrzeby i zachowania nabywcze niż w sytuacji, w której reprezentuje całe gospodarstwo domowe; wówczas jego decyzje zakupowe mogą być wynikiem nie tylko osobistych preferencji, ale również efektem uwzględniania potrzeb wszystkich członków rodziny. W odniesieniu do konsumentów III wieku ważne jest również zwrócenie uwagi na fazę cyklu życia rodziny, którą reprezentuje; inaczej będzie kształtował się jego koszyk zakupowy jeśli reprezentuje on gospodarstwo zrzeszające rodzinę wielopokoleniową, w której znajdują się także dzieci, inaczej kiedy prowadzi on je jedynie wespół z mężem/żoną.

Kolejny element to dochód, który znalazł się zarówno w pierwszej, jak i drugiej grupie czynników. Było to konieczne ze względu na fakt, iż dochód konsumenta może być tożsamy z dochodem gospodarstwa domowego (np. wśród osób prowadzących jednoosobowe gospodarstwo domowe), może jednakże być tak, iż dochód danego konsumenta jest niewielki, ale ze względu na fakt, iż żyje w kilkuosobowym gospodarstwie domowym i korzysta z dochodów uzyskiwanych przez różne osoby, to jego osobisty dochód nie jest równoznaczny z sytuacją ekonomiczną całego gospodarstwa domowego. Wysokość dochodu powinna być zatem rozpatrywana w ścisłym związku z liczebnością i składem gospodarstwa domowego; tylko bowiem taka perspektywa umożliwia właściwą ocenę sytuacji jednostki/gospodarstwa domowego.

Ostatnim elementem różnicującym wzory zachowań konsumpcyjnych uwzględnionym w niniejszym artykule jest lokalizacja gospodarstwa domowego konsumenta. Zasadniczo obie wybrane do badań grupy badawcze pochodzą z terenów miejskich

(nie może być zatem tutaj mowy o różnicach spowodowanych innym stylem/trybem życia wyznaczanym przez zamieszkiwanie terenów wiejskich). Bardziej zasadne będzie tutaj odniesienie do dzielnic z których rekrutowani byli respondenci i związanych z nimi różnic w dostępie do określonych punktów sprzedaży, usług i dóbr[6].

Uwzględnione w omawianej części artykułu demograficzne determinanty znalazły się w narzędziu badawczym skierowanym do respondentów; z punktu widzenia autorki pracy uznane zostały one za decydujące dla rozpatrywania kształtowania się wzorów zachowań konsumpcyjnych konsumentów III wieku.

Metodologia i przebieg badań własnych

Badania dotyczące wzorów zachowań konsumpcyjnych konsumentów III wieku przeprowadzono w grupie 54 respondentów w wieku 60 lat i więcej przy zastosowaniu techniki doboru kwotowego. Kryteriami doboru próby były wiek i miejsce zamieszkania. Badania przeprowadzono w dwóch wybranych dzielnicach znajdujących się w dwóch miastach województwa śląskiego – dzielnicy Syberka (w przypadku Będzina) i dzielnicy Lipiny (w przypadku Świętochłowic) z uwzględnieniem podziału na dwa główne etapy badawcze:

- Etap 1: badania przeprowadzone wśród uczestników zajęć w Klubie Seniora mieszczącym się w klubie „Rytm" Spółdzielni Mieszkaniowej „Wspólnota" w Będzinie;
- Etap 2: badania przeprowadzone wśród uczestników zajęć w Klubie Seniora koło Lipiny w Świętochłowicach.

Badania przeprowadzone zostały za pomocą techniki wywiadu przy użyciu kwestionariusza ankiety składającego się z 32 pytań (w tym 9 pytań metryczkowych) o charakterze zamkniętym. Kwestionariusz ankiety został rozdany respondentom w tym samym czasie i w tym samym miejscu (na spotkaniu w Klubie Emeryta). Badanie przeprowadzała grupa ankieterów, której zadaniem było czytanie pytań i notowanie uzyskiwanych odpowiedzi. Kilkunastu respondentów poprosiło o możliwość zabrania ankiety do domu; w 5 przypadkach odnotowano zwrot ankiety. W przypadku pierwszej grupy respondentów wyznaczono kolejny termin na przeprowadzenie dodatkowego badania. Było to konieczne ze względu na fakt, iż w pierwszym terminie znaczna część respondentów odmówiła udziału w badaniach, tłumacząc to brakiem czasu (badania przeprowadzane były w czasie Karnawału; trwały bale karnawałowe i tańce). Pomimo wyznaczenia drugiego (zaakceptowanego przez uczestników spotkania) terminu, w badaniu wzięło udział jedynie 5 osób. Ostatecznie grupę respondentów z Będzina stanowiło 6 kobiet i 5 mężczyzn (razem 11 osób na 29 rozdanych ankiet).

W drugiej wytypowanej grupie respondentów nie odnotowano większych problemów z przeprowadzeniem badań. Na 25 przeprowadzonych wywiadów jedynie w 2 przypadkach pojawiły się problemy z uzyskaniem odpowiedzi na zadane pytania. Respondenci z Lipin stanowili zatem grupę 23 osób: 14 kobiet i 9 mężczyzn.

Kwestionariusz ankiety składał się zasadniczo z 4 części: pierwsza poświęcona była pytaniom metryczkowym, druga związana była ze sposobami gospodarowania

[6] Zob. Metodologia i przebieg badań własnych.

czasem wolnym i wyjazdami, trzecia natomiast dotyczyła preferencji zakupowych oraz wzorów zachowań konsumpcyjnych związanych z poszczególnymi sferami konsumpcji. Ostatnia część miała na celu sprawdzenie, jak sami respondenci postrzegają problem marginalizowania osób starszych na rynku konsumpcji.

Autorka badań ma świadomość, iż w przypadku wybranej próby badawczej mamy do czynienia z obciążeniem (*sampling bias*), wynikającym z faktu, iż respondenci rekrutowani byli spośród społeczności odznaczającej się względną aktywnością społeczną (były to osoby uczęszczające na spotkania Klubu Seniora). Mamy zatem do czynienia z próbą niereprezentatywną dla szerszej populacji, z której została dobrana. Ten rodzaj obciążenia był zamierzony; chodziło bowiem o dotarcie do respondentów mobilnych, zdolnych do samodzielnego poruszania się w przestrzeni społecznej i konsumpcyjnej, a tym samym dokonywania wyborów konsumpcyjnych. Takie założenie było konieczne z uwagi na fakt, iż autorka chciała sprawdzić, czy pomimo swej aktywności społecznej i konsumpcyjnej seniorzy czują się wykluczani (lub też nie) z przestrzeni konsumpcyjnej.

Zmienną niezależną było miejsce zamieszkania respondentów. Dwie wybrane do badań dzielnice pochodzą z dwóch miast charakteryzujących się odmienną sytuacją demograficzną, a także zróżnicowaniem dotyczącym stopnia intensywności użytkowania powierzchni dzielnicy, jak również charakteru zagospodarowania. W przypadku Syberki mamy do czynienia z najwyższym poziomem inwestycji w skali całego Będzina (na równi ze Śródmieściem i dzielnicą Małobądz); dzielnica ta jest również najbardziej zurbanizowana i zorganizowana przestrzennie. Z kolei Lipiny postrzegane są raczej w kategorii *dzielnicy biedy*, odznaczającej się niskim poziomem zurbanizowania i borykającej się z licznymi problemami, w tym patologiami społecznymi i ubóstwem. Można zatem założyć, że wskazane dzielnice charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem dotyczącym nie tylko struktury demograficznej regionu, ale również posiadają one inne zaplecze gospodarczo-społeczne, w tym również konsumpcyjne.

Za zmienne zależne przyjęto natomiast zakres i charakterystykę wydatków konsumpcyjnych, przekładających się na określone wzory zachowań konsumpcyjnych oraz sposoby gospodarowania czasem wolnym.

Uprzywilejowani czy marginalizowani? Teoria a praktyka

Rozważania o marginalizowaniu czy też uprzywilejowaniu danych grup społecznych zawsze muszą być prowadzone w odniesieniu do wskazanej płaszczyzny, którą przyjmujemy za *bazę* (czy też – punkt wyjścia). W tym przypadku uzasadnione wydaje się być przyjęcie założenia, że bazę tę stanowi społeczeństwo konsumpcyjne. Bycie członkiem takiej społeczności nakłada na jednostkę szereg praw i powinności, którym musi sprostać. Zygmunt Bauman widzi to tak: „W społeczeństwie konsumpcyjnym *normalne życie* to życie konsumentów, zaabsorbowanych dokonywaniem wyborów pośród mnogości publicznie oferowanych możliwości przyjemnych wrażeń i wspaniałych doświadczeń. Szczęśliwe życie definiuje się jako korzystanie z rozlicznych szans i niepozwalanie, aby choć jedna z nich umknęła, chwytanie okazji, o których wiele się mówi, a zatem które są najbardziej upragnione, i to chwytanie ich nie później niż inni, a najlepiej przed innymi. (…) w społeczeństwie konsumpcyjnym

brak dostępu do szczęśliwego czy tylko normalnego życia oznacza bycie konsumentem z usterką, konsumentem wybrakowanym" (2006, s. 77–78).

Normalne funkcjonowanie w życiu współczesnej społeczności wiąże się zatem nie tylko z koniecznością pogodzenia się z faktem, iż konsumpcja określa nas nie tylko jako członka społeczności, ale w ogóle jako człowieka, ale również nakłada na nas przymus stałego zainteresowania i odkrywania nieznanych dotąd elementów konsumpcyjnego świata. Dzisiejszy konsument musi być zatem ciągle w ruchu; nieustannie nienasycony i chętny do kolejnych wyzwań, nie może sobie pozwolić na *zwolnienie*, ba, nie może sobie pozwolić nawet na *zadyszkę*! Tempo, które narzuca konsumpcja jest bardzo szybkie dla przeciętnego konsumenta; można przypuszczać, że może być nie do przyjęcia dla konsumenta III wieku, który chociażby z powodu fizycznych ograniczeń może mu nie sprostać. Czy ma ku temu prawo? Pewnie tak, ale czy nie grozi to marginalizacją, wykluczeniem ze społeczności *normalnych* konsumentów? Bauman nie pozostawia złudzeń: „w społeczeństwie konsumentów to przede wszystkim niezdolność osoby do bycia konsumentem wiedzie do degradacji społecznej i *emigracji wewnętrznej*. To owa nieodpowiedniość, niezdolność do spełnienia obowiązków konsumenta zamienia się w gorycz bycia pozostawionym z tyłu, wydziedziczonym lub zdegradowanym, odłączonym lub wykluczonym ze społecznego świętowania, do którego inni zostali dopuszczeni. Pokonanie tej konsumenckiej nieodpowiedniości jest często postrzegane jako jedyne remedium – jedyne wyjście z upokarzającej sytuacji" (2006, s. 78).

Dotychczasowe rozważania teoretyczne koncentrowały się raczej wokół podkreślania negatywnych aspektów *bycia konsumentem* III wieku, stwarzając wrażenie, iż ramy teoretyczne nie są dla tej grupy społecznej zbyt łaskawe. Z uwagi na fakt, iż tytuł niniejszego tekstu zawiera w sobie pytanie („uprzywilejowani czy marginalizowani"?), warto poświęcić nieco uwagi *drugiej stronie medalu*. Odniesienie do pojęcia *uprzywilejowanych* to nawiązanie do wyróżnianych w okresie średniowiecza stanów, które z uwagi na swój hierarchiczny charakter były traktowane jako sposób na ekonomiczne, społeczne i prawne wyodrębnienie członków danego stanu z pozostałej części społeczeństwa. Jak czytamy: „każdy stan spełniał odmienne funkcje społeczne i gospodarcze, był także adresatem charakterystycznego dla siebie prawa"[7]. Ten feudalny system klasyfikowania społeczeństwa zdaje się obowiązywać, choć w zmienionej formie, także i dziś. Z punktu widzenia konsumpcji, *uprzywilejowanymi* możemy określić odbiorców, którzy dysponują odpowiednimi nakładami czasowymi i finansowymi, umożliwiającymi im swobodne dobieranie takich elementów oferty rynku konsumpcyjnego, które nie tylko odpowiadają wewnętrznym potrzebom, ale i stwarzają podstawy do odpowiedniego modelowania wizerunku i miejsca zajmowanego w strukturze społecznej. Konsumentów uprzywilejowanych stać zatem na zakup skomercjalizowanej tożsamości; stać ich również na przekraczanie innych podziałów funkcjonujących w sferze konsumpcyjnego społeczeństwa, w tym klasyfikacji dokonywanej ze względu na wiek. Uprzywilejowanie w konsumpcji umożliwia zatem przełamywanie barier wieku; tym co wydaje się być jednak kluczowe w kontekście niniejszego tekstu jest pytanie, czy kategoria wieku może stanowić podstawę do bycia uprzywilejowanym? Odnosząc się ponownie do wyżej wymienionych stanów uprzywilejowanych wnioskujemy, że konsumenci III wieku

[7] Pojęcie „stan" w: http://pl.wikipedia.org, dostęp 05.2014 r.

dysponują co najmniej jednym z dwóch elementów niezbędnych do bycia konsumentami uprzywilejowanymi. Posiadają wszakże czas, a – nader często – również nadmiar czasu. Co więcej, powszechna staje się praktyka wykorzystywana zwłaszcza przez sklepy sieciowe oferowania osobom starszym tzw. „dni seniora", w których to w określonym dniu tygodnia konsumenci starsi mogą liczyć na specjalne rabaty lub obniżki. Tworzone są specjalnie „karty seniora" czy też legitymacje umożliwiające konsumowanie dóbr i usług w korzystniejszej względem innych konsumentów cenie. Przychylna konsumentom III wieku jest również polityka banków doceniająca stałe i regularne dochody osób starszych, a tym samym stwarzająca dogodne warunki kredytowe.

Teoretyczne podstawy nie pozwalają na skonstruowanie jednoznacznie brzmiącej odpowiedzi na tytułowe pytanie. Otwarta pozostaje zatem kwestia, czy subiektywne postrzeganie konsumentów III wieku pozwala na zakwalifikowanie ich do uprzywilejowanej czy marginalizowanej grupy odbiorców.

Spośród pierwszej grupy respondentów (Będzin) najwięcej osób miało wykształcenie zasadnicze zawodowe (5) i podstawowe (3). Wykształceniem wyższym legitymowały się 2 osoby. Podobną strukturę wykształcenia reprezentowali mieszkańcy Świętochłowic. Tam również najwięcej osób dysponowało wykształceniem zasadniczym zawodowym (8) i podstawowym – 5. Trzy osoby miały wykształcenie wyższe magisterskie. W obu grupach przeważały gospodarstwa domowe 2 osobowe (w Będzinie zanotowano 4 takie przypadki, w Świętochłowicach – 10). Sporo osób prowadziło gospodarstwa 1 osobowe (w Będzinie – 4, w Świętochłowicach – 9). Jeżeli chodzi o skład osobowy gospodarstw domowych, to w dwuosobowych najczęściej respondenci mieszkali ze współmałżonkiem/partnerem (w Będzinie – 4, w Świętochłowicach – 10). Pozostałe odpowiedzi wskazywały na występowanie gospodarstw wielopokoleniowych. Ankietowani z Będzina najczęściej mieszkali w blokach (10), respondenci ze Świętochłowic zakwaterowani byli w kamienicach (18) oraz domach jednorodzinnych (3). Odpowiedzi te są kompatybilne z lokalną strukturą zabudowań poszczególnych dzielnic; w przypadku Będzina mówimy o Syberce, stanowiącej osiedle–blokowisko, w przypadku Świętochłowic mamy do czynienia z dzielnicą, w której tkanka mieszkaniowa zdominowana jest przez familoki, kamienice i domy wolnostojące.

Wśród badanych dominowały osoby, które subiektywnie oceniły swoją sytuację ekonomiczną jako trudną lub bardzo trudną. Zarówno w Będzinie (4), jak i Świętochłowicach (7) najwięcej osób wskazało odpowiedź: „na co dzień starcza, ale nie starcza na większe wydatki". Druga pod względem liczebności grupa odpowiedzi sugeruje, że wybrani konsumenci nie mają pieniędzy nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb (Będzin – 3, Świętochłowice – 6). Marginalna część osób może pozwolić sobie na wszystkie wydatki (Będzin – 1, Świętochłowice – 2). Tę grupę pytań zamykała prośba o wskazanie, na co badani przeznaczają tzw. wolne środki, czyli takie, które pozostają im po opłaceniu mediów, żywności i artykułów związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. W Będzinie najczęściej pojawiały się odpowiedzi „na pomoc rodzinie, dzieciom, wnukom" – 4 oraz „odkładam, oszczędzam" – 3. W Świętochłowicach najwięcej osób wskazało, że to na ubrania i kosmetyki przeznacza tego typu środki (8), spora grupa również oszczędza (6); tyle samo osób nie potrafiło jednoznacznie wskazać żadnej z proponowanych odpowiedzi.

Drugą część pytań otwierają zagadnienia związane z gospodarowaniem czasem wolnym. Wśród respondentów z Będzina najwięcej osób wybierało oglądanie telewizji (6) oraz zajęcia dla seniorów (4). Tyle samo osób (4) wskazało spotkania kościelne, religijne. Nieco inaczej kształtowała się struktura odpowiedzi w przypadku Świętochłowic; tam wprawdzie również najwięcej osób lubi spędzać czas wolny na oglądaniu TV (14), ale spora część ankietowanych chętnie sięga po książki, gazety i rozwiązuje krzyżówki (10). Konsumenci z Lipin preferują również spotkania w gronie znajomych (8) oraz aktywny wypoczynek (spacery, sport). Spotkania religijne, kościelne znajdują się w centrum zainteresowań jedynie 5 osób.

Kolejne zagadnienie okazało się problematyczne zarówno dla mieszkańców Będzina, jak i Świętochłowic. Pytanie o to, czy chcieliby uczestniczyć jeszcze w innych zajęciach dla seniorów pozostawiło bez odpowiedzi 7 osób z Będzina i 15 ze Świętochłowic. Pozostali wskazywali, iż „trudno powiedzieć". Tylko 1 osoba z Będzina i 1 ze Świętochłowic wyraziła chęć udziału w zajęciach dedykowanych osobom starszym.

Podobne trudności pojawiły się również w pytaniu o to, czy w najbliższej okolicy jest wystarczająca ilość zajęć i ofert zagospodarowania czasu wolnego dla seniorów. Tutaj również w obu grupach respondentów albo w ogóle nie zaznaczano odpowiedzi, albo zaznaczano opcję „nie wiem".

Ciekawych wyników dostarcza pytanie o sporty, które uprawiają ankietowani. W Będzinie rozkład odpowiedzi był następujący: piłka nożna (2), siatkówka (1), rower (1). Pozostali nie zaznaczyli odpowiedzi. W Świętochłowicach natomiast również zainteresowaniem cieszyła się piłka nożna (3), ale także i narty (2), karate (1), siatkówka (1) i rower (1). Pozostali nie wskazali żadnej odpowiedzi.

W 2013 roku wyjazdy wakacyjne, urlopowe krajowe wskazała ponad połowa respondentów z Będzina (7). Jedna osoba wypoczywała poza granicami naszego kraju. Pozostali nie wskazali żadnego wyjazdu wakacyjnego. Wśród konsumentów ze Świętochłowic 9 wypoczywało w kraju, 2 osoby za granicą. W przypadku wyjazdów krajowych znaczna część respondentów (z obu grup) zatrzymała się u krewnych i rodziny (Będzin – 5, Świętochłowice – 8); wyjazdy zagraniczne związane były z noclegiem w pensjonatach lub kwaterach prywatnych. Osoby, które nigdzie nie wyjeżdżały proszono o wskazanie przyczyny takiego stanu rzeczy. W Będzinie, poza jednym przypadkiem (w którym zanotowano zobowiązania rodzinne i zawodowe) wszyscy przyznali, że powodem braku wyjazdów były trudności finansowe. W Świętochłowicach 9 osób nie mogło skorzystać z wyjazdu urlopowego z przyczyn finansowych; u 3 osób przeszkodę stanowiła choroba, ogólny stan zdrowia.

Generalnie, jeżeli chodzi o sferę czasu wolnego to brak jest rozbudowanych potrzeb (lub też występują trudności w ich artykułowaniu) jeżeli chodzi o zorganizowane zajęcia dodatkowe; warto jednak podkreślić, iż wszyscy respondenci już uczestniczą w tego typu zajęciach. Można zatem założyć, że zaspokajają one ich potrzeby w tym względzie. Tym co różnicuje obie grupy respondentów jest zainteresowanie sportem. W tej sferze zdecydowanie bardziej aktywni są mieszkańcy Świętochłowic; oni również prezentują szerszy wachlarz wybieranych dyscyplin sportowych. Analiza odpowiedzi otrzymanych w pytaniach o wyjazdy wakacyjne wskazuje na duże podobieństwo pomiędzy obiema grupami. Podobnie również kształtują się odpowiedzi dotyczące przyczyn braku tychże wyjazdów.

W części trzeciej kwestionariusza ankiety poproszono respondentów o wskazanie miejsc, w których najczęściej robią zakupy spożywcze. W obu grupach największą

popularnością cieszą małe sklepy osiedlowe oraz dyskonty. Tylko niewielka grupa osób preferuje super/hipermarkety (w Będzinie była to 1 osoba, w Świętochłowicach 2). Taka struktura odpowiedzi podyktowana jest przede wszystkim względami praktycznymi: respondenci zgodnie przyznawali, że wybierają wskazane miejsca zakupów z uwagi na to, że znajdują się one blisko ich domu, bo są tam korzystne ceny oraz promocje. Podobny obraz uzyskujemy podczas analizy zakupów niespożywczych; tutaj również zarówno respondenci z Będzina, jak i Świętochłowic wybierają miejsca znajdujące się w ich najbliższym otoczeniu i są to małe osiedlowe sklepy oraz dyskonty. Widać wyraźnie, iż preferencje dotyczące lokalnej przestrzeni konsumpcyjnej są mocno akcentowane; konsumenci III wieku cenią sobie przede wszystkim łatwość i szybkość dostępu do danych miejsc.

Rozkład odpowiedzi zawartych w czwartej części kwestionariusza ankiety nie różni się szczególnie w obu grupach. W pytaniu o znajomość współczesnych trendów/zjawisk obie grupy zgodnie deklarują, że są świadomi globalnego trendu związanego ze starzeniem się społeczeństwa (w Będzinie – 7 osób, w Świętochłowicach – 11). Ankietowani uważają również, że coraz częściej mamy do czynienia ze zjawiskiem bogacenia się bogatych; wiedzą również co oznacza pojęcie mobilnych technologii. Obce są im natomiast takie hasła jak: media na życzenie, kokonizacja, globalizacja i *silver economy* (respondenci mieli zaznaczyć wszystkie zjawiska o których słyszeli).

Następne pytanie miało na celu wysondowanie, jak respondenci postrzegają różne obiegowe opinie dotyczące osób starszych. Tutaj również w obu grupach występują jednakowe tendencje. Respondenci zgodnie przyznają, że osoby starsze odznaczają się brakiem aktywności, czują się samotne oraz są niezadowolone z jakości życia. Mniejsze znaczenie ma utrudniony dostęp do konsumpcji ze względu na brak umiejętności i możliwości korzystania z nowych technologii; akcentowano natomiast uprzywilejowanie tej grupy odbiorców, jako osób dysponujących większym zasobem czasu wolnego, który mogą przeznaczać na realizację swoich pasji. Respondenci nie zgadzają się z opinią, że osoby starsze są izolowane (tylko 2 osoby ze Świętochłowic zaznaczyły taką odpowiedź); dostrzegają jednak fakt, iż mają one ograniczony udział w rynku pracy (w Będzinie 4 osoby wskazały taką odpowiedź, w Świętochłowicach 5). Tym co wydaje się być szczególnie istotne, to zaakcentowanie ograniczonego udziału osób starszych w życiu społeczności lokalnej (Będzin – 3, Świętochłowice – 8). Za podstawową przyczynę takiego stanu rzeczy uznano problemy finansowe i wynikający z nich brak chęci do angażowania się w sprawy społeczne (Będzin – 8, Świętochłowice – 14), a także przyjęcie wzorów biernego wypoczynku (Będzin – 3, Świętochłowice – 4).

Porównywalne są również odpowiedzi na kolejne pytanie. Tym razem respondenci mieli wskazać, z których usług/instytucji skorzystaliby, gdyby mieli taką możliwość. Największe zapotrzebowanie sygnalizowali badani w odniesieniu do występowania oferty turystycznej skierowanej do seniorów (w Będzinie 3 osoby wskazały taką odpowiedź, w Świętochłowicach 8). Respondenci byliby także zainteresowani włączeniem się w działania wolontariatu (np. w ramach spotkań z dziećmi, młodzieżą): w grupie będzińskiej pojawiły się 2 takie odpowiedzi, w Świętochłowicach 5. Ankietowani chętnie skorzystaliby z dowozu zakupów do domu, wizyt lekarskich w domu, a także wsparcia w zakresie prac związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Obie grupy wykazują w tym zakresie dużą zgodność. Z mniejszą

przychylnością spotkały się propozycje udziału w szkoleniach, np. w zakresie obsługi komputera, korzystania z Internetu oraz zajęcia na Uniwersytecie III Wieku.

Ciekawych odpowiedzi udzielili ankietowani na pytanie o to, jak określiliby okres „jesieni życia". Co istotne, było to jedyne pytanie o charakterze otwartym. Wśród respondentów z Będzina pojawiały się dość pesymistyczne w swojej wymowie odpowiedzi. Większość z nich oscylowała wokół tematu okołozdrowotnego, typu: „dla mnie to wegetacja", „to czas, kiedy nie mam chęci i nie mogę się leczyć bez kłopotów", „(…) brakiem zainteresowania przez służbę zdrowia". Tylko jeden respondent zaznaczył, że to „czas, kiedy mam czas na swoje pasje". Podobny nastrój można zaobserwować w Świętochłowicach. Niektórzy wyraźnie podkreślali, że to „zakończenie aktywnego życia", „starzenia się i braku aktywności". Na wyróżnienie zasługują 3 wypowiedzi o zgoła odmiennym charakterze. Jedna z osób zaznaczyła, że „nie starzeje się, ale realizuje pasje", inna: „chodzę na obiady do Złotej Jesieni, mam dzienne towarzystwo i jest bardzo przyjemnie. Jest bardzo dużo atrakcji". Ostatnia godna uwagi wypowiedź akcentowała możliwość spotykania się z innymi ludźmi w podobnym wieku.

Na zakończenie zapytano ankietowanych, czy są szczęśliwi, zadowoleni ze swojego życia. Co istotne, uzyskane odpowiedzi nie do końca pokrywają się z obrazem, który został zarysowany w poprzednim pytaniu. W Będzinie 6 osób uważa się za szczęśliwe, 3 zaznaczyło odpowiedź „nie", a pozostali nie potrafili jednoznacznie określić swoich uczuć. W Świętochłowicach zanotowano następujące wyniki: (odpowiednio) 13, 1 i 9.

Podsumowanie

Najważniejsze wnioski i rekomendacje płynące z analizy:

- Brak znacznego zróżnicowania (jeżeli chodzi o rozkład i strukturę odpowiedzi) pomiędzy dwiema wskazanymi grupami pozwala na wysunięcie wniosku, że miejsce zamieszkania nie stanowi tutaj istotnej zmiennej różnicującej wzory zachowań konsumpcyjnych wśród seniorów. Występujące rozbieżności są zatem efektem zróżnicowania samej zbiorowości osób starszych; jednakże na podstawie przeprowadzonych badań można odnieść wrażenie, że mamy do czynienia ze względnie spójną grupą badanych;
- Obie grupy najsilniej były reprezentowane przez osoby prowadzące samotne lub dwuosobowe gospodarstwa domowe. Większość ankietowanych z Będzina mieszka w blokach, podczas gdy w Świętochłowicach – w kamienicach.

Subiektywna ocena sytuacji materialnej w obu grupach pozwala na stwierdzenie, iż respondenci raczej dysponują skromnym budżetem; jeżeli posiadają wolne środki, to skłonni są do ich odkładania, oszczędzania. W Świętochłowicach ankietowani częściej pozwalają sobie na zakupy ubrań i kosmetyków.

Zarówno w Będzinie, jak i w Świętochłowicach dominuje bierny sposób spędzania czasu wolnego. Trzeba jednak zaznaczyć, że wśród respondentów pojawiają się również zwolennicy uprawiania różnych, często dość wyszukanych (karate) dyscyplin sportowych.

Preferencje dotyczące miejsc robienia zakupów podyktowane są bliskością i dostępnością danych placówek usługowych w najbliższym otoczeniu. Drugim kryterium wyboru jest cena.

Konsumenci III wieku wykazują się stosunkowo niewielką mobilnością jeżeli chodzi o wyjazdy urlopowe i wypoczynkowe. Za przyczyną takiego stanu rzeczy stoją względy finansowe.

Wiedza o współczesnych trendach i wzorach globalnych jest raczej skromna; seniorzy są świadomi najważniejszych problemów demograficznych, jednakże nie wykazują większego zainteresowania tematyką *silver economy* (a przynajmniej nie potrafią zdefiniować tego pojęcia).

Respondenci postrzegają osoby starsze jako bierne i choć nie izolowane, to jednak często marginalizowane w sferze życia konsumpcyjnego, społecznego i zawodowego.

Wyrażają zainteresowanie wzbogaceniem oferty turystycznej dostosowanej do potrzeb i wymogów osób starszych; deklarują również gotowość włączenia się w działania wolontariatu.

Okres starości postrzegają jako czas bierności, stagnacji.

Reasumując można powiedzieć, że konsumenci III wieku znajdują się w specyficznej i – trzeba to podkreślić – mało komfortowej sytuacji. Zarówno teoretyczne ramy, jak i praktyczne działania zdają się tworzyć dla nich niekorzystne warunki do konsumowania i aktywnego uczestniczenia w społeczności. Takie wnioski są o tyle niepokojące, że mówimy tu o względnie mobilnej grupie odbiorców (wszyscy ankietowani uczestniczą w zajęciach dla seniorów); trzeba zatem założyć, że w pozostałych sferach tej grupy konsumentów sytuacja może wyglądać znacznie gorzej. Na podstawie literatury przedmiotu, jak i przeprowadzonych badań własnych należy stwierdzić, że relatywnie niskie dochody polskiego konsumenta powodują jego koncentrację raczej na zaspokojeniu potrzeb podstawowych; świadomość i – co za tym idzie – chęć współuczestniczenia w globalnych trendach konsumpcyjnych jest marginalna.

Punktem zaczepienia do kształtowania wzorów zachowań konsumpcyjnych wśród osób starszych niech będzie poniższe stwierdzenie: „Społeczności w podeszłym wieku będą wymagały więcej różnorodnych świadczeń – z zakresu opieki zdrowotnej, usług i zapełniania wolnego czasu. Starsi ludzie zaangażują się jeszcze bardziej w szeroką działalność wolontaryjną, zainteresowania wakacyjne kierować będą częściej ku ośrodkom historycznym i kulturowym, zwłaszcza w krajach o cieplejszym klimacie" (Clarke 1998, s. 46). Pozostaje mieć nadzieję, że okaże się ono prorocze nie tylko dla będzińskiej czy świętochłowickiej, ale dla całej polskiej społeczności osób starszych.

Bibliografia

Albrow M. (1997). *The Global Age*. Standford CA: Stanford University Press.

Barak B., Schiffan L.G. (1981). *Cognitive Age: a Nonchronological Age Variable.* W: K.B. Monroe, A. Abor (red.), *NA-Advances in Consumer Research*, Vol. 08. Mi: Association for Consumer Research.

Bauman Z. (1997). *Glokalizacja, czyli komu potrzebna globalizacja, a komu lokalizacja*. Studia Socjologiczne, 3.
Bauman Z. (2000). *Globalizacja*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Bauman Z. (2006). *Praca, konsumpcjonizm i nowi ubodzy*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
Biuletyn Statystyczny Województwa Śląskiego. (2013). Urząd Statystyczny w Katowicach, III kwartał 2013 r. [online:] dostęp 01.2014 r.
Boczar K., Kossuth Z. (1983). *Ekonomika Handlu*. Warszawa: PWE.
Bylok F. (2013). *Strategie zachowań konsumpcyjnych seniorów na rynku dóbr i usług konsumpcyjnych*. Problemy Zarządzania, vol. 11, nr 1(40).
Bywalec C., Rudnicki L. (1999). *Podstawy ekonomiki konsumpcji*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
Bywalec Cz., Rudnicki L. (2002). *Konsumpcja*. Kraków: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
Clarke J.I. (1998). *Ludność Ziemi*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
Kieżel E. (2010). *Konsument i jego zachowania na rynku europejskim*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
Krzysztofik R. (2007). *Aglomeracja rybnicka zarys typologii osadniczej.* Rybnik: Urząd Miasta Rybnika. [online:] www.rybnik.pl/__files/aglomeracja_rybnicka_opracowanie.doc
Lista gmin i powiatów Województwa Śląskiego. [online:] www.silesia.org.pl, dostęp 01.2014 r.
Urząd Statystyczny w Katowicach, *Województwo śląskie 2011*. [online:] www.invest.slaskie.pl, dostęp 11.2014 r.
Robertson R. (1995). *Glocalization: time-space and homogeneity – heterogeneity*. W: M. Featherstone i in. (red.), *Globar Modernities*. London: Sage Publ.
Szczepański J. (1981). *Konsumpcja a rozwój człowieka. Wstęp do antropologicznej teorii konsumpcji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
Walker M. (2004). *Marketing to seniors*. Bloomington: 1st Book Library.
Wiszniewski E. (1983). *Ekonomika konsumpcji*. Warszawa: PWN.
Wolfe D.B. (1994). *Targeting the Mature Mind*. American Demographics, 3.
World Population Prospects. (2004). Revision Population Databese, United Nations. [online:] http://esa.un.org, dostęp 01.2014 r.
Zadrożyńska A. (2001). *Targowisko różności*. Warszawa: Twój Styl.

Demographic determinants of consumption patterns. Privileged or marginalized? Reflections on the situation of the 'third age' consumers in the globalized markets

Abstract

Among the most important demographic factors, age plays without doubt a crucial role: it affects not only the structure of human needs and the volume of consumption, but is also treated as a fundamental variable, one modelling consumption patterns. Paying attention to age as a significant element shaping contemporary consumption is not accidental as demographic changes resulting from the rapid aging of Polish society have direct impact on the Polish economy being – something that should be stressed – under a strong influence of globalization changes now, equally in the field of consumption.

A significant increase in the number of 'third age' consumers raises many different questions and concerns. The reason for this is the fact that a considerable part of the analysis and comments seems to emphasize only the negative aspects of an aging population, especially from the point of

view of social policy, as well as from the perspective of those interested who feel as a result marginalized. Meanwhile, taking advantage of the potential of older people opens up new possibilities for the global economy creating the so-called 'silver economy'.
The aim of this article is to reflect on the situation of 'third age' consumers from the point of view of their marginalization and privilege on the consumption market. A better understanding of the phenomena associated with the consumption of the elderly will enable one to design and prepare more adequate actions in the social, economic and consumer spheres.

Key words: 'third age' consumers, marginalization, globalization

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 86–106

Anna Prokop
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Natalia Ożegalska-Łukasik
Uniwersytet Jagielloński

Marketing społeczny a stygmatyzacja osób starszych z demencją i depresją oraz ich rodzin w wybranych krajach Europy

Streszczenie

W kontekście procesów starzenia się populacji kontynentu europejskiego i działań podejmowanych na rzecz budowania społeczeństwa inkluzywnego uwagę socjologów zwraca pozycja seniorów z zaburzeniami psychicznymi, głównie demencją i depresją. Podwójne wykluczenie tej grupy jest związane ze stereotypami i negatywnymi postawami społecznymi, z jednej strony wobec osób starszych oraz z drugiej strony – wobec osób chorujących psychicznie. Sytuacja ta pociąga za sobą gorsze radzenie sobie z chorobą, późne podejmowanie działań diagnostycznych i procesu leczenia, jak również obniżenie jakości życia seniorów i opiekujących się nimi członków rodzin. Wobec utrzymującego się tabu kulturowego w sferze trudności związanych z występowaniem zaburzeń psychicznych w grupie seniorów ważną rolę odgrywa marketing społeczny. Autorki artykułu wykorzystując metodę analizy treści badają materiały z kampanii społecznych dotyczących zdrowia psychicznego osób starszych prowadzonych w ostatnich latach w pięciu krajach Europy. W odniesieniu do aktualnych badań zjawiska stygmatyzacji seniorów z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin wyniki analizy zostaną wykorzystane do przygotowania rekomendacji w zakresie promocji zdrowia psychicznego osób starszych oraz poprawy stanu wiedzy i kształtowania pozytywnych postaw w społeczeństwach europejskich wobec seniorów z demencją lub depresją.

Słowa kluczowe: marketing społeczny, ageizm, stygmatyzacja, demencja, depresja

Wprowadzenie

Zmiany demograficzne polegające na wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia, spadku urodzeń, a w konsekwencji zwiększania się liczby osób starszych w populacji stanowią wielkie wyzwania, zarówno społeczne, jak i gospodarcze dla większości państw na świecie. Peter Peterson nazywa ten proces „początkiem siwienia świata" (Peterson 1999). Starzenie się populacji wiąże się z licznymi zadaniami dla polityki publicznej. Zadania te wynikają m.in. ze zwiększania się kosztów świadczeń emerytalnych, opieki zdrowotnej i opieki nad osobami w podeszłym wieku, co w konsekwencji prowadzi do spowolnienia potencjalnego wzrostu gospodarczego z powodu wzrostu obciążeń socjalnych. Ponadto obciążenia osób w wieku produkcyjnym związane z utrzymaniem coraz liczniejszej grupy ludzi starszych mogą i coraz częściej prowadzą do napięć międzypokoleniowych. Problem dyskryminacji

oraz negatywnej stereotypizacji osób starszych wydaje się być zatem szczególnie aktualny, zarówno w kontekście globalnym (Bytheway 1995, Palmore 1999, Nelson 2002, Butler 2008), jak i w kontekście lokalnym (Szukalski 2004, Perek-Białas, Ruzik 2004, Szatur-Jaworska 2008, Stypińska 2010, Hrynkiewicz 2012). Warto jednak podkreślić, że problem ten nie jest nowy, gdyż pierwsze studium socjologiczne opisujące sytuację osób starszych na amerykańskim rynku pracy pochodzi już z XIX wieku (Segrave 2001).

Niezwykle ważnym aspektem umożliwiającym aktywne przeżywanie starości, a przede wszystkim funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie, jest ich zdrowie psychiczne. Wraz z procesem starzenia się związanym z osłabieniem układu nerwowego i zachodzącymi w tym układzie zmianami, rośnie ryzyko wystąpienia problemów psychicznych (Seligman i in. 2003). Przedmiotem badań socjologicznych jest przede wszystkim społeczno-kulturowy kontekst zaburzeń zdrowia psychicznego. Szczególnie dużo uwagi poświęcono analizom chorób psychicznych z wykorzystaniem kategorii piętna. Termin ten, wprowadzony do nauk społecznych przez Ervinga Goffmana, stał się popularną kategorią umożliwiającą opis funkcjonowania jednostek, których wybranym cechom jest przypisywane szczególne znaczenie oraz znamienna na nie reakcja otoczenia (Goffman 1963). Analizy tego zjawiska, zintensyfikowane przez ostatnie dwie dekady, unaoczniły szeroką skalę i dużą stabilność stereotypów i wrogich postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w większości krajów Europy (Schomerus i in. 2012, Coppens i in. 2013).

Istotną rolę w podejmowaniu walki z ciągłym utrzymywaniem się tych tendencji jest marketing społeczny uskuteczniany w rozmaitych formach. Celem niniejszego artykułu jest opis materiałów pochodzących z kampanii społecznych dotyczących zdrowia psychicznego osób starszych prowadzonych w ostatniej dekadzie w pięciu krajach Europy. W ramach badania autorki będą chciały odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

- Kto podejmuje działania marketingu społecznego w zakresie problematyki osób starszych z demencją i depresją?
- Jaki przekaz niosą te kampanie społeczne?
- Jakie środki wyrazu i strategie komunikacyjne są wykorzystywane przy tworzeniu kampanii?
- Do kogo adresowane są te kampanie?

Wyniki badań, rozważone w odniesieniu do aktualnych prac nad zjawiskiem stygmatyzacji seniorów z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, zostaną wykorzystane do przygotowania rekomendacji w zakresie promocji zdrowia psychicznego osób starszych oraz poprawy stanu wiedzy i kształtowania pozytywnych postaw w społeczeństwach europejskich wobec seniorów z demencją lub depresją.

Ageizm i piętno choroby psychicznej – podwójne wykluczenie?

Termin ageizm, opisujący problem dyskryminacji ze względu na wiek, został wprowadzony w 1969 roku przez amerykańskiego noblistę, dyrektora amerykańskiego Narodowego Instytutu ds. Starości i Starzenia się (*National Institute on Aging*), Roberta Butlera. Wówczas odnosił się on do zjawiska systematycznej stereotypizacji i dyskryminacji ludzi z powodu ich starszego wieku (Butler 1969). Nieco

inną definicję ageizmu wprowadził Bill Bytheway, dla którego „ageizm generuje i wzmacnia strach przez dezintegrację związaną z procesem starzenia się jednostki w odniesieniu do jej kompetencji" (Bytheway 1995, s. 14). Takie ujęcie umożliwia określenie grup ludzi, które posiadają utrudniony dostęp do zasobów i szans, jakie są dostępne dla pozostałych członków społeczeństwa. Polski socjolog Piotr Szukalski bazując na propozycji Bytheway'a tworzy następującą definicję: „ageizm to przejaw przekonań, uprzedzeń i stereotypów mających swe podstawy w biologicznym zróżnicowaniu ludzi, związanym z procesem starzenia się, które dotyczą kompetencji i potrzeb osób w zależności od ich chronologicznego wieku. W rezultacie wiek kalendarzowy używany jest do wyodrębnienia grup, których dostęp do różnorodnych zasobów społecznych podlega systematycznej kontroli. Ów proces kontroli nazywany jest dyskryminowaniem" (Szukalski 2004). Aktualnie definicja ageizmu jest znacznie szersza, rozumiana jako uprzedzenia i dyskryminacja ludzi ze względu na ich wiek (Palmore 1999). *Słownik socjologii i nauk społecznych* pod redakcją Roberta Marshalla podaje definicję „wiekizmu" (pojęcie stosowane jako synonim dla ageizmu, jego spolszczona wersja) ujętą w następujących słowach: „(…) przez analogię do takich terminów jak rasizm czy seksizm, ageizm to dyskryminacja oraz wyznawanie irracjonalnych poglądów i przesądów dotyczących jednostek lub grup i opartych na ich wieku. Przyjmuje się stereotypowe założenia na temat fizycznych i umysłowych cech ludzi z określonej grupy wiekowej i zwykle wyraża się je w sposób poniżający. Najczęściej wiekizm kieruje się wobec ludzi starych" (Marshall 2005, s. 242).

Zagadnienie ageizmu i doświadczania starości znalazło swoje miejsce także w polskiej literaturze naukowej (Szatur-Jaworska 2000, Szukalski 2008, Zalewska 2009). Doświadczenie starości wydaje się być w dzisiejszych czasach doświadczeniem zmiany, reakcją na tę zmianę, a także próbą radzenia sobie z nią. W doświadczeniach osób starszych zmianie ulegało niemal wszystko od czasów ich młodości: od otoczenia fizycznego począwszy, przez życie społeczne i – co być może najtrudniejsze do zniesienia – zmieniło się także „ja": biologiczne (starzenie się ciała) i społeczne (zmiana roli na poprodukcyjną). Człowiek stary zachowuje się i jest traktowany dzisiaj inaczej niż w czasach swojej młodości i dorosłości. Źródeł dyskryminacji ze względu na wiek, jak wskazują badaczki (Szatur-Jaworska 2000, Miszczak 2006, Zalewska 2009) można doszukiwać się w dominującym w kulturze masowej kulcie młodości. Starość traktowana jest jako „nieatrakcyjny i niepopularny etap życia (…) w kulturze, w której obowiązuje kult młodości i piękna, starsze osoby przestają być pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, a ich doświadczenia i przeżycia nie są brane pod uwagę (...)" (Łysak, Zierkiewicz 2005, s. 31).

Anthony Giddens (2001) zwraca uwagę na dwa przeciwstawne procesy związane z postrzeganiem starości. Z jednej strony w społeczeństwach nowoczesnych starsi ludzie mają z reguły niższy status społeczny i mniej władzy niż w kulturach przednowoczesnych. W kulturach tradycyjnych starość utożsamiana była z mądrością, autorytetem i władzą. W społeczeństwach nowoczesnych, w których zachodzą ciągłe zmiany, wiedza i doświadczenie starszych ludzi nie stanowi już dla młodego pokolenia punktu odniesienia i jest często raczej zbiorem nikomu niepotrzebnych przestarzałych informacji. Jednocześnie mamy jednak do czynienia z procesem przeciwnym. Starzenie się przestaje być traktowane przez wielu ludzi starszych jako nieuchronny proces degeneracji fizycznej i psychicznej, coraz częściej bowiem wielu

seniorów przeżywa „jesień swojego życia" właśnie w sposób aktywny. Badania społeczne poświęcone opiniom społeczeństw na temat starości i roli starszych osób są ponadto ważnym elementem tworzącym diagnozy na temat sytuacji seniorów w konkretnym państwie. Wyrażane przekonania mogą wyznaczać bariery niechęci i stereotypy, a tym samym wpływać na jakość życia osób starszych. Negatywne postrzeganie starości sprzyja bowiem marginalizacji osób starszych i ich „samowykluczaniu" z życia społecznego (Osiecka-Chojnacka 2012).

Wśród badań dotyczących zjawiska ageizmu i jego przejawów realizowanych na gruncie europejskim warto wspomnieć o wynikach Europejskiego Sondażu Społecznego, którego celem była obserwacja zmian społecznych zachodzących w Europie w ostatnich latach. Czwarta runda tego badania, dotycząca problemu starzenia się społeczeństw, przeprowadzona w 2008 roku, objęła swym zasięgiem 31 państw, w tym również Polskę. Skrócony raport z badań wskazuje, że zdecydowana większość Europejczyków doświadczyła dyskryminacji, uprzedzeń i niesprawiedliwego traktowania wynikających z wieku. Skala zjawiska ageizmu jest różna – jego istnienie potwierdza bowiem niezależnie od wieku, z jednej strony: jeden na dwóch Czechów, Finów czy Holendrów, a z drugiej: jeden na sześciu Cypryjczyków czy Portugalczyków. Wśród krajów będących przedmiotem zainteresowania w niniejszym artykule rozrzut ten nie jest tak znaczący. W Danii wskaźnik ten nie przekracza 20%, w Niemczech i Polsce przyjmuje wartość ok. 25%, zaś w Wielkiej Brytanii – około 15% (*European Social Survey* 2013). Źródło tych różnic jest trudne do jednoznacznego wskazania – nie wynikają one jedynie ze wskaźników takich jak wsparcie socjalne państwa, czy status ekonomiczny danego kraju (zob. *Global AgeWatch Index* 2013). Co istotne, we wszystkich krajach respondenci potwierdzali częstsze doświadczanie dyskryminacji ze względu na wiek niż np. z powodu płci lub pochodzenia etnicznego (*European Social Survey* 2013). Aż 40% Polaków uznało, że kwestia dyskryminacji i gorszego traktowania ze względu na wiek jest poważnym problemem w naszym kraju. Jednak na pytanie o poczucie przynależności do grupy dyskryminowanej (ogólnie) jedynie niecałe 5% populacji odpowiadało, że czuło się gorzej traktowane, co wskazywałoby na fakt, iż nasze społeczeństwo jest niezwykle tolerancyjne. Wyniki różnią się w poszczególnych kategoriach wiekowych – największy odsetek (7%) osób odczuwających dyskryminację plasuje się w kategorii wiekowej 50-67 lat. Tak niskie wartości rzeczonych wskaźników mogą wskazywać na niską świadomość istnienia zjawiska ageizmu wśród respondentów, w szczególności w odniesieniu do ich własnych doświadczeń (Stypińska 2010, s. 168).

Nieco odmienne wyniki badań dotyczących omawianego zagadnienia można znaleźć w raportach polskich ośrodków. Kwestiom starości, starzenia się i doświadczenia dyskryminacji poświęcone były ogólnopolskie badania opinii publicznej realizowane przez Centrum Badania Opinii Społecznej w latach 1998, 2000, 2007, 2009 i 2010. Bardziej szczegółowo zjawiskom dyskryminacji ze względu na wiek zajmowały się z kolei przede wszystkim środowiska związane z organizacjami pozarządowymi, takie jak np. Akademia Rozwoju Filantropii czy Forum 50+. Problematykę tę podejmowało również polskie środowisko naukowe (Szukalski 2004, Szatur-Jaworska 2000), jednak jak wskazuje Piotr Szukalski (2008), wciąż brakuje szeroko zakrojonych badań socjologicznych analizujących tę kwestię z całościowej perspektywy. W okresie od 1998 do 2007 roku można zaobserwować, że zainteresowanie Polaków starością oraz jej doświadczaniem znacznie wzrosło. Ze stwierdzeń

respondentów wynikało, że osoby starsze są w Polsce bardzo różnie traktowane. Życzliwy stosunek do seniorów dominuje w rodzinie (79%) i w sąsiedztwie (68%), a z najmniejszą serdecznością spotykają się oni w placówkach służby zdrowia (39%), w urzędach (32%) czy na ulicy (25%). Co czwarty badany uważał, że w jego środowisku osoby starsze spotykają się z brakiem zainteresowania i obojętnością (21%) (CBOS 2007). Raport z badań w roku 2009 wskazuje z kolei, że aż 87% badanych uważa osoby starsze za potrzebne społeczeństwu, a jedynie 9% traktuje ich jako obciążenie. Co ciekawe jednak, same osoby mające 65 lat i więcej twierdzą, że stanowią dla społeczeństwa swoisty balast (CBOS 2009). O niezaprzeczalnym doświadczeniu dyskryminacji ze względu na wiek, mającym miejsce na rynku pracy, wspomina raport pt. *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+* (*Akademia Rozwoju Filantropii* 2007). Aż 63% respondentów z grona osób długotrwale pozostających na bezrobociu, a będących po 50. roku życia, wskazało bowiem właśnie swój wiek jako przyczynę niemożności znalezienia stałego zatrudnienia.

Zaburzenia zdrowia psychicznego, głównie demencja i zaburzenia nastroju, są udziałem dużej części osób w podeszłym wieku (Blinkiewicz 1996). Częstość ich występowania związana jest z wiekiem (kilkakrotnie wyższy odsetek zaburzeń psychicznych wśród seniorów powyżej 85. roku życia niż w grupie powyżej 65. roku życia) czy kontekstem środowiskowym (wyższy odsetek zaburzeń psychicznych wśród osób przebywających w zakładach zamkniętych lub w szpitalach na oddziałach internistycznych) (Semple i in. 2007).

W raporcie pt. *Dementia – a public health priority*, Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła dane dotyczące aktualnego stanu i prognoz zachorowań na demencję. W 2010 roku około 9.95 mln starszych Europejczyków doświadczało demencji. Szacuje się, że do 2030 roku liczba ta wzrośnie o 40% (13.95 mln), a przez dwie kolejne dekady o 86% (18.65 mln) (WHO 2012). Demencja, zwana otępieniem, to postępujący w czasie proces deterioracji możliwości poznawczych i zmian stanu emocjonalnego u osoby w podeszłym wieku. W późniejszej fazie choremu mogą towarzyszyć także: osłabienie możliwości odtwarzania starych i zapamiętywania nowych treści, rozpoznawania znanych osób lub przedmiotów (agnozja), pogorszenie zdolności językowych (afazja) lub obniżenie sprawności ruchowej (apraksja). W końcowym stadium dochodzi do osłabienia funkcji korowych i wynikających z niego trudności w planowaniu i kontrolowaniu zachowań (Seligman i in. 2003). W diagnostyce klinicznej wymieniane są cztery najczęściej występujące typy demencji: choroba Alzheimera, demencja naczyniowa, demencja z ciałami Lewy'ego, demencja czołowo-skroniowa (WHO 2012).

Drugim problemem dotyczącym osób starszych w sferze funkcjonowania psychicznego są zaburzenia nastroju – głównie depresja. Odsetek osób doświadczających depresji w populacji osób starszych jest szacowany na 10%–20% w zależności od kontekstu kulturowo-społecznego (WHO 2001). Objawami depresji wspólnymi dla osób młodszych i tych w starszym wieku są: utrzymujący się w czasie depresyjny nastrój, utrata zainteresowania oraz poczucie bezwartościowości, zmęczenie i bezsenność (American Psychological Association 1994). W porównaniu do osób chorujących na depresję z młodszych grup wiekowych, u seniorów znamienne są objawy spowolnienia psycho-ruchowego, zaburzenia poznawcze, złudzenia depresyjne, dolegliwości lękowe, somatyczne i hipochondryczne (Katona i in. 2003, Semple i in. 2007).

W zależności od natężenia objawów zaburzeń psychicznych, osoby ich doświadczające są różnie postrzegane przez otoczenie społeczne. Osoby z lekkimi zaburzeniami psychicznymi są odbierane jako takie, które powinny „wziąć się w garść", a te doświadczające ostrych epizodów – jako niebezpieczne, agresywne czy nieprzewidywalne (Gaebel i in. 2006). Percepcja osób chorujących psychicznie jako zagrażających bezpieczeństwu wiąże się z reagowaniem na nie lękiem, litością czy złością (Angermeyer i in. 2003). Wyrazem dystansu społecznego wobec osób po kryzysach psychicznych jest utrzymujące się niskie przyzwolenie opinii publicznej na pełnienie przez nie ról społecznych związanych z odpowiedzialnością za najbliższe jednostce otoczenie (Wciórka, Wciórka 2005). W związku z siłą piętna choroby psychicznej osób leczących się psychiatrycznie, gro osób doświadczających trudności psychicznych nie zgłasza się do specjalisty lub sięga po tę pomoc dopiero, gdy dochodzi do znaczącego zaostrzenia dolegliwości. Późna diagnoza i rozpoczęcie leczenia w zaawansowanej fazie utrudniają lub spowalniają proces zdrowienia (Link, Phelan 2001).

Badania nad subiektywnym doświadczeniem piętna pozwoliły pogłębić rozumienie konsekwencji fałszywych wyobrażeń i wrogich reakcji otoczenia na funkcjonowanie osób z trudnościami psychicznymi. Osoby chorujące psychiczne w związku ze swoimi dolegliwościami doświadczają lekceważenia w relacjach interpersonalnych, niższej jakości życia, utrudnionego dostępu do instytucji medycznych, trudności w znalezieniu pracy czy nawiązaniu i utrzymaniu bliskich relacji (Schulze, Angermeyer 2003, Angell i in. 2006, Świtaj 2008, Thornicroft i in. 2009). Pozostawanie w otoczeniu kierującym się w swoich negatywnych reakcjach wobec osób chorujących psychicznie stereotypami, może powodować u nich obniżenie samooceny i poczucia samoskuteczności, a to z kolei rezygnację z aktywności i tendencję do wycofywania się z życia społecznego (Lee 2002). Wyniki analiz wskazują, że doświadczenie piętna jest dla chorujących tak obciążające, że badacze nazywają je „drugą chorobą" (Finze, w: Schulze, Angermeyer 2003, s. 299). Dzięki studiom socjologicznym w tym zakresie wiemy także coraz więcej o nazwanym przez Goffmana zjawisku piętna przeniesionego. Dotyczy ono osób związanych z jednostkami stygmatyzowanymi ze względu na ich społecznie znaczącą cechę. W przypadku osób chorujących psychicznie najbardziej zagrożeni piętnem przeniesionym są ich bliscy krewni i opiekunowie, mniej zaś profesjonaliści z obszaru psychiatrii. Badania wskazują, że ci pierwsi w związku z chorobą bliskiej osoby doświadczają wstydu, obwiniania, odrzucenia czy unikania (Larson 2008, Karnieli-Miller i in. 2013).

Dynamika zmian postaw niechętnych osobom chorującym psychicznie i ich bliskim w społeczeństwach Europy jest zróżnicowana, choć, jak pokazują wyniki badań sondażowych prowadzonych w poszczególnych państwach, wiele przekonań, reakcji emocjonalnych i zachowań występuje w wielu krajach europejskich. Badania niemieckie analizujące trendy w zakresie nastawienia Niemców do osób chorujących psychicznie pokazały, że w przeciągu ostatniej dekady XX wieku rozpowszechnienie przekonań dewaluujących tę grupę osób zmalało, a przekonanie o występowaniu dyskryminacji osób po kryzysach psychicznych jest raczej stabilne. Więcej Niemców niż w latach dziewięćdziesiątych uważa, że osoby po leczeniu psychiatrycznym są równie inteligentne (39,1%, wzrost o 7,6%) i godne zaufania jak pozostali (29,8%, wzrost o 7,8%). Większa liczba mieszkańców Niemiec byłaby także w stanie zaakceptować jako swojego przyjaciela osobę po kryzysie

psychicznym (39%, wzrost o 9,5%). Na przełomie XX i XXI wieku nic się natomiast nie zmieniło w zakresie dyskryminacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy (61,8% respondentów uważa, że pracodawca będzie wolał zatrudnić osobę bez doświadczenia leczenia psychiatrycznego) oraz w obszarze relacji intymnych (61,1% respondentów uważa, że kobieta nie będzie chciała wejść w relację z mężczyzną wiedząc, że ten był hospitalizowany z powodu choroby psychicznej) (Angermeyer, Matschinger 2005). Inaczej niż w społeczeństwie niemieckim, w Austrii nadal silne są przekonania dewaluujące osoby chorujące psychicznie. Badania z 2007 r. wykazały, że podobnie jak we wcześniejszych latach u większości Austriaków (64,1%) silne są stereotypowe wyobrażenia dotyczące niebezpieczeństwa, jakie stanowią dla ogółu społeczeństwa osoby chorujące na schizofrenię (Grausgruber i in. 2009). W Polsce przekonanie o gwałtowności osób z zaburzeniami psychicznymi podzielane jest przez coraz mniejszy odsetek osób (w 2005 roku 25%, a w 2008 19% respondentów spostrzegało osoby chorujące psychiczne jako agresywne w stosunku do innych; ta tendencja jest podobna w odniesieniu do przekonań o stosowaniu przez osoby z zaburzeniami psychicznymi agresji wobec siebie). Pomimo spadku, nadal wysoki jest odsetek osób przekonanych, że osoby chorujące psychicznie zachowują się niezrozumiale (38% w 2008 r., spadek o 7% w stosunku do 2005 roku), mówią od rzeczy (38% w 2008 r., spadek o 5% w stosunku do 2005 roku). Wśród Polaków nieznacznie wzrósł odsetek osób przekonanych o możliwości wyleczenia osób chorujących psychicznie (59% w 2008 r., wzrost o 1% w stosunku do 2005 r.) (Wciórka, Wciórka 2008).

Dyskryminacja z jednej strony seniorów, a z drugiej strony stygmatyzacja osób chorujących psychicznie, powodują, że sytuacja osób w podeszłym wieku doświadczających zaburzeń psychicznych jest szczególnie trudna. Odnosząc się do dostępnej wiedzy na temat reakcji społecznych wobec tych dwóch kategorii, zasadna wydaje się być hipoteza, że osoby w podeszłym wieku z trudnościami psychicznymi mogą być zagrożone podwójnym wykluczeniem. W kontekście wyzwań wynikających z procesu starzenia się społeczeństw europejskich w ramach działań ośrodków badawczych oraz agend do spraw osób starszych, instytucji narodowych i międzynarodowych oraz lokalnych organizacji pozarządowych, podejmowane są inicjatywy na rzecz promocji leczenia i profilaktyki chorób niezakaźnych dotykających najstarszych, rozwoju optymalnych dla osób starszych systemów wsparcia oraz aktywizacji i włączania seniorów w życie wspólnot (WHO 2001, Derejczyk i in. 2012, Tobiasz-Adamczyk i in. 2013). Problem ageizmu jest niezwykle ważny z punktu widzenia Unii Europejskiej, która w trosce o ograniczanie obszaru dyskryminacji osób starszych i promowanie solidarności międzypokoleniowej rok 2012 wyznaczyła rokiem aktywnego starzenia się i solidarności międzypokoleniowej (*European Year of Active Ageing and Solidarity between Generations*). W wielu krajach Europy w ostatniej dekadzie priorytetem były także działania promujące zdrowie psychiczne i destygmatyzujące chorobę psychiczną (Evans-Lacko i in. 2010, Watson, Corrigan 2006). Autorki artykułu przeanalizowały tę cześć europejskich kampanii społecznych, które poświęcone były problematyce osób starszych z demencją lub depresją. Celem badania było zweryfikowanie zawartości materiałów kampanii, tj. dyskutowanych w nich problemów, promowanych wartości i postaw oraz strategii przyjętych do ich popularyzacji.

Kształtowanie postaw a marketing społeczny

W związku z wielowymiarowymi uwarunkowaniami postaw, ich zmiana jest procesem złożonym i długotrwałym (Wojciszke 2006). Tradycyjnie stosowanymi mechanizmami w kształtowaniu pozytywnych postaw są edukacja i regulacje prawne (Weinreich 2010). Przykładowo w Wielkiej Brytanii w 2005 roku, w ramach *Disability Discrimination Act*, uwzględniono zapisy zabezpieczające osoby chorujące psychicznie od dyskryminacji na rynku pracy i w dostępie do dóbr i usług. W Niemczech z kolei, zapisy prawne dotyczące warunków wynagradzania osób, które pozostają w stosunku pracy, na równi traktują problemy zdrowia fizycznego i psychicznego (WHO 2008). Jednak w stosunku do wyzwania wprowadzenia trwałych zmian zachowań dużych grup osób wymienione środki są niewystarczające (Weinreich 2010).

Narzędziem wykorzystywanym od początku lat 70. XX wieku do rozpowszechniania wartości prospołecznych jest wywodzący się z praktyk sprzedaży artykułów handlowych marketing społeczny. Marketing społeczny, podobnie jak jego pierwotna forma, zasadzają się na relacji wymiany między zaangażowanymi aktorami i wykorzystują proces komunikacji między nimi (Kotler, Zaltman 1971). Podczas gdy przedmiotem tradycyjnego marketingu są towary i usługi, a beneficjentem ich producent, celem kampanii społecznych jest promocja celów niekomercyjnych instytucji i koncepcji społecznych. W przypadku marketingu społecznego korzyści odnoszą jednostka i społeczeństwo (Weinreich 2010). Analogicznie do rozwoju technologii zarządzania marketingiem w handlu, także w prowadzeniu marketingu społecznego istotny jest proces projektowania, wdrażania i kontrolowania programów nacelowanych na szerzenie akceptacji dla promowanych postaw, poprzedzony fazą kreowania produktu, kalkulowania kosztów, planowania strategii komunikacyjnych i dystrybucji oraz badaniami rynku (Kotler, Zaltman 1971).

Metodologia badania

W celu odpowiedzi na postawione pytania badawcze autorki sięgnęły po jakościową analizę treści. Metoda ta jest wykorzystywana do badania zarówno jawnej zawartości tekstu, jak i niejawnych znaczeń. W jakościowej analizie treści można wydzielić podstawowy poziom analizy, na którym badane są tematy i główne koncepcje, oraz ukryty, w ramach którego badany jest kontekst danego źródła (Mayring 2000). Działania podjęte w ramach badania obejmowały zweryfikowanie zawartości materiałów z kampanii społecznych dotyczących demencji i depresji u seniorów, jak również zastosowanych w nich środków wyrazu i strategii komunikacyjnych. Badaczki ponadto analizowały związek aktorów społecznych podejmujących inicjatywy na rzecz promocji pozytywnych postaw wobec osób starszych chorujących psychicznie z instytucjami rządowymi i pozarządowymi oraz adresatów prowadzonych działań. Analiza zebranego materiału, w tym proces kodowania i porównań między przypadkami, została przeprowadzona z wykorzystaniem programu do analizy jakościowej MaxQda[1].

[1] http://www.maxqda.com/

Jednostką analizy w przeprowadzonym badaniu były materiały wizualne przygotowane w ramach kampanii społecznych poświęconych kwestiom zdrowia psychicznego osób w podeszłym wieku, tj. plakaty, broszury, filmy video. Materiał badawczy został dobrany celowo. Dobór polegał na wyszukaniu programów promocyjnych po określonych słowach kluczowych w języku polskim, angielskim, niemieckim i duńskim w zasobach Internetu. W procesie tym wykorzystano następujące słowa–klucze: kampania społeczna, seniorzy, demencja/depresja osób starszych, choroba Alzheimera – odpowiednio w każdym z czterech języków (ang.: *social campaign, seniors, dementia/depression of elderly people, Alzheimer's disease*; niem.: *Sozialkampagne, Senioren, Demenz/Depression bei Senioren, Alzheimerkrankheit*; duń.: *Socialkampagne, ælldre personner med demens/depression, Alzheimers sygdom*). Dodatkowym kryterium wyboru materiałów do analizy był rok i kraj opublikowania kampanii. Do puli materiałów analizowanych włączane były kampanie upowszechnione w przedziale czasowym od 2004 do 2014 roku. Europa, choć budowana na tym samym fundamencie kulturowym, jest konglomeratem zbudowanym z wielu różnych kultur narodowych. Interpretacja różnic kulturowych pomiędzy krajami, których kampanie społeczne będą analizowane w ramach tego studium dotyczy krajów Unii Europejskiej. W określeniu europejskości Unii naczelną rolę odgrywają czynniki historyczne i kulturowe oraz wspólna tożsamość i identyfikacja z wartościami demokratycznymi (Wallner 2006). Nie sposób jednak zaprzeczyć, że każdy kraj członkowski UE posiada własne partykularyzmy kulturowe, historyczne i mentalne. Dla ich zarysowania do analizy zostało wybranych następujących pięć krajów:

1) Polska jako stosunkowo nowy kraj EU (data wstąpienia do UE: 2004 r.) jako reprezentant Europy Środkowo-Wschodniej, kraj postkomunistyczny,

2) Dania jako przedstawiciel regionu Skandynawii i tzw. skandynawskiego modelu państwa opiekuńczego,

3 i 4) Niemcy i Austria jako kraje reprezentujące kulturę Europy Zachodniej, których mieszkańcy posługują się jednym językiem,

5) Wielka Brytania – kraj pod wieloma względami, podobnie jak kraje skandynawskie, pozostawiający sobie autonomiczność względem pozostałych krajów członkowskich UE.

Decyzja o takim doborze krajów do analizy wynikała z chęci uzyskania wglądu w podejmowane działania antystygmatyzujące w kontekście odmiennych warunków społeczno-kulturowych, w tym postaw wobec osób starszych i chorujących psychicznie, dominujących wartości społecznych oraz warunków życia seniorów. Podczas gdy pierwsze dwa zagadnienia w odniesieniu do specyfiki pięciu wybranych krajów zostały omówione powyżej, warto jeszcze zwrócić uwagę na pozostałe różnicujące je charakterystyki.

W kontekście działań inkluzyjnych, jedną z ważniejszych cech społeczeństw jest poziom zaangażowania w rozwój społeczeństwa obywatelskiego i działanie na rzecz włączania wykluczonych grup społecznych. Wśród wybranych państw europejskich społeczeństwo duńskie dominuje pod względem odsetka członków aktywnych w pozarządowych organizacjach działających na rzecz pomocy grupom osób wykluczonych (6% w porównaniu z 5% w Austrii, 3% w Wielkiej Brytanii, 2% w Niemczech i 1% w Polsce) (*European Survey of Values* 2008). Poziom dystansu społecznego wobec osób z trudnościami ze zdrowiem psychicznym jest odmienny w poszczególnych krajach: wyraźnie zarysowuje się wśród Polaków, w mniejszym

stopniu wśród Austriaków czy Brytyjczyków (odpowiednio 55%, 36% i 28% respondentów w tych krajach wolałoby uniknąć sąsiedztwa osób niezrównoważonych emocjonalnie). Natomiast tylko co 10 Niemiec i co 15 Duńczyk miałby obiekcje w takiej sytuacji. Ponadto poziom zaufania społecznego w Danii jest znacząco wyższy niż w pozostałych krajach wybranych do analizy. 75% Duńczyków spostrzega swoje otoczenie społeczne jako godne zaufania, podczas gdy poziom zaufania w pozostałych krajach waha się na poziomie około 60%. Badania *European Value Survey* z 2008 r. pokazały także zróżnicowanie pod względem odsetka osób zaniepokojonych o warunki życia seniorów. Aż 75% Duńczyków i 76% Niemców zadeklarowało poddawanie tej kwestii regularnej refleksji. Kwestia ta jest znacząca dla ponad połowy Polaków i Brytyjczyków oraz 48% Austriaków (*European Value Survey* 2008).

Taki wybór krajów pozwolił także uchwycić materiał badawczy w kontekście zróżnicowanych warunków życia oraz poziomu rozwoju opieki psychogeriatrycznej dostępnych dla osób starszych w wyselekcjonowanych krajach Europy. Międzynarodowa organizacja pozarządowa HelpAge, działająca na rzecz podnoszenia jakości życia seniorów, monitoruje poziom jakości życia osób starszych mierzony obiektywnymi wskaźnikami, takimi jak: bezpieczeństwo finansowe, status zdrowotny, edukacja i zatrudnienie, dostępność otoczenia i kontakty społeczne oraz polityka społeczna w zakresie wsparcia seniorów[2]. W raporcie z 2013 roku państwa ujęte w prezentowanej w tym artykule analizie zostały ulokowane na miejscach: Niemcy – 3; Austria – 11 w skali świata, 7 w skali Europy; Wielka Brytania – 13 w skali świata, 9 w skali Europy; Dania – 17 w skali świata, 13 w skali Europy; Polska – 62 w skali świata, 33 w skali Europy. Wszystkie wymienione kraje uzyskują wysokie lub dość wysokie wartości wskaźników związanych z zasobami materialnymi (Austria – 5, Niemcy – 9, Wielka Brytania – 10, Polska – 20, Dania – 21). Wskaźniki[3] edukacji i aktywności zawodowej przyjmują wartość z najwyższego przedziału tylko w Niemczech (6), dla pozostałych krajów są one raczej wysokie (Dania – 20, Wielka Brytania – 24) lub średnie (Austria – 42 i Polska – 54). Dostępność otoczenia dla seniora jest na bardzo wysokim poziomie w Austrii (2), Niemczech (6) i Danii (10). Mniejsza dostępność doświadczana jest przez seniorów z Wielkiej Brytanii (17) i w Polsce (43). Duże zróżnicowanie między wybranymi krajami widoczne jest także pod względem oczekiwanej długości życia i stanu zdrowia. Najlepszym stanem zdrowia charakteryzują się seniorzy niemieccy (6), austriaccy (17) i brytyjscy (19). Znacząco gorzej funkcjonują zdrowotnie starsi Duńczycy (40) i Polacy (87) (HelpAge 2013).

Dla pokazania istotnego dla kontekstu przeprowadzonych badań zróżnicowania włączonych do analizy państw, warto wskazać różnice w ofercie systemów zdrowotnych skierowanych do seniorów w poszczególnych społeczeństwach. Ilustracją dostępności konsultacji medycznych dla osób starszych ze specjalistą z dziedziny geriatrii jest liczba seniorów przypadająca na jednego geriatrę. W Austrii na jednego geriatrę przypada 2962,70 seniorów starszych niż 65 lat i 810,00 starszych niż 80 lat, w Niemczech odpowiednio 7496,78 i 1727,18 , w Danii 12001,90 i 3139,61,

[2] Dane brane pod uwagę do wyliczania współczynnika pochodzą z danych WHO,OECD, World Bank, EuroStat, Gallup WorldView, Institute of Health Metrics and Evaluation in Seattle, ILO, Barro and Lee.

[3] Wskaźnik dobrostanu przyjmuje wartość 1–100. Wartość wskaźnika informuje, jak daleko dany kraj jest od idealnej wartości.

w Wielkiej Brytanii 8871,00 i 4266,00 (Ekdahl i in. 2012) W Polsce liczbę seniorów powyżej 65 roku życia przypadającą na jednego lekarza geriatrę szacuje się na 8333 (Derejczyk i in. 2012). W Polsce w 2009 roku dostępnych było 450 łóżek na oddziałach geriatrycznych (1,2 łóżka na 100 000 mieszkańców i 0,9 na 10 000 seniorów) podczas gdy w Danii 568 (10,5 łóżka na 100 000 mieszkańców i 6,7 na 10 000 osób w podeszłym wieku) (Kropińska i in. 2009).

Ostatnią kwestią związaną z doborem materiału badawczego była kategoria nadawcy przekazów. Warto w tym miejscu podkreślić, że intensywny rozwój technologii internetowej umożliwia promowanie wartości prospołecznych zarówno przez instytucje, jak i osoby prywatne (na blogach, vlogach czy kontach na serwisach społecznościowych). Kampanie społeczne prowadzone przez obie grupy nadawców zostały uwzględnione w analizie. W związku ze spełnieniem określonych warunków w badaniu przeanalizowano 25 kampanii.

Analiza uzyskanego materiału badawczego

Między społecznymi opiniami o starszych osobach chorujących psychicznie, a tym, jak oni sami przeżywają doświadczenie dyskryminacji i/bądź wykluczenia, zachodzi swoiste sprzężenie zwrotne. Z jednej strony stereotypowe opinie kształtują sytuację tych osób, z drugiej zaś: nadawcy czy też bohaterowie kampanii społecznych w danym społeczeństwie mogą przyczyniać się do zmiany utartych przekonań na temat osób starszych chorujących na demencję lub depresję.

Nadawcami badanych kampanii społecznych w obszarze zdrowia psychicznego osób starszych w znacznej części były narodowe agendy zdrowia lub pomocy społecznej. Jednak duża część inicjatyw została podjęta także przez krajowe organizacje pozarządowe. Należy podkreślić, że zakres działań przygotowywanych przez wspomniane podmioty był najbardziej znaczący. Inicjatywy przeprowadzane na mniejszą skalę prowadzone były przez lokalne organizacje. Ostatnią grupę nadawców kampanii stanowiły osoby prywatne, które w szczególny sposób – czy to ze względu na chorobę bliskiego krewnego, czy własne trudności zdrowotne – inicjują działania mające na celu zwrócenie uwagi na problem seniorów chorujących psychicznie. Godne odnotowania jest również to, że organizacje pozarządowe często stanowiły wsparcie dla takich jednostek.

Główne tematy podejmowane w przeanalizowanych kampaniach dotyczyły: omówienia objawów i wyjaśnienia przyczyn demencji i zaburzeń nastroju oraz procesu ich leczenia u seniorów; osłabienia stygmatyzującego charakteru chorób psychicznych oraz kształtowania pozytywnych postaw wobec osób starszych z demencją lub depresją.

Pierwszy z wymienionych wątków – wskazanie granicy normy i zaburzenia psychicznego – był poruszany w większości analizowanych kampanii. W celu zwrócenia uwagi na tę podstawową w zakresie zdrowia psychicznego kwestię, w wielu kampaniach zestawiane były egzemplifikacje stanu zdrowia i choroby, np. doświadczany okresowo przez wszystkich smutek porównywano z przedłużającym się obniżeniem nastroju i anhedonią, czy też zwykłe zapomnienie z utrzymującym się problemem funkcji poznawczych. Dobrą ilustracją realizowania tego zagadnienia

jest duńska kampania zatytułowana „Aktywni z demencją"[4]. W kampanii różnica między „zwykłym zapominaniem", a trudnościami poznawczymi osób z chorobą Alzheimera została przedstawiona za pomocą zaskakujących zastosowań przedmiotów codziennego użytku, np. buty sportowe zostały wykorzystane jako doniczka na kwiaty. Hasło tej kampanii, odpowiednio do powyżej opisanej ilustracji, brzmi: „Można zapomnieć gdzie się położyło buty. Czym innym jest jednak zapomnieć, do czego one służą". Obrazowe wyjaśnianie kluczowych objawów zaburzeń pozwala odbiorcom kampanii zdobyć podstawową wiedzę na temat różnic między objawami chorobowymi, a zwykłymi omyłkowymi zachowaniami.

Kolejnym zagadnieniem, na które zwrócono uwagę w analizowanych kampaniach społecznych, są przyczyny społeczne pojawiania się trudności psychicznych u osób w starszym wieku. Jedna z analizowanych polskich kampanii, zatytułowana „Samobójstwa osób starszych"[5], została poświęcona problemowi samobójstw wśród seniorów, często łączonych z zaburzeniami nastroju. Kampania zwraca uwagę odbiorców na to, że bieda i samotność są doświadczeniem, które często decyduje o złym psychicznym funkcjonowaniu osób starszych. Na samotność i izolację najstarszych członków społeczeństwa zwraca uwagę także brytyjska kampania „Skończyć z samotnością"[6]. W ramach tej kampanii na stronie internetowej i podczas organizowanych wydarzeń omawiane są negatywne konsekwencje samotności w późnym wieku. Inne kampanie, np. duńska „Aktywni z demencją"[7], zawierają komunikaty, które można zaklasyfikować jako przykłady klasycznych działań prewencji zdrowotnej. W kampanii silnie podkreśla się znaczenie aktywności fizycznej dla utrzymania dobrej kondycji psychicznej u seniorów.

Jednym z najbardziej wyraźnych przekazów w analizowanych kampaniach jest zachęta do konsultacji ze specjalistą. Jest ona kierowana zarówno do osób zaniepokojonych zmianą własnych możliwości poznawczych i labilnością stanów afektywnych (np. „Samopomoc w demencji"[8]), jak i do obserwujących pogorszenie funkcjonowania swoich najbliższych (np. „Dzień do zapamiętania"[9]). Jednym z haseł promujących zachowania prozdrowotne w tym obszarze we wspomnianej kampanii Towarzystwa Alzheimera z Wielkiej Brytanii jest stwierdzenie: „Demencja. Jeśli się martwisz, zgłoś się do lekarza"[10].

Badania nad rodzinami osób z zaburzeniami psychicznymi typu demencja, wskazują na ogromne znaczenie pomocy najbliższych, ale i jednocześnie obciążenia wynikające z opieki nad chorującym (Boss 2011). Adekwatne do zapotrzebowania jest kierowanie kampanii właśnie do rodzin seniorów z demencją. W wielu programach tego typu narrację prowadzą osoby, których najbliżsi doświadczyli trudności psychicznych z tej grupy zaburzeń. Przykładowo w kampanii brytyjskiego Towarzystwa Alzheimera zatytułowanej „Dzień do zapamiętania" krewni opowiadają

[4] „Aktiv med demens", Dania.

[5] „Samobójstwa osób starszych", Polska.

[6] "End loneliness", Wielka Brytania.

[7] „Aktiv med demens", Dania.

[8] „Selbsthilfe demenz", Niemcy.

[9] „A Day to remember", Wielka Brytania.

[10] „A Day to remember", Wielka Brytania.

o swoich niepokojach związanych z niezrozumiałym zachowaniem bliskiej osoby w początkowym stadium demencji oraz o obawach poruszania z nią tego tematu. Podkreślają także korzyści płynące z diagnozy oraz dzielą się troskami wynikającymi z opieki nad chorującym członkiem rodziny. Jedną z nich obrazuje niemiecka kampania „Zostać zapomnianym"[11]. Doświadczenie rodzinnych opiekunów osób z demencją prezentują zdjęcia stylizowane na lata 50. Fotografie rodzinne przypominają radosne wydarzenia z życia rodziny, np. ślub, pierwsze urodziny dziecka. To co burzy radość wspomnień to fakt, że tylko jedna z osób na zdjęciu jest widoczna. Nieobecność na fotografii drugiej osoby – opiekuna (dziecka lub małżonka osoby z demencją), oddaje jedną z konsekwencji postępującego otępienia – nierozpoznawanie przez chorujących swoich najbliższych. Kampania podkreśla, jak ważne jest wsparcie rodzin doświadczających – w związku z towarzyszeniem chorującym seniorom – wielu emocjonalnie obciążających sytuacji. W przywołanej wcześniej kampanii „Dzień do zapamiętania" jeden z prezentowanych w filmie mężczyzn, opowiadających o chorobie matki, tak nazywa największe wyzwanie rodzin seniorów z demencją: „Końcowym problemem, z którym trzeba się zmierzyć, jest fakt utraty bliskiej osoby zanim ona umrze". Wątkiem wspólnym dla kampanii skupionych wokół rodzin seniorów z zaburzeniami psychicznymi jest także przywoływanie pozytywnych wspomnień z okresu zdrowego funkcjonowania krewnego, najczęściej rodzica. Dysonans pomiędzy sielską przeszłością, a obecnymi możliwościami krewnego, stanowi osnowę intensywnych emocji budowanych w tych przekazach.

W celu nazywania silnych emocji rodzących się w odpowiedzi na kulturowe uwarunkowania procesu starzenia się, jedna z austriackich inicjatyw sięgnęła po język sztuki. Malarstwo, rzeźba, poezja i muzyka zostały wykorzystane w kampanii „Projekt demencja"[12] jako platforma do dialogu społecznego na temat problemów psychicznych osób starszych. Artyści reprezentujący wszystkie pokolenia, odwołując się do osobistych doświadczeń towarzyszenia krewnym seniorów z trudnościami psychicznymi lub obserwowania osób starszych w domach pogodnej starości, w swoich dziełach oddają emocje wywoływane przez kondycję człowieka doświadczającego procesu starzenia się i zaburzeń psychicznych. W tej kampanii sztuka staje się wentylem dla społecznie nienazwanych obaw i nadziei.

Pewna grupa kampanii bazuje także na przekazie osobistego doświadczenia osób, u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne. Strategia ta została zastosowana w niemieckiej „Wyjście z cienia"[13] i austriackiej publikacji „Jestem kim jestem. Życie z demencją"[14] oraz brytyjskich programach „Zostań przyjacielem demencji"[15] i „Wspólnota przyjazna demencji"[16]. W przypadku kampanii dotyczących demencji, zaangażowane są osoby będące we wczesnym stadium choroby (kilka lat po diagnozie). Bohaterowie kampanii dzielą się doświadczeniem niepokojących objawów z okresu przed diagnozą, przynoszącego poczucie nadziei leczenia i codziennych trudów wynikających z choroby. W sposób przystępny dla osób niezaznajomionych

[11] „Vergessen werden", Niemcy.

[12] „Projekt Demenz", Austria.

[13] „Aus dem Schatten treten", Niemcy.

[14] „Ich bin wer ich bin. Leben mit Demenz", Austria.

[15] „Become Dementia Friend", Wielka Brytania.

[16] „Dementia-friendly Community", Wielka Brytania.

z tematem zdrowia psychicznego wyjaśniają przyczyny demencji lub depresji, znaczenie diagnozy i korzyści z podejmowanego leczenia. Obok przekazu skupiającego się na wyłożeniu podstawowej wiedzy na temat choroby, niektóre z kampanii przeprowadzonych w ramach formuły dzielenia się doświadczeniem przez osoby chorujące zawierają treści nacechowane emocjonalnie. Osoby występujące w tych kampaniach otwarcie dzielą się swoimi obawami związanymi z przyszłością, głównie z możliwością realizowania swojej roli społecznej, np. rodzinnej, zawodowej. Bohaterowie tych kampanii jako motyw swojego zaangażowania i otwartego dzielenia się wstydliwą chorobą wskazują, że taka forma zaangażowania społecznego jest aktywnością nadającą sens ich życiu z demencją oraz stanowiącą formę swoistej terapii spowalniającej jej rozwój. Niektórych motywuje chęć zmiany stereotypów i osłabienia wykluczających ich z życia społecznego postaw i polityk.

Naczelnym celem większości przeanalizowanych kampanii jest wprowadzenie tematu problemów seniorów do dyskursu społecznego i destygmatyzacja problemu zaburzeń psychicznych osób w podeszłym wieku. Kampanie albo w bardziej bezpośredni sposób przekonywały do otwartego dzielenia się doświadczeniami, np. w duńskiej kampanii: „Opowiedz o demencji"[17], albo w pośredni sposób, poprzez modelowanie gotowości do mówienia o trudnościach osobistymi historiami znanych osób lub jednostek, u których zdiagnozowano demencję, np. w brytyjskiej kampanii "Dzień do zapamiętania". Gotowość do rozmowy na temat trudności psychicznych seniorów miało także wzmocnić wskazywanie możliwości wpływu każdego członka społeczeństwa na zmianę sytuacji seniorów (np. w niemieckiej kampanii „Demencja dotyczy nas wszystkich"[18]). Otwarte dyskutowanie o doświadczeniach osób starszych z objawami demencji i depresji ma uwrażliwiać opinię publiczną na trudności, z jakimi mierzą się seniorzy w związku z chorobą. Inna niemiecka kampania, „Nie zapomnij pomóc"[19], w formie plakatów i broszur przekłada doświadczenie zapominania kluczowych informacji biograficznych – np. własnego imienia i nazwiska, faktu posiadania dzieci, miejsca zamieszkania – na szeroko stosowaną, także wśród zdrowych osób, metodę zapisywania na wnętrzu dłoni codziennych spraw do zapamiętania. Plakaty ze zdjęciami dłoni, mających zagwarantować utrzymanie ważnych danych biograficznych osób z demencją, stały się inspiracją do rozbudowy galerii dłoni. Setki osób wpierających idee kampanii wzbogaciło galerię fotografiami swoich dłoni zawierających ważne dla nich zapiski.

Innym wykorzystywanym w poddanych analizie kampaniach sposobem walki z wykluczeniem społecznym seniorów z zaburzeniami psychicznymi jest budowanie wizerunku osób w podeszłym wieku chorujących psychicznie w sposób alternatywny do wąsko ujmujących kwestie starości stereotypów. Punkt ciężkości w tak zaprojektowanych kampaniach położony jest na zasoby seniorów. Przykładowo brytyjska, oddolnie przygotowana kampania „Mogę! Zrobię to!"[20], za pomocą plakatu zawierającego zbiór pozytywnie nacechowanych czasowników nazywa codzienne aktywności seniorów. Na liście pojawiają się słowa takie jak „osiągam", „bloguję", „bawię się", „ćwiczę", „startuję", „podnoszę" itd. Hasło: „Żyć z demencją, a nie umierać" innej

[17] „Tal om demens", Dania.

[18] „Demenz geht uns alle an", Niemcy.

[19] „Helfen nicht vergessen", Niemcy.

[20] „I can! I will!", Wielka Brytania.

brytyjskiej kampanii także dobrze obrazuje to podejście. Zachęca do zmiany perspektywy – z koncentracji na ograniczeniach, na myślenie o możliwościach radzenia sobie. W ramach niemieckiej kampanii zatytułowanej „Konfetti w głowie”[21], organizowane są budzące kreatywność i aktywizujące seniorów działania, np. warsztaty, występy, potańcówki. Duży nacisk w tej kampanii położony jest na włączanie osób chorujących na demencję do życia radosnego i aktywnego. Taki obraz seniorów chorujących psychicznie jest wysyłany do lokalnej wspólnoty. O zmianę sztywnego i uogólnionego wyobrażenia na temat wszystkich chorujących seniorów walczy także inna niemiecka kampania zatytułowana “Demencja jest inna”[22]. Skonstruowany w formie obwoźnej wystawy fotoreportaż prezentuje sylwetki osób z demencją. Wystawa dobrze oddaje różnorodność trajektorii doświadczania demencji. Pokazuje każdego z uwiecznionych na zdjęciach seniorów z jego specyficznym przeżywaniem choroby i indywidualnym radzeniem sobie z nią. Tym samym rozszerza dominujące wyobrażenie o pasywnej egzystencji do palety indywidualnie uwarunkowanych sytuacji. Formuła przedstawionych sylwetek uwzględnia zdjęcia ujmujące seniorów w ich codzienności oraz krótki opis, przenoszący uwagę z piętna wstydliwej choroby na ich upodobniania, imponujące przymioty czy zwykłe przyzwyczajenia.

W końcu działania prowadzone w ramach kampanii planowane są tak, aby nakłonić odbiorców do wprowadzenia do swojej codzienności zachowań sprzyjających inkluzji osób starszych z demencją lub depresją. W ramach wielu kampanii odbiorcom dostarczana jest nie tylko wiedza na temat problemów zdrowia psychicznego osób starszych czy nowa perspektywa ich możliwości, ale również, poprzez angażowanie ich w prospołeczne formy aktywności, proponowana jest im zmiana behawioralnego aspektu postawy. Brytyjska kampania „Zostań przyjacielem demencji”[23] oprócz materiałów edukacyjnych pozwalających zauważyć trudności i poszerzyć rozumienie doświadczenia społecznie niewidocznej grupy seniorów, proponuje odbiorcom włączenie się w krąg „przyjaciół demencji”. Udział w nim wiąże się z budowaniem w społeczeństwie otoczenia rozumiejącego problemy starszych i gotowego udzielać im wsparcia. Podobne działania podjęły lokalne organizacje pozarządowe w Wielkiej Brytanii, które stawiają sobie za cel rozwijanie wspólnoty przyjaznej osobom z demencją. Inspirację do podjęcia tych działań stanowił zdiagnozowany na demencję mężczyzna, który w formie krótkich filmów publikowanych w sieci Internet opowiada o swoich przeżyciach związanych z chorobą. W ramach współpracy z organizacją pozarządową zrzeszającą osoby zainteresowane zwiększaniem akceptacji osób doświadczających demencji, oddolnie rozwijają wśród pracowników sklepów, urzędów i instytucji publicznych umiejętności udzielania wsparcia osobom z otępieniem. W podobnym nurcie skonstruowano brytyjską kampanię „Skończyć z samotnością”. W jej ramach organizatorzy zapraszają odbiorców do zaangażowania w różnorodne działania, począwszy od lobbingu na rzecz zmiany polityki społecznej, przez promowanie wiedzy na temat skutków samotności w najstarszej grupie wiekowej, po udzielanie wsparcia wykluczonym seniorom. Strona internetowa kampanii stanowi ponadto narzędzie do budowania sieci kontaktów między

[21] „Konfetti im Kopft”, Niemcy.

[22] „Demens ist anders”, Niemcy.

[23] „Become dementia friend”, Wielka Brytania.

osobami zainteresowanymi udziałem we wprowadzaniu zmian w jakość życia seniorów z trudnościami psychicznymi.

Jako środek przekazu w kampaniach wykorzystywane są wszystkie dostępne aktualnie media. Nadal duża część kampanii prowadzona jest w formie tradycyjnych środków przekazu: plakatów rozmieszczanych w przestrzeni publicznej, w formie wystaw lub poprzez publikacje prasowe; spotów telewizyjnych i radiowych; publikacji książkowych czy broszur kolportowanych w instytucjach. Niektóre z przeanalizowanych kampanii idą jednak o krok dalej i wykorzystują korzyści płynące z rozwoju Internetu. Na specjalnie przygotowanych stronach internetowych lub podstronach organizatora kampanii publikowane są zbiory materiałów promocyjnych (plakaty, filmy wideo), edukacyjnych i informacyjnych, przekierowanie do innych przydatnych źródeł czy dane kontaktowe do specjalistów. Zasięg kampanii wykorzystujących Internet jest dużo szerszy, bo nieograniczony obszarowo i czasowo. Treści przygotowane w ramach kampanii są ponadto dostępne dla wszystkich użytkowników sieci. Co więcej, koszty związane z prowadzeniem kampanii tym narzędziem są znacznie niższe niż koszty publikowania materiałów w tradycyjnych mediach.

Organizatorzy kampanii prowadzonych w ostatniej dekadzie sięgają chętnie po tak zwane „nowe nowe media"[24]. Spoty reklamowe czy filmy informacyjne udostępniane są na serwisach internetowych umożliwiających bezpłatne ich odtwarzanie przez użytkowników. Zarówno organizacje, jak i osoby prywatne wykorzystują tę formułę do zabrania głosu na temat doświadczeń seniorów chorujących na zaburzenia nastroju czy demencję, ich rodzin oraz reakcji otoczenia. Innym nowym trendem obecnym w kampaniach społecznych jest prowadzenie działań na serwisach społecznościowych. W ramach specjalnie stworzonych na serwisach grup organizatorzy publikują materiały edukacyjne, informują o wydarzeniach oraz w trybie online wymieniają spostrzeżenia. Jedna z narodowych organizacji z Wielkiej Brytanii zachęca do dołączenia do grupy „Przyjaciół Demencji", wykorzystując możliwość korzystania z serwisów społecznościowych umożliwiających mikroblogowanie czy uczestnictwo w spotkaniach grupy w swoich miejscach zamieszkania.

Rozwój mediów z pewnością sprzyja organizacji kampanii angażujących jednostki. Kampania zbudowana z wykorzystaniem „nowych nowych mediów" pozwala rozszerzyć tradycyjny model komunikacyjny „nadawca–komunikat–odbiorca". Odbiorcy kampanii, dzięki możliwości włączenia się w tworzenie kampanii, mają szansę zidentyfikowania się z jej celami oraz trwałej zmiany postaw. Taki model pozwala także włączyć w kampanie osoby doświadczające trudności związanych z problemami psychicznymi. Wykorzystując w kampanii społecznej przekaz bezpośrednio od seniorów doświadczających zaburzeń nastroju lub demencji, czy też ich rodzin, organizator odnosi podwójną korzyść. Dzięki umożliwieniu kontaktu z osobą starszą chorującą na depresję lub demencję wzrasta efektywność przekazu. Włączenie osoby znajdującej się w sytuacji podwójnego wykluczenia związanego z wiekiem i trudnościami chorobowymi w działania kampanii przynosi ponadto wiele korzyści, m.in. daje jej szansę na inkluzję, stymuluje jednostkę do aktywności, czy nagłaśnia problem w dyskursie publicznym.

[24] Termin ukuty przez Levinsona na media umożliwiające nie tylko odbiór przekazów, ale także ich tworzenie i nadawanie, np. serwisy społecznościowe (Levinson 2010).

Rekomendacje i podsumowanie

Różnorodność tematów poruszanych w przeanalizowanych kampaniach społecznych odzwierciedla złożoność społecznej sytuacji seniorów chorujących na demencję lub depresję. Podnoszenie świadomości problemów tej grupy osób starszych wiąże się z informowaniem opinii publicznej o objawach, przyczynach wystąpienia zaburzeń i o procesie ich leczenia. W budowaniu społeczeństw inkluzyjnych, także dla seniorów z demencją czy depresją, bardzo ważne jest promowanie ich pozytywnego wizerunku. Gotowość włączania do życia wspólnoty seniorów z trudnościami psychicznymi będzie sprzyjać przekonaniu raczej o ich dużych możliwościach, niż niezdolności do aktywności i pasywności.

W związku z rozwojem technologii informatyczno-komunikacyjnych, stymulującym zmiany w przygotowywaniu i prowadzeniu działań kształtowania postaw prospołecznych, obok dostępnych rekomendacji związanych z prowadzeniem działań promocji zdrowia adresowanej do osób starszych opartej na dowodach (Tobiasz-Adamczyk i in. 2009, Woźniak i in. 2009), dobrych praktyk z zakresu marketingu społecznego (Weinreich 2010) i wniosków z badań efektywności dużych kampanii społecznych (Evans-Lacko i in. 2010, Evans-Lacko i in. 2013), przydatne mogą okazać się także rekomendacje z niniejszego badania. Jakościowa analiza materiałów z kampanii społecznych z różnych krajów Europy wskazuje, że wzmocnieniu zamierzonego efektu zmiany zachowań prozdrowotnych i prospołecznych sprzyja łączenie klasycznych form działań z wykorzystaniem „nowych nowych mediów". Istniejąca w tej formule komunikacji możliwość angażowania odbiorców kampanii i udzielenia im przestrzeni do podejmowania działań zgodnych z jej celami służy utrwalaniu modelowanych postaw. Ponadto wirusowa dystrybucja materiałów z kampanii (*viral campaign*), charakterystyczna dla serwisów społecznościowych, zapewnia dotarcie do znacznie szerszego grona osób. Włączanie w działania promowania pozytywnego wizerunku seniorów doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego ich rodzin i ich samych może stanowić formę aktywizacji, służącą spowolnieniu rozwoju zaburzeń układu nerwowego. Jednocześnie ich obecność, włączająca ich w dyskurs publiczny na temat kwestii ich dotyczących, ma szansę wzmacniać głos apelu o destygmatyzację zaburzeń psychicznych oraz o zmiany w polityce społecznej i rozwój w obszarze psychogeriatrii.

Wnioski z wcześniejszych analiz działań w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych wśród seniorów w Polsce, wskazujące na niewystarczający poziom rozwoju tego sektora (Tobiasz-Adamczyk i in. 2009, Woźniak i in. 2009), znajdują potwierdzenie także w niniejszym badaniu. Zestawienie polskich kampanii z programami z innych krajów Europy pozwala stwierdzić, że problematyka ryzyka zaburzeń psychicznych w podeszłym wieku i zagrożenia wykluczeniem społecznym seniorów z demencją i depresją pozostaje w Polsce poza kręgiem dążeń inkluzywnych. Istniejące kampanie dotyczące tej problematyki charakteryzuje minimalna obecność w sferze publicznej. Przyczyną ich małego znaczenia może być niewykorzystanie w prowadzonych działaniach możliwości, jakie oferuje współczesny dorobek marketingu społecznego. Uwzględnienie w działaniach kampanii możliwości „nowych nowych mediów" dałoby możliwość większej interaktywności. Działania prowadzone za ich pośrednictwem mogą przynosić lepsze efekty w zakresie kształtowania postaw społecznych, niż te obserwowane w przypadku kampanii wykorzystujących

tradycyjne środki przekazu. Możliwość włączenia się odbiorców w dyskurs związany z prowadzoną kampanią może stanowić także dodatkową formułę sprzyjającą zmianie postaw grup ludzi. Niskie zainteresowanie problematyką seniorów z problemami psychicznymi oraz mała widoczność istniejących projektów w Polsce może być wynikiem małego wsparcia instytucji krajowych udzielanego organizacjom pozarządowym w tym obszarze.

Bibliografia

Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce. (2007). *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*. Warszawa. [online:] http://www.rynekpracy.pl/pliki/pdf/3.pdf, dostęp 7.07.2014 r.

American Psychological Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.

Angell B., Cooke A., Kovac K. (2006). *First-Person accounts of stigma*. W: P.W. Corrigan (red.), *On the stigma of mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association, s. 69–98.

Angermeyer M.C., Matschinger H. (2004). *The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From a Representative Survey in Germany*. Schizophrenia Bulletin, 30, s. 1049–1061.

Angermeyer M.C., Matschinger H. (2006). *The stigma of mental health in Germany. Analysis of trends*. International Journal of Social Psychiatry, 51, s. 276–284.

Bilikiewicz A. (1996). *Depresja u ludzi w wieku podeszłym*. Lęk i Depresja, 1, s. 332–340.

Boss P. (2011). *Kochając osobę z demencją. Jak znaleźć nadzieję, zmagając się ze stresem i żalem*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Butler R.N. (1969). *Age-ism. Another form of bigotry*. The Gerontologist, 9, s. 243–246.

Butler R.N. (2008). *The longevity revolution. The benefits and challenges of living a long life*. New York: Public Affairs.

Bytheway B. (1995). *Ageism*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.

Centrum Badania Opinii Społecznej. (2007). *Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?* Komunikat z badań (nr BS/33/2007). Warszawa: CBOS.

Centrum Badania Opinii Społecznej. (2009). *Polacy wobec ludzi starszych i starości*. Komunikat z badań (nr BS/157/2009). Warszawa: CBOS. [online:] http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.PDF, dostęp 7.07.2014 r.

Coppens E., Van Audenhove C., Scheerder G., Arensmanb E., Coffey C., Costa S., Koburger N., Gottlebe K., Gusmão R., O'Connor R., Postuvan V., Sarchiapone M., Sisask M., Székely A., Feltz-Cornelis C., Hegerl U. (2013). *Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention*, Journal of Affective Disorders, 150(2), s. 320–329.

Derejczyk J., Bień B., Szczerbińska K. (2012) *Ochrona zdrowia osób starszych.* W: B. Szatur-Jaworska (red.), *Strategie działań w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, s. 44–54.

Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. (2008). *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* Gerontologia Polska, 16(3), s. 149–159.

Ekdahl, Fiorini A., Maggi S., Pils K., Michel J.P., Kolb G. (2012). *Geriatric care in Europe – the EUGMS Survey Part II: Malta, Sweden and Austria*. European Geriatric Medicine, 3(6), s. 388–391

European Social Survey. (2013) *Exploring Public Attitudes, Informing Public Policy. Selected findings from the first five rounds*. Raport badawczy. Londyn: ESS. [online:] http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS1_5_select_findings.pdf, dostęp: 7.07.2014 r.

European Value Survey. (2008). [online:] http://www.atlasofeuropeanvalues.eu/new/home.php, dostęp: 01.02.2014 r.

Evans-Lacko S., Henderson C., Thornicroft G., McCrone P. (2013). *Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009–2011*. British Journal of Psychiatry, 55, s. 95–101.

Evans-Lacko S., London J., Little K., Henderson C., Thornicroft G. (2010). *Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work?* BMC Public Health, 10, s. 339.

Gaebel W., Zäske H., Baumann A.E. (2006). *The relationship between mental illness severity and stigma.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 113, s. 41–45.

Giddens A. (2001). *Nowoczesność i tożsamość. „Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: PWN.

Goffman E. (1963). *Stigma. Notes on spoiled identity*. Engel Cliffs-New York: Prentice Hall.

Grausgruber A., Schony W., Grausgruber-Berner R. et al. (2009). "*Schizophrenie hat viele Gesichter" – evaluierung der oesterreichischen Anti-Stigma-Kampagne 2000–2002*. Psychiatr Prax, 36, s. 327–333.

HelpAge Global International. (2013). *Age Watch index 2013.* [online:] http://www.helpage.org/global-agewatch/data/your-index/, dostęp 17.09.2014 r.

Hrynkiewicz J. (red.). (2012). *O sytuacji ludzi starszych*. Warszawa: Rządowa Rada Ludności.

Karnieli-Miller O., Perlick D.A., Nelson A., Mattias K., Corrigan P., Roe D. (2013). *Family members' of persons living with a serious mental illness: experiences and efforts to cope with stigma*. Journal of Mental Health, 22(3), s. 254–262.

Katona C., Livingston G. (2003). *Depresja u osób w wieku podeszłym*. Gdańsk: Via Medica.

Kotler P., Zaltman G. (1971). *Social marketing: an approach to planned social change*. Journal of Marketing, 36, s. 3–12.

Kropińska S., Wieczorowska-Tobis . (2009). *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy.* Geriatria, 3, s. 12–16.

Larson J.E., Corrigan P. (2008). *The stigma of families with mental disorders*. Academic Psychiatry, 32, s. 87–91.

Lee S. (2002). *The stigma of schizophrenia: a transcultural problem*. Current Opinion in Psychiatry, 15(1), s. 37–41.

Levinson P. (2010). *Nowe nowe media*. Kraków: WAM.

Link B.G., Phelan J.C. (2001). *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology, 27, s. 363–385.

Łysak A., Zierkiewicz E. (2005). *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*. Wrocław: Wydawnictwo MarMar.

Marshall G. (2005). *Słownik socjologii i nauk społecznych*. Oxford: Oxford University Press.

Mayring P. (2000). *Qualitative content analysis*. Qualitative Social Research, 1(2), art. 20.

Miszczak E. (2006). *Stereotypowy obraz starego człowieka w Polsce*. W: J.T. Kowalski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Nelson T.D. (2002). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*. Massachusetts--Cambridge: Bradford Book-MIT Press.

Osiecka-Chojnacka J. (2012). *Społeczne opinie o starości, a wdrażanie idei aktywnego starzenia się*. Studia BAS, 30, s. 101–128.

Palmore E. (1999). *Ageism, negative and positive*. New York: Springer.

Perek-Białas J., Rudzik A. (2004). *Aktywizacja starszych ludzi na rynku pracy: Bariery i możliwości*. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Peterson P. (1999). *Grey Down. How the Coming Age Wave Will Transform America – and the World*. New York: Random House.

Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan P.W., Grabe H.J., Carta M.G., Angermeyer M.C. (2012). *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 125, s. 440–452.

Schulze B., Angermeyer M. (2003). *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. Social Science & Medicine, 56(2), s. 299–312.

Segrave K. (2001). *Age Discrimination by Employers*. London-Jefferson: McFarland & Company, Inc.

Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.

Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A. (2007). *Oksfordzki podręcznik psychiatrii. Seria podręczników oksfordzkich*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.

Stypińska J. (2010). *Warunki Pan spełnia, ale PESEL nie ten, czyli o zjawisku ageizmu we współczesnej Polsce*. W: P. Szukalski, D. Kałuża (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*. Łódź: Wydawnictwo Biblioteka, s. 162–173.

Szatur-Jaworska B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: ASPRA-JR.

Szatur-Jaworska B. (red.). (2008). *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Szukalski P. (2004). *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*. Polityka Społeczna, 2, s. 11–15.

Szukalski P. (2008). *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 153–184.

Świtaj P. (2008). *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M. (2009). *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*. The Lancet, 373, s. 408–415.

Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., Woźniak B., Kopacz M.S. (2009). *The current state and challenges for the future of health promotion in Polish older people*. International Journal of Public Health, 54, s. 341–348.

Tobiasz-Adamczyk B., Golinowska S., Grodzicki T. (2013). *Starość i starzenie się – trudne wyzwanie przyszłości*. Alma Mater, 154, s. 18–20.

Wallner M. (2006). *Polityczne i cywilizacyjne granice Europy – między otwartością a tożsamością.* [online:] http://www.psz.pl/content/view/2920, dostęp 17.09.2014 r.

Watson A., Corrigan P. (2006). *Challenging public stigma: a targeted approach*. W: P.W. Corrigan (red.), *On the stigma of mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association.

Wciórka B., Wciórka J. (2005). *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*. Komunikat z badań. Warszawa: Centrum Badania Opinii Publicznej.

Wciórka B., Wciórka J. (2008). *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Komunikat z badań. Warszawa: Centrum Badania Opinii Publicznej.

Weinreich N.K. (2010). *Hands-On Social Marketing: A Step-by-Step Guide to Designing Change for Good*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Wojciszke (2006). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

World Health Organization. (2001). *World Health Report: Mental Health: New Understanding New Hope*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2012). *Dementia – public health priority*. Geneva: World Health Organization.

Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M. (2009). *Promocja zdrowia wśród osób starszych w Polsce w świetle badań przeprowadzonych w projekcie healthPROelderly – wypracowanie opartego na faktach przewodnika dotyczącego promocji zdrowia wśród osób starszych*. Problemy Epidemiologii i Higieny, 90(4), s. 459–464.

Zalewska J. (2009). *Stary człowiek w kulturze młodości. Doświadczanie starości wśród warszawskich seniorów*. Praca doktorska. Warszawa: Szkoła Nauk Społecznych, Instytut Filozofii i Socjologii, Polska Akademia Nauk. [online:] http://www.wh.agh.edu.pl/other/materialy/40_2010_09_12_15_09_06_Joanna%20Zalewska%20Stary%20cz%B3owiek.doc, dostęp 07.07.2014 r.

Social marketing and stigmatization of the elderly affected by dementia and depression in selected European countries

Summary

The aging processes of European societies and the efforts to create inclusive societies turn sociologists' attention to the social position of seniors with mental illnesses, i.e. dementia and depression. On the one hand, the double exclusion of this group results from stereotypes and adverse attitudes towards elderly people, and on the other – towards individuals with mental disorders. This often causes a disadvantageous way of coping with the illness, as well as hindering the life quality of the seniors and their families. Due to the taboo of discussing the mental illness of the elderly, social marketing plays a significant role. The authors studied social campaigns referring to the mental health of seniors launched in five European countries using a content analysis method. Referring to the most recent reports on the stigmatization of elderly people with mental health problems, the results of the conducted analysis were applied to prepare recommendations regarding the possibilities of promoting mental health among elderly people as well as promoting knowledge about the problems of seniors with dementia or depression and an openness towards them and their families.

Key words: social marketing, ageism, stigmatization, dementia, depression

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 107–121

Marzena Kruk
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie,

Zaburzenia psychiczne migrantów – analiza socjologiczna

Streszczenie

Współczesne procesy migracyjne, które obejmują coraz większą grupę osób, nie tylko przyczyniają się do zmian w strukturach społecznych państw, gospodarce i przestrzeni społecznej, ale ich skutki dotykają przede wszystkim samych migrantów. Zdrowie psychiczne należy do najważniejszych czynników warunkujących prawidłowe funkcjonowanie zarówno na poziomie indywidualnym, jak i w społeczeństwie. Problemy zdrowia psychicznego dotykają szczególnie migrantów, którzy z uwagi na doświadczanie zmian, problemów i stresu narażeni są na pojawienie się różnego typu zaburzeń psychicznych. Migranci należą do grupy o podwyższonym ryzyku zachorowalności z uwagi na szereg zmian jakich doświadczają i często negatywnych skutków migracji. Epidemiologia wskazuje na wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród migrantów, co świadczy o skali problemu. Konieczność podejmowania działań profilaktycznych, jak i dostępu do leczenia, leży nie tylko po stronie państwa, które migrant opuszcza, ale także społeczeństwa przyjmującego. Niestety niewiele jest działań podejmowanych w celu poprawy i ochrony zdrowia psychicznego wśród różnego typu migrantów.

Słowa kluczowe: migranci, procesy migracyjne, zdrowie psychiczne, zaburzenia psychiczne, profilaktyka

Zaburzenia psychiczne w ujęciu socjologicznym

Literatura przedmiotu i praktyka kliniczna posługują się najczęściej dwiema klasyfikacjami chorób i zaburzeń psychicznych[1]. Pierwsza klasyfikacja jest stosowana czę-

[1] Autorzy DSM-IV, którzy do nazewnictwa poszczególnych kategorii diagnostycznych wyodrębnionych w tej klasyfikacji stosują również termin „zaburzenie" (*disorder*), zwracają jednocześnie uwagę, że termin ten nie ma zadowalającej definicji operacyjnej – dotyczy to zarówno jego znaczenia, jak i granic, które mogą być rozpatrywane w różnych kontekstach, np. niesprawności, przyczyn, obrazu klinicznego, statystycznego odchylenia od normy. Zaburzenie psychiczne w DSM-IV jest definiowane jako „pojawiający się u jednostki syndrom lub wzorzec zachowania albo wzorzec psychiczny mający znaczenie kliniczne, związany w chwili występowania z odczuwanym cierpieniem (bolesnym symptomem) bądź upośledzeniem (zakłóceniem w co najmniej jednym ważnym obszarze funkcjonowania) lub z istotnie zwiększonym ryzykiem śmierci, bólu, inwalidztwa, albo też poważnym ograniczeniem swobody działania".

ściej w Europie: Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*). Druga klasyfikacja to Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual* – DSM), Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (od 1994 roku używa się czwartej edycji DSM-IV), która grupuje zaburzenia na podstawie obserwowanych cech i objawów (zob. Pużyński 2007, s. 308). Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) na osi czwartej i piątej stan zdrowia pacjenta jest oceniany na podstawie dwóch nowo skonstruowanych skal psychospołecznych, z zastosowaniem względnie zobiektywizowanych i zunifikowanych wskaźników, które umożliwiają stawianie bardziej rzetelnych, porównywalnych i wiarygodnych diagnoz. W ramach osi czwartej występuje skala problemów psychospołecznych i środowiskowych – *Psychosocial and Environmental Problems*. Na osi piątej dodatkowa diagnoza cząstkowa stanu pacjenta jest dokonywana za pomocą skali globalnej oceny jego funkcjonowania psychospołecznego we wzajemnej zależności ze stopniem ostrości zaburzeń psychicznych – od jej braku do stanu ostrej psychozy – *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF Scale). Skala GAF szacuje funkcjonowanie psychologiczne, społeczne i zawodowe na empirycznym kontinuum stopni: od zdrowia psychicznego do ostrej fazy choroby psychicznej. Trudności sformowania klarownej definicji choroby, wynikające z konieczności połączenia ze sobą podejścia obiektywizującego z doświadczeniem choroby, możemy również odnaleźć we współczesnych klasyfikacjach psychiatrycznych, gdzie definicja choroby nie jest podawana *explicite,* a raczej jest przywoływana w znaczeniach standardowych czy stereotypowych. Aby odróżnić zaburzenia psychiczne od społecznych dewiacji, w DSM używa się określenia „osobista lub indywidualna dysfunkcja", ze względów pragmatycznych, aby ułatwić odgraniczenie czym jest norma, a czym jest już patologia.

W publikacjach naukowych również zanika termin „choroba psychiczna", a jego miejsce wypełnia określenie „zaburzenie" (*disorder*), które zaczyna pełnić nadrzędną rolę w odniesieniu do ogółu stanów chorobowych, którymi zajmuje się psychiatria kliniczna (Pużynski 2007, s. 304). Kwalifikowanie pewnych zaburzeń jako chorób psychicznych wiąże się często ze stereotypami i uprzedzeniami, dlatego coraz częściej postuluje się rezygnację z użycia tego określenia (tj. choroba psychiczna) i poprzestanie na mniej obciążającym, pozbawionym negatywnych konotacji określeniu: zaburzenia psychiczne (Pużyński 2007, s. 304).

Historycznie i współcześnie występowały i występują trzy koncepcje rozumienia choroby psychicznej, uzależnione od ontologicznej wizji człowieka: 1. dualistyczna koncepcja niezależnej sfery psychicznej i biologicznej człowieka, której konsekwencją jest psychiczny albo somatyczny model choroby psychicznej; 2. monistyczna, głosząca współzależność sfery psychicznej i fizycznej, w której tworzy się psychosomatyczny model choroby psychicznej, oraz 3. holistyczna, czyli systemowa, akcentująca współzależność czynników psychicznych, biologicznych i społecznych (Brodniak 2000, s. 23).

W analizie socjologicznej w definiowaniu zaburzeń psychicznych uwypukla się czynnik społeczny. Zasadę tę zastosował m.in. socjolog Talcott Parsons, który w swojej pracy *Struktura społeczna a osobowość* uznał, że zasadnicze kryterium istnienia choroby psychicznej należy odnieść do społecznego pełnienia ról przez jednostkę (1969, s. 322). Zdefiniował on zdrowie jako stan, w którym jednostka wykazuje

optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji (Parsons 1969, s. 340). Prostą konsekwencją tego ujęcia stało się postrzeganie choroby psychicznej jako pewnej dysfunkcji w pełnieniu ról społecznych, zbiór nieprzystosowań, określonych jako niezdolność jednostki do pewnych działań w sytuacjach społecznych. W ujęciu Parsonsa choroba psychiczna jest formą zaburzeń funkcjonowania społecznego, bez odniesienia do specyficznych zaburzeń somatycznych (1969, s. 158). W socjologicznym opisie choroby psychicznej operuje się więc pojęciem dysfunkcji, dezorganizacji, anomii, dewiacji społecznej lub dewiacji psychicznej[2] (zob. Brodniak 2000, s. 23). Analizie poddaje się zdolności adaptacyjne człowieka do zmieniających się warunków, przystosowanie jednostki do norm kultury lub szerzej – do środowiska społecznego i materialnego, w którym żyje, internalizację norm w procesie socjalizacji, umiejętność współżycia w grupie i prawidłowego funkcjonowania w rolach społecznych i ich efektywnego pełnienia oraz zachowanie się konformistyczne lub dominujące statystycznie w danej grupie społecznej (Brodniak 2000, s. 23). Równocześnie dostrzega się, że normy są tak znacznie zróżnicowane kulturowo, że definiowanie dewiacji zawsze uzależnione jest od danej kultury i nie ma zachowania dewiacyjnego, które byłoby powszechnie potępiane (Brodniak 2000, s. 34). Normatywne definicje zdrowia psychicznego, jak i definicje choroby psychicznej lub zaburzenia psychicznego, są konstruowane na podstawie trzech typów norm: medycznych, społeczno-kulturowych i moralnych (Brodniak 2000, s. 34).

Społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych można badać i oceniać, korzystając z pięciu następujących kategorii analizy (Brodniak 2004, s. 65):

1) społecznego i medycznego wymiaru diagnozy psychiatrycznej i jej wpływu na przebieg zaburzeń psychicznych, stereotypów, roli chorego psychicznie, instytucji lecznictwa oraz opieki psychiatrycznej w aspekcie naznaczenia i stygmatyzacji społecznej,
2) społecznego kontekstu rozpowszechnienia i postrzegania zaburzeń psychicznych w świadomości społecznej,
3) dostępności do leczenia,
4) czynników przyspieszających i wyzwalających występowanie zaburzeń psychicznych, oraz
5) w kategoriach analizy kulturowo uwarunkowanych zespołów zaburzeń psychicznych.

Wpływ migracji na zdrowie psychiczne

Wprawdzie procesy patologiczne toczą się wewnątrz psychiki danej jednostki, jednak jedną z podstaw określenia, czy dana osoba jest chora psychicznie, są kryteria socjologiczne (Brodniak 2004, s. 48). W społecznym kontekście zaburzenia psychiczne są postrzegane jako znacząca dewiacja (odchylenie) od standardów zachowań uznawanych przez większość ludzi w danej grupie lub społeczeństwie za

[2] Na gruncie socjologii można wskazać różne ujęcia problematyki zachowań dewiacyjnych: dewiacja jako czynnik dezintegracji, dewiacja jako zjawisko wyuczone, dewiacja jako trwały element życia społecznego oraz interpretatywne koncepcje dewiacji (zob. Synowiec-Piłat 2002, s. 83).

normalne. W analizie stanu zdrowia psychicznego migrantów należy więc odwołać się do społeczno-kulturowego aspektu migracji. Migranci stanowią bardzo różnorodną grupę i zawsze należy brać pod uwagę kontekst przyczyn emigracji, odległość od kultury rodzimej, jej status prawny (migracja legalna czy nielegalna[3]) itp.

Migracja jest procesem, który niesie ze sobą wiele zmian zarówno w sferze przestrzeni geograficznej, jak i społecznej migrantów. W socjologii definiuje się ją najogólniej jako zmianę miejsca w strukturze społecznej i określa mianem migracji pionowej, albo jako zmianę miejsca zamieszkania, wówczas określaną jako migracja pozioma (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 29). Inny podział migracji dotyczy czasu jej trwania i tu wyróżnia się migrację: stałą (z planami i intencją pozostania), czasową, okresową i sezonową. Niewątpliwie w zależności od okresu trwania migracji, od poszczególnych jej etapów, mogą występować różne rodzaje zysków i strat oraz odmienne ich poziomy (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 29).

Jednym z poziomów analizy decyzji o migracji jest poziom normatywny, poziom zinstytucjonalizowanych ról, oczekiwań i zachowań. Obejmuje on normy, reguły i instytucje związane z funkcjonowaniem w określonej przestrzeni społecznej (Germani 1965, s. 161). Zaobserwowano, że jeżeli ludzie, którzy mają jakąś szczególną cechę, żyją w środowisku, gdzie ta cecha jest mało popularna, to częściej doświadczają zaburzeń psychicznych, co oznacza, że dyskryminacja nie pozostaje bez wpływu na zdrowie psychiczne. Próbą operacjonalizacji zależności między doświadczaną dyskryminacją, a funkcjonowaniem psychicznym był zaproponowany przez Crossa model *Rozwoju Tożsamości Afroamerykanina.* Także Veling[4] i współautorzy, powołując się na dane sugerujące, że właśnie dyskryminacja jest czynnikiem decydującym o występowaniu zależności pomiędzy tożsamością grupową, a podatnością na zachorowanie, donoszą, że negatywna tożsamość grupowa koreluje z większym ryzykiem wystąpienia schizofrenii (za: Kucharska 2012, s. 456).

Psychospołeczne konsekwencje migracji

Kryzys tożsamości migranta

Specyficzna sytuacja społeczna, w jakiej znajduje się osoba migrująca, a szczególnie zderzenie z nową przestrzenią społeczną i „porzucenie" swojego pierwotnego miejsca, zwłaszcza środowiska rodzinnego, lokalnego, sprawia, że migrant czuje się w pewien sposób wyobcowany. Nie oswoił się z nową kulturą i nie uczestniczy w starej, co skutkuje kryzysem tożsamości. Liminalność tożsamości prowadzi także do głębokich zaburzeń czasu biograficznego. Negowanie w ramach wartości społeczności przyjmującej norm, wzorów, sposobu i stylu dotychczasowego życia może

[3] Biorąc pod uwagę fakt, że legalność pobytu za granicą (a dodatkowo legalność i nielegalność podejmowanej pracy) nie zawsze odpowiada deklarowanym przez wyjeżdżającego celom wyjazdu, możemy wyróżnić trzy sytuacje: pierwsza, gdy wyjazd i praca są legalne, druga, gdy wyjazd jest legalny, ale praca nie jest legalna, i trzecia, gdy wyjazd i praca są nielegalne (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 30).

[4] Przynależność do grupy etnicznej mniejszości poddanej dyskryminacji i negatywnym stereotypom została powiązana z występowaniem schizofrenii i zagrożeniem dla poczucia własnej wartości i tożsamości społecznej (Wittig i wsp. 2006, s. 1).

skutkować chęcią odrzucenia społeczności pochodzenia, zanegowania sensu życia w okresie przed migracją (Niedźwiedzki 2010, s. 148). Każdy kryzys pozostawia ślad na tożsamości, jednak wpływ kryzysu migracyjnego jest szczególnie głęboki, ponieważ dłuższe życie w innym kraju uruchamia procesy psychiczne, które swoim zasięgiem obejmują całą osobowość (Kubitsky 2012, s. 35).

Proces przystosowania do nowego środowiska często trwa długo i jest zależny od środowiska przyjmującego i uwarunkowań psychospołecznych migranta. Migranci wahadłowi wykazują niepokój związany z pobytem na migracji, mają obawy, czy podjęta decyzja o wyjeździe ze społeczności pochodzenia oraz jej dalsze konsekwencje nie okażą się życiowym błędem (Niedźwiedzki 2010, s. 148).

W warunkach liminalności społecznej dochodzi do kształtowania się specyficznej tożsamości. Dariusz Niedźwiecki zwraca uwagę, że migranci przyjeżdżają do nowej rzeczywistości, posiadając określoną autoidentyfikację i sposoby identyfikowania innych. W odmiennych warunkach kulturowych okazują się one nieadekwatne do oczekiwań i wymagań życia społecznego, a zatem koniecznością staje się rekonstrukcja tożsamości. Ważnym elementem tej rekonstrukcji jest nowa tożsamość zewnętrzna, z jaką styka się migrant wahadłowy. Zazwyczaj jest ona następstwem istniejących w społeczności przyjmującej stereotypów, które dotyczą cech społecznych i kulturowych reprezentowanych przez wędrowca (narodowości, etniczności, przynależności religijnej, wieku, rasy, płci itd.) oraz sposobu identyfikowania imigranta (Niedźwiedzki 2010, s. 145). W efekcie nowa tożsamość zewnętrzna zdecydowanie różni się od znanej z miejsca pochodzenia, a otoczenie społeczne jest kulturowo obce. Jak zauważa autor, jednostka otrzymuje od nowego środowiska sygnały, identyfikowane jako „szumy komunikacyjne", co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń „ja przedmiotowego"[5], charakteryzowanego przez zasoby symboliczne umożliwiające interpretowanie rzeczywistości (Niedźwiedzki 2010, s. 145).

Całemu procesowi akulturacji towarzyszy specyficzny stres metapoznawczy, związany z koniecznością utrzymania kontroli poznawczej nad dwoma kontekstami – kontekstem kultury rodzimej oraz nowej. Związany z tym stres postrzegany jest jako jeden z czynników łączących akulturację ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń (Kucharska 2012, s. 455). Czy wolno nam postawić tezę, iż asymilacja kulturowa chroni przed występowaniem zaburzeń psychicznych? Nie jest to twierdzenie uprawomocnione, tym bardziej, iż badania nad wpływem akulturacji na zdrowie psychiczne dodatkowo komplikuje obserwacja, że to głównie zasymilowani imigranci zgłaszają się po pomoc psychiatryczną. Ci, którzy opierają się procesowi akulturacji, korzystają raczej z pomocy wewnątrz swojej grupy. Tym samym imigranci zintegrowani z nowym środowiskiem mogą być nadreprezentowani w psychiatrycznych statystykach (Kucharska 2012, s. 456).

Psychosomatyczne konsekwencje migracji

Migracja może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia imigrantów, jak i społeczeństwa kraju przyjmującego (*World Migration* 2005, s. 327). Już podczas

[5] G.H. Mead (1975). *Umysł, osobowość, społeczeństwo* (tłum. Z. Wolińska). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 224.

pierwszej wielkiej fali migracji zarobkowej do Stanów Zjednoczonych zwrócono uwagę na zdrowie psychiczne migrantów. Badania przeprowadzone w 1840 roku wykazały wśród migrantów nieproporcjonalnie wysoki odsetek pacjentów psychiatrycznych. Ostatnio coraz częściej, w ramach problemów zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej poszczególnych krajów, zwraca się uwagę na zdrowie migrantów. W analizach uwzględniane są (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 91):

- stan zdrowia i specyfika objawów obserwowanych w trakcie migracji,
- poziom korzystania przez migrantów z opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym,
- porównanie stanu zdrowia populacji migrantów i populacji kraju przyjmującego,
- rozliczenie kosztów świadczeń medycznych między krajem przyjmującym i wysyłającym.

Emigracja często oznacza pozostawienie za sobą rodziny, przyjaciół i ustalonych kręgów społecznych, włącznie z usługami zdrowotnymi i socjalnymi, które pomagają budować odporność i zdrowie psychiczne. Niektórzy emigranci po przyjeździe do nowego kraju odczuwają swoisty „szok kulturowy", co może mieć znaczący wpływ na ich zdrowie psychiczne. Muszą zaadaptować się do zmian, a na dodatek ich pochodzenie kulturowe może wpłynąć na to, jak interpretują, reagują na symptomy choroby psychicznej i jak sobie z nią radzą. Wystarczy wspomnieć, że w wielu środowiskach kulturowych choroba psychiczna nadal jest napiętnowana – chorzy są zmuszani do wyparcia się jej bądź podlegają całkowitemu wykluczeniu (*Zdrowie psychiczne*… 2007, s. 1).

Jednym z konstruktów teoretycznych, potencjalnie użytecznych w wyjaśnianiu zwiększonego ryzyka występowania zaburzeń psychicznych (w tym schizofrenii) u imigrantów, jest hipoteza społecznej dyferencjacji (SDH). Zaproponowana przez Ralfa Hoffmana teoria ta stara się wyjaśnić mechanizm powstawania objawów wytwórczych schizofrenii, wywodząc je od izolacji społecznej (za: Kucharska 2012, s. 453). Hoffman, powołując się na dane świadczące o zbieżności momentu wystąpienia pierwszych objawów wytwórczych z sytuacją społecznego odosobnienia (przeprowadzka do miejsca, gdzie nikogo się nie zna, samotna podróż, ograniczenie kontaktów społecznych związanych z pracą), postrzega izolację społeczną jako czynnik zwiększonego ryzyka wystąpienia schizofrenii u imigrantów (Kucharska 2012, s. 453). Argumentem wzmacniającym to założenie jest wspomniana obserwacja, z której wynika, że pozytywna korelacja między faktem przynależności do grupy mniejszościowej, a prawdopodobieństwem rozwinięcia się objawów psychotycznych jest silniejsza w przypadku mniejszości mało licznych (Kucharska 2012, s. 453).

Przyczyną stanów depresyjnych migranta są zatem wspominane utraty, samotność, uczucie porzucenia i stres (Kubitsky 2012, s. 49). Imigranci są czasem bardziej podatni na izolację i depresję, ponieważ wielu z nich należy do mniejszej liczby grup towarzyskich w nowej ojczyźnie. Sfera emocjonalna to zarówno rozstanie z bliskimi, poczucie izolacji, konieczność zmierzenia się z nową, nie zawsze przyjazną sytuacją (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 92). Ogromny wpływ na samopoczucie migranta ma osamotnienie emigracyjne, zaliczane do kategorii osamotnienia emocjonalnego, jak i społecznego. Tego rodzaju spotęgowane osamotnienie, trwające zbyt długo, przeradza się w chroniczne osamotnienie i wyobcowanie (Kulmatycki, Łazowski 2005, s. 999).

Badania wykazują zwiększony stopień izolacji i depresji u wielu imigrantów w wieku starszym, a w niektórych grupach etnicznych – nawet większą częstotliwość samobójstw. Jest to związane głównie z ekstremalną izolacją, brakiem grup

wsparcia, barierami językowymi, nieodpowiednimi bądź niedostępnymi usługami zdrowotnymi i socjalnymi, niskim statusem społeczno-ekonomicznym oraz nagromadzonym stresem związanym z procesem emigracji. Negatywne skutki zmian zdrowotnych dotykają również dzieci migrantów i wpływają szczególnie na stan zdrowia psychicznego.

W tak kryzysowej sytuacji jak emigracja zarobkowa, pod wpływem działania silnego stresu, zwłaszcza długotrwałego, zmianie ulega także system wartości, aby nie tylko umożliwić adaptację do nowej sytuacji, ale także na głębszym poziomie – doprowadzić do przebudowy struktur psychicznych w celu ich rozwoju (Rożnowski, Bryk 2008, s. 132). Czynniki otoczenia, które wpływają na skłonność do dezintegracji, determinują tym samym możliwości aktywnego rozwoju moralnego, społecznego, intelektualnego i estetycznego, co ma pewien wpływ na rozwój społeczeństwa (Dąbrowski 1979, s. 2). W dobie wzmożonych ruchów migracyjnych pojawia się również kryzys tożsamości migranta. Nowa tożsamość imigranta tworzy się w drodze stopniowego wrastania w nowe środowisko, powolnej adaptacji do nowej specyfiki kulturowej i w konsekwencji rosnącego utożsamiania się z nim i jego mieszkańcami. Tego rodzaju proces obejmuje przede wszystkim migrantów, którzy jednak w dużej mierze charakteryzują się tożsamością liminalną, a więc po części składającą się z warstw wywiedzionych ze swej pierwotnej ojcowizny, przykrytych powłoką świadomie kształtowanej nowej tożsamości związanej z aktualnie zajmowaną przestrzenią kulturową (Posern-Zielińska 2005, s. 15). Suma estymowanych wag zdarzeń stresogennych sięga progu alarmowego – zagrożenia życia (Rożnowski, Bryk 2008, s. 132[6]). Psychiatrzy, którzy opisywali wspólne symptomy stresu migrantów, nazwali je „zespołem stresu przewlekłego i wielokrotnego". Stres prowadzi nie tylko do pogorszenia samopoczucia czy odczuwania dolegliwości zdrowotnych. Wskutek jego działania może dojść do głębokich zmian, a nawet do dezintegracji w sferze wartości człowieka, ponieważ długotrwały i silny stres prowadzi do kryzysu (Dąbrowski 1979, s. 2). Kryzys migracyjny, w odróżnieniu od innych kryzysów, charakteryzuje się dwiema cechami: zasięgiem strat oraz wpływem na tożsamość (Kubitsky 2012, s. 35). Struktura indywiduum może być mniej lub bardziej podatna na dezintegrację, może zatem być stymulowana przez stresy i ciężkie doświadczenia.

Tab. 1. Częstotliwość występowania dolegliwości w poszczególnych fazach związanych z migracją

Rodzaj dolegliwości	Przed wyjazdem	W trakcie	Po powrocie
Zaburzenia psychosomatyczne			
Zmęczenie	9,1	47,3	5,5
Zdenerwowanie	14,5	34,5	16,4
Rozdrażnienie	18,2	40,0	10,9
Bezsenność	9,1	18,2	7,3

[6] Suma stresogennych wydarzeń w sytuacji emigracji zarobkowej, takich jak: zmiana warunków życia – 25, zmiana nawyków osobistych – 24, kłopoty z szefem, zmiana warunków pracy, zmiana miejsca zamieszkania, zmiana rozrywek, zmiana w skali aktywności religijnej, zmiana nawyków dotyczących snu i jedzenia, wynosi 427 (opracowanie własne, za: A. Birch i T. Malim (1998). *Psychologia rozwojowa w zarysie*. Warszawa: PWN; Rożnowski, Bryk 2008, s. 131).

Dolegliwości bólowe			
Bóle kości i mięśni	5,5	30,9	5,5
Bóle pleców	10,9	32,7	14,5
Bóle brzucha	3,6	7,3	7,3
Bóle głowy	9,1	9,1	3,6
Bóle w klatce piersiowej	3,6	7,3	3,6
Pozostałe			
Drętwienie kończyn	3,6	12,7	7,3
Zobojętnienie	5,5	3,6	1,8
Uścisk w klatce piersiowej	1,8	3,6	1,8
Biegunki	18,2	3,6	3,6

Źródło: Kawczyńska-Butrym 2008, s. 158

Warto pamiętać, że depresja to nie to samo co zły nastrój. Obejmuje ona całego człowieka: sposób myślenia, uczucia i doświadczania świata (Menyweather-Woods 2011, s. 372). Depresja, na którą choruje większość migrantów jest depresją jednobiegunową, którą dawniej nazywano reaktywną, czyli uwarunkowaną czynnikami środowiskowymi (Kubitsky 2012, s. 49). Główne niekorzystne zmiany zostały rozpoznane w sferze zaburzeń klasyfikowanych w literaturze jako zaburzenia psychosomatyczne, a oprócz zmęczenia traktowanego w kategoriach zmęczenia fizycznego i psychicznego, migranci doświadczają przede wszystkim stanów rozdrażnienia, zdenerwowania i bezsenności (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 157).

Najtrudniejszym i najbardziej wyczerpującym etapem kryzysu migracyjnego jest faza reakcji, ze względu na intensywność i różnorodność przeżyć migranta. Bywa, że reakcje na doświadczenia w nowym kraju są tak silne, iż odbiegają od przyjętych norm. Mamy wówczas do czynienia z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają leczenia (Kubitsky 2012, s. 49). Skale oceniające funkcjonowanie psychospołeczne i ostrość problemów społecznych i stresorów społecznych w amerykańskiej diagnostyce (DSM-IV 1994) opierają się na takich pojęciach socjologicznych jak: normy, role i status społeczny, definiujących właściwe zachowania w określonych sytuacjach społecznych. Z badań wynika, że stany depresyjne uzależnione są od środowiska kulturowego, z którego wywodzi się emigrant. Okazuje się, że u osób spoza kręgu kultury zachodniej reakcje mają najczęściej naturę fizjologiczną, np. napięcie, bóle głowy, brak łaknienia, zaparcia. W reakcjach mieszkańców niektórych krajów azjatyckich uderza brak nastrojów przygnębienia, poczucia winy lub niższości, odosobnienia i marginalizacji (Kubitsky 2012, s. 83).

Stan badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych wśród migrantów

W świetle tak zarysowanej problematyki nie dziwi fakt, że w literaturze poświęconej zdrowiu coraz częściej używa się pojęć „choroba emigracyjna" lub „syndrom emigranta", definiowanych jako „zespół chorobowy, charakteryzujący się występowaniem stanów depresyjnych mogących prowadzić nawet do samobójstwa,

objawiający się częstymi atakami płaczu, zwłaszcza na wspomnienie domu rodzinnego i dzieci, lękiem o przyszłość" (Misiak 1998, s. 271).

Modele analizujące tzw. stres migracyjny uwzględniają specyficzną sytuację zawodową emigranta, presję na sprawdzenie się, a jednocześnie na trudności dostosowania się do wymaganych zachowań w obcym miejscu pracy, następnie na problemy rodzinne – zarówno gdy rodziny nie ma na miejscu, jak i wtedy, gdy jest, problemy jednego z członków są przeżywane przez wszystkich. Migranci donoszą, że ich życie jest narażone na znacznie większe ryzyko, także w zakresie zdrowia fizycznego i somatycznego, ponieważ muszą przyzwyczaić się do odmiennego klimatu, nowej diety i stylu życia, a to nie następuje bez trudności (Golinowska 2008, s. 21).

Wskaźnik hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych, jak też wskaźniki rozpoznania zaburzeń zdrowia psychicznego (np. schizofrenii, paranoi, alkoholizmu) wśród migrantów badanych w kraju przyjmującym są wyższe niż te odnoszące się do społeczeństwa kraju przyjmującego, jak i społeczeństwa kraju pochodzenia migrantów (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 92–93)[7].

Światowe wskaźniki chorób oraz problemów psychiatrycznych są wysokie, a rosnąca skala procesów migracyjnych jednoznacznie przyczynia się do ich wzrostu. Globalny raport dotyczący występowania różnych chorób szacuje, że schorzenia psychiczne w roku 2020 będą stanowić 15% wszystkich chorób, a depresja znajdzie się w tymże roku na drugim miejscu wśród najczęściej występujących chorób (Murray, Lopez 1996, s. 741).

Pierwsze oceny epidemiologiczne emigrantów z zaburzeniami psychicznymi sięgają lat czterdziestych XIX wieku i zostały uzyskane w wyniku badań prowadzonych w Ameryce Północnej, dokąd napłynęła liczna fala migrantów ekonomicznych. Badania te wykazały, że migracje niosą ze sobą poważne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego (Kawczyńska-Butrym 2011, s. 114). Niestety proces globalizacji i związane z nim masowe migracje w XX i XXI wieku nie doczekały się badań systematycznych, tak więc dane na temat stanu zdrowia psychicznego współczesnych migrantów są skąpe. Większość dotychczasowych analiz stanowią badania kliniczne; ograniczają się one do badań medycznych, jak np. badania epidemiologiczne (*Migracja i zdrowie psychiczne…* 2005, s. 1). Natomiast inne źródła wskazują głównie na zaburzenia związane ze zdrowiem psychicznym, w tym zaburzenia afektywne i zaburzenia osobowości, a także inne, rzadziej występujące zmiany psychiczne, takie jak: schizofrenia, depresje maniakalne (Barath 2005, s. 37).

Dane epidemiologiczne wskazują na pogorszający się status zdrowotny oraz zaburzenia mentalne imigrantów (Wittig i wsp. 2006, s. 533). Jak wskazują badania przeprowadzone w Niemczech, imigranci z Polski i Wietnamu osiągają wyższy ogólny wynik pod względem wskaźnika skarg na zły stan zdrowia fizycznego i wyższą wartość wskaźnika depresji i lęku niż Niemcy (Wittig i wsp. 2006, s. 533). Obserwowany także w innych krajach wysoki wskaźnik zaburzeń psychicznych,

[7] Zob. badania M. Carballo, J.J. Divino, D. Zeric (1998). *Migration and health in the European Union*. Tropical Medicine and International Health, 3(12), s. 936–944; A. Sole-Auro, E.M. Crimmins (2008). *Health of immigrants in European Countries*. The International Migration Review, 42(4), s. 861–876; J.R. Dunn, I. Dyck (2000). *Social determinants of health in Canada's immigrant population: results of National Population Health Survey*. Social Sciences Medicine, 51(11); S.Z Nagi, E. Haavio-Mannila (1980). *Migration, Health Status and Utilization of Health Services*. Sociology of Health and Illness, 2/3(175).

występujących w polskich diasporach (np. w Anglii), szczególnie wśród emigrantów w starszych grupach wiekowych, wyjaśniany jest zarówno stresami emigrantów, którzy żyją wiele lat poza krajem, izolacją od bliskich, zwłaszcza w przypadku śmierci partnera i przyjaciół, ale też relatywnie słabszą więzią etniczną niż obserwowana w innych grupach emigrantów, np. Ukraińców (Barbaro de, Szulęcka, Pauw de 1999, s. 5).

Efektem niekorzystnego przebiegu procesu integracji w kraju przyjmującym są złożone procesy psychosomatyczne i różnorodne zaburzenia psychiczne, które objawiają się chroniczną apatią, silną tęsknotą za ojczyzną, poczuciem bycia wypalonym i przewlekle zmęczonym (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 93). Niektórzy autorzy uważają, że depresja lub przygnębienie pojawiają się głównie w początkowej fazie pobytu na emigracji, w związku z koniecznością przystosowania się migranta do nowych warunków; inni natomiast są zdania, że problemy emocjonalne dotyczą migrantów w ogóle, niezależnie od okresu ich pobytu za granicą (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 93).

Badania[8] wskazują, że wśród pewnych grup imigrantów w Europie występuje najwyższy odsetek przypadków schizofrenii, najwyższy odsetek samobójstw, częste przypadki nadużywania alkoholu i narkotyków oraz wysokie ryzyko depresji i stanów lękowych (Opinia 2007, p. 6.4.1).

Prowadzone wśród reemigrantów[9] badania dolegliwości odczuwanych przez nich przed emigracją, w jej okresie i po powrocie do kraju, wykazały, że w trakcie migracji nasiliły się u respondentów objawy sygnalizujące zmęczenie fizyczne i psychiczne, a szczególnie rozdrażnienie, zdenerwowanie i bezsenność, jak też dolegliwości bólowe o charakterze przeciążeniowym – bóle kości, mięśni i pleców, a po powrocie niemal wszystkie te objawy ustępują, co dodatkowo może potwierdzać ich związek z emigracją (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 158). Wśród czynników składających się na zły stan zdrowia psychicznego imigrantów można wymienić: zmiany w sposobie odżywiania, zmiany w zakresie wsparcia ze strony rodziny i społeczności, zmianę kultury, języka i klimatu, wrogość, rasizm i ksenofobię wśród społeczności gospodarzy, fakt, że ludzie uciekają przed wojną i towarzyszącymi jej koszmarami tortur oraz utrata rodziny i wykorzystanie seksualne (Opinia 2007, p. 6.4.2).

Szczególną grupę migrantów stanowią uchodźcy. Ponad dwie trzecie uchodźców doświadcza stanów lękowych lub depresji – objawów pourazowego rozstroju nerwowego (Opinia 2007, p. 6.4.3). Badania uchodźców w Polsce wskazują na wysoki stopień zaburzeń związanych z chorobami psychicznymi. Zaburzenia psychiczne są równolegle na pierwszym miejscu z chorobami gastroenterologicznymi i stanowiły 18,2% rozpoznań (Cianciara i wsp. 2012, s. 148).

Inne badania, np. prowadzone wśród polskich imigrantów wyjeżdzających do Wielkiej Brytanii, wskazują, iż kluczowym czynnikiem, jaki ma wpływ na stan zdrowia polskich emigrantów w Anglii jest poziom odczuwanego przez nich stresu.

[8] M.G. Carta, M. Bernal, M.C. Harday, J.M. Abad (2005). *Migration and mental health in Europe*.

[9] Termin reemigrant w literaturze przedmiotu jest nieostry. Równocześnie używa się wielu pojęć: reemigrant, migrant powrotny. Istnieje wiele definicji akcentujących różne charakterystyki terminu. Wśród głównych zakresów można wskazać, że jest to osoba, która: przebywała za granicą (legalnie lub nielegalnie) powyżej 3 miesięcy i powróciła z zagranicy do kraju pochodzenia.

Analiza statystyczna zebranego materiału badawczego wykazała, że 41,6% Polaków przebywających w Wielkiej Brytanii żyje w stresie, co wiąże się z pojawieniem się zaburzeń psychicznych. Istotne znaczenie ma fakt, że pomimo odczuwanych różnych problemów psychicznych, takich jak: stres, przygnębienie, stany lękowe lub depresyjne, polscy migranci w większości nie zwracali się o profesjonalną pomoc lekarską. Zaledwie 1% badanych korzystało w Wielkiej Brytanii z konsultacji lekarza psychiatry, a niespełna 5% z porady psychologa (Smoleń 2013, s. 233).

Formy wsparcia na rzecz migrantów zagrożonych chorobą psychiczną lub chorujących psychicznie

Opisane zjawiska współkształtują obraz przebiegu zaburzeń psychicznych u migrantów wraz z wieloma innymi czynnikami natury socjokulturowej. Badania prowadzone w opisywanym nurcie pozwalają lepiej identyfikować potrzeby migrantów i w szerszej perspektywie planować interwencje środowiskowe oraz psychiatryczne, które w większym stopniu odpowiadałyby na zapotrzebowanie tych specyficznych grup (Kucharska 2012, s. 457).

Podróże, rosnący odsetek osób podejmujących pracę lub spędzających urlopy za granicą oraz wszechobecność obcokrajowców sprawiają, że przychodnie, szpitale, ośrodki psychiatryczne w większości krajów przyjmują coraz więcej migrantów, którzy wywodzą się nie tylko z wielu krajów, ale i z różnych kontynentów (Kubitsky 2012, s. 78). Dotychczasowe osiągnięcia psychiatrii transkulturowej sprowadzają się w zasadzie do dwóch podstawowych tez. Po pierwsze, istnieje swoisty związek między czynnikami kulturowymi, a określonymi zaburzeniami psychicznymi; po drugie, pojęć „norma" oraz „patologia psychiczna" nie można rozpatrywać bez uwzględnienia relatywizmu kulturowego (Brodniak 2004, s. 55). Psychiatria transkulturowa, jako dziedzina psychiatrii, w szczególny sposób zajmuje się wpływem kultury i migracji na rozwój chorób psychicznych. W powyższych badaniach migracja w swoich różnorodnych formach przedstawiana jest jako faktor ryzyka zachorowań na choroby psychiczne, a co za tym idzie – jest opatrzona złą konotacją.

Warto dodać, że to nie migracja jest ryzykiem zachorowania, lecz raczej okoliczności, w jakich ona się odbywa (Cranach 2007). Główne czynniki, które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie migrantów, to: ubóstwo, brak ochrony prawnej, dyskryminacja, wykluczenie społeczne i wyzysk (*Improving mental health*… 2006, s. 22). Przyczyną zmian w stanie zdrowia może być fakt poczucia mniejszej wartości, degradacji społecznej, jakiej podlega emigrant w kraju przyjmującym, szczególnie wówczas, gdy jego praca sytuuje go poniżej jego możliwości zawodowych i poniżej pozycji, którą zajmował we własnym kraju (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 157).

Ponadto dostrzega się wiele barier ograniczających kontakt imigrantów z placówkami służby zdrowia. Są to albo bariery formalne – brak uprawnień do korzystania z ochrony zdrowia na terenie obcego kraju, albo bariery językowe w komunikowaniu z miejscowymi pracownikami medycznymi lub też znaczące różnice kulturowe, które utrudniają bądź uniemożliwiają kontakt i wywołują poczucie dyskryminacji (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 158).

Literatura przedmiotu nie zawiera żadnej pozycji, która uwzględniałaby konsekwencje makroekonomiczne – wpływ migracji na finanse publiczne, w szczególności

na system opieki społecznej. Taka sytuacja wymaga konsolidacji i intensyfikacji w odpowiednich badaniach (Okólski 2006, s. 12). Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, wraz z wyjaśnieniem w dokumencie ONZ, zapewnia perspektywę prawa do formalnego dostępu do opieki zdrowotnej również nielegalnych imigrantów (Hansen, Krasnik, Hog 2007, s. 50). Na dramatyzm sytuacji i na groźne dla zdrowia i życia konsekwencje wpływa ponadto utrudniony, ograniczony dostęp do pomocy medycznej, a nawet jej brak (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 98). Słaby dostęp do leczenia, pomocy i wsparcia w przypadku chorób psychicznych jest szczególnie widoczny wśród osób ubiegających się o azyl i imigrantów nierejestrowanych, którzy najbardziej potrzebują usług tego typu (Opinia 2007, p. 6.4.4).

Dla migrantów nieudokumentowanych szczególną barierę tworzą brak informacji, koszty opieki medycznej, bariera językowa, obawa przed donosem do władz. Trzeba tu zwrócić uwagę, że migranci nieudokumentowani mają dostęp do ratownictwa medycznego i obowiązkowego leczenia chorób zakaźnych, ale nierozwiązana jest kwestia odpłatności za inne wykonywane usługi, jeśli pacjent nie ma na to pieniędzy (Cianciara i wsp. 2012, s. 149). Biorąc pod uwagę wnioski z analiz usług zdrowia psychicznego dla grup migrantów w Europie nietrudno dojść do wniosku, że jakość i dostępność tych usług jest nierównomierna w poszczególnych krajach. Poważne braki w tym zakresie występują w Europie Środkowo-Wschodniej, niemniej jednak nawet w krajach z dłuższym doświadczeniem migracji, w których większość usług zdrowia psychicznego jest dostarczana przez sektor państwowy, da się zauważyć duże luki i uchybienia (*Migracja i zdrowie psychiczne*… 2005).

Współczesna wersja socjopsychosomatycznego modelu choroby i zdrowia, połączona z jej rozwinięciem ekologicznym (ukształtowanym pod wpływem działań promocyjnych WHO) i rozwojem socjologii medycyny, umożliwia holistyczne spojrzenie na zdrowie. (Brodniak 2000, s. 11). Ponadto w tym paradygmacie uwypukla się znaczenie zapobiegania i prewencji leczenia. Uznaje się, że kluczową rolę w zapobieganiu chorobom odgrywa środowisko społeczne pacjenta i grupa społeczna, w której żyje (Piątkowski 2002, s. 27). Grupą migrantów, którzy potrzebują szczególnej opieki i wsparcia są uchodźcy, którzy przede wszystkim potrzebują informacji, gdzie i jak szukać pomocy psychologicznej i wsparcia w kraju, w którym szukają schronienia nie tylko fizycznego, ale i psychicznego. Dowodów na niekorzystny wpływ niskiego poziomu integracji społecznej na stan zdrowia dostarczają również obserwacje dotyczące migrantów, gdzie migracja jest typową sytuacją, w której rozbicie dotychczasowych więzi społecznych współistnieje z nasilonym stresem towarzyszącym przystosowaniu do nowego środowiska (Skrzypek 2002, s. 54). Podstawowa hipoteza koncepcji oparcia społecznego uznaje je za czynnik, który chroni ludzi przed szkodliwymi dla zdrowia skutkami stresów (Brodniak 2004, s. 61).

Zakończenie

Specjaliści przewidują, że znaczenie czynnika migracyjnego w najbliższej przyszłości będzie rosnąć, a nie maleć. Zgodnie z prognozą demograficzną ONZ, w 2050 r. ludność Europy będzie obejmować 632 milionów osób, o 96 milionów mniej niż w 2000 r., jednakże bez imigracji byłaby mniejsza o 139 milionów, co wskazuje na

dynamikę procesów migracyjnych (Bera 2008, s. 80). Stąd istotnym czynnikiem jest oparcie społeczne. Owo poszukiwanie zakotwiczenia społecznego jest szczególnie widoczne w sytuacji zmian i kryzysów oraz w obliczu doświadczeń granicznych, m.in. takich jak migracja międzynarodowa (Grzymała-Kazłowska 2013, s. 12).

Z tego punktu widzenia analiza dyskursów dotyczących „rzeczywistości" psychoterapeutycznej jest szczególnie ważna, gdyż nie stanowią one prostego nazwania, a współtworzą tę rzeczywistość. Ponad stuletnia historia psychoterapii pokazuje, że rozumienie człowieka, jego trudności, psychopatologii, roli psychoterapeuty, a także samej psychoterapii zmieniała się zależnie od dominującego w danym okresie historycznym paradygmatu. Przyjęcie określonych założeń nie było i nie jest neutralne wobec działań praktycznych. Przeciwnie, ma daleko idące konsekwencje praktyczne, teoretyczne, etyczne i prawne (Józefik 2011, s. 738), chociażby takie, że imigranci w stanie dobrego samopoczucia psychicznego są bardziej otwarci na edukację i zatrudnienie oraz chętniej uczestniczą w życiu społeczeństwa przyjmującego (*World Migration* 2005, s. 326).

Bibliografia

Barath A.(2005). *Perspectives in the Mental Healthcare of Survivors of Human Trafficking.* Building Region al Parentship to Fight Trafficking in Persons in the Context of EU-Enlargement. Conference Report. Warszawa: International Organization for Migration.

Barbaro de B., Szulęcka K.T., Pauw de W. (1999). *Psychotyczna realizacja „mitu powrotu do ojczyzny": studium przypadku urojeniowego, błędnego rozpoznania osób*. Psychiatria Polska, 33(5), s. 5–7.

Bera R. (2008). *Aksjologiczny sens pracy a poczucie jakości życia młodych emigrantów polskich*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Brodniak W.A. (2000). *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.

Brodniak W.A. (2004). *Społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Próba syntezy*. W: W. Piątkowski (red), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 45–65.

Cianciara D., Dudzik K., Lewczuk A., Pinkas J. (2012). *Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce.* Problemy Higieny i Epidemiologii, 93(1), s. 140–143.

Cranach M. (2007). *Strata i zdrowie psychiczne*. Referat wygłoszony na sympozjum: „Utrata i zdrowie psychiczne. Pozbawiony ojczyzny – uciekinier, wypędzony, emigrant… i przybysz?". Dialog, 15.

Dąbrowski K. (1979). *Dezintegracja pozytywna.* Warszawa: PWN.

Germani G. (1965). *Migration and acculturation*. W: P.M. Hauswer (red.), *Handbook for Social Research in Urban Areas.* Paris: UNESCO Ghent., s. 159–178.

Golinowska S. (2008). *Społeczny wymiar emigracji w krajach wysyłających*. Polityka Społeczna, 11–12, s. 18–22.

Grzymała-Kazłowska A. (2013). Od tożsamości i integracji do społecznego zakotwiczenia – propozycja nowej koncepcji teoretycznej. CMR Working Papers, 64/122 (2013), s. 1–19.

Hansen A.R., Krasnik A., Hog E. (2007). *Access to health care for undocumentes immigrants rights and practice.* DanMed Bull, 54, s. 50–51.

Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialised groups. (2006). November 12. Center for Addiction and Mental Health, s. 1–52.

Józefik B. (2011). *Psychoterpia jako dyskurs kulturowy*. Psychiatria Polska, 45(5), s. 737–748.

Kawczyńska-Butrym Z. (2008). *Zyski i straty uczestników migracji – wyniki badań własnych.* W: M.S. Zięba (red.), *Migracja – wyzwanie XXI wielu*. Lublin: Wydawnictwo Fundacja i Rozwoju KUL, s. 153–162.

Kawczyńska- Butrym Z. (2009). *Migracje – wybrane zagadnienia*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Kawczyńska-Butrym Z. (2011). *Migrant w sytuacji choroby*. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 9(2), s. 113–118.

Kubitsky J. (2012). *Psychologia migracji*. Warszawa: Difin.

Kucharska J. (2012). *Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych*. Psychiatria Polska, 46(3), s. 451–459.

Kulmatycki L., Łazowski J. (2005). *Program promocji więzi społecznych wśród Polaków w Australii w odniesieniu do problemów psychicznych.* Psychiatria Polska, 39(5), s. 997–1010.

Mead G.H. (1975). *Umysł, osobowość, społeczeństwo.* Tłum. Z. Wolińska. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Menyweather-Woods L. (2011). *Depression and the Soul: A Guide to Spiritually Integrated Treatment*. Religion Spirituality and Aging, 23(4), s. 371–373.

Migracje a zdrowie psychiczne. Raport. (2005). Jané-Llopis E., Anderson P. (Eds.). (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities. Raport.* http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf

Misiak W. (1998). *Nowe formy zaradności młodzieży. Emigracja i przemieszczenie społeczne*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Murray Ch., Lopez A.D. (1996). *Evidence-Based Health Policy – Lessons from the Global Burden of Disease Study*. Science, 274, s. 740–743.

Niedźwiedzki D. (2010). *Migracje i tożsamość*. Kraków: Nomos.

Okólski M. (2006). *Costs and benefits of migration for Central European countries.* CMR Working Papers, 7(65), s. 1–91.

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: zdrowie a migracja (27.10.2007 r.), nr 2007/C 256/22.

Parsons T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.

Piątkowski W. (2002). *Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych*. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny.* Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, s. 23–38.

Posern-Zielińska A. (2005). *Tożsamość a terytorium. Perspektywa antropologiczna*. Przegląd Zachodni, 3, s. 1–21.

Pużyński S. (2007). *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*. Psychiatria Polska, 3, s. 299–308.

Rożnowski B., Bryk D. (2008). *Stres emigracji zarobkowej i jego konsekwencje dla systemu wartości migrantów*. W: M.S. Zięba (red.), *Migracja – wyzwanie XXI wieku*. Lublin: LSB sp. z o.o., Fundacji Rozwoju KUL, s. 127–152.

Smoleń A. (2013). *Problemy zdrowotne polskich emigrantów poakcesyjnych. Implikacje dla systemów opieki zdrowotnej*. Problemy Zarządzania, 111(41), s. 227–239.

Skrzypek M. (2002). *Psychosocjosomatyka – ewolucja, przedmiot badań, funkcje*. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, s. 43–59.

Synowiec-Piłat M. (2002). *Choroba jako dewiacja społeczna*. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, s. 82–88.

Veling V., Hoek H.W., Wiersma D., Mackenbach J.P. (2009). *Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study*. Schizophrenia Bulletin, 36(6), s. 1149–1156.

Wittig U., Lindert J., Merbach M., Brahler E. (2006). *Mental health of patients from different cultures in Germany*. European Psychiatry, 23(8), s. 533–596.

World Migration. (2005). International Organization for Migration, s. 1–489.

Zdrowie psychiczne w zmieniającym się świecie. (2007). [online:] www.mmha.org.au

A sociological analysis of mental disorders among migrants

Abstract

Contemporary migration processes, which include a growing group of people, not only contribute to changes in the social structures of states, the economy and social space, but above all they affect the migrants themselves. Mental health is one of the most important factors conditioning the proper functioning of both the individual and society. Mental health problems affect particularly migrants, who due to the experienced changes, problems, stress are exposed to the emergence of various types of mental disorders. Migrants are a group at increased risk of morbidity due to the number of changes undergone and they often experience the negative effects of migration. Epidemiology indicates the increase in the prevalence of mental disorders among migrants, which shows the scale of the problem. Preventive measures and access to treatment is not just a problem for the state that the migrant leaves, but also for the host society. Unfortunately, there is little action taken to improve and protect the mental health of various types of migrants.

Key words: migrants, migration processes, mental health, mental disorders, prevention

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 122–140

Maria A. Abramova
Russian Academy of Sciences

Galina S. Goncharova
Russian Academy of Sciences

Indigenous minority peoples of Russia: the dynamics of national policy, transformation of family and marriage relations[1]

Summary

The article deals with the dynamics of national policy formation in Russia with respect to the indigenous peoples of the North. On the basis of the juxtaposition of the consequences of the USSR protectionist policy and living conditions during the post-Soviet period one can see contemporary trends within the transformation of family–marriage values: family relations that affect the numbers of these peoples and the maintenance of their culture.

Based on a comparison of the data on fertility and marriage in Russia and the Republic of Sakha (Yakutia) and the Yamal-Nenets Autonomous District, among specific ethnic groups of indigenous peoples, researchers have drawn the conclusions that not only are questions about preserving the rights of indigenous peoples relevant, but it is also important to pay attention to the preservation of traditional gender roles, family traditions and the formation of responsibility towards the creation of marriage. As an example we present the data of the 1989, 2002 and 2010 censuses in Russia, as well as materials from a specific sociological study carried out in the Republic of Sakha (Yakutia) Grants RHF RHF N 12-03-00546a (2012–2013) "Socio-cultural youth types of modern Russia: ethnic and regional aspects", RFH number 08-06-00613a (2008–2010) "Models of ethnocultural youth adaptation in terms of the intensification of industrial development in the North (The Republic of Sakha [Yakutia])", RFH 07-06- 18025e (2007) "The Youth of the Indigenous Peoples of the Republic of Sakha (Yakutia) in a modern industrial city: problems of socio-cultural adaptation", RAS integration project 2006–2008 № 6.26 "The Socio-cultural adaptation of students in the Republic of Sakha (Yakutia) in the conditions of modern transformations (on the example of Yakutsk)".

Key words: state national policy, indigenous minority peoples of the North (IMPN) of Russia, demographic processes, family–marriage relations.

Introduction

The aim of the paper is to analyse the changes in family–marriage relations of the indigenous minority peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian

[1] The article is based on the research within the project "Youth 2015: Youth in transit countries (innovation potential, new content, new directions and new problems)". The project was funded by the National Science Centre, based on the decision № DEC-2013/08/M/HS6/00430.

Federation as a result of changes in state national policy. We focus in particular on the following tasks:

1) analysis of the dynamics of forming national policy with respect to the indigenous minority peoples of Siberia, the North and the Far East of Russia during the pre-Soviet, Soviet and post-Soviet periods;
2) investigation of the impact of the state paternalist national policy on the transformation of family–marriage values as well as on that of the family–marriage relations of the indigenous minority peoples of Russia.

The national policy during the pre-Soviet period

The history of the formation of the Russian state was associated with a rather motley ethno-cultural and ethno-linguistic picture. Like many other countries, Russia in the course of history repeatedly changed its internal policy towards its indigenous peoples. In general it can be noted that the ethnic groups in Russia have not been isolated.

The basic principle laid down in the model of government pursued by Russia, namely universalism, had been advanced in Byzantium. In accordance with this principle, anything that united people, but did not divide them, was considered important. That became the basis for the formation of the national idea. The fall of Byzantium and the feeling of continuity (in Russia), allowed Russia (Moscow) to call itself the Third Rome. That was actually borrowing the unifying idea of the "Roman" state based on Orthodoxy values. Thus, in Russia historically confessional identification was more important than ethnicity. Nationality as a category was not included in questionnaires during the first general census of the Russian Empire in 1897. It was first to appear in the 1920 census. Self-determination in pre-revolutionary Russia was expressed either by religion ("we are Orthodox") or on a territorial basis ("we are from Tver"). But even confessional identification did not limit an individual's identity to be the Emperor's servant. It did not interfere with the preservation of a specific and unique culture and language by different ethnic groups.

At the moment, the Russian Federation is one of the largest multi-national states established on a federal basis. Russian peoples were historically formed mostly on its territory. Therefore, regardless of their size and habitat, they are the indigenous peoples (of Russia) that played a significant role in the formation of Russian statehood. During the formation of a special state policy towards ethnic groups which required special assistance, the category of minority indigenous peoples was created. Before the reform by M.M. Speranski (1822), the policy of the authorities in relation to indigenous peoples was limited mostly to indirect management and the collection of state taxes – *yasaka* (tribute). The 1763 ruling by the *Yassachnaya* (Tribute) Commission did not interfere in the internal life of "native" communities and the charter in 1822 legally confirmed this principle of non-interference.

The aliens statute devised by the Siberian Governor – General Earl M.M. Speranski, meant a change of policy in relation to indigenous peoples. The principles of paternalism and self-government were implemented towards these peoples. That allowed the gradual alignment of the rights and the status of indigenous peoples and the Russian population. The socio-economic development of the so-called

yassak (tribute) aliens was carried out differentially depending on their rank ("settled", "nomadic" or "vagrant") (Kryazhkov 1999). The government encouraged the development of commodity–money relations by providing indigenous people with the right to free trade, to the selection of generic areas of land for personal use, for unrestricted movement up to a distance of five thousand miles away from their place of residence. The empowerment of indigenous peoples occurred while adjusting the Russian relations with "aliens". Import goods, such as "hot drinks" (spirits) were prohibited. The incomer population was banned from entering the domain of aboriginal communities and developing the mineral interests in these areas, as well as there being a ban on employment practised by aborigines. The result of this deliberate policy towards foreigners was the preservation of the ethnic identity of indigenous peoples. The tribal nobility was equated in status with the Russian agricultural management (elders and heads) and had the same powers in the administrative and legal spheres. "Foreigners" self-government carried out the function of control of the natives and defined the main directions of development with regard to their needs and interests. It was important that the founder came from the environment of the indigenous peoples. The Steppe Duma and foreign council, whose representatives were chosen directly by the indigenous population, basically functioned as self-governing bodies (Shtyrov 2012, p. 10–11).

Among the functions of "foreigners" self-government was the right to determine the property boundaries of communities based on the traditional concepts of aborigines, distribution of duties, collection of taxes, registration of the population, the suppression of the smuggling of prohibited goods, especially "hot drinks" (spirits). Civil cases were solved on the basis of common law, adapted by M. Speranski, and also came under the jurisdiction of local governments.

Thus, in relation to indigenous minority peoples, the Russian government pursued a policy of indirect rule: the state did not interfere in their everyday lives. The institution of the Governor-General was responsible for supervision over the steppe's Duma and foreign policy. As a result of this policy by the beginning of the 20th century the indigenous peoples of the Russian Empire had managed to preserve their ethnic and cultural specificity, traditional ways of economic and social organization. This enabled the peoples to preserve their ethnic identity.

After the October Revolution of 1917 the policy of involvement in the construction of socialism was adopted towards the indigenous minority peoples and other nations. This was supported by the practice of a paternalistic relationship with the state. This step was formally defined as peoples overcoming the primitive communal system. From 1925 the government approved the list of "minority peoples of the North", who received a special status, which meant that during the "socialist development" they had to achieve equality with the rest of the population of the USSR. Organizational and economic state action aimed to protect the indigenous peoples from predatory trading operations with newcomers from the "mainland", therefore, economic assistance was provided to aboriginal communities in Siberia. In addition to the general census, a special Circumpolar census (1926–1927) was carried out. It took into account all the reindeer, hunting and other trade economies of the indigenous northerners. A statistical account of the minority peoples of the North had begun. And this account is still active (Stepanov 2004).

Major changes of the state national policy during the Soviet period

The accelerated changes that were associated with the breaking of the traditional way of life had a negative impact on the original habitat of the indigenous population. However, it should also be noted that serious work took place in the field of education in order to preserve the culture and native languages of the Northern peoples. Thus, back in 1925 an institute was founded in Leningrad at the Leningrad Institute of the Northern State University. In the 1926–1927 academic year, the Northern branch of Leningrad State University (LSU) was transferred to the Central Institute of Existing Oriental Languages. Representatives of the Northern and Eastern nationalities of the USSR, as well as Mongolian and Tibetan students, were allowed to study at this faculty.

From 1929, the faculty began to prepare from the peoples of the North pedagogical staff for the northern national schools. Over the years, the Department of the Leningrad pedagogical Institute became known as the Department of the Peoples of the North and the Faculty of the Far North. From 1930, the Northern Institute became independent and received the name of the Institute of the Peoples of the North of the Russian Central Executive Committee (RCIC). The Institute conducted training for secondary and higher qualifications by soviet-party and cultural development, co-operative-farm work, industrial business for the North, as well as the training of researchers. The Institute of the North established a Research Association for the creation of a transcription system for the languages of the peoples of the North and the compilation of educational books in native languages. Currently, the institute is renamed the Hertsen RSPU Institute of the Far North. For more than 70 years the Hertsen RSPU has been the only institution in the world where teaching is conducted in 26 languages of the Indigenous Peoples of the North, Siberia and the Far East.

During the period of the Soviet Union from the 1920s until the late 1980s, the state national policy towards the indigenous peoples underwent changes. Until the 1930s there was a state-legal development of the «peoples of the Northern suburbs». This included the creation of national-territorial entities and the introduction of ethnic self-government (Temporary regulation 1926). The solution of the problems of the peoples of the North was part of a national policy (Decree of the Central Executive Committee 1924). Later intensified «Sovietization» associated with the implementation of state protection and pressure over all spheres of life for the peoples of the North. The result has been a shift from government peoples of the North to the public administration of these peoples (Shtyrov 2012, p. 10–11). An important part of the paternalistic practices towards the peoples of the North was the policy of state benefits. This manifested itself in the absence of government and commercial taxes for hunting and fishing and crafts. Revenues from these activities were not included in income subject to income tax. Such a practice was not carried out in relation to other ethnic groups in the USSR. Indigenous minority peoples were exempt from stamp duty on all documents, from single agricultural tax, from property tax on inheritance. Cooperative organizations of all kinds, in which representatives of the Northern peoples constituted at least 50 percent of all members, were exempt from direct taxes, income tax, and stamp duty.

Paternalistic government policy towards the Indigenous Peoples of the North in economic relations included logistical and financial support of the main forms of

management – state farms, concessional loans for economic activities, subsidies for reindeer herding, fishing, hunting and the state procurement of the products of traditional economies. The state funded the industrial investment programmes of state farms and the social programmes in the villages by applying federal investments (the construction of schools, clinics, clubs, boarding schools and so on), subsidized the cost of food and manufactured goods (Shtyrov 2012, p. 10–11).

However, the movement to establish collective, state farms markedly influenced the accommodation and living conditions of indigenous peoples. The paternalism of state policy manifested itself in the practice of moving aboriginal children, the elderly and women from remote parts of the nomadic herding, fishing and hunting areas into larger settlements, weaning children from their parents for an education in boarding schools. The campaign of transferring the nomadic population into sedentary and consolidated settlements caused a change in the traditional lifestyle of the North. The government periodically adopted resolutions on measures to promote the culture and economy of the North, which were supported by the development of the legal acts of ministries and departments.

After the collapse of the USSR, in the conditions of transition to the new market economy and the privatization of state property, the attempt to commercialize the traditional economy and the creation of national enterprises (peasant) farms, without targeted state support was doomed to failure (Shtyrov 2012, p. 10–11). The national companies and indigenous communities created by indigenous minority peoples were ruined not only because of competition, but also largely due to the continuous expectations of state support. The practice of paternalism (which had been forming for centuries, ever since the Russian imperial period) was no longer implemented in the post-Soviet period. As a result, hunting grounds, reindeer herding, fishing grounds were quickly passed on to new owners as a variety of commercial structures. This process was accompanied by the collapse of the medical, cultural, commercial, residential and transport infrastructure of the indigenous peoples of the North, by a catastrophic decline in the living standards, life expectancy reduced to 45–50 years, rising unemployment (more than 50% of the working-age population), a decline of real household income by several fold. Thus, from the socio-economic point of view the indigenous peoples of the North were on the verge of physical extinction, demographically they were at the brink of active depopulation processes; from a political point of view it alienated them from power and deprived them of the opportunity to participate in their own development issues.

The state national policy during the post-Soviet period

Changes in the state national policy during the course of market reforms in Russia contributed to the formation of a new understanding of the legal status of the indigenous minority peoples of the North. In the post-perestroika period the name "minority peoples of the North" was changed to "Indigenous Minority Peoples of the North", and their number was increased from 26 to 30 (by Resolution of the Cabinet of Ministers of the USSR and the RSFSR Council of Ministers 1991). The main goal of the state policy in relation to indigenous peoples at this stage was transition from paternalism to a partnership policy (From paternalism… 1998).

The Presidential Decree of April 22, 1992 № 397 "On urgent measures to protect the places of residence and economic activities of the indigenous minority peoples of the North" has allowed to engage (practice) in the issue of education (the establishment of territories) of traditional subsistence territories of the indigenous peoples of the North, which were the inalienable property of the people and were not to be alienated by industrial or any other development not associated with their traditional management. In the new Russian conditions the federal and regional legislation on the rights of indigenous minority peoples began to develop. In the 1990s an operational system for making legislative decisions in this area was created, which is still active.

One of the consequences, which was later officially recorded in the Constitution of the RSFSR, was the guarantee of the rights and freedoms of humans and citizens; rights and freedoms identified as the highest possible value (Article 2 of the Constitution), regardless of their ethnic or religious identity. Currently, a single list of the indigenous minority peoples of the Russian Federation includes 47 ethnic groups (IMP) (Resolution of the Government 2000), of which 40 have the special legal status of being Indigenous Minority Peoples of the North, Siberia and Far East of the Russian Federation (IMPN) (list of 2006). The indigenous minority peoples of the North, Siberia and the Far East include the: Aleuts, Alyutors, Vepsians, Dolgan, Itelmens, Kamchadals, Kerek, Chum, Koryak, Kumandins, Mansi, Nanai, Nganasans, Negidals, Nenets, Nivkhs, Orok (Ulta), Orochi, Sami, Selkups, Soyots, Basins, Telengits, Teleuts, Tofalars, Tubalars, Tuva-Todzhu, Udege, Ulchi, Khanty, Tchelkans, Chuvans, Chukchi, Chulyms, Shor, Evenki, Evens, Entsi, Eskimos, Yukagirs. These peoples are settled on the territory of 28 areas of the Russian Federation (the Republic of Altai, Buryatia, Karelia, Komi, Sakha [Yakutia], Tuva, Khakassia, Altai, Transbaikalia, Kamchatka, Krasnoyarsk, Primorye, Khabarovsk Krai, Amur, Vologda, Irkutsk, Kemerovo, Leningrad, Magadan, Murmansk, Sakhalin, Sverdlovsk, Tomsk, Tyumen region; Nenets, Khanty-Mansiysk [Yugra], Chukotka, Yamal-Nenets Autonomous District).

According to the 2010 census the number of Indigenous Minority Peoples of the North, Siberia and the Far East amounted to a total of 257 895 people. The most numerous peoples of the indigenous minorities are the Nenets (44,640), Evenki (38,396), the least numerous being the Kerek (4), Entsi (227), Orok (295) (National composition of the population of Russia 2010).

The traditional lifestyle and preservation of the aboriginal environment requires the state to protect indigenous peoples. Obtaining the status of an indigenous minority people ensures special state support and legal protection.

This is guaranteed by the Constitution of the Russian Federation, which is guided in its relations to indigenous minority peoples by the generally recognized principles and norms of international law and international treaties of the Russian Federation (Article 69). With regard to the protection of the native habitat and traditional way of life of ethnic minority communities there are additional possibilities for the development of bylaws regulating citizens of the Russian Federation (item "m" of Article 72). But the development of all legislations should be made on the basis of paragraph 2 of the Constitution, which guarantees the protection of freedom and human rights, as enshrined in Article 18.

The effect of the state's paternalistic policy on the transformation of family–marriage relations within the indigenous minority peoples of the Russian North

Of course, many people in Russia would evaluate positively the results of national policy towards indigenous peoples in the past twenty years. Also, judging by the number of laws aimed at improving the socio-economic status of this group within the population of Russia as a whole a lot of work has been done. But the hardest thing is that improvement of this status is almost impossible to be controlled by means of law, but can be achieved only through the preservation of the spiritual culture of the people – through the preservation of the family.

One of the factors in the preservation of ethnic identity is the knowledge of one's native language. But the effectiveness of the measures undertaken by the state-level regulation of the education system depends not only on the content of the educational programmes and ethno-cultural fullness of the educational environment.

One's native language, being the backbone of any ethnic culture, does not reflect all aspects of ethnicity. The restoration of native languages as a means of communication also involves the restoration of their ethno-cultural context, including the communicative environment of the family. In order to preserve the native language of the Indigenous Peoples in the Republic of Sakha (Yakutia), the Federal government standard for educational institutions of Indigenous Peoples was approved in 2011, which included the school subject "The native language of indigenous minority peoples and literary reading", which is obligatory. The training programme also includes academic subjects recommended for study as subjects which permit a consideration of regional and ethno-cultural features within the basic educational programme – "The Culture of the Republic of Sakha (Yakutia)", "Traditional knowledge of indigenous peoples of the Republic of Sakha (Yakutia)". Other regions are also introducing subjects reflecting their ethno-regional specificity. In the schools of Kamchatka Krai, Yamal-Nenets Autonomous Okrug, Taimyr (Dolgan–Nenets) the municipal district of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug (Yugra) children learn native language, about the culture and way of life of the peoples of the North, the history of their native land, the literature of the North, crafts (the basics of hunting, reindeer herding, fishing, dog sledding), arts and crafts, national sports. Along with this demand for exploring northern youth is also required to learn the dance and folk music of the North (Gashilova 2012).

It is important to note that in modern Russia the most important element in the ethno-regional systems of education should be multicultural education, involving introducing children to the culture of not only native, but also other ethnic groups, as well as the formation of communicative culture of tolerance. And in this regard the measures taken at the state level can affect mainly the socio-economic issues, but will not be successful without the awareness of the indigenous people of their responsibility for their own future.

Territories can be fixed. Government can subsidise traditional farming, thus giving it economic support. But no one can force the representatives of indigenous minorities to go back to their traditional way of life, if they no longer feel the need for it. For example, one measure of complexity in the demographic situation is the declining birth rate. Kharyuchi notes positive developments, "the population of the

Indigenous Minority Peoples of the North, Siberia and the Far East has increased by 2.7 percent from 2002 to 2010. But this growth has been very uneven across regions of Russia" (Kharyuchi 2012). Comparing this increase in the number of indigenous peoples (26 nations) with the period 1989–2002, we can see that it dropped from 15.1% to 4.3% in years 2002–2010.

This figure is an average. In the Russian regions there is continuous population growth, for example in the Republic of Buryatia, Sakha (Yakutia), Republic of Khakassia, Tyumen and the Magadan region, Chukotka Autonomous Okrug. Unfortunately censuses cannot identify what causes increase in the population number. The reason may be the increase in the birth rate, as well as the change of the ethnic identity of the descendants of mixed marriages. We can only say that the main reason for the change of ethnic identity is the creation of favourable socio-economic and cultural conditions in one region and their absence in the other.

Of course we can note, that the post-Soviet period was difficult for all groups in Russia, including ethnic groups. But we believe that the paternalistic practices against the indigenous peoples of the USSR period did not affect their socio-economic development as much as they damaged the demographic settings and preservation of family roles. Indeed, indigenous minority peoples are traditionally associated primarily with the preservation of family traditions, and a predisposition for having a large number of children.

The transformation of traditions and life values of the youth of the indigenous minority peoples of the North with respect to family

Materials gathered from a survey conducted in the Republic of Sakha (Yakutia) in years 2008–2010 (Abramova et al. 2011), including indigenous representatives (the total number of people surveyed was 3642, aged between 15 to 30, of which 300 were representatives of indigenous minority peoples), revealed a trend amongst youth to move away from traditional notions of the need for a marital relationship, and the preservation of traditional family roles (tab. 1).

Tab. 1. Attitude of young people towards the preservation of traditions of indigenous minority peoples (IMPN) in the family–marital sphere, %

Attitude towards traditions in the family–marital sphere	IMPN		Republic of Sakha (Yakutia)	
	Men	Women	Men	Women
Keeping the traditional division of responsibilities in the family: a woman should be the guardian of the hearth and the man should be the earner	78	66	77	53
Preservation of traditional family values: to have a wife (husband), children, and have a registered marriage	60	46	55	49

Thus, the idea of a woman as the homemaker and a man as the provider is more typical for both men of the RS (Y), and the representatives of the indigenous peoples living in the republic. But women are already becoming more emancipated. For example, amongst the women of IMPN only 46% said that it is important for them to have a husband, children and have a registered marriage.

We compared these data with the answers to more specific questions about the meaning of certain aspects of life for young people in the RS (Y) (tab. 2).

Tab. 2. Life orientation of youth in the RS (Y), %

Life orientation of youth	For the modern woman it is very important				For the modern men it is very important			
	IMPN		Republic of Sakha (Yakutia)		IMPN		Republic of Sakha (Yakutia)	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
To have a family	83	72	84	78	96	81	77	63
To have children	79	69	81	79	87	60	72	55
To be married	66	46	68	50	70	44	59	40
To have a job	83	95	70	92	96	98	94	95
Profession	85	93	73	89	96	98	90	86
To have high earnings	76	87	69	87	91	100	96	98

With regard to the importance of having a family for modern men, only 63% of women of Sakha (Yakutia) agreed with this assumption. This fact probably reflects the perception of the actual situation with regard to marriage. Women also responded negatively about the desire of modern men to have children, only 55% suggested that it is very important. These findings echo the results of the survey of the modern man's desire to be married – only 40% of all women surveyed in RS (Y) and 44% of the indigenous minority peoples said that for men it is very important. At the same time, the high value of work, a profession and high earnings become more common for young men and women.

Family–marriage relations

Of course the results of the survey could show a specific emerging situation, if it were not for the results of the last census in 2010 in Russia. These results showed that the trend for increasing numbers of men and women in wedlock is characteristic not only for "large ethnic groups", but also for indigenous minority peoples (fig. 1) (Age and gender composition… 2004, p. 300–301; Indigenous minority peoples… 2005, Tab. 5, p. 142, 144, 148, 154, 156; Results census… 2010, T. 2, Tab. 5, p. 294; T. 4, Tab. 12, p. 814, 832).

In fact, they confirmed not so much the existence of this trend, but rather the existing consequences of the transformation of family–marriage relations.

As an example, to analyze the situation, we chose two regions of Russia – the Republic of Sakha (Yakutia) (RS (Y)) and the Yamal-Nenets Autonomous Okrug (Yamal). For the research, we selected the Evenki and Evens from the RS (Y) and the Khanty and Selkups from Yamal.

Previously, from 1994 to 2002, there had been an increase in the proportion of people who did not have a registered marriage within the total number of married persons. In the Republic of Sakha (Yakutia) it was from 7.5% to 13.1%, and in Russia as a whole – from 6.5% to 9.8% (Marital status... 1995; Age and gender composition... 2004). The growth rate of this indicator in the Republic of Sakha (Yakutia)

was 75% and in Russia as a whole – 51%. Among all young people aged 16–29 this indicator was higher in 2002 in the Republic of Sakha (Yakutia) when compared to Russia as a whole. Among men, the proportion of unregistered marriages among all marriages was 21.5%, among women – 21.2% (Marital status... 1995; Age and gender composition... 2004), and in Russia as a whole – 18 and 17.4% (Marital status... 1995; Age and gender composition... 2004) .

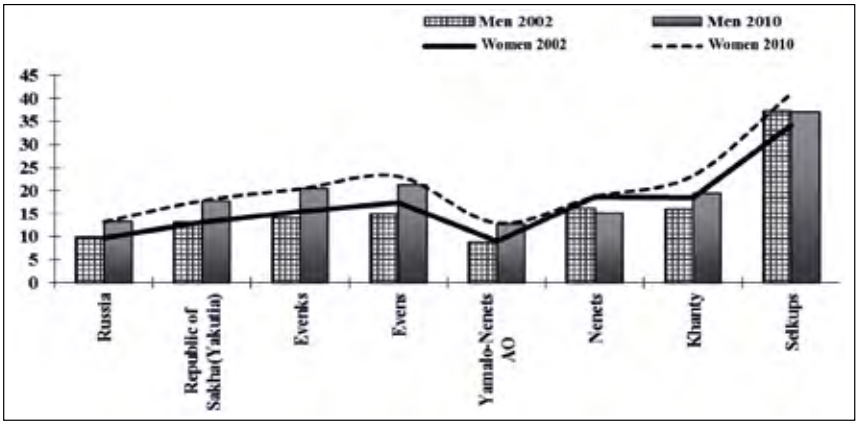


Fig. 1. In unregistered marriages, % of the married population

These results can be explained by the fact that the official registration of a marriage is uncommon among the indigenous minority peoples. But in that case how can one explain the tendency that is forming for a reduction in the number of unmarried men? (fig. 2) (Age and gender composition... 2004, p. 300–301; Indigenous minority peoples... 2005, Tab. 5, p. 142, 144, 148, 154, 156; Results of population... 2010, T. 2, Tab. 5, p. 294; T. 4, Tab. 12, p. 814, 832; National composition... 1993, p. 7, 38, 94; 1989 USSR Population... 1989).

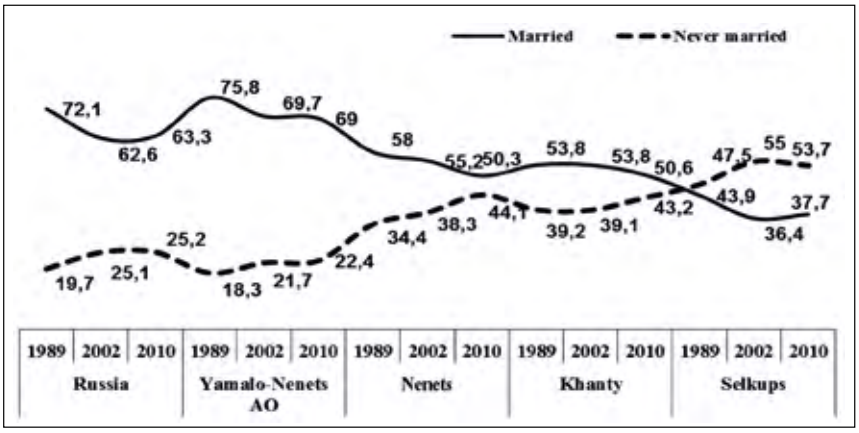


Fig. 2. Married and never-married men, Russia and the Yamal-Nenets Autonomous District, the entire population, %

With respect to Russia as a whole, the proportion of unmarried men between 1989 and 2010 showed a positive trend to a level of stabilization from 2002. On Yamal the proportion increases, albeit slowly. If we consider a particular ethnic group, for example the Nenets and Khanty, it continues to grow.

For comparison, in the RS (Y) the trend is the same (fig. 3), despite the huge number of activities implemented by the government of the republic (Age and gender composition... 2004, p. 300–301; Indigenous minority peoples… 2005, Tab. 5, p. 154, 156; Results of census… 2010, T. 2, Tab. 5, p. 294; T. 4, Tab. 12, p. 832; The size and composition... 1993, p. 22–23, 48–49; 1989 USSR Population… 1989).

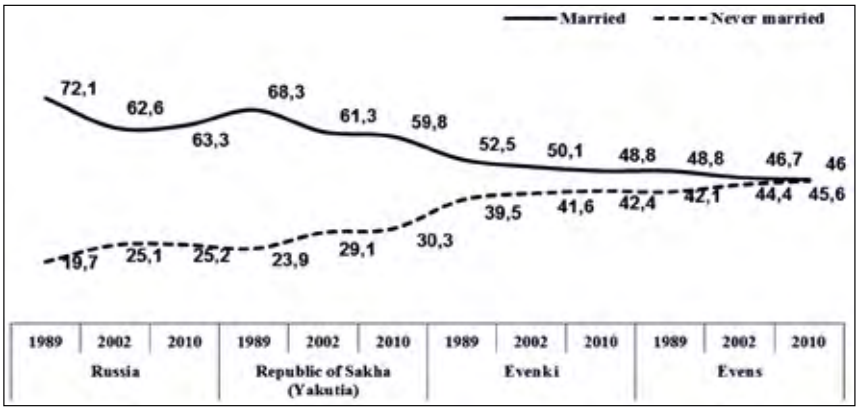


Fig. 3. Married and never-married men, Russia and the Republic of Sakha (Yakutia), the entire population, %

Analysing the causes of the failure of measures to preserve the culture of indigenous minority peoples, the Deputy Chairman of the State Assembly (Il Tumen) of the Republic of Sakha (Yakutia), president of the Association of Indigenous Peoples of the Republic of Sakha (Yakutia) Krivoshapkin proposes the creation of an Ombudsman for the rights of indigenous minority peoples of the North, and also considers it necessary to draw in activists and social organizations of indigenous minority peoples, who would "at different levels consistently raise issues of improving legislation for the indigenous peoples of the North, Siberia and Far East" (Krivoshapkin 2012). Thus again at the centre of the problem are raised the questions of RIGHT, but not RESPONSIBILITY.

Krivoshapkin also proposes the sharing of experiences with organizations (established on a voluntary basis) of Indigenous Peoples of the United States, Canada, Denmark (Greenland), and the other Nordic countries: "Special attention should be paid to the legislative support of land relations, compensation for natural resources, which is practiced in these countries" (Krivoshapkin 2012). But the question of the exchange of experience in culture preservation, does not raise the matter of family traditions somehow, although the tendency to revise the attitude towards family and responsibility in the upbringing of children in Indigenous Minority Peoples was the case not only for urban youth, but, alas, for villages too (fig. 4–5) (Age and gender composition... 2004, p. 300–301; Indigenous minority peoples... 2005, Tab. 5, p. 142,

144, 148, 154, 156; Results census... 2010, T. 2, Tab. 5, p. 294; T. 4, Tab. 12, p. 814, 832; National composition... 1993, p. 22–23, 48–49; 1989 USSR Population… 1989).

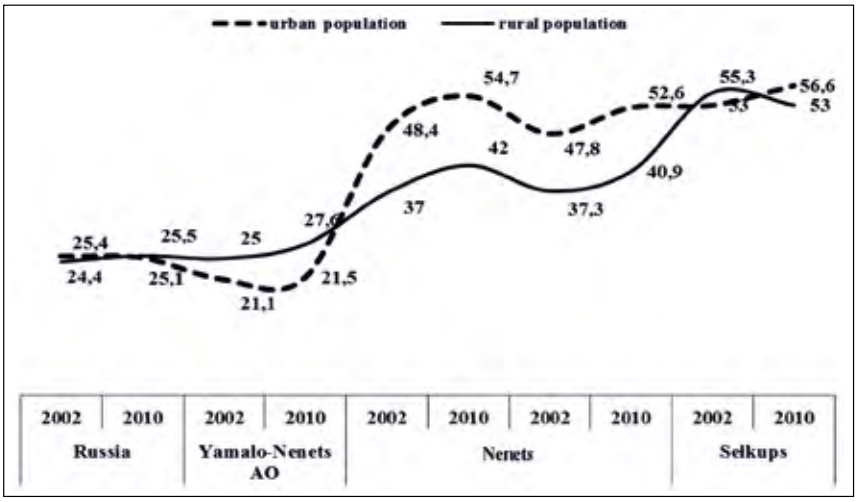


Fig. 4. Men who have never been married, from the urban and rural population of Russia and the Yamal-Nenets Autonomous Okrug, %

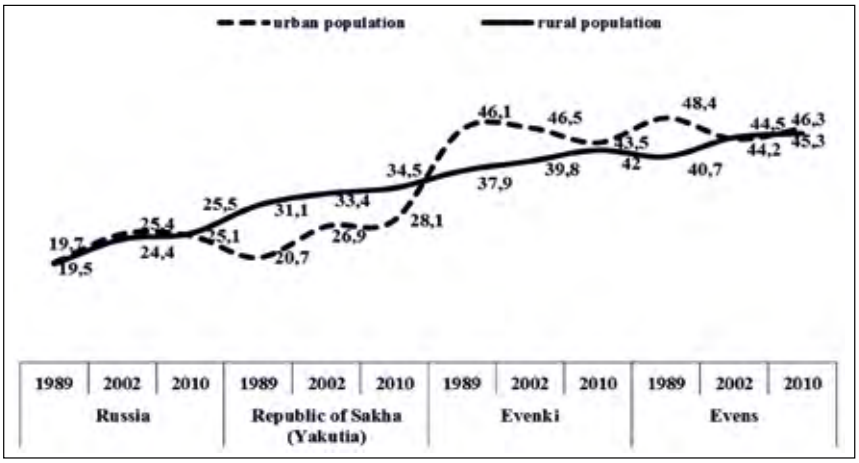


Fig. 5. Men who have never been married, from urban and rural Russia and the Republic of Sakha (Yakutia), %

Occupational employment and family values

Professional employment and education also cause for young people a change in family traditions. Thus, compared with 1990 the number of the indigenous

population employed in the RS (Y) decreased in 2009 by 32.7% among the Chukchi, by 17.5% among the Evenki, by 13.6% among the Evens, and by 10% among the Yukagirs. Receiving their education in a boarding school, many descendants of indigenous minority peoples do not want to engage in their cultural crafts. As noted by Gubarev, the member of parliament for the Republic of Sakha (Yakutia), chairman of the Standing Committee of the State Assembly (Il Tumen) of the Republic of Sakha (Yakutia) on the Arctic issues of indigenous minority peoples, from 1990 to 2009 the number of employed representatives of Indigenous Minority Peoples in construction decreased threefold, in trade, public catering, material supply and procurement – by more than twice, in forestry (2.3 times), while in agricultural and fishing sector – by 36%. At the same time in 2009, compared with the previous year, the unemployment rate significantly increased in the Arctic encampments: Ust-Yanskiy – 16.5%, Even-Bytantayskiy – 15.3%, Oimyakon – 14.1%, Oleneksky – 13.7%, Anabarskiy – 13.3%. Overall, in these encampments, according to the Department of the Federal Employment Service, 3168 people applied to the unemployment agency, including young people aged 16–29 years (1531 people), or 48.3% of the total unemployed (Gubarev 2012, p. 122–123).

Gubarev sees the high demand for each declared vacancy as the main reason for high unemployment in the Arctic and northern encampments. The number of unemployed people in the indigenous encampments, as of January 1st 2012, amounted to 4440 people. The second reason is the imposition of tuition fees, the complexity of the financial situation of the parents, who are unable to provide for their children during their education at vocational secondary schools or university, as well as the lack of interest amongst industrial enterprises and agencies in the training of the indigenous population. In places of high population density of indigenous minority peoples, less than one-third of the total number of employees have received a professional education. In Northern settlements there are not enough specialists with higher education – teachers in core subjects, health workers, cultural workers, specialists in agriculture.

Thus, the possibilities for men to provide financial support for their families are lost, which immediately affects their attitude to their roles and the roles of their potential spouses, and generally leaves a marked effect on the desire to take responsibility, formalizing their marriage. Comparisons across ethnic groups of the share of unmarried men in censuses of 2002 and 2010 demonstrate a tendency for an increase in the proportion of the latter (fig. 6) among Yukagirs, Udeghes, Khanty, the Nenets, Chuvans, Dolgan, Selkups, Evens, Evenks, Ents, Chukchi and Orochs (Census results... 2010, T. 4, Tab. 26; Indigenous peoples... 2005, Tab. 4, p. 48–133).

Interestingly, the analysis of marriage for women revealed a discrepancy when compared to the above situation. So among these ethnic groups, only for Yukagirs, Nenets, Dolgan, and Chukchi Evens women – was the marriage situation similar (fig. 7) (Results census... 2010, T. 4, Tab. 26; Indigenous minority peoples... 2005, Tab. 4, p. 48–133).

As a result, we can conclude that either there are fewer Udeghes, Khanty, Chuvans Selkups, Ents and Orochs women than men, or they create ethnically mixed marriages.

Of course it is also possible that marriages without registration are becoming more common among the population, which is indirectly evidenced by the increased number of children born out of wedlock. For example, in the Republic of Sakha (Yakutia), the proportion of children born to women (regardless of their ethnicity), not

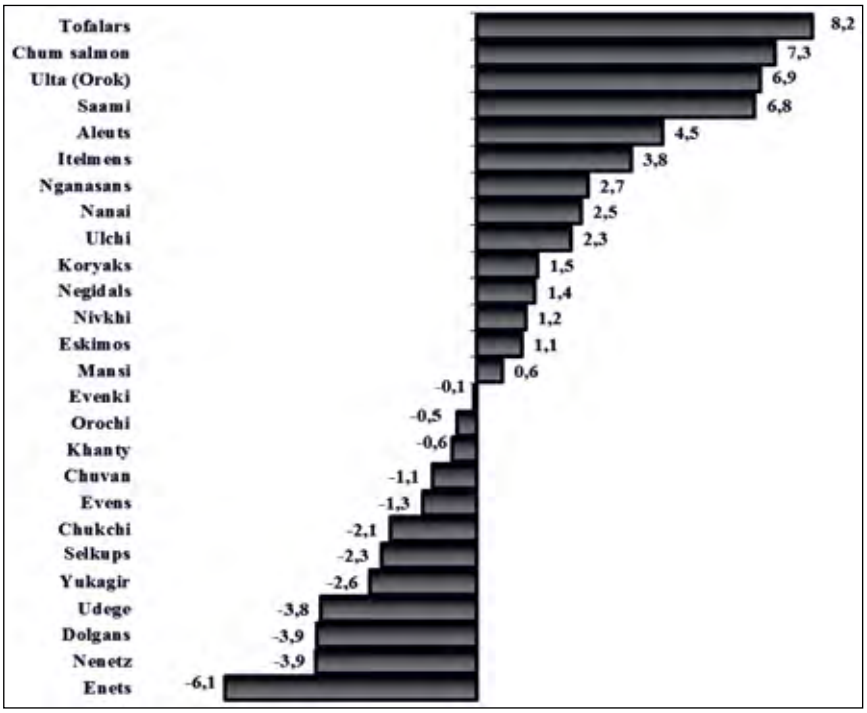


Fig. 6. Difference between never married men in 2002 and 2010 Censuses, %

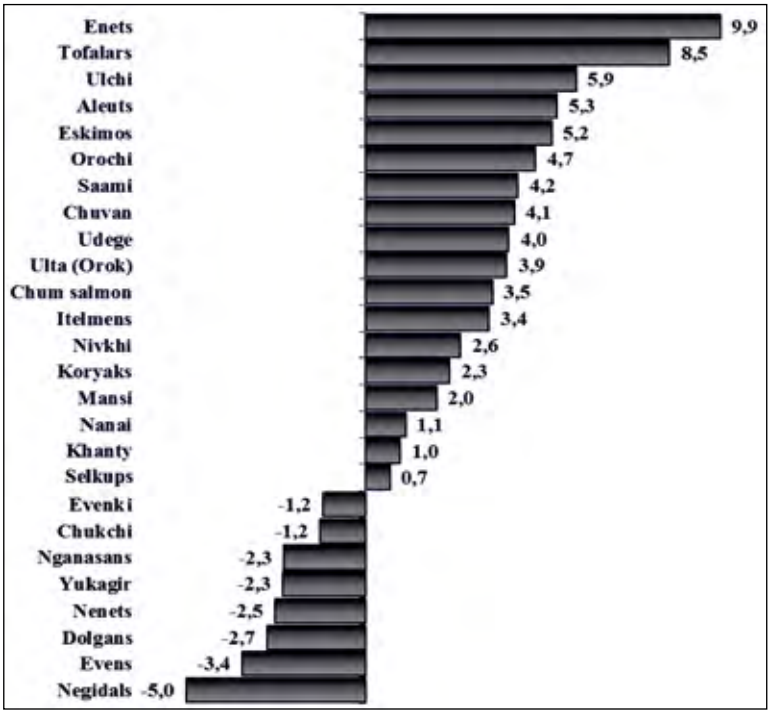


Fig. 7. Difference between never married women in 2002 and 2010 Censuses, %

in a registered marriage (the total number of births), for the period 1990–2009 increased by 2.2 times (from 17.9 to 38.6%), while in Russia as a whole, this index increased 1.8 times (from 14.6 to 26.1%) (Demographic Yearbook... 2010, p. 166, 171; Demographic Yearbook... 1995, p. 203, 211). It should be noted that the difference between the values of these parameters at the beginning of the period amounted to 2.3%, and at the end they already accounted for 12.5%.

Fertility

An upward trend in extra-marital births is not the only one. The attitude towards the desired number of children in the family has also changed. Comparison of the number of children born to a woman from a group of indigenous minority peoples based on censuses showed that there is a downward trend in the number of women who gave birth to four or more children and increase in the number of women who gave birth to 1 child (fig. 8) (Results census... 2010, T. 4, Tab. 36, p. 2776–2797, 2842–2843; Indigenous minority peoples... 2005, Tab. 14, p. 494–556).

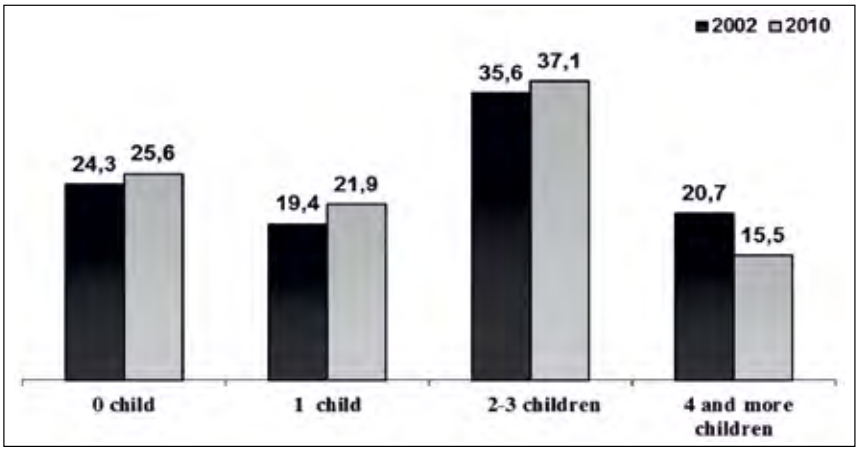


Fig. 8. Number of babies born to women of Indigenous Minority Peoples, 2002–2010 – the entire population, %

There are still exceptions in the groups of the Orochs, Ents, Aleuts, Orok and Chukchi. The maximum increase in the number of women who gave birth to 1 child (8.7%) is among the Ket (fig. 9) (Results census... 2010, T. 4, Tab. 36, p. 2776–2797, 2842–2843, 2798–2841; Indigenous minority peoples... 2005, Tab. 14, p. 494–556).

Let us note that the tendency towards a reduction in the number of children born to representatives of indigenous minority peoples is influenced by the type of settlement. In 2010 the number of children per 1,000 women for a given group was on average 1880. While in urban areas this figure was 1444 being 669 lower than in rural areas, it amounted to 2113. In urban areas there is a reduction in the number of women with 4 or more children (12.9%) and an increase in the number of those who have no children (by 8.4%) (fig. 10) (Results of census... 2010, T. 4,

Tab. 36, p. 2776–2797, 2842–2843; Indigenous minority peoples... 2005, Tab. 14, p. 494–556).

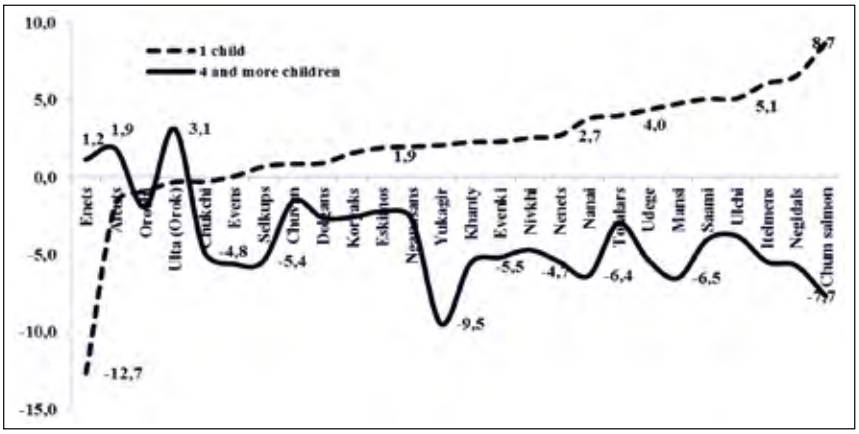


Fig. 9. Change in the number of women by number of children born during the period 2002–2010, %

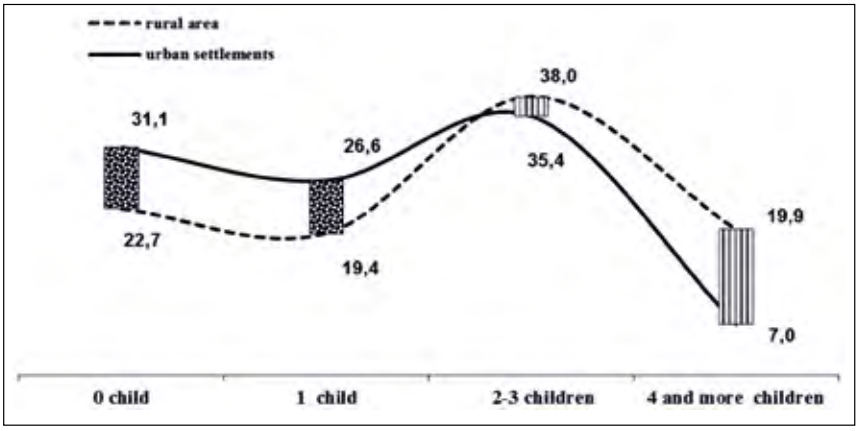


Fig. 10. Distribution of women of the indigenous minority peoples by the number of children ever born, depending on the type of settlement, 2010, %

Conclusions

The analysis of the dynamics of the formation of national policy with respect to the indigenous minority peoples of the Russian North showed that the Soviet period was characterized by a paternalistic state participation in the life of ethnic groups, which was manifested in the following:

– the establishing of a boarding-school system of education for their children, while those who finished school were endowed with privileges to enter colleges and universities;

– the establishing of a system of additional payments and privileges to organize a life-support system within the conditions of a traditional mode of life.

The measures used to ensure the sustainable development of indigenous minority peoples had a negative effect on family–marriage relations because the separation of children from their families and their education in boarding schools did not allow them to internalize the values of living a traditional life from childhood as they were quite simply away. Transition to a settled mode of life affected not only economic fundamentals but also had an impact on the structural characteristics of families, which were in fact conditioned by the formation of two places of residence. In general, this fact also affected the revision of gender roles as well as family and marriage values. Changes in the socio-economic and socio-political situation in the country during the post-Soviet period, which were connected with the transition to market relations, complicated the continuation of the state's paternalistic policy in the first decade of the 21st century. But then the extension of the list of ethnic groups in need of the state support showed that the state's paternalistic intentions in respect to these people remained the same. In this connection one can suppose that the negative trends in the transformation of family–marriage relations, the reduction of the values of family and marriage that are manifested in the growth of unregistered marriages and the decrease in registered marriages, as well as the growth in the number of men who were never married, and the growth of the number of children born out of wedlock, will only become aggravated.

Amidst the fierce debate about the protection of indigenous peoples' rights to land, to a traditional way of life, preserving a record of ethnicity in their passports, tax benefits, it is important to realize that one of the main tasks of all these measures is to increase the number of indigenous minority peoples, creating conditions for maintaining the culture of the indigenous minority peoples. But neither the state, nor human rights organisations or the social welfare authorities can do this for them.

Preservation of the traditional way of life under the influence of global trends is of course difficult and to resist or reject these trends within the life-style behaviour of different generations of Indigenous Minority Peoples is extremely difficult. Many children who grew up in boarding schools, once acquainted with modern technology, no longer want to go back to the activities of their parents. At the same time, not all of the older generation considers this a tragedy. There are those who, on the contrary, seek to send their children to the town where they would live a different, "better" life. But no matter which future life model the younger generation chooses, it is important that a responsible attitude towards family, children and spouses is formed from childhood. And it is only by means of maintaining the spiritual culture of the ethnos, an important component of which are the traditional values of family and marriage, that this problem can be resolved.

References

Abramova M., Goncharova G.S., Kostyuk V.G. (2011). *Sociocultural adaptation of youth of the North in the conditions of current transformations.* Novosibirsk: Nonparel, p. 330.

Age and gender structure and marital status. (2004). M: IPC «Statistics of Russia», p. 416 (Results of the 2002 population census: 14 I, Federal government statistics service, Vol. 2).

Basic results of population census of 2002. (2005). M: IPC «Statistics of Russia», p. 493 C. (Results of the 2002 population census: 14 I, Federal government statistics service, T. 14).

Decree of the Central Executive Committee dated June 20, 1924 "On organization of the government assistance Committee of the peoples of the Northern outskirts" // SU RSFSR. 1924. № 57. Article 556.

Demographic Yearbook of Russia. (1995). Stat. Proc. M.

Demographic Yearbook of Russia. (2010). Stat. Proc. M.

Gashilova L.B., Nabok I.L. (2012). *Ethno-regional education in the North: ways of development and modernization of the current state and ways for development of the indigenous minority peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation,* p. 191–202. [online:] http://www.council.gov.ru/media/files/41d44f244940b60fdf20.pdf

Gubarev V.N. (2012). *Solutions to the problems of employment of indigenous peoples of the North of the Republic of Sakha (Yakutia). Modern state and ways of development of the indigenous minority peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation,* p. 119–125. [online:] http://www.council.gov.ru/media/files/41d44f244940b60fdf20.pdf

Indigenous minority peoples of the Russian Federation. (2005). M: IPC «Statistics of Russia», p. 574 (Results of the 2002 population census: 14 I, Federal government statistics service; V.13).

Kharyuchi S. (2012). *Historical background and current trends of development of indigenous minority peoples of the North, Siberia and Far East of Russia. Modern state and ways of development of the indigenous minority peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation,* p. 33–44. [online:] http://www.council.gov.ru/media/files/41d44f244940b60fdf20.pdf

Krivoshapkin A.V. (2012). *The practice of legislative support of the organization and activities of the communities of the indigenous peoples of the North and their traditional economic activity in the Republic of Sakha (Yakutia). Modern state and ways of development of the indigenous minority peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation,* p. 33–44. [online:] http://www.council.gov.ru/media/files/41d44f244940b60fdf20.pdf

Kryazhkov V.A. (1999). *Status of numerically minority peoples of Russia. Legal acts (book two*), p. 8–26.

List of indigenous numerically minority peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation, approved by decree of the Government of the Russian Federation of April 17, 2006 № 536 p // Sz RF. 2006. № 17. Article 1905.

Marital status and fertility in Russia. According to micro census population 1994, Statistical digest (1995). Goskomstat of Russia, p. 283.

National composition of population of Russia – proceedings of all-Russia population census 2010. [online:] http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/Documents/Vol4/pub-04-01.pdf

Pilyasov A.N. (ed.). (1998). From paternalism to partnership: the construction of new relations of peoples of the North and the government. Magadan, p. 198.

Resolution of the Cabinet of Ministers of the USSR and Council of Ministers of RSFSR of March 11, 1991, № 84 "on additional measures to improve socio-economic conditions of life of the indigenous peoples of the North in the years 1991–1995" // of USSR, 1991, № 7–8. Article 31.

Resolution of the Government of the Russian Federation from March 24, 2000, no. 255 "On the Unified list of indigenous numerically minority peoples of Russian Federation" // Sz RF. 2000, № 14. Article

Results of the all-Union population census of 1989 // USSR Population Census. 1989 (CD-ROM).

Results of population census 2010. [online:] http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/Documents/Vol2/pub-02-05.pdf

Shtyrov V.A. (2012). *State policy in the field of sustainable development of indigenous peoples of the North, Siberia and Far East of Russia. Modern state and ways of development of the indigenous minority peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation,* p. 8–23. [online:] http://www.council.gov.ru/media/files/41d44f244940b60fdf20.pdf

Size and composition of the population peoples of the North. According to the 1989 population census. M: RIIC. 1993. T. II. Part I. p. 436.

Stepanov V. (2004). *Century Russian experience of ethnic statistics indigenous peoples of the North. UN Workshop on data collection and disaggregation for indigenous peoples.* New York, 19–21 January 2004. [online:] http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/pfii/Datacoll%20Stepanov%20(Russian).htm

Temporary regulation on management of native Nations and tribes living in Northern areas; approved by the decision of the Central Executive Committee and the CPC of December 25, 1926. SU RSFSR. 1926. № 73. Article , p. 575.

Rdzenne mniejszości narodowe Rosji: zmiany w polityce narodowej, transformacje w relacjach rodzinnych i małżeńskich

Streszczenie

Artykuł omawia dynamikę formowania się polityki władz Rosji w odniesieniu do rdzennych ludów Północy. Analiza konsekwencji protekcjonistycznej polityki Związku Radzieckiego oraz warunków życia w okresie post-sowieckim umożliwia zrozumienie współczesnych trendów w sferze przemian wartości rodzinnych i małżeńskich – relacji rodzinnych, które wywierają wpływ na liczebność omawianych ludów oraz zachowanie przez nich rodzimej kultury.

Na podstawie porównania danych dotyczących płodności i małżeństwa w Rosji oraz w Republice Sacha (Jakucja) i w Jamalsko-Nienieckim Okręgu Autonomicznym w wybranych zbiorowościach ludności rdzennej badaczki doszły do wniosku, iż istotne są nie tylko zagadnienia ochrony praw ludów rdzennych, ale także zachowanie tradycyjnych ról kobiet i mężczyzn, tradycji rodzinnych oraz tworzenie odpowiedzialnych postaw w stosunku do instytucji małżeństwa. Analizę ilustrują dane spisów powszechnych przeprowadzonych w Rosji w latach 1989, 2002 i 2010, jak również materiały z badań socjologicznych przeprowadzonych w Republice Sacha (Jakucja), grant RHF RHF N 12-03-00546a (2012–2013) „Społeczno-kulturowe portrety młodzieży we współczesnej Rosji: aspekty etniczne i regionalne", RFH nr 08-06-00613a (2008–2010) „Modele etno-kulturowej adaptacji młodzieży w warunkach intensyfikacji procesów industrializacji na Północy (Republika Sacha [Jakucja]), RFH 07-06- 18025e (2007) „Młodzież ludów rdzennych w Republice Sacha (Jakucja) we współczesnym mieście przemysłowym: problemy adaptacji społeczno-kulturowej", projekt integracyjny RAS 2006–2008 № 6.26 „Adaptacja społeczno-kulturowa studentów w Republice Sacha (Jakucja) w warunkach nowoczesnej transformacji (na przykładzie Jakucka)".

Słowa kluczowe: polityka Rosji, rdzenne ludy Północy, procesy demograficzne, relacje rodzinno-małżeńskie

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 141–155

Anton Lisnik
Catholic University in Ruzomberok, Poprad, Slovakia
Katarina Greňová
Clinic of Children TB and Respiratory Diseases, Srobar Institute of Children Tuberculosis and Respiratory Diseases, Dolný Smokovec, Slovakia

Elimination of social inequalities as a prerequisite for reducing the risk of infectious diseases

Abstract

The health of the population is one of the key factors in the development of society. Apart from the personal responsibility of individuals for their own health, the latter is also the responsibility of the state, not only in relation to its citizens, but also within the context of globalization and in relation to other international communities. The basic determinants of an individual's health and that of the whole of society include in addition to lifestyle, the genetic basis of health and socio-economic conditions. It is hard to find a society in which all its members were to have optimal living conditions and equal access to social resources. The result is social inequalities, as well as the emergence of inequalities in the health status of the population. Some diseases have already been labelled social diseases (especially infections), as they have been most prevalent in countries with a low standard of living. Social conditions and lifestyle affect the health of individuals while increasing the risk of infectious diseases in these social groups. Therefore, even in the 21st century, widespread infectious diseases typical for the past century exist, for example tuberculosis, which is considered the best-known and most prevalent infectious disease. There is a link between the health inequalities of individuals and public health, because the greater the inequality, the worse the health of the population as a whole. The article deals with social inequalities and their removal aimed at reducing the risk of the spread of infectious diseases with emphasis placed on tuberculosis. The basic method was content analysis of the available subject literature, and the analysis and synthesis of statistical data.

Key words: society, social inequality, health, infectious diseases, tuberculosis

Introduction

Despite the fact that Slovakia is a country with an increasing number of cases of infectious diseases, with currently existing infectious diseases that are prevalent among population groups with low social status and low standard of living, tuberculosis, which had previously been the most widespread disease, transmitted even today in the world, in Slovakia is widespread among the homeless, refugees, as well as antisocial elements and members of the Roma ethnic group. In the past period compulsory vaccinations against TBC were abolished, sparking concern among the majority population, especially from those regions of Slovakia with a large Roma population.

According to recent data from the Atlas of Roma Communities: in the Banská Bystrica region 25% of the total population are the Roma, in the Prešov region 23%, and in the Košice region 24%, compared to Bratislava and the Žilina region, where the Roma make up only 2% of the population (MV SR 2013). The high concentration of the Roma in those regions also means the increased risk of the spread of infectious diseases; confirmed in the case of tuberculosis where most cases of the disease are amongst the Roma population from the Prešov and Košice regions. For these reasons, most activities within the EU-wide fight against TBC develop in these regions, and the state should take measures to prevent the spread of TBC. For example, the children of these risk groups are continually vaccinated against TBC and take such measures within social policy to prevent a further decline in living standards, as well as increasing the risk to the public health of the population.

Tuberculosis

Tuberculosis (TB) is caused by bacteria (*Mycobacterium tuberculosis complex*, which includes *M. tuberculosis*, *M. bovis* and *M. africanum*) transmitted from an infectious source to susceptible persons primarily through the air (e.g. through coughing). Most infected persons do not experience the clinical illness, but are usually asymptomatic and non-infectious. Infection can persist for years, and infected persons can remain at risk of developing clinical TB, especially if the immune system becomes impaired (Miškovská 2009).

The first reports on tuberculosis come from the times when people created the first permanent settlements. The earliest reports on the existence of tuberculosis were adequately proved by K. Pfaff in 1904, when a skeleton of the late Stone Age (6000 to 2000 BC) appeared in Heidelberg, revealing pathological changes to the upper thoracic spine, which were called spondylitis tuberculosis. It was to take many centuries before the first comprehensive picture of "ftisis" (the former term for tuberculosis) was provided. Before this, physicians had referred to Hippocrates Corpus Hippocraticum, which gives a description of the symptoms of the disease such as coughing, coughing up blood, fever, sweating and explains the genesis of the tuberculosis humoral concept. Galen defined "ftisis" as pulmonary ulceration and was convinced of its infectivity. In Galen we encounter the first description of the hygienic- dietary measures used for many centuries in the treatment of this disease. The first country to legislate for the suppression of a communicable diseases such as tuberculosis was Italy at the end of the 17th century. Legal regulations related to the mandatory reporting of tuberculosis, its isolation, disinfection of apartments and objects which had come into contact with a sick person.

In the late 19th century Robert Koch, in his famous speech "About Tuberculosis" at a Berlin meeting, reported on his discovery of the tubercle bacillus. His work on the nature of infectious diseases became one of the greatest discoveries of humanity. After Koch's discovery it was possible to confirm that the drought (a term which at that time was used for tuberculosis of the lungs), bowel, brain, joint and gland tuberculosis, were all infections caused by the same bacillus. In 1857 tuberculosis was listed among infectious diseases. In the last third of the 19th century, 80,000 people died from among approximately 400,000 patients with tuberculosis in Slovakia,

while the mortality rate was among the highest in Central Europe. In the 20th century, TB was considered endemic in the working class, the most socially vulnerable population stratum, where it was also reported to have had the highest mortality rate. Thereby, tuberculosis ranked high among the so-called social diseases (Solovič 2008).

Tuberculosis prevalence

The 21st century global incidence of tuberculosis is a disquieting fact. It is assumed that 32% of the world's population (approximately 1,86 billion) is infected. The causes of the rise in the incidence of tuberculosis worldwide are: extension of the infection of the Human Immunodeficiency Virus (HIV), the emergence of multidrug resistant tuberculosis migration from countries with a high prevalence of tuberculosis, a persistent poor socio-economic situation, population explosion, poor and uncontrolled treatment, an increase in the number of immune-suppressed persons and the lack of antituberculotics in some countries (Melter et al. 2012). More than 8 million new cases per year are reported worldwide, while 2.8 million people die from diseases directly or indirectly related to tuberculosis. Estimates from the World Health Organization (WHO) for the period 2000–2020 suggest that if health care is not improved, a subsequent billion people will be infected with tuberculosis, 200 million will get sick and 35 million will die (Solovič 2008).

Social inequality

Man cannot live as an isolated individual, but exists in relation with others. It is in these relationships that a human person is called to live in society, which is a reference to the social character of human nature. The importance of clusters, derived from the dual nature stems from:

a) the need for mutual aid, because an individual on his/her own is normally not able to meet even his/her most basic and necessary needs; therefore, society is a necessity;
b) the need to communicate with each other, by which a person learns the same nature and the same requirements, which helps them develop common good.

Society as we know it today has undergone many changes and along with these changes the social structure has evolved. From natural biological differences have also developed social differences, i.e. social inequality, which is gradually manifested in the fact that men and women have been allocated unequal rights and responsibilities and this has led to an unequal evaluation of their work and status. These inequalities were fixed habitually, religiously and legally while the current process of modernization eradicates them. Currently, we encounter various forms of social inequality, manifest in various types and forms of relationship, ones deepening the sharp conflicts, but also looking for a social consensus and resolving the social conflicts arising from inequality (Buocová 2006).

Social inequality is an indisputable fact of every human society. It can be regarded though from various standpoints. On the one hand, it is considered to be a natural

and necessary part of every society, on the other hand, it is regarded as an obstacle in the way to social justice. Efforts aiming for perfect equality for all citizens (which the Communist regime was fighting for) ended in failure, therefore, we are confronted with inequality in different forms on a daily basis.

Social inequality is usually considered in three dimensions:

- income and wealth,
- power,
- prestige or fame.

People can be then "up" or "down" in all of these dimensions. All world cultures are specific for different kinds of inequality. When we put the system of social inequalities into a hierarchy of groups, we can talk about the so-called social stratification. Stratification is considered to be an ordered sequence of social groups, which periodically reach different economic rewards and different access to power within a given society. These differences influence the way in which social inequalities are passed onto the next generations. It means the establishment of groups of people integrated into a specific social hierarchy.

The most common inequalities are:

- income inequality, or wealth inequality,
- consumption inequality,
- status inequality,
- skills inequality, knowledge inequality,
- labour market inequality,
- life conditions inequality and its risks.

The existence of inequalities can be perceived as an inevitable consequence of the social arrangement and the specific political and economic conditions. Alternatively, it can be considered to be the result of an individual's personal culpability, and it is clear that life chances are influenced by several factors, in particular the innate characteristics of the individual, the social factors of the family, but also as a result of the environment they live in, their nationality or gender (Stanek 2005).

The most visible form of inequality (not only in Slovakia) is income and wealth inequality. Income inequality we can divide into:

- interpersonal inequality at a given moment in time – this means differences of income between different people at the same time,
- interpersonal inequality over the life course – this means difference in the income of the same individual in different parts of his/her life.[1]

The income situation of the household members depends on the household's size, the composition of the family and also on the phase of the life cycle. Young families, families with many children, unemployed families and pensioners belong to the category of the lowest income and are exposed to a high risk of poverty. To evaluate the income situation objectively it is important to distinguish between households composed of single individuals, and households run by more than one person. Important is also the form of income and its stability. Part of the population is moving between income categories, both individuals and whole groups. Individuals and

[1] J. Karpiš, R. Ďurana, M. Jelenčiak (2006). Analýza sociálneho systému SR. [online:] http://www.iness.sk/themes/Milo/texty/INESS_Analyza%20socialneho%20systemu%20SR.pdf, accessed 4 January 2014.

families are getting poor and rich, or stay poor and rich according to the stability and changes of their income. They can become poor even if they receive a regular income if the incomes rise in general or if the expenses are higher. In Slovakia there already exists a group of people who are employed but with their income they belong to the group of poor people with work. Poverty can be understood as an expression of extreme inequality, as an exclusion of a specific part of the population not only from the rich but also from the rest of the population.

In the contemporary world the gap between the rich and the poor is widening on the global and national scale. Slovak citizens who have a low income which is not sufficient to meet their basic needs, are entitled to help from the state. This help depends on the term "life minimum" which "divides" citizens into those whose income is higher than the life minimum, and they do not need help from the state, and those whose income is lower than the life minimum and they are in economic stress. When the life minimum is the distinguished upper borderline of the income we accordingly distinguish two levels:

1) **Existential minimum as a borderline of poverty –** this is the lowest acceptable borderline of life level. When this is not achieved health and life are in danger. This is the minimal level of incomes that allows for the elementary existence of a human.
2) **Social minimum as a borderline of poverty –** this is the low level of an acceptable living standard (in developed countries two thirds of the average net income per person). This is the existential minimum plus activities connected with culture, transport, education, health protection and leisure activities.[2]

In Slovakia the life minimum is coordinated by Act 601/2003 Coll. where life minimum is understood as the borderline of a socially accepted personal entity income. Income below this borderline causes economic stress. A minimal income should cover expenses for basic needs and minimal social contacts. This income does not include expenses on shopping, repairs etc. It is possible to live for only a limited period at this level. The life minimum is always adjusted on July 1st. Nowadays the life minimum is 198.09 € per month for one adult person; 138.19 € per month when another adult person is taken into consideration and 90.42 € per month for any minor provided for.[3]

Another form of inequality is inequality of life conditions that closely relates to the income inequality. Interactions between environment and poverty are complex. Gradual deterioration of the environment in the country and in the city touches the poor first. Deterioration itself results from poverty. The socio-economic level of Slovak regions leads to inequalities that also result from the chosen way of social reproduction in the past, ecological problems and the non-adaptation of companies into the market conditions. In regions and cities, there are areas where the poor live. Citizens are endangered by social risks such as higher probability of becoming

[2] Ministry of Labor, Social Affairs and Family. Návrh Koncepcie životného minima. (2010). [online:] https://lt.justice.gov.sk/.../vlastny%20material.doc?instEID...1, accessed 14 February 2014.

[3] Ministry of Labour, Social Affairs and Family. Životné minimum. (2013). [online:] http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/hmotna-nudza/zivotne-minimum/, accessed 4 February 2014.

unemployed, lower income, criminality etc. (Laluha, Ošková, Stanek 2005). It is evident that the financial situation of individuals can change; the poor can become better off financially and consequently also their life conditions will improve. However, this does not mean that the differences between the poor and the rich will be removed. It is more real that the differences between individual groups will persist.

Inequalities in health

Inequalities in health are described by health differences between social-economic groups, which result from their position within the social stratification, ethnic groups, and people living in various geographical areas, and sex. They are perceived as unfair and unnecessary. It is possible to avoid them and generally they are perceived as unacceptable. This means that it does not refer to differences in health that result from natural and biological variations or the health consequences of voluntary chosen risk behaviour. Inequalities in health arise from the uneven distribution of health determinants in society – income, employment, education, living quality, health care, social support. Inequalities follow agricultural and social policies, they are not natural and therefore it is possible to avoid or reduce them. The health of members of an individual social group is evaluated as better in comparison to a lower social group and worse in comparison to a higher group. The risk groups that are mostly endangered are: unemployed people, the old, homeless, migrants, physically and mentally handicapped people, ethnic minorities (Madarasová, Gecková 2005).

In Europe, for example, discrepancies between those living in lower and higher socio-economic positions are manifested via differential death rates from chronic diseases, such as cardiovascular and cerebrovascular diseases, as well as alcohol- and smoking-related diseases. Similar discrepancies also exist for communicable diseases. A comprehensive literature review demonstrated that in every European Union (EU) member state, vulnerable groups (those with low educational or income levels, migrants, persons engaged in high-risk lifestyles) have a disproportionately higher incidence of communicable diseases (Suk, Manissero, Büscher, Semenza 2009).

Endangered groups

In Slovakia, among the social groups which are mostly at danger from tuberculosis and other infectious diseases are the homeless; their social inequality is shown most clearly. We consider individuals who are for very various reasons in a situation without fixed accommodation, without the possibility to obtain basic hygienic needs and regular food because of being homeless. Individuals who are not adapted to social norms, people returning from jail, alcoholics, drug addicts and long-term or temporarily unemployed are the people most endangered by homelessness. We can divide them into three groups:

- **Visible homeless** – people living on the street, finding accommodation in winter hostels, asylum houses, in hostels established by the city or charity organizations.

- **Hidden homeless** – people without shelter who do not ask for help of the public or charity. These people usually sleep in cellars, houses due for demolition, old cars, containers, tents.
- **Potential homeless** – persons who live in unstable conditions in flats, often in unsatisfactory houses constituting health risks as a result of the sanitation, in digs, without electricity, water or heating. People forming mass emigration and migration groups are included in this group (Tvrdoň, Kasanová 2004).

Such a homeless life style results in a higher risk of tuberculosis, worse treatment and higher mortality. In many developed countries, tuberculosis amongst the homeless is 20-times higher than in the majority population. Hospitalizations are more frequent and longer resulting in a greater burden on public finances (I-Munoz, Ramon-Pardo 2012). In Poland, research on tuberculosis occurrence has been conducted on 7380 people living in poverty, including 243 adult homeless aged from 18 to 96 years. Results showed that the homeless are the most significant danger group. 163 homeless were examined and 7 of them were diagnosed as infected with tuberculosis (Romaszko et al. 2008). The idea that the homeless would disappear from our society is unreal and therefore it is necessary to minimize the risks connected with their life style by chiefly providing social services. In Slovakia non-governmental organizations started their activity which provides the homeless with social and medical services to fulfil their basic human needs. Their main goal is to integrate the homeless into society.

Migrants and exiles

The next group with a low social status is that of migrants and exiles. Before accession to the European Union, Slovakia was a transit country for migrants. Today it is the final destination for many foreigners. Migrants and exiles who usually came from poor countries with a low level of medical care are infected with tuberculosis or other infectious diseases. According to the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, the number of asylum applicants in the Slovak Republic is falling. States of the EU recorded 365,600 applications for asylum in 2011. In Slovakia the number was 225, constituting a fall when compared to previous years. Applicants still come from countries with a very high incidence of tuberculosis, such as India, China, Bangladesh, Pakistan, the Russian Federation, Vietnam and Afghanistan. 23.6% of tuberculosis cases in the European region were foreigners not born in the country where the tuberculosis was diagnosed and treated. We can classify them as risk groups (Petrová, Solovič, Lauková 2011).

The Roma

In Slovakia, tuberculosis is widespread among members of the Roma ethnic group (Gypsies), which results from the manner of their lives. The culture, values and social specificities of this ethnic group with multiple family households without basic standards of hygiene and a lack of education means an increased risk of disease, particularly in young children. 89,920 citizens registered themselves as Romanies in

the 2001 population census. In 2011, it was officially 105,738 citizens who make up 2% of the whole Slovak population (Statistical office SR 2012). This number does not represent the real state of affairs, as follows from the results of mapping the Romani communities in Slovakia – the ATLAS of Romani communities 2004. According to the results of this mapping, the number of Romanies living in Slovakia is 320,000. The predictions of the Slovakian Demographic Research Centre talk about 440,000 Romanies living in the area of Slovakia in 2011, which is approximately 2% of the whole Slovak population. Social exclusion is maintained by the fact that Romanies live in unequally situated, isolated and socially excluded communities in highly substandard villages or towns (Fabian 2009b). In Slovakia, there were identified 1,575 settlements of various type where the Romani communities exist. These communities are integrated with the majority of the population living in 772 villages or towns. More than half of all Romani households lived in detached brick houses while 21% of households in 2010 lived in flats. 16% of households lived in non-standard forms of settlements, 10% of them in cottages and 5% in wooden houses or other non-standard types.[4] Romani settlements have increased progressively from 2000. In 2010, 620 settlements were registered, by 2010 their number had increased to 691 and more than 280 settlements are considered to be segregated.

Spreading of tuberculosis in this marginalized group is influenced by these factors:

- high level of unemployment,
- bad social-economic conditions,
- traditional multigenerational cohabitation in settlements without basic hygienic standards,
- non-cooperation with medical workers,
- frequent illiteracy,
- impossibility of conducting a comprehensive examination of contacts,
- non-compliance to medical regimes and misunderstanding the sense of future medical controls.

The number of new cases of tuberculosis in the Romani ethnic group has been between 8–14% in the last 10 years. Finding that many of them are children under the age of 14 (60–70%) is a serious matter. According to the NRT, the number of Romani children with tuberculosis was 92.86% in 2008. Children aged from 15 to 19 constituted 55.56% (Solovič et al. 2011).

Measures to reduce TB

According to WHO data, **95% of infected people in the world are from developing countries**, where they have limited economic and technical resources. In these countries, tuberculosis is the cause of death for more than 98% of adults. The disease occurs in people of working age in up to 75% of cases. 80% of the global burden of tuberculosis is in 22 countries identified as countries with a high burden

[4] Vláda SR (2011). Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020. [online:] http://www.ksuza.sk/doc/metodika/bozp/20012012.pdf, accessed 8 February 2014.

of disease, for example: India, China, Indonesia, South Africa, the Philippines, Vietnam, Thailand and others. In 2011, 8.7 million new cases of TB were recorded and 1.4 million people died from the disease. Poor and vulnerable groups are the most affected, but the air is a risk for everyone. Tuberculosis is among the top three causes of death for women aged from 15 to 44 years. Children have been recorded with 500,000 cases and 64,000 deaths.

The prevalence of TB in the European Region in 2013 was estimated at 56 cases per 100,000 inhabitants (about 500,000 prevalent cases). TB mortality was 4.9 deaths per 100,000 (around 44,000 in total). The incidence of TB in the European Region varies among and within countries; from a range of less than one TB case per 100,000 to over 200 TB cases per 100,000 in others. 53 countries of the WHO European Region recorded around 4.4% of the world's cases, representing an estimated 380,000 individuals with a new episode of TB (or relapse), or 42 cases per 100,000. Since 2005, TB notifications have decreased by almost one quarter, from 41 to 33 cases per 100,000. In 2011, the countries of the WHO European Region detected 295,968 new TB cases and relapses. Overall, there were twice as many male cases reported as female cases, however, a large variation was observed for male predominance in the gender distribution of TB cases. In 2011, most of the new TB cases registered in the European Region were in the 25–44 years age group (41%). Over the last five years, region-wide trends in overall TB notification among children (age group 0–14 years) have decreased by 23%, from 8.7 to 6.7 cases per 100,000, accounting for 11054 cases in 2011. However, the average percentage of patients within this age group in the Region has remained stable at around 6% over the same period (European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe 2013).

In 2012, 345 cases of tuberculosis, which is 6.35/100,000 of population, were reported to the National Register of Tuberculosis in Slovakia. The number of new cases was 292 in 298 cases of pulmonary tuberculosis and 47 cases of Extrapulmonary tuberculosis. The relapse of tuberculosis was recorded in 53 cases. In the paediatric population, tuberculosis occurred in 19 cases.[5]

WHO has developed a new six point Stop TB Strategy which builds on the successes of **DOTS** (direct observation of treatment, short course) while also explicitly addressing the key challenges facing TB. Its goal is to dramatically reduce the global burden of tuberculosis by 2015 by ensuring all TB patients, including, for example, those co-infected with HIV and those with drug-resistant TB, benefit from universal access to high-quality diagnosis and patient-centred treatment. The strategy also supports the development of new and effective tools to prevent, detect and treat TB. The Stop TB Strategy underpins the Stop TB Partnership's Global Plan to Stop TB 2006–2015.

The strategy has the following objectives:

- Achieve universal access to high-quality care for all people with TB.
- Reduce the human suffering and socio-economic burden associated with TB.
- Protect vulnerable populations from TB, TB/HIV and multidrug-resistant TB.

[5] I. Solovič, J. Švecová (2013). Svetový deň TBC 2013. [online:] http://www.hagy.sk/view.php?cisloclanku=2010030001, accessed 14 February 2014.

- Support the development of new tools and enable their timely and effective use.
- Protect and promote human rights in TB prevention, care and control (World Health Organization **2006).**

The **European Centre for Disease Prevention and Control** (ECDC) was created in 2005 to strengthen Europe's defences against infectious diseases. ECDC gathers data from its member countries on approximately 50 key infectious diseases. Working with Member States and the European Commission to improve the reliability and comparability of data across Europe is a key strategic objective for ECDC. ECDC produces an Annual Epidemiological Report, which compiles and analyses data on all the diseases it covers, as well as reports on the state of specific diseases such as HIV/AIDS and tuberculosis (European Centre for Disease Prevention and Control 2009).

TB has been classically associated with poverty, overcrowding and malnutrition. Low income countries and deprived areas, within big cities in developed countries, present the highest TB incidences and TB mortality rates. These are the settings where immigration, important social inequalities, HIV infection and drug or alcohol abuse may coexist, all factors strongly associated with TB. In spite of the political, economic, research and community efforts, TB remains a major global health problem worldwide. Moreover, in this new century, new challenges such as multidrug-resistance extension, migration to big cities and the new treatments with anti-tumour necrosis alpha factor for inflammatory diseases have emerged and threaten the decreasing trend in the global number of TB cases of the last few years. We must also be aware of the impact that smoking and diabetes pandemics may be having on the incidence of TB. The existence of a good TB Prevention and Control Programme is essential to fight against TB. The coordination among clinicians, microbiologists, epidemiologists and others, and the link between surveillance, control and research should always be a priority for any TB Programme (Millet et al. 2013).

Tuberculosis provides a good case study for further analysing the correlations between communicable diseases and wealth distribution. Historically, the decline of TB incidence in Europe preceded the advent of anti-TB drugs and coincided with a rapid improvement in the quality of life. Earlier studies carried out after the resurgence of TB in the late 1980s in North America and in Europe indicated that, along with HIV infection and drug resistance, socio-economic factors were a major determinant in acquiring TB. The 27 EU member states, with a wide distribution of TB notification rates (4–138/100,000 population/year), as well as diverse levels of wealth as measured by gross domestic product (GDP) in purchasing power standards (PPS) per capita (8,600–63,100), represent an optimal setting in which to analyse whether a correlation can be detected between wealth, social cohesion, and TB (Suk, Manissero, Büscher, Semenza 2009). WHO's commitment to the promotion of equity and pro-poor policies in its disease prevention and control activities is based on the recognition of poverty as a major barrier to health and health care. In the case of tuberculosis (TB), the links between poverty and disease burden have been documented for many years. This document addresses the integration of national TB control programmes on the practical issues involved and options for action. The following six principal steps are recommended and described in the document.

Step 1 – Identify the poor and vulnerable groups in the country/region served by the national TB programme.

Step 2 – Determine which barriers prevent access of the vulnerable groups to services that provide TB diagnosis and treatment.

Step 3 – Assess potential actions to overcome the barriers to access.

Step 4 – Review the situations and population groups requiring special consideration.

Step 5 – Explore possibilities for harnessing additional resources.

Step 6 – Evaluate the impact of pro-poor measures.[6]

European Union (EU) citizens live, on average, longer and healthier lives than previous generations and health levels in the EU have improved continuously in recent decades. At the same time, there exist large and perhaps increasing inequalities in health both between and within EU Member States. Life expectancy at birth can give some idea of health levels amongst the population as a whole and in this, there are substantial differences between EU regions. In 2006, the difference between the Member States with the highest and lowest life expectancies was 8 years for females and 14 years for males. For several countries, the gap between national life expectancy and the EU average has increased in the last two decades. There are also differences of up to 20 years in the number of years lived in good health, with people living in the Central and Eastern part of the EU, especially men, living on average fewer years in good health. Aside from differences between Member States, a social gradient in health status has been identified. People with lower education, a lower occupational class or lower income, as well as some ethnic minorities in many Member States tend to die younger and suffer from a higher prevalence of most types of health problems. Differences in life expectancy at birth range from 4–10 years for men and from 2–7 years for women between the lowest and highest socio-economic groups.

All EU Member States have committed themselves to reducing inequalities in access to health care and health outcomes as an objective of the Open Method of Coordination. The Structural Funds and the Cohesion Fund EU are important tools for structural and regional policy. Their primary mission is to tackle inequalities between the economically strong and lagging regions. These are public funds derived from the taxation of EU citizens, decided by public institutions. In the financial year 2000–2006 as a whole accounted for a third of the entire EU budget (213 billion €). On 20 October 2009 the Commission adopted the Communication "Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU." Key actions set out in the Communication include:

- Integrating equitable distribution of health within overall economic and social development. Consideration could be given to whether sound monitoring of health inequality indicators would also help to monitor the social dimension of the future Lisbon Strategy.
- Improving ways of working with Member States, stakeholders and regions.
- Enhancing EU support for research into health inequalities.
- Audits of policies to ascertain their impact in reducing health inequalities.
- Encouraging Member States to make better use of the possibilities under the EU Cohesion Policy, structural funds and the CAP rural development policy for addressing determinants of health inequalities.

[6] World Health Organization (2006). The Stop TB Strategy. [online:] http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/, accessed 4 February 2014.

– Activities targeting certain vulnerable groups, such as ethnic minorities, migrants and the Roma.
– Exploring possibilities for synergies between the Commission's development aid and work on health inequalities (European Commission 2010).

The most vulnerable and disadvantaged population group in Slovakia is demonstrably the Roma community living in segregated settlements. They are the poorest of the poor. Low income is usually the main indicator of poverty, but the Roma also experience poor educational opportunities, lower chances of employment, a poor state of health, and social exclusion. The poor state of health among the Roma community, compared to that of the general population, contributes to higher costs of medical treatment, an incapacity to work, hospitalization and disability, and social marginalization. Members of the Roma community who are integrated into mainstream society are able to participate in public health support programmes intended for the whole population. With regards to TB, the role of the Roma health assistants is to work in communities to: assist in the investigation of contacts; help compile lists of who should be investigated; initiate TB contact examinations; conduct physical examinations; and provide transportation to the doctor. After a patient is released from hospital care, Roma health assistants help them during examinations at the regional pulmonologist, provide them with drugs through public pharmacies, directly observe the daily ingestion of drugs, keep patient records, and conduct daily interviews with the patient. Roma health assistants are trained to be able to judge the possible side-effects of treatment. They have the role of educators, supervising the observance of basic hygiene standards.

The Health Support Programme for the Disadvantaged Roma Community is based on the results of a pilot project: Improving Accessibility to Health Care for Marginalized Roma Communities in Slovakia, implemented by the Ministry of Health in 2004–2006, and on a health education project: The Health of the Roma. The long-term objective of the programme is to achieve the following for disadvantaged communities in Slovakia by 2015:

– enforcement of equality and justice in terms of health,
– improvement in the state of health,
– increase personal responsibility for health.

As a result of the systematic work of Roma health assistants, 80% of adult Roma people with TB have been successfully treated. In addition, the Roma health assistant programme helps to insure that high-risk Roma communities are under constant TB surveillance and every outbreak of TB is immediately identified and contained. Those affected are brought to hospital for examination and treatment, which is afterwards controlled through DOT by Roma health assistants in the community (Solovič, Sedláková 2013).

Social policy towards the Roma ethnic group includes many measures which are aimed at solving their unfavourable social situation. It should be said, however, that assistance provided by the state is viewed in a vastly different way by the majority of the Romani population and the state. The Roma style of life, their philosophy of life made them beneficiaries without rights, refusing cooperation and participation in finding solutions to their bad situation. Many social policy instruments – notably the financial contributions – are made for beneficiaries abusing alcohol and lead to a raising in living standards and an improving social situation. Recently community

centres have been formed in Roma settlements, where advice and other social services are given not only to adults but also to children. Social workers and health assistants for Roma families act in their natural environment, and in a way help in addressing the social situation of the Roma, but also ensure the protection of public health. Any measure of social policy will never be effective enough until the beneficiaries themselves decide to take responsibility for their life and social situation. In response to this alarming problem, the authors of this article established a special project in 2011 to prevent and combat M/XDR-TB with a health system focus for better health outcomes. In consultation with the Member States, civil society organizations, communities and partners, a Consolidated Action Plan was developed as a roadmap for Member States, the WHO Regional Office for Europe and partners to scale up the comprehensive response and to work towards the prevention and control of M/XDR-TB. In September 2011, all 53 Member States with unprecedented support and commitment joined the Consolidated Action Plan to Prevent and Combat Multidrug- and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in the WHO European Region, with implementation in 2011–2015. This plan takes account of new diagnostic techniques, patient-centred models of care and tailored services for vulnerable populations. Full implementation of the plan is projected to avert the emergence of 250,000 new MDR-TB cases and 13,000 XDR-TB cases and save US$ 7 billion.[7]

The aim of combating TB is to achieve an incidence of 10/100,000 inhabitants by 2035 and to reduce the incidence to 1 case per 1 million inhabitants by 2050. Other objectives follow: to ensure the equal access of all countries' populations to quality diagnosis and treatment; to save 14 million lives; to develop a new safe, effective and affordable vaccine by 2015; to reduce the global burden of TB by 50% compared to the level in 1990. It greatly reduces the incidence of the disease to 155 or less per 100,000 population, reduces the deaths of 14 or less per 100,000 population per year, including people infected with TB and HIV.

To achieve this objective, it is necessary to provide sufficient financial resources. Currently insufficient funding is a major factor resulting in a continuation of problems. In the area of R&D funding, 1.4 billion USD was lacking in 2010. More than 8 billion USD yearly is needed especially in countries with low and middle incomes for the period from 2013 to 2015. Every year, however, there is 3 billion USD available. International donors provide more than 60% of current funding in 35 low-income countries. To obtain sufficient funds to treat tuberculosis and other infectious diseases requires the cooperation of all EU Member States, as the spread of diseases in one country is a risk to all other states.[8] Here opens the way for the non-profit sector activities as well as the use of social marketing to improve social conditions and increase the standard of living of citizens, which will result in reducing the incidence of infectious diseases along with excellent health care.

[7] World Health Organization (2013). World TB Day. 24. March 2013. [online:] http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_tb_day/en/index.html, accessed 6 January 2014.

[8] World Health Organization (2012). Global Tuberculosis Report 2012. [online:] http://www.who.int/tb/publications/factsheets/en/index.html, accessed 11 February 2014.

References

Buocová Z. (2006). *Úvod do sociológie*. Prešov: PU.

European Commission**.** (2010). *Reducing health inequalities in the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2009). *Keeping Europe healthy: ECDC in action*. Stockholm: ECDC.

Fabian A. (2009). Hľadanie zmyslu sociálnej nerovnosti a návrhy na jej riešenie. In: *Sociálne posolstvo Jána Pavla II pre dnešný svet.* Ružomberok: PF KU, p. 163–172.

I-Munoz J., Ramon-Pardo P. (2008). *Tuberculosis control in vulnerable groups*. Bulletin WHO, 86(9), p. 733–735.

Laluha I., Ošková S., Stanek V. (2005). *Kvalita života, sociálne nerovnosti a diferenciácia obyvateľstva*. Sociológia*,* 37(2), p. 119–142.

Madarasová Gecková A. (2005). *Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví*. Michalovce: PeGas.

Melter J., Melterová K., Miškovská M., Fábry J., Ferenc P., Strachan T. (2012). Multidrug-resistant tuberculosis. Drug resistance caused by DNA mutations in the genome of Mycobacterium tuberculosis. In: *Diagnostika a liečba v pediatrickej pneumológii a ftizeológii*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta, p. 22.

Ministerstvo vnútra SR. (2013). *Atlas rómskych komunít*. Bratislava: MV SR.

Miškovská M., Fábry J., Michnová T., Melter J. (2011). Tuberkulóza detí. In: J. Orosová a kol., *Pneumológia, pneumoonkológia a hrudníková chirurgia*. Bratislava: Infoma, p. 142–146.

Millet J.P. et al. (2013). *Factors that influence current tuberculosis epidemiology*. European Spine Journal, 22(4), supplement, p. 539–548.

Petrová G., Solovič I., Lauková P. (2011). *Migranti, závažný verejnozdravotnícky problém*. Verejné zdravotníctvo, roč. VIII, č. 1.

Romaszko J. et al. (2008). *Incidence and risk factors for pulmonary tuberculosis among the poor in the northern region of Poland.* I*nternational Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 12(4)*, p. 430–435.

Solovič I. a kol. (2008). *Tuberkulóza – vybrané kapitoly*. Poprad: NUTPCHaHCH.

Solovič I., Sedláková D. (2013). Roma health assistants in the fight against TB. In: *Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis.* Štokholm: WHO, p. 76–77.

Solovič I. a kol. (2011). *Tuberkulóza a parazitózy u marginalizovanej rómskej populácie na Slovensku*. Verejné zdravotníctvo, roč. VIII, č. 2.

Suk J.E., Manissero D., Büscher G., Semenza J. (2009). *Wealth Inequality and Tuberculosis Elimination in Europe*. Emerg Infect Dis, 15(11), p. 1812**–**1814.

Štatistický úrad SR. (2012). *Obyvateľstvo v Slovenskej republike a krajoch SR.* Bratislava: Štatistický úrad SR.

Tvrdoň M., Kasanová A. (2004). *Chudoba a bezdomovectvo*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF.

Eliminacja nierówności społecznych jako warunek zmniejszenia ryzyka chorób zakaźnych

Streszczenie

Stan zdrowia ludności stanowi jeden z kluczowych czynników przyczyniających się do rozwoju społeczeństwa. Poszczególne jednostki ponoszą odpowiedzialność za swój stan zdrowia, jednak

za ten ostatni odpowiedzialne jest także państwo, nie tylko wobec swoich obywateli, ale także w kontekście globalizacji oraz relacji z innymi wspólnotami międzynarodowymi. Podstawowe determinanty jednostkowego stanu zdrowia, jak również stanu zdrowia całego społeczeństwa, stanowią – obok stylu życia – czynniki genetyczne oraz warunki społeczno-ekonomiczne. Nie istnieją społeczeństwa, w których wszyscy członkowie mieliby zagwarantowane optymalne warunki życia oraz równy dostęp do zasobów społecznych. Skutkiem są społeczne nierówności, jak również nierówności pod względem stanu zdrowia ludności. Warunki społeczne oraz styl życia wpływają na zdrowie jednostek, powodując jednocześnie ryzyko zachorowania na choroby zakaźne w niektórych grupach społecznych. W rezultacie w XXI wieku wciąż powszechne są choroby zakaźne charakterystyczne dla poprzedniego stulecia, takie jak na przykład gruźlica, uważana za najlepiej poznaną i najbardziej powszechną chorobę zakaźną. Istnieje związek między nierównościami pod względem stanu zdrowia wśród poszczególnych jednostek oraz zdrowiem publicznym, ponieważ im większe nierówności, tym gorszy jest stan zdrowia całej populacji. Artykuł omawia zagadnienia nierówności społecznych oraz ich usuwania, mającego na celu zmniejszenie ryzyka rozpowszechniania się chorób zakaźnych, w szczególności gruźlicy. Podstawową metodą wykorzystywaną w tekście jest analiza treści dostępnej literatury przedmiotu, jak również analiza danych statystycznych.

Słowa kluczowe: społeczeństwo, nierówności społeczne, zdrowie, choroby zakaźne, gruźlica

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 156–171

Małgorzata Krywult-Albańska
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Wzrost demograficzny a perspektywy wyżywienia ludności świata. Zarys problemu

Streszczenie

Pomimo spadku tempa wzrostu, liczba ludności na świecie systematycznie się zwiększa. Rosnąca populacja świata budzi zaniepokojenie części naukowców i opinii publicznej. Obawy związane są z jednej strony z możliwościami wyżywienia ludzkości, z drugiej natomiast z obciążeniem, jakie stanowi ludzka działalność (w tym produkcja żywności) dla środowiska naturalnego. Celem artykułu jest przedstawienie najważniejszych wątków pojawiających się w debacie na temat perspektyw wyżywienia ludności świata, zwłaszcza w kontekście nadal powszechnego głodu i niedożywienia. Przedmiotem zainteresowania są w szczególności przyczyny utrzymywania się tych ostatnich zjawisk, pomimo istnienia na Ziemi zasobów umożliwiających utrzymanie nawet znacznie większej niż obecnie liczby ludzi.

Słowa kluczowe: wzrost demograficzny, pojemność środowiska Ziemi, głód i niedożywienie

Wprowadzenie

Zagadnienia związane z szeroko rozumianymi relacjami między ludnością a środowiskiem naturalnym wydają się nieustannie zyskiwać na znaczeniu. W ostatnich latach zarówno w dyskursie naukowym, jak i medialnym, coraz więcej uwagi poświęca się wpływowi, jaki systematycznie powiększająca się populacja świata wywiera na swoje otoczenie. Uwagę naukowców oraz opinii publicznej przyciąga przede wszystkim wpływ ludzkiej działalności na klimat (globalne ocieplenie i jego konsekwencje), ale także zagadnienia związane z możliwościami wyżywienia ludzkości oraz wyczerpywaniem się wykorzystywanych przez ludzi w trakcie ich działalności zasobów naturalnych.

Pomimo spadku tempa wzrostu, liczba ludności na świecie wciąż się zwiększa – w ciągu najbliższych czterdziestu lat przybędzie około 2,4 miliarda ludzi (*World Population Prospects…* 2013). Wzrasta jednak nie tylko liczebność ludzkich populacji (w niektórych regionach świata), ale także ich zamożność (zwłaszcza w krajach azjatyckich, zaliczanych do tej pory do tzw. rozwijających się). Pociąga to za sobą zwiększone obciążenie dla środowiska w postaci m.in. emisji gazów cieplarnianych w wyniku urozmaicania codziennej diety oraz nabywania nowych produktów (Foley

2014). Jednocześnie nadal niemal miliard spośród mieszkańców Ziemi cierpi głód i niedożywienie, żyjąc w skrajnym ubóstwie. Powracają w związku z tym stawiane już niejednokrotnie w przeszłości pytania: czy Ziemia jest w stanie wyżywić rosnącą liczbę ludności? Czy wobec wzrostu liczby ludności świata jesteśmy w stanie powstrzymać zagrożenia związane z wpływem ludzi na środowisko?

Powyższe pytania dotykają jednego z kluczowych obszarów zainteresowania demografii – szeroko rozumianych relacji między ludnością a środowiskiem naturalnym i jego zasobami[1]. Refleksje nad pożądaną liczbą ludności – z punktu widzenia pomyślności państwa, dostępności środków utrzymania itp. – znaleźć można w doktrynach ludnościowych od starożytności, aż po czasy nowożytne. Współcześnie poglądy ludnościowych „katastrofistów", wskazujących na negatywne skutki wzrostu demograficznego (w sferze ekologicznej, społecznej czy politycznej), zderzają się z poglądami obozu „optymistów", przekonanych o zdolności ludzkich populacji do dostosowania się do zwiększonej liczebności (Livi-Bacci 2007, s. 183–184). Pomiędzy nimi sytuują się poglądy pragmatycznie zorientowanych demografów, takich jak Danny Dorling (2013) czy Hans Rosling[2], utrzymujących, że zasadnicze znaczenie ma nie liczba ludzi, jaka żyje i będzie żyła wkrótce na świecie, ale to, w jaki sposób owi ludzie postępują – jak żyją i korzystają z dostępnych im zasobów (*practical possibilists*, według terminologii Dorlinga).

Zagadnienia relacji między ludnością a jej pozademograficznym otoczeniem rozpatrywać można co najmniej na kilku płaszczyznach, przykładowo: dostępności żywności; wyczerpywania zasobów naturalnych (wody, energii itd.); efektów ubocznych ludzkiej aktywności, takich jak emisja tzw. gazów cieplarnianych czy zanieczyszczenie środowiska. Artykuł odnosi się do pierwszego z tych zagadnień, koncentrując się na najważniejszych wątkach pojawiających się w debacie na temat perspektyw wyżywienia ludności świata, zwłaszcza w kontekście powszechnie występującego nadal w wielu regionach głodu. W szczególności celem jest odpowiedź na pytanie, czy utrzymujący się wzrost demograficzny stanowi zagrożenie dla tzw. bezpieczeństwa żywnościowego, czyli możliwości zapewnienia każdemu żywności w wystarczającej ilości i o odpowiedniej jakości. Na wstępie ukazane zostały historyczne i aktualne tendencje zmian liczby ludności świata oraz zarysowany został kontekst teoretyczny – streszczono główne wątki refleksji nad tym zagadnieniem na gruncie demografii. Jak się okazuje, nurt „katastroficzny", upatrujący we wzroście populacji świata zagrożenie, nie wytrzymał w przeszłości konfrontacji z faktycznymi trendami: produkcja żywności nie pozostała w tyle za zwiększaniem się liczby ludności. Pomimo tych pozytywnych tendencji, w krajach doświadczających najbardziej intensywnego wzrostu utrzymują się negatywne zjawiska. W dalszej części artykułu przedstawiono dane dotyczące głodu i niedożywienia na świecie oraz podjęto próbę odpowiedzi na pytanie o przyczyny ich występowania i możliwe sposoby rozwiązania problemu. Analiza sięga tu głębiej – pod warstwę uśrednionych danych statystycznych i syntetycznych zestawień, w sferę procesów społecznych, politycznych i ekonomicznych, które komplikują obraz zagadnień związanych z omawianymi kwestiami.

[1] W języku angielskim używany jest zaczerpnięty z biologii i ekologii termin „carrying capacity of the earth", który przetłumaczyć można jako „pojemność środowiska Ziemi".

[2] Szerzej znany m.in. z wykładów dostępnych w kanale youtube. Zob. np. Overpopulated – BBC Documentary, https://www.youtube.com/watch?v=6ajiyg3pQVs, dostęp 06.05.2014 r.

Populacja świata w liczbach

W połowie roku 2013 na świecie żyło około 7,2 miliarda ludzi. Na wielkość tę warto spojrzeć w dłuższej perspektywie historycznej. Szacuje się, że w roku narodzenia Chrystusa na Ziemi żyło około 252 milionów ludzi (Livi-Bacci 2007, s. 25). Zarówno przed tą datą, jak i później, przez większość historii ludzkości populacja świata zwiększała się bardzo powoli. Okresowo, na skutek różnorodnych kataklizmów, wojen i epidemii, dochodziło do radykalnej redukcji liczby ludności[3]. Dopiero w XVII i XVIII wieku, na skutek spadku umieralności w krajach Europy Zachodniej, tempo wzrostu liczebności ich populacji zaczęło rosnąć.

Dopiero około roku 1800 liczba ludzi żyjących na świecie wyniosła w przybliżeniu miliard, po tysiącach lat bardzo powolnego wzrostu. Jednak już po 130 latach, około roku 1930, liczba ludności świata zwiększyła się do dwóch miliardów. Przyrost o każdy kolejny miliard zajmował coraz mniej czasu: trzy miliardy odnotowano po 30 latach w roku 1960, cztery miliardy po 14 latach w roku 1974, pięć po 13 w roku 1987, sześć i siedem miliardów w odstępie zaledwie 12 lat – odpowiednio w roku 1999 i 2011[4]. Ogromny przyrost liczby mieszkańców Ziemi to zatem kwestia ostatnich dwustu lat, natomiast bezprecedensowe przyspieszenie tempa wzrostu liczby ludności miało miejsce szczególnie w XX wieku. W szczytowym okresie, w latach 1965–1970, populacja świata zwiększała się w tempie 2,07% rocznie (*World Population Prospects 2012* 2013, s. 3–4). Od tego czasu zauważalny jest spadek tempa wzrostu, w dużej mierze na skutek spadku dzietności w krajach wysoko rozwiniętych – w latach 2005–2010 tempo wzrostu wynosiło 1,2% rocznie. Prognozuje się dalszy spadek: do poziomu 0,51% rocznie w latach 2045–2050, oraz 0,11% w latach 2095–2100.

Zatem chociaż wolniej niż do tej pory, ludzi wciąż przybywa. Według tzw. średniego wariantu projekcji[5] (wersja z roku 2012), przygotowywanego cyklicznie przez wyspecjalizowaną agendę ONZ do spraw ludnościowych (*Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat*) liczba ludności na świecie zwiększy się w ciągu następnych dwunastu lat o kolejny miliard (w przybliżeniu) – do 8,1 miliarda osób w roku 2025, a następnie do 9,6 miliardów w roku 2050 i 10,9 miliardów w roku 2100[6] (*World Population Prospects…*

[3] Jednym z najbardziej spektakularnych przykładów jest epidemia dżumy („Czarna Śmierć"), która doprowadziła w XIV wieku do zmniejszenia liczby ludności Europy prawdopodobnie o około jedną trzecią (Livi-Bacci 2007, s. 38–43).

[4] Szacunek Population Reference Bureau dla roku 1800, pozostałe dane za: United Nations Population Division (2011 World Population Data Sheet 2011).

[5] Średni wariant projekcji zakłada m.in. spadek dzietności w krajach, w których jest ona nadal wysoka oraz niewielki jej wzrost w kilkunastu krajach, gdzie na kobietę przypada obecnie mniej niż dwoje dzieci. Jeśli nie zaznaczono inaczej, wszystkie przytaczane w tej części dane pochodzą ze średniego wariantu projekcji (World Population Prospects… 2013).

[6] Jeśli przyjąć tzw. wariant wysoki, w roku 2050 na świecie może żyć nawet 10,9 miliardów ludzi, natomiast zgodnie z wariantem zakładającym utrzymywanie się aktualnych trendów w zakresie rozrodczości – 11,1 miliardów. W roku 2100 wielkości te wyniosłyby odpowiednio 16,6 i 28,6 miliardów. Wariant średni projekcji można uznać za najbardziej realistyczny, warto jednak w tym miejscu przywołać oczywiste zastrzeżenie, jakie pojawia się w publikacjach ONZ, iż prognozowanie tak daleko w przyszłość związane jest z dużym stopniem niepewności. Jednocześnie niewielkie nawet zmiany w zakresie rozrodczości będą

2013). A zatem tylko do połowy stulecia przybędzie ludzi niemal odpowiadających pod względem liczebności populacji współczesnych Chin i Indii ujmowanych łącznie (około 2,4 miliarda).

Ów prognozowany wzrost będzie miał miejsce praktycznie wyłącznie w krajach zaliczanych do tzw. krajów rozwijających się[7], których ludność zwiększy się między rokiem 2013 a 2050 o około 2,3 miliarda (z 5,9 miliarda w roku 2013) i o dalsze 1,4 miliarda do roku 2100. Ludności przybędzie przede wszystkim w Afryce oraz w najludniejszych krajach świata, takich jak Indie, Indonezja, Pakistan, Filipiny oraz Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. Najbardziej radykalnego wzrostu doświadczą przy tym kraje zaliczane do najmniej rozwiniętych, których ludność więcej niż podwoi się do połowy stulecia (chodzi tutaj o 49 krajów, głównie Afryki Subsaharyjskiej, w których dzietność kobiet utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie, od wielu lat nie wykazując oznak spadku).

Warto zauważyć, że pod względem liczebności populacji prognozowane trendy oznaczają m.in. postępującą demograficzną marginalizację ludności krajów zaliczanych w nomenklaturze ONZ do wysoko rozwiniętych. W kategoriach bezwzględnych ich wielkość nie będzie ulegała praktycznie żadnym zmianom, a spadek liczebności zostanie odsunięty w czasie głównie dzięki imigracji z krajów Południa. Natomiast ich udział w ogólnej liczbie ludności na świecie, wynoszący 17,5% w roku 2013, w latach 2050 i 2100 wyniesie odpowiednio 13,6% i 11,8%. Tymczasem jeszcze w połowie XX wieku niemal co trzeci mieszkaniec Ziemi zamieszkiwał w krajach wysoko rozwiniętych (32,2% w roku 1950). Dla debaty dotyczącej perspektyw wyżywienia świata fakt, iż przybywa ludzi przede wszystkim w krajach stosunkowo biednych, ma znaczenie zasadnicze – do kwestii tej powrócę w dalszej części tekstu.

Relacje ludność–zasoby w refleksji teoretycznej i badaniach empirycznych

W refleksji nad zagadnieniami ludnościowymi obawy związane z możliwościami wyżywienia powiększającej się liczby ludności świata pojawiły się bardzo wcześnie. Autorzy niedawnego raportu na temat stanu światowego rolnictwa przywołują na wstępie Tertuliana, który w III w. n.e. pisał w *De Anima* o błogosławieństwie, jakim dla przeludnionych narodów są zarazy, głód, wojny i trzęsienia ziemi, ponieważ powstrzymują one wybujały wzrost rodzaju ludzkiego (Alexandratos, Bruinsma 2012, s. 1). Jednak bardziej powszechne były w przeszłości poglądy utożsamiające

miały ogromny wpływ na wielkość populacji świata. Przykładowo wariant wysoki oraz niski, które zakładają odpowiednio o połowę dziecka więcej lub mniej na kobietę w stosunku do wariantu średniego, skutkować będą różnicą rzędu 1,3 miliarda ludzi więcej lub mniej w roku 2050 w stosunku do prognozowanych w wariancie średnim 9,6 miliarda. Także jednak zgodnie z wariantem niskim ludność świata będzie się zwiększała, jednak tylko do poziomu 8,3 miliarda w roku 2050, a pod koniec stulecia spadnie poniżej obecnej wielkości (6,8 miliardów).

[7] W artykule posługuję się zamiennie pojęciami: kraje Południa i Północy oraz rozwijające się i wysoko rozwinięte. To ostatnie przeciwstawienie jest powszechnie krytykowane w ramach nurtu analiz postkolonialnych, jednak z uwagi na ich powszechne stosowanie w podstawowym źródle danych demograficznych, jakim są publikacje Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), pojawiają się one także w tym artykule.

dużą liczbę ludności z pomyślnością i rozwojem (Okólski, Fihel 2012, s. 246). Zmieniło się to dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku, w następstwie publikacji *Prawa ludności* Thomasa R. Malthusa (pierwsze wydanie w 1798 r.). Centralne twierdzenie teorii Malthusa mówi, iż ludność, jeśli nie napotyka przeszkód, przyrasta w tempie geometrycznym, przekraczającym w dłuższym okresie zdolność ziemi do produkcji żywności, która powiększa się jedynie w tempie arytmetycznym. Dysproporcja ta, wywołana przez nadmierną rozrodczość, jest samoczynnie usuwana w wyniku pojawiających się cyklicznie „katastrof umieralności" (masowego głodu, epidemii, wojen), prowadzących do nasilenia zgonów i w rezultacie przywrócenia równowagi między ludnością i zasobami żywności (Okólski, Fihel 2012, s. 256–258).

Tezy Malthusa okazały się nieprawdziwe – autor nie wziął pod uwagę m.in. faktu, iż wzrost liczby ludności stanie się siłą napędową rozwoju technologii, która umożliwi dalszy wzrost demograficzny. Niemniej twierdzenia te na długie lata nadały ton myśleniu o relacjach między ludnością a zasobami. Wciąż popularne jest podejście zaprezentowane w opublikowanej w duchu neomaltuzjańskim w roku 1968 książce Paula Ehrlicha *The Population Bomb*, zwiastującej globalną katastrofę na skutek przeludnienia. Książka napisana została w okresie, kiedy tempo wzrostu liczby ludności świata przekraczało 2% rocznie, co zapowiadało podwojenie populacji świata między rokiem 1960 i 1999, a zatem na przestrzeni niespełna 39 lat (*ScienceDaily* 2011) – rzeczywiście taki wzrost miał wówczas miejsce. Jednak odnotowane wówczas tempo wzrostu było bezprecedensowe (i jest mało prawdopodobne, aby w przyszłości miało się powtórzyć; Lam 2011). Obawiano się, że jego skutkiem będzie masowy głód w krajach takich jak Indie, wyczerpanie nieodnawialnych zasobów oraz wzrost ubóstwa w najuboższych krajach świata, jednak żaden z tych scenariuszy się nie spełnił. Stało się tak w dużej mierze dzięki tzw. zielonej rewolucji, w następstwie której produkcja żywności na świecie zwiększyła się na tyle, aby zapobiec dalszemu wzrostowi zasięgu głodu i ubóstwa (Lam, w: *ScienceDaily* 2011; więcej na temat zielonej rewolucji w dalszej części artykułu).

Obecnie zagadnienie relacji między ludnością a zasobami pozostaje niewątpliwie jednym z centralnych na gruncie demografii – dotyczy to nie tylko możliwości wyżywienia ludzkości, ale także rosnących obaw związanych z globalnym ociepleniem i zanieczyszczeniem środowiska, będących efektami ubocznymi wzrostu[8]. Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród demografów z różnych regionów świata potwierdzają, że nie ma w tej sprawie konsensusu, choć „katastrofiści" wydają się być w mniejszości[9]: 50% badanych nie zgodziło się ze zdaniem, iż aktualne rozmiary populacji świata przekraczają pojemność środowiska Ziemi (*carrying capacity of the earth*), 34% uznało je za prawdziwe, natomiast 26% nie przyjęło żadnego ze skrajnych stanowisk. Jak zauważają autorzy badania, taki wynik nie powinien zaskakiwać, biorąc pod uwagę fakt, że mające długą tradycję na gruncie demografii badania

[8] Ujmując rzecz precyzyjniej, są to skutki wzrostu zamożności, i – co za tym idzie – aspiracji konsumpcyjnych w krajach Południa, w których zamieszkuje największa liczba ludności. Do niedawna główną odpowiedzialność za wyczerpywanie zasobów oraz zanieczyszczenie środowiska ponosiły kraje Północy.

[9] Badania przeprowadzono w 2009 roku wśród 970 demografów zrzeszonych w IUSSP (International Union for the Scientific Study of Population) z wykorzystaniem ankiety internetowej. Badani stanowili 46% wszystkich członków tej międzynarodowej organizacji (tyle wyniosła stopa zwrotów) (Dalen, Henkens 2012).

dotyczące tego zagadnienia przynoszą niejednoznaczne rezultaty (Dalen, Henkens 2012, s. 373). Za pomocą prostych modeli matematycznych trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, ilu ludzi może żyć na Ziemi, ponieważ zależy to nie tylko od naturalnych ograniczeń, ale także od ludzkich wyborów dotyczących gospodarki, ekologii, kultury i demografii (Cohen 1995, s. 341). Jako przykład można w tym miejscu przytoczyć wpływ ludzkiej działalności na środowisko związany z wykorzystaniem energii: podczas gdy liczba ludności świata zwiększyła się więcej niż czterokrotnie między rokiem 1860 a 1991, zużycie energii wzrosło w tym okresie 93-krotnie (Cohen 1995, s. 341). Różnorodne szacunki dotyczące pojemności środowiska Ziemi przynoszą zatem rozbieżne wyniki m.in z powodu różnych założeń, jakie przyjmują, na przykład dotyczących poziomu życia i związanego z tym zapotrzebowania na różnorodne zasoby. Począwszy od roku 1679, kiedy to Antoni van Leeuwenhoek ocenił, że Ziemia (zgodnie z ówczesną wiedzą o istniejących lądach) jest w stanie utrzymać maksymalnie 13,4 miliarda ludzi, sporządzane szacunki oscylowały w granicach od poniżej miliarda do więcej niż 1000 miliardów, jednak większość z nich miała dość spekulatywny charakter. Stosunkowo nowe obliczenia, oparte na bardziej realistycznych przesłankach, sugerują natomiast, że zdolności produkcyjne Ziemi przekraczają obecne rozmiary populacji świata. W ciągu najbliższych kilku dekad teoretycznie możliwe jest wyżywienie ludzkości na poziomie przekraczającym obecny średni poziom (przegląd badań, zob. Livi-Bacci 2007, s. 206–208, oraz szacunki dotyczące wydajności światowego rolnictwa dla FAO: Alexandratos, Bruinsma 2012). Obliczenia tego rodzaju nie biorą jednak pod uwagę faktu, jakim są nierówności społeczne i będące ich konsekwencją zróżnicowane szanse dostępu także do zasobów żywnościowych.

Nierówności w dostępie do zasobów żywnościowym – głód i niedożywienie

Przytoczone wyżej szacunki niosą, ogólnie rzecz biorąc, pozytywne przesłanie – ograniczeniem dla wzrostu liczby ludności nie jest z całą pewnością dostępność zasobów żywności. Do optymistycznych wniosków skłania także analiza trendów historycznych w tym zakresie. Na całym świecie dostępność żywności nadającej się bezpośrednio do spożycia przez ludzi (nie uwzględniając paszy dla zwierząt, odpadków oraz zastosowań nie-spożywczych) zwiększyła się w latach 2005/2007 średnio do 2772 kcal na osobę dziennie (z poziomu 2627 kcal w latach 1990/1992) (Alexandratos, Bruinsma 2012, s. 23). Oznacza to, że teoretycznie na świecie istnieją wystarczające zasoby, aby zapewnić każdemu człowiekowi w miarę dobre odżywienie[10]. Tymczasem około 2,3 miliarda ludzi żyje w krajach, gdzie na osobę przypada mniej niż 2500 kcal, a około 0,5 miliarda w krajach poniżej 2000 kcal, podczas gdy – na drugim biegunie – około 1,9 miliarda ludzi ma do dyspozycji więcej niż 3000 kcal.

Jednym ze skrajnych przejawów nierówności w dostępie do żywności, jakie występują na świecie, są głód i niedożywienie. Szacuje się, że w latach 2011–2013 na całym świecie 842 miliony ludzi cierpiały chroniczny głód (FAO, IFAD i WFP 2013).

[10] Według standardów przyjętych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) minimum potrzebne dorosłemu człowiekowi do przeżycia wynosi 2200 kilokalorii na dzień (Ziegler 2013, s. 26). Zapotrzebowanie na energię, której dostarcza żywność, różni się jednak w zależności m.in. od wieku, płci, wykonywanej pracy i strefy klimatycznej.

Stanowiło to około 12% ludności świata, lub, innymi słowy, głód był codziennym doświadczeniem mniej więcej co ósmego mieszkańca globu. Najwięcej osób cierpiących chroniczny głód zamieszkuje w krajach rozwijających się (827 milionów, zasięg niedożywienia szacuje się tam na 14,3% ogółu ludności tych krajów). Niedożywienie jest zjawiskiem najbardziej powszechnym w Afryce Subsaharyjskiej, gdzie głoduje niemal co czwarta osoba.

Za przytoczonymi liczbami kryją się dramaty dotkniętych głodem ludzi. Obok cierpienia fizycznego, poważne i długotrwałe niedożywienie wpędza w letargiczny stan i stopniowo upośledza zdolność do myślenia i poruszania się, wykonywania pracy, spychając człowieka na margines życia społecznego (Ziegler 2013, s. 26–29). Szczególnie dramatyczne są skutki niedożywienia u dzieci do około piątego roku życia, u których powoduje ono nieodwracalne upośledzenie na skutek niedorozwoju neuronów. W wielu przypadkach prowadzi to do chorób zwanych chorobami głodowymi, takich jak noma czy kwashiorkor, osłabia także system odpornościowy (sprzyjając tym samym rozprzestrzenianiu się AIDS). Niedożywienie w życiu płodowym powoduje trwałe kalectwo, niedorozwój mózgu i niepełnosprawność motoryczną.

Negatywne dla organizmu człowieka skutki wywołuje nie tylko niedożywienie ilościowe, którego dotyczą przytoczone wcześniej statystyki Organizacji do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), ale także niedożywienie jakościowe, niewidoczne na pierwszy rzut oka (Ziegler 2013, s. 29–31). Dane na temat tego pierwszego odnoszą się do deficytu kalorii, czyli obejmują makroelementy takie jak białko, cukry, tłuszcze, które dostarczając organizmowi kalorii są źródłem energii. Niedożywienie jakościowe dotyczy natomiast deficytu mikroelementów, pomagających przyswajać makroelementy: witamin czy składników mineralnych. Niedobór dotyczy najczęściej żelaza, witaminy A, witaminy B, cynku i jodu. Brak witamin i soli mineralnych może powodować znacznie większą podatność na choroby zakaźne, utratę wzroku, anemię, śpiączkę, opóźnienie umysłowe itp. Z powodu ostrego niedożywienia jakościowego umierają każdego roku setki tysięcy dzieci poniżej piątego roku życia; na skutek anemii wywołanej niedostatkiem żelaza umiera z kolei ponad sto tysięcy matek (*Investing in the Future…* 2009; *Vitamine and Mineral Deficiency…* 2004).

Chociaż liczba osób niedożywionych (według kryteriów ilościowych) zmniejszyła się w ostatnich latach w skali świata[11], w niektórych regionach niewiele się pod tym względem zmieniło. Dotyczy to przede wszystkim Afryki Subsaharyjskiej oraz zachodniej części Azji[12]. Różnorodne analizy nie pozostawiają złudzeń, że ich perspektywy na przyszłość są mało optymistyczne, zwłaszcza biorąc pod uwagę intensywny wzrost demograficzny, jakiego doświadcza zwłaszcza ten pierwszy region.

Głód współwystępuje z biedą i ogólnym niedorozwojem, który uniemożliwia wyjście z pułapki ubóstwa. Warto jednocześnie zauważyć, że tzw. bezpieczeństwo żywnościowe ludności krajów rozwijających się napotyka od stosunkowo niedawna na nowe wyzwanie: zagrażają mu zmiany klimatu będące skutkiem ludzkiej

[11] W skali świata w latach 2011–2013 odnotowano spadek ogólnej liczby niedożywionych o 26 milionów w stosunku do lat 2010–2012 i o 17 punktów procentowych w stosunku do lat 1990–1992 (FAO, IFAD i WFP 2013).

[12] Spadek liczby oraz odsetka osób niedożywionych zanotowano natomiast w większości krajów Azji Wschodniej oraz Południowo-Wschodniej, a także w Ameryce Łacińskiej.

działalności (emisja gazów cieplarnianych) – podnoszenie się poziomu mórz, częstsze występowanie ekstremalnych warunków pogodowych (upałów, intensywnych opadów deszczu powodujących powodzie itp.), zmiany w wielkości opadów deszczu, na których nadal bazuje rolnictwo w wielu krajach rozwijających się. Szacuje się, że do roku 2050 połowa ziem uprawnych w Ameryce Łacińskiej ulegnie w jakimś stopniu wysuszeniu lub zasoleniu na skutek zalania słoną wodą z mórz, których poziom systematycznie się podnosi. Z kolei w Indiach zasoby wody przypadające na mieszkańca zmniejszą się w ciągu następnych niespełna 40 lat prawie o 40%, co negatywnie wpłynie na nawadniane upraw, na których opiera się w dużym stopniu rolnictwo w tym kraju (*World Resources…* 2011, s. 22–23). Raporty międzynarodowych organizacji, takich jak Światowy Instytut do Spraw Zasobów (World Resources Institute), dostarczają wielu przykładów katastrofalnych skutków zmian klimatycznych, nie pozostawiając jednocześnie wątpliwości, że najbardziej dotykają one mieszkańców krajów rozwijających się[13].

Jak nakarmić głodnych? Propozycje rozwiązania problemu

Propozycje rozwiązania problemu głodu na świecie obejmują m.in. wprowadzenie polityki zmierzającej do zwiększenia wydajności rolnictwa oraz dostępu do żywności importowanej (FAO, IFAD i WFP 2013). Zwolennicy masowej produkcji przemysłowej, z wykorzystaniem upraw genetycznie modyfikowanych, zderzają się przy tym ze zwolennikami wspierania małych rodzinnych farm, wskazującymi na negatywne skutki działalności wielkich korporacji w krajach rozwijających się (zob. dalej).

W przeszłości znaczną poprawę sytuacji w wielu krajach Południa przyniosła tzw. „zielona rewolucja". Termin ten opisuje ogromny wzrost produktywności rolnictwa, jaki dokonał się w następstwie ustanowienia międzynarodowego programu badawczego, którego celem były transfer i adaptacja nowoczesnych technologii rolnych do warunków panujących w krajach rozwijających się (Hazell 2003). Wyhodowano wówczas nowe odmiany podstawowych dla mieszkańców krajów Południa roślin – ryżu i pszenicy, a w późniejszym okresie także sorga, prosa, manioku, kukurydzy i fasoli. W połączeniu ze zwiększonym wykorzystaniem nawozów oraz systemów nawadniających uprawy doprowadziło to do ogromnego wzrostu wielkości zbiorów w Azji i Ameryce Łacińskiej, począwszy od lat 1960. W Azji produkcja zbóż zwiększyła się w latach 1970–1995 ponad dwukrotnie (podczas gdy liczba ludności o 60%). „Zielona rewolucja" przyniosła korzyści także mieszkańcom Ameryki Łacińskiej, natomiast w Afryce Subsaharyjskiej efekty były bardzo skromne (m.in. z powodu ubogiej infrastruktury, wysokich kosztów transportu, niedostatku systemów nawadniających itp.). Uważa się, iż pomimo wielu negatywnych skutków (takich jak zanieczyszczenie środowiska naturalnego czy zwiększenie nierówności dochodowych), „zielona rewolucja" wydobyła wielu ludzi z ubóstwa i pomogła zapobiec rozszerzaniu się zasięgu głodu i niedożywienia na świecie.

Współcześnie podobne nadzieje wiązane są w niektórych środowiskach naukowych z tzw. „błękitną rewolucją", czyli możliwościami, jakie niesie hodowla ryb na skalę przemysłową. Nadzieje te pojawiają się w nowym kontekście, jakim jest

[13] www.wri.org; zob. np. World Resources… 2011.

wzrost zamożności populacji wielu krajów Południa i rosnąca troska o środowisko naturalne. Szacuje się, że chociaż ludność świata zwiększy się do roku 2050 o około 35%, aby ich wyżywić produkcję żywności trzeba będzie podwoić (Foley 2014, s. 49); według innych szacunków różnica między zasobami żywności dostępnymi obecnie, a potrzebnymi w połowie stulecia wynosi więcej niż 60% (Searchinger et al. 2013). Jest to spowodowane wzrostem popytu na mięso, jaja i produkty mleczne w bogacących się krajach, zwłaszcza w Chinach i w Indiach, co pociąga za sobą konieczność poszerzania areału upraw kukurydzy i soi na pasze[14]. Tymczasem z różnymi źródłami, z jakich pochodzić może białko zwierzęce w ludzkim jadłospisie, związane są różne skutki ekologiczne i zużycie zasobów naturalnych – chów niektórych gatunków ryb jest w tym kontekście siedmiokrotnie efektywniejszy niż chów bydła, choć ten pierwszy także budzi różnego rodzaju kontrowersje (zob. Bourne, Skerry 2014, s. 115).

Mniej problematycznym, choć częściowym rozwiązaniem problemu wyżywienia populacji świata byłoby natomiast ograniczenie skali marnowania żywności. Zgodnie z obliczeniami analityków ze Światowego Instytutu do Spraw Zasobów (*World Resources Institute*), redukcja strat o połowę do roku 2050 wypełniłaby około jednej piątej luki, jaka istnieje między żywnością dostępną obecnie a tą potrzebną w połowie stulecia (Lipinski i wsp. 2013, s. 9). Tymczasem według szacunków FAO w roku 2009 zmarnowało się 1,3 miliarda ton, czyli 32% całkowitej masy wytworzonej żywności (chodzi tutaj zarówno o żywność wyrzucaną świadomie lub w wyniku zaniedbania – na przykład przeterminowaną [*food waste*], jak również marnowaną jako efekt uboczny procesu produkcji rolnej, przechowywania, transportu, itp. [*food loss*]) (FAO 2011). W przeliczeniu na kalorie oznacza to stratę około 24% całego wytworzonego pożywienia, innymi słowy – jedna na cztery zawarte w żywności kalorie przeznaczone dla ludzi nie jest przez nich ostatecznie konsumowana (Lipinski i wsp. 2013, s. 5). Najwięcej żywności marnuje się w krajach wysokorozwiniętych – w Europie i Ameryce Północnej 95–115 kg na osobę rocznie, podczas gdy w Afryce Subsaharyjskiej i Azji Południowej i Południowo-Wschodniej 6–11 kg (FAO 2011, s. 5)[15]. W krajach wysokorozwiniętych większość strat ma miejsce na etapie konsumpcji (na przykład 62% ogółu zmarnowanych kcal w Ameryce Północnej, 52% w Europie), podczas gdy w krajach rozwijających się przede wszystkim na etapie produkcji, obróbki i przechowywania, co odzwierciedla niedorozwój odpowiedniej infrastruktury w tych krajach (przykładowo w regionie Afryki Subsaharyjskiej na etapie konsumpcji marnuje się zaledwie 5% żywności; Lipinski et al. 2013, s. 9). Jak zauważają autorzy raportu dla FAO, biorąc pod uwagę fakt, że wielu rolników w krajach rozwijających się żyje na granicy głodu i niedożywienia, zmniejszenie strat żywności mogłoby przynieść natychmiastową poprawę ich sytuacji (FAO 2011).

Głód i niedożywienie są ściśle związane z ubóstwem, a zatem w inicjatywach nakierowanych na walkę z głodem wskazuje się często na konieczność rozwiązania także tego drugiego problemu. Obszary, na których najczęściej występują głód i niedożywienie, to jednocześnie najbiedniejsze regiony świata. W Afryce Subsaharyjskiej

[14] Obecnie 35% ogółu wytwarzanych w trakcie uprawy kalorii przeznaczanych jest na karmę dla zwierząt gospodarskich, 55% trafia do ludzkich żołądków (Foley 2014, s. 59).

[15] Warto zauważyć, że wraz z żywnością marnowane są także zasoby potrzebne do jej wytworzenia (woda, energia itp.). W trakcie produkcji emitowane są ponadto gazy cieplarniane (FAO 2011).

niemal co druga, a w Azji Południowej więcej niż co trzecia osoba żyje za mniej niż 1,25 dolara dziennie (PPP) (według danych Banku Światowego za rok 2008)[16]. Dla porównania, w takiej sytuacji znajduje się zaledwie 0,5% ludności Europy i Azji Środkowej, oraz 2,7% mieszkańców Ameryki Północnej i Bliskiego Wschodu. Jednocześnie 40% ludności świata ma do dyspozycji od 2 do 16 dolarów dziennie. Aktualnie największą rolę w wydobywaniu ludzi z ubóstwa i tym samym w redukowaniu problemu głodu mają migracyjne transfery pieniężne, których wartość przekracza trzykrotnie wartość pomocy dla państw rozwijających się (FAO, IFAD i WFP 2013, s. 13). Pieniądze przesyłane przez migrantów pracujących w krajach Północy pomagają wyjść z biedy, lepiej się odżywiać, a przy sprzyjającej polityce państwa także zwiększać inwestycje w gospodarstwie rolnym.

Prognozy na przyszłość, zapowiadające ogólny wzrost zamożności na świecie, wskazują jednocześnie na pogłębiający się dystans Afryki Subsaharyjskiej od reszty świata. W ostatnich latach region ten charakteryzowała rosnąca koncentracja najbiedniejszych ludzi na świecie. Jednocześnie systematycznie rosła i będzie rosnąć zamożność przede wszystkim populacji najludniejszego kontynentu – Azji (Lakner, Milanovic 2013). Proces ten, skądinąd pozytywny, rodzi obawy dotyczące wyczerpywania się zasobów żywności nieco innego rodzaju, o których wspomniano wcześniej – otóż ludzie, bogacąc się, konsumują więcej mięsa, jaj i innych produktów zwierzęcych, a co za tym idzie – potrzeba będzie więcej żywności na pasze (nie wspominając o zwiększonym obciążeniu dla środowiska na skutek wzrostu zapotrzebowania na wodę, emisji metanu itp.; zob. np. Foley 2014). Analizy pokazują jednak, że obawy te są najprawdopodobniej nieuzasadnione, ponieważ popyt na mięso w krajach rozwijających się nie rośnie tak szybko, jak przepowiadano (Alexandratos, Bruinsma 2012, s. 4). Rzeczywistych zagrożeń dla bezpieczeństwa żywnościowego na świecie trzeba zatem szukać gdzie indziej – tam, gdzie znajdowały się one do tej pory, w sferze czynników społecznych, a ściślej – w nierównościach społecznych i ich konsekwencjach. Dalsza część tekstu traktuje właśnie o tych zagadnieniach.

Społeczne źródła głodu

Pomimo wystarczającej ilości zasobów żywnościowych na Ziemi, wielu ludzi nadal cierpi głód i niedożywienie. Podkreślmy jeszcze raz – analizy statystyczne nie uwzględniają oczywistego faktu, iż dystrybucja zasobów, w tym żywnościowych, jest nierówna, zarówno w skali świata, pomiędzy poszczególnymi państwami, jak i w obrębie tychże państw. W niektórych krajach Południa udział dochodu uzyskiwanego przez najzamożniejsze 20% społeczeństwa sięga 50–60% (według danych Banku Światowego), a wartość współczynnika Giniego przekracza 0,60 (wartość 0,00 oznaczałaby doskonałą równość, a 1,00 sytuację, w której jedna osoba posiada wszystko)[17]. Jednocześnie współczynnik Giniego obliczony dla nierówności między gospodarstwami domowymi w zakresie poziomu bogactwa (rozumianego jako wartość aktywów materialnych i finansowych, minus pasywa) okazuje się być większy

[16] Dostępne na stronie http://www.worldbank.org/en/topic/measuringpoverty, dostęp 16.08.2014 r.

[17] http://data.worldbank.org/indicator/SI.DST.05TH.20, dostęp 16.08.2014 r.

niż dla nierówności dochodowych, wahając się od 0,547 w Japonii do 0,801 w USA i 0,803 w Szwajcarii. Dla całego świata jego wartość kształtuje się na poziomie 0,892. Szacuje się, że najbogatsze 2% ludzkości jest właścicielami więcej niż połowy bogactwa, przy czym najzamożniejsze 1% posiada 40% globalnych aktywów (Davies i wsp. 2007, za: Dorling 2012, s. 168).

Z punktu widzenia prowadzonych tu analiz najważniejsze jest jednak to, jak nierówności społeczne przekładają się na dostęp do żywności. W swojej książce *Geopolityka głodu* (2013) Jean Ziegler, socjolog i Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Prawa do Wyżywienia w latach 2000–2009, analizuje trzy główne czynniki przyczyniające się do głodu na świecie, o których mówią także inni analitycy: działalność ponadnarodowych koncernów żywnościowych, przejmowanie ziemi w krajach Południa przez trusty biopaliwowe oraz spekulacje giełdowe na podstawowych produktach spożywczych.

Rynek produkcji żywności zdominowany jest przez oligopole, ponadnarodowe koncerny żywnościowe, osiągające olbrzymie zyski i dysponujące rezerwami finansowymi niejednokrotnie znacznie przewyższającymi zasoby państw, na terenie których działają. Oligopole kontrolują nie tylko ceny oraz obrót produktami spożywczymi, ale także podstawowe sektory agroprzemysłu, takie jak produkcja nasion, nawozów czy pestycydów, transport i magazynowanie. Przykładowo zaledwie 10 przedsiębiorstw kontroluje 1/3 rynku nasion oraz 80% rynku pestycydów (Ziegler 2013, s. 166). Jednym z największych atutów handlowych tych koncernów jest pionowa kontrola rynków: całkowita kontrola nad linią produkcyjną oraz dystrybucją (Ziegler 2013, s. 171–172). Dzięki posiadanym silosom oraz instalacjom portowym wielkie koncerny są w stanie składować żywność, oczekując na wzrost cen. Są często krytykowane także za kontrowersyjne praktyki, takie jak szkodliwe dla zdrowia metody konserwacji żywności, zaopatrywanie się w produkty w państwach, w których wykorzystywana jest praca dzieci, oraz uciekanie się do dumpingu – zaniżanie cen po wejściu na rynki krajów Południa, po czym ich podnoszenie w momencie, gdy tylko dojdzie do upadku miejscowej produkcji (zob. np. Ziegler 2013, s. 172, na przykładzie Kamerunu).

Ponadnarodowe koncerny żywnościowe wkraczają na rynki krajów Południa m.in. w następstwie wprowadzania programów dostosowania strukturalnego oraz polityki prowadzonej przez Międzynarodowy Fundusz Walutowy (MFW). Obniżanie ceł (w imię liberalizacji handlu) przyczynia się do upadku miejscowej produkcji na skutek pojawienia się znacznie tańszych produktów pochodzących z krajów Północy, których rolnicy są hojnie subsydiowani. MFW przyczynia się także do ograniczania upraw żywności na potrzeby miejscowej ludności, wymagając wprowadzania do uprawy „towarów kolonialnych": bawełny, orzeszków arachidowych, kawy, herbaty, kakao itp., które można eksportować za dewizy służące do obsługi zadłużenia krajów Południa. Sytuację ich ludności pogarsza ogromna korupcja elit rządzących oraz całkowita niejednokrotnie zależność od pomocy rozwojowej, kapitału i kredytów infrastrukturalnych udzielanych przez państwa zachodnie (Ziegler 2013, s. 193–209).

Kolejna przyczyna występowania głodu i niedożywienia na świecie związana jest z produkcją biopaliw. Biopaliwa (inaczej agropaliwa) traktowane są często jako antidotum na zmiany klimatyczne. Ich dwa podstawowe rodzaje to bioetanol i biodiesel. Przedrostek „bio-" (greckie *bios* oznacza „życie", „żyjący") wskazuje, że węglowodór (etanol lub diesel) został wyprodukowany z substancji organicznych.

Jak zauważa Ziegler (2013, s. 265), nie ma tu bezpośredniego związku z terminem „bio" w znaczeniu „eko", używanym na określenie czystych biologicznie upraw (ekologicznych), jednak podobieństwo pojęć poprawia wizerunek biopaliw. Bioetanol produkuje się poprzez przetwarzanie roślin zawierających sacharozę (buraków, trzciny cukrowej itp.) lub skrobię (np. pszenica, kukurydza), biodiesel z tłuszczów roślinnych lub zwierzęcych. W ostatnich latach znaczenie biopaliw wzrasta: do produkcji bioetanolu w USA wykorzystuje się kukurydzę, w Brazylii trzcinę cukrową, w krajach Unii Europejskiej tłuszcze roślinne i zboża stosowane są do produkcji biodiesela i etanolu (Alexandratos, Bruinsma 2012).

W skali świata 9% wytworzonych w uprawach kalorii przeznaczanych jest na biopaliwa, jednak popyt na te ostatnie systematycznie rośnie[18]. Jak zauważają badacze, jeśli aktualnie obserwowane trendy w zakresie wykorzystywania biopaliw będą się utrzymywały, mogą stać się one jednym z głównych czynników zagrażających bezpieczeństwu żywnościowemu, przynosząc zyski producentom ze szkodą dla ubogich konsumentów (Alexandratos, Bruinsma 2012, s. 1, 18).

Podstawowe zarzuty wysuwane wobec produkcji i wykorzystywania biopaliw sprowadzają się do kilku głównych. Po pierwsze, wbrew twierdzeniom producentów, agropaliwa także stanowią duże obciążenie dla środowiska, ich wytwarzanie wymaga bowiem wody i energii, a przy produkcji ma miejsce emisja dwutlenku węgla. Przykładowo, aby wytworzyć 1 litr bioetanolu zużywa się 4 tys. litrów wody (Ziegler 2013, s. 270). Dwa kolejne zarzuty wiążą się bezpośrednio ze zjawiskiem głodu. Najbardziej oczywiste jest spostrzeżenie, że przeznaczanie ziemi pod uprawę roślin na biopaliwa oznacza w pierwszej kolejności, że ziemia ta nie zostanie wykorzystana pod uprawę żywności dla ludzi. Palenie żywności na świecie, na którym miliony cierpią głód, jawi się w tym kontekście jako zjawisko szokujące[19]. Dodatkowo wzrost popytu na biopaliwa może wpływać na wzrost cen zboża, jak miało to miejsce w latach 2007–2008, co z kolei prowadzi do wzrostu cen żywności (Mitchell 2008).

Najpoważniejszy zarzut wobec „zielonego paliwa" wskazuje jednak nie na wpływ na środowisko naturalne, lecz społeczne. Chodzi tutaj o skutki działalności wielkich międzynarodowych koncernów produkujących biopaliwa, które wykupują (dzierżawią, wynajmują) ziemię w krajach Południa pod ich uprawę, zastępując tym samym rolną produkcję żywności. Zakładaniu plantacji towarzyszą wszędzie nieprawidłowości i naruszenia prawa: bezprawne wywłaszczenia, przymusowe przesiedlenia ludności, zabójstwa, znikanie ludzi bez śladu (zob. przykład plantacji palm oleistych w Kolumbii i trzciny cukrowej w Sierra Leone, Ziegler 2013, s. 290, 297). Wywłaszczeni rolnicy zmuszeni są kupować żywność, ponieważ ich pola są zbyt małe, by wyżywić rodzinę. Brak środków uniemożliwia jej zakup w wystarczającej ilości, zwłaszcza w okresach wzrostu cen. Rekolonizacja jest problemem wszystkich krajów Afryki Subsaharyjskiej, w których teoretycznie cała ziemia jest własnością państwa (nie istnieją księgi wieczyste, zwłaszcza na terenach wiejskich). Ogromną rolę w procesie odbierania rolnikom ziemi odgrywa jednocześnie korupcja niektórych miejscowych urzędników.

[18] Pasze dla zwierząt pochłaniają 36%, a 55% jest konsumowanych bezpośrednio przez ludzi (Foley 2014, s. 60–61).

[19] Przykładowo wyprodukowanie 50 litrów bioetanolu (pojemność baku średniej wielkości amerykańskiego samochodu działającego na bioetanol) wymaga spalenia 358 kilogramów kukurydzy (Ziegler 2013, s. 274).

Ziemia w Afryce wykupywana jest nie tylko pod uprawę roślin na biopaliwa, ale także w celach spekulacyjnych oraz w celu produkcji artykułów spożywczych dla krajów Północy[20] (biorąc pod uwagę stosowane w trakcie zakupu praktyki oraz niezwykle niskie kwoty, jakie płacą za nią nabywcy, bardziej adekwatne wydaje się stosowane przez Zieglera określenie „grabież" ziemi; zob. też Bourne, Hammond 2014). Proceder ten nasilił się po kryzysie żywnościowym w roku 2008, niosąc bardzo negatywne skutki dla lokalnych społeczności. Jak pisze Ziegler (2013, s. 334–335): rodziny wyrzucane są z ziemi, którą ich przodkowie zamieszkiwali od pokoleń. Sady i ogrody warzywne zostają bardzo szybko zniszczone, natomiast obietnice należytej rekompensaty pozostają zwykle niespełnione. W następstwie wysiedlenia zanika wiedza rolnicza przekazywana z pokolenia na pokolenie (umiejętność określania rodzaju gleby, nasłonecznienia, opadów). Zwolnioną przestrzeń zajmują trusty rolno-spożywcze, które wprowadzają monokulturę roślin hybrydowych lub genetycznie modyfikowanych, uprawianych metodami rolno-przemysłowymi. Zawłaszczona ziemia zostaje szczelnie ogrodzona, miejscowi rolnicy czy koczowniczy pasterze odcięci od dostępu do rzeki, lasu czy pastwiska. Jak podsumowuje autor: „Spekulanci artykułami żywnościowymi, ziemią czy *traderzy* w rzeczywistości spekulują śmiercią" (Ziegler 2013, s. 335).

Ostatnim czynnikiem przyczyniającym się do głodu na świecie, o którym warto w tym miejscu wspomnieć, jest spekulacja żywnością. Chodzi tutaj o praktyki kupna i sprzedaży towarów nie dla własnego użytku, ale w celu ich późniejszego odsprzedania (lub odkupienia) w przewidywaniu zmiany obowiązującej ceny, do niedawna występujące na rynkach finansowych (do momentu ich załamania na skutek takich praktyk w roku 2007). W ciągu ostatnich 4 lat spekulanci dwukrotnie przyczynili się do skokowego wzrostu cen produktów żywnościowych: w 2008 oraz na początku 2011 roku (Ziegler 2013, s. 310). Gwałtowny wzrost cen podstawowych produktów spożywczych (przede wszystkim ryżu, a także kukurydzy i pszenicy) w roku 2008 doprowadził do serii „zamieszek głodowych" w 37 krajach, obalenia rządów na Haiti oraz na Madagaskarze. Spekulacje nie były jedyną przyczyną kryzysu lecz pogłębiły go i przyspieszyły jego nadejście[21].

Z powyższych uwag płynie następujący wniosek: fakt, że obecnie niemal miliard ludzi nadal cierpi głód, nie wynika z niewystarczającej produkcji żywności, lecz jest skutkiem zawłaszczania plonów przez najsilniejszych i najbardziej wpływowych (Ziegler 2013, s. 357). Wydaje się jednak, że pełniejsze zrozumienie społecznych źródeł głodu wymagałoby spojrzenia w przeszłość, w szczególności przeanalizowania roli kolonializmu w doprowadzeniu do ogólnego niedorozwoju krajów Południa. Głód związany jest bowiem z biedą, która ma charakter strukturalny. Dodatkowo powstałe w okresie kolonializmu zależności polityczne, gospodarcze i społeczne nadal wywierają wpływ na sytuację krajów postkolonialnych i przyjmują niejednokrotnie formę neo- czy też rekolonizacji. Problematyka ta wykracza poza ramy

[20] W krajach wysoko rozwiniętych większość kalorii wytworzonych w uprawach przeznaczana jest na pasze dla zwierząt oraz biopaliwa: przykładowo łącznie 61% w Europie, 73% w USA (Foley 2014, s. 60–61).

[21] Inne przyczyny to wzrost światowego popytu na biopaliwa, susze i nieurodzaje w wielu regionach świata, rekordowo niskie od 30 lat światowe zapasy zbóż, wzrost popytu na mięso – a co za tym idzie również na zboża – w krajach rozwijających się, wysoka cena ropy naftowej.

tego artykułu, warto jednak podkreślić fakt, że rekolonizacja stoi na przeszkodzie rozwoju, a tym samym eliminacji źródeł głodu. Przykładowo w Afryce, w której nie powiodła się „zielona rewolucja", wciąż nie wykorzystuje się potencjału ziem uprawnych, które często nie są nawadniane i nawożone z powodu wysokich cen nawozów. Sytuację pogarsza niestabilna sytuacja polityczna, będąca pokłosiem kolonializmu.

Uwagi końcowe

Powtórzmy jeszcze raz wniosek, jaki płynie z szacunków dotyczących maksymalnej liczby ludzi, jaka może żyć na świecie: na Ziemi są (i będą w ciągu najbliższych dekad) wystarczające zasoby żywności, aby wyżywić prognozowane na koniec XXI wieku 10–11 miliardów ludzi. Ograniczeniem dla wzrostu liczby ludności nie jest zatem z całą pewnością dostępność zasobów żywności. Szacunki dotyczące ich wielkości nie biorą natomiast pod uwagę nierównej dystrybucji zasobów – zarówno pomiędzy państwami, jak i poszczególnymi grupami społecznymi w ich obrębie. To właśnie nierówności społeczne będą, podobnie jak do tej pory, przyczyniać się do utrzymywania się głodu i niedożywienia. Występujące aktualnie niedobory są ponadto konsekwencją ograniczeń strukturalnych: ogólnego niedorozwoju skutkującego ubóstwem, będącego w dużym stopniu konsekwencją kolonializmu i pogłębianego przez praktyki neokolonialne. Uderza w tym kontekście zwłaszcza relatywne upośledzenie regionu Afryki Subsaharyjskiej.

Wniosku płynącego z uśrednionych analiz statystycznych dla całego świata nie można zatem powtórzyć na poziomie lokalnym, w odniesieniu do wielu krajów Południa. Ich sytuację pogarsza nie tylko intensywny wzrost demograficzny, ale także to, co analitycy FAO określają mianem „rywalizacji o wodę i ziemię" (FAO 2011a), a co sprowadza się w dużej mierze do wykupu tej ostatniej przez międzynarodowe korporacje. Dodatkowym zagrożeniem są zmiany klimatu – jego ocieplenie skutkujące wysuszaniem ziemi, zmianami wzorca opadów deszczu oraz występowania ekstremalnych warunków pogodowych. Większość prognoz dostarcza scenariuszy na przyszłość od katastroficznych, po umiarkowanie pesymistyczne. Podkreśla się jednak, że rolnictwo w krajach rozwijających się (na którym wiele z nich bazuje) ucierpi na tych zmianach w stosunkowo największym stopniu (Alexandratos 2011).

Pytanie o dostępność zasobów żywności nie jest oczywiście jedynym związanym ze wzrostem demograficznym. Równie istotne są zagadnienia takie jak zanieczyszczenie środowiska czy wyczerpywanie się zasobów nieodnawialnych wykorzystywanych przez powiększającą się populację świata. W literaturze naukowej problem ujmowany jest zatem często następująco: „W jaki sposób świat może (…) wyżywić ponad 9 miliardów ludzi do roku 2050 tak, aby przyczyniając się do rozwoju społecznego i gospodarczego zmniejszyć jednocześnie presję na ekosystemy, klimat i zasoby wody?" (Lipinski et al. 2013). Debata wokół tych zagadnień wydaje się jednak odzwierciedlać optykę zamożnych krajów Północy, które z niepokojem patrzą na wzrost zamożności dotychczas spauperyzowanych, postkolonialnych krajów azjatyckich. Dążenie do polepszenia standardu życia w tych państwach rodzi te same problemy, za które do tej pory odpowiedzialne były głównie kraje wysoko rozwinięte: intensywne uszczuplanie zasobów środowiska naturalnego i jego rosnące zanieczyszczenie, w miarę jak coraz więcej ludzi konsumuje coraz więcej żywności i energii.

Z drugiej strony uzasadniony wydaje się wniosek, że przedstawianie wzrostu liczby ludności świata jako zagrożenia służy nader często odwróceniu uwagi od problemu, jakim jest nierówna dystrybucja zasobów. Będące mniejszością pod względem liczby ludności kraje Północy emitują największą ilość gazów cieplarnianych, zużywając najwięcej energii i konsumując najwięcej (więcej, niż jest to konieczne, jak pokazują chociażby dane dotyczące marnowania żywności). Ponadto działalność zlokalizowanych w nich międzynarodowych koncernów przyczynia się do pogłębiania ubóstwa i głodu w wielu krajach Południa. Poszukując zatem rozwiązań dla współczesnych problemów żywnościowych i ekologicznych warto pamiętać o ich społecznym kontekście i potrzebie redukowania ich strukturalnych źródeł.

Bibliografia

Alexandratos N. (2011). *Critical Evaluation of Selected Projections.* W: P. Conforti (red.), *Looking Ahead in World Food and Agriculture: Perspectives to 2050*. Volume of the papers for Expert Meeting on How to Feed the World in 2050, FAO, Rzym, 24–26.06.2009. Rzym: FAO. [online:] http://www.fao.org/docrep/014/i2280e/i2280e00.htm, dostęp 18.08.2014 r.

Alexandratos N., Bruinsma J. (2012). *World agriculture towards 2030/2050: the 2012 revision.* ESA Working paper No. 12-03. Rzym: FAO.

Bourne J.K. Jr., Hammond R. (2014). *Czarny spichlerz.* National Geographic, 7(178), s. 110–127.

Bourne J.K. Jr., Skerry B. (2014). *Morza do uprawy.* National Geographic, 6(177), s. 110–125.

Cohen J.E. (1995). *Population growth and earth's human carrying capacity*. Science, 269(5222), s. 341–346. [online:] doi:10.1126/science.7618100, dostęp: 14.08.2014 r.

Dalen van H.P., Henkens K. (2012). *What is on a demographer's mind? A worldwide survey*. Demographic Research, 16(26), s. 363–408, [online:] DOI: 10.4054/DemRes.2012.26.16.

Davies James B., Sandstrom S., Shorrocks A., Wolff E.N. (2007). *The World Distribution of Household Wealth.* Mapping Global Inequalities, Center for Global, International and Regional Studies, UC Santa Cruz. [online:] http://escholarship.org/uc/item/3jv048hx#page-3, dostęp 20.08.2014 r.

Dorling D. (2013). *Population 10 Billion.* London: Constable.

FAO. (2011). *Global food losses and food waste – extent, causes and prevention.* Rome: UN FAO. [online:] www.fao.org, dostęp 12.08.2014 r.

FAO. (2011a). *The state of the world's land and water resources for food and agriculture (SOLAW) – Managing systems at risk.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome and Earthscan, London. [online:] www.fao.org, dostęp 12.08.2014 r.

Foley J. (2014). *Pięciostopniowy plan wyżywienia świata.* National Geographic, 5(176), s. 44–65.

Hazell B.R. (2003). *Green Revolution. Curse or Blessing.* International Food Policy Research Institute. [online:] http://www.ifpri.org/sites/default/files/pubs/pubs/ib/ib11.pdf, dostęp 06.07.2014 r.

Investing in the Future: A United Call to Action on Vitamin and Mineral Deficiencies. (2009). Micronutrient Initiative, Flour Fortification Initiative, USAID, GAIN, WHO, The World Bank, UNICEF. [online:] http://www.unitedcalltoaction.org/, dostęp 30.07.2014 r.

Lakner C., Milanovic B. (2013). *Global Income Distribution: From the Fall of the Berlin Wall to the Great Recession*. Policy Research Working Paper 6719, World Bank, Washington, DC. [online:] http://www.worldbank.org/en/research, dostęp 16.08.2014 r.

Lam D. (2011). *How the World Survived the Population Bomb: Lessons from 50 Years of Extraordinary Demographic History.* Demography, 4(48), s. 1231–1262.

Lipinski B., Hanson C., Lomax J., Kitinoja L., Waite R., Searchinger T. (2013). *Reducing Food Loss and Waste*. Working Paper, Installment 2 of *Creating a Sustainable Food Future*. Washington, DC: World Resources Institute. [online:] http://www.worldresourcesreport.org, dostęp 05.08.2014 r.

Livi-Bacci M. (2007). *A Concise History of World Population.* Malden: Blackwell Publishing.

Mitchell D. (2008). *A Note on Rising Food Prices*. Policy Research Working Paper 4682, World Bank. [online:] http://elibrary.worldbank.org/, dostęp: 03.08.2014 r.

Okólski M., Fihel A. (2012). *Demografia. Współczesne zjawiska i teorie.* Warszawa: Scholar.

ScienceDaily. (04.04.2011). *The Population Bomb: How we survived it*. ScienceDaily, University of Michigan. [online:] www.sciencedaily.com/releases/2011/04/110401203436.htm, dostęp 06.07.2014 r.

Searchinger T., Hanson C., Ranganathan J., Lipinski B., Waite R., Winterbottom R., Dinshaw A., Heimlich R. (2013). *The Great Balancing Act*. Working Paper, Installment 1 of *Creating a Sustainable Food Future.* Washington, DC: World Resources Institute. [online:] http://www.worldresourcesreport.org, dostęp 29.07.2014 r.

FAO, IFAD, WFP. (2013). *The State of Food Insecurity in the World 2013. The multiple dimensions of food security.* Rzym: FAO. [online:] www.fao.org, dostęp: 16.03.2014 r.

2011 World Population Data Sheet. (2011). Population Reference Bureau. [online:] www.prb.org, dostęp 24.07.2014 r.

World Population Prospects. The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables. (2013). United Nations: New York. [online:] http://esa.un.org/wpp/, dostęp 25.07.2014 r.

World Resources 2010–2011: Decision Making in a Changing Climate – Adaptation Challenges and Choices. (2011). Washington, DC: World Resources Institute (WRI) in collaboration with United Nations Development Programme, United Nations Environment Programme, and World Bank. [online:] www.wri.org, dostęp: 05.08.2014 r.

Vitamine and Mineral Deficiency. A Global Damage Assessment Report. (2004). The Micronutrient Initiative, UNICEF. [online:] www.micronutrient.org, dostęp: 30.07.2014 r.

Ziegler, J. (2013). *Geopolityka głodu. Masowa zagłada.* Warszawa: Instytut Wydawniczy Książka i Prasa.

Demographic growth and the prospects of feeding the world population. An outline of the problem

Summary

The number of people in the world keeps growing, even though the rate of growth is slowing down. The increasing world population causes apprehension among some scholars and members of the public. Anxieties arise, on the one hand, over the possibilities of feeding the world, and, on the other hand, over the burden on the environment caused by human activity (including the production of food). The aim of the article is to highlight major issues underlying the debate on the prospects of feeding the population of the world, considering, in particular, the still prevalent phenomena of hunger and malnutrition. The focus is especially on the causes of the latter phenomenon which persists despite the fact that the Earth's resources are sufficient enough to sustain an even significantly larger number of people than there are today.

Key words: demographic growth, the Earth's carrying capacity, hunger and malnutrition

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 172–183

VARIA

Inga Subbotina
Chernihiv National University Of Technology (Ukraine)

Demographic processes in Ukraine in the second half of the 20th – beginning of the 21st century in historical perspective

This commentary is based on the statistical data of general population censuses and archival information about the problems of demographic development in Ukraine in the second half of the 20th till the beginning of the 21st century. An outline of the socio-demographic features of the population is provided in terms of the number, sex and age composition. Particular attention is paid to the causes of the current demographic crisis. We consider the deformation of the sex and age composition of the population, the aging of society, the impact of migration and urbanization processes on the demographic situation in the country.

Introduction

The period of the second half of the 20th and the beginning of the 21st century became an important historical stage for Ukraine, during which key features of its present social and demographic development were forming. In the late 1950s in the Ukrainian Soviet Socialist Republic the main administrative and territorial changes came to an end, wars, Famine–Genocide, repressions, the deportations of the nations were left in the past, the migratory processes stabilized. However, despite the absence of a social crisis which could lead to huge demographic losses and could be a hindrance to the socio-economic development of the republic, between the 1960s and the first half of the 1980s a wide range of demographic problems was outlined. The further course of historical events ended with the socio-political and socio-economic transformation that brought about the systemic demographic crisis in the 1990s.

At the present stage, the demographic situation in the country is characterized by the population diminishing, by a deformation of its sex and age structure, a reduction of life expectancy, a deterioration in the state of the population's health, family and domestic sphere violation etc. All these factors complicate the further development of the Ukrainian state and make necessary a retrospective research of the mentioned demographic processes, the consequences of which come with a time lag and which cannot be explained only by the general societal reorganization. The

analysis of the demographic development of Ukrainian society within the context of historical events allows one to characterize the sources of the crisis of population reproduction and to define the priority directions of the demographic policy.

Significant information about the social and demographic processes in Ukraine is contained in works on demography. More comprehensive studies became those that were started by the department of demography of the Institute of Economics at the Academy of Sciences of the Ukrainian Soviet Socialist Republic (*Демографическое развитие...* 1977; *Демографическое развитие...* 1987). The fundamental academic works of a historical-demographic content in which the period of the end of the 1950–80s would be studied, were not published in Soviet times. Academic works in the discussed field are devoted only to the study of single social and demographic processes. Soviet researchers ignored the main reasons for a deterioration in the demographic situation because of the ideological political bias: the results of the permanent famine, real losses during World War II, political repressions, voluntary forced resettlements and deportations which distorted the social and demographic structure of Ukraine.

At the present stage economists, demographers and geographers are mainly engaged in research into the social and demographic processes. The problems of the depopulation, natural and migratory movement of the population of Ukraine are analyzed in the works of E. Libanova, V. Piskunov, S. Piskunov, S. Pirozhkov, I. Prybytkova, V. Steshenko, A. Homra. Interesting studies were conducted by the Canadian demographer A. Romanyuk who described the modern population policy in Ukraine and Canada (Романюк 1997) and the Polish researcher P. Eberhardt, who studied the national structure of the population of Ukraine in the 20th century (Eberhardt 2006).

The features of depopulation in Ukraine

For more than two decades Ukraine has endured a deep demographic crisis, as a result of which the number of permanent population of the state has reduced from 51452,0 (1989) to 45245,9 (December 2013) thousands of people (the indices concerning the demographic situation are quoted or calculated by the author with reference to: *Кількість та територіальне розміщення населення України...* 2003; *Склад населення Української РСР...* 1991; *Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года...* 1963). Though the diminishing in the growth rates of the population is considered by some scholars to be quite a natural process, desired for the achievement of harmony within the number of inhabitants of a certain territory, the demographic crisis can threaten the further existence of the population of Ukraine.

According to population censuses, during the period of 1989–2001 the number of the permanent population of Ukraine reduced by 3311,1 thousand people. Even the most pessimistic versions of population forecasts had not foreseen such a substantial reduction in the population of the country. As we know, modern Ukrainian history and the history of the Ukrainian Soviet Socialist Republic are extremely closely related, which has caused an expansion of the chronological limits of historical reality.

The transition to the modern type of reproduction in Ukraine began at the end of the 19th century, and in the second half of the 20th century the country became one

of several federal republics which finally underwent the European type of population reproduction (characterized by a low birth rate and low mortality). War, epidemics, natural disasters and territorial changes did not play a key role in depopulation any more. The main reasons for the contraction in the population were the decrease in the birth level and the increase of migration.

At the beginning of 1959 the population of Ukraine comprised 41720,6 thousand people. The demographic consequences of the war were still tangible, but the age structure of the population of that time resulted in the growth in the number of the republic's inhabitants. In the eleven years that followed the growth rates of the population amounted to 112,8% and in 1979 the number of the inhabitants of Ukraine had increased to 47055,9 thousand people. However, in the following years a reduction in the natural increase of the population took place. Whereas in 1959 the crude birth-rate was 20,9, and the crude death-rate 7,5, by 1990 these rates were almost equal, and the natural increase of the population was only 0,6 per thousand. Already in 1991 the death-rate in the country exceeded the birth-rate, and in 2002 with a crude birth-rate of 8,1, the crude death-rate had reached 15,7. Last year the crude birth-rate increased to 11,1, and the crude death-rate decreased to 14,5 (see: *Народне господарство...* 1967; *Народное хозяйство...* 1990; *Населення України, 2002 рік...* 2003).

Therefore, the demographic development stage of the population which in the Soviet historiography was characterized as "progressive" and "economic" turned out to be rather threatening. In the modern demographic studies negative features of such a mode of reproduction have been defined, with complete depopulation and an aging of the population featuring among them.

Dynamics of the sex and age structure

The study of the sex and age structure of the population of a country is extremely important for an understanding of the development of the population and the prediction of its number. In Ukraine, women outnumber men. So, in 1959 among the total number of the population of Ukraine of 41720,6 thousand people, men constituted 18511,4 thousand people (44,4 per cent), and women 23209,2 thousand people (55,6 per cent) (indices concerning the ratio of the sex and age groups of the population are quoted or calculated by the author with reference to: *Возрастная структура...* 1972; *Жінки та чоловіки України...* 2004; *Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года...* 1963; *Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 года...* 1972; *Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 года...* 1989; *Чисельність і стать населення Української РСР...*1990). The predominance of women by 11,2 per cent is first of all caused by the losses to the male population during the repressions and in the years of the Second World War. The Ukrainian researcher V. Nikolskyi, analyzing the sex structure of losses from political repressions, pointed to the fact that while men were generally shot, men of a working age died in the camps (for instance, among 2,526,402 people who were in camps in 1953, women made up only 438 thousand).In the second half of the 20th century the disproportion in the sex structure of the population of Ukraine persisted. Even in 2001, the index of numerical predominance of women over men made up 7,4%. According

to the population census of 1959, in the young age groups which had not suffered from the consequences of war, men prevailed. The essential disproportion in the sex structure of the population of the Republic was observed among the people born between 1924–1925, whose age at the beginning of the war was 16–17 years (in 1959 they belonged to the age group of '30–34 years'). In the older age groups (of '35–39 years', '40–44 years', '45–49 years') the census of 1959 recorded an excessive predominance of women, reaching 25%.

Studying the demographic history of the Soviet Union is, anyhow, interlaced with the characteristics of its political history. That is why it is not a surprise that the consequences of the Second World War become all the less notable with every year, though they still influence the sex structure of the population of the country. So, in 2001 the majority of the people who took part in military operations reached the age of eighty, and the share of this age category made up less than 2%. However, the number of their children and grandchildren remained less in proportion. In the modern sex structure of the country's population the essential imbalance is connected with the greater mobility of men and, more importantly, with the higher level in the death-rate within the male population.

Characterizing the Ukraine's population sex structure, it is preferable to address the analysis of the ratio of the age groups among men and women, as the sex composition of the population at the reproductive age has a considerable influence on the marriage and birth-rate. A significant disproportion in groups of the reproductive age was observed in 1959, but over the years this index decreased. However, the reduction in the share of the reproductive age prevented the demographic reproduction of the population. It is worth saying that unlike most developed countries, for which the post-war decades were a period of significant reduction in mortality, in the Soviet republics a clear improvement in the situation did not occur, even in an environment of increasing birth rates.

According to the J. Beaujeu-Garnier–E. Rosset's scale *(Демографический энциклопедический словарь* 1985), in 1959 Ukraine reached the stage of "an actual old age threshold" – the number of inhabitants aged 60 years and above made up 10,5%. In 1970 the share of people aged more than 60 years already equalled 13,9%. The appropriate coefficient for the next nine years grew to 15,7%, in ten years to 18% and in 2001 it had reached 21,4%.

The aging process in Ukraine has intensified because of the reduction in the share of children. In 1959 the comparative share of children aged of 0–14 years was 25,9%, that was 6,6% less than in 1939. It is necessary to mention that despite some reduction in the relative number of children and the increasing in the percentage of elderly people, the age structure of the population in the late fifties, according to experts, had to promote increase in the population number.

The Soviet government implemented measures to reverse the situation in the republics that were diverse. Some innovations relating to families included providing state financial and social support, namely the improvement of children's activities at pioneer camps and health centres, the creation of school educational groups, extended day and boarding schools; setting lower prices for children's goods; support of kindergartens. Other measures were intended to directly stimulate the birth rate in the country: keeping children in kindergartens in part was paid for by the state, which provided regular financial aid to children in families with low income;

gradually increased paid leave for mothers after childbirth. However, as it turned out, the state-proposed social measures were not enough to reverse the situation in the Soviet republics.

The demographic potential of the Ukrainian Soviet Socialist Republic in 1959 equalled 1,26 (Кваша 1974, p. 28), implying that in the conditions of the observed mode of population reproduction the number of inhabitants had to be increased soon up to 26% based on its own potential only. However, by 1970 this index had decreased to 1,14 (while at the same time almost without conceding to the appropriate indices of Western Europe countries) (Кваша 1974, p. 28–29). Soon these reserves were exhausted as well. The birth-rate lowering between the 1970s and the 1980s led to a reduction of the share of children in the total number of the population of Ukraine. The simultaneous aging of the population of the republic "at the top" and "from below" showed the high intensity of this process. The aging of the population was affected by factors such as a decrease in the birth rate and the emigration of young people. According to population census data the average age of the entire population of Ukraine grew from 31 in 1959 to 38,9 years in 2001.

Demographic consequences of the migratory and urbanization processes

Migratory processes can be named as one of the main factors contributing to the contemporary depopulation. Till 1994 the migratory balance of Ukraine with other regions was positive. Such a situation, at first sight, can seem quite favourable, especially if one considers the twisting nature of the migratory processes in Ukraine. However, mass movement which in Soviet times was practiced in the form of organized sets, the mobilization according to *komsomol* (the Young Communist League) permits, the spatial distribution of young specialists etc., significantly worsened the demographic situation within the republic.

Between the 1950s and the first half of the 1960s the planned migrations of workers to the Kazakh Soviet Socialist Republic (further: KSSR) predominated, and from the end of the 1960s – to the organized sets in the Russian Soviet Federal Socialist Republic (RSFSR) which proceeded until the end of 1980s. The plans of the organized sets supposed the migration as single individuals as well as whole families. Family migrations were directed mostly to Kazakhstan: according to the State committee of labour in 1959 alone 5903 families were moved to KSRR (the average composition of families being 3,4 people) (*Справки управления о выполнении плана переселения…* 1959, p. 1). In spite of the fact that the migratory balance of the Ukrainian Soviet Socialist Republic with KSSR and RSFSR was positive, the growth of the volume of migration of the population (both external, and internal) initiated a fall in the birth-rate as a result of putting aside child-bearing and changes in the reproductive behaviour. Young, healthy people left Ukraine, and pensioners, or the people who had lost their health under the severe working conditions returned. All these significantly influenced the growth in the rates of aging within the republic's population and worsened its sex and age structure.

Archival records testify to the mass returning of the migrants first of all due to the lack of appropriate living conditions. In particular, in the Far East region immigrants were provided with summer barrack-type rooms as accommodation during

the winter period, which were not at all adapted for living *(Переписка с Госпланом СССР...* 1970, p. 124). Living conditions in Kazakhstan were even more unsatisfactory. Incidentally, according to social surveys, the very desire to improve living conditions was the principal reason for moving *(Переписка с Госпланом СССР...* 1970, p. 90–91). It is clear that having been deprived of the possibility to accomplish their intentions, people returned home in large numbers. However, a significant number of them returned already physically and morally undermined, having sometimes lost their relatives and even children during the difficult moving *(Листування з Радою Міністрів Союзу РСР...* 1960, p. 103–107).

Officially the necessity of the organized sets was explained by the irregularity in the distribution of labour: its excesses in the Western and Central regions and a shortcoming in the East and the South of the Ukrainian republic. Intensive industrial development of the Eastern regions and the agriculture of the Southern regions required a significant number of labourers. However, judging by those letters which arrived at the Supreme Council of the Ukrainian Soviet Socialist Republic from the boards of collective farms, separate collective farms, that include a huge number of plots of land of the Central and North-Eastern regions also lacked labour and even tried to entice workers from each other. Labour redistribution during 1959–1989 occurred preferentially at the expense of people from the rural areas of the Central and North-Eastern regions, that further negatively influenced their demographic development.

The process of urbanization began in Ukraine in the 19th century, but only in the 20th century when industry turned into a leading branch in the production of goods, did urbanization become the prevailing direction of the spatial organization of the vital activity of society. The industrialization development, which caused the changes in the geography of the economy, caused the growth of mobility of the population. The migratory processes which had a spontaneous character and were encouraged at the state level played the main role in the formation of the size of the urban population of the Ukrainian Soviet Socialist Republic.

During the researched period (1959–2001) the number of urban areas grew to 24,8 per cent and was equal to 1343 city settlements (cities and urban-type settlements) including 454 cities in 2001 (indices on the demographic consequences of the migratory and the urbanization processes are quoted or calculated by the author with reference to: *Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года...* 1963; *Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 года...* 1972; *Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 года...* 1989; *Основні підсумки...* 1961; *Численность населения Украинской ССР...* 1990; *Кількість та територіальне розміщення...* 2003). The fastest rates of the quantitative increasing of the urban areas were in 1959–1969, which was connected with the rapid industrialization of the republic. In the following years this index noticeably decreased.

During the period between 1959–1969 the urban population of the republic was increasing first of all due to migrations. For a long time in the cities, as a result of the gradual lowering of the coefficients of a natural increase in the population, the coefficients of mechanical growth remained almost unchanged. Peasants, in the search of the best living conditions, went to the city in large numbers, despite the difficulties connected with receiving internal passports. Social (the population level of service, the discontent with living conditions) and economic factors (the

organization and labour compensation) first of all influenced the reasons for the migration. Besides, migration to the cities was encouraged at the state level. When in 1961–1962 the decreasing of migration flow to the cities (almost by half in comparison with previous years) caused a labour deficit at plants, the newly arrived people were given additional privileges to increase the influx of population to the cities.

Growth in the number of cities and in the urban population was accompanied by the reduction of the absolute and comparative number of villages and the inhabitants of rural areas. The highest rates in the reduction of rural settlements were recorded from 1959 till 1970 when the number of villages decreased by more than a third. Such a situation was connected first of all with the government policy which was directed towards the liquidation of 'unpromising' villages. In 11 years alone, the number of rural settlements with a population of up to 25 people was reduced 10 fold. The share of settlements from the aforementioned category within the total number of rural settlements decreased from 15,4% in 1959 to 2% in 1970. There was a necessity of the gradual changing of the collective-farm villages into enlarged settlements of a city type as part of the Policy Programme of the Communist Party of the Soviet Union.

The general number of village people in the mentioned period was reduced by 1242,5 thousand, while the number of urban population increased by 6577,7 thousand people. Growth of the urban population happened both due to natural, and a mechanical increase in the population, but also because of the changing of the rural settlements into urban ones.

Soviet scientists, during the research of the migratory processes connected with urbanization, pointed out their positive contribution to the development of the social structure of the society and the increase of welfare for the migrants. However, the mass departure of the peasants to the cities caused an essential deformation of the sex and age structure of the population of Ukrainian rural areas. As the migrants were mostly young people of working age, their departure caused a shortage of the labour on the collective farms and state farms. Besides, as a result of the urbanization the coefficients of the birth-rate and death-rate had been changing, and, so the age composition of the rural population as well. Urbanization became the basic reason for the growth in the rates of aging within Ukrainian rural areas, the reduction of the share of children and the increasing proportion of elderly people and had led to the depopulation of the rural areas.

From 1969 the birth-rates in the cities became higher than the similar indexes in the rural areas. The aforementioned factors led to a situation whereby in 1970 the proportion of elderly people in the cities of the Ukrainian Soviet Socialist Republic equalled 11,4%, while in the rural areas – 17%. In the following years the gap between the coefficients of aging within the urban and rural population increased. In 1979 the proportion of elderly people in the cities made up 12,7%, in rural areas – 20,3%, and in 1989 – correspondingly 14,9 and 24,2%.

The growth in death-rates (caused by aging) together with the decrease in the birth-rate had led to an essential natural reduction in the number of the rural population. Since 1979 the coefficients of a natural increase in the rural areas became negative, during the period 1959–2001 the size of the rural population decreased 1,4 times. In 2001 the age structure of the population of the rural areas turned out to be totally deformed: more than a quarter of peasants (28,6%) were of an age higher

than working age (60 for men and 55 for women), and the share of the peasants aged 60 years and over made up 26,1%. Even the migratory inflow to the rural areas at the beginning of 1990s could not correct such a situation.

Thus, urbanization processes in Ukraine during the whole researched period influenced the dynamics of changes in the number and demographic structure of the population. In fact the first problems which arose in the demographic development of the society were connected with the mass migrations of the young rural population of working age (16–59 for men and 16–54 for women) to the cities. At the same time in certain regions of the Ukrainian Soviet Socialist Republic the situation was noticeably corrected by the organized inter-regional migrations of the labour.

Influence of female employment on the demographic situation

The employment of women in the social economy had impact on the demographic situation in the republic. Since the second half of the 20th century the lack of the labour is felt in the republic. In 1959 in the Ukrainian Soviet Socialist Republic three quarters of the total number of women of working age were employed in the various sectors of the Soviet economy (*Основні підсумки Всесоюзного перепису...* 1961, p. 72–73). They made up nearly a half of the total number of those involved in the republic. However, this did not compensate for the lack of labour either. Due to this fact on August 28, 1969 a decree of the Council of Ministers of the Union of Soviet Socialist Republics "About the measures concerning the wide use of the work of pensioners, disabled people and persons, who were engaged in a household, at the enterprises dealing with the fast moving consumer goods and in the sphere of services" was issued. The latter included first of all women.

And though the population of working age involved on house and personal subsidiary small holdings consisted of 97 per cent women who had children and therefore could not join the ranks of 'normal' workers, nevertheless, the state managed to increase the share of women as part of the labour force. According to the population census of 1970 in social production 84,3 per cent were already employed (indices on employment are quoted or calculated by the author with reference to: *Основні підсумки...* 1961, pp.72–73; *Возрастная структура, уровень образования...* 1972, pp. 100-101; *Соціальна і професійно-галузева структура...* 1992; *Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 года...* 1990). In 1988 nine out of every ten women of working age of the Ukrainian Soviet Socialist Republic were involved in economic activity and this index was the highest across the entire Union of Soviet Socialist Republics.

Increase of the labour activity of women led to a reduction in birth-rate which is why questions as to female employment started to be raised, when taking into account the function of motherhood. In the Soviet period as an example of the state's care for a woman – the worker and the woman – a mother in one person, the act about giving women who gave birth to a child the right to a vacation (without having to forgo a monthly salary) in connection with looking after the child before it reached the age of one year (and later 3 years) and the introduction of a partial payment for this vacation were often declared from 1982 onwards. In reality, women were granted maternity leaves on pregnancy, delivery and looking after a child,

besides, there were paragraphs in the Legal Code whereby it was forbidden to make pregnant women and women with small children work overnight, do overtime, or to send them on business trips. However, despite these measures the efficiency of the socio-demographic policy was insignificant.

The aid of the state in the extent and form offered could not encourage women to have children. So, a completely paid holiday for pregnancy, childbirth and looking after a child was given to women only during 112 calendar days (56 days before and 56 days after the delivery). Maternity and child care leave (for mothers with children up to one year of age) were paid out to the amount of 35 roubles per month. In the 1980s, to increase the material security of families with children, the payment of one-off aid to working mothers to the amount of 50 roubles at the birth of the first child and 100 roubles at the birth of the second and third child was introduced. The amount of state monthly aid was only fixed with the birth of the fourth child and was only 4 roubles a month. The maximum monthly aid (to the amount of 15 roubles) was set at the birth of the eleventh and every next child. Given such conditions women often had to work.

The Soviet state could not still provide women with the harmonious combination of the roles of a worker and a mother. Measures which were accomplished by the Soviet state, only "pushed" women to a conscious restriction of birth rate. The revoking of a ban on abortions in 1955, the simplification of the procedure for divorce in 1965, the mass involvement of women in the employment structure of different branches of the socialist economy, the decreasing of the value of motherhood within the public consciousness, the insufficient state aid to women with children, led to a catastrophic decrease in the birth rate and the modern demographic crisis.

Ideas on the necessity for new approaches to the government regulation of the birth rate process are increasingly expressed by researchers into the problem. For example, the Canadian demographer A. Romanyuk claims that the state has to take upon itself the problem of the transformation of motherhood into a profession attractive to women as well as striving to ensure a real gender equality within society (Романюк 1999, p. 70–79). Certainly, such a policy could cause initial resistance, first of all among women who could conceive such proposals as a restriction of their rights and a return to the traditional role of "housewife". However, women should have the opportunity to choose any social role.

Conclusions

At present the demographic situation in Ukraine is close to catastrophic. According to the forecasts of the Institute of Economics of NAS (National Academy of Sciences) of Ukraine, the country's population will gradually reduce, and in 2026 it will be about 42122 thousand persons. Despite the fact that the population of Ukraine increased up to 1994, these modern demographic problems have their origins in a period as early as the mid-20th century. Extremely unfavorable for the demographic development of USSR were the losses of population incurred because of the Civil War, the First and Second World Wars, the Great Famine (*Holodomor*) in Ukraine between 1920–1930, and also the repressions of 1930–1940. In the decades following the Second World War Ukraine's population was negatively influenced by

migratory and urbanization processes, the consequences of unsuccessful experiments in the area of social policy, orientation of Ukrainians towards a quasi-planned family (one-child family).

The decline in the birth-rate began in 1953 and has lasted almost continuously. Even the deliberate policies implemented by the Soviet state, with their aim being an increase in the birth-rate and life expectancy, was unable to improve the demographic situation in a significant way. In the 21th century the situation has changed – since 2001 the birth rate has gradually, though very slowly, begun to grow. But the situation is still very far from one in which one would be able to talk about overcoming depopulation. In addition, the present day demographic increase is mostly conditioned by temporal factors, namely: now the generation of 1980 is having children, a generation that is more numerous than the depopulation generation of the 1990s by almost two fold.

The demographic situation in Ukraine especially deteriorated after the collapse of the USSR. Low birth-rate, mortality, an unprecedented decline in life expectancy, and an absolute decline in the population of Ukraine were caused by the deterioration in the material welfare of the population, an increase in foreign migration (increasing out-migration of the population), political instability, further changes in the stereotypes of social consciousness (the family orientation of today's young Ukrainians often does not imply that they want to have children).

In order to search for a way out from the demographic crisis, the following measures in our view would help: giving priority status to the demographic problem, a fundamental change in the conception of public demographic policy; the implementation of public policy to see a stimulation in the birth-rate; the revival of traditional family and moral foundations; termination of funding of all measures related to birth-control; a change in public awareness campaigns; the realization of medical and health-protection development programmes; the use of the migration potential of the neighbouring countries (including repatriation of Ukrainians).

References

Чисельність і стать населення Української РСР (за даними Всесоюзного перепису населення 1989 року). (1990a) Київ: Державний комітет Української РСР по статистиці.

Численность населения Украинской ССР на 12 января 1989 г. (по данным Всесоюзной переписи населения). (1990b) Киев: Государственный комитет Украинской ССР по статистике, 1990.

Демографическое развитие Украинской ССР (1959–1970 гг.). (1977). Киев: Наукова думка.

Демографическое развитие Украинской ССР (1970–1979 гг.). (1987). Киев: Наукова думка.

Демографический энциклопедический словарь. (1985). Москва: Советская энциклопедия.

Eberhardt P. (2006). *Zmini nacinal'noj strukturi naselennja Ukraini v XX stoliti.* Warsaw: PAN IGiPZ.

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года. Украинская ССР. (1963) Москва: Госстатиздат.

Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 г. Численность населения СССР, союзных и автономных республик, краёв и областей. (1972a) Москва: ЦСУ СССР.

Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 г. Пол, возраст и состояние в браке населения СССР, союзных и автономных республик, краёв и областей. (1972b) Москва: ЦСУ СССР.

Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 г. Распределение населения СССР и союзных республик по занятиям. (1992b). Москва: ЦСУ СССР.

Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 г. – Т. 1. Численность населения СССР, союзных и автономных республик, краёв и областей. (1989a) Москва: ЦСУ СССР, 1989. – 374 с.

Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 г. Пол, возраст и состояние в браке населения СССР, союзных и автономных республик, краёв и областей. (1989b) Москва: ЦСУ СССР.

Кількість та територіальне розміщення населення України. За даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року. (2003) Київ: Державний комітет статистики України.

Кваша А.Я. (1974). *Проблемы экономико-демографического развития СССР*. Москва: Статистика.

Листування з Радою Міністрів Союзу РСР, міністерствами та центральними установами СРСР і Української РСР по спрощення порядку призначення та виплати державних пенсій, посиленню контролю за правильними призначеннями і виплатою пенсій та державну допомогу багатодітним і одиноким матерям, забезпечення інвалідів протезно-ортопедичними виробами. Central State Archive of Supreme Bodies of Power and Government of Ukraine, Kyiv, 13th January –27th December 1960, fund 2, inventory 9, business 8015.

Народне господарство Української РСР в 1966 році. Статистичний щорічник. (1967). Київ: Статистика.

Народное хозяйство Украинской ССР в 1989 году. Статистический ежегодник. (1990). Киев: Техника.

Основні підсумки Всесоюзного перепису населення 1959 року по Українській РСР. Статистичний збірник. (1961) Київ: Держстатвидав.

Переписка с Госпланом СССР и Советом Министров Украинской ССР о ходе выполнения планов организованного набора рабочих и переселения за 1970 год. Central State Archive of Supreme Bodies of Power and Government of Ukraine, Kyiv, 14th February – 28th November 1970, fund 4626, inventory 3, business 492.

Піскунов В. (1999). *До з'ясування чинників сучасної кризи демореальності в Україні*. Київ: НАН України, Інститут економіки.

Романюк А.И. (1999). *Демографическое будущее развитых обществ: между детерминизмом и свободой выбора*. Социс, 3, p. 70–79.

Романюк А.І. (1997). *Демографічні студії:вибрані праці.* Київ: НАН України, Інститут економіки.

Справки управления о выполнении плана переселения в южные области Украинской ССР и Казахскую ССР по областям выхода населения Украинской ССР за 1959 год, Central State Archive of Supreme Bodies of Power and Government of Ukraine, Kyiv, 17th January – 19th December 1959, fund 4626, inventory 3, business 110.

Склад населення Української РСР за статтю і віком на 12 січня 1989 р. (за даними перепису населення 1989 року). (1991) Київ: Міністерство статистики України.

Соціальна і професійно-галузева структура населення України (за даними перепису населення 1989 року). (1992a) Київ: Міністерство статистики України.

Возрастная структура, уровень образования, национальный состав и источники средств существования населения Украинской ССР. (1972c) Киев: ЦСУ при Совете Министров Украинской ССР.

Жінки та чоловіки України (за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року). (2004) Київ: Державний комітет статистики України.

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 184–192

Karolina Krupa-Kotara
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Andrzej Więcław
Narodowy Fundusz Zdrowia

Fundusz pielęgnacyjny – odpowiedź na potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Propozycje zmian

Struktura demograficzna starzejących się społeczeństw staje się coraz bardziej istotnym problemem. Od wielu lat, nie tylko w Polsce, ale również w pozostałych wysokorozwiniętych państwach Unii Europejskiej można zaobserwować znaczny wzrost odsetka ludzi starszych, będących w tak zwanym wieku poprodukcyjnym. Oznacza to, iż osoby te muszą być niejako utrzymywane przez instrumenty funkcjonalne państwa, a ściślej rzecz ujmując przez proporcjonalnie zmniejszający się odsetek osób pracujących.

Pomoc, opieka, wsparcie oraz starość i niepełnosprawność to pojęcia, których znaczenia są powszechnie znane i rozumiane. W życiu codziennym, szczególniew odniesieniu do kategorii wiekowych, ludzie starsi i niepełnosprawni najczęściej jawią się w świadomości społecznej jako osoby, którym potrzebne są działania z zewnątrz, aby mogły one funkcjonować samodzielnie lub w ogóle funkcjonować w życiu społecznym.

W polskich realiach starość ciągle postrzegana jest przez pryzmat złej sytuacji materialnej, utrudnionego dostępu do opieki medycznej i specjalistycznego lecznictwa. Przejaskrawiane są także takie cechy starości jak niesamodzielność, niepełnosprawność i pojawiająca się z wiekiem niedołężność. Opinie społeczne deklaratywnie wskazują na rodzinę w kwestii udzielania pomocy i wsparcia ludziom starszym, jednak praktyka pokazuje, że gdy rzeczywiście zachodzi sytuacja konieczności opieki, ludzie czują się bezradni i najchętniej przekazaliby ten obowiązek tym, którzy w ogólnym przekonaniu mają większą wiedzę w tym zakresie, czyli profesjonalnym instytucjom opiekuńczym. Demograficzny obraz starzejącego się społeczeństwa wymuszać będzie szukanie nowych, zoptymalizowanych rozwiązań w opiece nad seniorami i osobami niepełnosprawnymi (Stojecka-Zuber 2009, s. 34).

Starość i niezdolność do samodzielnej egzystencji

Starością możemy nazwać okres życia występujący po wieku dojrzałym. Według A. Zycha starzenie się to „naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia

samoregulacji i regeneracji organizmu oraz zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów" (Zych 2001, s. 198). Starzenie się jest procesem zachodzącym na płaszczyźnie nie tylko biologicznej, ale też psychologicznej i społecznej.

J. Kocemba wyróżnił takie cechy procesu starzenia się człowieka, jak (Grodzki, Kocemba, Skalska 2006, s. 57):

powszechność,
- progresywność,
- długotrwałość,
- trójwymiarowość (starzenie się gatunku, starzenie osobnicze, starzenie demograficzne),
- trójpłaszczyznowość (biologiczne, psychiczne, społeczne),
- mierzalność (wymiar subiektywny: samopoczucie; wymiar obiektywny: wygląd zewnętrzny, wiek biologiczny/teoretyczny, wiek sprawnościowy, wiek kalendarzowy),
- innowacyjność,
- złożoność etiologii,
- zwartość ontogenetyczna (starzenie jako integralne składowe procesu ontogenezy a zmiany fizjologiczne),
- prewencyjność.

Starość i starzenie się to pojęcia, które nie zostały jeszcze jednoznacznie zdefiniowane. S. Golinowska proponuje następujący podział (Golinowska i wsp. 1999, s. 8–9):

- 60–74 lata – wczesnej starości (tzw. wiek podeszły lub trzeci wiek),
- 75–89 lat – wiek starczy (tzw. starość pośrednia),
- powyżej 90 lat – starość późna (tzw. długowieczność).

W Polsce w ujęciu prawnym starość wiąże się z wiekiem emerytalnym, w którym obywatel może zakończyć pracę i pobiera należne mu świadczenia gwarantowane. Wiek emerytalny określony jest dla kobiet i mężczyzn jako odpowiednio 60 i 65 lat[1]. Podniesienie wieku emerytalnego dotyczy kobiet urodzonych po 31 grudnia 1952 r. i mężczyzn urodzonych po 31 grudnia 1947 r. Od dnia 1 stycznia 2013 r. prawo do powszechnej emerytury nabywać będą osoby – zarówno kobiety jak i mężczyźni – które ukończą 67 lat, z wyjątkiem roczników kobiet urodzonych przed 30 września 1973 r. i mężczyzn urodzonych przed 30 września 1953 r., którzy mają przypisane odrębne progi wiekowe proporcjonalnie niższe od 67 lat w zależności od liczby lat i przedziałów wiekowych mierzonych kwartalnie w skali roku. Wedle nowelizacji 67 lat kobiety osiągną w 2040 r., a mężczyźni w 2020 r., co za tym idzie – do 67 roku życia będą pracować kobiety urodzone po 30 września 1973 r. oraz mężczyźni urodzeni po 30 września 1953 r. Z reformy wyłączone zostały kobiety powyżej 59 roku życia oraz mężczyźni powyżej 64 roku życia[2].

Niezdolność do pracy (całkowita lub częściowa) oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji wydają się być pojęciami oczywistymi. Jednak, aby uściślić

[1] Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. 2013, poz. 1440, art. 24.

[2] Ustawa z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

grupy osób tak sklasyfikowanych, pojęcia te zawarte zostały w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[3].

Tym samym w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji. Orzecznictwo to należy do kompetencji lekarzy orzeczników i komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych[4].

Na mocy ustawy wyodrębnia się trzy stopnie niepełnosprawności[5]:

- Znaczny – do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- Umiarkowany – do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
- Lekki – do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

W piśmiennictwie przedmiotu funkcjonuje definicja niedołęstwa starczego (ang. *old-age infirmity*) lub zamiennie – starczej niewydolności życiowej. Określa się w ten sposób „taki stan starego człowieka, gdy na skutek zaniku i niewydolności narządów lub przewlekłej ciężkiej choroby staje się on niezdolny do wykonywania codziennych czynności, koniecznych w normalnym życiu" (Jabłońska, Wysokińska-Miszczuk 2000, s. 75–76). Tego typu definicja niedołęstwa starczego sprawia, iż wiek i starość jednostki określana jest na podstawie definicji wieku czynnościowego oraz wydolności czynnościowej organizmu.

Najczęściej stosowaną miarą do obiektywnego określania stopnia sprawności jest tzw. indeks ADL (ang. *activities of daily living*) oraz IADL (ang. *instrumental activitiesof daily living*) polegające na ocenie możliwości wykonywania codziennych, podstawowych, instrumentalnych czynności, gdzie pod uwagę bierze się zarówno liczbę czynności, jak i stopień wsparcia koniecznego osobie potrzebującej pomocy (Szczerbińska 2004, s. 26). Za osobę niedołężną uznać można taką, która w przynajmniej jednej z czynności z zakresu życia codziennego (czynności „samoobsługi", np. ubieranie się, kąpanie, poruszanie, załatwianie potrzeb fizjologicznych, odżywianie,

[3] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776, art. 4.

[4] Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz.U. nr 273, poz. 2711).

[5] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776, art. 3.

samokontrola itp.) potrzebuje wsparcia. Z punktu widzenia polityki społecznej konieczne jest określenie stopnia niedołęstwa starczego, aby zdefiniować koszty związane z działalnością opiekuńczą. Można więc wyróżnić (Więckowska 2008, s. 53):

- niedołęstwo śladowe – wsparcie potrzebne w zakresie jednej czynności,
- niedołęstwo znaczne – niemożność wykonywania 2–3 czynności codziennych,
- niedołęstwo pełne – utrata możliwości wykonywania 4 lub więcej czynności codziennych.

Zasiłek pielęgnacyjny

Zasiłek pielęgnacyjny jest samoistnym świadczeniem, wypłacanym osobom spełniającym określone kryteria, niezależnie od zasiłku rodzinnego czy dochodu na osobę w rodzinie (Tymorek 2000, s. 75).

W ustawie o świadczeniach rodzinnych z 28 listopada 2003 roku zasiłek pielęgnacyjny, obok świadczenia pielęgnacyjnego, został zaliczony do grupy świadczeń rodzinnych, a konkretniej do świadczeń opiekuńczych[6]. Znajduje on „zastosowanie „(…) w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji". Zgodnie z ustawą przysługuje on[7]:

- dziecku niepełnosprawnemu,
- niepełnosprawnej osobie w wieku powyżej 16 roku życia, jeśli legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym,
- bez dodatkowych warunków osobie, która ukończyła 75 lat,
- osobie niepełnosprawnej powyżej 16 roku życia, posiadającej orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, wówczas gdy niepełnosprawność powstała do ukończenia 21 roku życia.

Zasiłek ten natomiast nie przysługuje osobom pobierającym już dodatek pielęgnacyjny oraz osobom przebywającym w instytucjach całodobowego utrzymania, wówczas gdy są one w całości lub częściowo finansowane z NFZ lub budżetu państwa. Do takich instytucji (zapewniających całodobowe utrzymanie) należą: „(…) dom pomocy społecznej, placówka opiekuńczo-wychowawcza, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, areszt śledczy, zakład karny, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy oraz szkoła wojskowa lub inna szkoła, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie"[8].

Prawo do zasiłku ustalane jest na czas nieokreślony, chyba że orzeczenie lekarskie o stopniu niepełnosprawności stanowi krótszy termin. Obecnie wysokość zasiłku wynosi 153 zł miesięcznie, a finansowany jest on z budżetu państwa[9].

---

[6] Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. 2006, nr 139, poz. 992 (ze zm.), art. 2.

[7] Ibidem, art. 16.

[8] www.mopr.bytom.pl, dostęp: 20 kwietnia 2014 r.

[9] www.mopr.lublin.pl, dostęp: 20 kwietnia 2014 r.

Dodatek pielęgnacyjny

Odrębna podstawa prawna reguluje zasady istnienia dodatku pielęgnacyjnego, który opisany został w ustawie o emeryturach i rentach z FUS. Fakt ten implikuje tym samym charakter ubezpieczeniowy oraz finansowanie z funduszu rentowego, związane z opłacaniem składek w przypadku dodatku pielęgnacyjnego[10].

Dodatek odnosi się do osób, którym przysługuje prawo do emerytury lub renty, jeśli zostaną uznane przez lekarza orzecznika ZUS za całkowicie niezdolne do pracy oraz samodzielnej egzystencji. Definicja ta jest zbieżna ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Dodatek (podobnie jak zasiłek) pielęgnacyjny przysługuje obligatoryjnie osobom które ukończyły 75 rok życia.

Pobieranie w tym samym czasie zasiłku pielęgnacyjnego powoduje odebranie prawa do dodatku. Dodatek nie przysługuje także, gdy osoba spełniająca wszystkie powyższe kryteria przebywa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, chyba że przebywa poza placówką więcej niż 2 tygodnie w miesiącu[11].

Na podstawie art. 94 omawianej ustawy Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określa w danym roku wysokość dodatku pielęgnacyjnego, który aktualnie wynosi 203,50 zł[12].

Tab. 1. Zestawienie cech zasiłku oraz dodatku pielęgnacyjnego, 2014 r.

Zasady wypłaty	Zasiłek pielęgnacyjny	Dodatek pielęgnacyjny
Kwota	153,00 zł	203,50 zł
Podmiot ustalający prawo	wójt, burmistrz lub prezydent miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy	terenowa jednostka organizacyjna ZUS wpłacająca emeryturę lub rentę
Termin wypłaty	nie później niż ostatniego dnia miesiąca, na który został przyznany (gdy wniosek o zasiłek wpłynie po dziesiątym dniu danego miesiąca, zasiłek jest wpłacany w następnym miesiącu)	łącznie z emeryturą lub rentą, w terminach określonych w decyzji przyznającej te świadczenia
Brak prawa do świadczenia	w razie przebywania w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, jeżeli pobyt osoby i udzielane przez instytucję świadczenia częściowo lub w całości finansowane są z budżetu państwa lub NFZ; w przypadku posiadania prawa do dodatku pielęgnacyjnego	w razie przebywania w zakładzie opiekuńczo -leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, chyba, że uprawniony przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż dwa tygodnie w miesiącu

Źródło: www.praca.gazetaprawna.pl, dostęp: 20 kwietnia 2014 r.

[10] Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. 2009, nr 153, poz. 1227.

[11] Ibidem, art. 75.

[12] www.zus.pl, dostęp: 20 kwietnia 2014 r.

Świadczenie pielęgnacyjne

Świadczenie pielęgnacyjne należy do grupy świadczeń opiekuńczych regulowanych ustawą o świadczeniach rodzinnych. Świadczenie to należy do systemu zaopatrzeniowego i również dotyczy kwestii osób starszych i niezdolnych do samodzielnej egzystencji (wymagających stałej opieki), jednak nie oni są jego podmiotem.

Jest to świadczenie z tytułu rezygnacji z zatrudnienia bądź innej pracy zarobkowej celem sprawowania opieki nad osobą posiadającą orzeczoną niepełnosprawność, łącznie ze wskazaniami długotrwałej opieki lub pomocy, współudziału w procesie leczenia, rehabilitacji oraz edukacji dziecka. W pierwszej kolejności świadczenie pielęgnacyjne przysługuje osobom spokrewnionym w pierwszym stopniu z niepełnosprawną osobą, na której ciąży obowiązek alimentacyjny – matce, ojcu, faktycznemu opiekunowi. Jeśli nie ma osoby spokrewnionej w pierwszym stopniu, lub gdy osoba ta nie jest w stanie sprawować opieki, świadczenie może przysługiwać innej osobie[13].

Świadczenie pielęgnacyjne nie przysługuje gdy:

- osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,
- osoba w rodzinie ma ustalone prawo do wcześniejszej emerytury na to dziecko,
- osoba w rodzinie ma prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu przebywania na urlopie wychowawczym albo do świadczenia pielęgnacyjnego na to lub inne dziecko w rodzinie,
- osoba wymagająca opieki została umieszczona w rodzinie zastępczej w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym i korzysta w nim z całodobowej opieki albo w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji przebywa w placówce zapewniającej całodobową opiekę przez co najmniej 5 dni w tygodniu z wyjątkiem zakładów opieki zdrowotnej,
- osoba wymagająca opieki pozostaje w związku małżeńskim.

Od 1 lipca 2013 r. prawo do świadczenia pielęgnacyjnego ustalane jest niezależnie od dochodów rodziny, a jego wysokość wynosi 620 zł miesięcznie[14].

Tab. 2. Wydatki na realizację ustawy o świadczeniach rodzinnych w 2007 roku z budżetu państwa

Tytuł wydatków	Kwota w mln zł	Struktura wydatków [w %]
Wydatki ogółem	8 161	100
Zasiłki rodzinne	3 112	38,1
Dodatki do zasiłku rodzinnego w tym:	2 656	32,5
Dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego	201	2,5
Świadczenia opiekuńcze w tym:	1 686	20,7

[13] Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, tekst jednolity: Dz.U. 2006, nr 139, poz. 992 (ze zm.), art. 17.

[14] Biuletyn Informacji Publicznej, www.mops.katowice.pl, dostęp: 24 kwietnia 2014 r.

Zasiłek pielęgnacyjny	1 336	16,4
Świadczenie pielęgnacyjne	350	4,3
Jednorazowe zapomogi z tytułu urodzenia dziecka	380	4,7
Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe opłacone za osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne	82	1,0
Dotacje na koszty obsługi	245	3,0

Źródło: L. Frąckiewicz, W. Koczur, s. 161

Świadczenia opiekuńcze, takie jak zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne, stanowią drugą – obok zasiłku rodzinnego i dodatków – ważną grupę świadczeń rodzinnych. Włączenie ich w system świadczeń rodzinnych podkreśla dużą rangę potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jednak wysokość wypłacanych świadczeń pozwala na zaspokajanie ich na dość skromnym poziomie (Frąckiewicz, Koczur 2010, s. 158).

Propozycje zmian mogących wpłynąć na poprawę skuteczności funkcjonowania systemu opieki nad osobami starszymi oraz poprawę jego rentowności

Zmiany kulturowe, społeczne oraz postęp nauki mają swoje jednoznaczne odzwierciedlenie we wszelkich prognozach demograficznych, przewidujących wzrost odsetka osób starszych i zmiany struktury wieku społeczeństwa. Stawia to ogromne wyzwanie dla długofalowej polityki społecznej kraju. Zmiany jakie już się rozpoczęły w coraz większym stopniu będą stanowić obciążenie dla budżetu, systemu zabezpieczenia społecznego, systemu opieki zdrowotnej i wielu innych dziedzin gospodarki. Aby sprostać swym konstytucyjnym zadaniom państwo będzie zmuszone przeznaczać coraz większe nakłady na zabezpieczenie społeczne, głównie w kwestii osób starszych – chorób związanych z wiekiem, niepełnosprawności, niezdolność do samodzielnej egzystencji (niesamodzielność), urazów itd. Rodzina stanowiła zawsze tradycyjną instytucję opiekuńczą, lecz wraz z jej atomizacją oraz nowymi trendami społecznymi, nie jest ona wydolna w zakresie zadań opiekuńczych. Choć istnieją w Polsce instytucje opiekuńcze, zajmujące się osobami niesamodzielnymi, to czas oczekiwania na świadczenia oraz niedopasowanie ich struktury do aktualnych warunków sprawia, iż pomoc instytucjonalna w Polsce także jest niewydolna. Częstą praktyką bywa umieszczanie niesamodzielnych osób na oddziałach szpitalnych, co generuje koszty dla szpitala, blokuje miejsca dla innych pacjentów oraz wzmaga ryzyko dla samej osoby niesamodzielnej, nie rozwiązując w żadnym stopniu jej problemu. Rozwijający się w ramach pomocy społecznej wolny rynek usług również nie stanowi panaceum w tej kwestii, ponieważ większość osób niedołężnych nie posiada wystarczających środków na prywatne wykupywanie sobie świadczeń. Zasiłek bądź dodatek pielęgnacyjny, należący się osobom wymagającym opieki osób trzecich, przyznawany jest także z urzędu wszystkim osobom po 75 roku życia, niezależnie od faktycznego stanu zdrowia. Jego kwota nie jest w stanie pokryć wydatków związanych z kosztami

opieki i pomocy, natomiast dla funduszy publicznych stanowi ogromną, stale rosnącą pozycję (Błędowski 2006, s. 282–285).

Przytoczone powyżej argumenty ukazują ewidentne niedoskonałości funkcjonującego obecnie systemu zabezpieczenia osób starszych i niesamodzielnych. W celu zniwelowania wad systemu niezbędne jest przeprowadzenie gruntownych zmian. Rozważa się m.in. wprowadzenie nowego elementu systemu ubezpieczeń społecznych: ubezpieczenia społecznego ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji – ubezpieczenia pielęgnacyjnego (opiekuńczego), którego założenia powinny być następujące (Wilmowska-Pieruszyńska, Putz 2009, s. 265–268):

1) Oparcie ubezpieczenia pielęgnacyjnego o zasady solidarności społecznej, samofinansowania, samorządności, prawa wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego, zapewnienia równego traktowania, prymatu opieki, pielęgnacji domowej, gospodarności i celowości działania.
2) Rozwiązania systemowe powinny prowadzić w miarę możliwości do zwiększania samodzielności osób wymagających opieki.
3) Oparcie systemu na profilaktyce negatywnych skutków niesamodzielności.
4) Konieczność wprowadzenia definicji prawnej niesamodzielności wraz z podziałem na jej stopnie (I, II, III stopień niesamodzielności), co pozwoli na właściwe orzecznictwo i dostosowanie świadczeń do faktycznych potrzeb ubezpieczonych.
5) Określenie katalogu świadczeń gwarantowanych przysługujących niesamodzielnej osobie, z podziałem na świadczenia rzeczowe (pielęgnacyjne i opiekuńcze) oraz pieniężne (dla niepełnosprawnego lub jego opiekunów).
6) Wprowadzenie podziału na kategorie osób sprawujących opiekę:
   – świadczeniodawcy profesjonalni – jednostki wykwalifikowane, prowadzące działalność gospodarczą, zawodowo zajmujące się działalnością opiekuńczą na rzecz osób niesamodzielnych,
   – świadczeniodawcy nieprofesjonalni – członkowie rodzin osoby niesamodzielnej opiekujący się nią po odbyciu odpowiedniego szkolenia.

Reformy w latach dziewięćdziesiątych XX wieku nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, system zabezpieczenia społecznego w Polsce w dalszym ciągu wymaga dopracowywania i dostosowywania do ciągle zmieniających się realiów, podyktowanych w dużej mierze ograniczoną ilością zasobów państwa w stosunku do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa, a także zmianami demograficznymi struktury społecznej. Problem starzejących się społeczeństw dotyczy nie tylko Polski, ale także pozostałych krajów należących do Unii Europejskiej. Istnieje zatem konieczność wprowadzania zmian w celu utrzymania wysokiego standardu państwa opiekuńczego wśród członków całej wspólnoty. Występująca przewaga osób starszych, w tym niezdolnych do samodzielnej egzystencji i wymagających opieki długoterminowej (pielęgnacyjnej), stwarza ogromne obciążenie dla grupy osób w wieku produkcyjnym. Według szacunków w Polsce współczynnik obciążenia demograficznego, tzn. proporcja liczby osób powyżej 60 lat do 100 osób w przedziale 17–59 lat zwiększy się z 26 w 2010 roku do 41 w roku 2030 (Szymańczak 2012, s. 19; Szatur-Jaworska 2000, s. 66). Fakt ten stanowi wielkie wyzwanie dla polskiej polityki społecznej, szczególnie w zakresie finansowania opieki pielęgnacyjnej w następnych latach. Niezbędne zdaje się wprowadzenie regulacji określających nowe źródła dochodów w tym zakresie (jak np. ubezpieczenia i fundusze pielęgnacyjne) oraz reorganizacja systemu zabezpieczenia ludzi niesamodzielnych. Niezwykle ważne jest,

by wzorować się na już istniejących rozwiązaniach innych państw borykających się z podobnymi problemami, co pozwoli na podjęcie najskuteczniejszych środków.

Bibliografia

Błędowski B. (2006). *Sieć bezpieczeństwa socjalnego*. W: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielweska (red.), *Podstawy Gerontologii Społecznej*. Warszawa: ASPRA-JR.

Frąckiewicz L., Koczur W. (red.). (2010). *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.

Golinowska S., Holzer J., Szwarc H., Pędich W. (1999). *Starzenie się i starość: pojęcia, tendencje, cechy i struktury.* W: S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999.* Warszawa: UNDP.

Grodzki T., Kocemba J., Skalska A. (2006). *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica.

Jabłoński L., Wysokińska-Miszczuk J. (2000). *Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.

Stojecka-Zuber R., Róg A. (2009). *System opieki i pomocy – założenia a rzeczywistość*. Tarnobrzeg: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu.

Szczerbińska K. (2004). *Ocena czynności życia codziennego u osób w podeszłym wieku*. Materiały prezentowane na VII Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, Toruń.

Szymańczak J. (2012). *Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne.* Studia BAS.

Tymorek K. (2000). *Zasiłki. Nowe uregulowania*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.

Więckowska B. (2008). *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.

Wilmowska-Pietruszyńska A., Putz J. (2009). *Ubezpieczenie pielęgnacyjne jako propozycja rozwiązań systemowych potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.* Postępy Nauk Medycznych, 2009.

Zych A. (2001). *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Ustawy i akty prawne

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, Dz.U. nr 273, poz. 2711, ze zm.

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. 1998, nr 162, poz. 1118 ze zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776, ze zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776, ze zm.

Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, tekst jednolity: Dz.U. 2006, nr 139, poz. 992, ze zm.

Strony internetowe

www.mopr.bytom.pl
www.mopr.lublin.pl
www.mops.katowice.pl

FOLIA 164

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VI (2014), vol. 2, p. 193–197

RECENZJE/REVIEWS

Adam A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia". Szkice z gerontologii i tanatologii*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk", Katowice, 2013, ss. 411

Opublikowana przez Wydawnictwo Naukowe „Śląsk" w serii Profesjonalny Pracownik Socjalny monografia (wydanie drugie: przejrzane, poprawione i uzupełnione) Adama A. Zycha to jedna z niewielu tak obszernych i interdyscyplinarnych pozycji na temat gerontologii i tanatologii.

W związku z postępującym starzeniem się społeczeństw oraz zauważalnym procesem marginalizacji osób starszych okres starości, w psychologii zwany „późną dorosłością", staje się przedmiotem zarówno wielu rozważań teoretycznych, jak i badań empirycznych.

Najogólniej rzecz ujmując celem monografii, obejmującej obszerny zestaw szkiców i esejów, jest zaprezentowanie wybranych problemów z zakresu starzenia się, starości, choroby, bólu, niepełnosprawności, umierania, śmierci i żałoby. Podstawowe zmiany w drugim wydaniu monografii dotyczą znacznego rozszerzenia treści o nowe tematy i rozdziały (szczególnie w drugiej części pracy), ponadto zaktualizowano dane demograficzne i statystyczne oraz uzupełniono bibliografię, dodano filmografię i netografię. Pierwsza część monografii poświęcona jest zagadnieniom gerontologicznym, natomiast druga zagadnieniom z zakresu tanatologii.

Monografia Adama A. Zycha składa się z 29 rozdziałów/szkiców poprzedzonych wstępem i zakończonych obszerną bibliografią zawierającą pozycje zwarte, artykuły, akty prawne oraz filmografię i netografię. Rozdziały 17 i 19 dotyczące jakości życia seniorów i przemocy wobec nich napisane zostały wspólnie z Bożeną M. Zych.

Rozdział pierwszy zatytułowany *Wieloaspektowość edukacji a starzenie się i starość – od tradycji do ponowoczesności*, poświęcony jest kształceniu człowieka starzejącego się i starego oraz wychowaniu do starości. Autor prezentuje krótki rys historyczny gerontologii edukacyjnej i zadań geragoga.

W rozdziale drugim *Moderacja rozwoju – wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej,* autor zaprezentował własną hipotezę dotyczącą troistości życia człowieka współczesnego, które przechodzi przez trzy stadia: akceleracji, stabilizacji i moderacji. Hipoteza o moderacji rozwoju człowieka, w którym obecnie następuje spowolnienie starzenia się, pozwala spojrzeć na okres późnej dorosłości, jako okres posiadający cechy umożliwiające prowadzenie satysfakcjonującego i wartościowego życia.

W rozdziale trzecim *Aktywność versus niezaangażowanie a osobista korzyść w starości* przedstawiono zarys psychologiczny hipotezy starzenia się, nazwanej przez autora teorią osobistej korzyści, zgodnie z którą bilans korzyści osobistych decyduje o aktywności jednostki (fizycznej, intelektualnej, społecznej, duchowej) lub niezaangażowaniu w życie osobiste – również najbliższych – i niewchodzeniu w proces interakcji społecznych.

Rozdział czwarty *Geragogika specjalna – konieczność, potrzeba czy moralny obowiązek* dotyczy niepełnosprawności. Rozważania koncentrują się wokół starości osób niepełnosprawnych, wykluczenia społecznego ze względu na niepełnosprawność i proces starzenia się oraz niepełnosprawności osób starzejących się i starych oraz zjawiska tzw. ciągu przyczynowo-skutkowego: choroba – uszkodzenie – niepełnosprawność – inwalidztwo. Autor omawia cele i zadania geragogiki specjalnej oraz polityki społecznej wobec starości osób niepełnosprawnych i niepełnosprawności osób starszych.

W rozdziale piątym *Fantomy zachodzącego słońca, czyli o zjawiskach, syndromach i zespołach drugiej połowy życia* zaprezentowano opis zespołów towarzyszących starzeniu się i starości: zespół słabości, syndrom męskiego starzenia się, syndrom Gauguina, syndrom wcześniejszej emerytury, zespół stresu pourazowego, zespół chronicznego zmęczenia, syndrom starego marynarza, zespół samotnej starości, zespół maltretowanego starca, zespół starczego niechlujstwa, syndrom Charlesa Bonneta, syndrom ocalałego, zjawisko Michała Anioła.

W rozdziale szóstym *Dezintegracja negatywna i rozpad osobowości w chorobie Alzheimera a możliwości przystosowania się do życia w trudnej codzienności* autor koncentruje się na chorobie Alzheimera ze szczególnym uwzględnieniem sposobów radzenia sobie z wyzwaniami i problemami dnia codziennego, zarówno przez samych chorych, jak i ich opiekunów.

Rozdział siódmy *Globalne starzenie się a potrzeby społeczne, kulturalne i edukacyjne odchodzącej generacji* zawiera charakterystykę potrzeb społecznych, kulturalnych i edukacyjnych osób starszych w kontekście zjawiska globalnego starzenia się społeczeństw. Autor w szczególności zwraca uwagę na ruch społeczny Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW), którego obecny model wymaga zmian i reform, aby możliwe było zaspakajanie potrzeby sensu życia, samorealizacji, twórczości, czynienia dobra oraz upowszechnianie idei uniwersytetu w skali ogólnopolskiej.

Rozdział ósmy *Trzy szkice o starości* dotyczy zjawiska wydłużenia przeciętnej długości życia, starzenia się ludności, systemowej stopy obciążenia, wyznaczników szczęścia w okresie późnej dorosłości oraz prezentacji wyników badań sytuacji życiowej osób starszych w różnych kręgach kulturowych.

W rozdziale dziewiątym *Czynniki płci i rodzaju a wielowymiarowość starzenia się i starości* zaprezentowano negatywne stereotypy dotyczące starości oraz starano się odpowiedzieć na pytanie: czy różnice wynikające z płci nasilają się w okresie późnej dorosłości czy też zarysowuje się tendencja do upodabniania się do siebie kobiet i mężczyzn pod kątem takich cech jak: wrażliwość, stanowczość, kondycja zdrowotna, przystosowanie do emerytury, poziom religijności oraz stopień ryzyka samobójczego?

W rozdziale dziesiątym *Kobieta i czas – starzenia się, starości, umierania…* i jedenastym *James Bond po sześćdziesiątce, czyli męskość a starzenie się,* skoncentrowano

się na problemie jakości życia starzejących się i starych kobiet i mężczyzn oraz zjawisku śmierci.

W rozdziale dwunastym *Czymże jest starość bez miłości* poddano analizie życie seksualne starszych, postrzeganie społeczne tego problemu w zależności od płci człowieka starzejącego się i starego, orientację seksualną w kontekście przystosowania się do starości oraz zaprezentowano mity funkcjonujące w społeczeństwie na temat osób homoseksualnych dotyczące ich starzenia się i starości.

W rozdziale trzynastym *Etniczność a starzenie się – wyzwania edukacyjne* zasygnalizowano problemy związane z emigracją i byciem imigrantem w starszym wieku oraz sformułowano wytyczne dotyczące budowania przyszłości bez nietolerancji, dyskryminacji, ksenofobii, negatywnych stereotypów i uprzedzeń.

Rozdział czternasty *Dawanie – nadawaniem sensu życia, czyli o wsparciu i pomocy ludziom starszym* dotyczy zjawiska solidarności między generacjami, przestrzegania normy wzajemności oraz możliwego wzrostu nasilenia się takich cech jak wrogość, podejrzliwość, cynizm po 60-tym roku życia, co warunkuje negatywne implikacje zdrowotne, związane szczególnie z funkcjonowaniem układu krążenia.

W rozdziale piętnastym *Formy opieki i pomocy dla ludzi starszych w Polsce i innych krajach* autor podejmuje problematykę nowych wymiarów starzenia się i starości na początku XXI wieku oraz pesymistycznych prognoz demograficznych. Ponadto dokonuje przeglądu wybranych rozwiązań w zakresie opieki i pomocy dla seniorów w Polsce i w innych krajach.

W rozdziale szesnastym *Profilaktyka gerontologiczna a normalne i optymalne starzenie się* autor prezentuje tzw. dekalog przedpola starości, obejmujący: aktywność, umiejętność radzenia sobie, dietę, optymizm i radość życia, pracę, relacje interpersonalne, nowy sens życia i zdrowy styl bycia, umiarkowanie, wolność, niezależność, życzliwość.

W rozdziale siedemnastym *Jakość życia seniorów we współczesnym świecie* podjęto problem jakości życia i jego wskaźników u osób starszych oraz skoncentrowano się na nowym zjawisku – osamotnieniu i wycofaniu z życia społecznego (automarginalizacji).

Rozdział osiemnasty *Starość – nowym obszarem resocjalizacji* dotyczy geragogiki resocjalizacyjnej, do której wprowadzono ustalenia pedagogiki racjonalno-technicznej z nurtem behawiorystycznym i humanistyczną teorię twórczej samodzielności Carla R. Rogersa. Zaprezentowano również zjawiska patologii życia społecznego mogące towarzyszyć seniorom, takie jak: alkoholizm, bezdomność, dyskryminacja ze względu na wiek, marginalizacja i niedostosowanie społeczne, samobójstwa, separacje i rozwody, wiktymizacja, przestępczość.

W rozdziale dziewiętnastym *Przemoc wobec osób starzejących się i starych* opisano zjawisko przemocy, wymieniono jej rodzaje i formy, które najczęściej dotykają osób w okresie późnej dorosłości: przemoc fizyczna/groźba jej użycia, przemoc seksualna, ekonomiczna, psychiczna, w tym zarówno sytuacje bezpośredniego działania, jak i zaniechania, np. pozbawienie pokarmu, odzieży, porzucenie oraz stalking. Zaprezentowano również wyniki wybranych badań na temat powyższego zjawiska oraz przypadki zaczerpnięte z prasy i Niebieskich Kart Policji.

W rozdziale dwudziestym *Dramat starzenia się i starość w dramacie* zasygnalizowano następujące zjawiska i problemy mogące towarzyszyć starości: występowanie we współczesnych społeczeństwach zjawiska dewaluacji starości, niewdzięczność

dzieci, przemoc wobec starszych, podjęcie nietrafnych decyzji (również spadkowych), doświadczenie choroby, wyrzuty sumienia, ageizm, zerwanie międzypokoleniowego przekazu i bariery między pokoleniami.

Rozdział dwudziesty pierwszy *Egzystencjalne niepokoje i zagrożenia starości* dotyczy następujących problemów: podsumowywania minionego czasu/dokonywania bilansu życia, osamotnienia, deprecjacji społecznej starości, obniżania statusu społecznego ludzi starych, ze szczególnym uwzględnieniem krajów Europy Wschodniej, procesów inwolucji, bólu fizycznego i psychicznego, przemijania i umierania.

W rozdziale dwudziestym drugim *Zapomniany paradygmat – schola mortis* autor koncentruje się na problemie oswajania śmierci, rozmawiania o niej oraz na rozwijaniu eutanatopedagogiki, zajmującej się wychowaniem do godnego umierania, poprzez oddziaływanie na chorego i jego bliskich.

Rozdział dwudziesty trzeci *Śmierć w cyklu życiowym a religia i religijność człowieka* dotyczy lęku przed śmiercią oraz zadań psychologii religii w powyższym kontekście: odkrycia znaczenia wiary, religii, duchowości w procesie umierania oraz praktycznego zadania – przygotowania jednostki do śmierci.

W rozdziale dwudziestym czwartym *Ból, cierpienie i umieranie w ludzkim biegu życia* autor podejmuje zagadnienie wypalenia zawodowego pracowników służby zdrowia, dokonuje prezentacji poglądów psychologów: Georga Bishopa, Ayale Malach Pines i Elliota Aronsona oraz holistyczne i humanistyczne podejście do człowieka chorego, cierpiącego, umierającego ze szczególnym uwzględnieniem empatii i zaspakajania potrzeb natury somatycznej, poznawczej i psychicznej. Ponadto koncentruje się na postawach wobec umierania i śmierci, mechanizmach obronnych umierającego i osób przeżywających żałobę oraz doświadczeniu emocjonalnego oczyszczenia w praktycznym (warsztatowym) ujęciu Elisabeth Kubler-Ross.

W rozdziale dwudziestym piątym *Psychologiczna analiza podstawowych faz umierania* przedstawiono stadia reakcji na śmierć w ujęciu Elisabeth Kubler-Ross wraz z opisem przypadków, klasyfikacje ks. Hartmuta Nikelskiego i ks. Heinricha Pera, bazujące na koncepcji Kübler-Ross, alternatywne koncepcje Edwina S. Shneidmana oraz Edwarda M. Pattisona. Na zakończenie tego rozdziału zaprezentowano prawa z Karty praw człowieka umierającego, opracowanej przez Amelię J. Barbus.

W rozdziale dwudziestym szóstym *Trajektoria umierania w ujęciu tanatopsychologii* przedstawiono koncepcję trajektorii umierania zaproponowaną przez socjologów: Anselma L. Straussa i Barneya G. Glasera oraz jej rodzaje w ujęciu Georga D. Bishopa (trajektoria przewlekła, spodziewanie nagła, niespodziewanie nagła) i jej sekwencje wyróżnione przez Mirosława Góreckiego. Dwaj pierwsi badacze dokonali opisu procesu umierania w odniesieniu do trajektorii obejmujących określoną ilość czasu i cechujących się serią sytuacji lub sekwencji interakcji społecznych, zmian fizjologicznych oraz zdarzeń emocjonalnych.

Rozdział dwudziesty siódmy *Dekalog opieki nad człowiekiem cierpiącym i umierającym* zawiera opis podstawowych zasad pomocy i wsparcia osobom chorym, cierpiącym i umierającym oraz ich najbliższym. Dalsze rozważania koncentrują się na zadaniach opieki paliatywnej i terminalnej (hospicyjnej).

W rozdziale dwudziestym ósmym *Od niespiesznej a niechybnej śmierci… – moralne aspekty prawa do umierania* podjęto rozważania na temat eutanazji, uwzględniając wykładnię religijną i prawną oraz przybliżono testamentową dyspozycję życiem i ciałem na wypadek znalezienia się w stanie terminalnym.

Rozdział dwudziesty dziewiąty *„Rozpocząć aby żyć – żałoba w życiu człowieka”* ilustruje przeżywanie żałoby w różnych kulturach i okresach historycznych oraz jej stadia/fazy w ujęciu następujących badaczy: antropologa Geoffrey'a Gorera, psychiatrów: Pierre'a Denikera i Michela Hanusa, psycholog Phyllis Silverman, tanatopedagoga Józefa Binnebesela. Ponadto autor poświęca uwagę poradnictwu dla osób, będących w sytuacji utraty bliskiego.

Podsumowując można stwierdzić, iż na szczególną uwagę zasługuje następujący walor recenzowanej monografii: autorowi udało się pokazać trudne i złożone problemy gerontologii i tanatologii w sposób przejrzysty i przystępny. Podkreślenia wymaga fakt, iż aby uczynić monografię bardziej przystępną (poznawczo i emocjonalnie) autor przytacza w prawie każdym ze szkiców/rozdziałów nie tylko poglądy czy klasyfikacje znawców przedmiotu (psychologów, psychiatrów, lekarzy, socjologów, pedagogów, antropologów), ale także zamieszcza cytaty z literatury pięknej zarówno z własnymi komentarzami, jak i komentarzami filozofów, historyków oraz wspomnienia i fragmenty zapisków znanych osób.

W kontekście powyższego monografię Adama Zycha można polecić szerokiemu gronu czytelników: od specjalistów różnych dziedzin, zarówno teoretyków jak i praktyków – psychologów, lekarzy, pielęgniarek, pedagogów, pracowników socjalnych, socjologów, osób zajmujących się polityką społeczną oraz gerontologią i tanatologią, po inne osoby zainteresowane podejmowaną problematyką w różnych przedziałach wiekowych, w tym starzejące się i starsze. Monografia ta stanowić może także znakomitą pomoc dydaktyczną dla studentów kierunków społecznych, medycznych i humanistycznych oraz osób uczestniczących w tworzeniu i rozwijaniu Uniwersytetów Trzeciego Wieku, ze szczególnym uwzględnieniem ich słuchaczy.

Ewa Czerwińska-Jakimiuk

ISSN 2081-6642