

University of Łódź

**Department of Population
and Services Studies**

JAKOŚĆ ŻYCIA LUDZI STARYCH – WYBRANE PROBLEMY

QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY – SELECTED PROBLEMS

**pod redakcją
Anny Janiszewskiej**

**WYDZIAŁ NAUK GEOGRAFICZNYCH
UNIwersytetu Łódzkiego**

ŁÓDŹ 2015

RADA WYDAWNICZA

Agnieszka Rochmińska (redaktor naczelny)
Anna Janiszewska (sekretarz), *Remus Angel*, *Sokol Axhemi*
Gholam Jamnejad, *Anna Karwińska*, *Stanisław Mordwa*, *Ray C. Riley*
Tadeusz Siwek, *Andrea Székely*

REDAKCJA NAUKOWA

Anna Janiszewska

RECENZENCI

Józef Bukowski – Wyższa Szkoła Studiów Międzynarodowych w Łodzi
Jerzy Dzieciuchowicz – Uniwersytet Łódzki, *Małgorzata Flaga* – UMCS Lublin
Wioletta Kałamucka – UMCS Lublin, *Dorota Kałuża-Kopias* – Uniwersytet Łódzki
Katarzyna Klemm – Politechnika Łódzka, *Sławomir Kurek* – Uniwersytet Pedagogiczny
w Krakowie, *Agnieszka Labus* – Politechnika Śląska, *Jolanta Latosińska* – Uniwersytet
Łódzki, *Anna Majdzińska* – Uniwersytet Łódzki, *Tomasz Michalski* – Uniwersytet
Gdański, *Aleksandra Nowakowska* – Uniwersytet Łódzki, *Rafał Rouba* – Filia UŁ
w Tomaszowie Mazowieckim, *Ewa Szafrńska* – Uniwersytet Łódzki
Agnieszka Wołk – Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Marcin Wójcik – Uniwersytet Łódzki

KOREKTA I SKŁAD KOMPUTEROWY

Aleksandra Retkiewicz

PROJEKT OKŁADKI

Andrzej Nowak

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ
przez Wydział Nauk Geograficznych

© Copyright by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2015
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2015

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I.

Ark. druk.

ISSN 1733-3180

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

SPIS TREŚCI

CZEŚĆ I STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI – WYMIAR DEMOGRAFICZNY

1. Dyskryminacja ze względu na wiek jako bariera jakości życia seniorów (Piotr Szukalski).....	11
1.1. Wprowadzenie.....	12
1.2. Dyskryminacja, czyli co?.....	12
1.3. Kulturowe przyczyny dyskryminacji.....	13
1.4. Przestrzenne zróżnicowanie ageizmu.....	15
1.5. Przejawy ageizmu.....	16
1.6. Zwalczanie dyskryminacji ze względu na wiek.....	19
1.7. Podsumowanie.....	21
2. Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców (Anna Janiszewska).....	25
2.1. Wprowadzenie.....	26
2.2. Starzenie się ludności w krajach UE 28.....	28
2.3. Stan zdrowia osób 65+ w krajach unijnych i jego subiektywna ocena.....	33
2.4. Podsumowanie.....	44
3. Mobilność przestrzenna ludzi starych – aktualny stan badań (Katarzyna Kikosicka).....	49
3.1. Wprowadzenie.....	50
3.2. Teorie dotyczące motywów migracji seniorów.....	51
3.3. Kierunki przemieszczeń i motywy migracji seniorów.....	53
3.4. Społeczno-demograficzne cechy migrantów.....	55
3.5. Podsumowanie.....	56

CZEŚĆ II STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI – WYMIAR SPOŁECZNY

1. Problem jakości życia ludzi starych w dokumentach międzynarodowych i krajowych (Anna Janiszewska).....	63
1.1. Wprowadzenie.....	64
1.2. Stanowisko Organizacji Narodów Zjednoczonych.....	65
1.3. Stanowisko Unii Europejskiej.....	69
1.4. Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia.....	71
1.5. Krajowe strategie i programy a jakość życia ludzi starych.....	75
1.5.1. Krajowe dokumenty strategiczne.....	75
1.5.2. Polityka senioralna w Polsce – przykłady.....	78
1.6. Podsumowanie.....	79

2. Ludzie starzy w „Diagnozie Społecznej”. Warunki i jakość życia w roku 2000 i 2005 (<i>Ewa Klima</i>).....	83
2.1. Wprowadzenie.....	84
2.2. Główny Urząd Statystyczny o warunkach bytu i jakości życia.....	85
2.3. Ogólne założenia projektu „Diagnoza społeczna”.....	87
2.4. Sytuacja finansowa gospodarstw domowych emerytów.....	89
2.5. Warunki mieszkaniowe emerytów.....	93
2.6. Wnioski.....	97
3. Percepcja zagrożeń społeczno-przestrzennych w mieście a subiektywne ryzyko wiktymizacyjne i zachowania obronne osób w wieku powyżej 60 lat (<i>Stanisław Mordwa</i>).....	101
3.1. Wprowadzenie.....	102
3.2. Charakterystyka projektu badawczego i obszaru badań.....	105
3.3. Ocena zagrożeń wybranymi problemami społecznymi i przestrzennymi.....	106
3.4. Wiktymizacja seniorów w Łodzi.....	109
3.4.1. Doświadczenia wiktymizacyjne.....	109
3.4.2. Ryzyko wiktymizacji.....	111
3.5. Zachowania obronne podejmowane przez seniorów.....	114
3.6. Podsumowanie.....	118

CZĘŚĆ III

FORMY AKTYWNOŚCI LUDZI STARYCH

1. Aktywizacja społeczna osób starszych w Polsce (<i>Kalina Pędziwiatr</i>).....	123
1.1. Wprowadzenie.....	124
1.2. Formy i sposoby aktywizacji społecznej.....	126
1.3. Rządowe formy wspierania aktywności osób starszych.....	129
1.4. Wybrane działania aktywizujące seniorów w Łodzi.....	133
1.5. Podsumowanie.....	135
2. Formy spędzania czasu wolnego starszych osób w województwie łódzkim (<i>Blanka Gosik</i>).....	137
2.1. Wprowadzenie.....	138
2.2. Zagadnienie czasu wolnego.....	138
2.3. Starość i starzenie się.....	140
2.4. Czas wolny ludzi starszych.....	142
2.5. Czas wolny starszych mieszkańców województwa łódzkiego.....	143
2.6. Podsumowanie.....	147
3. Rekreacja i aktywność ruchowa starszych osób. Przykład mieszkańców województwa łódzkiego (<i>Blanka Gosik</i>).....	151
3.1. Wprowadzenie.....	152
3.2. Zagadnienie terminu rekreacji.....	153
3.3. Rekreacja ruchowa.....	154
3.4. Aktywność ruchowa osób starszych.....	155
3.5. Aktywność ruchowa starszych osób w województwie łódzkim.....	157
3.6. Podsumowanie.....	161

4. Seniorzy jako klienci łódzkich centrów handlowych i ich motywy zachowań przestrzennych (<i>Agnieszka Rochmińska</i>).....	165
4.1. Wprowadzenie.....	166
4.2. „Starsi” klienci łódzkich centrów handlowych.....	167
4.3. Wybór miejsca dokonywania zakupów.....	168
4.4. Zakupy – obowiązek, przyjemność.....	170
4.5. Motywy odwiedzania centrów handlowych.....	173
4.6. Zachowania przestrzenne.....	176
4.7. Znaczenie lokalizacji centrum handlowego w pobliżu miejsca zamieszkania...	179
4.8. Wnioski.....	182

CZĘŚĆ IV ZAMIESZKIWANIE LUDZI STARYCH

1. Mieszkalnictwo ludzi starych (<i>Lidia Groeger, Anna Szczerek</i>).....	187
1.1. Wprowadzenie.....	188
1.2. Klasyfikacja obiektów mieszkalnych dla ludzi starszych.....	191
1.3. Preferencje mieszkaniowe osób starych.....	193
1.4. Formy nowej zabudowy mieszkaniowej dla ludzi starych.....	195
1.5. Warunki mieszkaniowe polskich seniorów.....	199
1.6. Warunki mieszkaniowe europejskich seniorów.....	204
1.7. Podsumowanie.....	208
2. Improving the quality of life in high-rise. A sustainable approach CPTED observed in the public realm in Widzew (<i>Tobias Woldendorp</i>).....	213
2.1. Introduction on CPTED.....	214
2.2. Theoretical basis: the criteria.....	214
2.3. The survey.....	216
2.3.1. From the train station through the layout of the high-rise.....	217
2.3.2. Spatial conditions after the renewal in the early years of the new millennium.....	222
2.3.3. Examples from the nearby neighbourhood (shopping centre).....	222
2.4. Lessons that can be learned from Widzew for the whole of Poland.....	223

CZĘŚĆ I

STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI – WYMIAR DEMÓGRAFICZNY

PART I

POPULATION AGEING – DEMOGRAPHIC DIMENSION

PIOTR SZUKALSKI

Uniwersytet Łódzki
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Katedra Socjologii Stosowanej i Pracy Socjalnej

1

DYSKRYMINACJA ZE WZGLĘDU NA WIEK JAKO BARIERA JAKOŚCI ŻYCIA SENIORÓW

AGE DISCRIMINATION AS A BARRIER FOR QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

Artykuł wpłynął do redakcji 06.12.2015; po recenzjach zaakceptowany 04.04.2016.

Szukalski P., 2015, *Dyskryminacja ze względu na wiek jako bariera jakości życia seniorów*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 11–23.

Dr hab. Piotr Szukalski, prof. UŁ, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Katedra Socjologii Stosowanej i Pracy Socjalnej, ul. Rewolucji 1905 roku 41/43, 90-214 Łódź; e-mail: pies@uni.lodz.pl

Zarys treści

Dyskryminacja ze względu na wiek oznacza nierówne traktowanie jednostek z uwagi na ich wiek. Najczęściej uderza ona w seniorów, obniżając ich aktywność, samoocenę i ocenę formułowaną przez innych. Celem niniejszego opracowania jest wskazanie najważniejszych, kulturowych uwarunkowań ageizmu, jego przejawów, przestrzennego zróżnicowania we współczesnej Europie oraz działań, jakie należy podjąć w celu ograniczania skali dyskryminacji osób starszych.

Słowa kluczowe

Dyskryminacja ze względu na wiek, ageizm, bariery aktywności osób starszych, osoby starsze, aktywność społeczna.

1.1. WPROWADZENIE

Życie społeczne pełne jest konceptów o charakterze uprzedzeń i stereotypów, wchodzących w skład imaginariusium jednostek i zbiorowości. Niektóre z tych uprzedzeń i stereotypów odnoszą się do wieku. Wówczas gdy występuje różnicowanie sposobu myślenia o indywiduach i grupach oraz ich traktowania jedynie z uwagi na wiek osiągany przez te osoby, mamy do czynienia z dyskryminacją ze względu na wiek (zamiennie używany jest termin ageizm – od ang. *ageism*). Z dyskryminacją ze względu na wiek mamy do czynienia zarówno wtedy, gdy ktoś jest inaczej traktowany z uwagi na bycie osobą „zbyt młodą”, jak i „za starą”. Owe odmienne traktowanie może przyjąć formę zarówno negatywną (szykowanie, marginalizowanie), jak i pozytywną (uprzywilejowywanie).

Problem dyskryminacji ze względu na wiek w praktyce dotyczy przede wszystkim osób starszych, w przypadku których istnieją silne negatywne społeczne postawy, uprzedzenia i stereotypy prowadzące do podejmowania przez liczne osoby i zbiorowości zachowań w mniejszym lub większym stopniu krzywdzących lub wręcz szkodliwych dla seniorów. Zachowania takie ograniczają możliwość pełnego życia społecznego seniorów, ograniczając tym samym ich aktywność, samoocenę i ocenę formułowaną przez innych, a w efekcie i jakość życia osób najstarszych.

Niniejsze opracowanie ma za cel przedstawienie zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek jako bariery jakości życia osób starszych. Powyższy cel główny zrealizowany zostanie poprzez trzy cele szczegółowe: 1) przedstawienie istoty omawianego zjawiska, 2) przedstawienie kulturowych uwarunkowań pojawiającego się ageizmu, 3) omówienie sposobów ograniczania zasięgu dyskryminacji ze względu na wiek.

1.2. DYSKRYMINACJA, CZYLI CO?

Łaciński czasownik *discriminare* oznacza odróżniać, rozróżniać, inaczej traktować. W większości języków europejskich utworzony od tego czasownika rzeczownik uznawany jest za synonim gorszego traktowania. Z punktu widzenia etymologicznego, tymczasem można mówić o dyskryminacji negatywnej i pozytywnej, a zatem zarówno o gorszym traktowaniu, jak i o uprzywilejowaniu. Obie powyższe formy dyskryminacji ze względu na wiek występują, mało tego, ukuto specjalny termin „ageizm współczujący” (*compassionate ageism* – Binstock 2010) do określenia sytuacji, gdy – chcąc pomóc „biednym, schorowanym, pozbawionym sił staruszkom” – w imię działań pomocowych (dyskryminacja pozytywna) buduje się społeczne odczucia o negatywnym zabarwieniu, prowadzące do wzmocnienia stereotypów i uprzedzeń, a w konsekwencji do wzrostu częstości, skali i intensywności dyskryminacji negatywnej. Stąd już blisko do konstatacji, aby

nie budować programów pomocowych, gdzie jako główne/jedynе kryterium stosowany jest odpowiednio zaawansowany wiek, aby nie rozbudzać negatywnych opinii na temat osób w tym wieku, lecz aby – projektując działania – jako kryterium z nich skorzystania wprowadzać inne obiektywne warunki (stan zdrowia, wysokość dochodów itp.).

Występowanie pozytywnej dyskryminacji wobec osób starszych – niezależnie od spełnienia przez nie innych kryteriów – może dodatkowo ugruntowywać negatywne stereotypy na temat seniorów, a przede wszystkim rozbudowywać skalę uprzedzeń wobec nich. Warto zatem się zastanowić, na ile wbudowane w naszą kulturę trwałe przejawy pozytywnej dyskryminacji (np. ustępowanie miejsca starszym, zwyczajowa kolejność zabierania głosu w dyskusjach, niesymetryczność form zwracania się do siebie itp.) szkodzą seniorom, przede wszystkim tym młodszym, bardziej sprawnym, ugruntowując nieprzychylną wobec nich atmosferę. Swego czasu próbowano ten problem rozwiązać, wdrażając odmienne nazwy na seniorów w różnym wieku (podział na *young old*, „młodzi starzy”, tj. osoby w wieku 65–74 lata, *old-old*, „starzy starzy”, 75–84 lata i *the oldest old*, „najstarsi starzy”, osoby w wieku 85 lat i więcej) (Suzman i in. 1992, s. 3). Gerontolodzy będący autorami i sprawcami upowszechnienia się tych terminów ze zdziwieniem zaobserwowali, iż wdrożenie tych – z pozoru różnicujących terminów – nie zmniejszyło (lub uczyniło to w niewielkim stopniu) skali uprzedzeń do młodszych seniorów, wzmacniając natomiast uprzedzenia i stereotypy wobec najstarszych grup wieku.

Sam ageizm wobec osób starszych to w praktyce podbudowane uprzedzeniami i stereotypami – wynikającymi przede wszystkim z braku kontaktu między osobami i grupami w różnym wieku – gorsze traktowanie seniorów w różnych sferach życia (Palmore 1990, s. 4), przy czym warto zaznaczyć, że dzieje się tak tylko na podstawie chronologicznie definiowanego wieku tych osób, a nie ich indywidualnej sprawności, zdolności, samodzielności (Levy i Banaji 2002, s. 50). W efekcie zestaw ageizm można zdefiniować jako zbiór 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 (Bytheway 1995, s. 14).

1.3. KULTUROWE PRZYCZYNY Dyskryminacji

Mówiąc o dyskryminacji ze względu na wiek, zastanowić się trzeba nad jej powodami. Pomijając takie czynniki, jak opisane gdzie indziej (Szukalski 2008, 2012) wiązanie wieku z pogarszaniem się stanu zdrowia, traktowanie osób starszych jako grupy w pełni homogenicznej, czy zwykła obawa przed starością jako etapem życia poprzedzającym śmierć, zdawać sobie należy sprawę, że każde społeczeństwo posiada również i kulturowe determinanty różnicowania jednostek z uwagi na wiek.

Ważną, a może najważniejszą przyczyną funkcjonujących postaw i łatwości rozprzestrzeniania się stereotypów na temat starości jest typowa dla naszego obszaru kulturowego segregacja przestrzenna ze względu na wiek. Dzieci i młodzież obecnie na etapie nieświadomego kształtowania obrazu świata i światopoglądu (tzw. efekt demonstracji bazujący na obserwacji tego, jak zachowują się w pewnych sytuacjach otaczający nas dorośli) w zasadzie nie mają kontaktów z seniorami innymi niż członkowie najbliższej rodziny. O ile w przeszłości, przy zdecydowanie większej skali występowania wielopokoleniowych gospodarstw domowych, odwiedzanie przez dzieci i młodzież rówieśników samoistnie oznaczało stykanie się z ich dziadkami, o tyle powszechne wprowadzenie zasady neolokalności¹ prowadzi do braku takich możliwości. Segregacja ze względu na wiek prowadzi do niemożności poznania rzeczywistych zachowań, poglądów osób starszych, prowadząc do większej podatności na stereotypy i uprzedzenia w tym względzie (Palmore 2005a).

Innym problemem jest brak wzorca odnośnie do tego, jak starość powinna wyglądać. Tradycyjnie, starość związana była z powolnym wycofywaniem się z realizowanych dotąd karier, zwłaszcza tych gratyfikowanych finansowo. Seniorom pozostawiano w zasadzie jedynie do wypełniania role rodzinne oraz rolę strażników pamięci i kultu. Niestety, zapóźnienie kulturowe jest przyczyną, dla której mimo zmiany realiów życia z trudem, oporami i ewidentnie zbyt późno wdrażane są próby wynajdowania nowych ról społecznych dla seniorów (Szukalski 2014)². Współcześnie, widoczne są próby rozwiązywania tych problemów poprzez – z jednej strony – redefinicję wieku, od którego rozpoczyna się starość (zob. dyskusja na temat początku ekonomicznej starości, czyli dyskusja o wieku emerytalnym), z drugiej zaś poszukiwanie nowych ról, mających zakończyć etap „ról bez ról” (Burgessowskie *roleless role*), jak kiedyś nazwano emeryturę. W tym drugim przypadku próbuje się aktywizować emerytowane jednostki poprzez zachęcanie

¹ Zasada neolokalności mówi o wyborze przez zawierającą związek małżeński parę jako miejsca zamieszkiwania lokum niezależne, oddzielne od miejsca zamieszkiwania rodziców nowożeńców. W przeszłości normą było, że przynajmniej czasowo zamieszkiwało się z rodzicami panny młodej (matrilokalność) lub pana młodego (patrilokalność).

² Hipoteza zapóźnienia kulturowego mówi, że przemiany technologiczne, jakie występują we współczesnych społeczeństwach, występują z szybkością, której nie może dorównać proces zmiany społecznej, proces modyfikujący rozpowszechnione w danej społeczności schematy myślowe, wartości, cele, instytucje w Veblenowskim rozumieniu. Tym samym zmiany realnych zachowań podmiotów następują w opóźnieniu w stosunku do możliwości wyznaczonych rozwojem technologicznym, „dostępnością technologiczną”. Wynika to przede wszystkim z trudności związanych z uzyskaniem przez nowe potencjalne zachowania „dostępności mentalnej”, z psychicznym – choć kształtującym się głównie pod wpływem czynników społecznych, niechęcią postępowania w sposób narażający zaspokajanie potrzeby przynależności – kosztem podjęcia niekonwencjonalnego, nietradycyjnego zachowania.

je do podejmowania działań w sferze wolontariatu, samopomocy, edukacji czy w sferze działań konsumpcyjnych (np. turystyka). Wciąż jednak – gdyby zapytać o to przechodnia na ulicy, zwłaszcza polskiej ulicy – brak jest pozarodzinnych i pozawyznaniowych ról, jakie społeczeństwo chciałoby przypisać seniorom.

Pomijanym zazwyczaj narzędziem oddziaływania na skalę ageizmu jest kwestia języka jako narzędzia budującego stereotypy i umożliwiającego dyskryminację. Język tymczasem jest nie tylko podstawowym narzędziem komunikacji, ale i tym tworem kultury, który mimochodem przekazuje wartości funkcjonujące w danej kulturze. Zazwyczaj traktujemy język jako neutralne narzędzie komunikacji, umożliwiające przekazanie informacji, a zatem dokonanie bezstronnego opisu rzeczywistości. Tymczasem język jest – pomijając jego warstwę opisową – również i nośnikiem informacji o stosunku (tj. o postawach i ocenach) podmiotu dokonującego opisu do opisywanego przedmiotu. Z opisowego punktu widzenia terminy „senior”, „starzec”, „stary dziad” czy „stary piernik” mają tę samą wartość – odnoszą się do starszego mężczyzny. Jednak każdy z nich w rzeczywistości niesie w sobie również i informację o stosunku osoby wypowiadającej ten opis do opisywanego indywiduum. Świadomość wagi języka jako czynnika kształtującego, o ile wręcz nie narzucającego, sposób myślenia o pewnych kategoriach i zjawiskach, prowadzi do pojawienia się lekceważonej, a niekiedy wręcz wyśmiewanej, „rewolucji nominalistycznej”, czyli do pojawienia się nowego zestawu nazw na określenie znanych od dawna zjawisk. W sferze nas interesującej to przykładowo promowanie nazwy „osoby starsze” (a w przyszłości może i „osoby urodzone wcześniej”) zamiast „osoby stare”, co podkreślać ma – z jednej strony – względność zajmowanej przez tę grupę pozycji, z drugiej zaś – „obcinać” związki logiczne z czymś starym, przestarzałym, mało wartościowym. Skuteczna walka z dyskryminacją ze względu na wiek musi uwzględniać aspekt zmiany języka, jakiego używamy mówiąc o starości, starzeniu się i populacji seniorów, w celu uniknięcia tradycyjnie przypisanych dotychczas używanym terminom wartości ocennych i „złych” emocji.

1.4. PRZESTRZENNE ZRÓŻNICOWANIE AGEIZMU

Ageizm, odzwierciedlając kulturowe rudymenty danej społeczności, jest zróżnicowany przestrzennie. Nieliczne, prowadzone na ten temat badania wskazują, iż na terenie Europy postrzeganie ageizmu jako problemu znacząco się różni. Aż 68% respondentów we Francji i jedynie 17% w Turcji uznało, że jest to poważny problem społeczny. W Polsce udział ten wynosił 52%, przy średniej dla badanych państw 44%. Występuje przy tym umiarkowana korelacja pomiędzy powyższym osądem a jego przeciwieństwem. Różnice występują również w przypadku częstości osobistego zetknięcia się z gorszym traktowaniem z uwagi na wiek respondenta (choć w tym przypadku nie odnosi się to jedynie do seniorów). Ekstremalne

wartości odnotowano w Czechach (54%) i na Cyprze (17%), zaś w Polsce (28%) odpowiedź taka występowała rzadziej niż średnio w badanych krajach europejskich (35%). Podobne różnice występowały w przypadku badania poszczególnych wymiarów gorszego traktowania (np. brak szacunku, przejawów nadużyć itd.), jak i w przypadku oceny negatywnych uczuć wobec seniorów. Generalnie najgorzej wychodziły byłe kraje socjalistyczne – choć Polska wraz z Chorwacją i Słowenią były tu chwalebnym wyjątkiem – a najlepiej kraje Europy Południowej (Portugalia, Cypr, Malta), Holandia i Dania (AgeUK 2011). W przypadku naszego kraju warto jednak zaznaczyć, że jednocześnie byliśmy społeczeństwem oceniającym seniorów 70+ jako najmniej kompetentnych w skali całego kontynentu.

Przestrzenne zróżnicowanie podejścia do dyskryminacji seniorów istnieje pewnie i w skali poniżej krajowej, regionalnej i lokalnej. Dostępne, polskie dane nie umożliwiają jednak jednoznacznej oceny. Przykładowo *Diagnoza społeczna* zawiera jedynie pytanie o to, czy w ciągu ostatniego roku respondent był dyskryminowany (poniżany) ze względu na narodowość, wygląd, przekonania lub z innych powodów (pyt. 91 w części indywidualnej kwestionariusza³), pomijając bezpośrednio kwestie wieku. Z kolei w raportach z badań CBOS (2009) pomijany jest wątek przestrzenny, a prezentowane jedynie przekroje społeczno-demograficzne. Jedynym wyjątkiem, pośrednio mówiącym o przestrzennym zróżnicowaniu ageizmu na rynku pracy jest analiza realizowanych w latach 2004–2009 programów ukierunkowanych na pomoc starszym pracownikom i bezrobotnym (Urbaniak, Wiktorowicz 2011). Zamieszczone tam przestrzenne analizy operują jednak na liczbach bezwzględnych, co uniemożliwia wyciąganie bezspornych wniosków.

1.5. PRZEJAWY AGEIZMU

Pomni przedstawionych wcześniej uwag odnośnie do kulturowych przyczyn dyskryminacji ze względu na wiek, przyjrzyjmy się podstawowym przejawom ageizmu. Owe manifestacje uprzedzeń równie dobrze występować mogą w postaci indywidualnej, jak i w postaci zinstytucjonalizowanej. Grzechy ageizmu przyjmują różne postaci – przewinień „myślą, mową, uczynkiem i zaniedbaniem”. Oto najważniejsze z nich:

Niedostrzeżenie – występowanie „niewidzialności”, „przezroczystości”, dostrzegane przez seniorów bardzo wyraźnie w miejscach publicznych, gdzie inne osoby przechodzą obok bez zwracania jakiegokolwiek uwagi na spacerującą osobę starszą. Ten typ ageizmu przejawia się również brakiem ofert rynkowych dla osób starszych, niedostrzeganych jako specyficzna grupa potencjalnych konsumentów.

³ http://www.diagnoza.com/pliki/kwestionariusze_instrukcje/kwestionariusze_2015.pdf.

Lekceważenie – uznawanie, iż opinie, wyznawane wartości i potrzeby osób starszych są mniej ważne i mniej cenne niż jednostek młodych, znajdujących się „w pełni sił”. Przejawem lekceważenia jest „sepizacja” (*somebody else's problem* – to kłopot kogoś innego) pojawiających się problemów artykułowanych przez seniorów.

Ośmieszanie – świadome przeinaczanie i karykaturalne wyolbrzymianie problemów seniorów i ich sposobów rozwiązywania owych problemów, mające na celu wskazanie „żałosności” sytuacji osób starszych.

Paternalizm/nadopiekuńczość – skłonność do wyręczania seniora w wykonywaniu niektórych czynności dnia codziennego, nawet w sytuacji, gdy jest on/ona w stanie samodzielnie dać sobie w tym przypadku radę i nie widzi potrzeby odwoływania się do pomocy innych.

Protekcjonalność – skłonność do traktowania seniora jako osoby niezdolnej do funkcjonowania bez wsparcia danej jednostki bądź instytucji, wsparcia udzielanego w szczególności z uwagi na wiek sposób, wskutek przekonania o własnej zdolności do właściwego (tj. dostosowanego do ograniczonych dyspozycji seniora o charakterze mentalnym) udzielania pomocy. Występuje zwłaszcza w przypadku, gdy senior jest niepełnosprawny i wymaga stałej opieki. Przybiera różne formy: a) werbalną – od upraszczania budowanych zdań – jakby mówiło się do dziecka – poprzez wielokrotne powtarzanie pewnych stwierdzeń, używanie form *pluralis communis* zamiast „Pan/i”, aż do pomijania owych form grzecznościowych i używania stwierdzeń „dziadku”; b) behawioralną – zastępowanie seniorów w wykonywaniu pewnych czynności wskutek przekonania „ja i tak zrobię to lepiej niż jakiś <staruch>”. Rezultatem protekcjonalności jest burzenie poczucia godności seniorów i niejednokrotnie wzmaganie bezradności. W swej najwyższej formie protekcjonalność poprzez mechanizm wyuczonej bezradności prowadzi do swoistej infantylizacji seniorów.

Zaniedbanie – pomijanie (świadome lub nieświadome) istotnych potrzeb psychosomatycznych, społecznych i materialnych osób starszych. Specyficznym przypadkiem zaniedbania jest niedostarczanie informacji seniorom o przysługujących im prawach socjalnych i zdrowotnych, prowadzące często do nieuświadomienia sobie przez nich istniejących potrzeb i sposobów ich zaspokojenia.

Segregacja – oddzielenie seniorów od reszty społeczeństwa/społeczności poprzez skupienie ich na wyodrębnionym terytorium. Z reguły takie oddzielenie wyjaśniane jest chęcią „stworzenia mikroświata dostosowanego do specyficznych potrzeb najstarszych”. W polskich realiach tym terytorium jest dom pomocy społecznej dla osób starszych, aczkolwiek wiele osiedli mieszkaniowych, a zwłaszcza budynków wielomieszkaniowych, budowanych w latach 1960. i 1970. również spełnia podstawową dystynkcję – koncentrację osób starszych, prowadzącą do ich wyraźnej dominacji jako najliczniejszej grupy wieku. Z segregacją z reguły związana jest **izolacja społeczna**, przez którą rozumie się niewystarczający zdaniem

seniorów poziom integracji jednostki z grupą lub innymi, młodszymi osobami w szersze środowisko. Jeszcze wyższym stopniem braku integracji charakteryzuje się **odrzućenie**, polegające na nieutrzymywaniu kontaktów interpersonalnych innych niż konieczne z uwypukleniem ich oficjalnego charakteru. Konsekwencją izolacji – a tym bardziej odrzućenia – jest z kolei poczucie osamotnienia, a w rezultacie apatia osoby starszej.

Nadużycia finansowe – związane są z niesprawiedliwym, nieuzasadnionym lub sprzecznym z literą prawa użyciem zasobów materialnych, tytułów własności i uprawnień znajdujących się w posiadaniu seniora. Do tej grupy nadużyć należą wszelkiego rodzaju oszustwa rynkowe związane ze świadomym wykorzystywaniem niewiedzy i bezradności seniorów jako konsumentów. Z nadużyciami finansowymi często powiązane są nadużycia prawne, gdy – korzystając z niewiedzy, osłabionego krytycyzmu seniorów lub ich faktycznej niepoczytalności – podejmowane są kroki mające na celu ograniczenie samodzielności prawnej osoby starszej lub też przejęcie tytułów własności i uprawnień znajdujących się w ich posiadaniu (zachęcanie do spisywania testamentu, aktów darowizn czy umów „sprzedaży” lub wręcz ich podrabianie; zawieranie fikcyjnych małżeństw).

Nadużycia cielesne – przejawy fizycznej agresji w stosunku do osób starszych, przybierające formy od względnie łagodnej (popychanie, szturchanie) do form brutalnych (ciężkie pobicie). W sytuacji, gdy agresja fizyczna jest powtarzana, mówimy o długotrwałym znęcaniu się, któremu z reguły towarzyszy agresja słowna, tj. używanie obelżywych słów mających podkreślić bezwartościowość i winę ofiary. Do kategorii nadużyć cielesnych zaliczane są również relatywnie rzadkie nadużycia seksualne.

Eksterminacja – świadome dążenie do skrócenia „bezwartościowego” lub przepełnionego cierpieniem życia osoby starszej. Specyficzną formą tej postaci ageizmu jest **eutanazja**, w sytuacji gdy nie jest wyrazem świadomej woli chorego, lecz jedynie wynikiem decyzji lekarzy czy opiekunów osoby starszej.

Powyższa lista przejawów ageizmu uporządkowana została od postaci najmniej potencjalnie uciążliwych do tych o najcięższym kalibrze. Jednakże to wrażliwość konkretnej osoby starszej, jej podatność na specyficzne formy dyskryminowania decyduje o rzeczywistym stopniu uciążliwości. Pamiętać przy tym trzeba, iż poszczególne przejawy niekiedy są „wbudowane” w schemat działania instytucji społecznych – rodziny czy różnorodnych organizacji społecznych – a tym samym mało wyraziste i trudne do wychwycenia. Przykładowo, nadopiekuńczość może być traktowana jako wyraz sprawnego działania instytucji wsparcia społecznego, zaś wiele przejawów nadużyć finansowych w rodzinie może rozmywać się w ramach wspólnego gospodarowania członków rodziny, będąc traktowanymi jako „wewnątrzrodzinne rozliczenia”.

1.6. ZWALCZANIE DYSKRYMINACJI ZE WZGLĘDU NA WIEK

Badacze zagadnienia dyskryminacji ze względu na wiek, kiedy mówią o strategiach zmian i przyszłości ageizmu, preferują albo mówienie o małych, konkretnych krokach, jakie winno się podejmować (Palmore 2005c), albo wychodzą z założenia, że poprawa edukacji kolejnych pokoleń, wzrost zamożności seniorów i ich znaczenia jako „srebrnych konsumentów”, poprawa ich stanu zdrowia, wzrastająca wiedza społeczeństwa na temat specyfiki osób starszych, starzenia się i starości (a zatem zmniejszenia się skali stereotypów) oraz generalny trend do eliminacji skali uprzedzeń z różnych przyczyn jako „uzewnętrznionego” czynnika podejmowanych działań samoistnie doprowadzą do ograniczenia skali ageizmu (Palmore 2005b).

Przyjrzyjmy się bliżej proponowanym krokom mającym na celu ograniczanie skali dyskryminacji seniorów, działaniom innym niż te o charakterze „strukturalnym” czy charakterze „megatrendów”, a zatem takim, jakie można utożsamić ze wspomnianymi powyżej drobnymi krokami.

Działania takie z reguły dzielone są na te podejmowane przez jednostki i grupy (Palmore 2005c).

W przypadku tych pierwszych podkreśla się ważność działań takich, jak:

- upowszechnianie wśród krewnych, znajomych i innych osób, z którymi dana jednostka się regularnie spotyka, faktów o sytuacji zdrowotnej i społecznej seniorów w celu zwalczania stereotypów i błędnych, a z reguły krzywdzących, opinii na temat osób starszych;
- informowanie rodziny, przyjaciół i znajomych o pochodzących z własnego doświadczenia przykładach stykania się ze stereotypami, uprzedzeniami i błędnymi opiniami odnośnie do wyglądu starości i sytuacji osób starszych;
- unikanie opowiadania ageistowskich dowcipów, podobnie jak wyrażanie dezaprobaty w sytuacji, gdy jest się słuchaczem takowych;
- unikanie ageistowskiego języka (zarówno form językowych nieneutralnych wartościowo – staruch, dziad – jak i takich, które samoistnie wywołują skojarzenia zaawansowanego wieku i starości z chorobą, upośledzeniem i śmiercią), a w przypadku wysłuchiwanie naznaczonych takim piętnem wypowiedzi zwracanie uwagi na język mówcy;
- bojkotowanie produktów wytwórców, którzy mniej lub bardziej świadomie używają ageistowskich kampanii promocyjnych;
- głosowanie w wyborach na takich kandydatów, którzy podkreślają ważność osób starszych, konieczność ich destygmatyzacji i budowania poprawnych relacji międzypokoleniowych;
- informowanie odpowiednich instytucji walczących z dyskryminacją (np. Rzecznik Praw Obywatelskich, Urząd ds. Konkurencji i Ochrony Konsumentów,

lokalne i regionalne władze) w przypadku, gdy dana jednostka styka się z przejawami ageizmu instytucjonalnego oraz wspieranie osób wnoszących takie sprawy poprzez chętnie bycie świadkiem potwierdzającym dyskryminację.

Z kolei w przypadku, gdy mowa jest o działaniach grupowych, tj. podejmowanych zazwyczaj przez zorganizowane grupy, bardzo często o charakterze zinstytucjonalizowanym, jako najważniejsze, warte podjęcia inicjatywy, należy wymienić:

- redukcję uprzedzeń wobec seniorów poprzez upowszechnianie wiedzy o rzeczywistych charakterystykach i problemach tej kategorii, w tym i poprzez ułatwianie kontaktów między niespokrewnionymi przedstawicielami różnych pokoleń (tzw. projekty międzypokoleniowe);
- dostarczanie pomocy prawnej osobom podejrzewającym, że spotkały się z gorszym traktowaniem niezgodnym z prawem, w tym i pomoc na dalszych etapach (pomoc prawna w zakresie przygotowania i prowadzenia procesu sądowego);
- przygotowywanie propozycji zmian konkretnych przepisów, organizowanie poparcia wyborców dla tych rozwiązań, co z kolei wzmaga zainteresowanie przygotowanymi propozycjami przez władze pochodzące z wyborów powszechnych;
- organizowanie marszy, pikiet i innych – tym razem o pozytywnym wydźwięku – imprez promujących walkę z dyskryminacją ze względu na wiek;
- edukowanie seniorów i polityków odnośnie do politycznych aspektów zjawiska ageizmu (ukryty ageizm instytucjonalny, tj. negatywne nastawienie do seniorów wbudowane w kulturę organizacyjną danej instytucji);
- zachęcanie seniorów do uczestnictwa w wyborach (w tym i ułatwianie oddawania głosu osobom obłożnie chorym czy zamieszkującym w instytucjach opiekuńczo-pielęgniacyjnych) i oddawania głosów na kandydatów otwarcie wspierających osoby starsze;
- budowanie lokalnych, regionalnych i krajowych partnerstw skupiających organizacje społeczne, polityczne i wyznaniowe chcące wspólnych działań na rzecz ograniczenia praktyk dyskryminacyjnych.

Jak zatem widać, w zasadzie każda jednostka może w jakiś sposób podjąć próbę zmniejszenia skali dyskryminacji ze względu na wiek. Problemem jest w przypadku działań indywidualnych bardziej – wynikająca ze wspomnianych wcześniej kulturowych uwarunkowań – kwestia ageizmu *implicite*, a zatem takich przekonań i działań, które są traktowane jako „naturalne”, a zatem nie są postrzegane w kategoriach nierównego i nieusprawiedliwionego innego traktowania osób starszych⁴. Z kolei w przypadku działań o charakterze zbiorowym praktycz-

⁴ Według psychologów (Levy, Banaji 2002), istnieją dwa typy ageizmu indywidualnego – *explicite* (świadomy) i *implicite* (nieświadomy). Pierwszy z nich to uprzedzenia i praktyki dyskryminacyjne bazujące na świadomym, celowym, a niekiedy racjonal-

nym problemem jest kwestia tego, kto ma podejmować działania inicjujące – rola ta powinna przypadać przede wszystkim samoorganizacjom seniorów, a zatem pojawia się samoistnie problem pozyskiwania lokalnych liderów zmian, a zatem takich seniorów, którzy mają – z jednej strony – chęć, energię i autorytet, z drugiej zaś wiedzę, co można zrobić i z jakich form wsparcia publicznego skorzystać.

W Polsce coraz lepiej zdajemy sobie sprawę z powyższych możliwości działania, choć wciąż, jak pokazują badania empiryczne (*Stop dyskryminacji...* 2005; Szatur-Jaworska 2008; *Strategie działania...* 2012; Szatur-Jaworska, Szukalski 2014), znaleźć można wiele przejawów zaniedbań, mnogość barier czy wręcz praktyk dyskryminacyjnych, prowadzących do stwierdzenia, iż walka z ageizmem w rzeczywistości dopiero się zaczęła. Zapobieganie to widoczne jest przede wszystkim w przypadku „przedseńiorów”, czyli w przypadku starszych pracowników. Grupa ta, np. dzięki modyfikacji *Kodeksu Pracy* w 2004 roku, jak i zmianom dokonywanym przez Sąd Najwyższy interpretacji przepisów odnoszących się do nabycia prawa do świadczenia emerytalnego i jednoczesnego wykonywania pracy, jest obecnie zdecydowanie lepiej – przynajmniej w świetle prawa – zabezpieczona przed praktykami ageistowskimi. Innymi widocznymi w Polsce działaniami są te podejmowane przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, prowadzące do lepszego uświadamiania sobie przez osoby starsze ich praw konsumenckich i zapobiegania ich wykorzystywaniu (UOKiK 2012). Z kolei np. w przypadku ochrony zdrowia znajdujemy się dopiero na etapie identyfikacji i diagnozowania przejawów, typów i skali dyskryminacji (Kropińska 2013).

1.7. PODSUMOWANIE

Wymienione w niniejszym opracowaniu kulturowe uwarunkowania dyskryminacji seniorów wskazują, że proces zróżnicowanego traktowania ludzi na podstawie ich wieku jest silnie osadzony we współczesnych społeczeństwach, w tym i w polskim. W efekcie wątpić należy, aby możliwe było w krótkim czasie wyeliminowanie ageizmu. Bardziej realistyczne jest oczekiwanie, że dzięki różnorodnym działaniom możliwe jest zmniejszenie jego skali, poprzez wykluczenie jego najbardziej dotkliwych przejawów.

Najsukuteczniejszym na dłuższą metę sposobem zwalczania dyskryminacji ze względu na wiek jest upowszechnianie informacji na temat stanu zdrowia, sprawności i samodzielności na różnych etapach wieku starszego w celu eliminacji

nym podłożu. Drugi rodzaj to ageizm „podskórny” – uczucia i zachowania wobec osób starszych, które „istnieją i działają nieświadomie, bezintencyjnie, poza kontrolą” (Levy, Banaji 2002, s. 51). W przypadku tego *explicite* wyrażnie się on zmniejsza z wiekiem, prowadząc do wyraźnego przeważania po osiągnięciu 70. roku życia pozytywnych sądów na temat starości nad negatywnymi. Tymczasem poziom ageizmu *implicite* jest mało zmienny wraz z przechodzeniem do starszych grup wieku.

narosłych od wielu dekad stereotypów na ten temat. Informacje te wskazują bowiem na trzy zagadnienia ważne z praktycznego punktu widzenia. Po pierwsze, na zdecydowanie przeważającą frakcję sprawnych, samodzielnych seniorów do pewnego wieku, w polskich realiach do wieku 75–80 lat. Po drugie, na występowanie olbrzymiego zróżnicowania sytuacji zdrowotnej osób w tym samym wieku. Po trzecie, długookresową poprawę stanu zdrowia jednostek w tym samym wieku, będącą konsekwencją coraz lepszych warunków życia i coraz wyższego poziomu wykształcenia kolejnych roczników osiągających cezurę wieku starszego.

Powyższe fakty – choć oczywiste dla każdej logicznie myślącej jednostki – są słabo znane, ulegając stereotypowemu postrzeganiu starości i osób starszych. Stereotypy te, „dozbrojone” uprzedzeniami, prowadzą do dyskryminacji ze względu na wiek, dodajmy z reguły o negatywnym charakterze. Mijemy nadzieję, że skala niedoinformowania będzie się zmniejszać wraz z różnorodnymi akcjami społecznymi podejmowanymi przez różne instytucje (od Biura Rzecznika Praw Obywatelskich po instytucje społeczeństwa obywatelskiego), ale głównym powodem zmiany sposobu myślenia o seniorach będzie konstatacja wynikająca z obserwacji, iż otacza nas coraz liczniejsze grono osób sześćdziesięcio-, siedemdziesięcio-, osiemdziesięcioletnich nie pasujących do świata stereotypów, aktywnych, sprawnych mimo pewnych ograniczeń.

LITERATURA

- AgeUK, 2011, *Ageism in Europe. Findings from the European Social Survey*, http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/ageism_across_europe_report_interactive.pdf?dtrk=true.
- Binstock R.H., 2010, *From compassionate ageism to intergenerational conflict?*, „The Gerontologist”, 50 (5), s. 574–585.
- Bytheway B., 1995, *Ageism*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 143 s.
- Bytheway B., 2005, *Ageism*, [w:] Johnson M.J. (ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing*, Cambridge University Press, Cambridge, s. 338–345.
- CBOS, 2009, *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, Warszawa, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.pdf.
- Kropińska S., 2013, *Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia*, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, niepublikowana praca doktorska, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/298683/index.pdf>.
- Levy B.R., Banaji M.R., 2002, *Implicit ageism*, [w:] Nelson T.D. (ed.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*, MIT Press, Cambridge, Mass., London, s. 49–75.
- Palmore E.B., 1990, *Ageism: negative and positive*, Springer Publishing Company, New York, 219 s.
- Palmore E.B., 2005a, *Age segregation*, [w:] Palmore E.B., Branch L., Harris D.K. (eds.), *Encyclopedia of ageism*, The Haworth Pastoral Press, New York, s. 15–17.
- Palmore E.B., 2005b, *Future of ageism*, [w:] Palmore E.B., Branch L., Harris D.K. (eds.), *Encyclopedia of ageism*, The Haworth Pastoral Press, New York, s. 155–158.

- Palmore E.B., 2005c, *Change strategies*, [w:] Palmore E.B., Branch L., Harris D.K. (eds.), *Encyclopedia of ageism*, The Haworth Pastoral Press, New York, s. 60–62.
- Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, 2005, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa, 115 s.
- Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, 2012, Biuro RPO, Warszawa, <http://www.rpo.gov.pl/pliki/13541772380.pdf>, <http://hdl.handle.net/11089/5581>.
- Suzman R.M., Manton K.G., Willis D.P., 1992, *Introducing the oldest old*, [w:] Suzman R.M., Willis D.P., Manton K.G. (eds.), *The oldest old*, Oxford University Press, Oxford–New York, s. 3–14.
- Szatur-Jaworska B. (red.), 2008, *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich – Materiały”, 65, <http://www.rpo.gov.pl/pliki/12228594450.pdf>.
- Szatur-Jaworska B., Szukalski P. (red.), 2014, *Aktywne starzenie się – Przeciwdziałanie barierom*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, 163 s.
- Szukalski P., 2008, *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 153–184, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3607>.
- Szukalski P., 2012, *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, 206 s., <http://hdl.handle.net/11089/6012>.
- Szukalski P., 2014, *Zapóźnienie kulturowe jako ryzyko przyszłości? Kilka uwag na marginesie badań nad aktywnym starzeniem się*, [w:] Strzelecki Z., Kryńska E., Witkowski J. (red.), *Kryzys jakości życia*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” PAN, Warszawa, s. 60–72, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/5057>.
- Urbaniak B., Wiktorowicz J. (red.), 2011, *Raport z analizy programów skierowanych do osób 50+ zrealizowanych w Polsce w latach 2004–2009*, UŁ, Łódź, 228 s.
- UOKiK (Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów), 2012, *Poradnik o sprzedaży bezpośredniej dla starszych i młodszych konsumentów*, <https://uokik.gov.pl/poradniki.php>.

Abstract

Age discrimination means uneven treatment of individuals due to their age. The most frequently the discrimination is oriented towards the elderly, limiting their engagement in activities and (self)esteem. The paper is aimed at presentation ageism and is focused on its cultural determinants, manifestations, spatial distribution in contemporary Europe and on counter-activities which should be undertaken to reduce extent of the age discrimination. Specific attention is paid to cultural determinants of ageism emergence.

Key words

Age discrimination, ageism, barriers to activities of the elderly, the aged, social activity.

ANNA JANISZEWSKA

Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk Geograficznych
Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami

2 OBRAZ STAROŚCI DEMOGRAFICZNEJ W KRAJACH UE A STAN ZDROWIA JEJ MIESZKAŃCÓW THE IMAGE OF DEMOGRAPHIC OLD AGE IN THE COUNTRIES OF EU AND THE HEALTH OF ITS INHABITANTS

Artykuł wpłynął do redakcji 20.10.2015; po recenzjach zaakceptowany 23.05.2016.

Janiszewska A., 2015, *Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 25–48.

*Dr hab. Anna Janiszewska, Uniwersytet Łódzki, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź;
e-mail: anna.janiszevska@geo.uni.lodz.pl*

Zarys treści

W krajach UE 28 obserwujemy od wielu lat starzenie się ludności. Jest to proces zróżnicowany przestrzennie. Powiększanie się odsetka ludzi starych nie pozostaje bez wpływu na sytuację zdrowotną społeczeństw. Wśród czynników wpływających na jakość życia ludzi starych, ich stan zdrowia jest elementem bardzo istotnym, związanym z potrzebą subiektywnego odczuwania satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i pełnienia aktywnego życia społecznego. Celem opracowania jest zaprezentowanie wybranych aspektów procesu starzenia się ludności krajów unijnych oraz wybranych aspektów zdrowotnej charakterystyki mieszkańców powyżej 65. roku życia w krajach unijnych.

Słowa kluczowe

Starzenie się ludności, stan zdrowia ludności, subiektywna ocena stanu zdrowia, kraje UE 28.

2.1. WPROWADZENIE

Starzenie się ludności to jeden z najważniejszych procesów demograficznych XXI wieku wywołujący nie tylko skutki demograficzne, ale także mający wymierne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Czynnikiem bezpośrednio wpływającymi na starzenie się ludności są przeszłe i bieżące trendy w zakresie rodności, umieralności (zwłaszcza w starszym wieku) oraz migracji (rys. 1). Pierwszy z nich jest związany ze stałym spadkiem poziomu płodności i rodności, co w konsekwencji przyczynia się do zmniejszenia udziału najmłodszej części społeczeństwa (starzenie od „podstawy piramidy wieku”). Społeczeństwa starzeją się także od „wierzchołka piramidy”, w wyniku zmniejszenia śmiertelności w starszych grupach wieku i wydłużanie się trwania życia obu subpopulacji ludzi. Trzecim bezpośrednim czynnikiem warunkującym proces starzenia są ruchy wędrownicze ludności. Jak wynika z badań, migrują głównie ludzie młodzi i obszary napływowe ulegają procesowi odmładzania populacji, natomiast regiony emigracyjne charakteryzuje znaczne przyspieszenie procesu starzenia się, prowadzące często do ich depopulacji. Zahamowanie fali napływu ludności, związane np. z nasyceciem rynku pracy, może za jakiś czas spowodować wzrost dynamiki starzenia się obszaru napływowego, o nie spotykanej wcześniej skali, gdyż osoby napływowe wejdą w wiek poprodukcyjny. Dodatkowym elementem wpływającym na starzenie się populacji jest zwiększające się natężenie migracji osób w starszym wieku. Obszary napływowe o atrakcyjnych walorach krajobrazowych czy klimatycznych stają się docelowym miejscem ludzi starszych i stąd ich udział w ludności tych obszarów znacząco wzrasta. Literatura dotycząca starzenia się ludności, przyczyn i skutków tego procesu jest bardzo bogata (Okólski 1990, 2005; Długosz 1996; Grundy 1996; Golini 1997; King, Warnes, Williams 1998; Kurek 1998; Kotowska 1999; Szukalski 1998, 2004, 2006; King, Jackson 2000; Dyson 2001; Kinsella, Velkoff 2001; Mirkin, Weiberge 2001; Frąckiewicz 2002; Frątczak 2002; Avramov, Maskova 2003; Eurostat 2004; Reher 2004; Kinsella, Philips 2005; Długosz, Kurek 2006; Kowaleski 2008; Długosz, Kurek, Kwiatek-Sołtys 2011; Nowak-Far 2011; Błędowski 2014; Walker 2014).

Starość i starzenie się to pojęcia, które nie zostały jeszcze jednoznacznie zdefiniowane ani przez nauki społeczne ani biologiczne. Pierwsze z tych pojęć traktowane jest jako zjawisko, faza życiowa, drugie natomiast jest procesem. Starość jako etap, stan w życiu człowieka ma charakter statyczny, natomiast starzenie się, traktowane jako proces rozwojowy, jest zjawiskiem dynamicznym. Starzenie się w ujęciu biologicznym zdefiniować można jako stopniowe zmniejszenie rezerwy

czynnościowej narządów, które zmniejszają możliwość zachowania równowagi ustrojowej. Jest to proces ciągły i nieodwracalny, przebiegający etapami. Najpierw następuje etap starzenia się społecznego, rozumiany jako faza życia, w której ustaje aktywność zawodowa jednostki i przestaje ona pełnić role zawodowe. Najczęściej wyróżnia się cztery okresy starości: 60–69 lat – wiek początkowej starości; 70–74 lata – wiek przejściowy między początkową starością a wiekiem ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej; 75–84 lata – wiek zaawansowanej starości; 85 lat i więcej – niedołączna starość. Inną klasyfikacją stosowaną do okresu starości jest podział tej fazy życia na dwa podokresy: wczesną starość (określaną także jako wiek podeszły, „młodszy starzy”) obejmującą wiek 60–74 lata oraz późną starość (starość właściwa, „starsi starzy”), obejmującą wiek 75–89 lat. Wyodrębnia się również kategorię osób długowiecznych w wieku 90 lat i więcej jako kategorię o szczególnych cechach biologicznych i dziedzicznej predyspozycji do długiego życia (Golinowska i in. 1999).

Demografowie proces starzenia się ludności definiują jako wzrost odsetka ludzi powyżej 60. (granica używana na kontynencie europejskim) lub 65. roku życia (proponowane ONZ, akceptowane w USA i Wielkiej Brytanii). Starzenie się ludności jest konsekwencją zmiany reżimu reprodukcji (odtworzenia się) ludności: od reprodukcji rozrzućnej, odznaczającej się wysokim natężeniem urodzeń i zgonów, do reprodukcji oszczędnej z niską rodnością i umieralnością. Powyższe przemiany ujęte są w syntetyczny sposób w koncepcji przejścia demograficznego i towarzyszących temu przejściu dwóch innych, długookresowych zmian — przejściu epidemiologicznemu i przejściu zdrowotnemu (Szukalski 2008).



Rys. 1. Czynniki wpływające na starzenie się ludności

Źródło: opracowanie własne

Za podstawowe cechy starości uważa się postępujące ograniczenie samodzielności życiowej, znaczny spadek zdolności adaptacyjnych człowieka w wymiarze biologicznym, psychospołecznym oraz stopniowe nasilenie się zależności od otoczenia. Starość jest okresem, w którym pogorszeniu ulega stan zdrowia jednostki, dlatego też jedną z ról społecznych, jakie pełnią osoby starsze, jest rola

chorego (Pierzchalska, Klag 2008). Zmiany sytuacji zdrowotnej ludzi starych wpływają w oczywisty sposób na ich jakość życia.

Jeżeli jakość życia rozumiemy jako subiektywne poczucie zaspokojenia potrzeb, to należy stwierdzić, że w przypadku ludzi starych rozpatrując to pojęcie powinno uwzględniać się pewne specyficzne dla tej grupy wiekowej problemy społeczne, które nie dotyczą osób będących na wcześniejszych etapach życia. W analizie jakości życia ludzi starych należy odnieść się do czterech podstawowych kategorii: komunikacji (społecznej), zdrowia, autonomii i korzystania z usług instytucji (Lauder 1998).

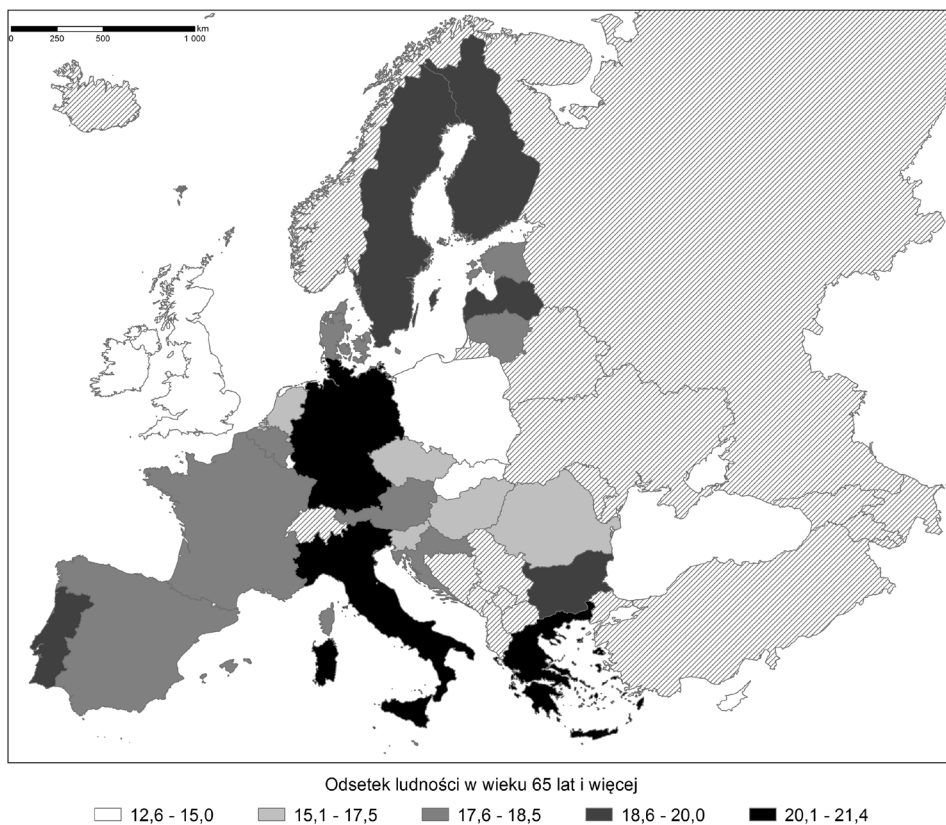
Artykuł podejmuje problematykę jakości życia ludzi starych (w wieku 65 lat i więcej) w aspekcie ich stanu zdrowia. Analiza objęła mieszkańców krajów UE 28, ponieważ pod względem zaawansowania procesu starzenia się ludności Europa jest kontynentem o największym jego poziomie. W opracowaniu zaprezentowano wybrane aspekty procesu starzenia się ludności krajów unijnych. Zdrowotną charakterystykę mieszkańców powyżej 65. roku życia w krajach unijnych przedstawiono uwzględniając długość życia, długość życia w zdrowiu, a także subiektywną ocenę stanu ich zdrowia.

2.2. STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI W KRAJACH UE 28

Miarą obrazującą poziom starzenia się ludności jest udział osób starych (65 lat i więcej) w całej populacji. Odsetek ludzi starych w Unii rośnie, w latach 2004–2014 wzrósł nieco ponad 2%. Największe przyrosty względne osób 65+ odnotowały w tym okresie Malta (4,9%), Finlandia (3,8%), Holandia (3,5%), Czechy (3,4%) i Dania (3,3%). W 2014 roku krajami „najstarszymi demograficznie”, w których więcej niż co piąty mieszkaniec miał 65 lat i więcej były Włochy (21,4%), Niemcy (20,9%) i Grecja (20,5%). Najmniejsze udziały osób starych w całej populacji zaobserwowano w Irlandii (12,6%) i Słowacji (13,5%) – rys. 2. Według prognozy sporządzonej przez Eurostat udział osób starych w 2050 roku przekroczy 30% w sześciu krajach unijnych. Będą to Portugalia (34,6%), Grecja (33,9%), Hiszpania (33,4%), Niemcy (31,8%), Słowacja (31,0%) i Bułgaria (30,1%). W Polsce udział osób 65+ zbliży się do 30%. Prognozy zakładają, że do grupy państw o zaawansowanym procesie starzenia się ludności (Niemcy, Włochy, Grecja) dołączą nowe kraje, które wcześniej uznawane były, w skali europejskiej, jako społeczeństwa „młodsze” demograficznie (jak np. Słowacja i Polska).

Poziom starzenia demograficznego w krajach unijnych mierzony indeksem starości demograficznej (ISD) wskazuje na znaczny stopień zaawansowania tego procesu. Wartości ISD, które wyrażają relację pomiędzy ludnością w wieku 65 lat i więcej a ludnością w wieku 0–14 lat już w 2004 roku osiągnęły wartość 100, co oznaczało równowagę liczebną pomiędzy tymi grupami. Od 2005 roku wartości indeksu starości demograficznej dla ludności UE były już większe niż

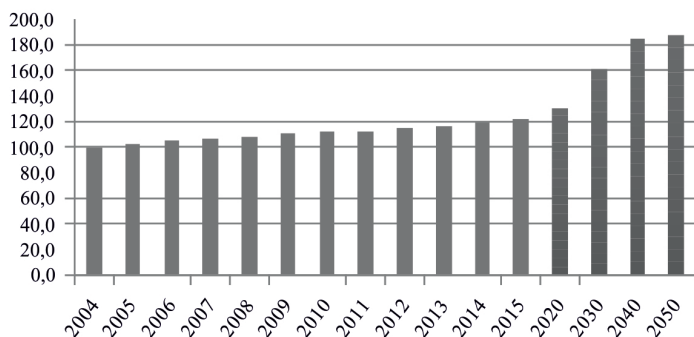
100. Prognoza demograficzna zakłada, że w 2050 roku liczba ludzi starych będzie blisko dwukrotnie wyższa niż dzieci i młodzieży (rys. 3). Wśród krajów Unii w 2014 roku tylko w siedmiu z nich liczba dzieci i młodzieży była większa niż liczba ludzi starych, należały do nich: Irlandia, Cypr, Luksemburg, Słowacja, Wielka Brytania, Francja i Polska. W pozostałych krajach ISD osiągnęło wartości od 102 w Holandii do 158 w Niemczech¹.



Rys. 2. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w krajach UE 28 w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

¹ Wyższą wartość ISD w 2014 roku odnotowała tylko Japonia – indeks starości demograficznej wyniósł 199 (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics:-population-estimates-and-projections#>).



Rys. 3. Wartości indeksu starości demograficznej w UE 28 w latach 2004–2015 i prognozowany dla lat 2020–2050

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Jednym z czynników sprawczych wpływających bezpośrednio na starzenie się społeczeństw jest spadek poziomu płodności i rodności². Jedną z miar opisujących przemianę w obszarze rodności jest współczynnik dzietności ogółem³ (TFR). Wartości tego współczynnika we wszystkich krajach UE 28 w 2014 roku nie przekroczyły 2,1 dziecka na kobietę, co gwarantowałoby zastępowalność pokoleń. Najbliżej tych wartości były Francja (2,01), Irlandia (1,94), Szwecja (1,88) i Wielka Brytania (1,81). Najmniejsza dzietność wystąpiła w Portugalii (1,23), w Grecji (1,30), na Cyprze (1,31), w Hiszpanii i w Polsce (po 1,32)⁴. Dzietność na tak niskim poziomie przez wiele lat przyczyni się do: po pierwsze, zmniejszenia całkowitej populacji, po drugie, zmiany struktury demograficznej – kolejne pokolenia dzieci są bowiem o wiele mniej liczne od pokoleń ich rodziców.

² Zachodzące współcześnie przemiany demograficzne dotyczą m.in. obszarów małżeńskości i rozrodczości. Zmiany modelu formowania się i rozpadu małżeństw oraz idące z nimi w parze przeobrażenia w sferze zachowań prokreacyjnych zaczęły się w latach 60. XX wieku w wielu rozwiniętych krajach europejskich. Polska dołączyła do tych przemian trzydzieści lat później. Opisem wspomnianych zmian zajmuje się drugie przejście demograficzne. Według jednego z autorów tej koncepcji D. van de Kaa (1994), zmiany zachowań demograficznych obszaru małżeńskości i rozrodczości to wynik wpływu wielu czynników o charakterze społeczno-gospodarczym, politycznym, światopoglądowym oraz technologicznym.

³ Współczynnik dzietności ogółem oznacza liczbę dzieci, którą urodziłaby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15–49 lat) przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną w badanym roku, tzn. przy przyjęciu cząstkowych współczynników płodności z tego okresu za niezmiennicze (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-kobiet-w-polsce-w-latach-2004-2009,9,1.html>).

⁴ <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Wpływ umieralności na stopień i tempo starzenia się ludności może być dwojakiego rodzaju. W przypadku zwiększania się przeciętnej długości życia i zmniejszenia natężenia zgonów w starszych grupach wieku następuje starzenie się od wierzchołka piramidy wieku, powodujące zwiększanie się liczebności i udziałów roczników najstarszych. W społeczeństwach rozwiniętych oddziaływanie umieralności na starzenie się ludności odbywa się głównie poprzez zmniejszanie natężenia zgonów w starszych grupach wieku. Z drugiej strony, ukształtowana struktura wieku ludności o znamionach starości demograficznej „generuje” wysoki poziom umieralności w porównaniu z młodymi populacjami wskutek większego prawdopodobieństwa zgonów wśród osób starszych (Kurek 2008).

Jedną z konsekwencji starzenia się ludności są zmiany obciążenia demograficznego osób w wieku produkcyjnym dziećmi i młodzieżą oraz ludźmi starymi. Zdecydowana większość krajów UE odnotowała w latach 2004–2014 przyrost obciążenia ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym (tab. 1). Tylko na Cyprze, w Luksemburgu i w Polsce zaznaczył się spadek wartości ogólnego współczynnika i był to wynik w większym stopniu zmian obciążenia ludzi w wieku 15–64 lata dziećmi i młodzieżą (zmniejszenie) niż obciążenia ludźmi starymi (gdzie odnotowano wzrost). W pozostałych 22 krajach (w Chorwacji nie zaobserwowano zmian) obciążenie ogólne wzrosło, głównie w wyniku wzrostu *old dependency ratio* (największy wzrost na Malcie – 7,4 i w Finlandii – 6,9).

Wśród krajów unijnych obciążenie ludności w wieku produkcyjnym ludźmi starymi w 2014 roku było największe we Włoszech, Grecji i Niemczech, na 100 osób w wieku produkcyjnym tych krajów przypadało adekwatnie 33,1, 31,6 i 31,5 osób w wieku 65 i więcej lat. W najmniejszym stopniu ludność w wieku 15–64 lata była obciążona osobami starszymi w Słowacji, Irlandii i na Cyprze, gdzie odnotowano najmniejsze wartości współczynnika *old dependency ratio*.

Tabela 1

Wartość współczynników obciążenia demograficznego w krajach UE 28 w 2014 roku i jego zmiany w latach 2004–2014

Kraje	Współczynniki obciążenia demograficznego					
	dziećmi i młodzieżą		ludźmi starymi		ogółem	
	wartość	przyrost/ ubytek (2004– 2014)	wartość	przyrost/ ubytek (2004– 2014)	wartość	przyrost/ ubytek (2004– 2014)
UE 28	23,7	–0,8	28,1	3,8	51,8	3,1
Belgia	26,1	–0,3	27,3	1,2	53,4	0,9
Bułgaria	20,6	0,1	29,3	4,2	50,0	4,3
Czechy	22,2	0,7	25,7	6,0	47,9	6,7

Tabela 1 (cd.)

Kraje	Współczynniki obciążenia demograficznego					
	dziećmi i młodzieżą		ludźmi starymi		ogółem	
	wartość	przyrost/ ubytek (2004– 2014)	wartość	przyrost/ ubytek (2004– 2014)	wartość	przyrost/ ubytek (2004– 2014)
Dania	26,7	–1,8	28,3	5,8	54,9	3,9
Niemcy	19,9	–1,9	31,5	4,8	51,4	2,9
Estonia	24,0	0,7	27,9	4,1	51,9	4,8
Irlandia	33,6	2,9	19,3	3,0	52,9	5,8
Grecja	22,6	–0,3	31,6	4,5	54,2	4,2
Hiszpania	22,8	1,7	27,2	2,8	50,0	4,5
Francja	29,3	0,4	28,4	3,5	57,6	3,8
Chorwacja	22,1	–2,1	27,6	2,0	49,7	0,0
Włochy	21,5	0,3	33,1	4,3	54,6	4,5
Cypr	23,3	–6,8	19,9	2,3	43,1	–4,6
Łotwa	22,2	–0,5	28,8	5,0	51,0	4,5
Litwa	21,8	–4,5	27,5	4,5	49,4	0,1
Luksemburg	24,4	–3,4	20,4	–0,4	44,7	–3,9
Węgry	21,2	–1,9	25,8	3,2	47,0	1,3
Malta	21,2	–5,3	26,4	7,4	47,6	2,1
Holandia	25,8	–1,6	26,4	5,9	52,2	4,3
Austria	21,3	–2,7	27,2	4,5	48,4	1,7
Polska	21,5	–3,2	21,2	2,6	42,7	–0,6
Portugalia	22,3	–1,6	30,3	5,0	52,5	3,3
Rumunia	22,8	–2,8	24,3	3,6	47,1	0,8
Słowenia	21,5	0,7	25,7	4,3	47,2	5,1
Słowacja	21,5	–3,3	19,0	2,7	40,6	–0,5
Finlandia	25,6	–0,8	30,2	6,9	55,8	6,1
Szwecja	26,9	–0,5	30,6	4,2	57,4	3,6
Wielka Brytania	27,2	–0,7	27,0	2,8	54,2	2,1

Źródło: Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

2.3. STAN ZDROWIA OSÓB 65+ W KRAJACH UNIJNYCH I JEGO SUBIEKTYWNA OCENA

W wydanych, w ostatnich dwóch dekadach, dokumentach międzynarodowych (np. opublikowane przez WHO: *Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku* 1984; *Karta Ottawska* 1986; *Światowa Deklaracja Zdrowia* 1998; *ŚOZ – Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* 1999) podkreśla się, że zdrowie jest:

- wartością dla jednostki – warunkiem wstępnym dla dobrego samopoczucia i odpowiedniej jakości życia (rozumianej jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, umożliwiające większą wydajność w pracy i lepsze zarobki oraz satysfakcję z życia),
- podstawowym prawem każdego człowieka,
- zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa – tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się,
- podstawą zrównoważonego rozwoju społecznego i gospodarczego Państwa (dobre zdrowie obywateli).

W krajach rozwiniętych gospodarczo starość wpisana jest w społeczno-ekologiczny model zdrowia, którego celem jest ocena globalnej jakości życia, łącząca medyczne, psychospołeczne i kulturowe jego aspekty. Podnoszenie standardu życia ludzi starszych stało się kluczowym projektem starzejących się społeczeństw cywilizacji zachodniej (Czarnecka 2004). Podejmowane są działania zmierzające do podnoszenia jakości życia ludzi starych w różnych sferach życia. Według M. Gałuszki (2006) występuje wielu obszarów refleksji i działań na rzecz poprawy jakości życia ludzi starszych. Zalicza do nich:

- rekomendacje zintegrowanej polityki społecznej i zdrowotnej, dla której zdrowie ludzi starszych stało się celem,
- wzrost standardu opieki medycznej i powstawanie wysoko specjalistycznych procedur usług medycznych dla ludzi starszych,
- dynamiczny rozwój rynku usług i produktów „populacji siwych” i wzrost zasobów finansowych seniorów,
- wypracowanie przez kulturę i media masowe nowego wizerunku starości akcentującego witalność i możliwości konsumpcyjne seniorów,
- tworzenie nowych regulacji prawnych broniących interesów populacji ludzi starszych,
- podejmowanie badań naukowych i pogłębionych refleksji etyczno-religijnych;
- formułowanie różnych systemów ewaluacji jakości życia seniorów i związanych z tą oceną procedur wsparcia instytucjonalnego.

W Strategii *Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* Światowej Organizacji Zdrowia dla Regionu Europejskiego określającej kierunki polityki zdrowotnej, pojawiają się wielowymiarowe ujęcia zdrowia odniesione także do

ludzi starszych. Podkreśla się potrzebę subiektywnego odczuwania satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i pełnienia aktywnego życia społecznego. Obiektywne wskaźniki pokazują kierunki pożądaných zmian i nałożone cele: „Wzrost przynajmniej o 20% oczekiwanej długości życia oraz wydłużenie oczekiwanego życia bez niepełnosprawności do 65 lat” oraz wzrost „przynajmniej o 50% odsetka ludzi w wieku 80 lat cieszących się takim poziomem zdrowia w otoczeniu domowym, który pozwala na zachowanie samodzielności, poczucia własnej godności i swojego miejsca w społeczeństwie” (*Zdrowie...* 2001, s. 75).

Biorąc pod uwagę przeciętną długość trwania życia, jako ogólny wskaźnik zdrowia społeczeństw, należy podkreślić, że jest ona zróżnicowana ze względu na płeć. Długość życia kobiet jest dłuższa o kilka lat we wszystkich krajach Europy i w zdecydowanej większości pozostałych krajów świata⁵. W całej Unii dystans między długością życia kobiet i mężczyzn wyniósł w 2014 roku ponad 4 lata (tab. 2). Najdłuższe trwanie życia w przypadku mężczyzn wystąpiło na Cyprze (80,9 lat), a największa długość życia kobiet we Francji (86 lat). Najkrócej, według tablic trwania życia, żyli mężczyźni na Łotwie (69,1 lat) i kobiety w Bułgarii (78,0 lat). W Polsce wartości trwania życia zarówno mężczyzn (73,7 lat), jak i kobiet (81,7 lat) były niższe od średniej unijnej. Wśród krajów unijnych największe różnice w długości życia obu subpopulacji reprezentowały kraje nadbałtyckie – Litwa (10,9 roku), Łotwa (10,3 roku) i Estonia (9,5 roku), zaś najmniejsze były w Holandii (3,5 roku). Tak wysokie różnice w długości życia pomiędzy kobietami i mężczyznami w krajach postradzieckich to wynik największego w Europie poziomu nadumieralności mężczyzn. Główną grupą chorób powodującą tak duże różnice była nadumieralność z powodu zewnętrznych przyczyn, urazów i zatruc. O ile w przypadku wczesnej nadumieralności mężczyzn występowała ich wyraźna dominacja, o tyle w przypadku późnej znaczenia nabierały także nadumieralność z powodu chorób układu krążenia i nowotworów (Michalski 2010, 2012).

Nieco inaczej kształtowały się wśród krajów UE 28 wartości długości życia osób odmiennej płci powyżej 65. roku życia. Najkrótsza przewidywana długość życia osób starych wystąpiła w Bułgarii (mężczyźni – 14,1 lat, kobiety – 17,6 lat), a najlepsza sytuacja była we Francji, gdzie dla obu subpopulacji seniorów trwanie długości życia było największe (mężczyźni – 19,7 lat, kobiety – 24,0 lat). Różnice w długości trwania życia pomiędzy mężczyznami i kobietami w wieku 65+ były także największe w krajach nadbałtyckich, dla Litwy, Łotwy i Estonii – wyniosły po 5,2 roku. Najmniejsza rozbieżność w długości trwania życia osób w wieku podeszłym wystąpiła w 2014 roku na Cyprze i w Wielkiej Brytanii – różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami wyniosły po 2,5 roku (tab. 2).

⁵ Tylko w Mali i Suazi trwanie życia mężczyzn było dłuższe niż kobiet, w Mali o 0,4 roku, w Suazi o 0,2 roku (*Demographic Yearbook*, 2014, <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2014.htm>).

Tabela 2

Przeciętne trwanie życia mieszkańców UE 28 w 2014 roku

Kraj	Przeciętne trwanie życia noworodka		Przeciętne trwanie życia w wieku 65 lat i więcej	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
UE 28	78,1	83,6	18,2	21,6
Belgia	78,8	83,9	18,4	21,9
Bułgaria	71,1	78,0	14,1	17,6
Czechy	75,8	82,0	16,1	19,8
Dania	78,7	82,8	18,1	20,8
Niemcy	78,7	83,6	18,2	21,4
Estonia	72,4	81,9	15,2	20,4
Irlandia	79,3	83,5	18,4	21,1
Grecja	78,9	84,1	18,8	21,6
Hiszpania	80,4	86,2	19,3	23,5
Francja	79,5	86,0	19,7	24,0
Chorwacja	74,7	81,0	15,5	19,1
Włochy	80,7	85,6	19,2	22,8
Cypr	80,9	84,7	18,9	21,4
Łotwa	69,1	79,4	13,8	19,0
Litwa	69,2	80,1	14,3	19,5
Luksemburg	79,4	85,2	18,4	22,7
Węgry	72,3	79,4	14,6	18,6
Malta	79,8	84,2	18,6	21,7
Holandia	80,0	83,5	18,6	21,4
Austria	79,1	84,0	18,5	21,8
Polska	73,7	81,7	15,9	20,4
Portugalia	78,0	84,4	18,1	21,9
Rumunia	71,4	78,7	14,7	18,1
Słowenia	78,2	84,1	17,7	21,6
Słowacja	73,3	80,5	15,1	19,1
Finlandia	78,4	84,1	18,2	21,7
Szwecja	80,4	84,2	18,9	21,6
Wielka Brytania	79,5	83,2	18,8	21,3

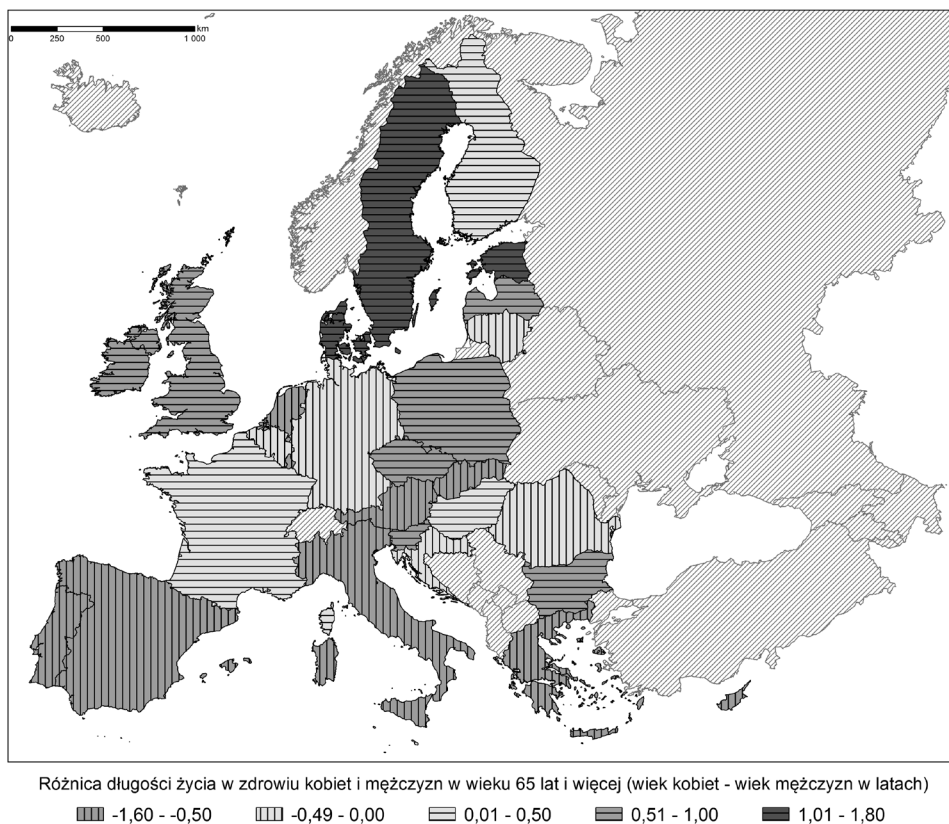
Źródło: Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka jest szeroko używanym wskaźnikiem stanu zdrowia populacji, jednak jej znajomość nie pozwala wyciągnąć wniosków na temat jakości życia (Burzyńska i in. 2010). Nowe mierniki zdrowia wykraczające poza negatywne wskaźniki dotyczące umieralności i trwania życia, obejmują także inne wymiary stanu zdrowia i jakości życia powiązanej ze zdrowiem. Nazywane są one sumarycznymi miarami stanu zdrowia (*summary measures of population health*). Wskaźniki te można podzielić na dwie zasadnicze grupy: miary oczekiwanego zdrowia i miary braku zdrowia. Pierwsza grupa pozwala na określenie lat życia przeżytych w pełnym zdrowiu oraz lat przeżytych z pewnymi dysfunkcjami i niesprawnością jako równoważnik tych pierwszych (Wróblewska 2008). Należą do nich m.in.:

- oczekiwana długość życia bez niesprawności (*Disability Free Life Expectancy* – DFLE)/oczekiwane lata życia w zdrowiu (*Healthy Life Years* – HLY),
- oczekiwana długość trwania życia skorygowana jakością (*Qualityadjusted Life Expectancy* – QALE),
- oczekiwana długość trwania życia w aktywności (*Active Life Expectance* – ALE),
- oczekiwana długość trwania życia bez chorób przewlekłych,
- oczekiwana długość trwania życia skorygowana ze względu na niesprawność (*Disability-adjusted Life Expectancy* – DALE)/oczekiwana długość życia skorygowana ze względu na stan zdrowia (*Healthy Life Expectancy* – HALE).

Oczekiwana długość życia bez niesprawności (DFLE) została zaproponowana jako jeden ze wskaźników monitorujących stan zdrowia w krajach europejskich, a w roku 1993 Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju włączyła tę miarę do wskaźników zdrowia liczonych dla krajów OECD. Od 2004 roku wskaźniki te publikowane są pod nazwą „lata życia w zdrowiu” (HLY) i opracowywane są przez Eurostat dla krajów Unii Europejskiej (Wróblewska 2008). Wskaźnik lat zdrowego życia określa dwie cechy populacji – długość życia i jakość życia – w odniesieniu do zdrowia. Wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu opracowano na podstawie obserwacji, że nie wszystkie lata określane przez oczekiwaną długość życia są przeżywane w pełnym zdrowiu. To, że daną populację cechuje wysoki współczynnik oczekiwanej długości życia, nie znaczy, że populacja ta jest zdrowa.

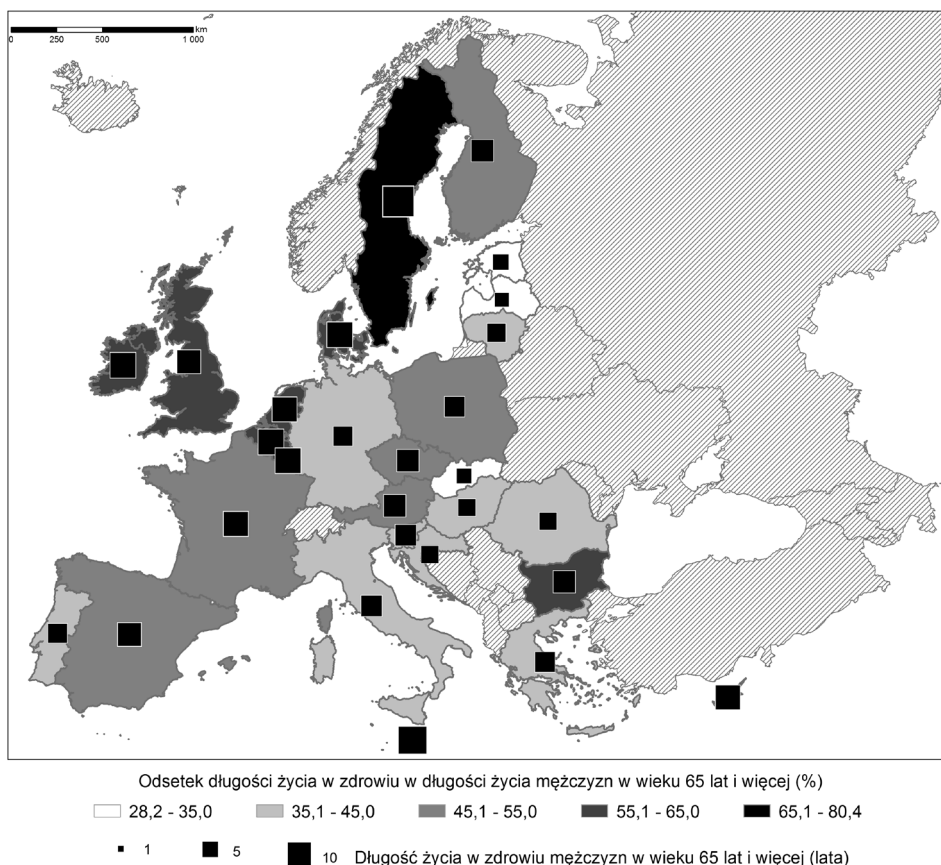
Jak wcześniej pisano, przeciętne trwanie życia kobiet jest dłuższe niż mężczyzn we wszystkich krajach unijnych, zarówno w chwili urodzenia, jak i w wieku 65 lat i więcej. Długość życia w zdrowiu mieszkańców Unii powyżej 65. roku życia jest w większym stopniu zróżnicowana przestrzennie. Bowiem w 13 krajach UE mężczyźni cieszą się dłuższym życiem w zdrowiu niż kobiety, w Belgii i Litwie nie ma żadnej różnicy, a w pozostałych krajach (13) to kobiety żyją dłużej w zdrowiu (rys. 4). Największa przewaga w długości życia w zdrowiu osób powyżej 65. roku życia na korzyść mężczyzn wystąpiła na Cyprze (1,6 roku) i w Portugalii (1,3 roku), a w przypadku kobiet były to Dania (1,8 roku) i Szwecja (1,5 roku).



Rys. 4. Różnica długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat i więcej w krajach UE 28 w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Na jakość życia osób starszych wpływa ich stan zdrowia, czyli długość życia w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. W tym przypadku dywersyfikacja przestrzenna w krajach Unii w 2014 roku była bardzo duża. Największym odsetkiem długości życia w zdrowiu w długości życia osób w wieku 65 lat i więcej mogli poszczycić się Szwedzi (80,4%) i Szwedki (77,3%). Z danych Eurostatu wynika, że najgorszy stan zdrowia osób starych występuje w Słowacji, ponieważ długość życia w zdrowiu stanowiła zaledwie 19% długości życia kobiet i 28,2% mężczyzn powyżej 65. roku życia (rys. 5, 6).



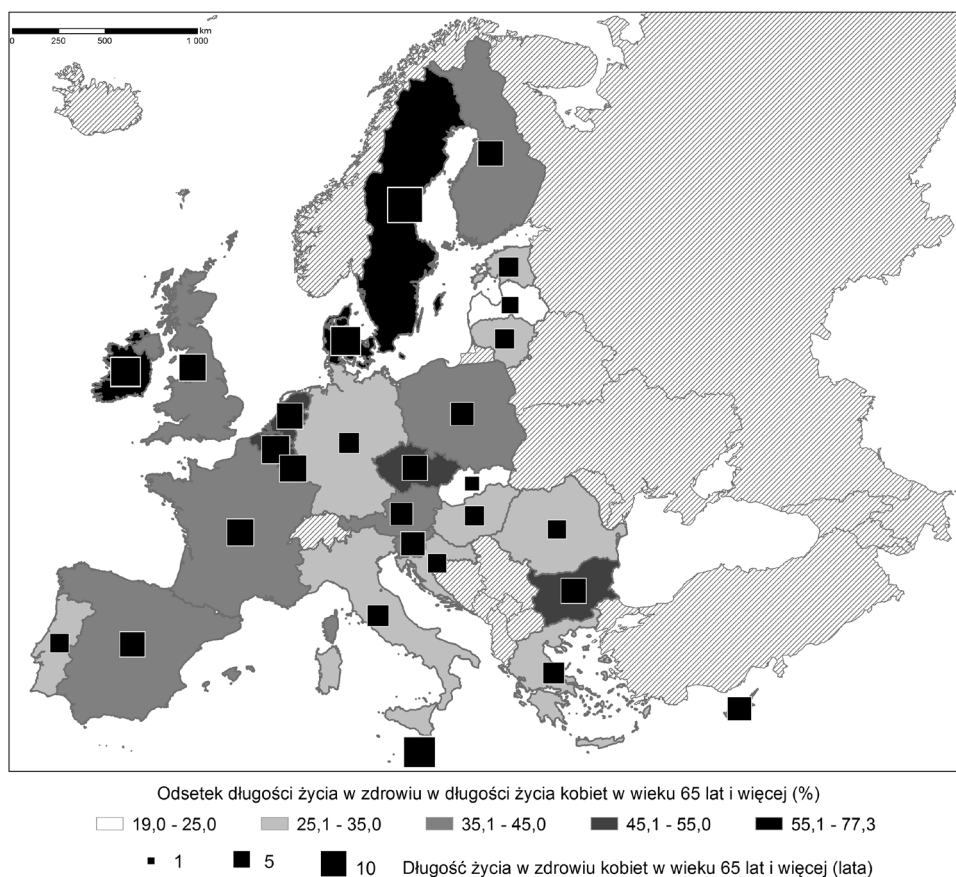
Rys. 5. Długość życia w zdrowiu mężczyzn w wieku 65 lat i więcej w krajach UE 28 w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

W ramach systemu statystycznego służącego do monitorowania zdrowia ludności krajów unijnych przeprowadzane są *European Health Interview Survey* (EHIS)⁶. Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia z 2014 roku obejmowało cztery obszary tematyczne:

⁶ Realizacja badania stanowiła wykonanie zadań określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy Nr 1338/2008. Eurostat przygotował jednolite narzędzia badawcze (tj. treść pytań i warianty odpowiedzi) oraz wytyczne dotyczące wymagań, jakie powinno spełnić każde badanie krajowe. Zadaniem krajów członkowskich było natomiast opracowanie wersji narodowych poszczególnych modułów oraz ich wdrożenie zgodnie z określonym harmonogramem, z zachowaniem zaleceń metodologicznych i logistyki organizacji badania (*Stan zdrowia ludności Polski 2009, 2011, GUS, Warszawa*).

- stan zdrowia (samoocena stanu zdrowia, choroby przewlekłe, ograniczenia w funkcjonowaniu i ich wpływ na życie codzienne, wypadki, samopoczucie psychiczne),
- opieka zdrowotna (korzystanie z opieki medycznej, stosowanie leków, profilaktyka),
- determinanty zdrowia (głównie styl życia),
- charakterystyka demograficzno-społeczna osób i gospodarstw domowych.

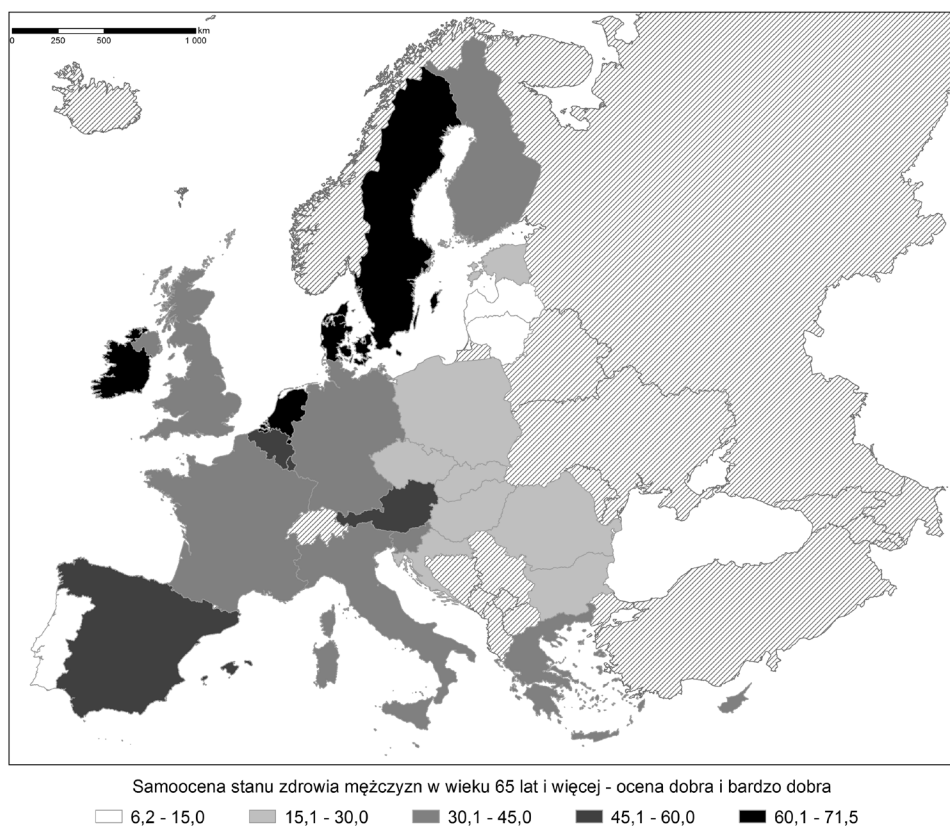


Rys. 6. Długość życia w zdrowiu kobiet w wieku 65 lat i więcej w krajach UE 28 w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

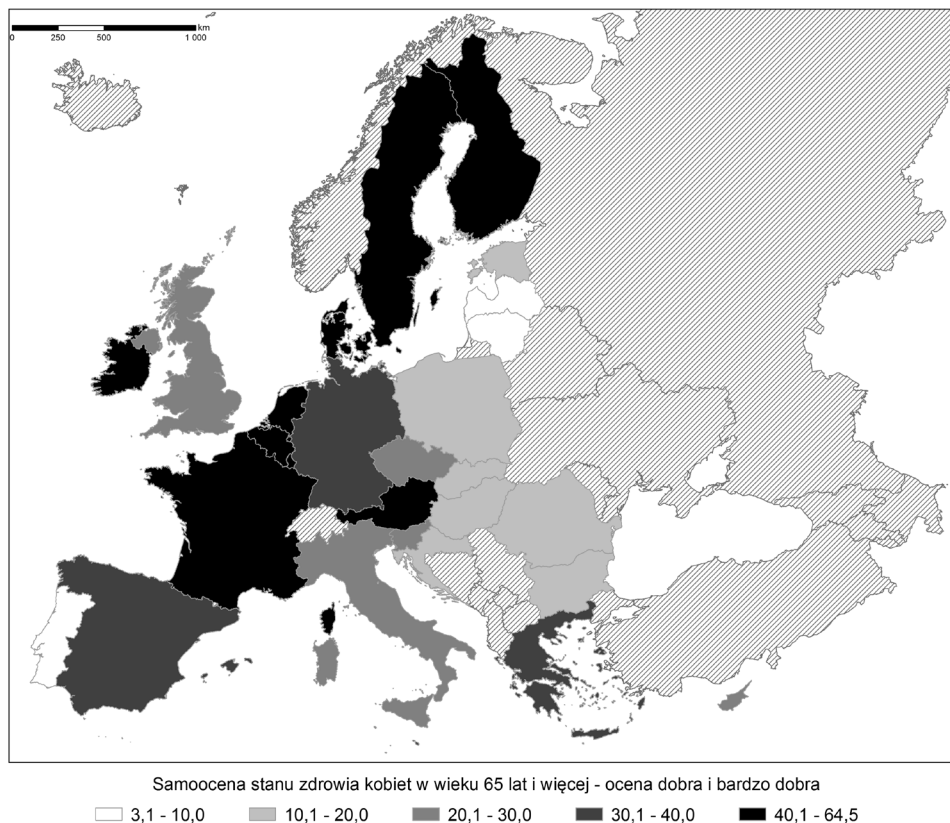
Mieszkańcy Unii, dokonując subiektywnej oceny stanu swojego zdrowia, mieli możliwość dokonania wyboru z pięciu możliwych alternatyw (oceny: bardzo dobra, dobra, średnia, zła i bardzo zła). Samoocena stanu zdrowia była

zróznicowana przede wszystkim ze względu na płeć respondentów biorących udział w EHIS. W całej Unii lepiej swój stan zdrowia oceniali mężczyźni, ponad 41% z nich określiło, że jest on dobry lub bardzo dobry, podczas gdy mieszkanki krajów unijnych wystawiły mniej takich ocen o blisko 7%. Więcej ocen pozytywnych swojego stanu zdrowia ze strony mężczyzn odnotowano we wszystkich krajach unijnych z wyjątkiem Wielkiej Brytanii (więcej ocen pozytywnych ze strony kobiet), choć tu różnica nie była duża – wyniosła 1,6%. Największy dysonans w subiektywnych ocenach stanu zdrowia pomiędzy mężczyznami i kobietami wystąpił na Cyprze (14,2%), w Hiszpanii (13,0%) i w Rumunii (10,5%), a najmniej w Finlandii (0,9%) – rys. 7, 8.



Rys. 7. Subiektywna ocena stanu zdrowia mężczyzn w wieku 65 lat i więcej w krajach UE 28 w 2014 roku – ocena dobra i bardzo dobra (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>



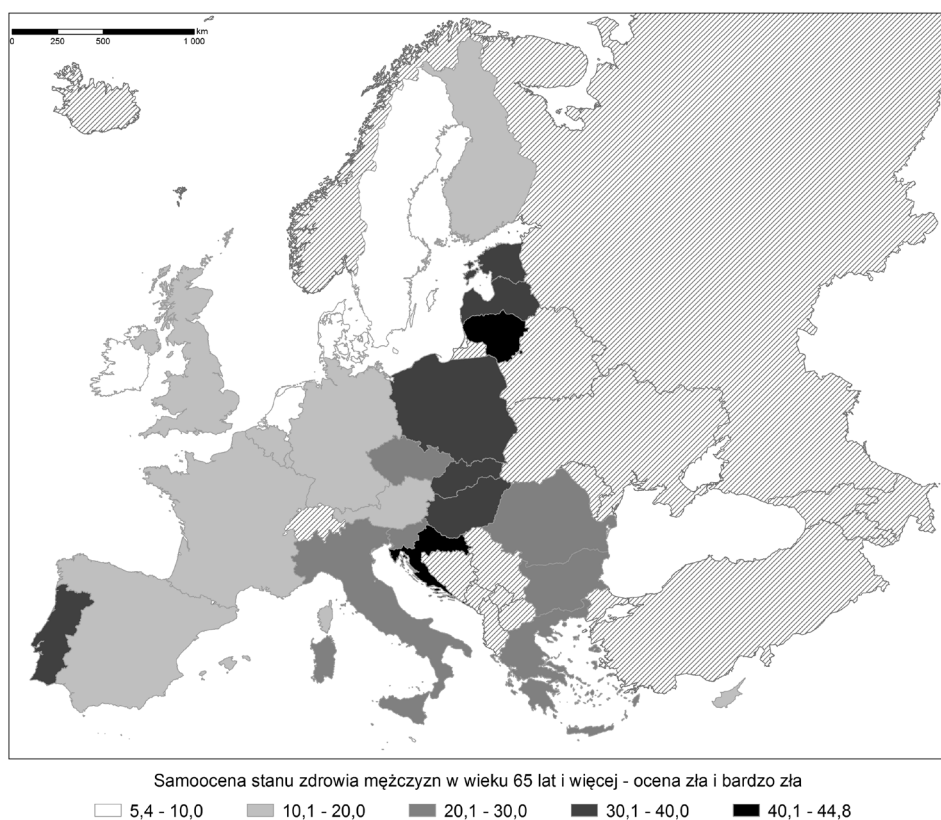
Rys. 8. Subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet w wieku 65 lat i więcej w krajach UE 28 w 2014 roku – ocena dobra i bardzo dobra (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Najlepiej swój stan zdrowia oceniali mieszkańcy Szwecji (zarówno mężczyźni jak i kobiety), ponad 71% Szwedów i 64% Szwedek oceniło stan swojego zdrowia jako dobry i bardzo dobry. Bardzo wysokie subiektywne oceny stanu zdrowia odnotowano także w Holandii, Irlandii i Danii. Krajami, w których był najmniejszy odsetek osób oceniających wysoko swój stan zdrowia były Litwa i Łotwa. Wśród mieszkańców Litwy udział ocen dobrych i bardzo dobrych swojego stanu zdrowia wyniósł dla mężczyzn – 6,2%, dla kobiet – 3,1%, na Łotwie wartości te były nieznacznie wyższe, adekwatnie: 8,9% i 8%. W Polsce zadowolenie ze stanu swojego zdrowia osób 65+ także nie było wysokie, o czym świadczą odsetki przypisanych ocen dobrych i bardzo dobrych – 18,5% mężczyźni i 13,1% kobiety.

Różnice pomiędzy płciami w wyrażaniu zdania na temat swojego stanu zdrowia osób starych ujawniły się również przy ocenach negatywnych, w tym przy-

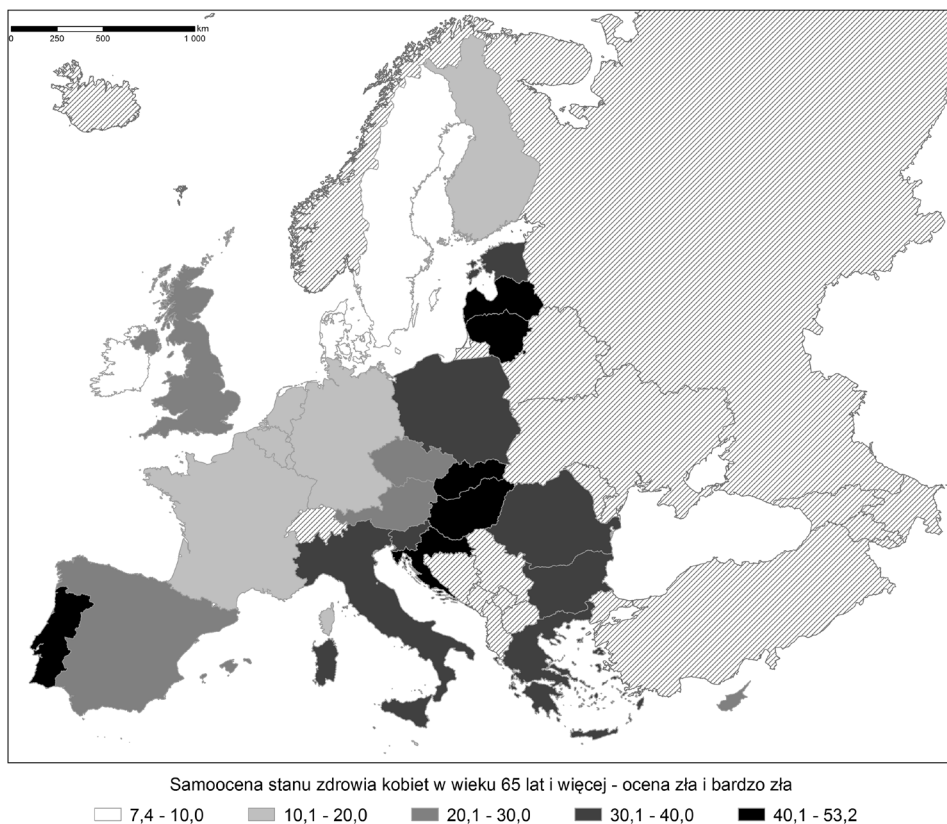
padku więcej takich ocen przypisywały kobiety. Wśród mężczyzn Unii Europejskiej zarejestrowano blisko 20% złych i bardzo złych ocen stanu zdrowia, a po stronie kobiet było to ponad 24%. Najgorzej ocenili swoje zdrowie Chorwaci i Litwini (rys. 9, 10). Ponad połowa ankietowanych Chorwatek i Litwinek oraz ponad 40% mężczyzn z tych krajów oceniło negatywnie stan swojego zdrowia. Najmniej ocen negatywnych swojej kondycji zdrowotnej przydzielili Szwedzi, Irlandczycy, Holendrzy i Duńczycy, którzy jednocześnie, o czym pisano wyżej, wystawili najlepsze oceny swojego stanu zdrowia.



Rys. 9. Subiektywna ocena stanu zdrowia mężczyzn w wieku 65 lat i więcej w krajach UE 28 w 2014 roku – ocena zła i bardzo zła (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Odmienne postawy mężczyzn i kobiet wobec postrzegania swojej kondycji zdrowotnej wystąpiły we wszystkich krajach Unii, z wyjątkiem Wielkiej Brytanii, gdzie to kobiety przypisały mniej ocen negatywnych, ale różnica była niewielka



Rys. 10. Subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet w wieku 65 lat i więcej w krajach UE 28 w 2014 roku – ocena zła i bardzo zła (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

i wyniosła zaledwie 0,5%. Największe dysproporcje płciowe w wyrażaniu opinii dotyczących postaw wobec zdrowia wystąpiły w Chorwacji, różnica wyniosła blisko 15%.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że płeć można uznać jako jeden z istotnych wyznaczników nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami, należy przy tym zwrócić uwagę na dwa typy zależności. Pierwszy odpowiada zróżnicowaniu wynikającemu z przyczyn biologicznych⁷ (*sex*), drugi natomiast –

⁷ W literaturze naukowej wyjaśnia się np. różnicę w umieralności niemowląt z perspektywy płci biologicznej. Różnice genetyczne między płcią żeńską i męską mają wpływ na większą umieralność niemowląt i noworodków płci męskiej. Płeć męska od żeńskiej różni się składem chromosomów. Jedna para z 23 par chromosomów determinuje płeć męską (XY), natomiast aby płeć dziecka była żeńska, musi wystąpić para chromosomów XX. Chromosom X zawiera więcej informacji genetycznych od chromosomu Y, również

ze społeczno-kulturowych (*gender*). Obok przyczyn biologicznych wynikających z płci biologicznej, nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami biorą się również z odmiennych wzorów zachowań w ramach pełnionych ról społecznych, odmiennych stylów życia czy zróżnicowanych postaw wobec zdrowia i choroby, które z kolei warunkowane są wieloma różnorodnymi czynnikami społeczno-kulturowymi, wśród których ważną rolę odgrywają stereotypy płci. Wykształcenie, dostęp do pracy, wykonywany zawód czy dochody różnicują dodatkowo w znacznym stopniu postawy wobec zdrowia i choroby. Płeć kulturowa (*gender*) kształtowana jest już w toku wczesnej socjalizacji i podtrzymywana przez strukturę społeczną, stąd wzory kulturowe w odniesieniu do kobiecości i męskości uwidaczniające się w wielu sferach życia społecznego dotyczą również praktykowania zachowań zdrowotnych zagrażających zdrowiu czy antyzdrowotnych. Mężczyźni i kobiety charakteryzują się odmiennym podejściem do dbania o zdrowie, do profilaktyki zdrowotnej, do zachowań zagrażających zdrowiu czy antyzdrowotnych. Stereotypy związane z płcią w istotny sposób wpływają na zdrowie somatyczne oraz psychiczne kobiet i mężczyzn (Slany, Kluzowa 2004; Slany, Struzik, Wojnicka 2011).

2.4. PODSUMOWANIE

Spółeczeństwa krajów unijnych są w dużym stopniu zróżnicowane pod względem poziomu starzenia i dynamiki tego procesu. Proces starzenia się ludności nie jest zjawiskiem charakterystycznym tylko dla krajów najlepiej rozwiniętych gospodarczo, linia demarkacyjna pomiędzy krajami „starszymi” i „młodszymi” demograficznie nie pokrywa się z podziałem na „stare” i „nowe” kraje UE. Do grupy krajów o postępującym starzeniu się ludności dołączają kraje Europy Środkowo-wschodniej, które przed rozpoczęciem procesów transformacyjnych były względnie młode demograficznie. Konsekwencją starzenia się ludności jest wzrost obciążenia osób w wieku produkcyjnym ludźmi starymi, w większości krajów unijnych (22) odnotowano wzrost tego obciążenia.

Wśród czynników wpływających na jakość życia ludzi starych, ich stan zdrowia jest elementem bardzo istotnym, związanym z potrzebą subiektywnego odczuwania satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i pełnienia aktywnego życia społecznego. Także w przypadku stanu zdrowia mieszkańców Unii w wieku 65 lat i więcej i subiektywnego jego postrzegania można zaobserwować

tych, które mogą wywoływać anomalie czy choroby genetyczne. Jednak w przypadku garnituru chromosomowego u kobiet aberracje jednego z chromosomów X niwelowane są przez funkcje pozostałego. Ta właściwość chromosomów X daje kobietom „przewagę genetyczną”, gdyż anomalie tegoż chromosomu u mężczyzn częściej prowadzą do zaburzeń (istniejący drugi chromosom Y nie może zastąpić funkcji X). U kobiet choroby genetyczne występują wtedy, gdy uszkodzone są oba chromosomy X (Stillion 1995).

duże zróżnicowanie przestrzenne. Jednak w tym przypadku stan zdrowia określony m.in. przez długość trwania życia i długość trwania życia w zdrowiu wskazuje na zależności pomiędzy poziomem rozwoju kraju a wysokością tych wartości.

Według koncepcji Lalonde'a na zdrowie społeczeństwa wpływają cztery grupy czynników: biologiczne (genetyczne), środowiskowe, style życia oraz system opieki zdrowotnej. Największy udział spośród tych czynników został przypisany stylowi życia – 53%. Obecnie zwraca się uwagę, że w największym stopniu na zdrowie ludzi wpływają czynniki społeczno-ekonomiczne, a wśród nich m.in.: dochody, status społeczny, poziom wykształcenia, wsparcie społeczne. Od tych czynników zależy też, czy styl życia ludzi może sprzyjać zdrowiu (prozdrowotny). Ubóstwo, niski poziom wykształcenia są przyczyną nierówności w zdrowiu. Ludzie o niskim statusie społeczno-ekonomicznym mają gorsze zdrowie, podejmują częściej zachowania ryzykowne dla zdrowia, mają utrudniony dostęp do instytucji ochrony zdrowia. Wsparcie społeczne w środowiskach życia człowieka jest uważane za znaczący czynnik dla kształtowania pozytywnego zdrowia oraz przeciwdziałania chorobotwórcemu wpływowi potencjalnych stresorów. Koncepcja Banku Światowego zakłada, że stan zdrowia jest funkcją stanu zamożności i wykształcenia społeczeństwa. Sprzężenie zwrotne według tej koncepcji sprawia to, że stan zdrowia będzie tym lepszy, im społeczeństwo jest bardziej zamożne i wykształcone. Poprawa stanu zdrowia zwiększa szansę rozwoju kraju, a rozwój gospodarczy warunkuje wzrost zamożności obywateli, co z kolei daje im możliwość lepszego wykształcenia. Przyjmuje się, że największym zagrożeniem dla zdrowia jest ubóstwo i niski poziom wykształcenia (Nowak-Starz, Markowska, Król, Zięba, Szpringer 2013).

Dążenie do równości w zdrowiu jest jednym z pierwszych zadań w strategii ŚOZ *Zdrowie 21*. Realizacja tych postulatów jest trudna w okresie rozwoju gospodarki rynkowej, która w swym początkowym okresie powoduje rozwarstwienie społeczeństwa. Wymaga to większej troski i zaangażowania wszystkich podmiotów tworzących i realizujących politykę społeczną i zdrowotną (*Zdrowie...* 2001). *Zdrowie 21* daje wykładnię etyczną i naukową dla decydentów oraz dla posługiwania się zdrowiem jako wskaźnikiem rozwoju we wszystkich dziedzinach polityki zdrowotnej regionu europejskiego.

LITERATURA

- Avramov D., Maskova M., 2003, *Active ageing in Europe*, „Population Studies”, 41 (1), Council of Europe Publishing, s. 1–152.
- Błędowski P., 2014, *Ekonomiczne aspekty starzenia się ludności*, [w]: *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, Federacja Polskich Towarzystw Medycznych, Warszawa.
- Burzyńska M., Marcinkowski J.T., Bryła M., Maniecka-Bryła I., 2010, *Life Expectancy i Healthy Life Years jako podstawowe miary oceny sytuacji zdrowotnej ludności*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 91 (4), s. 261–274.

- Czarnecka K., 2004, *Wybrane aspekty opieki nad starzejącym się społeczeństwem w Polsce*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. VI, nr 6, s. 10–19.
- Długosz Z., 1996, *Zróżnicowanie struktury wieku ludności na świecie a metody jej klasyfikacji*, „Przegląd Geograficzny”, 68 (1–2), s. 151–165.
- Długosz Z., Kurek S., 2006, *Demographic ageing of European Union countries*, [in:] Kormornicki T., Czapiewski K. (red.), *Regional Periphery in Central and Eastern Europe*, Europa XXI, 15, Polish Academy of Sciences, Stanisław Leszczycki Institute of Geography and Spatial Organization Centre for European Studies, Polish Geographical Society, Warszawa, s. 185–198.
- Długosz Z., Kurek S., Kwiatek-Sołtys A., 2011, *Stan i perspektywy starzenia się ludności w Polsce i Europie*, [w:] Soja M., Zborowski A. (red.), *Człowiek w przestrzeni zurbanizowanej*, Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej UJ, Kraków, s. 11–26.
- Dyson T., 2001, *A Partial Theory of World Development, The Neglected Role of the Demographic Transition in the Shaping of Modern Society*, „International Journal of Population Geography”, 7, s. 67–90.
- Eurostat 2004, *Ageing Population*, [w:] *Regions: Statistical Yearbook 2004*, European Communities.
- Frąckiewicz L., 2002, *Monitoring i kształcenie gerontologiczne*, [w:] Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, Katowice.
- Frączak E., 2002, *Proces starzenia się ludności Polski*, „Studia Demograficzne”, 2 (142), s. 3–28.
- Gałuszka M., 2006, *Jakość życia seniora. Przegląd wybranych koncepcji i metod badania*, [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź, s. 111–118.
- Golini A., 1997, *Demographic trends and ageing in Europe. Prospects, problems and policies*, „Genus”, 53 (3–4), s. 33–74.
- Golinowska S., Holzer J., Szwarc H., Pędich W., 1999, *Starzenie się i starość: pojęcia, tendencje, cechy i struktury*, [w:] Golinowska S. (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999*, UNDP, Warszawa.
- Grundy E., 1996, *Population ageing in Europe*, [w:] Coleman D. (red.), *Europe's population in the 1990s*, Oxford University Press, New York.
- King P., Jackson H., 2000, *Public Finance Implications of Population Ageing*, Department of Finance Working Paper, Department of Finance, Ottawa.
- King R., Warnes A.M., Williams A., 1998, *International retirement migration in Europe*, „International Journal of Population Geography”, 4 (2), s. 91–111.
- Kinsella K., Phillips D.R., 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*, „Population Bulletin”, 60 (1), s. 3–40.
- Kinsella K., Velkoff V. A., 2001, *An Aging World: 2001*, International Population Reports, <https://www.census.gov/prod/2001pubs/p95-01-1.pdf>.
- Kotowska I., 1999, *Przemiany demograficzne w Polsce w latach 90. w świetle koncepcji drugiego przejścia demograficznego*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.
- Kowaleski J.T., 2008, *Struktura demograficzna starszego odłamu ludności (rozważania metodologiczne i elementy obrazu sytuacji w województwach i powiatach na przełomie stuleci)*, [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.

- Kurek S., 1998, *Zróźnicowanie przestrzenne procesu starzenia się ludności Europy w latach 1960–1996 w świetle wybranych mierników*, „Czasopismo Geograficzne”, 69 (3–4), Polskie Towarzystwo Geograficzne, Wrocław, s. 261–274.
- Kurek S., 2008, *Typologia przestrzenna ludności Polski w ujęciu przestrzennym*, „Prace Monograficzne AP”, 497, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Lauder R.H., 1998, *Social Problems and the Quality of Life*, McGraw-Hill, Boston.
- Michalski T., 2010, *Sytuacja zdrowotna w europejskich krajach postkomunistycznych w dobie transformacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Michalski T., 2012, *Przemiany umieralności w Europie Środkowej i Środkowo-Wschodniej w okresie transformacji*, Wydawnictwo Bernardinum, Pelplin.
- Mirkin B., Weiberge M., 2001, *The demography of population ageing*, „United Nations Population Bulletin”, Special Issue Nos. 42/43, s. 41–58.
- Nowak-Far A., 2011, *Methuselach Perplexus – polityka prawa wobec zmian demograficznych w Europie*, [w:] Osiński J. (red.), *Współczesne problemy demograficzne. Rzeczywistość i mity. Ujęcie krajowe, regionalne i globalne*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa, s. 283–304.
- Nowak-Starz G., Markowska M., Król H., Zięba E., Szpringer M., 2013, *Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji*, „Zdrowie i dobrostan”, 1, s. 149–162.
- Okólski M. (red.), 1990, *Teoria przejścia demograficznego*, PWE, Warszawa.
- Okólski M., 2005, *Demografia. Podstawowe pojęcia, procesy i teorie w encyklopedycznym zarysie*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Pierzchalska A., Kłag P., 2008, *Spoleczne role osób starszych*, [w:] Bokajło W., Pacześniak A. (red.), *Równość w Unii Europejskiej. Teoria i praktyka*, Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, Wrocław.
- Reher D.S., 2004, *The demographic transition revisited as a global process*, „Population, Space and Place”, 10, s. 19–41.
- Slany K., Kluzowa K., 2004, *Kształtowanie systemu wartości jako kierunek działań polityki ludnościowej*, [w:] Graniewska D. (red.), *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne*, IPiSP, Warszawa.
- Slany K., Struzik J., Wojnicka K. (red.), 2011, *Gender w społeczeństwie polskim*, Nomos, Kraków.
- Stan zdrowia ludności Polski 2009, 2011*, GUS, Warszawa.
- Stillion J.M., 1995, *Premature Death among Males*, [w:] Sabo D., Gordon D.F. (red.), *Men's Health and Illness*, Thousand Oaks: Sage.
- Szukalski P., 1998, *Starzenie się społeczeństw Europy: spojrzenie perspektywiczne*, „Gerontologia Polska”, 2, s. 51–55.
- Szukalski M., 2004, *Osoby sędziwe w Polsce i w krajach Unii Europejskiej – przeszłość, przyszłość i teraźniejszość*, „Prace Instytutu Ekonometrii i Statystyki UŁ”, seria A, 142.
- Szukalski M., 2006, *Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy*, [w:] Kowaleski J.T. (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 115–150.
- Szukalski P., 2008, *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*, [w:] Szukalski P. (red.), *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.

- van de Kaa D.J., 1994, *The second demographic transition revisited: Theories and expectations*, [w:] Beets G. i in. (eds), *Population and family in the Low Countries 1993: Late fertility and other current issues*, NIDI/CBGS Publication, 30, Swets and Zeitlinger, Berwyn, Pennsylvania/Amsterdam.
- Walker A. (ed.), 2014, *The New Science of Ageing*, Policy Press, Bristol.
- Wróblewska W., 2008, *Sumaryczne miary stanu zdrowia populacji*, „Studia Demograficzne”, 153–154(1–2), s. 3–53.
- Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, 2001, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Warszawa–Kraków.

Abstract

Population ageing has been observed in the 28 countries of the EU for many years. It is a spatially diverse process. The growing percentage of the elderly people influences the health of societies.

The health state of the elderly is, among the factors influencing their quality of life, a crucial element associated with the need for the subjective feeling of satisfaction with a fulfilment of the health potential and an active social life. The purpose of the work is to present the selected aspects of the ageing process in the countries of the EU and the selected aspects of the characterisation of the EU inhabitants aged 65 and above in terms of health.

Key words

Population ageing, population health state, subjective assessment of health state, 28 countries of EU.

KATARZYNA KIKOSICKA

Uniwersytet Łódzki

Wydział Nauk Geograficznych

Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami

3

MOBILNOŚĆ PRZESTRZENNA LUDZI STARYCH – AKTUALNY STAN BADAŃ

SPATIAL MOBILITY OF OLDER PEOPLE – THE CURRENT STATE OF RESEARCH

Artykuł wpłynął do redakcji 20.09.2015; po recenzjach zaakceptowany 11.03.2016.

Kikosicka K., 2015, *Mobilność przestrzenna ludzi starych – aktualny stan badań*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 49–59.

*Mgr Katarzyna Kikosicka, Uniwersytet Łódzki, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź;
e-mail: kikosicka.k@gmail.com*

Zarys treści

Mobilność przestrzenna dotyczy wszystkich grup wiekowych ludności. Postępujący proces starzenia się ludności wpływa na coraz częstsze poruszanie problematyki migracji osób starszych przez badaczy. Artykuł podejmuje problematykę badań dotyczących mobilności ludzi starych w polskich oraz zagranicznych badaniach naukowych. Populacja osób starszych dzieli się na trzy subpopulację, tj. młodych seniorów, starych seniorów oraz najstarszych seniorów. Motywy, przebieg migracji oraz cechy społeczno-ekonomiczne migrantów są inne w każdej z tych grup. Autorka przedstawia stan badań dotyczących migracji seniorów z uwzględnieniem koncepcji teoretycznych, przyczyn, kierunków oraz struktury społeczno-ekonomicznej migracji osób starych.

Słowa kluczowe

Migracje, starzenie się ludności, ludzie starzy.

3.1. WPROWADZENIE

Na przełomie XX oraz XXI wieku zarówno w Polsce, Europie oraz wielu innych wysoko rozwiniętych krajach pozaeuropejskich następuje kontynuacja wcześniejszych istotnych procesów demograficznych oraz społeczno-ekonomicznych polegających na wydłużaniu się ludzkiego życia oraz dużym spadku urodzeń, co w efekcie powoduje szybkie starzenie się społeczeństw. Stąd też problematyka dotycząca osób starszych staje się coraz bardziej popularna w badaniach naukowych. Problematyką starzenia się ludności w różnych kontekstach badawczych zajmują się m.in. geografowie, demografowie, socjologowie oraz gerontologowie. Spośród szerokiego spektrum zagadnień związanych ze starzeniem się społeczeństwa i ludźmi starszymi wyróżnić można m.in. migracje osób w wieku starszym.

Istnieje wiele koncepcji wyjaśniających motywy migracji, jakimi kierują się osoby w starszym wieku. Większość z nich zbudowano na gruncie znanych już modeli lub koncepcji. W głównej mierze są to teorie autorstwa anglojęzycznych badaczy.

Zainteresowanie polskich badaczy problemem przemieszczeń osób starszych współcześnie nie stanowi istotnego problemu badawczego. Głównym powodem jest niewielki udział tej grupy wiekowej w migracjach. Jednakże typowy dla nowoczesnych społeczeństw proces postępującego starzenia się ludności charakteryzuje się zwiększeniem zainteresowania badaczy tą problematyką, zarówno w kontekście wielkości, cech społeczno-ekonomicznych i demograficznych, motywów czy kierunków przemieszczeń osób tej grupy wiekowej. Badania takie prowadzono m.in. w latach 60., 70. i 80. ubiegłego wieku.

W polskiej literaturze przedmiotu prekursorem badań związanych z problematyką przemieszczeń ludności w podeszłym wieku oraz ich społecznym podłożem był E. Rosset (1959). Badania monograficzne obejmujące ogół zagadnień związanych z migracjami osób w podeszłym wieku prowadzono w latach 70. i 80. XX wieku. Tą problematyką zajmowali się głównie M. Latuch (1977), K. Stolarczyk (1985, 1986) oraz E. Frątczak (1984). Następnie nastąpił okres małego zainteresowania badaczy, zarówno geografów, demografów, jak i gerontologów procesem migracji seniorów. Głównym powodem pominięcia tego wątku w badaniach był brak dostępności wiarygodnych danych dotyczących motywów migracji seniorów. Współcześnie geografowie, demografowie oraz gerontologowie w swoich badaniach pomijają problematykę przemieszczeń seniorów, spychając ją na margines badań naukowych.

Obecnie źródłem informacji o migracjach seniorów są ewidencje bieżące oraz Narodowe Spisy Powszechne. Negatywną cechą zebranych w ten sposób danych jest częsta homogenizacja¹ grupy osób starszych oraz brak porównywalności tych

¹ W grupie osób starszych, według klasyfikacji WHO, mieszczą się zarówno osoby określane jako młodzi-starzy (czyli osoby w wieku od 60(65)–74. r. ż.), starzy-starzy

danych ze względu na inne narzędzia ich zbierania. Współcześnie coraz częściej powraca się w badaniach naukowych do problematyki migracji osób starych, jej przyczyn, motywów oraz skutków.

Dziś, w warunkach polskich, migracjami osób starszych zajmuje się przede wszystkim D. Kałuża (2007, 2008, 2012, 2013) z łódzkiego ośrodka będącego kontynuacją tradycji naukowych E. Rosseta. Zagadnieniami tymi zajmują się także A. Potrykowska (2003) oraz J. Damińska (2006).

Znacznie szerzej zjawisko migracji seniorów jest analizowane w badaniach zagranicznych, w szczególności problematyką tą zajmowali się naukowcy z Europy Zachodniej oraz USA. Badaniami przemieszczeń seniorów interesowali się m.in.: J. Stillwell, P. Rees, P. Boden (1992), F.D. Bean i in. (1994), R. King, A.M. Warners i A.M. Williams (1998), Ch.F. Longino i D.E. Bradley (2001), J. Quandango (2002) oraz Z. Uren i G. Goldring (2007).

3.2. TEORIE DOTYCZĄCE MOTYWÓW MIGRACJI SENIORÓW

Migracje podejmowane przez seniorów są dość specyficznym zjawiskiem, podlegającym zdecydowanie innym prawidłowościom niż migracje pozostałych grup wiekowych. Motywy kierujące starszymi migrantami mają unikatowy charakter i pod wieloma cechami zdecydowanie różnią się od motywów, jakie kierują decyzjami migracyjnymi młodych ludzi (Stolarczyk 1986; Kałuża 2007). Ze względu na odmienne uwarunkowania przebiegu procesów migracyjnych osób starszych badacze, zwłaszcza anglojęzyczni, często podejmują tę problematykę w swoich badaniach.

W literaturze przedmiotu dość często podkreślany jest fakt dobrowolności podejmowania migracji przez osoby starsze oraz poszukiwania różnych modeli związanych ze zmianą miejsca zamieszkania w kolejnych fazach starości. Duży postęp w rozwoju teorii dotyczących przemieszczeń seniorów widoczny jest zwłaszcza w latach 90. XX wieku w krajach Europy Zachodniej oraz w USA. Nowo powstałe koncepcje odnosiły się zwłaszcza do:

- cyklu życia rodziny,
- procesu decyzyjnego o przeprowadzce,
- braku równowagi mieszkaniowej,
- tożsamości lokalnej (Longino, Bradley 2001).

W.I. Litwark i Ch.F. Longino swoją koncepcję oparli na modelu cyklu życia rodziny, w którym to decyzja migracyjna powiązana jest z różnymi etapami życia rodziny (Longino, Bradley 2001). W oparciu o tę teorię stworzyli trzy wzorce przemieszczeń subpopulacji seniorów, tym samym dzieląc ją na trzy grupy cechujące się odmiennymi modelami migracji (tab. 1).

(75–89. r. ż.), osoby w tzw. czwartym wieku (powyżej 80. r. ż.) oraz długowieczni (powyżej 90. r. ż.). Migracje osób w każdej z tych grup mają inne przyczyny i inny przebieg.

Tabela 1

Trzy wzorce migracji według Ch.F. Longino i D.E. Bradley (2001)

Seniorzy	Uwarunkowania	Sytuacja życiowa	Motywy migracji
Młodzi seniorzy	przejście na emeryturę	– zazwyczaj żonaci – relatywnie zdrowi – wystarczające dochody (emerytura)	– podniesienie poziomu życia – chęć przeprowadzki w pobliżu dzieci i znajomych (pomoc dzieciom)
Starzy seniorzy	umiarkowana niepełnosprawność	– często osoby chore – z reguły samotne	– przeprowadzka do domu dzieci lub w ich pobliże (osoby wymagają pomocy)
Najstarsi seniorzy	duża niepełnosprawność	– duży stopień niepełnosprawności	– dom pomocy społecznej

Źródło: opracowanie własne.

Inne koncepcje przemieszczeń seniorów związane są z teoriami procesu decyzyjnego migracji. W schemacie migracyjnym zaprezentowanym przez E.S. Lee podjęcie decyzji migracji jest wynikiem działania wielu czynników. Jedne z nich zatrzymują ludzi na danym obszarze lub przyciągają innych do tego obszaru, a drugie zmierzają do oderwania ludzi od niego. Każdy obszar reprezentuje więc pewien zbiór czynników dodatnich, ujemnych i zerowych (obojętnych). W literaturze czynniki te nazywane są „wypychającymi”, czyli działającymi w miejscu zamieszkania oraz „przyciągającymi” (w miejscu migracji) – Lee (1966). W myśl tej koncepcji Haas i Serow opracowali model, jakim kierują się ludzie starsi w podejmowaniu migracji poszerzając czynniki migracji osób starszych o:

- tzw. marzenia o przeprowadzce,
- źródła informacji,
- istnienie więzi z lokalną społecznością.

Zdaniem niektórych badaczy, siła oddziaływania poszczególnych czynników, tj. klimatu, poziomu przestępczości czy kosztów utrzymania przybiera nieco inny kształt w różnych fazach życia osób starszych (Kałuża 2008 za: Longino, Bradley 2001).

Początek lat 90. XX wieku był okresem dużego zainteresowania modelem braku równowagi mieszkaniowej. W związku z tym model ten znalazł również swoje odzwierciedlenie w migracjach osób starszych. W myśl tej teorii główną przyczyną migracji seniorów są koszty utrzymania mieszkania. W celu obniżenia tych kosztów seniorzy często zamieniają duże mieszkania w centrum miast na mniejsze zlokalizowane na peryferiach, aby w ten sposób zmniejszyć obciążenia finansowe lub uzyskać nadwyżkę finansową (Longino, Bradley 2001).

W ostatnich latach powstała koncepcja związana z tożsamością lokalną. Teorię powstałą w latach 90. XX wieku nazwano modelem tożsamości miejsca. W myśl tej koncepcji, pomimo wiążącej się z migracją zmiany miejsca zamieszkania nie zachodzi emocjonalna przeprowadzka. Identyfikacja miejsca zamieszkania oraz społeczności pojmowana jest w różnoraki sposób zależny od wieku migranta.

Nowym obszarem badań w zakresie migracji osób starszych jest przenoszenie się seniorów do domów opieki społecznej. McAuley, Pechioni i Grant koncepcje przemieszczeń seniorów zbudowali na procesie decyzyjnym odnoszącym się do opieki długotrwałej (Kałuża 2008 za: Longino, Bradley 2001). Seniorzy, którzy nie znaleźli miejsca w domu opieki społecznej w ich rodzinnym miejscu zamieszkania często przenoszą się dalej w poszukiwaniu miejsc w domach pomocy społecznej. Jednak jak pokazują badania, migracje starszych seniorów związane ze zdrowiem nie zawsze łączą się z instytucjonalizacją starości, czyli przenoszeniem się do domów spokojnej starości.

W polskich realiach K. Stolarczyk (1985, 1986) wyróżnił dwie grupy osób w starszym wieku, które uczestniczą w ruchu wędrownym ludności. Każda z grup wiąże się z innym wzorcem migracji. Pierwszy wzorzec migracji to przemieszczenia dobrowolne, zamierzone. Dotyczą one młodych seniorów, którzy przeszli na emeryturę, a więc mają źródło dochodów. Najczęściej są to osoby pozostające w związkach małżeńskich oraz zdolne do samodzielnego egzystowania. Drugi wzorzec migracyjny związany jest z migracją wymuszoną. Najczęściej uczestniczą w niej osoby w podeszłym wieku, które mają problemy zdrowotne oraz nie są zdolne do samodzielnego bytowania.

3.3. KIERUNKI PRZEMIESZCZEŃ I MOTYWY MIGRACJI SENIORÓW

Pomimo niewielkiego udziału osób starszych w ruchu wędrownym ludności praktycznie nie istnieją rejony, które nie uczestniczyłyby w migracjach osób tej grupy wiekowej. Badania pokazują, że w przestrzeni funkcjonują takie obszary, które są bardziej atrakcyjne dla seniorów-migrantów. Prace badawcze pod kierownictwem Secondo dowodzą, że wraz ze wzrostem dochodów osób starszych, przemieszczenia seniorów odbywają się do obszarów o łagodnym klimacie, z reguły nadmorskim. Przykładem takich miejsc może być Floryda w Stanach Zjednoczonych czy Costa del Sol w Hiszpani. Wyniki badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii w latach 90. XX wieku pokazały, że osoby starsze, zwłaszcza te zamożniejsze jako miejsce docelowe swoich wędrowek wybierały południowe kraje Europy, takie jak: Portugalia, Grecja czy Malta. Kierunki tych przemieszczeń przeważnie związane były z wcześniejszymi doświadczeniami turystycznymi.

Głównymi motywami przemieszczeń seniorów były m.in.:

- wcześniejsze doświadczenia związane z podróżami wakacyjnymi,
- łagodny klimat,
- inny, wolniejszy styl życia,
- łączenie rodzin oraz
- niższe koszty utrzymania (Kałuża 2008 za: King, Warners, Williams 1998).

Również w Polsce prowadzone były badania dotyczące motywów zmiany miejsca zamieszkania seniorów. Z badań GUS wynika, że głównymi motywami przemieszczeń osób starych w warunkach polskich wg NSP 2002 są:

- ciężkie warunki mieszkaniowe w miejscu zamieszkania,
- wysokie koszty utrzymania w dotychczasowym miejscu zamieszkania,
- łączenie się rodzin oraz
- poziom zdrowotności seniorów.

Badania kierunków przemieszczeń seniorów prowadzone w Polsce prowadzą do podobnych konkluzji, co badania zachodnich badaczy. Polscy seniorzy również wybierają miejsca o atrakcyjnych walorach przyrodniczych oraz czystym powietrzu, dlatego największy napływ migracyjny odnotowuje się w województwie lubuskim, zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim. Wyniki analiz G. Jankowskiego i S. Pytela (2013) wykazują, że jest to uwarunkowane dużą lesistością (powyżej 30%), małą emisją zanieczyszczeń powietrza, najniższą ilością produkowanych odpadów komunalnych oraz wysokim wskaźnikiem liczby zakładów opieki zdrowotnej przypadających na 1 000 mieszkańców.

Polska jest krajem mało atrakcyjnym imigracyjnie dla seniorów zagranicznych. Największa liczba migrantów w latach 1999–2013 osiedlała się w województwie opolskim. Głównie jest to wynik reemigracji „młodych starych”, czyli osób w wieku od 60. do 65. r. ż., które po przejściu na emeryturę powracają do kraju rodzinnego. Większość powracających do Polski starych osób to migranci z lat 70. i 80. ubiegłego stulecia (Jankowski, Pytel 2013).

Badania prowadzone w latach 90. ubiegłego wieku dotyczące kierunków przemieszczeń polskich seniorów pokazały, że osoby starsze przemieszczają się najczęściej w kierunku miasto–miasto. Coraz większego znaczenia nabierają przemieszczenia z miast na tereny wiejskie. Widoczna jest prawidłowość, zgodnie z którą młodszy seniorzy wybierają jako miejsce docelowe swoich przeprowadzek inne miasta oraz tereny wiejskie. Starsi seniorzy kierują się natomiast z terenów wiejskich do miast (Kałuża, Damińska 2004).

Badania przemieszczeń seniorów ze Śląska prowadzone przez S. Pytel (2014a) pokazują, że głównymi miejscami docelowymi migracji tej grupy wiekowej są duże miasta oraz obszary atrakcyjne turystycznie. Ważną rolę stanowią duże miasta, gdzie warunki życia ludności są korzystniejsze, seniorzy mają tam łatwiejszy dostęp do infrastruktury technicznej oraz usług medycznych. Głównie jest to umotywowane pogarszającym się wraz z wiekiem stanem zdrowia oraz koniecz-

nością istnienia ułatwień pomocnych w codziennym funkcjonowaniu seniorów. Poza dużymi miastami seniorzy, zwłaszcza ci młodszy, wybierają także miejsca atrakcyjne przyrodniczo, głównie podgórskie i górzyste, charakteryzujące się nie tylko czystym powietrzem, ale również pięknymi krajobrazami.

S. Pytel (2014b) w swoim artykule dotyczącym osiedli mieszkaniowych dla seniorów przedstawia wyniki badań dotyczących wyboru typu osiedla przez migrujących seniorów. Seniorzy stosunkowo często zmieniają miejsce swojego zamieszkania. Osoby starsze ze względu na zróżnicowanie stanu zdrowia oraz wiek do głównych motywów migracji zaliczają: chęć polepszenia warunków życia, konieczność wyjazdu do rodziny (np. pomoc w wychowaniu wnuków) czy zamieszkanie w domu pomocy społecznej oraz pogarszający się stan zdrowia. W warunkach zagranicznych powstają całe osiedla mieszkaniowe przeznaczone dla seniorów, również w Polsce pojawiają się takie inicjatywy (np. Oborniki Śląskie, Stargard Szczeciński, Zawichost czy Radków). Seniorzy posiadając często zbyt duże i kosztowne w utrzymaniu mieszkania i domy wybierają możliwość zmiany miejsca zamieszkania na osiedla mieszkaniowe bardziej dopasowane do ich potrzeb i możliwości.

Osoby migrujące z wielkich miast najczęściej przemieszczają się na niewielkie odległości, głównie są to migracje z centrów miast na obszary podmiejskie, gdzie są niższe koszty utrzymania, jednocześnie osoby te zachowują dotychczasowe więzi rodzinno-społeczne oraz opiekę zdrowotną. Jeżeli chodzi o osoby powyżej 80. roku życia to głównym kierunkiem przemieszczeń dla tej grupy wiekowej były miasta, są to głównie migracje wymuszone do ośrodków instytucjonalnych, takich jak domy opieki dla seniorów (Kałuża-Kopias 2011).

3.4. SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE CECHY MIGRANTÓW

Jeden z poruszanych przez naukowców nurtów w obrębie badań migracji osób starszych dotyczy struktury społeczno-demograficznej migrantów. W warunkach polskich problematyka ta, choć podejmowana rzadko, doczekała się kilku opracowań. Zagadnieniem tym zajmuje się głównie ośrodek łódzki w osobie Doroty Kałuży (2004, 2006, 2013, 2014).

Populacja osób starszych różni się wewnętrznie, zarówno pod względem statusu społeczno-ekonomicznego, jak i poziomu zdrowia. Wyróżnia się trzy podgrupy osób starszych wyodrębnionych na podstawie kryterium, jakim jest wiek. Są to: młodszy seniorzy, czyli osoby pozostające w związkach małżeńskich, które przeszły dopiero co na emeryturę. Głównie osoby te przenoszą się w celu poprawy jakości życia na atrakcyjne tereny. Drugą grupę stanowią starsi seniorzy, czyli osoby z umiarkowaną niepełnosprawnością, przeprowadzające się w pobliże dzieci lub bezpośrednio do ich domów. Do trzeciej grupy zalicza się tzw. nestorów, czyli osoby po 80. roku życia, często są to osoby, które nie potrafią samodzielnie

egzystować, stąd też umieszczane są w domach pomocy społecznej. Zróżnicowanie wewnętrzne wyżej wymienionych grup sprawia, że procesy migracyjne w każdej z nich zachodzą odmiennie (Kałuża-Kopias 2011).

Badania analizujące strukturę seniorów-migrantów w aglomeracjach miejskich w Polsce pokazują, że seniorzy mieszkający w dużych miastach częściej decydują się na zmianę miejsca zamieszkania niż seniorzy mieszkający na terenach wiejskich.

W migracjach seniorów przewagę liczebną we wszystkich grupach osób starszych posiadają kobiety. Ich udział wzrasta wraz z przesuwaniem się do coraz starszych grup wiekowych. Spowodowane jest to wyższą nadumieralnością mężczyzn w starszych grupach wiekowych oraz większą mobilnością kobiet (Kałuża 2004). W migracjach zagranicznych spada przewaga kobiet nad mężczyznami, zarówno wśród imigrantów, jak i emigrantów (Kałuża, Damińska 2006).

Można zauważyć pewną prawidłowość dotyczącą stanu cywilnego osób podejmujących decyzję o migracji. Głównie są to wdowy oraz wdowcy. Struktura stanu cywilnego rozpatrywana ze względu na płeć migrantów jest zróżnicowana wewnętrznie. W grupie młodszych seniorów dominują osoby pozostające w związku małżeńskim, w grupie powyżej 79. roku życia największy odsetek stanowią wdowcy i wdowy. Głównym motywem powodującym przemieszczenia samotnych seniorów jest zły stan zdrowia oraz chęć wspólnego zamieszkania z dziećmi (Łatuch 1977; Stolarczyk 1986).

Wśród migrantów dominują osoby z wykształceniem podstawowym oraz średnim. Podobnie jak stan cywilny, tak i wykształcenie migrantów jest zróżnicowane ze względu na płeć. Młodszy migranci są lepiej wykształceni niż migranci powyżej 80. roku życia. Wyższym wykształceniem odznaczają się mężczyźni.

3.5. PODSUMOWANIE

Seniorzy stanowią coraz większy odsetek populacji, stąd tematyka związana ze starzeniem się ludności coraz częściej podejmowana jest przez badaczy zarówno geografów, socjologów, jak i gerontologów.

Mimo wzrostu zainteresowania naukowców zagadnieniem starzenia się ludności, problematyka przemieszczeń osób starszych wciąż pomijana jest w badaniach naukowych. Zjawisko przemieszczania się seniorów podlega innym czynnikom niż przemieszczenia innych grup wiekowych. W literaturze przedmiotu, zwłaszcza anglojęzycznej, można znaleźć teorie wyjaśniające motywy migracji osób starszych.

W literaturze przedmiotu dotyczącej zagadnień migracji osób starszych istnieją opracowania empiryczne oraz metodologiczne. Z przewagą zagadnień o charakterze empirycznym pokazujących migracje osób starszych w poszczególnych regio-

nach, czy w porównaniu miasto – wieś. Ogół zagadnień związanych z migracjami seniorów można podzielić na kilka problemów badawczych, do których należą prace związane z wyjaśnieniem przyczyn migracji seniorów, prace odnoszące się do przedstawienia kierunków migracji, opracowania podejmujące problematykę struktury społeczno-ekonomicznej migrantów oraz opracowania metodologiczne dotyczące modeli migracji (tab. 2).

Tabela 2

Problematyka badawcza w zakresie migracji osób starszych

Problematyka badawcza	Autorzy badań
Przyczyny migracji	M. Latuch (1977), K. Stolarczyk (1985, 1986), J. Stillwell, P. Rees, P. Boden (1992)
Kierunki przemieszczeń	A. Rogers (1990), D. Kałuża (2006), Z. Uren, G. Goldring (2007), S. Pytel (2014a, 2014b)
Struktury migrantów	E. Rosset (1959), K. Stolarczyk (1985), J. Stillwell, P. Rees, P. Boden (1992), D. Kałuża (2008)
Modele migracji	K. Stolarczyk (1985, 1986), Ch.F. Longino, D.E. Bradley (2001), D. Kałuża (2006, 2008)

Źródło: opracowanie własne.

Z uwagi na przewidywany szybki przebieg procesu starzenia się ludności w nadchodzących dekadach należy spodziewać się zwiększenia zainteresowania naukowców tematyką przemieszczeń ludności po 60. r. ż.

LITERATURA

- Bean F.D., Myers G.C., Angel J.L., Galle O.R., 1994, *Geographic Concentration, Migration, and Population Redistribution among the Elderly*, [w:] Marin L.G. Preston S.H., *Demography of Aging*, NAP, Washington.
- Frątczak E., 1984, *Proces starzenia się ludności Polski a proces urbanizacji*, Szkoła Główna Planowania i Statystyki, Warszawa.
- Jankowski G., Pytel S., 2013, *Wpływ migracji osób starszych na rynek pracy w obszarach atrakcyjnych turystycznie w Polsce*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Kałuża D., 2006, *Migracje seniorów w Polsce*, [w:] Kowaleski J.T. (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Kałuża D., 2007, *Migracje zagraniczne osób starszych w Polsce*, [w:] Bugajska B. (red.), *Życie w starości*, Szczecin.
- Kałuża D., 2008, *Migracje seniorów*, [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.

- Kałuża D., Damińska J., 2004, *Migracje wewnętrzne ludzi w starszym wieku*, [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Kałuża D., Damińska J., 2006, *Imigranci i emigranci po 60. roku życia w Polsce*, [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź.
- Kałuża-Kopias D., 2011, *Migracje seniorów w największych miastach w Polsce*, [w:] Kowaleski T.J. (red.), *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski, przyczyny, etapy, następstwa*, Wydawnictwo UŁ.
- Kałuża-Kopias D., 2012, *Migracje seniorów w największych miastach w Polsce*, [w:] Kowaleski T.J. (red.), *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski, przyczyny, etapy, następstwa*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Kałuża-Kopias D., 2013, *Charakterystyka demograficzna imigrantów po sześćdziesiątym roku życia – Polska*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica”, 291.
- Kałuża-Kopias D., 2014, *Specyfika przemieszczeń wewnętrznych osób starszych w Polsce*, „Studia Demograficzne”, 2 (166).
- King R., Warners A.M., Williams A.M., 1998, *International Retirement Migration in Europe*, „International Journal of Population Geography”, 4.
- Latuch M., 1977, *Przyczyny emigracji osób w starszym wieku z największych miast w Polsce*, „Studia Demograficzne”, 50.
- Lee E.S., 1966, *A Theory of Migration*, „Demography”, 3 (1).
- Longino Ch.F., Bradley D.E., 2001, *Geographical distribution and migration*, [w:] Binstock R.H., George L.K. (eds.), *Aging and the social sciences*, Oxford University Press, Oxford.
- Potrykowska A., 2003, *Przestrzenne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności i migracji osób w starszym wieku w Polsce*, „Przegląd Geograficzny”, 75.
- Pytel S., 2014a, *Atrakcyjność turystyczna miejsc migracji seniorów z województwa śląskiego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 805.
- Pytel S., 2014b, *Osiedla mieszkaniowe dla seniorów w przestrzeni miast*, „Prace Komisji Krajobrazu Kulturowego”, 25.
- Quandango J., 2002, *Aging and the Life Course*, Pepper Institute on Aging and Public Policy, Florida State University.
- Rogers A., 1990, *Return migration to region of birth among retirement – age persons in the United States*, „Journal of Gerontology: Social Sciences”, 5.
- Rosset E., 1959, *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, PWG, Warszawa.
- Stillwell J., Rees P., Boden P., 1992, *Population Redistribution in the United Kingdom*, [w:] *Migration Processes and Pattern*, Belhaven Press, London–New York.
- Stolarczyk K., 1985, *Spoleczno-ekonomiczne czynniki warunkujące migracje osób w starszym wieku w Polsce*, Monografie i Opracowania, SGPiS, Instytut Statystyki i Demografii, Warszawa.
- Stolarczyk K., 1986, *Spoleczno-demograficzne aspekty migracji osób w starszym wieku*, [w:] Witkowski J. (red.), *Spoleczno-demograficzne i ekonomiczne aspekty współczesnych migracji w Polsce*, Monografie i Opracowania, SGPiS, Instytut Statystyki i Demografii, Warszawa.

- Uren Z., Goldring G., 2007, *Migration Trends at Older Ages in England and Wales*, „Population Trends”, 130.
- Witkowski J. (red.), 1986, *Spoleczno-demograficzne i ekonomiczne aspekty współczesnych migracji w Polsce*, Monografie i Opracowania, SGPiS, Instytut Statystyki i Demografii, Warszawa.

Abstract

The term of spatial mobility applies to all age groups of the population. Among researchers there is a lively debate about migration of older people caused by still progressive problem of aging. The article brings up the problem of spatial mobility in old polish and overseas research. Population of elderly people divides into three subpopulations: young seniors, older seniors, the oldest seniors. Motives, migratory patterns and socio-economic features are different in every group. Author presents research results concerning senior migration in terms of theoretical conceptions, reasons, direction and socio-economic structures.

Key words

Migration, ageing of population, old people.

CZĘŚĆ II

STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI – WYMIAR SPOŁECZNY

PART II

POPULATION AGEING – SOCIAL DIMENSION

ANNA JANISZEWSKA

Uniwersytet Łódzki

Wydział Nauk Geograficznych

Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami

1

PROBLEM JAKOŚCI ŻYCIA LUDZI STARYCH W DOKUMENTACH MIĘDZYNARODOWYCH I KRAJOWYCH

THE ISSUE OF THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN THE INTERNATIONAL AND NATIONAL DOCUMENTS

Artykuł wpłynął do redakcji 20.10.2015; po recenzjach zaakceptowany 11.05.2016.

Janiszewska A., 2015, *Problem jakości życia ludzi starych w dokumentach międzynarodowych i krajowych*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 63–81.

*Dr hab. Anna Janiszewska, Uniwersytet Łódzki, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź;
e-mail: anna.janiszevska@geo.uni.lodz.pl*

Zarys treści

W opracowaniu dokonano przeglądu wybranych dokumentów organizacji i instytucji międzynarodowych i wykazano, że problem poprawy jakości życia obywateli był podnoszony już od lat 50. ubiegłego wieku. Zwracano w nich uwagę na godziwe życie, zapewniające mieszkańcom naszego globu zaspokojenie podstawowych potrzeb egzystencjalnych. W ostatnim z przytaczanych dokumentów, tj. w *Agendzie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030* podnoszona jest kwestia promocji szeroko rozumianego dobrobytu dla wszystkich ludzi w każdym wieku. Dużo miejsca w dokumentach organizacji i instytucji międzynarodowych i krajowych zajmuje kwestia stanu

zdrowia osób starszych i jego poprawy. Szczególną uwagę zwraca się w tym przypadku na upowszechnianie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu. Celem opracowania jest wskazanie działań i rozwiązań, jakie są wyznaczane i podejmowane w inicjatywach międzynarodowych, unijnych i krajowych skierowanych do ludzi starszych i zmierzające do poprawy ich jakości życia.

Słowa kluczowe

Dokumenty ONZ, WHO, UE, jakość życia, stan zdrowia.

1.1. WPROWADZENIE

Spółeczność międzynarodowa dostrzega już od wielu lat problem jakości życia ludzi niezależnie od ich wieku. Znajduje to potwierdzenie w wielu dokumentach wydawanych przez różne instytucje i organizacje światowe. Każdy człowiek ma prawo do życia (to jest prawo niezbywalne). Chcemy żyć dobrze, godziwie i dostatnio, inaczej mówiąc chcemy mieć wszystko, czego potrzebujemy, by być zdrowymi i szanowanymi, kochać i być kochanym. Istotna dla poczucia zadowolenia z życia jest także możliwość podejmowania działań, które sprawiają nam radość, przyjemność lub satysfakcję. Wszystko to wpływa na poziom i jakość naszego życia. Celem ludzkiej egzystencji jest więc dążenie do poprawy warunków życia, zarówno w sferze materialnej, społecznej, duchowej, a także w wymiarze ekologicznym.

Zapewnienie prawa do życia swoim obywatelom powinno być głównym zadaniem każdego państwa¹. Podejmowanie badań naukowych nad problematyką jakości życia człowieka wynika m.in. z konieczności określenia jej stanu wyjściowego w celu poprawy warunków życia. Te ostatnie są definiowane jako stan zaspokojenia wszelkich potrzeb wynikających z otoczenia (środowiska), życia i działania. Do mierników, które mogą służyć wartościowaniu tych warunków zaliczany jest poziom życia i jakość życia (Liszewski 2004).

Analiza jakości życia obywateli jest więc konieczna i potrzebna, ponieważ jest kryterium racjonalności procesów gospodarowania i polityki gospodarczej państwa. Zainteresowanie badawcze tą problematyką to także efekt refleksji nad korzyściami i zagrożeniami jakie niesie dla człowieka postęp cywilizacyjny. Podaje się bowiem analizie nie tylko poziom materialny życia, ale stan emocjonalny, psychiczny, duchowy czy moralny człowieka, który korzysta z różnych dobrodziejstw cywilizacji, ale także cierpi z powodu niekorzystnych zjawisk związanych z rozwojem społeczno-ekonomicznym (np. zanieczyszczenie środowiska).

¹ Zwracali na to uwagę już w starożytności Platon, a potem Arystoteles, którzy twierdzili, że zadaniem państwa jest raczej czynić ludzi szczęśliwymi niż spełniać ich zachcianki. W czasach nowożytnych problem ten podejmowali E. Durkheim i J. Mill, według których testem jakości pracy państwa (rządu, władzy) jest jakość życia ich obywateli (Ostasiewicz 2004).

Według szacunków WHO, w latach 2000–2050 populacja ludzi w wieku 60 lat i więcej potroi się (z 600 mln do 2 mld). Problem starzejących się społeczeństw dotyka wszystkie kraje, ale najbardziej jest widoczny w państwach słabo rozwiniętych – tam liczba ludzi starszych wzrośnie z 400 mln w 2000 roku do 1,7 mld w 2050 roku. Ta zmiana demograficzna będzie miała znaczący wpływ na zdrowie publiczne. Zachowanie dobrego zdrowia w przypadku starszych ludzi jest niezwykle ważne, jeśli mają oni pozostać niezależni i być aktywnymi członkami swoich rodzin i społeczności (*World report on ageing and health* 2015).

W artykule dokonano przeglądu wybranych stanowisk zawartych w dokumentach organizacji i instytucji międzynarodowych, unijnych i krajowych, które odnoszą się do szeroko pojmowanej jakości życia ludzi, w tym osób starych. Dokumenty te mają charakter zarówno prawa „twardego”, jak i „miękkiego” i zawierają rozwiązania zmierzające do poprawy ich jakości życia. Szczególną uwagę zwrócono na dokumenty strategiczne i opracowania odnoszące się do stanu zdrowia, które jest bardzo istotnym czynnikiem warunkującym jakość życia osób w podeszłym wieku. Należy podkreślić, że w opracowaniu zaprezentowano wytyczne i rozwiązania widniejące w dokumentach programowych, które nie zawsze były i są, z różnych powodów, w pełni realizowane.

1.2. STANOWISKO ORGANIZACJI NARODÓW ZJEDNOCZONYCH

Prawa człowieka zostały formalnie uznane za jeden z priorytetów społeczności międzynarodowej ponad 70 lat temu, w grudniu 1948 roku, kiedy przyjęto Powszechną Deklarację Praw Człowieka. Zyskały one wówczas miano uniwersalnych zasad obejmujących wszelkie aspekty życia ludzkiego. Ostatecznie prawa człowieka – obywatelskie, polityczne, ekonomiczne, społeczne i kulturalne – zostały ujęte w formie dwóch dokumentów Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich (Osobistych) i Politycznych oraz Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych². Oba Pakty zostały przyjęte w 1966 roku i weszły w życie w roku 1976. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich (Osobistych) i Politycznych oraz Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych wraz z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka, tworzą Międzynarodową Kartę Praw Człowieka³ (*Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, <http://www.unic.un.org.pl/>).

² Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich (Osobistych) i Politycznych ratyfikowało 168 państw, natomiast Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ratyfikowało 150 państw, https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-4&chapter=4&lang=en (dostęp: 21.07.2015).

³ Karel Vasak francuski prawnik pod koniec lat 70. zaproponował wyodrębnienie praw człowieka i podział ich na trzy generacje (kategorie). Prawa I generacji to podstawowe (fundamentalne), wynikające z natury ludzkiej, niezależne od stanu prawnego obowiązującego w państwie (prawa związane z egzystencją ludzką, wolnością światopoglądu, egzystencją prawną człowieka oraz prawa obywatelskie). Prawa II generacji to prawa

W dokumentach ONZ odnajdujemy odniesienia do praw człowieka w zakresie stopy życiowej i poziomu życia.

Artykuł 25, p. 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka stanowi:

Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny.

W artykule 11 p. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych czytamy:

Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do odpowiedniego poziomu życia dla niego samego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież i mieszkanie oraz do stałego polepszania warunków bytowych. Państwa Strony podejmą odpowiednie kroki w celu zapewnienia realizacji tego prawa, uznając w tym celu zasadnicze znaczenie współpracy międzynarodowej opartej na zasadzie dobrowolności.

Prawa człowieka są uniwersalnymi zasadami wolności i uprawnień jednostek i grup, które są chronione przez prawo. Należą do nich prawa obywatelskie i polityczne takie, jak prawo do życia, a także prawa społeczne, gospodarcze i kulturalne, które obejmują prawa do zdrowia, ubezpieczeń społecznych i mieszkań. Prawa człowieka nie mogą być odebrane ze względu na wiek lub stan zdrowia danej osoby. Artykuł 1 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych zakazuje dyskryminacji ze względu na status jednostki, w tym wiek (*International Covenant...* 1966). Z definicji, prawa człowieka mają zastosowanie do wszystkich osób, w tym osób starszych, nawet gdy nie ma bezpośredniego odniesienia w tekście do starszych grup wiekowych lub starzenia.

Problemy warunków życia ludzi zostały uwzględnione w Raporcie Milenijnym Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych podczas sesji 27 marca 2000 roku. W piątej części Raportu *W trosce o przyszłe warunki życia na Ziemi* zapisano:

W naszych działaniach musimy zawsze stawiać na pierwszym planie dobro ludzi. To najważniejsza zmiana, jaka musi nastąpić w naszym myśleniu i postępowaniu. Nie ma bardziej szlachetnego i odpowiedzialnego zadania niż tworzenie warunków umożliwiających mężczyznom, kobietom i dzieciom w miastach i wioskach całego świata poprawę standardów życiowych. Dopiero wtedy, gdy zapoczątkujemy ten proces, będziemy pewni, że globalizacja staje się naprawdę powszechna i może dać szansę wszystkim mieszkańcom globu.

ekonomiczne, socjalne i kulturalne, zapewniają jednostce rozwój fizyczny, duchowy i bezpieczeństwo socjalne. Nakładają na państwo obowiązki ekonomiczne i socjalne wobec obywatela. Źródłem praw II generacji jest m.in. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych z 1966 roku. Prawa III generacji to prawa kolektywne, solidarnościowe, czyli uprawnienia przysługujące grupom, zbiorowościom, narodom, odnoszące się do jakości ich życia (Michałowska 2007).

Podczas Szczytu Zrównoważonego Rozwoju, który odbył się w Nowym Jorku w dniach 25–27 września 2015 roku kraje przyjęły nową Agendę na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030. Dokument ten inaczej Agenda na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030 (inaczej *Agenda Post-2015*) jest planem rozwoju dla świata, zakładającym w perspektywie do 2030 roku eliminację ubóstwa, godne życie dla wszystkich ludzi oraz zapewnienie pokoju. Agenda Rozwoju zastępuje przyjęte w 2000 roku *Milenijne Cele Rozwoju* (*Millenium Development Goals*), których ostateczny termin realizacji został wyznaczony na rok 2015.

Agenda zawiera 17 Celów Zrównoważonego Rozwoju (*Sustainable Development Goals*) oraz powiązanych z nimi 169 zadań (*targets*), monitorowanych odpowiednimi wskaźnikami. Zarówno Agenda, jak i cele i zadania mają powszechny charakter, bowiem dotyczą zarówno krajów rozwijających się, jak i rozwiniętych. Dotyczą one wszystkich ludzi, w centrum uwagi znajdują się takie kwestie, jak poprawa jakości życia ludzi, ochrony socjalnej i środowiska, w którym żyją. W celu nr 3 zapisano zadanie dotyczące zapewnienia życia w zdrowiu oraz promocję dobrobytu dla wszystkich ludzi w każdym wieku.

W raporcie *World Report on Ageing and Health* z 2015 roku podkreślono, że od połowy XX wieku podejmowano wiele działań skierowanych na ochronę praw człowieka, w tym również ludzi starszych. Świadectwem tego jest wydanie kilku międzynarodowych traktatów i dokumentów odnoszących się do starzenia się i starszych osób, w których zapisano wolność od dyskryminacji starszych kobiet, starszych migrantów i osób starszych z niepełnosprawnością.

Wyrazem zainteresowania problematyką osób starszych w wymiarze międzynarodowym od połowy XX wieku były liczne spotkania i fora dyskusyjne w znacznym stopniu inicjowane i nadzorowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych. Efektem kolejnych spotkań były ustalenia dotyczące strategii działań mających na celu rozwiązywanie najważniejszych problemów osób starszych. Pierwsze forum dyskusyjne z inicjatywy ONZ poświęcone problemom starzenia się ludności w wymiarze światowym odbyło się w Argentynie w 1948 roku, drugie zostało zwołane na Malcie w 1969 roku. Opublikowany w 1950 roku raport *Welfare of the Aged: Old Age Rights* nie spowodował podjęcia dalszych działań w kierunku rozwiązywania kwestii osób starszych, ponieważ w połowie ubiegłego wieku starzenie się ludności nie było traktowane jeszcze jako ważny problem społeczny (Mikołajczyk 2012).

Jednak przejawy i następstwa zmian demograficznych na świecie zaczęły niepokoić i absorbować organizatorów życia gospodarczego oraz organizacje międzynarodowe, w tym także ONZ. Kolejne posiedzenie zwołane przez ONZ odbyło się w Wiedniu w 1982 roku. Było to Pierwsze Światowe Zgromadzenie na Temat Osób Starszych. Efektem obrad wiedeńskich był raport określający międzynarodowy plan działania dotyczący problemów starszego pokolenia oraz *Deklaracja Zasad Narodów Zjednoczonych*, zwana także *Deklaracją Wiedeńską*,

w odniesieniu do ludzi starszych. Plan wiedeński zachęcał do regionalnej i globalnej współpracy oraz zawierał 62 zalecenia dla krajów członkowskich dotyczące działań na rzecz osób starszych (Golinowska, Mazurkiewicz 1999).

W 1991 roku, czyli w dziewięć lat po zaaprobowaniu Planu Wiedeńskiego, Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych. Zasady określone w *Deklaracji* dotyczyły następujących pięciu kwestii: niezależności ludzi starszych, współdecydowania, opieki, samorealizacji i godności (Studen 2011).

Zgodnie z zasadą niezależności osoby starsze powinny mieć prawo do odpowiedniego zaopatrzenia, życia w warunkach, które zapewniają bezpieczeństwo i mogą być dostosowane do indywidualnych preferencji, prawo do opieki zdrowotnej, możliwości powiększania dochodów, możliwości podejmowania pracy oraz współdecydowania o jej zaprzestaniu, możliwości dokształcania oraz korzystania z różnych programów edukacyjnych i szkoleniowych podnoszących jakość życia, a także możliwość zamieszkania w domu rodzinnym tak długo, jak długo jest to możliwe. W myśl zasady uczestnictwa osoby starsze powinny utrzymywać bliską więź ze społeczeństwem, brać aktywny udział w formułowaniu i realizacji programów, które mają bezpośredni wpływ na ich warunki bytowe, powinny dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem z młodszym pokoleniem, powinny mieć możliwość korzystania z różnych form służby na rzecz swoich środowisk oraz zatrudnienia w charakterze wolontariuszy w zakresie zgodnym z zainteresowaniami i możliwościami, powinny także mieć możliwość zakładania organizacji lub stowarzyszeń. Zasada opieki stanowi, że osobom starszym należy się opieka ze strony rodziny i społeczeństwa oraz ochrona zgodna z systemem wartości kulturowych poszczególnych narodów. Osoby starsze powinny mieć: dostęp do opieki medycznej służącej utrzymaniu lub odzyskaniu optymalnego poziomu aktywności fizycznej i umysłowej, jak również zapobieganiu chorobom; dostęp do usług socjalnych i prawnych dla umocnienia swojej niezależności i odpowiedniej ochrony oraz opieki; mieć możliwość korzystania z właściwych form opieki instytucjonalnej zapewniającej rehabilitację zdrowotną i społeczną, umysłową aktywizację w otaczającym środowisku; możliwość korzystania z praw człowieka i podstawowych swobód w trakcie przebywania w instytucjach zapewniających schronienie, opiekę lub pomoc medyczną – poszanowaniem ich godności, przekonań, potrzeb, prywatności, a także prawa do decydowania o formie opieki i jakości swojego życia. Zasada samorealizacji stanowi o stwarzaniu osobom starszym możliwości ich dalszego rozwoju osobowego, duchowego i intelektualnego, możliwości dostępu do dóbr kulturalnych, edukacyjnych, duchowych i rekreacyjnych. Ostatnia z wymienionych zasad – godności dotyczy prawa ludzi starszych do szacunku, sprawiedliwego traktowania oraz poszanowania ich wartości i godności niezależnie od stanu zdrowia czy zasobów materialnych (Golinowska, Mazurkiewicz 1999).

W 1990 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ wyznaczyło dzień 1 października każdego roku jako Międzynarodowy Dzień Osób Starszych. W 1992 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ, chcąc zwrócić uwagę na położenie osób starszych, zmagających się z wieloma trudnymi problemami zdrowotnymi i cywilizacyjnymi, ustanowiło rok 1999 Międzynarodowym Rokiem Osób Starszych. Jego podstawę programową stanowiła Deklaracja Wiedeńska, promująca działania praktyczne na rzecz osób starszych w wymiarze międzynarodowym. Działania związane z organizacją Międzynarodowego Roku Osób Starszych wspierały międzynarodowe organizacje pozarządowe: Organizacja Narodów Zjednoczonych do Spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO), Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (WHO), Międzynarodowe Stowarzyszenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku (AIUTA). Tematem przewodnim obchodów Międzynarodowego Roku Osób Starszych była koncepcja społeczeństwa przyjaznego ludziom w każdym wieku, która dotyczyła: indywidualnego rozwoju człowieka w okresie całego życia, integracji wielopokoleniowej, wzajemnych relacji pomiędzy starzeniem się społeczeństw a rozwojem i sytuacją osób starszych (Mikołajczyk 2012).

Drugie Światowe Zgromadzenie na Temat Starzenia się Społeczeństw odbyło się w 2002 roku w Madrycie. Jego efektem było opracowanie Międzynarodowej Strategii Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw, uwzględniające następujące kwestie: zapewnienie bezpiecznej starości poprzez eliminację ubóstwa, stworzenie osobom starszym możliwości uczestnictwa w życiu społecznym i politycznym. Konieczne także stały się: dbałość o łagodne przechodzenie na emeryturę i umożliwienie pracy stosownie do potrzeb, zapobieganie dyskryminacji na rynku pracy; umożliwienie indywidualnego rozwoju i udziału w ustawicznym kształceniu, wykorzystanie nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych w celu włączenia osób starszych w rynek pracy, równe traktowanie kobiet i mężczyzn przez systemy społeczne (dotyczy to m.in. uprawnień emerytalnych), stworzenie systemów opieki zdrowotnej i pomocy. W Międzynarodowej Strategii Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw wyznaczono trzy priorytetowe kierunki działania:

- starość i rozwój,
- promowanie zdrowia i dobrostanu w okresie starzenia się,
- kształtowanie dostępnego, umacniającego i wspierającego środowiska (*Sprawozdanie z drugiego światowego zgromadzenia na temat starzenia się społeczeństw* 2002).

1.3. STANOWISKO UNII EUROPEJSKIEJ

Pierwsze inicjatywy Unii Europejskiej związane ze starzejącym się społeczeństwem i starymi mieszkańcami krajów europejskich dotyczyły włączenia się w istniejące już propozycje organizacji międzynarodowych. Była to

np. współpraca od 1980 roku Komisji Europejskiej z Funduszem Ludnościowym ONZ oraz Narodowym Amerykańskim Instytutem ds. Starzenia. Polegała ona na prowadzeniu badań nad procesem starzenia się ludności w krajach europejskich. Zaowocowało to w latach 90. rozpoczęciem wspólnego projektu *Dynamics of Population Ageing*, w którym wykorzystano dane ze spisów ludnościowych przeprowadzonych w krajach europejskich, w tym także postradzieckich. Celem badań było ustalenie zaawansowania procesu starzenia się ludności w krajach europejskich.

Zainteresowanie Unii sprawami socjalnymi zapoczątkowało stanowisko Wspólnoty wobec osób starszych. Początkowo inicjatywy dotyczyły wyrównywania standardów socjalnych i praw pracowniczych, jak np. Socjalna Karta Pracowników (1989) i Porozumienie o Wspólnej Polityce Społecznej uzupełniające Układ z Maastricht (1992).

W ramach badawczej działalności Unii podjętych zostało wiele projektów i programów obejmujących studia nad starzeniem i osobami starszymi. Istotnym przedsięwzięciem był podjęty w Unii w 1991 roku projekt *Obserwacja procesu starzenia i osób starszych*, którego celem był ciągły monitoring procesu starzenia w krajach unijnych. Do innych inicjatyw początku lat 90. zaliczyć należy:

- program SENECA (badania nad sposobem żywienia osób starszych),
- program HELIOS (pomoc osobom starszym oraz niepełnosprawnym w uzyskaniu pełnej niezależności w społeczeństwie),
- program TIDE (maksymalizacja korzyści dla ludzi niepełnosprawnych i seniorów wynikająca z postępu technologicznego).

W kolejnych latach (1993–1994) przyjęto Białą Księgę na temat wzrostu konkurencyjności i zatrudnienia i Zieloną Księgę – Europejska polityka społeczna – alternatywy dla Unii. Oprócz postulatów wzmocnienia polityki społecznej, bodaj po raz pierwszy zwrócono w nich uwagę na starzenie się społeczeństw europejskich i na konieczność uwzględnienia ludzi starszych w życiu społecznym. Tak jak w innych politykach przyjęto zasadę subsydiarności. W Traktacie Amsterdamskim (1997) podtrzymano stanowisko wobec wspólnotowej polityki społecznej, konsekwentnie w Traktacie Nicejskim (2000), a w Traktacie ustanawiającym Wspólnotę Europejską (Traktat Lizboński 2009) wyszczególniono następujące cele: promowanie zatrudnienia, poprawę warunków życia i pracy tak, aby umożliwić ich wyrównanie z jednoczesnym zachowaniem postępu, odpowiednią ochronę socjalną, dialog między partnerami społecznymi, rozwój zasobów ludzkich pozwalający podnosić i utrzymać poziom zatrudnienia oraz przeciwdziałanie wykluczeniu⁴. Można podkreślić w tym miejscu, że autorzy artykułu odwołali się w nim także do innego dokumentu europejskiego – *Europejskiej Karty Społecznej Rady Europy*, przyjętej już w 1961 roku. Zakazuje ona wszelkiej dyskryminacji, w katalogu nie wymieniono jednak wieku. Ponownie zapisy jedynie pośrednio

⁴ Art. 151.

odnoszą się do ludzi starszych. Kwestia dyskryminacji była także fundamentalnym zapisem *Traktatu Lizbońskiego*. Artykuł 10 brzmi:

Przy określaniu i realizacji swoich polityk i działań Unia dąży do zwalczania wszelkiej dyskryminacji ze względu na płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną⁵.

Zapisy dotyczące osób starszych odnaleźć można w dołączonej do *Traktatu Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej*⁶. Po pierwsze wprowadza⁷ ona zasadę niedyskryminowania, w tym ze względu na wiek, po drugie uznaje prawa osób w podeszłym wieku (art. 21). Artykuł 25 mówi: „Unia uznaje i szanuje prawa osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym”. Ponadto podeszły wiek wymieniony został także w katalogu przypadków, w których Unia gwarantuje zabezpieczenia i świadczenia społeczne (art. 34) – A. Janiszewska, E. Klima (2015).

Do tej pory chyba najbardziej spektakularnym wydarzeniem przeprowadzonym pod patronatem Komisji Europejskiej był *Europejski Rok 2012 Aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej*. Komisja Europejska mówiąc o celu tej inicjatywy wskazywała przede wszystkim na konieczność podniesienia świadomości Europejczyków na temat wkładu ludzi starszych w życie społeczeństw. Aktywność rozumiana była jako: zatrudnienie, zaangażowanie społeczne i niezależność. Rok Europejski wpisywał się w inicjatywy Europejskiego programu walki z ubóstwem w latach 2010–2012. W latach 2013–2015 zaplanowano i realizuje się kolejne działania. Należą do nich: promowanie celowych wydatków z EFS skierowanych m.in. do osób starszych, wymiana turystyczna Calypso (tzw. turystyka socjalna) oraz innowacje społeczne w zakresie aktywnego starzenia⁸.

1.4. STANOWISKO ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Raport Marca Lalonde’a opublikowany w roku 1974 zainicjował nową erę postrzegania zdrowia publicznego proponując szersze rozumienie zdrowia jako stanu, który nie może być osiągalny dla większości populacji tylko przez koncentrację funduszy dla poszerzania infrastruktury i świadczeń medycyny naprawczej.

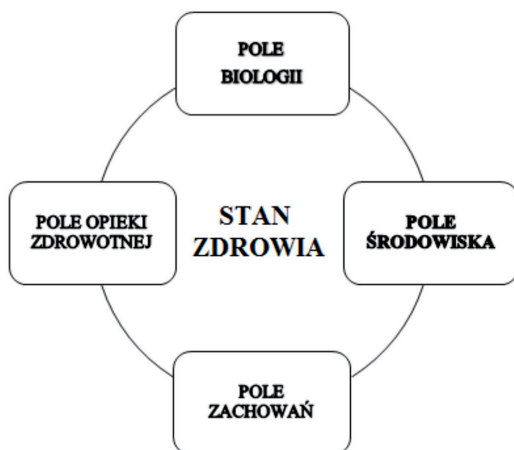
⁵ Dz.U., 2009, nr 203, poz. 1569, *Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską*, sporządzony w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 roku, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20092031569> (dostęp: 21.07.2015).

⁶ Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej podpisano w Nicei w 2000 roku, powtórnie z małymi zmianami została przyjęta na szczycie w Lizbonie. Traktat Lizboński nadaje jej moc wiążącą.

⁷ W Polsce, Czechach i Wielkiej Brytanii Karta nie została podpisana.

⁸ *European platform against poverty and social exclusion*, European Commission, 2013.

Punktem wyjścia dla koncepcji obszarów zdrowia Marca Lalonde’a była następująca definicja zdrowia: zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną. M. Lalonde wyróżnił następujące grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności, czyli obszary zdrowia: obszar biologii i genetyki, zachowań i stylu życia, środowiskowy (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz obszar organizacji systemu ochrony zdrowia (rys. 1). Według koncepcji Lalonde’a największy wpływ na stan zdrowia ma pole zachowań/styl życia – np. aktywność fizyczna, dieta, używki, zachowania seksualne, sposób spędzania wolnego czasu.



Rys. 1. Pola zdrowia Lalonde’a

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Lalonde (1974, s. 33)

W maju 1977 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję WHO wskazującą, że głównym celem ŚOZ i jej państw członkowskich w najbliższych dekadach powinno być uzyskanie przez wszystkich obywateli świata takiego poziomu zdrowia, który umożliwiłby im prowadzenie ekonomicznie i społecznie produktywnego życia (*will permit them to live a socially and economically productive life*). Te działania ŚOZ oraz rezolucja Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z listopada 1977 roku określająca zdrowie jako jeden z zasadniczych elementów rozwoju ludzkości stworzyły podstawę i dały impuls do wielu globalnych, regionalnych i krajowych przedsięwzięć realizowanych pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” (*Health for All by the Year 2000* – skrótowo HFA 2000). Strategia HFA 2000 stanowiła kompleksowy program WHO i państw członkowskich, którego główne kierunki były następujące:

- propagowanie i upowszechnianie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu;
- zmniejszenie częstości występowania chorób i zaburzeń zdrowia, którym można zapobiegać przez obniżanie poziomu czynników ryzyka i ochronę środowiska;
- zapewnienie (podstawowej) opieki zdrowotnej, która byłaby odpowiednia do potrzeb, dostępna i akceptowana przez wszystkich (Wysocki, Miller 2003).

W listopadzie 1986 roku odbyła się w Ottawie pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia, która zakończyła się opublikowaniem tzw. Karty Ottawskiej (*Ottawa...* 1987). Uczestnicy tego spotkania nawiązując do Strategii HFA podkreślili, że wyniki konferencji są ich udziałem w ruchu na rzecz Nowego Zdrowia Publicznego, którego jednym z podstawowych elementów powinna być promocja zdrowia. Karta Ottawska precyzowała podstawowe uwarunkowania zdrowia; wskazywała kierunek działań promocji zdrowia oraz metody ich realizacji. Jako warunki podstawowe dla osiągnięcia zdrowia wskazano: zapewnienie pokoju i bezpieczeństwa, dostęp do edukacji, zaopatrzenie w wodę i żywność, zabezpieczenie środków do życia, utrzymanie stabilnego ekosystemu oraz zagwarantowanie sprawiedliwości i równości społecznej. Kierunkami działań rekomendowanymi jako podstawowe w utrzymaniu pożądanych standardów zdrowia były: tworzenie i ochrona warunków niezbędnych do utrzymania zdrowia, umożliwianie działań niezbędnych dla rozwijania potencjału zdrowotnego oraz pośredniczenie w godzeniu różnych interesów w imię nadrzędnego interesu, jakim jest ochrona zdrowia.

Światowa Deklaracja Zdrowia została przyjęta przez światową społeczność zajmującą się problematyką zdrowotną na XXXI Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 roku. W ramach Zdrowie 21 – *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* wyznaczono 21 celów polityki zdrowotnej Krajów Członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia. Jeden z nich bezpośrednio odnosił się do zdrowia ludzi starszych: do 2020 roku ludzie w wieku powyżej 65 lat powinni mieć możliwość cieszenia się pełnym potencjałem zdrowotnym oraz spełniać czynną rolę w społeczeństwie.

Pod koniec lat 90. XX wieku Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła w sferę polityki i gospodarki koncepcję aktywnego starzenia się (*active ageing*). Stanowi ona próbę nowego ujęcia procesu starzenia się i starości. Kształtuje nowy wizerunek osoby starszej (Kalachea, Kickbusch 1997). Aktywne starzenie się jest procesem optymalizacji szans zdrowotnych oraz związanych z uczestnictwem i bezpieczeństwem, w celu polepszenia jakości życia, kiedy ludzie się starzeją (*Active ageing...* 2002). Oznacza zachowanie sprawności fizycznej i możliwości wykonywania pracy zawodowej przez osoby starsze możliwie jak najdłużej, a także ich czynny udział w życiu społecznym, ekonomicznym, kulturowym i cywilnym.

Nowa, powszechna polityka *Zdrowie 2020* została uzgodniona w 2012 roku przez 53 państwa członkowskie Europejskiego Regionu światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Wspólnie ustalone cele zakładają:

- znaczącą poprawę stanu zdrowia i dobrostanu ludności,
- zmniejszenie nierówności zdrowotnych,
- wzmocnienie zdrowia publicznego,
- zapewnienie systemów ochrony zdrowia zorientowanych na pacjenta, które są powszechne, równe, trwałe i wysokiej jakości.

Polityka *Zdrowie 2020* przewiduje cztery priorytetowe obszary działań:

- inwestowanie w zdrowie w oparciu o podejście uwzględniające uwarunkowania zdrowia w cyklu życia i upodmiotowienie człowieka,
- zapobieganie i zwalczanie chorób niezakaźnych i zakaźnych będących istotnym wyzwaniem zdrowotnym w Europejskim Regionie WHO,
- wzmocnienie systemów ochrony zdrowia zorientowanych na człowieka, zdolności zdrowia publicznego i reagowania na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowych, systemów nadzoru i reagowania,
- budowanie elastycznych i adaptujących się do zmieniających się warunków życia społeczności i środowisk wspierających zdrowie.

Każdego roku 7 kwietnia obchodzony jest Światowy Dzień Zdrowia. Światowy Dzień Zdrowia to globalna kampania, zachęcająca wszystkich do skoncentrowania się na jednym, wybranym problemie zdrowia, którego skutki odczuwalne są w skali całego świata. Skupiając się na nowych, dopiero pojawiających się kwestiach zdrowotnych, Światowy Dzień Zdrowia daje możliwość rozpoczęcia zbiorowych działań na rzecz ochrony zdrowia i dobrostanu ludzi. W 2012 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła Dzień pod hasłem „Starzenie się i Zdrowie. Więcej Zdrowia i Więcej Życia”.

Wspieranie dobrego stanu zdrowia w całym cyklu życia przynosi zysk w postaci zwiększającej się średniej długości życia w zdrowiu oraz długości życia, co przekłada się na istotne korzyści społeczno-ekonomiczne i indywidualne. Zachodzące w wielu krajach zmiany demograficzne powodują konieczność wdrożenia strategii cyklu życia, która ma nadać priorytet nowym podejściom i metodom promowania zdrowia i profilaktyki chorób. Poprawa poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu rozpoczyna się w życiu płodowym i w okresie wczesnego rozwoju dziecka. Zdrowe dzieci lepiej się uczą; zdrowi dorośli są bardziej produktywni; zdrowe starsze osoby mogą nadal aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym. Zdrowe i aktywne starzenie się stanowi ważny priorytet dla polityki, jak również prowadzonych badań. W przypadku osób starszych korzystne dla zdrowia i jakości życia będą różnorodne inicjatywy na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się (*Zdrowie... 2012*).

1.5. KRAJOWE STRATEGIE I PROGRAMY A JAKOŚĆ ŻYCIA LUDZI STARYCH

1.5.1. Krajowe dokumenty strategiczne

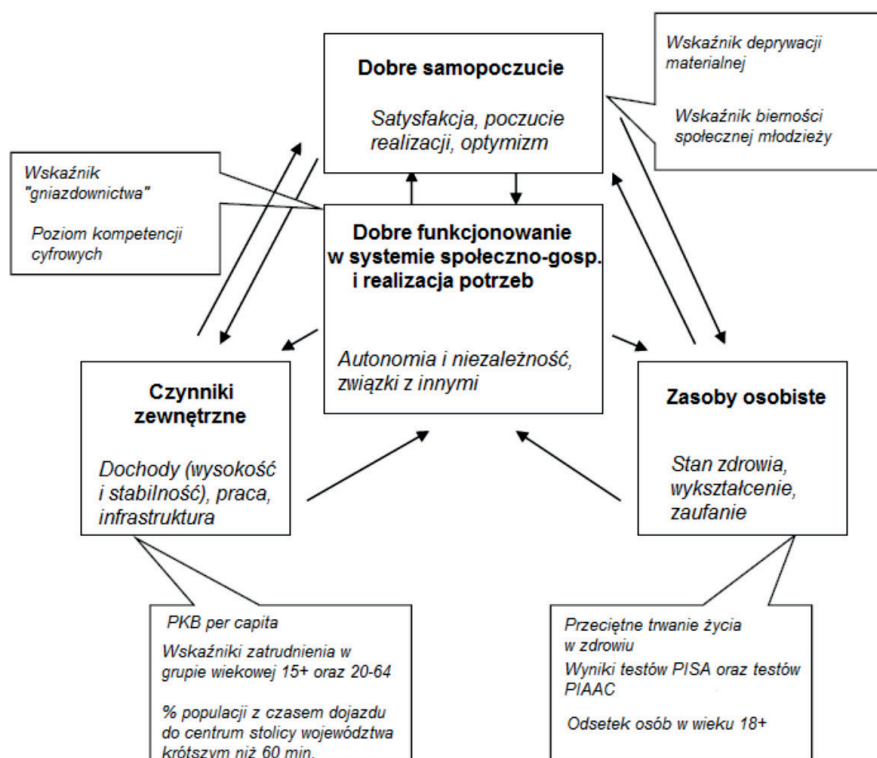
Do dokumentów strategicznych, na podstawie których prowadzona jest polityka rozwoju naszego kraju należą: długookresowa strategia rozwoju kraju – DSRK (*Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*), określająca główne trendy, wyzwania oraz koncepcję rozwoju kraju w perspektywie długookresowej, średniookresowa strategia rozwoju kraju – ŚSRK (*Strategia Rozwoju Kraju 2020*) – najważniejszy dokument w perspektywie średniookresowej, określający cele strategiczne rozwoju kraju do 2020 roku, kluczowy dla określenia działań rozwojowych, w tym możliwych do sfinansowania w ramach przyszłej perspektywy finansowej UE na lata 2014–2020 oraz 9 zintegrowanych strategii służących realizacji założonych celów rozwojowych.

Celem *Polski 2030. Trzeciej fali nowoczesności. Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju* jest przyspieszenie procesu modernizacji Polski. Modernizacja ta rozumiana jest szeroko, nie tylko jako mechanizm służący wzrostowi poziomu jakości życia ludzi, ale jako całościowy projekt cywilizacyjny wykraczający poza sferę czysto materialną i obejmujący takie wymiary, jak poziom wykształcenia obywateli, ich stan zdrowia czy zasoby kapitału społecznego i mający zastąpić wyzwania poprzednich dwudziestu lat transformacji ustrojowej.

Poprawa jakości życia jako celu rozwoju Polski jest konsekwencją kompleksowego rozumienia tego terminu jako *well-being*. W *Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju* dobrostan dotyczy różnych obszarów życia:

- długości życia w ogóle,
- długości życia w zdrowiu (co wiąże się z poprawą stanu zdrowia Polaków jako rezultatu międzysektorowych działań prozdrowotnych, a w szczególności sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia),
- większej satysfakcji z wykonywania pracy,
- lepszych warunków łączenia kariery zawodowej z życiem prywatnym i rodzinnym,
- sprawnej sieci bezpieczeństwa socjalnego nastawionej na pomoc, której celem jest zwiększenie szans na aktywność społeczną i zawodową i dbałość o przeciwdziałanie różnym formom wykluczenia,
- dostępności dóbr i usług publicznych (zdefiniowanych, standaryzowanych, efektywnie dostarczanych) bez względu na status rodzinny i miejsce zamieszkania,
- otwartych warunków uczestnictwa w życiu publicznym,

- bezpieczeństwa dochodów na starość,
- środowiskowego poczucia równowagi w odniesieniu do warunków krajobrazowych, naturalnego stanu otoczenia oraz żywności,
- udziału w kulturze (co jest ważne dla prorozwojowego potencjału kreatywności),
- poczucia satysfakcji z życia (rys. 2).



Rys. 2. Determinanty subiektywnego dobrostanu jednostki i wybrane wskaźniki je opisujące

Źródło: Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju, 2013, Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Warszawa

Dokument *Polska 2030* podkreśla, że realizacja założonych celów będzie możliwa dzięki powiązaniom między różnymi czynnikami i zjawiskami:

Z jednej strony konsekwencją zmian demograficznych, w szczególności starzenia się społeczeństwa, będą nowe wyzwania w obszarze zdrowia, wymagające ponoszenia wyższych nakładów na system ochrony zdrowia (przy potrzebie efektywniejszej niż obecnie dystrybucji środków całościowo przeznaczanych na zdrowie przez podatników). Z drugiej natomiast strony, procesy demograficzne będą pozwalały zwiększać nakłady na edukację *per capita* i poprawiać jakość usług edukacyj-

nych bez wzrostu strumienia finansowego, gdyż w efekcie procesów demograficznych i obniżonej dzietności, zmniejszy się liczba odbiorców tych usług. W efekcie poprawa jakości życia osiągnąta będzie różnymi sposobami” (*Polska 2030...* 2013, s. 43).

Celem głównym *Strategii Rozwoju Kraju 2020* (średniookresowej) jest wzmocnienie i wykorzystanie gospodarczych, społecznych i instytucjonalnych potencjałów zapewniających szybszy i zrównoważony rozwój kraju oraz poprawę jakości życia ludności (*Strategia...* 2012). Autorzy *Strategii* wskazują na rozwarstwienie społeczne, przebiegające w wielu wymiarach: dochodowym, generacyjnym, zdrowotnym, edukacyjnym, warunków mieszkaniowych, jak też terytorialnym. Bowiem zróżnicowanie warunków życia i dochodów ludności w Polsce ma wyraźny wymiar przestrzenny. Podstawowe osie dysproporcji dotyczą różnic między regionami południowo-zachodnimi a północno-wschodnimi oraz między obszarami metropolitalnymi a pozostałymi jednostkami osadniczymi.

W dokumencie podkreślono, że sytuacja demograficzna kształtuje ważne determinanty rozwoju gospodarczego: potencjalny popyt konsumpcyjny i potencjalną podaż zasobów pracy. Zwraca się także uwagę na fakt, że rynek pracy będzie ulegał dalszym przekształceniom nie tylko ze względu na starzenie się ludności Polski i pogarszającą się strukturę zasobów pracy. Starzenie się ludności Polski to także poważne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia – konieczne będzie m.in. dopasowanie podaży usług zdrowotnych do zmieniającego się, z uwagi na uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne, popytu oraz wprowadzenie rozwiązań systemowych w zakresie opieki farmaceutycznej osób starszych.

Wyzwania jakie stoją przed Polską w zakresie rozwoju kapitału ludzkiego obejmują poprawę sytuacji demograficznej, a jednocześnie zmiany systemu funkcjonowania państwa wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Do najważniejszych zadań polityki państwa w obszarze rozwoju kapitału ludzkiego obejmującego ludzi starych należą: zwiększenie liczby lat przeżywanych w zdrowiu oraz wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności zawodowej i społecznej (*Strategia...* 2013).

Podstawowym dokumentem odnoszącym się do zdrowia publicznego w Polsce jest Narodowy Program Zdrowia, który jest ustanawiany w drodze rozporządzenia Rady Ministrów zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym⁹. *Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* z maja 2015 roku wyznacza cele strategiczne i operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. Cele Projektu NPZ to przede wszystkim:

- wydłużenie życia Polaków,
- poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem,
- ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym, Dz.U., 2015, poz. 1916, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150001916> (dostęp: 20.03.2016).

Jednym z celów operacyjnych zapisanych w Projekcie NPZ jest utrzymanie i poprawa zdrowia osób starszych. Jest to odpowiedź na brak wyraźnej poprawy stanu zdrowia tej grupy wiekowej. Jak wykazały analizy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, po okresie poprawy wskaźników zdrowotności (średnia długość życia, śmiertelność w obszarze chorób cywilizacyjnych) nastąpił okres stagnacji, poprawa jeśli następuje to jest to wzrost ledwo zauważalny. Natomiast dystans od średniej europejskiej ciągle jest ogromny. Także w sferze subiektywnych ocen stanu zdrowia w grupie osób w wieku 70 lat i więcej poprawa jest minimalna – zaledwie 2% (*Projekt...* 2015).

1.5.2. Polityka senioralna w Polsce – przykłady¹⁰

Przykładem pokazującym zaangażowanie państwa w sprawy ludzi w podeszłym wieku jest polityka senioralna. Polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się. *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* (ZDPS) są wykonaniem zobowiązania przewidzianego w *Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013* (Program ASOS). Program ASOS jest pierwszym ogólnopolskim programem przygotowanym na taką skalę, przeznaczonym dla osób starszych oraz współpracy międzypokoleniowej. Realizacja Programu ASOS pozwoliła na stworzenie podstaw polityki senioralnej w Polsce (polityki dotyczącej osób starszych oraz dla osób starszych).

W pracach nad założeniami polityki senioralnej wykorzystano koncepcję aktywnego starzenia się, które jest definiowane jako proces umożliwiający zarówno jednostkom, jak i grupom społecznym zagospodarowanie ich potencjału z perspektywy całego życia, zachowania zarówno dobrostanu psychicznego i fizycznego, jak i aktywności zawodowej, społecznej oraz niezależności i samodzielności.

Główne zidentyfikowane wyzwania dla polityki senioralnej, wokół których wypracowano kierunki interwencji, to:

- zwiększający się udział osób starszych w populacji i przygotowanie się na wiele społecznych i ekonomicznych konsekwencji tego zjawiska,
- wydłużenie okresu aktywności zawodowej,
- włączenie potencjału osób starszych w obszar aktywności społecznej i obywatelskiej,
- zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające osobom pracującym w wieku 50+ na godzenie życia zawodowego z rodzinnym (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi)¹¹.

¹⁰ Fragment ten pochodzi z opracowania A. Janiszewska (2015, s. 227–245).

¹¹ *Uchwała nr 238 RM z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020*, Dz. Urz., 4 lutego 2014,

W ramach polityki senioralnej Rada Ministrów w dniu 17 marca 2015 roku przyjęła program wieloletni „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020. Celem strategicznym Programu jest wsparcie seniorów poprzez dofinansowanie działań jednostek samorządu terytorialnego w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior-WIGOR”¹², ze szczególnym uwzględnieniem jednostek samorządu, charakteryzujących się niskimi dochodami lub wysokim odsetkiem seniorów w populacji ogółem lub brakiem infrastruktury pomocy społecznej służącej do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania. Celem Programu jest w szczególności zapewnienie wsparcia seniorom (osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60+) poprzez umożliwienie korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywizacji, w tym oferty prozdrowotnej, obejmującej także usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej, w zależności od potrzeb stwierdzonych w środowisku lokalnym. W ramach Programu przewiduje się udostępnienie seniorom infrastruktury pozwalającej na aktywne spędzanie czasu wolnego, a także zaktywizowanie i zaangażowanie seniorów w działania samopomocowe i na rzecz środowiska lokalnego¹³.

1.6. PODSUMOWANIE

Ewolucja stanowisk zawartych w dokumentach międzynarodowych odnoszących się do jakości życia ludzi, w tym pośrednio do osób starszych jest wynikiem postępującego procesu starzenia na świecie od połowy ubiegłego wieku. W początkowym etapie starzenie się ludności objęło społeczeństwa krajów rozwiniętych gospodarczo. Współcześnie proces ten rozszerza się na kraje, których gospodarki rozwijają się i trudno jest im zapewnić wysoki poziom życia swoim obywatelom, w tym coraz większej grupie osób starszych.

Przegląd wybranych dokumentów społeczności międzynarodowej wskazuje, że problem poprawy jakości życia obywateli był podnoszony już od lat 50. ubiegłego wieku. Zwracano w nich uwagę na godziwe życie, zapewniające mieszkańcom naszego globu zaspokojenie podstawowych potrzeb egzystencjalnych. W ostatnim z przytaczanych dokumentów, tj. w *Agendzie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030* podnoszona jest kwestia promocji szeroko rozumianego

poz. 118, <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>, Oficjalna Strona Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (dostęp: 31.07.2015).

¹² Do 2020 roku Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przeznaczy 370 mln zł na utworzenie dziennych domów seniora. Planuje się, że w 2015 roku powstanie lub zostanie doposażonych ok. 100 placówek z ok. 20 miejscami dla seniorów każda.

¹³ <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/seniorzy/art,7245,senior-wigor-opieka-wiedza-aktywnosc.html>, Oficjalna strona Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (dostęp: 31.07.2015).

dobrobytu dla wszystkich ludzi w każdym wieku. Dużo miejsca w dokumentach organizacji i instytucji międzynarodowych i krajowych zajmuje kwestia stanu zdrowia osób starszych i jego poprawy. Szczególną uwagę zwraca się w tym przypadku na upowszechnianie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu.

Krajowe strategie i programy, z uwagi na rosnący udział osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce, także coraz więcej uwagi poświęcają na rozwiązania i działania skierowane dla osób starszych. Sytuacja demograficzna w naszym kraju niejako „wymusza” wprowadzanie do polityki społecznej nowych programów, które mają polepszać jakość życia osób starszych.

LITERATURA

- Active ageing. A policy framework*, 2002, World Health Organization, Madrid, http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf (dostęp: 1.06. 2015).
- Golinowska S., Mazurkiewicz P., 1999, *Ku godnej, aktywnej starości: Raport o Rozwoju Społecznym Polska 1999*, NHDR, Warszawa.
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 1966, ONZ, New York, <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf> (dostęp: 7.06.2015).
- Janiszewska A., 2015, *Polityka społeczna w Polsce a współczesne problemy demograficzne*, [w:] Maj J., Kwiatkiewicz P., Szczerbowski R. (red.), *Między ewolucją a rewolucją – w poszukiwaniu strategii energetycznej*, t. 1, Polityka – Gospodarka – Technika – Transport, Wydawnictwo Fundacja na Rzecz Czystej Energii, Poznań, s. 227–245.
- Janiszewska A., Klima E., 2015, *Polityka społeczna dla starzejących się społeczeństw krajów europejskich*, [w:] Maj J., Kwiatkiewicz P., Szczerbowski R. (red.), *Między ewolucją a rewolucją – w poszukiwaniu strategii energetycznej*, t. 1, Polityka – Gospodarka – Technika – Transport, Wydawnictwo Fundacja na Rzecz Czystej Energii, Poznań, s. 247–265.
- Kalachea A., Kickbusch I., 1997, *A global strategy for healthy ageing*, „World Health”, July–August 1997, s. 4–5.
- Lalonde M., 1974, *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Government of Canada, Ottawa.
- Liszewski S., 2004, *Rola i zadania geografii w badaniach zróżnicowania przestrzennych warunków życia mieszkańców miast. Założenia teoretyczne i program badań*, [w:] Jażdżewska I. (red.), *Zróżnicowanie warunków życia ludności w mieście*, XVII Konwersatorium Wiedzy o Mieście, Łódź.
- Mikołajczyk B., 2012, *Międzynarodowa ochrona praw osób starszych*, Monografie Lex, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Michałowska G., 2007, *Ochrona praw człowieka w Radzie Europy i w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Ostasiewicz W. (red.), 2004, *Ocena i analiza jakości życia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
- Ottawa Charter for Health Promotion; Health Promotion*, 1987, 1, s. 382–384.
- Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju*, 2013, Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Warszawa.

- Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020*, 2015, Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z drugiego światowego zgromadzenia na temat starzenia się społeczeństw*, 2002, Madryt, <http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/organizacja-narodow-zjednoczonych/madryckiplandziaaniawkwestiistarzeniasispoezczstw/> (dostęp: 12.07.2015).
- Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, 2013, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Strategia Rozwoju Kraju 2020*, 2012, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa.
- Steuden S., 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- World report on ageing and health*, 2015, WHO, <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> (dostęp: 10.06.2015).
- Wysocki M.J., Miller M., 2003, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 57, s. 505–512.
- Zdrowie 2020. Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka*, 2012, Europejski Komitet Regionalny WHO, Malta.

Abstract

The work presents an overview of selected documents prepared by international organizations and institutions which shows that the issue of improving the inhabitants' quality of life has been approached numerous times since the 1950s. The documents focused on the issue of decent living meant to fulfil people's basic existential needs. The last of the documents quoted, the 2030 Agenda for Sustainable Development, discusses the issue of the promotion of the broadly-understood prosperity for all people of all ages. The issues of the health of the elderly and the improvements thereto are also frequently discussed in the documents of international organizations and institutions. A particular attention, in this case, is paid to the promotion of a healthy lifestyle and health-improving behaviours. The purpose of the work is to determine the actions and solutions undertaken by international, national and EU initiatives directed at the elderly and intended to improve their quality of life.

Key words

Documents of UN, WHO, EU, quality of life, health state.

EWA KLIMA

Politechnika Łódzka
Wydział Budownictwa, Architektury i Inżynierii Środowiska
Instytut Inżynierii Środowiska i Instalacji Budowlanych
Zakład Gospodarki Przestrzennej i Geomatyki

2 LUDZIE STARZY W „DIAGNOZIE SPOŁECZNEJ”. WARUNKI I JAKOŚĆ ŻYCIA W ROKU 2000 I 2015

OLD PEOPLE IN “SOCIAL DIAGNOSIS” PROJECT. OBJECTIVE AND SUBJECTIVE QUALITY OF LIFE IN 2000 AND 2015

Artykuł wpłynął do redakcji 10.11.2015; po recenzjach zaakceptowany 10.04.2016.

Klima E., 2015, *Ludzie starzy w „Diagnozie Społecznej”*. Warunki i jakość życia w roku 2000 i 2015, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 83–99.

Dr hab. Ewa Klima, prof. PŁ, Politechnika Łódzka, Wydział Budownictwa, Architektury i Inżynierii Środowiska, Instytut Inżynierii Środowiska i Instalacji Budowlanych, Al. Politechniki 6, 90-924 Łódź; e-mail: ewa.klima@p.lodz.pl

Zarys treści

Zasadniczym celem artykułu jest prześledzenie zmian kondycji gospodarstw domowych emerytów, w oparciu o dane pochodzące z badania „Diagnoza społeczna”. Przedstawiona jest sytuacja z roku 2000 i 2015. Wydaje się bowiem, że przez ostatnie 15 lat również ta grupa społeczna skorzystała z przemian gospodarczych, a deklarowana sytuacja ekonomiczna, w tym warunki życia, znacznie się zmieniły.

Dodatkowo, celem artykułu jest wskazanie na znaczenie publikowania w otwartym dostępie danych pierwotnych, a szczególnie wskazanie na komplementarność badań takich, jak „Diagnoza społeczna” w stosunku do badań prowadzonych przez GUS.

Wyniki jednoznacznie potwierdzają poprawę sytuacji ekonomicznej i jakości życia emerytów w ciągu ostatnich piętnastu lat. Okazuje się, że nie jest to grupa najuboższa czy najbardziej dotknięta skutkami reform, jak to się powszechnie uważa. Stopień zamożności, mierzony deklarowanymi dochodami i stopień zaspokojenia potrzeb są relatywnie wysokie.

Projekt „Diagnoza społeczna” został stworzony, by badać warunki i jakość życia polskiego społeczeństwa. Od samego początku autorzy publikowali nie tylko wyniki, ale i kompletne bazy danych. Daje to innym badaczom nieocenioną możliwość prowadzenia własnych analiz, a jednocześnie uwiarygadnia wnioski zespołu prof. J. Czapińskiego. Wybór zmiennych i obserwacji do dalszej analizy, przy tak dużej bazie, pozostaje jedynie kwestią wyobraźni i potrzeb. Jako atut „Diagnozy” uznać należy jej komplementarność w stosunku do badań GUS-owskich.

Słowa kluczowe

Emeryci, badania społeczne, statystyka publiczna, jakość życia, gospodarstwa domowe.

2.1. WPROWADZENIE

W 2008 roku Europejski Sondaż Społeczny poświęcony został ocenie dyskryminacji ludzi ze względu na wiek (ageism). Mieszkańców kilkudziesięciu państw europejskich zapytano o to, jaką pozycję społeczną zajmują w ich kraju osoby w wybranych kategoriach wiekowych. Ocena dotyczyła młodych – 20–30 lat; osób w wieku średnim – 40–50 lat i osób starszych – powyżej 65 lat. W 11-punktowej skali, młodzi osiągnęli ok 6,5 pkt, osoby w wieku średnim nieco ponad 7, a starsi 3,58 pkt (*Europejski... b.d.*). Te wyniki pokazują, jak bardzo w społeczeństwach europejskich spycha się na margines osoby starsze.

Również w Polsce panuje przekonanie, że osoby na emeryturze wycofują się z życia społecznego i tylko w niewielkim stopniu uczestniczą w życiu gospodarczym, nawet jako konsumenci (Wądołowska 2010). Jednak dostępne w naszym kraju wyniki badań ankietowych pokazują, że ten obraz to nieprawdziwy stereotyp. Badania takie prowadzone są np. przez Główny Urząd Statystyczny. GUS nie jest jednak jedynym źródłem wiarygodnych danych o sytuacji osób i gospodarstw domowych. Unikalny zbiór materiałów tworzony jest systematycznie także przez autorów „Diagnozy społecznej”. Z punktu widzenia wykorzystania informacji, unikalność tego przedsięwzięcia polega na pełnym i otwartym dostępie do danych pierwotnych gromadzonych od roku 2000¹.

Zasadniczym celem artykułu jest prześledzenie zmian kondycji gospodarstw domowych emerytów, w oparciu o dane pochodzące z badania „Diagnoza społeczna”. Przedstawiona zostanie sytuacja z roku 2000 i 2015. Wydaje się bowiem, że przez ostatnie 15 lat również ta grupa społeczna skorzystała z przemian

¹ Dostępne są także dane z badań z okresu 1991–1997.

gospodarczych, a deklarowana sytuacja ekonomiczna, w tym warunki życia, znacznie się zmieniły. Ponieważ analiza dotyczy gospodarstw domowych, zdecydowano się na selekcję danych o gospodarstwach ze względu na podstawowe źródło utrzymania.

Dodatkowo, celem artykułu jest wskazanie na znaczenie publikowania w otwartym dostępie danych pierwotnych, a szczególnie wskazanie na komplementarność badań takich, jak „Diagnoza społeczna” w stosunku do badań prowadzonych przez GUS.

2.2. GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY O WARUNKACH BYTU I JAKOŚCI ŻYCIA

Badania dotyczące warunków bytu i szerzej jakości życia w Polsce mają długoletnią tradycję. Wynikało to i wynika z konieczności stałego monitorowania sytuacji społeczno-ekonomicznej gospodarstw domowych, co z kolei stanowi podstawę wyznaczania różnorodnych kierunków polityki państwa, szczególnie polityki społecznej. Do takich badań zaliczyć można np. spisy powszechne ludności i mieszkań. Zarówno spisy prowadzone w okresie PRL-u, jak i te organizowane po 1989 roku uwzględniały szereg elementów związanych z warunkami bytu ludności. Najbardziej wiarygodne i systematyczne dane zbiera i opracowuje Główny Urząd Statystyczny.

GUS już od 1957 roku prowadzi pomiary budżetów gospodarstw domowych. W ciągu lat następowały zmiany metodologii tych badań (*Metodologia...* 2011). Ostatnie modyfikacje są efektem członkostwa Polski w Unii Europejskiej. O znaczeniu badań świadczy cykliczne ich umieszczanie w programie badań przyjmowanych rozporządzeniem Rady Ministrów². Przystąpienie Polski do UE zaowocowało także udziałem kraju w Europejskim Badaniu Warunków Życia Ludności³ (EU-SILC), które wpisuje się w Strategię Europa 2020 – dążenie do spójności społecznej Europy. Zebrane dane mają pozwolić na diagnozę ubóstwa i wykluczenia społecznego. W Polsce badania prowadzi się od 2005 roku (*Dochody...* 2014).

W ramach Badań Budżetów Domowych, GUS uwzględnia następujące zagadnienia: poziom i struktura wydatków, poziom spożycia podstawowych artykułów żywnościowych, ceny płacone przez gospodarstwa za wybrane towary i usługi, poziom i źródła dochodów, wyposażenie gospodarstw, warunki mieszkaniowe, subiektywna ocena sytuacji materialnej, struktura społeczno-demograficzna

² Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 roku o statystyce publicznej, Dz.U., 1995, nr 88, poz. 439. Tekst ujednolicony.

³ *European Union Statistics on Income and Living Conditions* – na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1177/2003 z 16 czerwca 2003 roku (ze zmianami zawartymi w rozporządzeniu nr 1553/2005) dotyczącym statystyki dochodów i warunków życia ludności (za: *Europejskie...* b.d.).

gospodarstw (*Budżety...* 2015). Na warunki życia składają się natomiast: materialne warunki życia, zdrowie, edukacja, aktywność ekonomiczna, czas wolny i relacje społeczne, osobiste bezpieczeństwo, jakość państwa i podstawowe prawa, a także jakość środowiska naturalnego w miejscu zamieszkania (*Jakość...* 2015).

Krócej, bo od 1968 roku GUS bada budżet czasu ludności. W ostatnim badaniu z 2011 roku udział wzięły osoby w wieku 10 lat i więcej, a badanie trwało cały rok. Wszystkie czynności podzielono na 11 grup: potrzeby fizjologiczne, praca zawodowa, nauka, zajęcia i prace domowe, dobrowolna praca w organizacjach i poza nimi, pomoc innym, zaangażowanie w działalność organizacji i praktyki religijne, życie towarzyskie i rozrywki, uczestnictwo w sporcie i rekreacji, zamiłowania osobiste – hobby i korzystanie z komputera, korzystanie ze środków masowego przekazu, dojazdy i dojścia, inne nie wymienione czynności (Hozer-Koćmiel 2009; *Budżet czasu...* 2015). Założenia badania można zamknąć w stwierdzeniu, że czas to towar o określonej wartości i że podlega on nie tylko obiektywnej, ale także subiektywnej ocenie.

Krótszą historię ma prowadzone od 1992 roku Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności. Jest to pomiar wykorzystujący metodę reprezentacyjną, którego celem jest uzyskanie informacji o wielkości i strukturze zasobów pracy według metodologii Międzynarodowej Organizacji Pracy (*BAEL...* b.d.). Bada się także postawy, czyli zachowania konsumenckie. Badanie ma charakter stały i realizowane jest na próbie osób w wieku 16 lat i więcej w gospodarstwach domowych. Polega na przeprowadzeniu wywiadu z wykorzystaniem dwóch kwestionariuszy. Badanie nazywa się „Kondycja gospodarstw domowych”. Ostatnie przeprowadzono w lipcu 2015 roku.

W badaniach podejmowanych przez GUS pojawia się również problematyka jakości życia. Jak przeczytać można w jednej z publikacji Urzędu (*Jakość...* 2015), statystyczny pomiar jakości życia uwzględnia wieloaspektowy charakter tego pojęcia. W założeniu, pomiar ten „obejmuje nie tylko całokształt obiektywnych warunków w jakich człowiek żyje, ale także odczuwaną przez poszczególne osoby subiektywną jakość życia, określaną także terminem dobrobytu subiektywnego” (*Jakość...* 2015, s. 5). Realizacja badań nad jakością życia w Polsce uwzględnia wykorzystanie istniejących baz danych – wymienionych wcześniej Badań Budżetów Gospodarstw Domowych, Europejskich Badań Dochodów i Warunków Życia, Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności, Badań Budżetu Czasu oraz prowadzonych od zaledwie kilku lat (2011) Badań Spójności Społecznej, Europejskich Ankietowych Badań Zdrowia i innych.

Prowadzone przez GUS badania, jak zaznaczono na wstępie, są rzetelne i wiarygodne. Opierają się na próbach o znacznej liczebności (nawet ok. kilkunastu tysięcy gospodarstw domowych jednorazowo), dzięki czemu mają walor reprezentatywności. Są to badania w przeważającej części ilościowe, choć przy badaniach jakości życia i budżetu czasu dodane zostały zmienne jakościowe, określające subiektywny stosunek respondentów do wybranych zagadnień.

Znamienne jest, że żadne z badań nie ma charakteru wyłącznie sondażowego i żadne z badań nie zostało poświęcone określonej grupie społeczno-demograficznej. Są to wyłącznie badania przekrojowe. Zebrany materiał jest jednak na tyle duży, że pozwala na stworzenie opracowania poświęconego osobom starszym. Dzięki temu w 2012 roku – Europejskim Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej⁴ opublikowano zestawienie pt. „Jak się żyje osobom starszym w Polsce?” Na kilkunastu stronach zaprezentowano pracę i zaangażowanie społeczne osób powyżej 65. roku życia, ich styl życia, ubóstwo i subiektywne zadowolenie z życia.

2.3. OGÓLNE ZAŁOŻENIA PROJEKTU „DIAGNOZA SPOŁECZNA”

Badania poświęcone jakości życia, mające jednocześnie charakter sondażowy, były prowadzone w latach 90. XX wieku przez Polskie Generalne Sondaże Jakości Życia (PGSJŻ) – por. Sompolska-Rzechuła 2013 za: Stanaszek 2015. Poprzedzały one bezpośrednio „Diagnozę społeczną” i były realizowane przez zespół pod kierownictwem prof. J. Czapińskiego. W trakcie realizacji skorzystano z pomocy GUS-u – sieci ankierów i próby respondentów z programu Badań Budżetów Gospodarstw Domowych. Badanie miało charakter panelowy, odbyło się w siedmiu pomiarach, co roku w okresie 1991–1997. Sformułowano trzy zasadnicze cele badania:

1. Diagnoza dobrostanu psychicznego dorosłej populacji Polski i śledzenie jego zmian w okresie transformacji systemowej.
2. Sprawdzenie zależności pomiędzy obiektywnymi warunkami życia a dobrostanem psychicznym.
3. Weryfikacja „cebulowej” teorii szczęścia (Czapiński 1998).

Pierwsze badanie w ramach panelowego projektu „Diagnoza Społeczna” odbyło się w 2000 roku. Kolejne realizowano w latach: 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 i ostatnie w 2015 roku. Inicjatorem i kierownikiem tego interdyscyplinarnego przedsięwzięcia był prof. J. Czapiński. Nad projektem pracuje od początku Rada Monitoringu Społecznego⁵.

Problematykę projektu obrazują trzy grupy wskaźników: 1) struktura demograficzno-społeczna gospodarstw domowych, 2) warunki życia gospodarstw domowych – kondycja materialna i w roku 2000 efekty reform (oświata i ochrona zdrowia), a w roku 2015 dostęp do świadczeń medycznych, kultury i wypoczynku,

⁴ Rok ogłoszony przez Komisję Europejską, decyzją Parlamentu Europejskiego oraz Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 roku.

⁵ W pierwszej edycji projektu w skład tej nieformalnej grupy badaczy wchodził: Janusz Czapiński, Tomasz Panek, Irena Kotowska, Julian Auleytner i Wiesław Łagodziński. Obecnie członkami są: Dominik Batorski, Janusz Czapiński, Janusz Grzelak, Teresa Kamińska, Irena Kotowska, Wiesław Łagodziński, Antoni Sułek i Tadeusz Szumlicz.

edukacji i nowoczesnych technologii komunikacyjnych, 3) jakość życia, styl życia i cechy indywidualne, w 2000 roku również z uwzględnieniem subiektywnej oceny efektów trzech reform: ochrony zdrowia, administracji publicznej i ubezpieczenia emerytalno-rentowego.

Autorzy „Diagnozy” przyjęli, że warunki życia to obiektywny opis zastanej w gospodarstwach domowych sytuacji. Dane pozyskane zostały w drodze wywiadu. Obejmował on takie zagadnienia, jak:

- sytuację dochodową gospodarstwa domowego i sposób gospodarowania dochodami,
- wyżywienie,
- zasobność materialną gospodarstwa domowego, w tym wyposażenie w nowoczesne technologie komunikacyjne (telefon komórkowy, komputer, dostęp do internetu),
- warunki mieszkaniowe,
- pomoc społeczną, z jakiej korzysta gospodarstwo domowe,
- kształcenie dzieci,
- uczestnictwo w kulturze i wypoczynek,
- korzystanie z usług systemu ochrony zdrowia,
- sytuację gospodarstwa domowego i jego członków na rynku pracy,
- ubóstwo, bezrobocie, niepełnosprawność i inne aspekty wykluczenia społecznego.

Z drugiej strony, jakość życia to subiektywna ocena stanu zaspokojenia swoich potrzeb przez respondenta – wymiar psychologiczny. Pomiar dokonany został za pomocą badania ankietowego członków badanych gospodarstw domowych w wieku 16+. Jakość zoperacjonalizowano poprzez następujące wskaźniki:

- ogólny dobrostan psychiczny (w tym: wola życia, poczucie szczęścia, zadowolenie z życia, symptomy depresji psychicznej),
- zadowolenie z poszczególnych dziedzin i aspektów życia,
- subiektywna ocena materialnego poziomu życia,
- różne rodzaje stresu życiowego (w tym: stres administracyjny („kafkowski”) związany z kontaktami z administracją publiczną, stres zdrowotny, stres rodzinny, stres finansowy, stres pracy, stres ekologiczny, stres małżeński, stresowe wydarzenia losowe, jak napad, włamanie, aresztowanie,
- objawy somatyczne (miara dystresu, traktowana jako ogólna miara stanu zdrowia),
- strategie radzenia sobie ze stresem,
- korzystanie z systemu opieki zdrowotnej,
- finanse osobiste (w tym: dochody osobiste i zaufanie do instytucji finansowych),
- system wartości, styl życia oraz indywidualne zachowania i nawyki (m.in. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, używanie narkotyków, praktyki religijne, przestępstwa),
- postawy i zachowania społeczne, w tym kapitał społeczny,

- wsparcie społeczne,
- korzystanie z nowoczesnych technologii komunikacyjnych – komputera, internetu, telefonu komórkowego,
- sytuacja na rynku pracy i kariera zawodowa,
- bezrobocie, niepełnosprawność i inne aspekty wykluczenia społecznego.

Próba gospodarstw domowych w roku 2000 wynosiła 3 005, w roku 2015 – 11 740. Próba indywidualnych respondentów wzrosła w tym okresie z 6 625 do 22 200 osób. W ciągu 15 lat niewielkim zmianom uległy kwestionariusze. Wynika to jak się wydaje z konieczności ich dopasowania do aktualnej sytuacji społecznej. Nie można już np. w 2015 roku pytać o skutki transformacji. Pojawiły się również zupełnie nowe zjawiska gospodarcze, np. bardzo popularne stały się kredyty. Autorzy „Diagnozy” badają także dostęp do nowych technologii – np. pytania o internet i tablety.

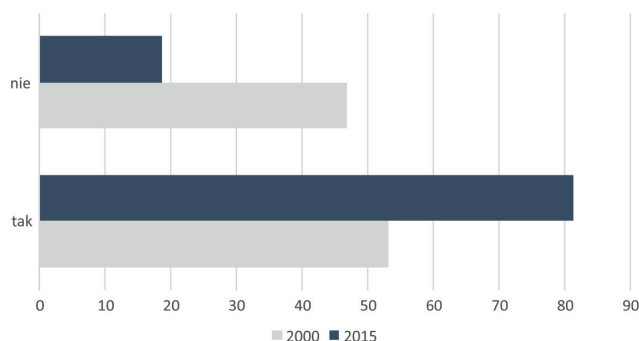
2.4. SYTUACJA FINANSOWA GOSPODARSTW DOMOWYCH EMERYTÓW

W ogólnej liczbie 3 005 gospodarstw domowych badanych w 2000 roku, gospodarstw emeryckich było 853. Blisko $\frac{2}{3}$ z nich stanowiły gospodarstwa jedno- lub dwuosobowe. W roku 2015 gospodarstw emeryckich było 4 127 (ogólna liczba 11 738), z tego ponad 81% stanowiły gospodarstwa jedno- lub dwuosobowe. W obu latach $\frac{1}{3}$ badanych zamieszkiwała tereny wiejskie, zaś około 22% respondentów żyło w miastach od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców. Zmiany liczebności poszczególnych grup w obu pomiarach są bardzo małe, widać tylko minimalny wzrost (1–4%) reprezentacji gospodarstw w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. Im mniejsza miejscowość, z której pochodziły gospodarstwa, tym więcej było osób w tych gospodarstwach.

Opinia publiczna jest przekonana, że emeryci i renciści to osoby, którym powodzi się źle. Badania wykazują, że obecnie nie jest to prawda, a na przestrzeni ostatnich 15 lat nastąpiła znaczna poprawa sytuacji gospodarstw domowych emerytów. Przeciętne dochody gospodarstw⁶ kształtowały się na poziomie: w 2000 roku – ok. 1 270 zł, przy odchyleniu standardowym 674,3, w 2015 roku – 1 481 zł przy odchyleniu standardowym 714. Oznacza to w przypadku 2015 roku sytuację lepszą niż przeciętnie w kraju. W Polsce średni dochód gospodarstwa na osobę wynosił bowiem 1 340 zł. Naturalnie podkreślić trzeba, że gospodarstwa emerytów wydają przeciętnie ponad 82% swoich rozporządzalnych dochodów (*Sytuacja...* 2015). Wykazać można relatywnie duży związek między wielkością miejscowości a dochodem na osobę w gospodarstwach emerytów – *tau-b* Kendalla wynosi 0,288. Podana wartość dotyczy 2015 roku; w roku 2000 relacje były bardzo podobne.

⁶ Pytania dotyczyły przeciętnego dochodu w roku poprzedzającym badanie.

Porównując dwa badania, można zauważyć, że zdecydowanie poprawiła się subiektywna ocena własnej sytuacji ekonomicznej emerytów. O blisko 30% wzrosła liczba gospodarstw, którym posiadane środki starczą na zaspokojenie podstawowych potrzeb (rys. 1). 73% respondentów stwierdziło, że ich sytuacja materialna nie zmieniła się w ciągu ostatnich dwóch lat, zaś 21% uważało, że się pogorszyła (pomiar z 2015 roku).



Rys. 1. Ocena możliwości zaspokojenia potrzeb (%)

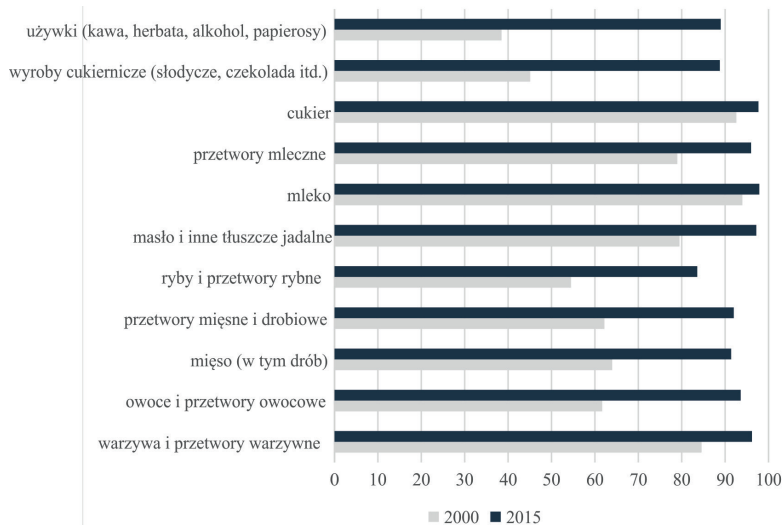
Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych „Gospodarstwa domowe 2000–2015”, www.diagnoza.com

W 2000 roku zaledwie 2,2% gospodarstw oszczędzało na przyszłość, niecałe 20% miało oszczędności, w 2015 roku ta liczba wyniosła 44%. Skala oszczędności była podobna, w 2000 roku $\frac{1}{3}$ lub prawie $\frac{1}{3}$ gospodarstw dysponowało kwotami nie większymi niż swoje trzymiesięczne dochody. Zasadniczo nie zmieniły się również cele oszczędzania. Były nimi: bieżące potrzeby (2000 rok – 40,4%, 2015 rok – 33,1%), leczenie (odpowiednio: 58,4%, 40%), nieoczekiwane zdarzenia (odpowiednio: 74,1%, 66%). Emeryci obecnie nie oszczędzają na przyszłość swoich dzieci, wcześniej takie oszczędzanie deklarowało 21,2%, teraz zaledwie 9,1% respondentów; $\frac{2}{5}$ oszczędza dzisiaj na starość.

W przeciągu ostatnich 15 lat o $\frac{1}{3}$ spadł odsetek zadłużonych gospodarstw. W 2000 roku było ich blisko 30%, obecnie jest 20%. Dziesięć procent obecnych kredytobiorców ma kredyt hipoteczny lub inny na zakup nieruchomości. Zwiększyła się wartość pożyczek – dawniej $\frac{3}{4}$ długów nie przekraczało trzymiesięcznych dochodów gospodarstwa, dzisiaj $\frac{3}{4}$ długów jest nie większa niż półroczne dochody. Emeryci pożyczają głównie na zakup tzw. dóbr trwałego użytku (31,9% w 2015 roku i 38,5% w 2000 roku) i remonty (odpowiednio: 34,8% i 34,3%).

Jedno z pytań dotyczyło tego, czy gospodarstwo może pozwolić sobie na zakup określonych produktów spożywczych. W 2000 roku $\frac{1}{3}$ bądź więcej respondentów powiedziało, że nie stać ich na używki, wyroby cukiernicze, ryby

i przetwory rybne, owoce i przetwory owocowe, mięso i przetwory mięsne. W roku 2015 sytuacja była już zupełnie inna. Większość artykułów spożywczych jest dostępna dla 90% gospodarstw domowych (rys. 2).

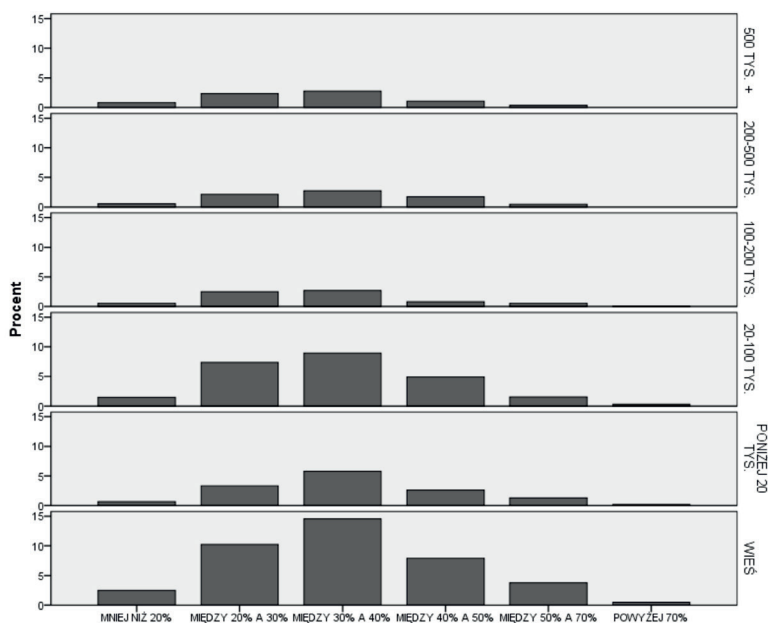


Rys. 2. Odsetek gospodarstw domowych, które mogą pozwolić sobie na zakup wybranych artykułów żywnościowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych „Gospodarstwa domowe 2000–2015”, www.diagnoza.com

W gospodarstwach domowych emerytów wydaje się na żywność nie więcej niż 50% dochodów. Trudno wskazać na zmienne determinujące skalę wydatków na ten cel – nie są to ani dochody, ani wielkość gospodarstwa, ani wielkość miejscowości (rys. 3). Widać też poprawę oceny zaspokojenia potrzeb żywnościowych. W 2015 roku tylko 17% respondentów uważało, że ich sytuacja jest aktualnie gorsza niż wcześniej. W 2000 roku takich osób było 40%.

Pozytywny trend oceny jakości życia potwierdzają także odpowiedzi na pytanie o „wiązaną końca z końcem”. W okresie piętnastu lat liczba tych, którym żyje się łatwo lub raczej łatwo wzrosła trzykrotnie (tab. 1). Jeszcze większe różnice ujawniły się przy deklaracjach zadłużenia. Obecnie jedynie 2,2% gospodarstw emeryckich zalega z opłatami czynszu i 1,5% z opłatami za energię, w 2000 roku było to odpowiednio: 16,3% i 14,2%. Czterokrotnie zwiększył się odsetek gospodarstw, w których „starcza na wszystko i jeszcze oszczędzamy na przyszłość”, dwa razy więcej jest tych, którzy stwierdzają: „żywemy oszczędnie i dzięki temu starcza na wszystko”. Jednocześnie proporcjonalnie mniej jest gospodarstw, którym nie starcza na najtańsze jedzenie i ubranie.



Rys. 3. Wielkość wydatków na żywność w gospodarstwach emeryckich a kategoria miejscowości (2015)

Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych „Gospodarstwa domowe 2000–2015”, www.diagnoza.com

Tabela 1

Ocena zaspokojenia potrzeb finansowych – pytanie: „Czy wiąże Pan/Pani „koniec z końcem?”

Wyszczególnienie	2000		2015	
	Procent ważnych	Procent skumulowany	Procent ważnych	Procent skumulowany
Z wielką trudnością	36,9	36,9	13,1	13,1
Z trudnością	26,6	63,5	19,5	32,6
Z pewną trudnością	25,4	88,9	37,5	70,1
Raczej łatwo	9,0	97,9	24,2	94,3
Łatwo	2,1	100,0	5,7	100,0
Ogółem	100,0	–	100,0	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych „Gospodarstwa domowe 2000–2015”, www.diagnoza.com.

W stereotypowy obraz emerytów wpisują się częste choroby i wydatki na lekarstwa. W porównaniu do innych gospodarstw domowych, nie znajduje to potwierdzenia. Zarówno członkowie gospodarstw emeryckich, jak i pozostali najchętniej korzystają z publicznych (NFZ) placówek ochrony zdrowia (w obu przypadkach ponad 94%). Z placówek, w których trzeba płacić za usługi korzystało 46,6% emerytów i 51,5% wszystkich badanych w 2015 roku. Emeryci częściej przebywali w szpitalach w porównaniu z ogółem badanych. Różnica jednak wynosi zaledwie 3,4%. Podobnie mała jest różnica w odsetkach tych, których nie było stać na wykupienie leków – 16% emerytów i 14,9% wszystkich badanych. Zmiana, która zaszła od roku 2000 jest na poziomie 30%, wtedy na leki nie było stać ponad 46% gospodarstw. W 2015 roku jedyna znacząca różnica pojawiła się w wielkości wydatków na leki – 457 zł emeryci i 389 zł pozostali.

2.5. WARUNKI MIESZKANIOWE EMERYTÓW

Warunki mieszkaniowe należą do najczęściej badanych wskaźników dobrobytu (poziomu życia). Są one uwzględniane np. w spisach powszechnych. Szerszym pojęciem jest środowisko mieszkaniowe definiowane przez J. Dzieciuchowicza (2011) jako tereny i zabudowa mieszkaniowa wraz z towarzyszącą im infrastrukturą społeczną i techniczną. Ten sam autor warunki mieszkaniowe określa jako stan, wyposażenie i zaludnienie substancji mieszkaniowej (Dzieciuchowicz i in. 1972).

Mniej spektakularna jest poprawa warunków mieszkaniowych. Wynika to przede wszystkim z faktu, że były one relatywnie dobre już w roku 2000. W 2015 roku średnia powierzchnia mieszkania zajmowanego przez gospodarstwo wynosiła 71,5 m². W obu pomiarach ponad 96% gospodarstw użytkowało mieszkania samodzielnie.

Ponad 90% mieszkań wyposażonych było w wodociąg, ustęp spłukiwany wodą i łazienkę z wanną lub prysznicem. Cztery piąte gospodarstw posiadało ciepłą wodę – oznacza to 20-procentowy wzrost w przeciągu ostatnich piętnastu lat. Stosunkowo słabo wypada dostęp do gazu z sieci – obecnie 54,7% gospodarstw, wcześniej 56,2%. Jest to jedyny wskaźnik dotyczący wyposażenia, który zmniejszył się. Jednocześnie jednak wzrósł dostęp do gazu z butli z 35,1% do 41%. W ostatnich latach zmniejszyła się o połowę liczba gospodarstw ogrzewających swoje mieszkania piecami, co ciekawe, o 2% spadł także dostęp do ogrzewania zbiorczego. Wzrost nastąpił natomiast w liczbie mieszkań ogrzewanych CO indywidualnym.

Trudno porównywać wyposażenie gospodarstw w sprzęt codziennego użytku i inne dobra, w tym świadczące o zamożności. Pralka automatyczna czy komputer nie są już dzisiaj takimi samymi symbolami statusu materialnego, jak jeszcze 15 lat temu. Można jednak porównać gospodarstwa emerytów ze wszystkimi

zbadanymi gospodarstwami. W jednym i drugim przypadku, gospodarstwa emeryckie wydają się być gorzej wyposażone. Czym nowsza technologia, większa nowinka techniczna, tym większe różnice. Widać także różnice w stylu życia – emerycy nie mają iPadów i łodzi, ale za to działki letniskowe, mieszkania i telefony stacjonarne (tab. 2).

Tezę dotyczącą stylu życia osób starszych potwierdza także seria pytań o finansowy powód braku określonych dóbr. W 2015 roku tylko 27,7% z tych, którzy nie mieli zmywarki powiedziało, że to z powodu braku pieniędzy. W przypadku braku dostępu do Internetu dotyczyło to 10% odpowiadających, w przypadku czytnika książek – 8%, w przypadku iPad-a – 13%. Istotny problem finansowy ujawnił się jedynie, gdy chodziło o telewizor – 55% odpowiadających nie miało telewizora z powodu braku pieniędzy. Trudno zatem mówić o depriwacji. Raczej jest to brak potrzeb, który niestety może prowadzić np. do wykluczenia cyfrowego.

Styl życia i zamożność można ocenić także analizując udział członków gospodarstw domowych w kulturze i wypoczynku. Autorzy „Diagnozy” pytali o konieczność rezygnacji z pójścia do kina, do teatru, zakupu książek etc. z powodu braku pieniędzy. Po raz kolejny okazało się, że sytuacja finansowa gospodarstw emeryckich była gorsza w roku 2000. Wówczas z powodu braku pieniędzy, ok. $\frac{2}{3}$ badanych musiało zrezygnować z wizyty w kinie, w teatrze, w muzeum, zakupu prasy lub nagrań audio. Blisko połowy nie było stać na kupno książki, zaś $\frac{2}{3}$ nie wyjechało na urlop. W 2015 roku odsetek członków gospodarstw, którzy rezygnowali z wyjść lub zakupów z powodu braku pieniędzy było znacznie mniej. Z kina zrezygnowało niewiele ponad 10%, z teatru, filharmonii, koncertu – mniej niż 10%, podobnie było w przypadku muzeum. Książek nie zakupiono w co dziesiątym gospodarstwie domowym, prasy odmówiło sobie ok. 12%.

Należy mieć świadomość, że to iż w danym gospodarstwie wystarcza pieniędzy na kulturę nie oznacza, że jego członkowie w niej uczestniczą. Okazuje się bowiem, że choć w 2015 roku jedynie 10% gospodarstw odmówiło sobie zakupu książek z powodów finansowych, to zakupów dokonano jedynie w 37% gospodarstw domowych. Książek w ogóle nie ma w prawie co szóstym domu, a $\frac{2}{3}$ gospodarstw dysponuje zbiorami nie większymi niż 25 woluminów. Zauważalna jest prawidłowość, że im mniejsza miejscowość, tym mniej książek w gospodarstwie domowym (*tau-b* Kendalla wynosi 0,246). Zaspokojenie potrzeb dotyczących udziału w kulturze, respondenci ocenili w zdecydowanej większości jako będące na tym samym poziomie w stosunku do tego co było przed dwoma laty, czyli w okresie, który był podany do porównania przez autorów badania. Bardzo podobnie oceniono zaspokojenie potrzeb w zakresie wypoczynku – wyjazdów na urlop i wyjazdów rodzinnych.

Jak podkreślono na początku, ludzie starsi jako grupa mają niski prestiż społeczny i traktowani są jak nie nadążający za zmianami gospodarczymi, obyczajowymi i technologicznymi. W pomiarze z 2015 roku pytano o wykorzystanie i opinie o Internecie. Jest to szeroko przyjmowany wskaźnik tzw. wykluczenia cyfrowego.

Tabela 2

Posiadane dobra, % gospodarstw domowych w roku 2000 i 2015

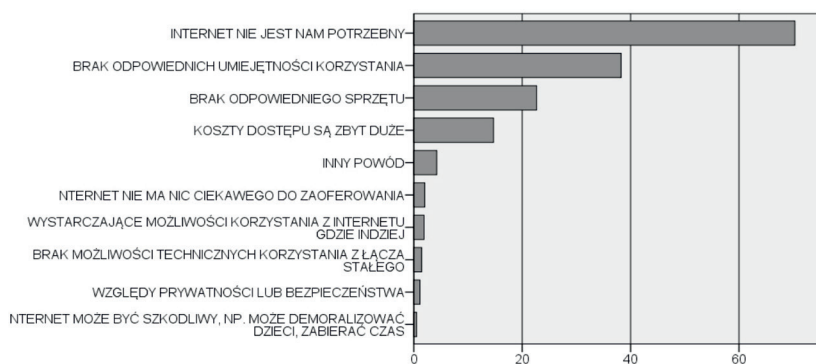
Wyszczególnienie	2000		2015	
	wszystkie	emeryckie	emeryckie	wszystkie
Pralka automatyczna	71,8 (49,9*)	59,7 (57,9*)	91,1	93,8
Zmywarkę do naczyń	3,0	1,2	14,9	26,9
Kuchenka mikrofalowa	17,7	7,8	48,8	61,9
Telewizor LCD/plazma	x	x	70,0	76,5
Płatna telewizja satelitarna	49,6	36,4	35,2	44,1
Płatna telewizja kablowa	x	x	35,3	31,2
Kino domowe	x	x	6,8	15,7
Dom letniskowy	3,5	3,2	4,1	3,8
Komputer stacjonarny	x	6,2	20,6	39,0
Komputer przenośny (laptop, notebook)	x	x	27,5	52,7
iPad lub inny tablet	x	x	6,6	23,4
Samochód osobowy (osobowo-dostawczy)	49,6	30,0	44,4	64,1
Elektroniczny czytnik książek	x	x	1,8	4,2
Dostęp do Internetu w domu	x	x	37,8	66,3
Telefon domowy (stacjonarny)	74,4	69,1	55,6	43,0
Łódź motorowa, żaglowa	x	0,6	0,9	0,8
Działka rekreacyjna	7,6	5,9	12,5	11,5
Własne mieszkanie	x	x	46,4	40,3
Własny dom	x	x	45,2	49,4
Inna nieruchomość	x	x	5,0	7,1

* pralka nieautomatyczna

Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych „Gospodarstwa domowe 2000–2015”, www.diagnoza.com.

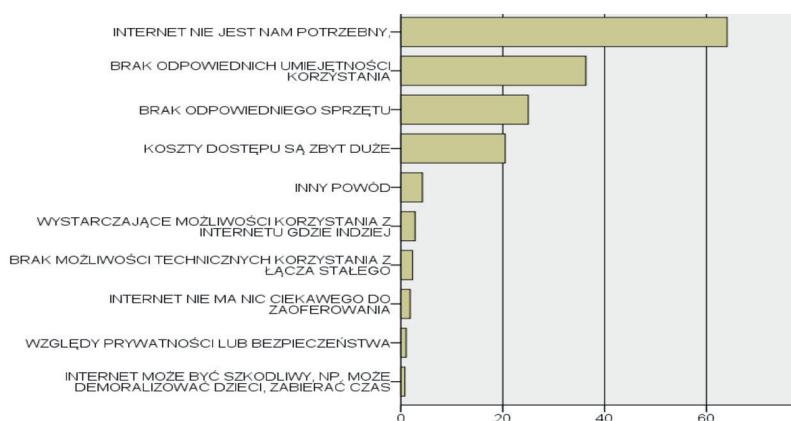
Przed wszystkim należy mieć świadomość, że dostęp do Internetu ma prawie dwa razy mniej gospodarstw emeryckich niż gospodarstw w ogóle. Parametry dostępu są właściwie identyczne jak dla wszystkich gospodarstw domowych – dostawcą jest najczęściej telefonia stacjonarna, telewizja kablowa i sieć osiedlowa, podobne są także prędkości przesyłu danych.

Powody nie zakładania Internetu przez emerytów są dokładnie takie same jak w przypadku pozostałych gospodarstw. Przed wszystkim emeryci nie potrzebują go. Nie posiadają także odpowiednich umiejętności i nie mają odpowiedniego sprzętu (rys. 4 i 5). Zaledwie 0,2% gospodarstw emeryckich planowało założyć dostęp do Internetu w roku badania. Dla całej populacji liczba ta wynosi 0,3%.



Rys. 4. Powody braku internetu w gospodarstwach emeryckich w 2015 roku, odsetki odpowiedzi wielokrotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych „Gospodarstwa domowe 2000–2015”, www.diagnoza.com



Rys. 5. Powody braku Internetu we wszystkich gospodarstwach w 2015 roku, odsetki odpowiedzi wielokrotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych „Gospodarstwa domowe 2000–2015”, www.diagnoza.com

2.6. WNIOSKI

Głównym celem artykułu było przedstawienie sytuacji ludzi starszych w Polsce – sytuacji bytowej i finansowej ich gospodarstw domowych. Celem było także wykazanie zmian jakie zaszły w okresie od 2000 do 2015 roku.

Wyniki jednoznacznie potwierdzają poprawę sytuacji ekonomicznej i jakości życia emerytów w ciągu ostatnich piętnastu lat. Okazuje się, że nie jest to grupa najuboższa czy najbardziej dotknięta skutkami reform, jak to się powszechnie uważa. Stopień zamożności, mierzony deklarowanymi dochodami i stopień zaspokojenia potrzeb są relatywnie wysokie. Gospodarstwom emeryckim nie brakuje środków na zakup podstawowych artykułów spożywczych i leków. Jako dobre można ocenić również warunki mieszkaniowe emerytów.

Trudno mówić o zjawisku deprywacji, gdy chodzi o udział w kulturze czy świecie cyfrowym. Emeryci wskazują tu raczej brak potrzeby takiego udziału. Książki i Internet nie są im potrzebne. Czynnikiem determinującym taką sytuację nie jest tu stan posiadania i możliwości finansowe, lecz prawdopodobnie wykształcenie i nawyki.

„Diagnoza społeczna” została stworzona, by badać warunki i jakość życia polskiego społeczeństwa. Od samego początku autorzy publikowali nie tylko wyniki, ale i kompletne bazy danych. Daje to innym badaczom nieocenioną możliwość prowadzenia własnych analiz, a jednocześnie uwiarygadnia wnioski zespołu prof. J. Czapieńskiego. Wybór zmiennych i obserwacji do dalszej analizy, przy tak dużej bazie pozostaje jedynie kwestią wyobraźni i potrzeb. Jako atut „Diagnozy” uznać należy jej komplementarność w stosunku do badań GUS-owskich. Dotyczy to szczególnie części poświęconej respondentom indywidualnym. Oczywiście nie są to jedyne bazy w języku polskim dostępne nieodpłatnie. W tym miejscu wymienić należy Archiwum Danych Społecznych – wspólną inicjatywę Instytutu Badań Społecznych UW i Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. Przewaga „Diagnozy” polega na aktualności danych – są one publikowane wkrótce po zamknięciu badań, a badania prowadzone są systematycznie co dwa lata.

Trudno przecenić znaczenie badań i publikacji Głównego Urzędu Statystycznego. Są one prowadzone od dziesięcioleci, coraz więcej danych jest dostępnych nieodpłatnie, dla różnych jednostek terytorialnych, w ostatnim czasie znacząco poprawiono możliwości przetwarzania danych na portalu GUS. Z drugiej jednak strony ograniczono zakres badań w ramach spisu powszechnego, w którym najpełniej zbierano informacje m.in. o warunkach mieszkaniowych.

LITERATURA

- BAEL, b.d., GUS, <http://stat.gov.pl/informacja-o-badaniach-ankietowych/badanie-aktywnosci-ekonomicznej-ludnosci-bael/> (dostęp: 12.12.2015).
- Budżet czasu ludności*, 2013, Część I, b.d., Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa.
- Budżety gospodarstw domowych w 2014 roku*, 2015, GUS, Warszawa.
- Czapiński J., 1998, *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej 1991–1997*, Instytut Studiów Społecznych UW, Warszawa.
- Czapiński J., Panek T. red., 2000, *Diagnoza społeczna*, www.diagnoza.com (dostęp: 01.12.2015).
- Dochody i warunki życia ludności Polski. Raport z badań EU-SILC 2013*, 2014, GUS, Warszawa.
- Dzieciuchowicz J., 2011, *Środowisko mieszkaniowe wielkiego miasta. Przykład Łodzi*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Dzieciuchowicz J., Stolarczyk B., Suliborski A., 1972, *Warunki mieszkaniowe centrum Kielc*, „Acta Universitatis Lodziensis”, seria II, Nauki Matematyczno-Przyrodnicze 49, Łódź.
- Europejski Sondaż Społeczny*, b.d., <http://www.europeansocialsurvey.org/> (dostęp: 11.12.2015).
- Europejskie badanie dochodów i warunków życia (EU-SILC) w 2013 roku*, b.d., GUS, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/europejskie-badanie-dochodow-i-warunkow-zycia-eu-silc-w-2013-r-7,5.html> (dostęp: 11.12.2015).
- Hozier-Koćmiel M., 2009, *Struktury demograficzne a budżet czasu ludności*, [w:] *Zmiany struktur demograficznych i ich implikacje dla przyszłego rozwoju*, Zeszyty Sekcji Analiz Demograficznych 01/2009; 20a & 20b.
- Jak się żyje osobom starszym w Polsce?*, 2012, GUS, Warszawa.
- Jakość życia w Polsce. Edycja 2015*, 2015, GUS, Warszawa.
- Metodologia badania budżetów gospodarstw domowych*, 2011, GUS, Departament Warunków Życia, Warszawa.
- Sompolska-Rzechuła A., 2013, *Pomiar i ocena jakości życia*, „Wiadomości Statystyczne”, 58(8).
- Stanaszek O., 2015, *Badanie jakości życia w Polsce*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, 392.
- Sytuacja gospodarstw domowych w 2014 roku w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, 2015, GUS, Warszawa.
- Warunki bytu gospodarstw domowych w latach 1976–1989*, 1991, WUS w Bielsku Białej, Bielsko Biała.
- Wądołowska K., 2010, *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*, BS/2/2010, CBOS, Warszawa.

Abstract

The main aim of this article is to trace the changes in the condition of households of retirees, based on data from the study “Social Diagnosis”. Author presents state from years 2000 and 2015. It appears that during last 15 years this social group has benefited from the economic changes, and their so called “declared economic situation”, including the conditions of life changed significantly.

In addition, the aim of this article is to point out the importance of open access publishing data, and in particular an indication of the complementarity of research such as the “Social Diagnosis” in relation to research carried out by the Polish Central Statistical Office.

The results clearly confirm the improvement in the economic situation and quality of life of retirees in the last fifteen years. The well-being, as measured by the declared income and the degree of satisfaction of the needs fulfillment are relatively high.

The project “Social Diagnosis” was created to examine the conditions and quality of life of Polish society. From the outset, the authors have published not only the results but also the complete database. This gives other researchers invaluable opportunity to conduct their own analyzes, and at the same time gives credence to conclusions of the prof. J. Czapiński. The choice of variables and observation for further analysis, with such a large database is only a matter of imagination and needs. As an asset, “Diagnosis” must be regarded as its complementarity with the instruments of Central Statistical Office.

Key words

Retired people, social researches, public statistics, quality of life, households.

STANISŁAW MORDWA

Uniwersytet Łódzki

Wydział Nauk Geograficznych

Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami

3

**PERCEPCJA ZAGROŻEŃ SPOŁECZNO-
-PRZESTRZENNYCH W MIEŚCIE A SUBIEKTYWNE
RYZIKO WIKTYMIZACYJNE I ZACHOWANIA
OBRONNE OSÓB W WIEKU POWYŻEJ 60 LAT**

**THE PERCEPTION OF THE SOCIO-SPATIAL
THREATS IN THE CITY AND A SUBJECTIVE RISK
OF VICTIMIZATION AND DEFENSIVE BEHAVIOR
OF PEOPLE AGED OVER 60 YEARS**

Artykuł wpłynął do redakcji 10.12.2015; po recenzjach zaakceptowany 23.02.2016.

Mordwa S., 2015, *Percepcja zagrożeń społeczno-przestrzennych w mieście a subiektywne ryzyko wiktyimizacyjne i zachowania obronne osób w wieku powyżej 60 lat*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 101–120.

Dr hab. Stanisław Mordwa, prof. UŁ, Uniwersytet Łódzki, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź; e-mail: most@geo.uni.lodz.pl

Zarys treści

Przestrzeń miasta może być źródłem różnych zagrożeń, które oddziałują na poziom poczucia bezpieczeństwa jego mieszkańców. W artykule dokonano analizy różnych aspektów zachowań obronnych mieszkańców, które podejmowane są jako skutek percepcji różnorodnych i zróżnicowanych przestrzennie zagrożeń występujących w Łodzi oraz subiektywnego ryzyka wiktyimizacji

odczuwanego przez osoby w wieku senioralnym. Zachowania obronne mieszkańców w przestrzeni miasta, są bowiem reakcją na realne bądź percypowane zagrożenia tam występujące.

Słowa kluczowe

Ludzie starzy, zachowania obronne, poczucie bezpieczeństwa, zagrożenia społeczno-przestrzenne, ryzyko wiktymizacji, Łódź.

3.1. WPROWADZENIE

Starzenie się społeczeństw to zjawisko, którego intensywność w ostatnich latach znacznie wzrasta. Szczególnie jest to widoczne w państwach wysoko rozwiniętych, co w połączeniu z jednoczesnym spadkiem przyrostu naturalnego sprawia, że odsetek ludzi starych w społeczeństwie szybko rośnie. Przyjmuje się, że jest to efekt wydłużania się ludzkiego życia, postępu cywilizacyjnego i poprawy jakości życia. Oprócz wzrostu ilościowego starszej populacji, obserwowany jest wzrost jej udziału w strukturze ludności, co z kolei przy jednoczesnym spadku udziału najmłodszych grup wiekowych, uznawane jest za zjawisko szczególnie niepokojące dla dalszego funkcjonowania i rozwoju społeczeństw.

W bogatej literaturze poświęconej procesom starzenia się społeczeństw jako próg starości przyjmuje się wiek 60 lub 65 lat¹. W tym opracowaniu za osoby w starszym wieku przyjęto traktować ludność w wieku 60 lat i więcej. Na przykład, zgodnie z psychologiczną koncepcją cyklu życia – stworzoną przez E.H. Eriksona (2002) – życie jednostki można podzielić na osiem etapów. Ostatni etap, czyli późna dorosłość, zaczyna się w wieku 60–65 lat. Ten ostatni etap życia człowieka również można podzielić, ale podziały te ulegają zmianom wraz z wydłużaniem się życia zbiorowości osób starszych (por. Synak 2000, s. 10). Obecnie w literaturze anglosaskiej stosuje się podział starości na trzy fazy:

- młodzi starzy (*young old*) – osoby w wieku 60/65–74 lata,
- starzy starzy (*old old*) – osoby w wieku 75–84 lata,
- najstarsi starzy (*the oldest old*) – osoby w wieku 85 lat i więcej.

Młodzi starzy to osoby najczęściej jeszcze w pełni sprawne fizycznie i psychicznie. Osoby zaliczane do kategorii starzy starzy to osoby wymagające niejednokrotnie pomocy w wykonywaniu niektórych czynności, np.: robienie zakupów, sprzątanie, pranie. Najstarsi starzy potrzebują natomiast stałej pomocy podczas wykonywania większości czynności. W Polsce przyjmuje się, że osoby w wieku 75–80 lat, wymagają podczas codziennej egzystencji pomocy dochodzącego opiekuna lub pomocy oferowanej przez wyspecjalizowane instytucje (DPS, ZOL itp.).

¹ Na przykład E. Rosset (1959) postulował przyjęcie dwojakiego rozumienia starości – w rozumieniu biologicznym (jej umowny początek to ukończenie 60 lat) oraz w znaczeniu ekonomicznym (z ukończeniem 65 lat).

Starzenie się populacji zmusza pozostałą część społeczeństwa do zmierzenia się z problemami i potrzebami charakterystycznymi dla grupy osób starszych. Ze specyfiki różnych problemów dotyczących seniorów wynikają także ich potrzeby związane ze: stylem życia, zdrowiem i opieką, sferą psychospołeczną, aktywnością społeczną, aktywnością zawodową, sytuacją materialną oraz edukacją. Dlatego do zadań wielu instytucji należy zorganizowanie osobom w wieku senioralnym pomocy związanej z: sytuacją życiową, zdrowiem i sprawnością fizyczną, opieką i pomocą w podstawowych czynnościach, opieką długoterminową i hospicyjną, wsparciem psychologicznym, poczuciem bezpieczeństwa, rekreacją i rozwojem zainteresowań oraz ze wzmacnianiem i wykorzystaniem potencjału osób starszych (*Instytucje wobec potrzeb...* 2010). Przedmiotem tego opracowania są zachowania obronne osób w wieku 60 wzwyż, będące reakcją na percepcję ryzyka wiktymizacji oraz poziom zagrożeń społeczno-przestrzennych w mieście.

Zapewnienie dobrego życia swoim obywatelom powinno być głównym zadaniem każdego państwa, a potrzeba bezpieczeństwa jest jedną z kluczowych potrzeb człowieka odczuwaną przez całe życie. W opracowaniach dotyczących analizy ludzkich potrzeb kwestie związane z bezpieczeństwem człowieka przeważnie wysuwane są na pierwszy plan. Tak jest w hierarchicznej teorii potrzeb A. Masłowa, teorii kultury B. Malinowskiego czy teoriach C. Alderfera (ERG) i H. Murray'a (bezpieczeństwo rozumiane jako potrzeba unikania urazów fizycznych i psychicznych). Uważa się, że bezpieczeństwo należy do tych najbardziej podstawowych potrzeb, które są konieczne do normalnego funkcjonowania ludzi i społeczeństw. Z opracowań wielu autorów wynika, że ogólny poziom poczucia bezpieczeństwa oraz poziom różnych zagrożeń uzależniony jest od wielu cech społeczno-demograficznych respondentów. Jedną z takich podstawowych cech jest wiek osób badanych (Czapska 2008; Jabkowski 2008; Mordwa 2010, 2011, 2012, 2013, 2015; Jerschina z zespołem 2012; Jabkowski, Kilarska 2013). Na przykład, przytoczone w *Diagnozie społecznej* wyniki wskazują na to, że poczucie zagrożenia zjawiskami patologii społecznej w miejscu zamieszkania towarzyszy osobom w każdym wieku. Poziom zagrożenia jest przy tym szczególnie wysoki w przypadku ludzi po 60. roku życia – wśród nich odsetek osób mających takie obawy dochodzi do 44% (Czapiński, Panek 2009, s. 28). W wynikach badań prezentowanych przez P. Jabkowskiego i A. Kilarską (2013, s. 170–179) widać utrzymujące się na podobnym poziomie wartości poczucia bezpieczeństwa w kategoriach respondentów do 55 roku życia i znaczny ich spadek w kategoriach osób starszych. Ponadto osoby powyżej 65 roku życia charakteryzuje bardzo wysoki poziom poczucia zagrożenia, nieporównywalny z innymi grupami wieku.

Współczesne definicje określają bezpieczeństwo jako stan pewności, spokoju, braku zagrożeń oraz ochrony przed zagrożeniami. Pojęcie zagrożenia odnosi się natomiast do sfery świadomości danej osoby. Jest ono wywołane przez negatywną ocenę postrzeganych zjawisk. Percepcja zagrożeń przez ludzi, a zatem ich

poczucie bezpieczeństwa jest odzwierciedleniem realnego lub potencjalnego zagrożenia. Oznacza to, że percepcja ta może być zgodna lub niezgodna ze stanem faktycznym. Zgodnie z modelem objaśniania bezpieczeństwa D. Freia możliwe jest wystąpienie następujących sytuacji (za: Zięba 1997):

- stan braku bezpieczeństwa zachodzi wtedy, kiedy występuje duże rzeczywiste zagrożenie zewnętrzne, a postrzeganie tego zagrożenia jest prawidłowe,
- stan obsesji występuje wtedy, gdy nieznaczone zagrożenie postrzegane jest jako duże,
- stan fałszywego bezpieczeństwa występuje wówczas, gdy zagrożenie zewnętrzne jest poważne, a postrzegane bywa jako niewielkie,
- stan bezpieczeństwa notujemy wtedy, gdy zagrożenie zewnętrzne jest nieznaczone, a jego postrzeganie prawidłowe.

Na podstawie badań wspomnianych wyżej autorów, spośród powyższych czterech sytuacji, ludziom starszym najbliższy jest stan obsesji – bowiem w różnych opisywanych sytuacjach ze wszystkich grup wiekowych, to zawsze oni odczuwają największe zagrożenie, które powoduje np. uczucia lęku i strachu, czy też paraliżuje aktywność w przestrzeni. Z. Bauman (2004) postawił diagnozę, że w konsekwencji zmian jakie zachodzą we współczesnym świecie coraz więcej ludzi przechodzi z bezpiecznego i szczęśliwego grona osób mogących pozwolić sobie na satysfakcjonujące życie, do świata egzystencjalnego lęku oraz niepokoju o własny byt. Wydaje się, że w tej drugiej grupie znalazła się większość ludzi w wieku 60+. Dlatego dla lepszej jakości ich życia tak ważna jest prawidłowa percepcja potencjalnych zagrożeń występujących w danym środowisku społeczno-przestrzennym.

Zachowania obronne mieszkańców Łodzi kilkakrotnie badał już S. Mordwa (2010, 2011, 2012, 2013), aczkolwiek tylko te zachowania, które były reakcją na zagrożenie przestępczością. W publikacjach tych zaobserwowano kilka prawidłowości. Okazało się na przykład, że bardzo istotne są różnice w zachowaniach obronnych między mieszkańcami poszczególnych osiedli miasta. Mimo wysokiego poczucia zagrożenia przestępstwami prawie ¼ respondentów nie podejmowała żadnych działań ochronnych (osobami, które nie stosują żadnych środków zabezpieczeń były głównie osoby młode, w równym stopniu kobiety co mężczyźni). Stosowanie większej liczby zabezpieczeń częściej deklarowały kobiety i osoby starsze, ale zdecydowanie częściej wybierały one zachowania pasywne, polegające na unikaniu niechcianych sytuacji zagrożenia. Osoby powyżej 51. roku życia stosowały głównie *schodzenie z drogi określonym grupom osób*.

Celem tego opracowania jest weryfikacja hipotezy, zgodnie z którą percepcja zagrożeń o charakterze społeczno-przestrzennym, występujących w środowisku mieszkaniowym osób starszych oraz ich subiektywne ryzyko wiktylizacji znajduje swoje odzwierciedlenie w podejmowanych przez te osoby zachowaniach obronnych.

3.2. CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU BADAWCZEGO I OBSZARU BADAŃ

Podstawowym źródłem informacji wykorzystanym w tym opracowaniu były wywiady kwestionariuszowe, które obejmowały problematykę dotyczącą m.in. percepcji zagrożeń i poczucia bezpieczeństwa. Wywiady te na obszarach Centrum-Północ (160 wywiadów), Centrum-Południe (150), Karolewa (150), Radiostacji (130) i Dołów (120) przeprowadzono w latach 2011–2012, w ramach projektu *Dysproporcje społeczne i gospodarcze w przestrzeni Łodzi. Czynniki, mechanizmy, skutki* – którego wyniki zostały opublikowane w pracy pod redakcją A. Sułborskiego i M. Wójcika (2014). Razem uzyskano opinie od 710 przypadkowo spotkanych, dorosłych respondentów, dobranych w sposób celowo-losowy, według ich zamieszkania. Wśród badanych były 152 osoby, które ukończyły 60 lat (21,4%). Były to 102 kobiety (67%) i 50 mężczyzn. Zbadano opinie 122 osób w wieku 60–74 lata (80,3%), 27 osób starych-starych (17,8%), i trzy opinie najstarszych starych² (pow. 85 lat) – 2%.

Ankietowani seniorzy byli osobami słabiej wykształconymi niż przeciętni Łódzianie, co jest konsekwencją wieku osób, które wzięły udział w badaniach. 10,5% respondentów zadeklarowało wykształcenie wyższe (magisterskie lub licencjackie), 31,6% wykształcenie średnie, a aż 57,9% miało wykształcenie zasadnicze, podstawowe, niepełne podstawowe lub brak wykształcenia.

Wśród ankietowanych osób co najmniej 60-letnich najwięcej było osób owdowiałych (54,6%) i pozostających w związku małżeńskim (40,8%). Pozostałe osoby to jeden kawaler, jedna panna i pięcioro rozwiedzionych. Razem respondenci pozostający w stanie wolnym stanowili 59,2% ankietowanych.

Przed rozpoczęciem badań uznano, że także długość okresu zamieszkania respondentów na badanym obszarze może istotnie różnicować wyrażane opinie. 25% badanych seniorów przebywało na jednym z pięciu wybranych obszarów od urodzenia, a dalsze 58,6% mieszkało tam co najmniej od 10 lat – wydaje się, że te dwie grupy badanych szczególnie dobrze znają zamieszkiwane obszary.

Badania zostały przeprowadzone w pięciu obszarach Łodzi pokrywających się z czterema obszarami SIM (Systemu Informacji Miejskiej): Centrum (na potrzeby badań podzielone na część północną i południową), Karolew, Radiostacja i Doły. W wyborze obszarów kierowano się odmiennością ich typów zabudowy mieszkaniowej i pełnionych funkcji oraz charakterystyką demograficzną mieszkańców. Obszar SIM Centrum obejmuje najbardziej prestiżowe tereny i lokalizacje w skali całego miasta, ale także sąsiadujące z nimi kwartały koncentracji biedy, ubóstwa i innych patologii społecznych (Grotowska-Leder 2001; Warzywoda-Kruszyńska

² Ze względu na małe liczebności w dalszych analizach połączono dwie najstarsze grupy wiekowe respondentów.

2001; Mordwa 2014). Przeważa na tym obszarze zabudowa śródmiejska o bardzo zróżnicowanym standardzie mieszkań: od w pełni wyposażonych, luksusowych lokali, po budynki substandardowe (Dzieciuchowicz 2011). Centrum, ze względu na znaczne rozmiary, podzielono na dwa obszary badań: Centrum-Północ i Centrum-Południe wzdłuż al. A. Mickiewicza i al. J. Piłsudskiego, gdyż obszary te mają różny charakter. Część północna to zwarta zabudowa XIX-wiecznych kamienic (zawierających funkcje mieszkalno-usługową), północny fragment ulicy Piotrkowskiej pełni funkcję deptaka (o ograniczonym ruchu pojazdów), a różnorodne działania w tym miejscu mają przywrócić tej ulicy dawną świetność jako wizytówki i salonu miasta. Południowy fragment ul. Piotrkowskiej pełni normalne funkcje komunikacyjne, a okoliczne obszary są w większym stopniu zdeorganizowane przestrzennie, przenikają się tutaj tereny mieszkaniowe z obszarami składowymi, przemysłowymi czy ugorami miejskimi. Charakterystyczne dla Karolewa jest duże zagęszczenie podobnych do siebie budynków wznoszonych metodą wielkopłytową. Jest to zabudowa blokowa pochodząca z drugiej połowy lat 60., silnie zróżnicowana pod względem liczby kondygnacji i liczby lokali mieszkalnych wyposażonych w podstawowe instalacje, ale przeważnie o małej powierzchni użytkowej. Radiostacja znajduje się we wschodniej części Śródmieścia. Dominują tu tereny o przewadze zabudowy wielorodzinnej, w części południowej znajdują się tereny o przewadze zabudowy jednorodzinnej. Pomiędzy tymi terenami mieszkaniowymi znajduje się strefa z dominującą funkcją usług o charakterze metropolitalnym z wtrąceniami zabudowy czynszowej i modernistycznymi willami. W skali całego miasta warunki mieszkaniowe na obszarze Radiostacji wyróżniają się bardzo pozytywnie (Dzieciuchowicz 2011). Mieszkańcy Łodzi powszechnie kojarzą obszar Dołów z kompleksem cmentarzy różnych wyznań, stanowiącym aż 21% powierzchni tego osiedla. Ponadto znajdują się tutaj również tereny: usług o charakterze metropolitalnym, zabudowy mieszkaniowej – jednorodzinnej, zabudowy mieszkaniowej wielorodzinnej, o funkcjach przemysłowo-usługowych.

Wśród badanych seniorów 33 osoby zamieszkiwało obszar Centrum-Południe, nieco mniej Centrum-Północ (30). Doły i Karolew reprezentowało po 27 osób w wieku 60+. Najwięcej osób należących do badanej grupy wiekowej zamieszkiwało Radiostację (35 osób).

3.3. OCENA ZAGROZEŃ WYBRANYMI PROBLEMAMI SPOŁECZNYMI I PRZESTRZENNYMI

Respondenci, na podstawie przedłożonego spisu problemów, mieli za zadanie dokonać oceny ich znaczenia na zamieszkiwanym obszarze. W tym celu wybierali rangi od 1 (co oznaczało, że dany problem nie jest istotny) do 5 (bardzo poważny problem). Poszczególne problemy uporządkowano nadając im hierarchię, którą

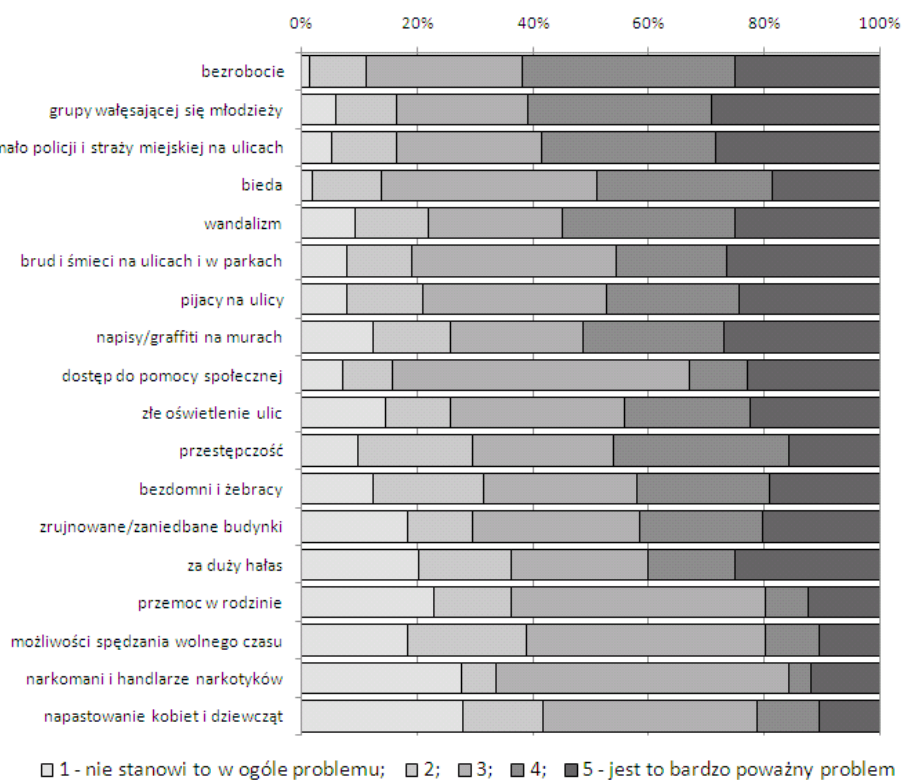
ustalono na podstawie różnicy między sumą rang 4 i 5 (czyli odpowiedzi oceniających dany problem jako ważny lub bardzo ważny) oraz rang 1 i 2 (określających problem jako mały bądź nieistotny). W efekcie tego zabiegu okazało się, że zdaniem wszystkich 710 respondentów najważniejsze problemy występujące w wybranych do badań obszarach to: *bezrobocie* (poważny i bardzo poważny problem dla 50% respondentów), *za mało policji i straży miejskiej na ulicach* (50%), *pijacy na ulicy* (46%), *grupy walęsającej się młodzieży* (49%) oraz *wandalizm* (48%). Okazało się, że ogół respondentów w większości nie zauważał istnienia w swojej okolicy takich problemów, jak: *narkomani i handlarze narkotyków* (choć był to poważny i bardzo poważny problem dla 26% respondentów), *napastowanie kobiet i dziewcząt* (29%), *za duży hałas* (30%), *przemoc w rodzinie* (36%), *złe oświetlenie ulic* (35%) (Mordwa 2014).

Według respondentów, którzy ukończyli co najmniej 60 lat, hierarchia problemów występujących w okolicy ich miejsca zamieszkania była nieco inna. Seniorzy uważali, że więcej problemów zidentyfikowanych w łódzkich osiedlach ma poważne nasilenie; częściej korzystali bowiem z rang 4 i 5, które wskazywały na powagę danego problemu. Okazało się, że najważniejsze problemy na pięciu obszarach badań stanowiły (rys. 1): *bezrobocie* (poważny i bardzo poważny problem dla 62% respondentów), *grupy walęsającej się młodzieży* (61%), *za mało policji i straży miejskiej na ulicach* (59%), *bieda* (49%) oraz *wandalizm* (55%). Ponadto przewagę opinii o dokuczliwości danego problemu stwierdzono jeszcze w przypadku: *brud i śmieci na ulicach i w parkach*, *pijacy na ulicy*, *napisy/graffiti na murach*, *dostęp do pomocy społecznej*, *złe oświetlenie ulic*, *przestępczość*, *bezdumni i żebracy*, *zrujnowane/zaniedbane budynki* oraz *za duży hałas*. Tylko cztery problemy (*przemoc w rodzinie*, *możliwości spędzania wolnego czasu*, *narkomani i handlarze narkotyków*, *napastowanie kobiet i dziewcząt*) badani seniorzy uznali za nieistotne lub mało istotne w swojej okolicy (w tych przypadkach wystąpiła przewaga sumy ocen 1 i 2 nad ocenami 4 i 5). Okazało się zatem, że osoby starsze bardziej krytycznie niż osoby młodsze, oceniają otaczającą ich rzeczywistość, że dla znacznej ich liczby w okolicy ich miejsca zamieszkania występuje więcej potencjalnych zagrożeń.

Na podstawie oceny przez respondentów poszczególnych problemów społeczno-przestrzennych zbudowano skalę poczucia zagrożenia³. Zdecydowanie najbardziej liczną okazała się grupa charakteryzująca się średnim poczuciem zagrożenia

³ Skala jest sumą wartości przyporządkowanych odpowiedziom w następujący sposób: randze 1 (nie stanowi to w ogóle problemu) przypisano wartość 1; randze 2 – wartość 2 itd. W ten sposób badani seniorzy uzyskali od 20 do 90 punktów (148 osób, gdyż nie uwzględniono braków odpowiedzi). Następnie badanych podzielono na cztery grupy w zależności od wartości skali, według przedziałów o równej rozpiętości. Grupy te charakteryzowały się wysokim, średnim bądź niskim poczuciem zagrożenia lub jego brakiem. W podobny sposób skale konstruowane były w opracowaniu J. Jerschiny z zespołem (2012). Wskaźnik oceny rzetelności skali α -Cronbacha wyniósł 0,900.

(tab. 1). W badanej grupie respondentów istotny statystycznie (choć na niskim ujemnym poziomie) okazał się związek poczucia zagrożenia z wykształceniem – im wyższe wykształcenie tym częściej respondenci charakteryzują się brakiem lub niskim poczuciem zagrożeń społeczno-przestrzennych. Poziom poczucia zagrożenia okazał się istotnie zróżnicowany przestrzennie (V Kramera = 0,343, $p < 0,001$). Charakterystyczne okazały się szczególnie postawy mieszkańców Radiostacji (odczuwają najczęściej zagrożenie niskie lub jego brak) i północnej części Centrum (coraz więcej osób wykazuje coraz wyższy stopień odczuwanego zagrożenia). Istotnie różnicującymi badaną populację osób w wieku 60+ nie okazały się natomiast takie ich cechy, jak płeć, wiek i stan cywilny.



Rys. 1. Ocena problemów społeczno-przestrzennych

Źródło: opracowanie własne

Tabela 1

Poczucie zagrożenia według płci, wieku i wykształcenia respondentów

Poziom poczucia zagrożeń	Ogółem	Płeć		Wiek		Wykształcenie		
		Kobieta	Męż- czyzna	60–74	75+	Podsta- wowe, zawo- dowe	Średnie	Wyższe, niepełne wyższe
		w %						
Brak	8	7	11	8	7	2	13	25
Niskie	29	26	35	28	36	33	23	25
Średnie	48	50	44	50	39	44	58	44
Wysokie	15	17	10	14	18	21	6	6

Źródło: opracowanie własne.

3.4. WIKTYMIZACJA SENIORÓW W ŁODZI

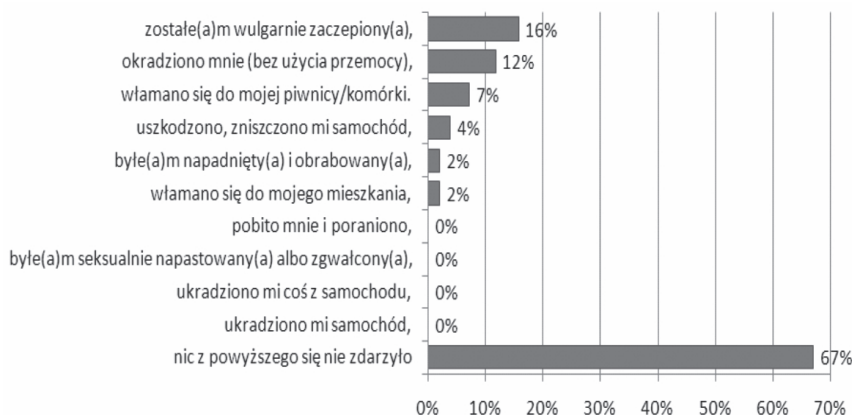
3.4.1. Doświadczenia wiktymizacyjne

Spośród osób, które ukończyły 60 lat, mniejszość – 32,9% respondentów⁴ – było ofiarą co najmniej jednego z dziesięciu zdarzeń uwzględnionych w badaniach (rys. 2). Badane osoby w wieku 60+ niestety doświadczyły sześciu czynów karalnych. Tylko czterem czynom nie uległ żaden z respondentów: pobicie i poranienie, seksualne napastowanie lub gwałt, kradzież z samochodu, kradzież samochodu). Największa liczba badanych przyznała, że w ciągu ostatniego roku została wulgarnie zaczepiona (16%). Czyn ten, jakkolwiek nie wiąże się z ubytkiem materialnym bądź na zdrowiu fizycznym ofiary, ale może być dotkliwy dla psychiki poszkodowanego. Rzadziej seniorzy byli ofiarą kradzieży, nie połączonej z użyciem przemocy (12%). Kolejne 7% badanych osób mogło ponieść straty materialne związane z włamaniem do piwnicy lub komórki. Ogólnie można stwierdzić, że respondenci doświadczyli czynów skierowanych przeciwko ich mieniu i tylko 2% osób, które były ofiarami rozboju, mogły odnieść uszczerbek na zdrowiu.

Na podstawie deklaracji poszczególnych osób, które były poszkodowane w ciągu ostatniego roku określono wskaźnik, będący sumą zdarzeń, którym ulegli badani seniorzy (rys. 3). Przeważająca część respondentów (67,1%) stwierdziła, że w ostatnim czasie nie przydarzył im się żaden z czynów, o który byli

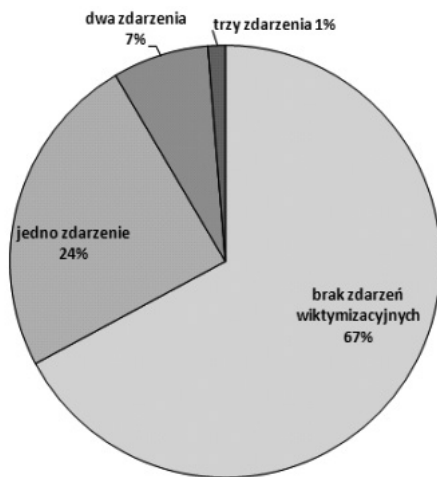
⁴ W grupie osób młodszych niż 60 lat, odsetek ten wyniósł 28,5%. Z grupy tej 14% respondentów w ciągu ostatniego roku było ofiarą wulgarniej zaczepki, 8% – uszkodzenia samochodu, 5% – włamania do piwnicy, 4% – kradzieży z samochodu, 25% – kradzieży, 2% – rozboju. Ponadto po kilka osób było poszkodowanych pozostałymi czynami.

zapytywani⁵. Co czwarta badana osoba (24%) wskazała tylko jedno zdarzenie, którym była poszkodowana, 7% wskazało po dwa takie zdarzenia, a tylko 1% – trzy czyny. Okazało się, że wśród badanych osób starszych więcej było ofiar wybranych czynów przestępczych, częściej także byli oni ofiarami wielokrotnymi.



Rys. 2. Zdarzenia wiktyimizacyjne, które miały miejsce w ciągu ostatniego roku

Źródło: opracowanie własne



Rys. 3. Liczba zdarzeń wiktyimizacyjnych w ciągu ostatniego roku

Źródło: opracowanie własne

⁵ W grupie osób, które nie ukończyły jeszcze 60 lat, odsetek ten wyniósł 71,5%. Ofiarą jednego zdarzenia było 21,3% osób, dwóch zdarzeń – 5,9%, trzech i więcej zdarzeń – 1,3%.

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności między doświadczeniem wiktyimizacyjnym a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym czy zamieszkiwanym osiedlem. Natomiast istotna statystycznie jest zależność między faktem bycia ofiarą przestępstwa i poziomem poczucia zagrożenia respondentów (opisanym w poprzednim rozdziale tego artykułu; V Kramera = 0,308, $p < 0,01$). W tabeli 2 można zauważyć, że seniorzy, którzy w ciągu ostatniego roku doświadczyli któregoś z przestępstw, znacznie rzadziej odczuwają w swoim środowisku zamieszkania brak zagrożeń lub ich niski poziom. Inaczej percypują ewentualne zagrożenia osoby, które nie były ofiarami.

Tabela 2

Poczucie zagrożenia a doświadczenie wiktyimizacyjne respondentów

Doświadczenie wiktyimizacyjne	Poziom poczucia zagrożenia				Ogółem
	brak zagrożeń	niski	średni	wysoki	
	(w %)				
Tak	16,7	16,7	40,3	57,1	32,9
Nie	83,3	83,3	59,7	42,9	67,1

Źródło: opracowanie własne.

3.4.2. Ryzyko wiktyimizacji

Ryzyko wiktyimizacji (zostania ofiarą przestępstwa lub wykroczenia) mierzono za pomocą odpowiedzi na pytania o ocenę prawdopodobieństwa, że respondenci staną się ofiarami przestępstw na obszarze osiedla, które zamieszkują (w formularzu pytanie to odnosiło się do sześciu kategorii czynów). Za najbardziej prawdopodobne badane osoby starsze⁶ uznały, że ktoś może im coś ukraść bez użycia przemocy – że jest to prawdopodobne lub bardzo prawdopodobne, odpowiedziało łącznie 48% osób (rys. 4a). Bardzo dużo osób, które ukończyły 60 lat obawiało się także wulgarnych zaczepk (razem 44%) oraz bycia oszukany przy kasie (40%). Nieco niżej respondenci ocenili prawdopodobieństwo, że zostaną ofiarami rozboju (29%) lub pobicia i poranienia (26%). Za zupełnie nieprawdopodobne kobiety uznały szanse zostania ofiarą seksualnego napastowania lub gwałtu (7%).

⁶ W grupie osób młodszych, które nie ukończyły jeszcze 60 lat, struktura odpowiedzi na to pytanie była odmienna. W kolejności respondenci ci wykazali największe obawy związane z (łącznie odsetek osób uznających dany czyn za bardzo prawdopodobny i prawdopodobny): wulgarnymi zaczepkami (39%), okradzeniem (33%), oszukaniem przy kasie (24%), rozbojem (17%), pobiciem i poranieniem (11%) i seksualnym molestowaniem/zgwałceniem (12%).

W przypadku wszystkich czynów karalnych (z wyjątkiem pobicia i poranienia) jedyną zmienną różnicującą opinie respondentów było miejsce zamieszkania na jednym z pięciu badanych osiedli⁷.

Jak się okazało, seniorzy określali prawdopodobieństwo zostania ofiarą wybranych czynów na zdecydowanie wyższym poziomie niż osoby młodsze. Jedyne ryzyko wulgarnego zaczepiania zostało określone na podobnym poziomie, a ryzyko napastowania seksualnego nawet mniej osób uznało za możliwe.

Częściej obawy związane z prawdopodobieństwem zostania ofiarą czynu zabronionego towarzyszyły seniorom – posiadaczom samochodów, rowerów, piwnic/komórek i mieszkań⁸ (rys. 2b). Ponad połowa (52%) posiadaczy sądzi, że ich samochód może zostać uszkodzony, a ponadto obawiają się oni, że ich pojazd może zostać skradziony (44%) lub przynajmniej, że coś z pojazdu może być przez kogoś ukradzione (41%). Równie częste były obawy związane z okradzeniem piwnicy czy komórki (48%) lub z ukradzeniem roweru (45%). 34% seniorów wyraziło natomiast wysokie obawy związane z włamaniem do ich mieszkań. W przypadku każdego z tych czynów osoby w wieku senioralnym wyżej niż młodszy respondenci oceniali ryzyko wiktymizacji. Szczególnie wyższe było ono w przypadku szans włamania do mieszkania, utraty pojazdu lub roweru.

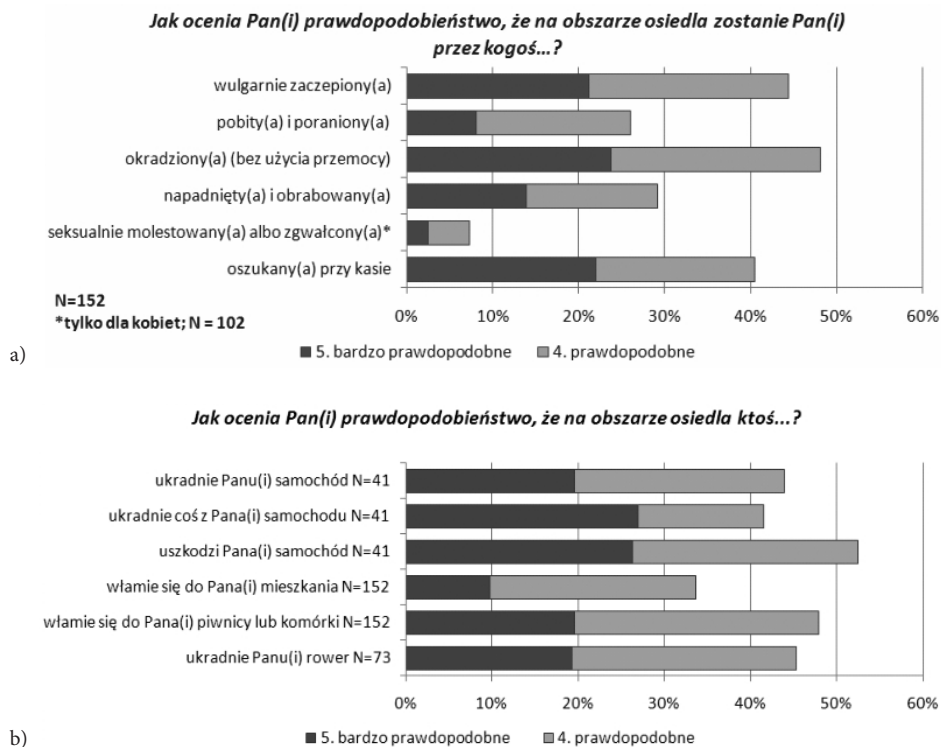
W przypadku czynów wymienionych na rys. 4b tylko niektóre z charakterystyk respondentów okazały się istotne w różnicowaniu ryzyka wiktymizacji. Najwyższe wartości wskaźnika V Kramera obliczono dla prawdopodobieństwa, że coś zostanie ukradzione z samochodu seniora. Istotnymi cechami okazały się wykształcenie (większe obawy wykazały osoby lepiej wykształcone; $V = 0,449$) i płeć (większe ryzyko odczuwają kobiety; $V = 504$).

Na podstawie odpowiedzi na pytania określające ryzyko wiktymizacji, zbudowano syntetyczną skalę subiektywnego ryzyka wiktymizacji⁹. Skalę zbudowano w oparciu o siedem spośród dwunastu odpowiedzi – wyłączono odpowiedzi, dla

⁷ Wskaźniki V Kramera okazały się istotne na poziomie co najmniej 0,05, ale przyjmowały wartości z przedziału 0,22–0,26.

⁸ W grupie osób młodszych, które nie ukończyły jeszcze 60 lat, struktura odpowiedzi na to pytanie także była odmienna od odpowiedzi populacji osób starszych. Respondenci mający mniej niż 60 lat wykazali największe obawy związane z (łącznie odsetek osób uznających dany czyn za bardzo prawdopodobny i prawdopodobny): uszkodzeniem samochodu (50%), kradzieżą czegoś z samochodu (37%), włamaniem do piwnicy/komórki (36%), kradzieżą roweru (30%), kradzieżą samochodu (25%) i włamaniem do mieszkania (13%).

⁹ Skala jest sumą wartości przyporządkowanych odpowiedziom w następujący sposób: randze 1 (całkiem nieprawdopodobne) przypisano wartość 1; randze 2 – wartość 2 itd. W ten sposób respondenci uzyskali od 7 do 34 punktów. Następnie badanych podzielono na cztery grupy w zależności od wartości skali, według przedziałów o równej rozpiętości. Grupy te charakteryzowały się bardzo niskim, niskim, wysokim i bardzo wysokim ryzykiem wiktymizacji. Wskaźnik oceny rzetelności skali α -Cronbacha wyniósł 0,875.



Rys. 4. Prawdopodobieństwo zostania ofiarą przestępstwa

Źródło: opracowanie własne

których N było mniejsze niż 152 (patrz rys. 4ab). Wyznaczona skala pozwala na syntetyczną ocenę obaw respondentów związanych z byciem poszkodowanym przestępstwami. Im wyżej badane osoby, które ukończyły już 60 lat określały swoje ryzyko wiktylizacji poszczególnymi przestępstwami, tym większą wartość uzyskały w skali subiektywnego ryzyka wiktylizacji. Okazało się, że najczęściej badanych seniorów charakteryzowało się wysokim ryzykiem wiktylizacji (34%) oraz ryzykiem niskim (31%). Kolejne 19% respondentów wyróżniało się bardzo wysokim ryzykiem wiktylizacji, a tylko dla 16% badanych cechowało bardzo niskie ryzyko. Poziom subiektywnego ryzyka wiktylizacji nie wykazał związku z płcią, wiekiem, wykształceniem czy stanem cywilnym badanych osób. Okazało się jednak, że jest ono statystycznie istotnie zróżnicowane przestrzennie (V Kramera = 0,247, $p < 0,05$) – wyższe ryzyko bycia poszkodowanym przestępstwami cechowało mieszkańców osiedli Centrum-Północ i Doły, niższe natomiast ryzyko było charakterystyczne dla seniorów z osiedla Centrum-Południe.

Stwierdzono silną pozytywną zależność między subiektywnym ryzykiem wiktylizacji i poziomem poczucia zagrożenia (ρ Spearmana = 0,631; $p < 0,01$).

Osoby percypujące więcej zagrożeń w swoim środowisku mieszkaniowym, częściej wskazują na wysokie ryzyko wiktymizacji. Jednak zastanawiająca jest ponadto wyraźna dysproporcja pomiędzy realnie niskim doświadczeniem wiktymizacyjnym badanych seniorów a wysokim deklarowanym poczuciem ryzyka wiktymizacyjnego. Więcej starszych osób obawia się, że zostaną ofiarami przestępstw niż faktycznie było takimi ofiarami (w grupie osób młodszych ta różnica jest zdecydowanie mniejsza). Wykazana została istotna zależność między doświadczeniem wiktymizacyjnym a subiektywnym ryzykiem wiktymizacyjnym (V Kramera = 0,375, $p = 0,001$). Osoby w wieku senioralnym, które nie były poszkodowane, w większości charakteryzują się bardzo niskim ryzykiem wiktymizacji.

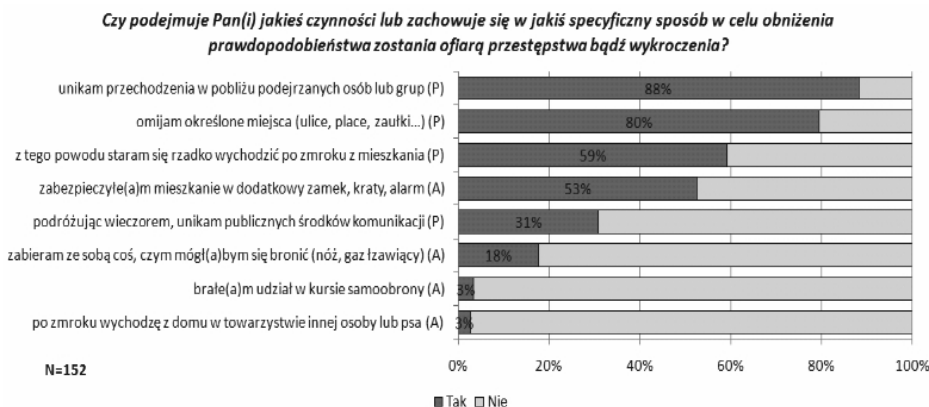
3.5. ZACHOWANIA OBRONNE PODEJMOWANE PRZEZ SENIORÓW

Zachowania obronne mieszkańców, które podejmują oni w okolicy swojego miejsca zamieszkania, powinny być adekwatne do poziomu zagrożeń występujących w danym środowisku społeczno-przestrzennym, ewentualnie zmodyfikowanym przez osobiste doświadczenia jednostek. Jednym z celów badań było określenie skali stosowanych przez osoby starsze zachowań obronnych, które podejmują w celu ochrony przed potencjalnym zagrożeniem. W opracowaniach wielu autorów, tego rodzaju zachowania analizowane są w podziale na dwa typy strategii – pasywnych i aktywnych. Strategie/zachowania pasywne związane są z zachowaniami polegającymi na unikaniu sytuacji uznawanych za niebezpieczne, czyli na omijaniu pewnych miejsc, okoliczności i grup ludzi. W związku z tym badane osoby zostały zapytane o to, czy unikają: *komunikacji publicznej wieczorem i w nocy, miejsc nieoświetlonych po zmroku, podejrzanie wyglądających grup ludzi* oraz czy unikają *samotnego wychodzenia z domu po zmroku*. Strategie/zachowania aktywne polegają natomiast na podejmowaniu czynnych działań zmierzających do ochrony przed spodziewanym zagrożeniem. Respondenci odnosili się do pytań związanych z dodatkowym zabezpieczeniem domu/mieszkania przed włamaniem (np. zamek, alarm), zabieraniem ze sobą przedmiotów służących do obrony, wychodzeniem z domu po zmroku w towarzystwie innej osoby lub psa oraz związanych z udziałem osoby ankietowanej w kursie samoobrony. W przypadku obu rodzajów zachowań utworzone zostały skale pomiarowe, które pozwoliły na późniejsze określenie poziomu wykorzystania określonych strategii¹⁰. Jak się okazało, badane osoby, które ukończyły 60 lat, wykazywały 2,6 zachowań pasywnych, przy tylko 0,8 zachowania aktywnego¹¹.

¹⁰ W przypadku obu strategii, każdej twierdzącej odpowiedzi nadano wartość 1, a przeczącej 0. Następnie zsumowano te wartości – każdy respondent mógł otrzymać od 0 do 4 punktów. Współczynnik α -Cronbacha przyjął wysokie wartości: dla skali strategii zachowań pasywnych 0,63 i 0,65 dla zachowań aktywnych.

¹¹ Osoby w wieku do 60 lat przeciętnie stosowały jeszcze mniej strategii zachowań obronnych: 1,9 zachowań pasywnych i 0,7 zachowania aktywnego.

Podczas opracowywania wyników odpowiedzi, okazało się, że niektóre rodzaje pasywnej i aktywnej obrony były stosowane bardzo często (*unikanie podejrzanych wyglądających osób lub grup ludzi, omijanie określonych miejsc, unikanie samotnego wychodzenia z domu po zmroku*), inne były wykorzystywane bardzo rzadko (*udział w kursie samoobrony, wychodzenie z domu po zmroku w towarzystwie innej osoby lub psa*). Najczęściej spotykanym zachowaniem pasywnym okazało się *unikanie przechodzenia w pobliżu podejrzanych osób lub grup*, które wykazywało 88% seniorów¹² (rys. 5). Znacznie częściej takich osób unikają kobiety (94%) niż mężczyźni (V Kramera = 0,263, $p = 0,001$). Ponadto okazało się, że zachowań takich istotnie nie różnicuje wiek, wykształcenie, stan cywilny, ani posiadane doświadczenie wiktymizacyjne. Opisywany rodzaj zachowań nie posiada także swojego wymiaru przestrzennego, chociaż zauważono, że nieco częściej tego typu strategię obronną stosowali mieszkańcy Radiostacji.



Rys. 5. Częstość podejmowanych działań obronnych przez osoby w wieku 60+ (uwaga: A – zachowania aktywne; P – zachowania pasywne)

Źródło: opracowanie własne

Drugim typowym pasywnym zachowaniem obronnym było *omijanie określonych miejsc* – tak postępuje 80% osób, które poddały się badaniu. W przypadku tego zachowania ponownie istotnymi zmiennymi okazała się tylko płeć (V Kramera = 0,236, $p < 0,01$). Szczególnie często tego typu zachowania były wykazywane przez kobiety – 86%.

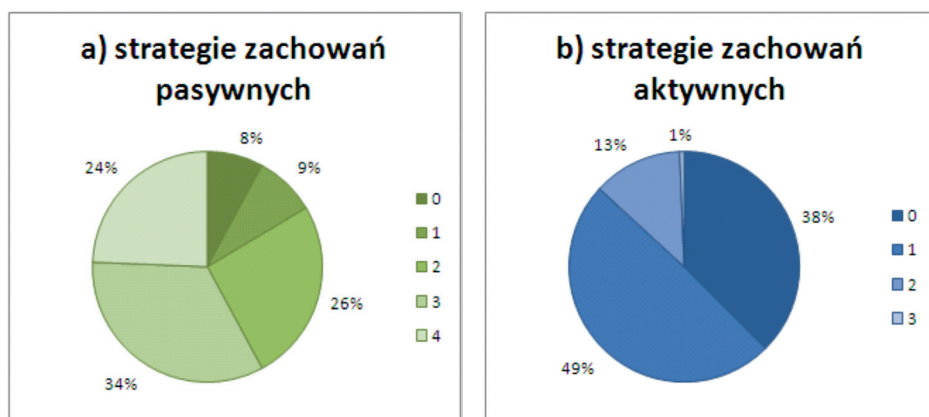
¹² Odsetek osób z grupy młodszej, które stosowały zachowania obronne kształtował się następująco: *unikanie przechodzenia w pobliżu podejrzanych osób lub grup* – 77%; *omijanie określonych miejsc* – 71%; *rzadkie wychodzenie po zmroku z mieszkania* – 22%; *zabezpieczenie mieszkania w dodatkowy zamek, kraty, alarm* – 40%; *unikanie publicznych środków komunikacji* – 19%; *zabieranie ze sobą czegoś do obrony (nóż, gaz łzawiący)* – 17%; *wzięcie udziału w kursie samoobrony* – 13%; *wychodzenie z domu po zmroku w towarzystwie innej osoby lub psa* – 3%.

Seniorzy także często deklarowali *unikanie samotnego wychodzenia z domu po zmroku*. W tym przypadku analiza nie jest jednoznaczna, gdyż niektóre osoby w trakcie przeprowadzania wywiadów mówiły, że po prostu nie mają takiej potrzeby. W takich przypadkach niewychodzenie z domu nie może być interpretowane w kategoriach reakcji, bądź jej braku, na sytuację zagrożenia. Otrzymane opinie respondentów potwierdzają raczej opisywane w literaturze zjawisko, jakim jest ogólnie niska skłonność Polaków do wychodzenia z domu i wykazywania różnych zachowań wieczorem poza domem. Dotyczy to zarówno niskiego poziomu uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych i rozrywkowych, ale także zwykłych spotkań towarzyskich w restauracjach czy pubach. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że zachowanie to istotnie statystycznie uzależnione jest od stanu cywilnego respondentów i posiadanego doświadczenia wiktyimizacyjnego. Częściej zachowanie to jest podejmowane przez osoby pozostające w stanie wolnym (67%; V Kramera = 0,183, $p < 0,01$), niż przez będących w stanie małżeńskim. Osoby, które były ofiarą jakiegoś czynu karalnego, częściej deklarują pozostawanie wieczorem w domu (70%; V Kramera = 0,163, $p < 0,05$).

Właściwie jedynym aktywnym zachowaniem obronnym często wyrażanym przez respondentów było *zabezpieczenie mieszkania w dodatkowe urządzenia (zamek, kraty, alarm)*. Deklarowała to ponad połowa osób w wieku 60+. W przypadku tego technicznego środka zabezpieczeń, tylko osoby posiadające doświadczenie wiktyimizacyjne częściej deklarowały jego stosowanie (66%; V Kramera = 0,182, $p < 0,05$) – wpływ pozostałych charakterystyk respondentów okazał się nieistotny. Zdaniem autora, dodatkowe zabezpieczanie mieszkań przez tylko około połowę respondentów, to bardzo niski wskaźnik, zważywszy na niski standard powszechnie stosowanych podstawowych zabezpieczeń w blokach spółdzielczych i domach komunalnych. Okazuje się jednak, że tak dużo starszych osób wierzy w skuteczność standardowych zabezpieczeń i nie jest zainteresowana poprawą swojego bezpieczeństwa tymi środkami.

Podsumowując, respondenci w celu zwiększenia swojego poczucia bezpieczeństwa i zapobieżenia ewentualnym zagrożeniom zdecydowanie częściej podejmowali pasywne strategie zachowań obronnych (rys. 6). Warte podkreślenia jest, że aż 38% badanych osób nie podjęło żadnego z przedstawionych zachowań aktywnych, podczas gdy w przypadku zachowań pasywnych było to tylko 8%. Ponadto żaden senior nie potwierdził stosowania wszystkich czterech strategii zachowań aktywnych, wobec 24% respondentów stosujących wszystkie wymienione w kwestionariuszu zachowania pasywne.

Z przeprowadzonych dodatkowo analiz porównawczych okazało się, że osoby, które jeszcze nie ukończyły 60 roku życia, rzadziej niż osoby w wieku 60 wżwyz stosują opisywane zachowania obronne. Szczególnie dużą dysproporcję (+38% stosujących je osób – na korzyść seniorów) zauważono w przypadku stosowania *nie wychodzenia po zmroku z mieszkania lub domu*. Za to jedynym częściej podejmowanym działaniem przez osoby w młodszym wieku było *wzięcie udziału*



Rys. 6. Liczba podejmowanych przez seniorów strategii zachowań obronnych

Źródło: opracowanie własne

w kursie samoobrony. Wydaje się zatem, że podwyższony w grupie osób w wieku senioralnym poziom percypowanych zagrożeń środowiskowych i poziom subiektywnego ryzyka wiktylizacji może być przyczyną częstszego podejmowania przez tę grupę zachowań obronnych.

Jednym z podstawowych celów badań było zatem sprawdzenie na ile stosowane strategie zachowań obronnych zależą od subiektywnego poczucia zagrożenia i subiektywnego ryzyka wiktylizacji (tab. 3).

Tabela 3

Podjęmowane strategie obronne a poziom poczucia zagrożenia
i subiektywne ryzyko wiktylizacji

Wyszczególnienie		Liczba podejmowanych strategii zachowań obronnych	
		Zachowania pasywne	Zachowania aktywne
Ogółem		2,57	0,76
Poziom poczucia zagrożenia	Brak	2,08	0,50
	Niskie	2,44	0,51
	Średnie	2,58	0,89
	Wysokie	3,05	1,00
Subiektywne ryzyko wiktylizacji	Bardzo niskie	2,30	0,45
	Niskie	2,58	0,63
	Wysokie	2,61	0,92
	Bardzo wysokie	3,17	1,09

Źródło: opracowanie własne.

Na zachowania obronne istotny wpływ ma poziom poczucia zagrożenia. Osoby o wysokim poziomie poczucia zagrożenia wykazują więcej zachowań obronnych – zarówno tych pasywnych (ρ Spearmana = 0,209, $p < 0,05$), jak i aktywnych (ρ Spearmana = 0,287, $p < 0,001$). Także subiektywne ryzyko wiktylizacji znajduje swoje odzwierciedlenie w liczbie podejmowanych zachowań obronnych: pasywnych (ρ Spearmana = 0,221, $p < 0,05$) i aktywnych (ρ Spearmana = 0,333, $p < 0,001$). W kwestii tych relacji uzyskany obraz jest jasny: im niższy jest poziom poczucia zagrożenia, a także im niższe jest subiektywne ryzyko wiktylizacji, tym mniej zachowań obronnych badane osoby wykazują. Oby tylko, paradoksalnie, wysokie poczucie bezpieczeństwa i rzadko stosowane zachowania obronne, nie uśpiły nadto czujności osób w wieku senioralnym, bo wówczas łatwo mogłyby stać się ofiarą.

Zatem: **percepcja zagrożeń społeczno-przestrzennych i ocena ryzyka wiktylizacji – w przypadku osób w wieku powyżej 60 lat przekłada się na realnie podejmowane przez nich zachowania obronne.**

3.6. PODSUMOWANIE

W porównaniu z opracowaniami dotyczącymi poczucia bezpieczeństwa mieszkańców różnych miast, łodzianie generalnie charakteryzują się wyższym poczuciem zagrożenia, a przy tym stosują mniej różnych strategii zachowań obronnych. W trakcie badań przeprowadzonych na potrzeby tego artykułu okazało się, że osoby w wieku 60+ wykazują się jeszcze wyższym poczuciem zagrożenia niż młodsze grupy łodzian, ale jednocześnie stosują przy tym więcej strategii obronnych (głównie o charakterze pasywnym).

W toku przeprowadzonych analiz udało się potwierdzić słuszność postawionej hipotezy o zróżnicowaniu postaw związanych z zachowaniami obronnymi, będących reakcją na dysproporcje przestrzenne różnorodnych zagrożeń i patologii społeczno-przestrzennych oraz oceny ryzyka wiktylizacji mieszkańców miasta będących w wieku senioralnym. W prezentowanych tutaj badaniach, zaobserwowano istotny i pozytywny związek między poziomem poczucia zagrożenia, odczuwanym ryzykiem wiktylizacyjnym a liczbą podejmowanych strategii obronnych. Stwierdzić można zatem, że w przypadku osób starszych, poczucie zagrożenia i ryzyko wiktylizacji są konsekwencją występujących problemów w danym środowisku społeczno-przestrzennym, co z kolei wpływa na ich zachowania. Okazało się, że łodzianie należący do najstarszej grupy wiekowej, odróżniają się wyraźnie w swoich opiniach od swoich młodszych sąsiadów. Po pierwsze, krytyczniej oceniają oni różnego rodzaju problemy występujące w przestrzeni ich miasta, a także wyżej oceniają ryzyko, że mogą zostać poszkodowani, stać się ofiarami różnych zdarzeń. W rezultacie takiej percepcji łódzkiej przestrzeni, starają się oni częściej podejmować kilka wybranych strategii obronnych.

We wcześniejszych badaniach (np. Mordwa 2013, 2014) bardzo często okazywało się, że poszczególne komponenty poczucia bezpieczeństwa oraz konsekwencje, które powodują, mają swój wyraźny wymiar przestrzenny. W tych badaniach ustalono, że w przypadku starszej grupy wiekowej uwarunkowania przestrzenne rzadko różnicują percepcję zagrożeń, subiektywne ryzyko wiktylizacji i podejmowane działania obronne.

LITERATURA

- Bauman Z., 2004, *Życie na przemiał*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Czapiński J., Panek T. (red.), 2009, *Diagnoza społeczna 2009*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, załącznik 2.
- Czapska J., 2008, *Poczucie bezpieczeństwa mieszkańców Krakowa*, [w:] Krajewski K. (red.), *Poczucie bezpieczeństwa mieszkańców wielkich miast*, Wydawnictwo UJ, Kraków, s. 143–200.
- Dzieciuchowicz J., 2011, *Środowisko mieszkaniowe wielkiego miasta. Przykład Łodzi*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Erikson E.H., 2002, *Dopełniony cykl życia*, Rebis, Warszawa.
- Grotowska-Leder J., 2001, *Przestrzeń miejska a zjawiska upośledzenia społecznego (na przykładzie Łodzi)*, [w:] Rogacki H. (red.), *Koncepcje teoretyczne i metody badań geografii społeczno-ekonomicznej i gospodarki przestrzennej*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań, s. 215–227.
- Instytucje wobec potrzeb osób starszych. Raport*, 2010, Instytutu Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Jabkowski P., 2008, *Poczucie bezpieczeństwa i poziom przestępczości w Poznaniu. Analiza socjologiczna w perspektywie wskaźników jakości życia*, [w:] Jakubowski J., Wątroba J. (red.), *Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych III*, Kraków, s. 203–212.
- Jabkowski P., Kilarska A., 2013, *Poczucie bezpieczeństwa i poziom przestępczości w Poznaniu*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Jerschina J., Lesińska E., Pytliński Ł., Siwek H., 2012, *Badania poczucia bezpieczeństwa mieszkańców Prądnika Czerwonego w Krakowie ze szczególnym uwzględnieniem wpływu zmian architektonicznych i technicznych na poziom lęku przed przestępczością*, [w:] Czapska J. (red.), *Zapobieganie przestępczości przez kształtowanie przestrzeni*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Mordwa S., 2010, *Poczucie bezpieczeństwa mieszkańców wybranych osiedli w Łodzi*, [w:] Madurowicz M. (red.), *Wartościowanie współczesnej przestrzeni miejskiej*, WGSR UW, Warszawa.
- Mordwa S., 2011, *Poczucie bezpieczeństwa w Łodzi. Przykład badań mieszkańców osiedli mieszkaniowych*, „Space–Society–Economy”, 10, s. 181–196.
- Mordwa S., 2012, *Poczucie bezpieczeństwa w centrach handlowych. Przykład badań opinii klientów Galerii Łódzkiej i Manufaktury w Łodzi*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Geographica Socio-Oeconomica”, 12, s. 163–187.

- Mordwa S., 2013, *Przestępczość i poczucie bezpieczeństwa w przestrzeni miasta. Przykład Łodzi*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Mordwa S., 2014, *Dysproporcje przestrzenne wybranych zjawisk patologii społecznych w Łodzi*, [w:] Suliborski A., Wójcik M. (red.), *Dysproporcje społeczne i gospodarcze w przestrzeni Łodzi. Czynniki, mechanizmy, skutki*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 277–303.
- Mordwa S., 2015, *Przestrzenne i demograficzne uwarunkowania zróżnicowania poczucia bezpieczeństwa mieszkańców miasta*, [w:] Wołk A., Potasińska A. (red.), *Nierówności społeczne we współczesnym świecie*, Wydawnictwo UKSW, Warszawa, s. 193–208.
- Rosset E., 1959, *Proces starzenia się ludności*, PWG, Warszawa.
- Suliborski A., Wójcik M. (red.), 2014, *Dysproporcje społeczne i gospodarcze w przestrzeni Łodzi. Czynniki, mechanizmy, skutki*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Synak B., 2000, *Pozycja społeczna ludzi starych w warunkach zmian ustrojowych i cywilizacyjno-ustrojowych*, [w:] Synak B. (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Warzywoda-Kruszyńska W. (red.), 2001, *(Żyć) Na marginesie wielkiego miasta*, Absolut, Łódź.
- Zięba R., 1997, *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, [w:] Bobrow D.B., Haliżak E., Zięba R. (red.), *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa.

Abstract

In this paper the diversity of defensive behavior of people aged over 60 years was confirmed. The author analyzes the research results with regard to two main aspects of defensive behavior: perception of the socio-spatial threats and subjective risk of victimization. In the study there was observed a significant and positive relationship between the level of insecurity, perceived risk of victimization and the number of taken defensive strategies by residents in the age 60+. There were also concluded that a sense of security and risk of victimization are a consequence of the problems identified in the socio-spatial environment of the elderly, which in turn affects their behavior.

Key words

Defensive behaviour, sense of security, socio-spatial threats, risk of victimization, Łódź.

CZEŚĆ III

FORMY AKTYWNOŚCI LUDZI STARYCH

PART III

FORMS OF THE ELDERLY ACTIVITY

KALINA PĘDZIWIATR

Uniwersytet Łódzki

Wydział Nauk Geograficznych

Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami

1

AKTYWIZACJA SPOŁECZNA OSÓB STARSZYCH W POLSCE

SOCIAL ACTIVATION OF THE ELDERLY IN POLAND

Artykuł wpłynął do redakcji 21.08.2015; po recenzjach zaakceptowany 21.04.2016.

Pędziwiatr K., 2015, *Aktywizacja społeczna osób starszych w Polsce*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 123–136.

Mgr Kalina Pędziwiatr, Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk Geograficznych, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź; e-mail: kalinapedziwiatr@gmail.com

Zarys treści

Tematyka aktywizacji osób starszych poruszana jest głównie w raportach oraz programach mających na celu zapobieganie wykluczeniu seniorów. W literaturze naukowej częściej prowadzone są badania dotyczące aktywności społecznej osób starszych.

W pierwszej części niniejszego opracowania przedstawione zostaną wybrane sposoby oraz formy aktywizacji społecznej osób starszych, które stosowane są w Polsce. Będą to: kluby seniora, Uniwersytety Trzeciego Wieku, organizacje samopomocowe, wolontariaty, Społeczne Banki Czasu, organizacje kulturowe oraz Rady Seniorów. W drugiej części omówione zostaną rządowe formy wspierania aktywności osób starszych. Natomiast w ostatniej wybrane działania aktywizujące seniorów w Łodzi.

Słowa kluczowe

Aktywizacja społeczna, osoby starsze, aktywność społeczna.

1.1. WPROWADZENIE

Tematyka osób starych jest przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych, wśród których przede wszystkim należy wymienić biologię, medycynę, psychologię oraz socjologię. Problemy związane ze starzeniem poruszane są w odmienny sposób przez przedstawicieli nauk przyrodniczych i społecznych. Zainteresowania badaczy społecznych skupiają się m.in. na obszarze aktywności społecznej osób starych, a także na więziach społecznych, które im towarzyszą.

Głównym celem opracowania jest przedstawienie form i sposobów aktywizacji społecznej osób starszych w Polsce, a także charakterystyka rządowych programów wspomagających aktywizację seniorów. Podstawowy materiał źródłowy stanowią publikacje dotyczące problematyki osób starszych oraz dwa programy rządowe *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* i *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020*.

Pojęcie aktywizacji definiowane jest w *Wielkiej Encyklopedii PWN* (2001) jako pobudzanie do jakiejś aktywności lub też wzmożenie się aktywności. Aktywizacja społeczna według B. Skrzypczaka i S. Retmianiak (2010) to „dążenie do oddziaływania na otoczenie społeczne, zmierzające do przekształcenia, przynoszące efekty jednostce i społeczeństwu. Zaangażowanie w takie działania ma zazwyczaj charakter dobrowolny”.

Tematyka aktywizacji osób starszych poruszana jest głównie w raportach oraz programach mających na celu zapobieganie wykluczeniu seniorów. W literaturze naukowej częściej prowadzone są badania dotyczące aktywności społecznej osób starszych. W Polsce na ten temat pisali m.in.: M. Braun-Gałkowska (2006), M. Dzięgielewska (2006), B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska (2006), I. Stuart-Hamilton (2006), M. Kaczmarczyk, E. Trafiałek (2007), J. Semków (2008), W. Zgliczyński (2012).

Omówienie form i sposobów aktywizacji społecznej osób starszych wymaga wcześniejszego zdefiniowania terminu „aktywność społeczna”, którą można ująć, jako „czynny stan jednostki, przejawiający się w oddziaływaniu na otoczenie przyrodnicze i społeczne. Wyraża się ona w pracy zawodowej, zdobywaniu wiedzy, twórczości, zabawie, uczestnictwie w różnych grupach społecznych, a o jej poziomie decydują czynniki wewnętrzne i zewnętrzne o charakterze psychologicznym, biologicznym i społecznym. Warunkuje zaspokojenie wszystkich potrzeb człowieka (biologicznych, społecznych, kulturalnych). Jest warunkiem odgrywania ról społecznych, funkcjonowania w grupie i ogólnie współlistnienia w społeczeństwie. Brak aktywności może powodować utratę akceptacji ze strony otoczenia, czego konsekwencją jest samotność (*Wielka Encyklopedia PWN* 2001).

M. Dzięgielewska (2006) wyróżnia trzy rodzaje aktywności:

- samotniczą (oglądanie telewizji, czytanie, hobby, rozwijanie zainteresowań itp.),
- nieformalną (kontakty z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami itp.),
- formalną (udział w organizacjach społecznych, polityce, praca na rzecz środowiska lokalnego itp.).

Aktywność można jednak klasyfikować także według obszarów zainteresowań: zawodowa, domowo-rodzinna, kulturalna, edukacyjna, religijna, rekreacyjna i społeczna (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006).

Osoby starsze realizują różne wzory aktywności – biorą czynny udział w różnego rodzaju działaniach (teoria aktywności) lub są z nich wyłączone (teoria wycofania). Teoria wycofania, zwana także teorią wyłączenia zakłada, że człowiek stary ma osłabiony kontakt z otaczającym go światem. Wynika on z obniżonych możliwości organizmu, utraty partnera życiowego, przyjaciół czy też przejścia na emeryturę (Stuart-Hamilton 2006).

Przeciwieństwem teorii wycofania jest teoria aktywności. Zakłada ona istnienie związku między stopniem aktywności a satysfakcją z życia. Bycie aktywnym ma skutkować bardziej pozytywnym wizerunkiem własnej osoby i lepszymi zdolnościami dostosowawczymi. Wedle teorii aktywności, osoby stare mają takie same potrzeby społeczne jak ludzie w średnim wieku i dlatego społeczne wycofanie się w okresie starości jest sprzeczne z potrzebami jednostki. Przyjmuje się, że społeczne wycofanie lub utrata odgrywanych do tej pory ról może skutkować utratą tożsamości i dobrego samopoczucia, niską samooceną, poczuciem wstydu czy izolacją. Według tej teorii osoba starsza może z powodzeniem pozostawać aktywna – zastępując utracone role nowymi rolami produktywnymi dla społeczności, takimi jak alternatywna aktywność zawodowa i społeczna (Zgliczyński 2012).

W niniejszym pracowniu aktywność społeczna rozumiana jest jako „uczestnictwo w działaniach zbiorowych wykraczających poza obowiązki związane z pełnieniem funkcji zawodowych i funkcji w rodzinie, zmierzające do realizacji cenionych wartości społecznych. Działalność społeczna charakteryzuje się dobrowolnością i samorzutnością, bezinteresownością materialną i motywacjami altruistycznymi, jest traktowana jako jeden z przejawów socjalizacji. Aktywność społeczna polegająca na przynależności do różnego typu organizacji społecznych, udziale w pracach tych organizacji jest określana jako zinstytucjonalizowana aktywność społeczna” (*Wielka Encyklopedia PWN* 2001).

Natomiast aktywizacja społeczna rozumiana jest jako zewnętrzne działanie adresowane do konkretnej osoby lub społeczności. Jest to uruchomienie procesu, którego efektem jest podjęcie działania wpływającego z wewnętrznej motywacji. Jest to rodzaj wpływu na innych, który pomaga w rozszerzeniu poczucia wolności osobistej, zwiększeniu umiejętności dokonywania wyborów. Proces

aktywizacji nie zakłada motywowania ludzi do czegoś określonego. Wybór rodzaju działań należy do osoby, która je podejmie. Celem aktywizacji jest uruchomienie potencjału, a nie zmiana zachowania pojedynczych osób, grup ludzi i całych społeczności. Proces stawania się aktywnym zachodzi najczęściej dzięki relacji z innymi ludźmi lub zaangażowaniu się w procesy społeczne (www.grupatrop.pl/, 2016).

1.2. FORMY I SPOSOBY AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ

Aktywność społeczna jest jednym z niezbędnych elementów realizacji idei aktywnego i zdrowego starzenia się. Wobec zakończenia lub ograniczenia pracy zawodowej związanego z osiągnięciem wieku emerytalnego, poświęcenie czasu na bezpłatną pomoc innym stanowi istotną przestrzeń dla aktywności osób starszych. Znaczenie ma nie tylko pomoc osobom najbliższym, ale także działania podejmowane na rzecz społeczności lokalnych, w tym sąsiedzkich, a także środowiska w ramach pracy niezarobkowej poza własnym gospodarstwem domowym, zwłaszcza w formie wolontariatu. Jednak równolegle z aktywnością społeczną istotne jest także podejmowanie aktywności edukacyjnej, która umożliwia nie tylko poszerzanie wiedzy i nabywanie nowych oraz aktualizację dotychczasowych umiejętności, ale pełni ona także istotną rolę w tworzeniu więzi społecznych i tym samym jest czynnikiem wspierającym aktywność społeczną.

W niniejszym opracowaniu przedstawione zostaną wybrane sposoby oraz formy aktywizacji seniorów, które stosowane są w Polsce. Będą to: kluby seniora, Uniwersytety Trzeciego Wieku, organizacje samopomocowe, wolontariaty, Społeczne Banki Czasu, organizacje kulturowe oraz Rady Seniorów.

Najbardziej rozpowszechnioną formą aktywizacji osób starszych są **kluby seniora**. Jest to bardzo proste, ale także mogące zrzeszać wiele osób jednocześnie działanie. Klub seniora to miejsce spotkań osób starszych i forma spędzania przez nich wolnego czasu. Kluby tworzone są najczęściej z inicjatywy samych uczestników albo instytucji pozarządowych, spółdzielni mieszkaniowych czy też instytucji użytku publicznego. Najczęściej mają nieformalny charakter, a zakres ich działania zależy od inwencji i możliwości samych seniorów oraz podmiotów wspierających działania klubów (Połusznia 2012).

Tradycyjne kluby seniora działają na osiedlach i powoływane są przez spółdzielnie mieszkaniowe. Jednak tego rodzaju kluby powstają także przy domach kultury, bibliotekach, domach opieki społecznej i organizacjach pozarządowych, a w przypadku braku dla nich miejsca przy takich instytucjach miejscem spotkań może zostać nawet prywatne mieszkanie czy kawiarnia. Niektóre kluby ograniczają się jedynie do zapewnienia uczestnikom miejsca spotkań i prowadzenia prostych zajęć, np. gry w szachy czy warsztaty. Są również takie, których oferta jest znacznie bardziej rozbudowana. W ich przypadku z reguły wprowadzane są

składki członkowskie, które mają pokryć częściowo lub w całości koszty z realizacją działań klubu – m.in. organizacji koncertów, spotkań z zaproszonymi gośćmi, kursów komputerowych, wyjść do teatru, zajęć gimnastycznych, pikników czy zabaw tanecznych (Posłuszna 2012).

Kolejną formą aktywizacji seniorów są **Uniwersytety Trzeciego Wieku** (UTW), dające możliwość kształcenia się i zdobywania nowych kompetencji. W porównaniu do klubów seniora, są one zdecydowanie bardziej skomplikowaną organizacyjnie formą działania. Pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku utworzył w 1973 roku we Francji Pierre Vellas, profesor nauk społecznych Uniwersytetu w Tuluzie. W drugiej połowie XX wieku podobne uczelnie powstały także w innych krajach, m.in. Hiszpanii, Belgii, Brazylii, Kanadzie oraz we Włoszech. W Polsce pierwszy UTW powstał w Warszawie w 1975 roku. Obecnie UTW działają w dwóch formach: tradycyjne – francuskiej oraz nowej – brytyjskiej. Forma francuska zakłada, że słuchaczem UTW może być osoba posiadająca wykształcenie wyższe, a wykłady prowadzą przedstawiciele kadry wyższej uczelni, przy której działa UTW. Natomiast według formy brytyjskiej studentem może zostać każdy senior, a kształcenie nie jest wspierane przez wyższą uczelnię (uniwersyte-ty prowadzone są przez instytucje pozarządowe) (Zgliczyński 2012).

Uniwersytet Trzeciego Wieku, niezależnie od modelu działania, służy edukacji i rozwojowi intelektualnemu osób starszych, realizacji pasji i marzeń, aktywizacji społecznej i intelektualnej, wyposażeniu osób starszych w kompetencje przydatne w życiu codziennym, a także budowaniu pozycji społecznej seniorów (Zgliczyński 2012).

Do utworzenia UTW potrzebna jest grupa starszych osób chcących robić coś wspólnie. Konieczne jest także znalezienie stałych miejsc do odbywania spotkań i prowadzenie zajęć dydaktycznych oraz znalezienie wykładowców, którzy regularnie poprowadzą zajęcia (Zgliczyński 2012).

Osoby starsze organizują się także po to, aby wspierać się wzajemnie i reprezentować swoje interesy wobec innych grup społecznych oraz władz publicznych. Najczęściej są to **organizacje samopomocowe**, które zrzeszają ludzi będących w podobnej sytuacji życiowej, mających podobne doświadczenia czy zainteresowania. Przykładem tego typu działań mogą być stowarzyszenia emerytowanych żołnierzy, policjantów, inżynierów lub seniorów aktywnych sportowo (Schimannek, Wejcman 2013).

Działalność samopomocowa ma zwykle charakter sformalizowany i prowadzona jest przez organizacje posiadające osobowość prawną. Najczęściej typem organizacji jest stowarzyszenie rejestrowane w sądzie, wymagające co najmniej 15 członków, mające osobowość prawną, a więc mogące podpisywać umowy, zaciągać zobowiązania itp. Prostsza forma jest stowarzyszenie zwykłe, które wymaga 3 członków, nie musi być rejestrowane sądownie, a jedynie zgłoszone w samorządzie powiatowym, ale za to nie posiada osobowości prawnej. Jeszcze inną

formą organizacyjną jest fundacja, która nie ma w ogóle członków, wymaga natomiast funduszu założycielskiego przekazanego przez fundatorów na realizację określonych celów społecznie użytecznych (Schimanek, Wejman 2013).

Jedną z metod aktywizacji osób starszych jest **wolontariat**¹ oznaczający dobrowolną pracę na rzecz innych osób spoza kręgu rodziny czy przyjaciół, za którą wolontariusz nie otrzymuje wynagrodzenia. Bardzo popularną formą aktywności osób starszych na rzecz innych jest działanie w różnego rodzaju kołach parafialnych czy zespołach charytatywnych tworzonych przy parafiach, a także w ramach Caritasu. Wolontariat seniorów podejmowany jest często również przez organizacje działające na rzecz dzieci, młodzieży czy osób starszych. Wolontariusze – seniorzy m.in. pomagają dzieciom w odrabianiu lekcji, prowadzą zajęcia plastyczne i techniczne w świetlicach, pomagają osobom niepełnosprawnym, a w niektórych przypadkach po prostu dotrzymują towarzystwa (Zgliczyński 2012).

Spółeczny Bank Czasu (SBC) to działalność niewymagająca sformalizowania. Pomysł SBC trafił do Polski ze Stanów Zjednoczonych, gdzie po raz pierwszy zastosował ją w 1980 roku amerykański prawnik i socjolog Edgar Cahn. Społeczne Banki Czasu upowszechniły się przede wszystkim w USA, Wielkiej Brytanii oraz w krajach azjatyckich. Obecnie działają także w Polsce, lecz ich liczba ze względu na nieformalny charakter nie jest znana (www.bankczasu.mops.tczew.pl/infl.html, 2015).

Spółeczny Bank Czasu jest nieformalną siecią wymiany usług, w której walutą jest czas, a jako usługę zaoferować można praktycznie wszystko. Główną zasadą pozostaje równoważność wszystkich proponowanych usług, bez względu na ich wartość rynkową – w każdej wymianie jednostką przeliczeniową jest godzina. Czas poświęcony na pomoc jednemu z uczestników można odebrać sobie u innego, dowolnie wybranego uczestnika. Do utworzenia SBC potrzeba przede wszystkim grupy osób, niekoniecznie tylko seniorów, które będą chciały wymieniać się oferowanymi przez siebie usługami. Przydatny jest przy tym dostęp do Internetu, który znacznie ułatwia organizację wymiany usług. Do funkcjonowania takiego banku jest wzajemne zaufanie jego uczestników. Seniorzy mogą zaproponować dowolną usługę np. naukę gotowania, pieczenia, pomoc w odrabianiu lekcji np. w zamian za posprzątanie mieszkania, zrobienie zakupów czy skoszenie trawnika (www.bankczasu.mops.tczew.pl/infl.html, 2015).

Istnieje również wiele **organizacji działających w sferze kultury, tradycji, historii**. Związane są one z określonym miejscem: wsią, miastem, regionem. Choć nie są organizacjami typowo seniorskimi, to dużą część ich członków sta-

¹ Według *Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, wolontariuszem jest osoba, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia odpowiadające świadczeniu pracy na zasadach określonych w ustawie na rzecz m.in. organizacji pozarządowych, organów administracji publicznej i jednostek im podległym lub przez nie nadzorowanym (zgodnie z art. 2 i 42).

nowią właśnie osoby starsze. Przykładem tego typu form są chóry amatorskie, które skupiają zarówno młodzież, jak i seniorów. Innym przejawem tego typu działalności są stowarzyszenia miłośników określonych miejsc i regionów. Ich członkami są w większości seniorzy, pasjonujący się swoim regionem, jego historią, społecznością lokalną i tradycjami. Zajmują się one urządzaniem wystaw, imprez plenerowych i innych wydarzeń służących popularyzacji historii i tradycji danego miejsca czy społeczności (Schimanek, Wejman 2013).

Rady seniorów to zinstytucjonalizowane, stałe ciała opiniująco-doradcze złożone z przedstawicieli seniorów (osoby, które ukończyły 60. rok życia). Rady te powoływane są na różnych szczeblach samorządu terytorialnego i służą swoją opinią władzom samorządowym. Ich tworzenie nie jest wymagane, stąd do ich powstania potrzeba aktywności samych środowisk seniorów oraz przychylności ze strony władz samorządowych. Funkcjonowanie takiej instytucji stwarza możliwość artykułowania potrzeb osób starszych i wpływania na kształt działań podejmowanych przez samorządy w zgodzie z tymi potrzebami. Pozwala też na wykorzystanie potencjału seniorów do działań służących lepszemu zaspokojeniu potrzeb całej społeczności lokalnej (Schimanek, Wejman 2013).

1.3. RZĄDOWE FORMY WSPIERANIA AKTYWNOŚCI OSÓB STARYCH

Wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa dostrzegane są przez Unię Europejską od wielu lat. W 2001 roku Rada Europejska na posiedzeniu w Sztokholmie ustanowiła fundamenty strategii na rzecz podjęcia głównych wyzwań gospodarczych i budżetowych związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Dekadę później na podstawie decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 roku ustanowiono rok 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Celem tej inicjatywy było:

- wspieranie tworzenia lepszych możliwości zatrudnienia i warunków pracy dla rosnącej liczby osób starszych w Europie,
- wspieranie ich aktywnego udziału w społeczeństwie,
- zachęcanie osób starszych do zdrowego i samodzielnego życia.

Jednym z głównych celów Europejskiego Roku 2012 była zmiana opinii, że osoby starsze stanowią dla społeczeństw obciążenie. Obywatele Europy żyją coraz dłużej i są coraz zdrowsi, więc rządy państw europejskich szukają nowych rozwiązań, dzięki którym osoby starsze będą mogły bardziej angażować się w życie społeczeństwa i pozostaną aktywne. Takie zmiany mogą przynieść korzyści gospodarcze całemu społeczeństwu, a jednocześnie wspierają psychiczny, mentalny i społeczny dobrostan jego starszych członków. Zmiany demograficzne, które prawdopodobnie dotkną kraje UE w nadchodzących dziesięcioleciach

stanowią również szansę na rozwój nowych produktów i usług przystosowanych do potrzeb osób starszych. Istnieje potrzeba opracowania szerokiego wachlarza nowych technologii, które mogłyby pomóc starszym osobom zachować samodzielność i żyć dłużej we własnych domach oraz które mogłyby zmienić sposób świadczenia usług opieki lub stworzyć bardziej spersonalizowane usługi odpowiadające konkretnym potrzebom pacjentów.

Europejski Rok 2012 miał na celu zwiększenie świadomości tych kwestii, a także zidentyfikowanie i rozpowszechnienie dobrych praktyk, jak również zachęcenie decydentów i zainteresowanych stron (na wszystkich poziomach rządzenia) do wspierania aktywnego starzenia się. Bez dalszych zmian instytucjonalnych i politycznych zmiany demograficzne mogą zagrażać solidarności międzypokoleniowej, ponieważ ludność w wieku produkcyjnym będzie musiała ponosić coraz większe koszty, by zaspokoić potrzeby rosnącej grupy osób starszych.

Najważniejszym unijnym dokumentem wskazującym konieczność działań na rzecz osób starszych jest *Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*. Stanowi on strategię wzrostu Unii Europejskiej w latach 2010–2020. Do sytuacji osób starszych w szczególności odnosi się uwzględniony w tym dokumencie priorytet *Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu* oraz inicjatywa flagowa *Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu*. W ich ramach podejmowane są zarówno działania zmierzające do zapobiegania dezintegracji społecznej, jak i promowania idei aktywnego starzenia się.

Wszystkie dokumenty strategiczne stworzone na poziomie krajowym, tj.: *Strategia Rozwoju Kraju 2020*, *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego*, *Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego* oraz *Strategia Wspierania Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego* pozostają w zgodzie ze strategią *Europa 2020* i uwzględniają konieczność działań na rzecz osób starszych. Natomiast krajowymi dokumentami, których tematyka szczególnie skupia się na aktywności społecznej osób starszych są: *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020* oraz *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*.

Podstawą prawną *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020* jest art. 5c Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie². Program ASOS został przyjęty 24 grudnia 2013 roku chwałą nr 237 Rady Ministrów i opublikowany w Monitorze Polskim 24 stycznia 2014 roku (poz. 52). Uwzględnia on wewnętrzne zróżnicowanie populacji osób starszych i promuje działania mające na celu podtrzymanie aktywności osób starszych i zapewnienie ich udziału w życiu społecznym oraz działania ukierunkowane na osoby o ograniczonej samodzielności (*Program ASOS 2013*).

² Dz.U., 2010, nr 234, poz. 1536, z późn. zm.

Głównym celem *Programu ASOS* jest poprawa jakości i poziomu życia osób starszych (osoby po 60. roku życia) dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną. Program ma przyczyniać się do pełniejszego korzystania z potencjału społeczno-zawodowego osób starszych, aby mogły one pełnić różne role społeczne w życiu publicznym. Ważne jest również uwzględnienie w działaniach ograniczeń wynikających z barier funkcjonalnych, na które narażone mogą być osoby starsze (*Program ASOS* 2013).

Cel główny Programu będzie realizowany przez cele szczegółowe (*Program ASOS* 2013):

1. Zwiększenie różnorodności i poprawę jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych:
 - tworzenie ofert odpowiadających problemom osób starszych znajdujących się w trudnej sytuacji, w tym w szczególności w procesie wykluczenia społecznego,
 - promowanie nowych rozwiązań na rzecz motywowania osób starszych do uczenia się dla zachowania aktywności, w tym szczególnie osób starszych pozostających w niekorzystnej sytuacji,
 - tworzenie specjalnej oferty dydaktycznej oraz nowych form inicjatyw edukacyjnych, odpowiadających na potrzeby osób starszych, w tym w szczególności w procesie wykluczenia społecznego,
 - rozwój oferty edukacyjno-kulturalnej.
 2. Tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej, m.in. pogłębianie wiedzy na temat zmian biologicznych, zdrowotnych, społecznych zachodzących wraz z wiekiem w ramach przygotowywania społeczeństwa do starości.
 3. Rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechnianie wolontariatu, partycypacji w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym, w tym udział osób starszych w kształtowaniu polityki publicznej.
 4. Zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji:
 - rozwój systemów wsparcia umożliwiających zaspokojenie specyficznych dla wieku podeszłego potrzeb, w szczególności osobom starszym o ograniczonej samodzielności,
 - rozwój usług społecznych w sferze sportu, turystyki, rekreacji i kultury.
- W okresie realizacji Programu (lata 2014–2020) zakłada się:
- dofinansowanie rozwoju oraz powstanie nowej oferty edukacyjnej dla osób starszych, a także zwiększenie dostępu do zajęć edukacyjnych w ramach już istniejących oraz nowo utworzonych organizacji,
 - wspieranie różnych form edukacji i uczenia się na rzecz poprawy umiejętności osób starszych, w tym zwłaszcza umiejętności cyfrowych,

- podnoszenie kompetencji/kwalifikacji kadry zajmującej się zawodowo i ochotniczo aktywizacją społeczną osób starszych,
- dofinansowanie innych form aktywności społecznej osób starszych,
- zwiększenie oferty oraz podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych, a także dostosowanie tej oferty odpowiednio do potrzeb i możliwości starszych osób niepełnosprawnych lub o ograniczonej sprawności ruchowej.

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (ZDPS) są wykonaniem zobowiązania przewidzianego w *Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013* (Program ASOS). Zostały przyjęte 24 grudnia 2013 roku uchwałą nr 238 Rady Ministrów i opublikowane w Monitorze Polskim 4 lutego 2014 roku (poz. 118) (www.mpips.gov.pl, 2015).

Założenia, choć mają charakter ramowy, to jednocześnie stanowią konkretny zestaw koniecznych działań w obszarze polityki senioralnej w Polsce, który jest kierowany do szerokiego grona odbiorców. Po pierwsze, do społeczeństwa, które ze względu na swoje kompetencje i potencjał stanowi kluczowy element w procesie budowania i rozwoju polityki aktywnego i zdrowego starzenia się. Po drugie, do władz publicznych wszystkich szczebli, sektora prywatnego oraz pozarządowego i partnerów społecznych, których działania pozwolą na odpowiednie zagospodarowanie aktywów wynikających z wydłużania życia. Tak zdefiniowani adresaci działań w obszarze polityki senioralnej oraz ich ścisła wzajemna współpraca będą stanowiły o skuteczności realizacji głównego celu polityki senioralnej – poprawy sytuacji osób starszych dla godnego starzenia się w dobrym zdrowiu (www.mpips.gov.pl, 2015).

Celem ogólnym polityki senioralnej w obszarze aktywności edukacyjnej, społecznej i kulturalnej jest wspieranie idei uczenia się wśród osób starszych i aktywizowanie do działań obywatelskich i społecznych, w tym:

1. Rozwój oferty edukacyjnej dla osób starszych – obejmuje trzy najczęstsze obszary edukacyjne znajdujące się w ofercie dla osób starszych: edukację prozdrowotną, obywatelską i w zakresie nowych technologii.
2. Rozwój i wspieranie aktywności społecznej osób starszych – zwiększenie zaangażowania osób starszych w życie społeczności lokalnych i sprawy kraju, wzrost roli obywateli seniorów w rozwiązywaniu problemów społecznych, a także zagospodarowanie cennego potencjału osób starszych – wiedzy, umiejętności, doświadczenia zawodowego i życiowego oraz chęci pracy na rzecz innych (wolontariat).
3. Zwiększenie uczestnictwa osób starszych w kulturze zarówno jako jej odbiorców, jak i twórców – kultura stanowi przestrzeń dla partycypacji społecznej, budowania sieci relacji między ludźmi i tworzenia więzi wewnątrz- i międzypokoleniowych, zaś uczestnictwo w kulturze jest intensywną formą społecznego włączenia się, sprzyja pełnemu wykorzystaniu intelektualnych zasobów twórczych, którymi dysponują osoby starsze.

1.4. WYBRANE DZIAŁANIA AKTYWIZUJĄCE SENIORÓW W ŁODZI

Z myślą o 205 tys. łódzkich seniorów, Zespół ds. Seniorów Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Łodzi stworzył portal internetowy 60+ *Centrum Aktywnego Seniora*, którego celem jest dostarczanie informacji o różnorodnych działaniach realizowanych na terenie Łodzi dla grupy wiekowej 60+. Znaleźć można tam m.in. informacje dotyczące *Programu Miejska Karta Seniora*, w ramach którego seniorzy mogą korzystać z ulg, zniżek, promocji i ofert, które są przygotowane dla nich przez instytucje oraz firmy. Obecnie (kwiecień 2016) *Miejską Kartę Seniora* posiada 20 tys. osób. Jest ona wspierana przez 120 partnerów z różnych branż (np. sport i rekreacja, usługi, zdrowie, wypoczynek, kultura, gastronomia, szkolenia) (seniorzy.uml.lodz.pl, 2016).

Najbardziej znaną formą aktywnego spędzania czasu przez osoby starsze są kluby seniora. W Łodzi jest ich 31 (stan na kwiecień 2016). Największa ilość klubów seniora stworzona została w dzielnicy Widzew – 10, a najmniejsza w Śródmieściu – 2. W dzielnicach Bałuty i Górna jest po 7 klubów seniora, natomiast w dzielnicy Polesie – 5. Z oferty klubów seniora w Łodzi korzysta ok. 2 tys. osób, które skończyły 60 lat (seniorzy.uml.lodz.pl, 2016).

W Łodzi swoją działalność prowadzi 10 Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Są to:

1. Łódzki Uniwersytet Trzeciego Wieku im. Heleny Kretz.
2. Uniwersytet Trzeciego Wieku Politechniki Łódzkiej.
3. Fundacja II Łódzki Uniwersytet Trzeciego Wieku działający przy Uniwersytecie Medycznym.
4. Uniwersytet Trzeciego Wieku przy Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
5. Akademia Wieku Dojrzałego Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi.
6. Uniwersytet Trzeciego Wieku Fundacji Katolickiego Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącego im. Jana Pawła II w Łodzi.
7. Salezjański Uniwersytet Trzeciego Wieku.
8. Uniwersytet Trzeciego Wieku przy Wyższej Szkole Informatyki i Umiejętności.
9. Akademia Seniora Activus.
10. Akademia Zdrowia i Sportu Trzeciego Wieku.

Z edukacji na UTW w Łodzi korzysta około 5 tys. osób. W ramach zajęć (w zależności od Uniwersytetu) seniorzy mogą wybrać podstawowe sekcje lub przedmioty, w których chcą uczestniczyć. Ponadto mogą również dodatkowo zapisać się na lektoraty językowe, zajęcia informatyczne, plastyczne, sportowe lub pływanie.

W 2012 roku w Łodzi powołane zostały *Centra Aktywnego Seniora* (CAS). Są one zlokalizowane na terenie 5 dzielnic miasta, a z ich oferty korzysta 46 tys. osób starszych. Służą one wszechstronnej aktywizacji oraz integracji społecznej osób po 60. roku życia, w miejscu ich zamieszkania. Oferta CAS obejmuje 4 bloki tematyczne: I. Akademia III wieku (lektoraty językowe, spotkania ze specjalistami

z różnych dziedzin – medycyna, prawo, warsztaty rękodzieła, warsztaty taneczne); II. Aktywny Senior (gimnastyka, zawody sportowe); III. Nowe Technologie (warsztaty informatyczne, fotograficzne); IV. Kultura (kluby dyskusyjne na temat książek, filmów, koncerty, projekcje filmowe, występy Amatorskich Artystycznych Zespołów Seniorów) (seniorzy.uml.lodz.pl, 2015).

Seniorzy w Łodzi bardzo chętnie udzielają się także w organizacjach związanych z historią i tradycjami – przynależąc np. do Towarzystwa Przyjaciół Łodzi, które organizuje spacerory oraz wycieczki związane z dziejami miasta. Ponadto współtworzą Oddział Okręgowy Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów w Łodzi, liczący około 8 tys. członków. Jest to zrzeszenie ludzi różnych profesji, o różnym wykształceniu, posiadających różne zainteresowania i różny status materialny. Działalność Związku polega na reprezentowaniu interesów członków wobec organów władzy i administracji publicznej, samorządowej, jak również popularyzowanie problemów członków wśród społeczeństwa (seniorzy.uml.lodz.pl, 2016).

W Łodzi działa *Miejska Rada Seniorów* (obecnie II kadencja). Radę tworzy łącznie piętnaście osób, z czego dziewięciu członków jest wybieranych przez przedstawicieli organizacji pozarządowych działających na rzecz środowiska osób starszych oraz przez przedstawicieli Uniwersytetów Trzeciego Wieku, klubów seniora oraz rad osiedli. Pozostałych sześciu członków to przedstawiciele Prezydenta Miasta Łodzi i Rady Miejskiej.

Miejska Rada Seniorów to ciało społeczne bez osobowości prawnej powoływane na czas trwania kadencji Rady Miasta, czyli na 4 lata. Ma charakter konsultacyjny, opiniotwórczy i inicjatywny. W obrębie zainteresowań członków Rady jest wspieranie aktywności ludzi starszych, kwestie mieszkalności dla seniorów, profilaktyka i promocja zdrowia oraz zapobieganie i przełamywanie marginalizacji seniorów. Rada zajmuje się także zwalczaniem szkodliwych stereotypów dotyczących osób starszych, budowaniem ich autorytetu i pozytywnego wizerunku społecznego. Wspiera rozwój różnorodnych form wypoczynku i usług oferowanych z myślą o seniorach, a także dostęp do edukacji i kultury. Dbą o umacnianie więzi międzypokoleniowych w społeczeństwie, podkreśla konieczność zrozumienia i dialogu między generacjami. Członkowie Rady troszczą się także o to, by społeczność była należycie poinformowana o tym, jakie działania na rzecz seniorów podejmują służby miejskie czy ich partnerzy pozarządowi (www.gazetasenior.pl/wybory-do-miejskiej-rady-seniorow-w-lodzi-wybiez-lub-pozwol-sie-wybrac, 2015).

Od trzech lat w maju organizowane są „Łódzkie Senioralia”. Celem Dni Seniorów w Łodzi jest zachęcenie osób 60+ do podejmowania aktywnego stylu życia, poszerzania wiedzy, rozwijania pasji, a także wskazanie miejsc, w których mogą rozwijać swój potencjał. W organizację obchodów włączają się organizacje pozarządowe, instytucje, podmioty działające na rzecz osób starszych oraz partnerzy Miejskiej Karty Seniora.

W 2014 i 2015 roku w „Łódzkich Senioraliach” wzięło udział po ok. 30 tys. uczestników i 90 partnerów. Zorganizowano wówczas po 300 wydarzeń, podzielonych na trzy główne obszary tematyczne (seniorzy.uml.lodz.pl, 2016):

- uroczystą inaugurację obchodów, połączoną z przekazaniem Seniorom kluczy do bram miasta przez Prezydenta Miasta Łodzi,
- wydarzenia dla seniorów podzielone na 5 kategorii: edukacja, kultura, sport/rekreacja, porady/drzwi otwarte i zdrowie,
- targi seniora: stoiska wystawowe partnerów, wykłady, występy, badania profilaktyczne oraz warsztaty edukacyjno-sportowe.

1.5. PODSUMOWANIE

Analiza materiałów źródłowych ukazuje, że aktywność społeczna osób starszych jest coraz częściej poruszonym tematem, zarówno wśród naukowców i aktywistów społecznych, jak i wśród osób rządzących w naszym kraju. Zmienia się również sposób postrzegania osób starszych. Nie są już one jednostkami ciężącymi lub niepotrzebnymi w społeczeństwie, a wręcz przeciwnie, ich obecność jest potrzebna i bardzo oczekiwana. Dzięki takiemu odbiorowi sami seniorzy chętniej partycypują w życiu społecznym, działają w różnych organizacjach, rozwijają się i mają chęć bycia aktywnymi.

W Polsce, wzorem państw zachodnich, tworzone są różne formy aktywizacji seniorów, z których oni coraz chętniej i liczniej korzystają. Seniorzy nie uczestniczą już jedynie w organizacjach religijnych czy kulturowych, ale, jak zostało zaprezentowane na przykładzie Łodzi, korzystają z ofert Uniwersytetów Trzeciego Wieku, aktywnie tworzą Rady Seniorów działające przy instytucjach różnych szczebli, a także działają na rzecz innych osób poprzez pracę wolontariuszy, wymianę usług w Społecznych Bankach Czasu czy działalność w organizacjach samopomocowych. W Łodzi od 3 lat organizowane jest również, z myślą o osobach starszych, święto seniora – „Łódzkie Senioralia”.

LITERATURA

- Braun-Gałkowska M., 2006, *Nowe role społeczne ludzi starszych*, [w:] Steuden S., Marczuk M. (red.), *Starzenie się a satysfakcja życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 roku w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej*, 2012.
- Dzięgielewska M., 2006, *Wolontariat ludzi starszych*, [w:] Steuden S., Marczuk M. (red.), *Starzenie się a satysfakcja życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Kaczmarczyk M., Trafiałek E., 2007, *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, „Gerontologia Polska”, 15 (4), Kraków.
- Posłuszna M., 2012, *Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych*, „Nowiny Lekarskie”, 81 (1), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.

- Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020*, 2014, Monitor Polski (poz. 52), Warszawa.
- Semków J., 2008, *Niektóre problemy aktywności społeczno-kulturalnej w okresie późnej dorosłości*, [w:] Fabiś A. (red.), *Aktywność społeczna, kulturowa i oświatowa seniorów*, WSA, Bielsko Biała.
- Schimanek T., Wejman Z., 2013, *Aktywni Seniorzy. Inspirator dla organizacji*, Instytut Praw Publicznych, Warszawa.
- Skrzypczak B., Retmianiak S., 2010, *Centrum Aktywności Lokalnej w poszukiwaniu modeli instytucji rozwoju społeczności lokalnej (1997–2009)*, [w:] Lewenstein B., Schindler J., Skrzypiec R. (red.), *Partycypacja społeczna i aktywizacja w rozwiązywaniu problemów społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Stuart-Hamilton I., 2006, *Psychologia starzenia się*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., 2006, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- Wielka Encyklopedia PWN*, 2001, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, 2014, Monitor Polski (poz. 118), Warszawa.
- Zgliczyński W., 2012, *Aktywność społeczna osób starych w Polsce w ramach wolontariatu i uniwersytetów trzeciego wieku*, „Studia BAS”, 2(30), Warszawa.

Źródła internetowe

- liberte.pl/aktywne-starzenie-sie-bezbolesna-recepta-na-starzenie-sie-ludnosci/ (dostęp: 16.06.2015).
- pomoc.lodzkie.eu (dostęp: 16.06.2015).
- seniorzy.uml.lodz.pl (dostęp: 30.04.2016).
- www.bankczasu.mops.tczew.pl/infl.html (dostęp: 17.06.2015).
- www.gazetasenior.pl/wybory-do-miejskiej-rady-seniorow-w-lodzi-wyberz-lub-pozwol-sie-wybrac (dostęp: 18.06.2015).
- www.grupatrop.pl/ (dostęp: 20.04.2016).
- www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/ (dostęp: 17.04.2015).

Abstract

The issue concerning activation of the elderly is mainly presented in reports or special programmes aimed at preventing the separation of senior citizens from the society. The examination of social activity among the old is frequently conducted in scientific literature.

The first part of this research paper focuses on the selected ways and forms of social activation of older people in Poland, including Senior interest groups, University of the Third Age, self-help organizations, volunteering, time-based currency, cultural organizations or The Council for the Eldrely. The second part analyses the governmental forms of support for the elderly. However, the final part presents particular activities involving senior citizens.

Key words

Social activation, elderly, social activity.

BLANKA GOSIK

Filia Uniwersytetu Łódzkiego w Tomaszowie Mazowieckim
Instytut Turystyki i Rozwoju Gospodarczego

2 FORMY SPĘDZANIA CZASU WOLNEGO STARSZYCH OSÓB W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM

THE FORMS OF SPENDING FREE TIME OF ELDERLY PEOPLE IN ŁÓDŹ VOIVODESHIP

Artykuł wpłynął do redakcji 05.07.2015; po recenzjach zaakceptowany 30.04.2016.

Gosik B., 2015, *Formy spędzania czasu wolnego starszych osób. Przykład mieszkańców województwa łódzkiego*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 137–149.

Dr Blanka Gosik, Filia Uniwersytetu Łódzkiego w Tomaszowie Mazowieckim, Instytut Turystyki i Rozwoju Gospodarczego, ul. Konstytucji 3 Maja 65, 97-200 Tomaszów Mazowiecki; e-mail: blanka.gosik@wp.pl

Zarys treści

Celem opracowania jest przedstawienie problematyki czasu wolnego ludzi starszych. W badaniach uwzględniono takie zagadnienia, jak bierne i aktywne formy czasu wolnego, preferowany przez ludzi starszych sposób spędzania czasu wolnego, miejsce spędzania czasu wolnego poza domem. Szczególną uwagę zwrócono na aktywność ruchową ludzi starszych, a także aktywność kulturalną. W tekście przedstawiono również zagadnienie czasu wolnego, a także problematykę starości i starzenia się. Ukazano również konsekwencje sukcesywnego starzenia się społeczeństw na płaszczyźnie jednostkowej, społecznej i ekonomicznej. Badania prowadzono wśród seniorów mieszkających w województwie łódzkim w Polsce.

Słowa kluczowe

Formy spędzania czasu wolnego, starość, starzenie się, aktywność ludzi starszych.

2.1. WPROWADZENIE

Począwszy od połowy XX wieku obserwowane jest zjawisko starzenia się społeczeństwa. Dzieje się tak w szczególności w krajach o wyższym standardzie życia i jest to wynik poprawy opieki medycznej, lepszych warunków bytowych i wyższego wykształcenia ludności. Ponadto czas pracy uległ stopniowemu skróceniu, a wielu starszych ludzi skorzystało z możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę. W efekcie starsi ludzie dysponują coraz większą ilością czasu wolnego.

Opracowanie ma na celu przybliżenie sposobów spędzania wolnego czasu starszych mieszkańców województwa łódzkiego.

2.2. ZAGADNIENIE CZASU WOLNEGO

Problematyka czasu wolnego jest przedmiotem badań wielu dziedzin naukowych. Jest poruszana w badaniach socjologów, psychologów, antropologów, filozofów. Jest także przedmiotem zainteresowań ekonomii czy medycyny. Skutkuje to wielością definicji pojęcia czasu wolnego.

Rozpatrując problematykę czasu wolnego, trzeba zaznaczyć, że jest to zagadnienie ewidentnie związane z rozwojem cywilizacyjnym. Czas w społecznościach tradycyjnych płynął powoli i związany był zarówno z powtarzalnością pór roku, świąt i rytuałów, jak również z dobowym cyklem dnia i nocy (Bombol, Dąbrowska 2003). Czasy antyczne to okres, w którym czas wolny utożsamiany był z zajęciami człowieka wolnego. Zasady panujące w starożytnej Grecji wyraźnie mówiły, że po czasie pracy lub zajęcia i wysiłku fizycznego następował wypoczynek. Na ten odpoczynek składały się trzy elementy: kontemplacja i zaangażowanie w sprawy publiczne (*schole*), rozrywka (*paidia*) i rekreacja (*anapausis*). Z kolei u starożytnych Rzymian, przeciwieństwem czasu pracy i zajęcia (*negotium*) był czas wolny o charakterze kontemplacyjnym (*otium*). Trzeba również wyraźnie podkreślić, że czas wolny w społeczeństwach przedindustrialnych możemy rozpatrywać jedynie w kontekście czasu wolnego ludzi zamożnych, czyli ludzi wyższego stanu. Zwykły człowiek (pracownik, niewolnik, chłop) nie traktował czasu wolnego w kategoriach odpoczynku. Różnica pomiędzy czasem wolnym a zajęтым po prostu się zacierała.

Współczesne postrzeganie czasu wolnego pojawiło się po rewolucji przemysłowej. Praca ludzka została wówczas ujęta w ramy czasowe. Zaznaczyć jednak trzeba, że nie oznaczało to pojawienia się czasu faktycznie wolnego, ponieważ czasu pozostałego do dyspozycji ówczesnego człowieka wystarczało zaledwie na zaspokojenie potrzeb fizjologicznych organizmu, a także na wykonanie niezbędnych prac domowych (Bombol, Dąbrowska 2003). Zaistnienie czasu rzeczywiście wolnego nastąpiło wraz z rozwojem społeczno-gospodarczym, postępem technicznym i nowymi formami organizacji pracy.

Według współczesnych badań socjologicznych, koncepcje czasu wolnego opierają się na jednym z trzech paradygmatów teoretycznych: funkcjonalizmie, strukturalizmie i postmodernizmie. Badania skupiają się na takich problemach, jak: czas wolny w kontekście społecznej integracji i stratyfikacji, style życia, postawy i role społeczne, tożsamość etniczna, wykluczenie społeczne, dewiacje w czasie wolnym, wzorcotwórcza rola mediów, ograniczenia w dostępie do czasu wolnego (Winiarski 2011).

Najogólniej można stwierdzić, że czas wolny to czas bez obowiązków, spożytkowany na zajęcia dowolne. Podkreślić jednak należy, że chodzi tu o działalność, w którą człowiek angażuje się z własnej woli i dla przyjemności (Hills, Argyle 1998; Holder, Coleman, Sehn 2009). Czas wolny obejmuje zatem wszystkie zajęcia, którym jednostka może oddawać się z własnej chęci dla wypoczynku, rozwoju swych wiadomości lub swego kształcenia (beziinteresownego), swego dobrowolnego udziału w życiu społecznym, po uwolnieniu się od obowiązków zawodowych, rodzinnych i społecznych (Czajka 1975). Kolejna definicja traktuje czas wolny jako czas pozostający do osobistej dyspozycji człowieka po spełnieniu przez niego obowiązków zawodowych, rodzinnych, szkolnych oraz zaspokojeniu potrzeb biologicznych organizmu (Wnuk-Lipiński 1972). Ciekawe podejście do zagadnienia czasu wolnego prezentują G. Cieloch, J. Kuczyński i K. Rogoziński. Twierdzą oni, że czas wolny to czas, który dzięki wolnym wyborom wypełniają czynności (sytuacje lub stany) spełniane dla nich samych. Z kolei dochodzenie do czasu wolnego złożone jest z czterech etapów (tab. 1).

Tabela 1

Etapy dochodzenia do czasu wolnego

Etap I	Etap II	Etap III	Etap IV
– czas pracy – czas zaspokajania potrzeb fizjologicznych – sen – posiłki – dojazdy do pracy	– czas po pracy – czas dyspozycyjny	– czas swobodnej decyzji	– czas wolny

Źródło: G. Cieloch, J. Kuczyński, K. Rogoziński (1992, s. 22).

Można zatem przyjąć (za: Bywalec, Rudnicki 2002), że czas wolny to łączny zasób czasu w skali dnia, tygodnia, roku lub życia, pomniejszony o czas pracy oraz czas zaspokajania niezbędnych potrzeb fizjologicznych, czyli w szerokim ujęciu – czas poza pracą.

Czas, którym dysponuje człowiek po wypełnieniu obowiązków zawodowych, rodzinnych i społecznych może być wykorzystywany biernie i czynnie (tab. 2).

Tabela 2

Formy aktywności w czasie wolnym

Wypoczynek bierny		Wypoczynek czynny	
w domu	poza domem	w domu	poza domem
–	– kluby – wczasy – sanatoria	– samokształcenie – aktywność ruchowa – majsterkowanie – ogród – działka – hobby – inne	– kształcenie – turystyka – aktywność kulturalna – inne

Źródło: G. Cieloch, J. Kuczyński, K. Rogoziński (1992, s. 52).

Podsumowując, czas wolny wypełniają czynności mające na celu (Cieloch i in. 1992):

- uaktywnianie i rozwój niemożliwych do ujawnienia (poza czasem wolnym) możliwości konkretnego człowieka,
- samodoskonalenie i samorealizację,
- nawiązywanie i utrzymywanie więzi międzyludzkich,
- przyswajanie trwałych wartości,
- zaimplementowanie postaw twórczych, ekspresję osobowości.

Podkreślić należy, że według autorów bierne formy spędzania czasu wolnego zubażają sferę psychiczną człowieka, wpływają również destruktywnie na jego kondycję fizyczną. Dlatego racjonalnie spożytkowany czas powinny wypełniać aktywne formy wypoczynku, umożliwiające realizację kreatywnej funkcji czasu wolnego (Cieloch i in. 1992). We współczesnym świecie coraz bardziej istotnym elementem stylu życia staje się czas wolny. Styl życia to dominujące w danym czasie postawy duchowe lub dominująca koncepcja życia (Veblen 1998) lub ogół wartości, upodobań, dążeń, potrzeby i zachowania właściwe danej jednostce lub grupie społecznej (Dyczewski 2009), określane w psychologii jako wypadkowa uwarunkowań i wyborów, które są uzależnione od motywacji. Obecnie czas wolny stał się wartością samą w sobie, kiedyś zgodny z rytmem natury, teraz tą naturę zaczął regulować i przyjął rolę mechanizmu organizującego nowoczesne funkcjonowanie człowieka (Woźniewicz-Dobrzyńska 2011).

2.3. STAROŚĆ I STARZENIE SIĘ

We współczesnej gerontologii głównymi pojęciami są starość i starzenie się. Mogą one być rozpatrywane w skali grupowej i jednostkowej. W literaturze przedmiotu, najczęściej starzenie się traktowane jest jako proces, który zaczyna się już w dzie-

ciństwie. Biologicznie starzeniem uznajemy ograniczenie zdolności narządów do utrzymania homeostazy, co prowadzi do zmniejszenia zdolności adaptacji fizjologicznej, zwiększoną podatność na choroby, a w końcu do śmierci (Troen 2003). Z kolei starość uważana jest za etap lub stan w życiu człowieka. Rozpatrując aspekt jednostkowy pojęcia starzenie się, z reguły brany jest pod uwagę proces biologiczny. Według A. Comforta, starzenie się to proces stopniowy, doprowadzający do spadku żywotności i odporności, a spadek ten ujawnia się z upływem czasu (Szwed 2013). Z kolei starość to końcowa faza życia człowieka, w której obniżeniu ulegają liczne funkcje życiowe, dochodzi do zmian ról społecznych, postaw i poglądów. Jest ona nieodłącznym elementem życia człowieka (Zasępa 2002).

Współczesne czasy charakteryzują się sukcesywnym wzrostem liczby ludności w starszym wieku. W dużej mierze przyczynia się do tego wydłużenie czasu życia i skrócenie czasu pracy. Prognozy opracowane przez GUS dowodzą, że w 2020 roku osoby powyżej 60. roku życia będą stanowić ponad 26% całej populacji. W efekcie okres starości staje się coraz bardziej istotnym etapem życia człowieka, a zjawisko starzenia się społeczeństwa powoduje wiele problemów zarówno jednostkowych, jak i społecznych i ekonomicznych. Do głównych problemów jednostkowych zaliczyć możemy samotność, biedę, lęk przed śmiercią, poczucie niższej wartości, lekceważenie, odrzucenie, dyskryminację, utratę sensu życia, obniżenie jakości życia i stanu zdrowia. Problemy jednostkowe w dużym stopniu przyczyniają się do problemów społecznych. Do najważniejszych należy wymienić: wzrost liczby osób chorych i zdanych na opiekę społeczną, dyskryminacja i marginalizacja, konieczność otoczenia opieką i wzrost zależności od opieki społecznej. Z kolei problemy społeczne rodzą takie problemy ekonomiczne, jak koszty opieki zdrowotnej i społecznej. Warto też zaznaczyć, że liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrasta, a maleje liczba osób pracujących na tą grupę społeczną (Borowska 2010).

Dodatkowym problemem jest postrzeganie ludzi starszych przez pozostałe grupy społeczne. Stereotyp człowieka starego w szerokim znaczeniu łączy się z dyskryminacją i przesądami wobec jednostek ze względu na ich wiek. Stereotyp starości ma z reguły kontekst negatywny, a starość w naszej kulturze nie jest traktowana jako symbol mądrości i doświadczenia. Podkreśla się jej nieproduktywność i bliskość śmierci (Szwed 2013).

Niektóre ze stereotypów osób starszych wymieniał Terrie Wetle: „starsze osoby są zgrzybiałe lub w stanie depresji, starsze osoby są chore i wiodą siedzący tryb życia, starsi są aseksualni, starsze osoby wyczerpały swe zasoby finansowe, wszystkie starsze osoby żyją samotnie i dlatego są odludkami, wszyscy starzy ludzie umierają w instytucjach” (za: Turner, Helms 1999). Jednak do najczęstszych stereotypów ludzi starych należy postrzeganie ich jako osób schorowanych, niepełnych, infantylnych, wymagających wsparcia finansowego, wymagających ciągłej pomocy lub opieki ze strony rodziny lub opieki społecznej (Szarota 1998).

Należy oczywiście podkreślić, że starsze pokolenie posiada również pozytywny wizerunek. Przytoczyć można badania amerykańskich gerontologów: F.D. Schmidta i S.M. Bolanda z Uniwersytetu w Waszyngtonie. Według nich do pozytywnych wyobrażeń starości należą: mądrość, zdolność do poświęceń, poczucie przydatności, wyrozumiałość, szczęście, żwawość, dziarskość, zdrowie, aktywność, korzystanie z uroków życia, wielkoduszość, partnerstwo w układach rodzinnych, odwaga, otwartość na innych ludzi, chęć spieszenia z pomocą (Szwed 2013). Niekwestionowanym dobrem ludzi starszych jest również czas wolny, którym dysponują (Scherger, Nazroo, Higgs 2011).

2.4. CZAS WOLNY LUDZI STARSZYCH

Starość z biologicznego punktu widzenia to postępująca degradacja funkcji organizmu. Przejawia się ona obniżeniem poziomu czynności organizmu, na co składają się wszelkie zmiany we wszystkich układach narządów. Wśród czynników w szczególności sposób zagrażających zdrowiu osób starszych znajdują się przede wszystkim: siedzący tryb życia, nadmierne obciążenie emocjonalne i nadmierne spożycie tłuszczów zwierzęcych i węglowodanów. Dlatego bardzo ważne staje się zagadnienie czasu wolnego starszych ludzi, aby sposób jego spędzania pozwolił na zachowanie i zwiększenie ich sprawności fizycznej, a także psychicznej i intelektualnej. Według WHO pomyślne, zdrowe starzenie się to proces optymalizacji możliwości zachowania zdrowia zarówno fizycznego, jak i społecznego i psychicznego. Proces ten powinien umożliwić seniorom czynne uczestnictwo w życiu społecznym, pozwalające na czerpanie radości z dobrej jakości życia. Istnieje przy tym wyraźny związek pomiędzy sposobami spędzania czasu wolnego a jakością życia (Lee 2005). Wielu badaczy przedmiotu wskazuje na istotny wpływ aktywnych form spędzania czasu wolnego na utrzymanie dobrego zdrowia psychicznego i fizycznego (Kim, Choi 2006; Kim 2007; Park 2007). Badania dowodzą, że najbardziej popularne wśród ludzi starszych formy aktywności, to: czytanie gazet, oglądanie telewizji, słuchanie radia, praca w ogródku, spacer, spotkania z przyjaciółmi, czytanie książek, prace ręczne. Znacznie rzadziej praktykowane są: podróże i turystyka, sport, działalność społeczna, działalność w parafii, chodzenie na koncerty, do kina, teatru, restauracji, spotkania w klubie seniora, uprawianie malarstwa, muzyki, polityki, spotkania w kołach gospodyń, uczestnictwo w spotkaniach i wykładach Uniwersytetu Trzeciego Wieku (Ossowski, Taraszkiewicz 2011). Aby usystematyzować problematykę aktywności seniorów w czasie wolnym M. Halicka i J. Halicki (2003) zaproponowali typologię dotyczącą tego zjawiska. Dzielą oni aktywność ludzi starszych na następujące grupy:

- rekreacyjno-hobbystyczna – spacer, zajęcia sportowe, praca w ogródku lub na działce, zajęcia tzw. miłośnicze (malarstwo, muzyka, rękodzieło, wychodzenie do teatru, galerii, na koncert, do kina),

- receptywna – zajęcia realizowane w warunkach domowych: oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie gazet i książek,
- zorientowana publicznie – działalność społeczna, polityczna, parafialna,
- integracyjna – różnego rodzaju spotkania i działania, zwłaszcza o charakterze towarzyskim, naukowo-szkoleniowym, charytatywnego świadczenia usług.

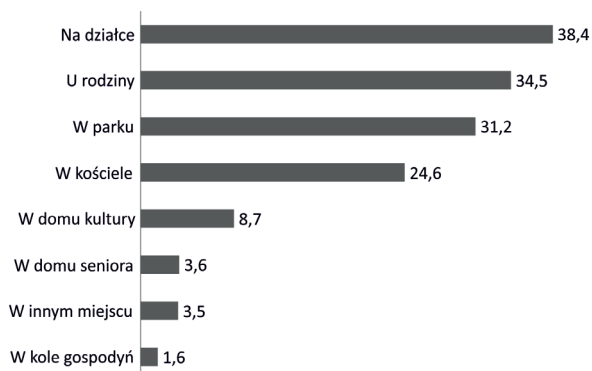
2.5. CZAS WOLNY STARSZYCH MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

Celem przeprowadzonych badań było poznanie form spędzania wolnego czasu ludzi starszych. Badania prowadzone były w okresie od stycznia do marca 2015 roku wśród seniorów mieszkających w województwie łódzkim. Aby zrealizować cel badań, przyjęto metodę ankietową. Narzędziem badawczym był kwestionariusz anonimowej ankiety, skonstruowany przez autorkę. W rezultacie zbzdano 400 mieszkańców województwa w wieku ponad 60 lat. Badania poruszyły takie zagadnienia, jak czynne i bierne formy spędzania czasu wolnego, a także preferencje turystyczne ankietowanych. Ponadto dzięki pytaniom ankiety, poznano najpopularniejsze miejsca spędzania czasu wolnego poza domem. Większość ankietowanych stanowiły kobiety (63,1%). Najwięcej ankietowanych stanowiły osoby z przedziału wiekowego od 60 do 64 lat (38,2%), kolejne grupy to ludzie w wieku od 65 do 69 lat (26,4%) i w wieku od 70 do 74 lat (23,1%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby powyżej 74. roku życia (12,3%). Ponad 70% badanych jest już na emeryturze (76%), na rencie przebywa 14,2%, a czynnych zawodowo jest jeszcze 9,8%. Struktura wykształcenia ankietowanych przedstawia się następująco: osoby z wykształceniem wyższym stanowią 16,7% badanych, z wykształceniem średnim 23,7%, zawodowym 43,5%, a z wykształceniem podstawowym 16,1%. Większość ankietowanych seniorów mieszka z partnerem (mężem/żoną) (58,9%), 23,3% badanych mieszka sama, a 17,8% mieszka z dziećmi/wnukami.

Ankietowani seniorzy z województwa łódzkiego najczęściej wolnym czasem dysponują wieczorem (49,1%). W ciągu całego dnia czas wolny posiada 35,1% badanych, w godzinach popołudniowych 16,7%, a w godzinach rannych 12,3%. Jedynie 2,6% seniorów zadeklarowało, że czasu wolnego nie ma w ogóle.

Ankietowani zapytani z kim najczęściej spędzają czas wolny, najczęściej wskazywali na rodzinę (36,1%) i partnera (męża/żonę) (33,6%). Kolejne odpowiedzi wskazywały na znajomych/przyjaciół (15,7%) i samotne spędzanie czasu wolnego (14,6%).

W kolejnym pytaniu starsi mieszkańcy województwa łódzkiego byli poproszeni o wskazanie miejsc poza domem, w których spędzają czas wolny (rys. 1). Prawie połowa ankietowanych odpowiedziała, że swój czas wolny spędza na działce (38,4%). Kolejne wskazania miejsc spędzania wolnego czasu dotyczyły: rodziny (34,5%), parku (31,2%) i kościoła (24,6%). Najmniej wskazań padło na dom seniora (1,4%), koło gospodyń (1,6%) i dom kultury (8,7%).



Rys. 1. Miejsce spędzania czasu wolnego poza domem (wyniki nie sumują się do 100%)

Źródło: opracowanie własne

Celem badań było również poznanie czynnych i biernych form spędzania czasu wolnego ludzi starszych. Wskazania ankietowanych przedstawione zostały na rys. 2 i 3. Ponad połowa badanych stwierdziła, że do czynnych form spędzania przez nich czasu wolnego należą: czytanie prasy (58,4%), spacer (57,3%) i oglądanie wiadomości (51,9%). Wiele osób wskazało na oglądanie TV, słuchanie radia, czytanie książek czy rozwiązywanie krzyżówek. Prawie ¼ ankietowanych majsterkuje lub poświęca czas na robotki ręczne (23,4%), a także chodzi na grzybobranie (17,3%). Spora grupa seniorów poświęca swój wolny czas rodzinie zajmując się wnukami (35,1%) lub po prostu pomagając dzieciom (26,1%). Najmniej wskazań uzyskały takie formy czynnego spędzania czasu wolnego, jak: uczęszczanie na Uniwersytet Trzeciego Wieku (3,1%), uczestnictwo w stowarzyszeniach (6,1%) i sport (7,8%). Szkoda, że stosunkowo niewielka grupa ankietowanych zadeklarowała uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Obecnie w Polsce działa około 110 UTW, do których uczęszcza blisko 25 tys. osób. Głównym zadaniem UTW jest aktywizacja osób starszych poprzez rozwijanie i podtrzymywanie ich sprawności psychicznej, intelektualnej i również fizycznej.

Badani seniorzy zapytani o bierne formy spędzania czasu wolnego, najczęściej wskazywali na oglądanie seriali (48,5%) i sen (43,1%). Bardzo popularną formą biernego spędzania czasu okazał się odpoczynek na ławce w gronie znajomych (34,1%). Jedynie 9,3% badanych stwierdziło, że nie spędza czasu wolnego w sposób bierny.

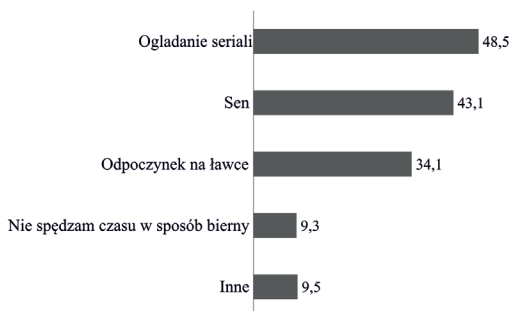
Kolejne pytania dotyczyły form aktywności ruchowej. Według R. Przewędy (1999), aktywność ruchowa lub fizyczna to wysiłek mięśniowy wywołujący w organizmie zespół zmian, które prowadzą do wydatku energetycznego wyższego niż poziom spoczynkowy.

Z kolei S. Kozłowski i K. Nazar (1999) aktywność fizyczną określają jako wysiłek fizyczny, czyli pracę mięśni szkieletowych wraz z całym zespołem towa-



Rys. 2. Czynne formy spędzania czasu wolnego (wyniki nie sumują się do 100%)

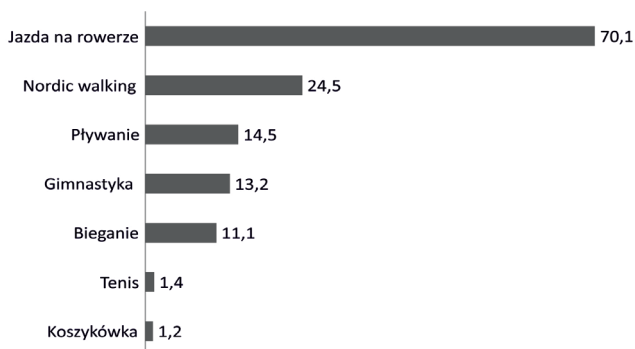
Źródło: opracowanie własne



Rys. 3. Bierne formy spędzania czasu wolnego (wyniki nie sumują się do 100%)

Źródło: opracowanie własne

rzyszających jej czynnościowych zmian w organizmie. Niewątpliwie czynny udział w każdej aktywności ruchowej jest potrzebny dla lepszej kondycji zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Aby sprawdzić jak aktywność ruchowa wygląda wśród starszych ludzi województwa łódzkiego, poproszono ich o wskazanie aktywności sportowych, które uprawiają (rys. 4). Niestety, ponad połowa ankietowanych nie uprawia żadnej aktywności sportowej (67,8%). Z kolei ankietowani, którzy uprawiają ten rodzaj aktywności, najczęściej wskazywali na jazdę na rowerze (70,1%). Równie popularne aktywności wśród tomaszowskich seniorów to: nordic walking (24,5%), pływanie (14,5%), gimnastyka (13,2%) i bieganie (11,1%). Zdarzały się także wskazania na tenis (1,4%) i koszykówkę (1,2%).

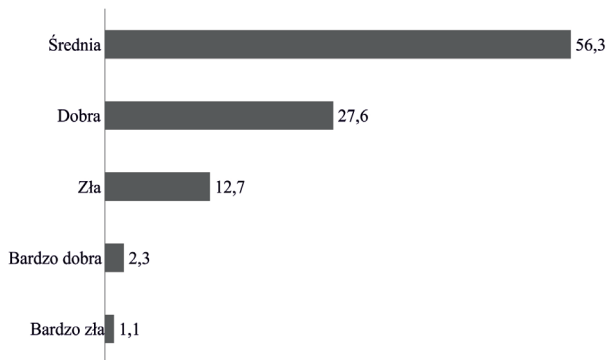


Rys. 4. Forma aktywności sportowej (wyniki nie sumują się do 100%)

Źródło: opracowanie własne

Mimo, iż większość ankietowanych nie uprawia żadnego sportu, okazało się, że większość z nich spaceruje (83,4%). Ponad połowa badanych seniorów spaceruje przynajmniej jeden raz w tygodniu lub częściej (62,2%).

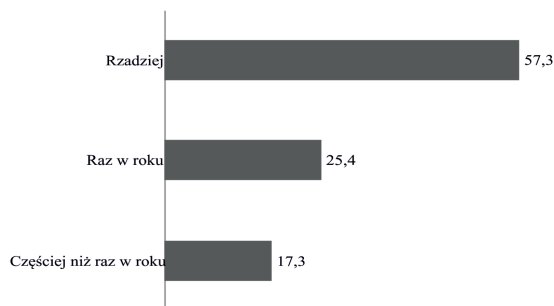
Podczas badań seniorów zamieszkujących w województwie łódzkim zapytano o ocenę ich sytuacji ekonomicznej (rys. 5). Ponad połowa badanych (56,3%) ocenia swoją sytuację ekonomiczną jako średnią. Jako dobrą swoją sytuację materialną ocenia 27,6%, a bardzo dobrą 2,3% respondentów. Niestety, aż 13,8% badanych stwierdziło, że ich sytuacja ekonomiczna jest zła, bądź bardzo zła.



Rys. 5. Ocena sytuacji ekonomicznej

Źródło: opracowanie własne

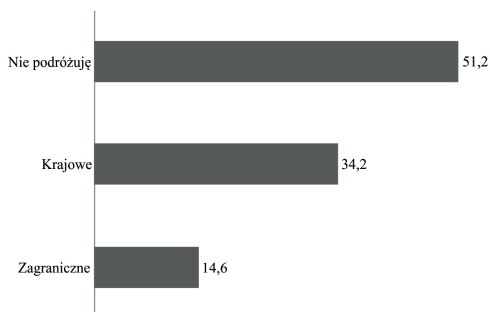
Ocena sytuacji ekonomicznej przekłada się na odpowiedzi ankietowanych o częstotliwość podróżowania (rys. 6). Ponad połowa badanych podróżuje rzadziej niż raz w roku (57,3%). Jeden raz w roku wyjeżdża w celach turystycznych 25,4%, a częściej 17,3% badanych.



Rys. 6. Częstotliwość podróży turystycznych

Źródło: opracowanie własne

Na pytanie o preferowany rodzaj wycieczek turystycznych, ponad połowa badanych seniorów województwa łódzkiego, odpowiedziała, że nie podróżuje (rys. 7). Większość osób, które zadeklarowały wyjazdy turystyczne, preferuje wycieczki krajowe (34,2%). Na wycieczki zagraniczne wskazało 14,6% badanych.



Rys. 7. Preferowany rodzaj wycieczek

Źródło: opracowanie własne

2.6. PODSUMOWANIE

Czasy nam współczesne charakteryzują się coraz większym udziałem osób starszych w ogóle społeczeństwa. Jest to wynik przede wszystkim wydłużania się życia jednostki, na który nakłada się również zjawisko sukcesywnego zmniejszania długości czasu pracy. W efekcie we współczesnych społeczeństwach coraz większy odsetek ogółu stanowią emeryci. Przejście na emeryturę nie jest decyzją łatwą. Bardzo często emerytura postrzegana jest jako początek starości i przerwanie aktywności, która całe życie nadawała kierunek i sens wszystkim działaniom. Dowiedziono, że przejście na emeryturę znajduje się na 10. miejscu w skali najbardziej stresogennych wydarzeń życiowych. Każdy człowiek do

właściwego funkcjonowania potrzebuje szeregu potrzeb podstawowych. Najważniejsze z nich to odżywianie, sen, przestrzeń i bezpieczeństwo. Jednak, aby zachować dobre samopoczucie i zapewnić sobie dalszy rozwój, człowiek musi zadbać również o potrzeby wyższego rzędu. W związku z tym, bardzo istotne jest, aby ludzie starsi nie wycofywali się z aktywnego życia po przejściu na emeryturę, a raczej kontynuowali lub rozwijali nowe formy działalności, zarówno edukacyjnej, jak i kulturalnej czy twórczej (Kryszkiewicz 2006). Niestety, osoby w starszym wieku zbyt dużo czasu spędzają w sposób bierny: w fotelu, przed telewizorem. Tymczasem bardzo ważne dla nich jest utrzymanie aktywności życiowej. Sprzyjają temu spotkania z przyjaciółmi, wyjście na zakupy, do kina, czy praca w ogródku. Badani starsi mieszkańcy województwa łódzkiego reprezentują typowy obraz ludzi starszych. Ich sposób spędzania czasu wolnego jest charakterystyczny dla całej populacji seniorów. Prawie połowa badanych swój czas wolny spędza na działce. Wiele osób spędza czas wolny u rodziny i w kościele. Pozytywnym wynikiem jest fakt, że prawie 90% ankietowanych lubi spacerować. Popularną aktywnością fizyczną okazała się jazda na rowerze, nordic walking, gimnastyka i pływanie. Dla większości badanych ważną formą spędzania czasu wolnego jest oglądanie TV (w szczególności wiadomości), czytanie prasy i słuchanie radia. Równie popularne okazało się czytanie książek i rozwiązywanie krzyżówek. Wielu z badanych seniorów w swoim wolnym czasie opiekuje się wnukami i pomaga dzieciom. Spośród biernych form spędzania czasu wolnego, najbardziej popularne okazały się: oglądanie seriali, sen i odpoczynek na ławce w gronie znajomych.

LITERATURA

- Bombol M., Dąbrowska A., 2003, *Czas wolny. Konsument, rynek, marketing*, Wydawnictwo K.E. LIBER, Warszawa.
- Borowska A., 2010, *Problemy ludzi III wieku w aspekcie czasu wolnego*, „*Ekonomika i Zarządzanie*”, 2 (2), s. 26–32.
- Bywalec C., Rudnicki L., 2002, *Konsumpcja*, PWE, Warszawa.
- Cieloch G., Kuczyński J., Rogoziński K., 1992, *Czas wolny czasem konsumpcji*, PWE, Warszawa.
- Czajka S., 1975, *Z problemów czasu wolnego*, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa.
- Dyczewski L., 2009, *Tożsamość problemem i przedmiotem badań*, [w:] Dyczewski L., Wadowski D. (red.), *Tożsamość polska w odmiennych kontekstach*, Lublin, s. 2–3.
- Halicka M., Halicki J., 2003, *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] Synak B. (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 207 s.
- Hills P., Argyle M., 1998, *Musical and religious experiences and their relationship to happiness*, „*Personality and Individual Differences*”, 25, s. 91–92.
- Holder M.D., Coleman B., Sehn Z.L., 2009, *The contributions of active and passive leisure to children's well-being*, „*Journal of Health Psychology*”, 14 (3), s. 378–386.
- Kim E.M., Choi M.G., 2006, *The relationships of leisure activities and happiness of adolescents*, „*The Journal of Child Education*”, 16 (1), s. 155–172.

- Kim M.L., 2007, *The relationship among leisure attitude, leisure function and leisure satisfaction of dance sports participants*, „Journal of Leisure and Recreation Studies”, 31 (1), s. 73–84.
- Kozłowski S., Nazar K., 1999, *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*, PZWL, Warszawa.
- Kryszkiewicz C., 2006, *Aktywne życie seniorów warunkiem pomyślnego starzenia się. Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Lee J.H., 2005, *Relationship between the quality of life by the leisure activity of high school students*, „Korea Sport Research”, 16 (5), s. 1483–1490.
- Ossowski Z., Taraszkiewicz T., 2011, *Ekonomiczne uwarunkowania podejmowania aktywności sportowej i rekreacyjnej w grupie seniorów w rejonie Trójmiasta*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 689, 392 s.
- Park H.R., 2007, *The relationship between participation for leisure activity on school adaptation of adolescents*, „Journal of Leisure and Recreation Studies”, 31 (4), s. 5–18.
- Przewęda R., 1999, *Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne*, [w:] Karski J.B. (red.), *Promocja zdrowia*, WSiP, Warszawa.
- Scherger S., Nazroo J., Higgs P., 2011, *Leisure activities and retirement: do structures of inequality change in old age?*, „Ageing and Society”, 31, s. 146–172.
- Szarota Z., 1998, *Wielofunkcyjna działalność Domów Pomocy Społecznej dla osób starszych*, Kraków.
- Szwed M., 2013, *Aktywność kulturalna seniorek*, Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa.
- Troen B.R., 2003, *The biology of ageing*, „Mount Sinai Journal of Medicine”, 70, s. 3–22.
- Turner J.S., Helms D.B., 1999, *Rozwój człowieka*, Warszawa.
- Veblen T., 1998, *Teoria klasy próżniaczej*, Spectrum, Warszawa.
- Winiarski R., 2011, *Rekreacja i czas wolny. Studia humanistyczne*, Oficyna Wydawnicza Łośgraf, Warszawa, 19 s.
- Wnuk-lipiński E., 1972, *Praca i wypoczynek w budźecie czasu*, Ossolineum, Wrocław.
- Woźniewicz-Dobrzyńska M., 2011, *Aktywność rekreacyjna kobiet w kształtowaniu stylu życia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 689, 242 s.
- Zasępa B., 2002, *Wpływ procesu starzenia się ludności na system emerytalny*, [w:] *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku: proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Katowice.

Abstract

The purpose of this article is to describe the forms of spending leisure time by elderly people as well as the problems associated with the topic. The investigation focuses on such aspects as active and passive forms of spending free time, the preferred way seniors spend their free time, and places outside home they choose to spend their free time. Particular attention was paid to their physical and cultural activity. The article also described the consequences of the process of the aging of society at the individual, social, and economic levels. The study was performed among seniors living in Łódź voivodeship.

Key words

Forms of spending free time, old age, aging, activity of elderly people.

BLANKA GOSIK

Filia Uniwersytetu Łódzkiego w Tomaszowie Mazowieckim
Instytut Turystyki i Rozwoju Gospodarczego

3

REKREACJA I AKTYWNOŚĆ RUCHOWA STARSZYCH OSÓB. PRZYKŁAD MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

RECREATION AND PHYSICAL ATIVITY OF ELDERLY PEOPLE – EXAMPLE OF THE RESIDENTS OF ŁÓDŹ VOIVODESHIP

Artykuł wpłynął do redakcji 05.07.2015; po recenzjach zaakceptowany 30.04.2016.

Gosik B., 2015, *Rekreacja i aktywność ruchowa starszych osób. Przykład mieszkańców województwa łódzkiego*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 151–163.

Dr Blanka Gosik, Filia Uniwersytetu Łódzkiego w Tomaszowie Mazowieckim, Instytut Turystyki i Rozwoju Gospodarczego, ul. Konstytucji 3 Maja 65, 97-200 Tomaszów Mazowiecki; e-mail: blanka.gosik@wp.pl

Zarys treści

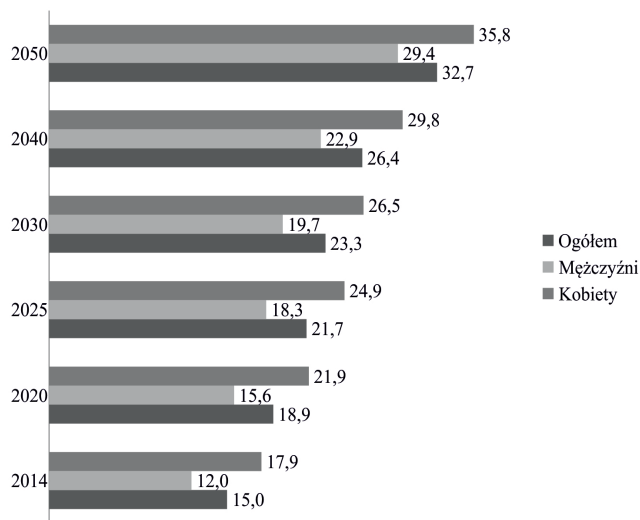
Opracowanie porusza bardzo istotną problematykę, a mianowicie zjawisko systematycznego starzenia się społeczeństw. Prognozy demograficzne wskazują, że jest to proces postępujący i nieodwracalny. Jednym z najbardziej istotnych problemów pomyślnego starzenia się jest odpowiedni poziom stanu zdrowia seniorów. Ważnym czynnikiem zachowania sprawności fizycznej i psychicznej, a także sposobem na opóźnienie procesów starzenia się jest odpowiednia aktywność ruchowa. Opracowanie przybliży uczestnictwo w rekreacji i aktywność ruchową populacji seniorów w województwie łódzkim.

Słowa kluczowe

Rekreacja, aktywność ruchowa, starzenie się.

3.1. WPROWADZENIE

Starzenie się jest obecnie zjawiskiem charakterystycznym dla wielu społeczeństw, również polskiego. Jest to proces nieunikniony i nieodwracalny, do którego jednak można się w odpowiedni sposób przygotować. Według publikacji WHO, *successful ageing*, czyli pomyślne, zdrowe starzenie się, to proces optymalizacji możliwości zachowania zdrowia (fizycznego, społecznego i psychicznego). Proces ten powinien umożliwić osobom starszym czynne uczestnictwo w życiu społecznym, a także czerpanie radości z dobrej jakości niezależnego życia. Prognozy demograficzne dla Polski (GUS 2015), wyraźnie wskazują na systematycznie powiększający się udział w społeczeństwie polskim ludzi starszych. Rys. 1 przedstawia szacowany procentowy udział ludzi w wieku 65+, w podziale na kobiety i mężczyzn. Według prognoz, w roku 2050 seniorzy będą stanowić $\frac{1}{3}$ ogółu ludności naszego kraju.



Rys. 1. Prognozowane odsetki osób w wieku 65+ w Polsce

Źródło: *Rocznik demograficzny* (2015)

Starzenie się jest naturalnym fizjologicznym etapem życia. Jego rezultatem są zmiany zachodzące w organizmie człowieka przebiegające na płaszczyźnie biologicznej, psychicznej, funkcjonalnej i społecznej. Etapu tego nie można cofnąć, ale można opóźnić poprzez realizowanie celów profilaktyki gerontologicznej. Pomocze to zachować na odpowiednim poziomie stan zdrowia, a tym samym sprawność, samodzielność i niezależność. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała w 1946 roku definicję zdrowia, która na stałe weszła do powszechnego użytku. Według tej definicji, zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niedomagania. Nie bez znaczenia w procesie pomyśl-

nego starzenia się jest rola aktywności fizycznej. Regularna aktywność ruchowa opóźnia występowanie pewnych schorzeń, a tym samym staje się skutecznym narzędziem redukującym, a także zapobiegającym problemom funkcjonalnym związanym ze starzeniem się organizmu (Kozdroń 2014).

3.2. ZAGADNIENIE TERMINU REKREACJA

Rekreacja nie jest pojęciem nowym. Termin ten stosowano już w starożytności na oznaczenie regeneracji organizmu, a także odbudowę fizyczną i psychiczną. Można to było osiągnąć dzięki oderwaniu się od codziennych obowiązków, poprzez aktywność ruchową, rozrywkę, zabawę, doznania estetyczne i intelektualne. Dla Pliniusza, *recreatio* oznaczało powrót do zdrowia, dla Lukrecjusza – wspomaganie sił fizycznych przez dostarczanie organizmowi energii w postaci pożywienia. Z kolei Ciceron rekreację rozumiał jako przywrócenie sił duchowych i jako psychiczne wytchnienie (Winiarski 2011). Współcześnie pojęcie rekreacji nabiera coraz większego znaczenia. Trzeba jednak podkreślić, że rekreacja stała się zjawiskiem złożonym, odzwierciedlającym problemy i sprzeczności otaczającego nas świata. Ponieważ rekreacja zaspokaja główne potrzeby człowieka zarówno biologiczne, społeczne, jak i psychiczne, stała się niewątpliwie składową stylu życia oraz warunkiem jakości życia współczesnych społeczeństw. Do najważniejszych potrzeb życiowych realizowanych poprzez rekreację można zaliczyć potrzebę: wypoczynku i relaksu, aktywności psychofizycznej, zmiany trybu i środowiska życia, kontaktu z przyrodą, emocji i przyjemnych wrażeń, obniżenia poziomu samokontroli, kontaktów, osiągnięć, nowych doświadczeń, wiedzy, umiejętności i kompetencji (Winiarski 2011). Słowo rekreacja pochodzi od łacińskiego *recreatio* (*recreo* – odnowić, pokrzepić, odżywić). Używane już było w XVI wieku i jako angielskie *recreation* oznaczało mentalną i duchową pociechę. W kolejnych stuleciach określano rekreację jako aktywność służącą do odpoczynku zarówno fizycznego, jak i psychicznego po uciążliwościach pracy. W Polsce termin ten stosowano od drugiej połowy XVI wieku na opisanie przerwy w wykonywaniu obowiązków i zajęć służących odpoczynkowi (Winiarski 2011). Współczesne definicje rekreacji zwracają uwagę na takie elementy, jak: aktywność, dobrowolne uczestnictwo, wewnętrzną motywację i efekty uczestnictwa. Według R. Krausa, rekreacją nazywamy aktywności i doświadczenia człowieka związane z czasem wolnym. Zazwyczaj są one przyjemne i podejmowane dobrowolnie na podstawie wewnętrznej motywacji, ale mogą również być w pewnym sensie przymusowe i związane z pewnego rodzaju dyskomfortem, a nawet bólem i zagrożeniem (Kraus 2001). Z kolei T. Wolańska rekreację rozumie jako różnego rodzaju zajęcia podejmowane w czasie wolnym, dobrowolnie, dla przyjemności, autoekspresji, formacji własnej osobowości, odnowy i pomnażania sił psychofizycznych (Wolańska 1997).

W literaturze przedmiotu spotykamy różne kryteria podziału rekreacji. Powszechnie przyjęty podział rekreacji dzieli ją na: rekreację ruchową (fizyczną), rekreację twórczą, rekreację kulturalno-rozrywkową i rekreację realizowaną przez działalność społeczną (Kielbasiewicz-Drozdowska 2001). Warto zaznaczyć, że wyróżniając poszczególne formy rekreacji musimy mieć świadomość, że pewne czynności mogą być wykonywane dobrowolnie i mogą stanowić formę rekreacji, a innym razem mogą być obowiązkowo wykonywane i traktowane jako praca. Podstawowe formy rekreacji według R. Winiarskiego przedstawia tab. 1.

Tabela 1

Formy rekreacji

Formy rekreacji	
Sportowe	Sporty rekreacyjne (np. golf, tenis, aerobik, jazda konna, pływanie, siatkówka plażowa, badminton)
Turystyczne	Turystyka aktywna (np. piesza nizinna i górską, rowerowa, narciarska, żeglarska, kajakowa)
Hobbystyczne	Amatorska działalność wytwórcza, wędkarstwo, myślistwo, grzybobranie
Towarzyskie	Tańce, gry i zabawy towarzyskie, zabawa w dyskotecę, clubbing, gra w kręgle, bilard, brydż
Kulturalno-rozrywkowe	Amatorska twórczość artystyczna, pobyt w parku rozrywki, parku tematycznym, wesołym miasteczku
Wirtualne	Interaktywne gry internetowe, gry komputerowe, gry na konsolę PlayStation

Źródło: R. Winiarski (2011, s. 16).

Według innych kryteriów, rekreację można podzielić w zależności od:

- sposobu organizowania: zorganizowana indywidualnie i instytucjonalnie,
- od rodzaju aktywności: psychiczna, fizyczna,
- miejsca uprawiania: plenerowa (*outdoor recreation*), uprawiana w pomieszczeniach zamkniętych (*indoor recreation*).

3.3. REKREACJA RUCHOWA

Rekreacja ruchowa to według T. Wolańskiej, aktywność o charakterze sportowym, turystycznym lub hobbystycznym, podejmowana dobrowolnie w celach: hedonistycznych, wypoczynkowych, zdrowotnych, estetycznych, towarzyskich i edukacyjnych. W życiu człowieka odgrywa bardzo szczególne znaczenie, ponieważ wyrównuje powszechnie odczuwany w obecnych czasach deficyt ruchu (hipokinezę) i jest wykorzystywana jako środek dbałości o zdrowie, sylwetkę, sprawność i kondycję fizyczną (Wolańska 1997).

Aktywność fizyczna jest rekomendowana przez WHO w deklaracji z Heidelbergu w 1996 roku (za: Dąbrowski, Rowiński 2007). Stwierdzono w niej, że:

- brak aktywności ruchowej i siedzący tryb życia powodują wiele chorób o charakterze chronicznym,
- aktywny styl życia istotnie opóźnia występowanie niesprawności i schorzeń wieku starczego,
- aktywne fizyczne życie ułatwia uczestnictwo populacji ludzi, adaptację społeczną i podnosi poziom optymizmu.

Do podstawowych funkcji rekreacji ruchowej zaliczamy (Dąbrowski 2006):

- funkcję stymulacyjną, dzięki której pod wpływem bodźców sytuacyjnych i fizycznych, wszelkie procesy życiowe wzmacniają się, ponadto zwiększają się naturalne, genetyczne możliwości człowieka,
- funkcję adaptacyjną, która pomaga przygotować organizm do zmieniających się zadań życiowych, a także pozwala przystosować się do ewoluującego otoczenia,
- funkcję korektywną, która niweluje odchylenia od przyjętych norm i poprawia funkcjonowanie w sferze fizycznej i psychospołecznej,
- funkcję kompensacyjną, która umożliwia wyrównywanie odczuwanych braków w jednej dziedzinie, wzmożoną aktywnością na innych płaszczyznach.

3.4. AKTYWNOŚĆ RUCHOWA OSÓB STARSZYCH

Podstawowa definicja aktywności charakteryzuje ją jako zdolność do intensywnego działania, jako energię stwarzającą możliwość kontaktowania i porozumiewania się z innymi ludźmi. Ponadto aktywność pomaga zaspokoić potrzeby bio-psycho-społeczne, a także jest warunkiem odgrywania ról społecznych, funkcjonowania w grupie i w społeczeństwie (Pinquart, Sörensen 2000; Kaczmarczyk, Trafiałek 2007). Z kolei brak aktywności może prowadzić do samotności, izolacji społecznej, niesprawności, a w skrajnych przypadkach nawet do umieralności ludzi w starszym wieku (Bień 2006). Aktywność można podzielić na trzy główne typy: formalna (działalność w stowarzyszeniach społecznych, w pracach na rzecz środowiska lokalnego, w polityce, wolontariat), nieformalna (kontakty z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi, sąsiadami), samotnicza (oglądanie TV, hobby, zainteresowania własne, czytanie) (Dziegielewska 2006).

Aktywność ruchowa jest niewątpliwie podstawowym czynnikiem warunkującym rozwój fizyczny człowieka, determinującym prawidłowe funkcjonowanie organizmu (Chong, Ng, Woo, Kwan 2006). W okresie dzieciństwa i młodości (anafazie), podstawowa rola aktywności fizycznej to wytwarzanie tzw. kapitału fizjologicznego, czyli funkcja prospektywno-rozwojowa. W wieku dojrzałym (mezofazie), aktywność fizyczna powinna podtrzymać wcześniej osiągnięty poziom wydolności organizmu, a jednocześnie powinna spełniać rolę środka leczniczego,

a przede wszystkim profilaktycznego, w szczególności dla chorób cywilizacyjnych. W okresie wieku starczego (katafазie), aktywność fizyczna pełni przede wszystkim funkcję kompensacyjną i korekcyjną. Pomaga również w opóźnianiu procesów inwolucyjnych, a tym samym przyczynia się do zachowania dobrego zdrowia (Rowe, Kahn 1997; Lubowiecki-Vikuk, Paczyńska-Jędrycka 2010). Innymi słowy, wszelka aktywność fizyczna jest elementem pomyślnego starzenia się. Niestety, z biegiem lat bardzo często pojawia się problem zaniku sprawności, a czasami nawet samodzielności (Woo 2000). Aktywność fizyczna wśród seniorów często ogranicza się do takich codziennych czynności, jak gotowanie, zakupy czy sprzątanie. Z kolei zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące programów aktywności fizycznej wśród starszej części społeczeństwa proponują, aby (za: Kaczmarczyk, Trafiałek 2007):

- zajęcia miały charakter indywidualny i grupowy,
- stosować różne formy ćwiczeń: relaksacja, stretching, ćwiczenia aerobowe,
- ćwiczenia obejmowały formy łatwe lub o umiarkowanym stopniu trudności (spacer, pływanie, taniec, gimnastyka, jazda na rowerze),
- ćwiczenia obejmowały trening mięśni (ćwiczenia wytrzymałościowe, trening równowagi i elastyczności),
- ćwiczenia sprawiały radość i powodowały odprężenie,
- ćwiczenia były prowadzone w miarę możliwości regularnie.

Począwszy od połowy XX wieku obserwowane jest zjawisko starzenia się społeczeństwa. Dzieje się tak w szczególności w krajach o wyższym standardzie życia i jest to wynik poprawy opieki medycznej, lepszych warunków bytowych i wyższego wykształcenia ludności. Ponadto czas pracy uległ stopniowemu skróceniu, a wielu starszych ludzi skorzystało z możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę. W efekcie starsi ludzie dysponują coraz większą ilością czasu wolnego. Daje to tej grupie społecznej wiele możliwości, aby podejmować wszelkie działania związane z rekreacją ruchową, odgrywającą kluczowe znaczenie w profilaktyce gerontologicznej. Osoby starsze bardzo często zaczynają podejmować aktywność ruchową pod wpływem namowy rodziny, znajomych, przyjaciół lub ze względu na sugestię lekarza (Martin 2002). Do najczęstszych powodów podejmowania aktywności ruchowej przez osoby starsze zalicza się motywacje (Ossowski, Taraszkiewicz 2011):

- zdrowotne – odgrywają one bardzo istotną rolę, ponieważ z biegiem lat rośnie świadomość i znaczenie tej wartości; powszechnie wiadomo, że dobre zdrowie jest przeciwwagą dla wielu schorzeń, które z reguły nasilają się wraz z wiekiem; motywuje to do podejmowania działań rewitalizacyjnych i profilaktycznych,
- utylitarne – które powiązane są z praktycznymi korzyściami wynikającymi z usprawnienia czynności lokomocyjnych i funkcjonalnych organizmu; mają kluczowe przełożenie na samodzielność i niezależność seniorów,

- społeczne – które wynikają z chęci zaspokojenia potrzeby przebywania z ludźmi i wchodzenia z nimi w różnorakie interakcje; stanowią swoistą odskocznię od coraz powszechniejszej samotności osób starszych,
- ludyczne – które związane są z zagospodarowywaniem zasobów czasu wolnego, przezwyciężaniem poczucia monotonii i przeciwstawianiem się codziennej rutynie,
- poznawcze – które dotyczą pozyskiwania wiedzy, poznawania środowiska, rozwijania hobby, lepszego zrozumienia siebie, nabywania i doskonalenia umiejętności.

Umotywowanie aktywności ruchowej osób starszych jest zatem wieloaspektowe. Złożoność zjawiska dobrze obrazują cele postaw prozdrowotnych. Wymienić można cele: biologiczne (zmniejszanie biologicznych skutków starzenia się, opóźnianie degradacji intelektualnej, kompensowanie ubytku sprawności fizycznej), lecznicze (kontynuacja leczenia i usprawniania), anatomiczno-fizjologiczne (wpływ na funkcje organizmu, zwiększenie wytrzymałości i wydolności, zwiększenie siły mięśni i ruchomości stawów, częściowe zmniejszenie skutków niepełnosprawności) i higieniczno-zdrowotne (hartowanie ciała i ducha, kształtowanie odporności na trudy, uatrakcyjnienie codziennych ćwiczeń) (Ossowski, Taraszkiewicz 2011).

Bariery podejmowania przez osoby starsze aktywności fizycznej są równie zróżnicowane co motywacje. Najważniejszą przeszkodą wydają się ograniczenia finansowe. Wielkość emerytur i rent, w warunkach polskich, często nie starcza seniorom na zaspokojenie podstawowych potrzeb, a tym samym ogranicza uczestnictwo w aktywnościach wymagających zakup odpowiedniego sprzętu, ubrania czy opłacenia kosztów uczestnictwa. Do innych barier można zaliczyć: brak wykształconych nawyków aktywnego spędzania czasu, deficyt czasu, niską świadomość pozytywnych skutków aktywności fizycznej, brak znajomych uczestniczących w potencjalnych zajęciach, brak odpowiednich zajęć i informacji o ich prowadzeniu, ograniczony dostęp do obiektów, nieśmiałość i stan zdrowia niepozwalający na wysiłek (Borzucka, Rektor 2005).

3.5. AKTYWNOŚĆ RUCHOWA STARSZYCH OSÓB W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM

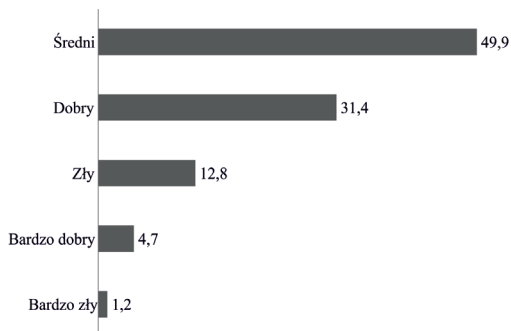
Celem przeprowadzonych badań było szeroko pojęte zagadnienie rekreacji i aktywności ruchowej wśród ludzi starszych. Badania prowadzone były wśród seniorów mieszkających w województwie łódzkim, mieszkających zarówno na terenach wiejskich, jak i w miastach. Metodą przyjętą w badaniach była anonimowa ankieta, której narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankietowy sporządzony przez autorkę. Czas badań to okres od stycznia do marca 2015 roku. W ich efekcie zbadano 400 mieszkańców województwa w wieku ponad 60 lat.

Badania poruszyły takie zagadnienia, jak styl życia prowadzony w przeszłości, stosunek do aktywności ruchowej, powody podejmowania i nie podejmowania aktywności ruchowej, a także ocena stanu zdrowia ankietowanych. Większość ankietowanych stanowiły kobiety (63,1%). Najwięcej ankietowanych to osoby z przedziału wiekowego 60–64 lat (38,2%), kolejne grupy to ludzie w wieku 65–69 lat (26,4%) i 70–74 lat (23,1%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby powyżej 74 roku życia (12,3%). Ponad 70% badanych jest już na emeryturze (76%), na rencie przebywa 14,2%, a czynnych zawodowo jest jeszcze 9,8%. Struktura wykształcenia ankietowanych przedstawia się następująco: osoby z wykształceniem wyższym stanowią 16,7% badanych, z wykształceniem średnim – 23,7%, zawodowym – 43,5%, a z wykształceniem podstawowym – 16,1%.

Pierwsze pytania w kwestionariuszu ankiety miały na celu poznanie stylu życia respondentów w przeszłości. Większość ankietowanych seniorów oceniła tryb życia prowadzony w przeszłości jako średnio aktywny (35,7%) i aktywny (32,1%). Na bardzo aktywny tryb życia wskazało 17,9%, a na mało aktywny 14,3%. Następne pytanie miało na celu poznanie charakteru pracy wykonywanej w przeszłości. Prawie połowa ankietowanych (44%) wskazała na mieszany charakter pracy w przeszłości. Siedzący charakter pracy zadeklarowało 29,8%, a stojący 26,2% badanych. Na pytanie jak często respondenci spędzali swój wolny czas w sposób aktywny ruchowo, 40,4% badanych stwierdziło, że przy każdej nadarzającej się ku temu okazji. Bardzo rzadko w sposób aktywny wolny czas spędzało 25,8%, a 13,6% ankietowanych stwierdziło, że wolało spędzać czas wolny w sposób bierny. Aktywnie czas wolny na prośbę rodziny/dzieci spędzało 20,2% respondentów. Niestety, ponad połowa badanych seniorów z województwa łódzkiego nie zwracała uwagi na prowadzenie zdrowego trybu życia (62,7%).

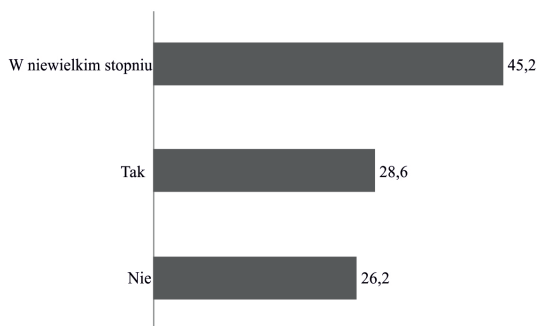
Kolejne pytania w kwestionariuszu ankiety dotyczyły teraźniejszego życia respondentów. W pierwszej kolejności ankietowani zostali poproszeni o ocenę swojego stanu zdrowia (rys. 2). Prawie połowa seniorów województwa łódzkiego określiła swój stan zdrowia jako średni (49,9%). Wskazań na dobry i bardzo dobry stan zdrowia łącznie było 36,1%, a na zły i bardzo zły 14%, przy czym z usług poradni rehabilitacyjnej korzysta 38,4% badanych. Niestety, jedynie 28,6% badanych odczuwa potrzebę jakiegokolwiek aktywności ruchowej (rys. 3). Potrzebę taką, ale w niewielkim stopniu odczuwa 45,2%, a nie ma potrzeby podejmowania aktywności ruchowej 26,2%.

Respondentów zapytano również o powody jakimi się kierują podejmując aktywność ruchową (rys. 4). Najwięcej wskazań otrzymały odpowiedzi: poprawa samopoczucia (25,9%) i poprawa sprawności funkcjonalnej organizmu (25,9%). W dalszej kolejności znalazły się odpowiedzi: zalecenie lekarza (18,8%) i mocniejszy sen (16,8%). Najmniej odpowiedzi uzyskały takie motywacje podejmowania aktywności ruchowej, jak: pozbycie się masy ciała (8,1%) i poprawa wyglądu zewnętrznego (4,5%).



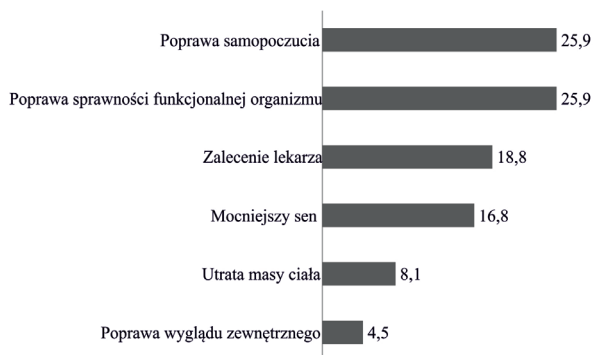
Rys. 2. Ocena stanu zdrowia respondentów

Źródło: opracowanie własne



Rys. 3. Odczuwanie potrzeby podejmowania aktywności ruchowej

Źródło: opracowanie własne



Rys. 4. Powody podejmowania aktywności ruchowej

Źródło: opracowanie własne

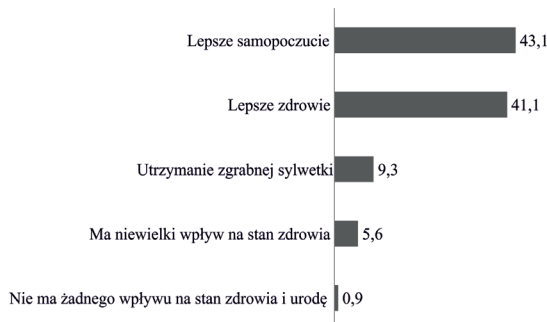
Ciekawie rozłożyły się odpowiedzi na pytanie o przyczyny nie podejmowania aktywności ruchowej przez respondentów (rys. 5). Prawie $\frac{1}{3}$ badanych seniorów (32,7%) stwierdziła, że nie istnieją takie powody. Na drugim miejscu znalazła się odpowiedź: zły stan zdrowia (23,8%). Najmniejszym problemem dla starszych ludzi w województwie łódzkim okazał się brak dostępu do obiektów/sprzętu (2,1%). Kolejne odpowiedzi (brak środków materialnych, preferowanie biernego wypoczynku, brak towarzystwa, lenistwo) otrzymały zbliżoną liczbę wskazań.



Rys. 5. Powody nie podejmowania aktywności ruchowej

Źródło: opracowanie własne

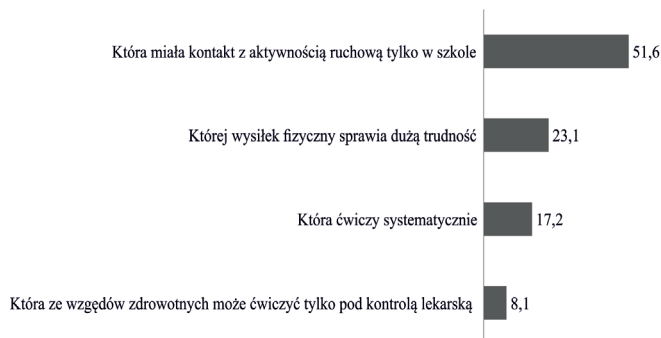
Celem badań było również poznanie opinii respondentów na znaczenie aktywności ruchowej w życiu człowieka (rys. 6). Okazało się, że dla starszych osób aktywność ruchowa wiąże się przede wszystkim z lepszym samopoczuciem (43,1%) i lepszym zdrowiem (41,1%). Mniej ważny dla seniorów jest taki aspekt aktywności ruchowej jak utrzymanie zgrabnej sylwetki (9,3%). Jedynie 5,6% seniorów uważa, że aktywność ruchowa ma niewielki wpływ na stan zdrowia, a niecały 1% twierdzi, że nie ma żadnego związku między aktywnością ruchową a stanem zdrowia i urodą.



Rys. 6. Znaczenie aktywności ruchowej w życiu człowieka

Źródło: opracowanie własne

Podczas badań poproszono respondentów o ocenę własnej osoby w kontekście podejmowania aktywności ruchowej (rys. 7). Ponad połowa seniorów określiła siebie jako osoby, które z aktywnością ruchową miały kontakt tylko w szkole (51,6%). Osobami, którym wysiłek fizyczny sprawia dużą trudność określiło się 23,1% respondentów. Pozytywny jest fakt, że 17,2% badanych starszych osób oceniło siebie jako osoby ćwiczące systematycznie. Z kolei za osoby, które ze względów zdrowotnych mogą ćwiczyć jedynie pod kontrolą lekarską uznało siebie 8,1% ankietowanych.



Rys. 7. Ocena własnej osoby w kontekście podejmowania aktywności ruchowej
Źródło: opracowanie własne

3.6. PODSUMOWANIE

W dzisiejszych czasach osoby starsze stają się coraz bardziej aktywną grupą społeczną. Podejmują przeróżne formy aktywności zarówno umysłowej, jak i fizycznej. Niezwykle ważna staje się aktywność ruchowa, będąca istotnym czynnikiem profilaktycznym przyczyniającym się do opóźniania procesu starzenia. Słuszne wydaje się stwierdzenie, że aktywność ruchowa poprawia jakość życia, ponieważ oprócz polepszenia zdrowia fizycznego, sprzyja polepszeniu zdrowia psychicznego. W przypadku osób starszych niezwykle ważne są również nawyki wyniesione z lat młodości i dojrzałości. Okazuje się, że mimo iż prawie połowa ankietowanych starała się spędzać czas wolny w sposób aktywny ruchowo, to większość badanych seniorów z województwa łódzkiego (62,7%) nie zwracała uwagi na zdrowy tryb życia, a 35,7% spędzało czas w przeszłości w sposób średnio aktywny. Ma to przełożenie na obecne podejście osób starszych do aktywności ruchowej. Jedynie 28,6% seniorów odczuwa potrzebę podejmowania aktywności ruchowej, 45,2% odczuwa taką potrzebę w niewielkim stopniu, a 26,2% nie odczuwa takiej potrzeby w ogóle. Głównym powodem nie podejmowania aktywności ruchowej przez osoby starsze w województwie łódzkim jest niestety stan zdrowia,

a prawie 40% badanych korzysta z usług poradni rehabilitacyjnej. Pozytywne wydaje się jednak, że prawie połowa respondentów widzi związek aktywności ruchowej z lepszym samopoczuciem i lepszym zdrowiem, a jako główne powody podejmowania aktywności ruchowej wskazuje poprawę samopoczucia i poprawę sprawności funkcjonalnej organizmu.

LITERATURA

- Bień B., 2006, *Proces starzenia się człowieka*, [w:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk.
- Borzućka D., Rektor Z., 2005, *Motywy podejmowania aktywności fizycznej przez ludzi starszych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 60, suppl. 16(43), Lublin, s. 193–197.
- Chong M.L., Ng S.H., Woo J., Kwan Y.H., 2006, *Positive ageing: the views of middle-aged and older adults in Hong Kong*, „Ageing and Society”, 26, s. 243–265.
- Dąbrowski A., 2006, *Zarys teorii rekreacji ruchowej*, ALMAMER Wyższa Szkoła Ekonomiczna & Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Warszawa, 119 s.
- Dąbrowski A., Rowiński R., 2007, *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych. Poprawna starość*, Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa, 247 s.
- Dzięgielewska M., 2006, *Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości*, [w:] Szatur-Jaworska B. (red.), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa, s. 160–164.
- GUS, 2015, *Rocznik demograficzny*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Kaczmarczyk M., Trafialek E., 2007, *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, „Gerontologia Polska”, 15(4), 116 s.
- Kielbasiewicz-Drozdowska I., 2001, *Zarys rozwoju refleksji teoretycznej nad problematyką rekreacji*, [w:] Kielbasiewicz-Drozdowska I., Siwiński W. (red.), *Teoria i metodyka rekreacji*, Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań, 16 s.
- Kozdroń E., 2014, *Aktywność rekreacyjna w procesie pomyślnego starzenia się*, „Zeszyty Naukowe WSKFiT”, 9, s. 75–84.
- Kraus R., 2001, *Recreation and Leisure in Modern Society*, Jones and Bartlett, Sudbury, MA, 45 s.
- Lubowiecki-Vikuk A.P., Paczyńska-Jędrycka M., 2010, *Współczesne tendencje w rozwoju form rekreacyjnych i turystycznych*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.
- Martin P., 2002, *Individual and social resources predicting well-being and functioning in the later years: conceptual models, research, and practice*, „Ageing International”, 27(2), s. 3–29.
- Ossowski Z., Taraszkiewicz T., 2011, *Ekonomiczne uwarunkowania podejmowania aktywności sportowej i rekreacyjnej w grupie seniorów w rejonie Trójmiasta*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 689, s. 390–391.
- Pinquart M., Sörensen S., 2000, *Influences of socioeconomic status, social network and competence on psychological well-being in later life: a meta-analysis*, „Psychology and Aging”, 15, s. 187–224.

- Rowe J.W., Kahn R.L., 1997, *Successful aging*, „The Gerontologist”, 37(4), s. 433–440.
- Winiarski R., 2011, *Rekreacja i czas wolny. Studia humanistyczne*, Oficyna Wydawnicza Łośgraf, Warszawa, s. 13–30.
- Wolańska T., 1997, *Leksykon. Sport dla wszystkich – rekreacja ruchowa*, Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa, 59 s.
- Woo J., 2000, *Relationships among diet, physical activity and other lifestyle factors and debilitating diseases in the elderly*, „European Journal of Clinical Nutrition”, 54, supplement 3, s. 143–147.

Abstract

The purpose of the article is to describe the problem of the systemic aging of a society. Demographic forecasts indicate that the proces is progressive and irreversible. One of the most important aspects of the aging of society and its impact is the state of health of seiors. Physical activity is crucial in keeping ones active and slowing the proces of aging. The investigation outlines the levels of physical ativity and rectearion among seniors in Łódź Voivodeship.

Key words

Recreation, physical activity, aging.

AGNIESZKA ROCHMIŃSKA

Uniwersytet Łódzki

Wydział Nauk Geograficznych

Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami

4

SENIORZY JAKO KLIENCI ŁÓDZKICH CENTRÓW HANDLOWYCH I ICH MOTYWY ZACHOWAŃ PRZESTRZENNYCH

SENIOR CITIZENS AS CUSTOMERS OF SHOPPING CENTRES IN ŁÓDŹ AND THE MOTIVES FOR THEIR SPATIAL BEHAVIOURS

Artykuł wpłynął do redakcji 25.11.2015; po recenzjach zaakceptowany 10.02.2016.

Rochmińska A., 2015, *Seniorzy jako klienci łódzkich centrów handlowych i ich motywy zachowań przestrzennych*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 165–184.

Dr hab. Agnieszka Rochmińska, prof. UŁ, Uniwersytet Łódzki, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź; e-mail: agaroch@gmail.com

Zarys treści

Wzrastająca grupa konsumentów – seniorów, to również wyzwanie dla zarządców centrów handlowych, jak również dla podmiotów oferujących swoje dobra i usługi w tych kompleksach. W związku z powyższym warto zwrócić uwagę, kim są klienci – seniorzy centrów handlowych, jakie są ich motywy przy wyborze centrum handlowego jako miejsca „wizyt”, jak postrzegają zakupy oraz pobyty w centrach handlowych, jak ustosunkowują się do ich lokalizacji determinujących ich zachowania przestrzenne. Z punktu widzenia naukowego, jak i marketingowego ważne jest rozpoznawanie preferencji, motywacji zachowań przestrzennych również grupy osób w wieku „przedstarczym”,

bo to oni w najbliższym czasie będą zasilać grupę senioralną, która będzie funkcjonować na rynku konsumenckim.

Osoby w wieku 45–59 i 60+ są ważnym segmentem klientów łódzkich centrów handlowych. Szczególnie w pierwszej grupie wiekowej cieszą się dużą popularnością. To osoby w tzw. wieku „przedstarczym” są częstszymi bywalcami w tych „świątyniach konsumpcji” korzystającymi z szerokiej gamy ofertowej.

Słowa kluczowe

Seniorzy, ludzie starzy, wiek przedstarczy, centrum handlowe, czas wolny, zachowania przestrzenne, klienci centrum handlowego, Łódź.

4.1. WPROWADZENIE

Segment osób starszych, nazywany również segmentem „siwych włosów” (*grey consumers*) to bardzo liczna i systematycznie powiększająca się grupa społeczna (Ławicki 2011, s. 605). W związku z powyższym „segment konsumentów seniorów staje się liczącą i liczącą się grupą konsumencką, która będzie (choćby tylko i wyłącznie ze względu na liczbę) musiała być uwzględniana w perspektywie działań marketingowych przedsiębiorstw produkcyjnych i usługowych na rynku” (Olejniczak 2015, s. 202). Wydłużający się czas aktywności zawodowej, świadoma aktywność fizyczna i intelektualna, konsekwencje kształcenia się przez całe życie, wzrost długości życia, wszystko to plasuje tę grupę w czołówce potencjalnych konsumentów na rynku nie tylko dóbr, ale i usług. Dlatego też oferenci coraz bardziej starają się dostrzegać tę grupę jako potencjalnych strategicznych klientów (Barska, Śnihur 2013, s. 1).

W wielu klasyfikacjach gerontologicznych przyjmuje się 60. rok życia za początek starości, uważając jednocześnie, że grupa ludzi starych nie jest jednorodna, w związku z czym dokonują wewnętrznego podziału. Zgodnie z klasyfikacją WHO wyodrębniono wiek przedstarczy (45–59) oraz trzy fazy starości: tzw. *young old*, czyli „młodzi starzy” (III wiek: 60–74 lata), *old old* – „starzy starzy”, „starość dojrzała” (IV wiek: 75–89 lat) oraz *oldestold, long life* – „długowieczni” (powyżej 90 lat) (WHO 2002, w: Olejniczak 2015, s. 197). Po 60. roku życia następują u wielu osób zmiany zachowań konsumpcyjnych. Jak zauważa T. Olejniczak (2015) przyjęcie tej umownej granicy do podejmowanych analiz powoduje, że mamy do czynienia z heterogenicznością grupy konsumentów seniorów. O statusie i zachowaniach konsumentów w tej grupie wiekowej decydują m.in. takie uwarunkowania, jak:

- zmiany biofizyczne (zróżnicowany stan zdrowia, zróżnicowana sprawność fizyczna),
- zmiany psychologiczne (różne nastawienie do życia i otoczenia, obniżenie zdolności percepcyjnych – wzrok, słuch, dotyk, smak),

- zmiany społeczno-kulturowe (obniżenie roli społecznej i zawodowej, różna faza cyklu życia rodziny, różne podejście do relacji międzyludzkich, różna aktywność towarzyska),
- zmiany ekonomiczne (zmiana źródła i wysokości dochodów, korzystanie z pomocy finansowej od rodziny lub wspieranie rodziny).

W związku z przyjętymi podziałami porównano zachowania przestrzenne oraz motywy wyboru centrum handlowego w zaspokajaniu własnych potrzeb w dwóch grupach wiekowych 45–59 (wiek przedstarczy) oraz w grupie tzw. starych (60+). „Grupa osób powyżej 45 lat nazywana jest „tradycyjną częścią społeczeństwa” i charakteryzuje się takimi istotnymi z marketingowego punktu widzenia cechami, jak: tradycje rodzinne, niska lojalność wobec marki, przywiązanie do miejsca zakupów, chęć do budowania relacji personalnych, podatność na akcje promocyjne” (Ławicki 2011, s. 606).

Wzrastająca grupa konsumentów – seniorów to również wyzwanie dla zarządców centrów handlowych, jak również dla podmiotów oferujących swoje dobra i usługi w tych kompleksach. W związku z powyższym warto zwrócić uwagę kim są klienci – seniorzy centrów handlowych, jakie są ich motywy przy wyborze centrum handlowego jako miejsca „wizyt”, jak postrzegają zakupy oraz pobyty w centrach handlowych, jak ustosunkowują się do ich lokalizacji determinujących ich zachowania przestrzenne. Z punktu widzenia naukowego, jak i marketingowego ważne jest rozpoznawanie preferencji, motywacji, zachowań przestrzennych również grupy osób w wieku „przedstarczym”, bo to oni w najbliższym czasie będą zasilać grupę senioralną, która będzie funkcjonować na rynku konsumenckim.

4.2. „STARSI” KLIENCI ŁÓDZKICH CENTRÓW HANDLOWYCH

W 2011 roku przeprowadzono badania sondażowe z użyciem kwestionariusza ankiety z klientami łódzkich centrów handlowych. W badaniach wzięło udział 537 osób w wieku 45+, w tym 418 osób w przedziale wiekowym 45–59 i 119 osób w wieku 60+. W obydwu grupach wiekowych przeważały kobiety (71,1% i 68,1%). Pod względem stanu cywilnego przeważającą część respondentów stanowiły osoby będące w związkach małżeńskich (74,7% i 53,4%). W grupie senioralnej zauważa się dużo większy udział osób będących w stanie wdowim 29,7% (45–59 to tylko 5,9%) oraz niewiele większy odsetek respondentów będących po rozwodzie – 15,3% (14,3% w wieku 45–59), natomiast mniejszy odsetek osób będących w stanie wolnym – 0,8% (3,4% w wieku 45–59) i separowanych – 0,8% (1,7% w wieku 45–59).

Osoby w wieku senioralnym prowadzą najczęściej dwuosobowe (50,5%) lub jednoosobowe (30,6%) gospodarstwa domowe, natomiast w grupie osób 45–59 odsetek takich gospodarstw jest dużo mniejszy (2 osobowe – 25,8%; 1 osobowe

– 10,5%), w tej grupie wiekowej przeważają gospodarstwa trzy- lub więcej osobowe, stanowiąc w sumie 63,7%.

„Senioralni” ankietowani klienci łódzkich centrów handlowych, ogólnie rzecz biorąc, legitymowali się niższym wykształceniem. Najwięcej osób w obydwu grupach zadeklarowało wykształcenie średnie, w tym policealne, w przedziale 45–59 było to 53,7%, a w grupie 60+ – 42,8% oraz wykształcenie wyższe (analogicznie 29,7% i 24,3%) (w tym niewielki odsetek z wyższym licencyjnym na poziomie 2–3%). Z wykształceniem zasadniczym zawodowym większy odsetek znalazł się w grupie osób 60+ (18,5%) niż w młodszym przedziale wiekowym (15,7%). Natomiast z najniższym wykształceniem – podstawowym ewidentnie dużo większy odsetek stanowiły osoby w grupie seniorów (14,3%) niż w grupie młodszej (1%).

Wiek 60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn to czas wycofywania się z aktywności zawodowej (w momencie prowadzenia badań był to wiek przechodzenia na emeryturę), co przełożyło się bezpośrednio na źródła utrzymania respondentów. Osoby w wieku 45–59 głównie utrzymują się z zarobkowych źródeł, tj. z pracy najemnej (76,7%) lub z pracy na własny rachunek (10,7%), natomiast w grupie starszej sytuacja jest odmienna, bo aż dla 72,6% dochody pochodzą z niezarobkowych źródeł (emerytura, renta). Nadal w tej grupie jest spory odsetek utrzymujących się z pracy najemnej (22,1%) lub na rachunek własny (5,3%), co związane jest głównie z późniejszym przechodzeniem na emeryturę mężczyzn.

Źródło dochodów przekłada się też na ich poziom, a tym samym na ocenę własnej sytuacji materialnej. W obydwu grupach większość respondentów postrzega go jako „średni” (57,5% i 60,2%). Odsetek osób oceniających lepiej od przeciętnego, czyli jako dobry lub bardzo dobry jest dużo wyższy w przedziale wiekowym 45–59 (24,8% i 4,8%), czyli w grupie osób posiadających w znacznej mierze zarobkowe źródła utrzymania, niż wśród osób powyżej 60. roku życia (14,4% i 1,7%). Przy ocenach niższych sytuacja jest odwrotna, bo to właśnie ludzie starsi gorzej postrzegają swój status materialny jako zły (20,3%), a nawet bardzo zły (3,4%). Analogicznie w grupie „przedstarczej” te odsetki są niższe i wynoszą odpowiednio: 11,8% i 1,2%.

4.3. WYBÓR MIEJSCA DOKONYWANIA ZAKUPÓW

Dokonywanie zakupów (nabywanie) jest jedną z podstawowych czynności w życiu człowieka. We współczesnym świecie wyróżniamy różne rodzaje jednostek handlowych, sprzedaż odbywa się zarówno w detalicznych punktach handlowych (np. centra handlowe, hipermarkety, supermarkety, sklepiki, stragany itp.), hurtowniach, czy też poprzez stosunkowo nowy kanał dystrybucji jakim jest Internet, który z roku na rok zyskuje coraz większą popularność. F. Byłok (2013, s. 146) formy sprzedaży dzieli na miejsca o bezpośrednim kontakcie sprzedawcy i nabywcy (sklepy osiedlowe, supermarkety, hipermarkety, bazy itd.) oraz na

miejsca, gdzie ten kontakt jest pośredni (sklepy wysyłkowe, sklepy internetowe, aukcje internetowe).

Badania przeprowadzane w Polsce na grupie „senioralnej” co do miejsc nabywania zakupów są dokonywane w różnych skalach przestrzennych (np. miasto, region, kraj), różnymi technikami badawczymi, na różnych próbach badawczych, więc nie są porównywalne, ale mimo to wskazują na pewne prawidłowości. Poniżej zaprezentowano wyniki wybranych badań sondażowych:

- zakupy okresowe dokonywane były przez badanych głównie w supermarketach (51%) i hipermarketach (30%), codzienne – w sklepikach osiedlowych (81%), w sklepach specjalistycznych i na targowiskach (16%) (Kowalczuk 2007, s. 64)¹,
- miejscami zakupu produktów żywnościowych, które wśród respondentów cieszyły się największą popularnością są sklepy osiedlowe oraz supermarkety (Grzybowska-Brzezińska, Szmyt 2011, s. 597)²,
- seniorzy najczęściej robią zakupy w małym i średnim sklepie samoobsługowym do 3 kas (45,9%) oraz w małych sklepach, gdzie towar podaje ekspedient (29,1%). Równie często respondenci korzystają z dużych sklepów – supermarketów i supersamów (40%). Stosunkowo rzadziej seniorzy dokonują zakupów na bazarach i targowiskach (31,4%). Duże sklepy – hipermarkety (12,2%) i galerie handlowe (8,7%) są rzadziej odwiedzane przez seniorów w celu dokonania zakupów (Bylok 2013, s. 146–147)³,
- produkty spożywcze najczęściej kupowane są w małych sklepach (69,1%), dyskontach (44%), supermarketach/hipermarketach (41,8%), sklepach samoobsługowych (30,9%) i na bazarach i targowiskach (30,9%). Artykuły inne niż żywność nabywane są zazwyczaj w supermarketach/hipermarketach (44,2%), małych sklepach (34,9%), dyskontach (33,5%), sklepach specjalistycznych (29,4%), na bazarach/targowiskach (26,6%) oraz w sklepach samoobsługowych (16%) (*Badanie konsumentów III-go wieku...2009*, s. 13, 16)⁴.

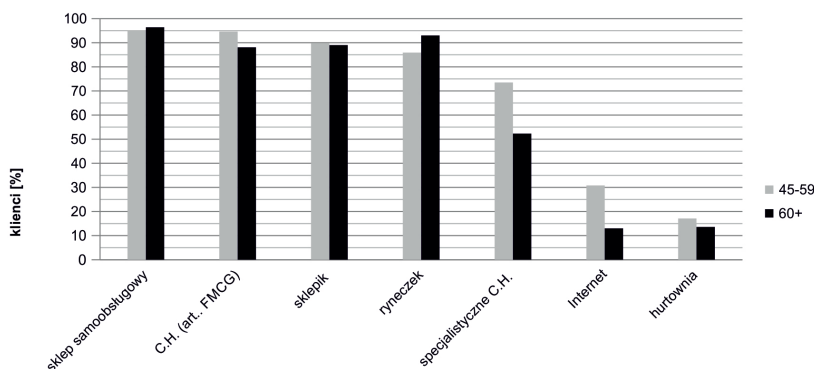
¹ Analiza zachowań nabywczych na rynku żywności osób w wieku 50+, kwestionariusz ankiety 2006 r., teren woj. mazowieckie, 100 respondentów (Kowalczuk 2007, s. 64).

² Wywiad bezpośredni z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety (09–11.2009) wśród mieszkańców Olsztyna, dobór celowy 60+ (362 respondentów) (Grzybowska-Brzezińska, Szmyt 2011).

³ Metoda sondażu z wykorzystaniem ankiety środowiskowej na celowej próbie – 220 seniorów, którzy byli uczestnikami Uniwersytetu III Wieku w Politechnice Częstochowskiej (luty 2012) (Bylok 2013).

⁴ Badanie „Konsumenci III-go wieku” zostało przeprowadzone przez ARC Rynek i Opinia techniką bezpośrednich wywiadów kwestionariuszowych wspomaganych komputerowo (CAPI) na próbie N = 818 mieszkańców Polski w wieku powyżej 60 lat (*Badanie konsumentów III-go wieku... 2009*).

Analizując miejsca dokonywania zakupów można brać pod uwagę te, w których następuje nabywanie produktów i usług lub wskazywać na te, które nie cieszą się popularnością wśród klientów. Okazuje się, że nadal duży odsetek osób zarówno w wieku 45–59, jak i w wieku 60+ nie robi zakupów w hurtowniach (analogicznie 82,9% i 86,4%), drogą internetową (69,2% i 87%) oraz w specjalistycznych centrach handlowych (26,5% i 47,7%). Jak widać we wszystkich wyżej wymienionych formach sprzedaży osoby w wieku senioralnym stanowią większy odsetek niż w młodszej grupie wiekowej, szczególnie zauważalne jest to w przypadku specjalistycznych „marketów”. Natomiast miejscami robienia zakupów są sklepy samoobsługowe (89,8% i 96,4%), ryneček (85,9%, 93%), sklepiki osiedlowe (89,8% i 89%) oraz hipermarkety w centrach handlowych (94,6% i 88,1%). Większy odsetek respondentów w wieku 60+ niż w młodszej grupie wiekowej przyznaje się do robienia zakupów w sklepach samoobsługowych i na ryneczkach/bazarach (rys. 1).



Rys. 1. Miejsca dokonywania zakupów

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Wyniki badań w grupie „senioralnej” co do miejsc dokonywania zakupów wskazują, że dużą popularnością cieszą się szczególnie sklepy samoobsługowe (w tym dyskonty, supermarkety i hipermarkety), sklepiki osiedlowe oraz ryneček/bazar. Nadal niewielki odsetek osób w grupie „senioralnej” nabywa towary drogą internetową (12%), gdy w młodszej grupie ten odsetek wynosi już ok. 30%.

4.4. ZAKUPY – OBOWIĄZEK, PRZYJEMNOŚĆ

Robienie zakupów to niemal codzienna czynność, która może być postrzegana jako „przyjemna” lub jako „nudny obowiązek”. Odczucia te uzależnione są od indywidualnego podejścia. Jeśli zachowanie takie odniesie się do zakupów codziennych, będzie się taką czynnością traktować bardziej jako obowiązek, ale nawet wtedy niektórzy mogą dostrzegać w tym korzyści takie, jak np. spotkanie kogoś znajo-

meo, możliwość spędzenia czasu z kimś z rodziny lub zakup dla siebie czegoś szczególnego (by poprawić sobie humor). Zakupy nie zawsze jednak mogą być traktowane w kategoriach przyjemności, czasami są dla konsumentów nieprzyjemnym, monotonnym, frustrującym i nieuniknionym obowiązkiem polegającym na zapewnieniu sobie i domownikom odpowiednich przedmiotów i usług niezbędnych do przetrwania (Skorek, Dziewanowska, Kacprzak 2014). Zachowania nabywcze niekiedy wykazują podobieństwo do konsumpcji przyjemności, którą cechuje m.in. osiąganie przyjemności z robienia zakupów, oglądanie wystaw eleganckich sklepów (*shopping*). Konsument nastawiony na osiąganie przyjemności nie idzie tylko na zakupy, ale idzie pospacerować wśród luksusowych towarów wystawionych m.in. w galeriach centrów handlowych (Bylok 2003). Takie zachowanie konsumpcyjne jest charakterystyczne dla wielu seniorów – „dość często i czasami” wystawy eleganckich sklepów ogląda 42,2% respondentów (Bylok 2013, s. 140). Era prosumenta, czyli aktywnego użytkownika, który spotyka się z opiniami innych klientów i wymienia się swoim doświadczeniem rynkowym dotyczy także zachowań nabywczych seniorów, którzy dysponując dużą ilością wolnego czasu traktują często zakupy jako formę przyjemności realizowaną podczas spaceru (Ławicki 2011, s. 611).

Można zauważyć, że w badaniach naukowych, jak również w tych prowadzonych przez instytucje badania opinii publicznej, zakupy przestały być traktowane tylko i wyłącznie jako obowiązek – czynność „robienia sprawunków” (w badaniach nad budżetem czasu Polaków zakupy były najczęściej zaliczane do czasu przeznaczonego na zajęcia domowe w ramach zajęć obowiązkowych), ale zaczęto zwracać uwagę na fakt, że dla coraz większej populacji stały się one obowiązkiem połączonym z przyjemnością, przyjemnością w ramach czasu wolnego, a nawet formą spędzania czasu wolnego (Rochmińska 2011, s. 208). Podczas badań z klientami łódzkich centrów handlowych przeprowadzonych przez A. Rochmińską (2013, s. 210) zapytano respondentów o to „czym jest dla nich pobyt w centrum handlowym?”. Okazało się, że wizyty w C.H. są różnie odbierane przez odwiedzających je klientów i dla wielu nie są tylko miejscami nabywania dóbr materialnych, „koniecznością robienia zakupów” (74,5%), ale są też „obowiązkiem połączonym z przyjemnością” (55,6%) oraz „przyjemnością w ramach czasu wolnego” (42,8%). Dla co trzeciej osoby jest to również miejsce „spędzania czasu wolnego”, „załatwiania innych spraw niż zakupy”, miejscem „rozrywki” i „spotkań towarzyskich”. W związku z powyższym można powiedzieć, że tego typu kompleksy są wielofunkcyjne (Rochmińska 2013, s. 210)⁵.

W grupach wiekowych 45–59 i 60+ z prawie codziennym obowiązkiem zakupy kojarzą się dużej liczbie respondentów w sklepikach osiedlowych (52,4% i 49,5%), na ryneczku (28,8% i 36,8%) oraz w sklepie samoobsługowym (31,1%

⁵ Badania ankietowe przeprowadzono z klientami łódzkich centrów handlowych na próbie 2420 osób w 2011 roku (Rochmińska 2013).

i 30,6%). Są to punkty zlokalizowane w pobliżu miejsca zamieszkania, gdzie dokonywane są zakupy zaspakajające bieżące – codzienne lub prawie codzienne potrzeby wielu respondentów. Jako obowiązek, ale sporadyczny, zakupy są postrzegane przez wiele osób będących klientami C.H. z hipermarketem oferującym artykuły typu FMCG⁶ (56,3% i 53,2%), w C.H. specjalistycznych (45,3% i 36,7%), w sklepach samoobsługowych (46,1% i 50,5%), na ryneczku (33,7% i 36%) oraz w sklepiku (29,7% i 26,6%). W dobie konsumpcyjnego stylu życia, dla pewnej grupy osób zakupy to nie tylko obowiązek, ale również swego rodzaju „przyjemność”. Należy tu szczególnie zwrócić uwagę na pobyty w centrach handlowych (22,9% i 17,4%), na ryneczku (18,4% i 10,5%), w sklepie samoobsługowym (13,8% i 11,7%) oraz w C.H. specjalistycznym (15,8% i 6,4%). Dla niektórych osób w wieku senioralnym zakupy jako obowiązek, ale połączone jednocześnie z przyjemnością, kojarzą się w C.H. (z art. FMCG), sklepie samoobsługowym, sklepiku i na ryneczku. Pojawiła się również pewna grupa osób, dla której robienie zakupów to przyjemność w ramach czasu wolnego lub wręcz sposób spędzania czasu wolnego, np. w C.H. (z art. FMCG), C.H. specjalistycznych, na ryneczku i poprzez Internet (od 5 do 10% respondentów). W grupie osób – seniorów takimi miejscami są m.in. ryneček (9,7%), C.H. specjalistyczne (9,2%) oraz centra handlowe (7,3%) (tab. 1).

Centra handlowe zarówno dla osób w wieku 45–59 jak i 60+ są głównie miejscami robienia zakupów (95,9% i 92,4%). Ciekawe wydaje się zjawisko, że dla wielu respondentów szczególnie w starszej grupie wiekowej są one też miejscem, w którym można zapoznać się z nowymi towarami (28,6%) i/lub miejscem spędzania czasu wolnego (16,8%). Analogicznie w młodszej grupie wiekowej odsetki te są niższe (22,2% i 13,9%). Natomiast w tej drugiej grupie nieco wyższy jest odsetek respondentów korzystających z usług gastronomicznych 10,3% (wśród seniorów wynosi 8,4%).

Zachowania rynkowe konsumentów seniorów determinowane są nie tylko ich dochodowością, ale też takimi istotnymi z marketingowego punktu widzenia czynnikami, jak: aspekty socjologiczne polegające na dostarczaniu potencjonalnemu klientowi okazji do kontaktów społecznych, potwierdzenie swojego statusu poprzez bywanie w luksusowych sklepach. Jak widać, zasady rządzące zachowaniami rynkowymi grupy seniorów są funkcją wielu zmiennych. Wyróżnia to zdecydowanie ten segment konsumencki od pozostałych, gdyż klienci seniorzy bardzo często modyfikują swoje bodźce behawioralne pod wpływem trudnych do zidentyfikowania czynników psychologicznych, jak np. ucieczka przed samot-

⁶ FMCG (*Fast moving consumer foods*) – Produkty szybko zbywalne, najczęściej codziennego użytku. Należą do nich przede wszystkim: artykuły spożywcze, kosmetyki, chemia gospodarcza, drobne artykuły gospodarstwa domowego, używki itp. Jako FMCG jest klasyfikowana większość produktów sprzedawanych w hipermarketach lub supermarketach (Kienzler, Romanowski 2009, s. 72).

Tabela 1

Postrzeganie czynności zakupu ze względu na miejsce ich realizacji

Miejsce zakupów (kategoria)	Prawie codzienny obowiązek		Spora dycyny, ale obowiązek		Obowiązek połączony z przyjemnością		Przyjemność w ramach wolnego czasu		Sposób spędzania wolnego czasu		Nie robię zakupów w takim miejscu	
	Wiek (%)		Wiek (%)		Wiek (%)		Wiek (%)		Wiek (%)		Wiek (%)	
	45–59	60 <	45–59	60 <	45–59	60 <	45–59	60 <	45–59	60 <	45–59	60 <
C.H. (art. FMCG)	6,6	10,1	56,3	53,2	22,9	17,4	7,1	6,4	1,7	0,9	5,4	11,9
Specjalistyczne C.H.	1,7	0,0	45,3	36,7	15,8	6,4	8,9	8,3	1,7	0,9	26,5	47,7
Sklep samoobsługowy	31,1	30,6	46,1	50,5	13,8	11,7	3,5	3,6	0,5	0,0	5,0	3,6
Sklepek	52,4	49,5	29,7	26,6	6,1	11,0	1,5	0,0	0,0	1,8	10,2	11,0
Ryneczek	28,8	36,8	33,7	36,0	18,4	10,5	3,7	5,3	1,2	4,4	14,1	7,0
Hurtownia	1,8	0,0	10,2	9,7	3,4	1,9	1,0	0,0	0,5	1,9	82,9	86,4
Internet	0,3	0,9	12,6	6,5	6,4	1,9	8,6	1,9	2,9	1,9	69,2	87,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

nością i wyprawa w tym celu do centrum handlowego, gdzie ewentualne zakupy stanowią cel uboczny (Ławicki 2011, s. 611).

Postrzeganie czynności zakupów zależy od różnych elementów, w tym m.in. od tego, w jakim wieku się znajdujemy, jaką posiadamy aktywność zawodową, od miejsca i częstotliwości robienia zakupów oraz celu zakupów.

4.5. MOTYWY ODWIEDZANIA CENTRÓW HANDLOWYCH

Motywy wyboru miejsca zakupów są różne i zależą często od indywidualnych cech klienta. Według badań I. Kowalczyk (2007) przy zakupie towarów żywnościowych, wybierając placówkę handlową, osoby ze starszej grupy wiekowej (60+) w większym stopniu niż młodszy respondenci (50–59 lat) kierowały się poziomem cen, bliskością miejsca zamieszkania, łatwym dojazdem oraz przyzwyczajeniem. Dla respondentów w wieku 50–59 lat istotniejszymi niż dla starszych badanych determinantami wyboru były takie czynniki, jak duży wybór towarów, wysoka jakość produktów i obsługi klienta, bliskość miejsca pracy oraz wygodny parking (Kowalczyk 2007, s. 68). Wyniki badań konsumentów III-go wieku wskazują, że w supermarketach i hipermarketach seniorzy nabywają towary żywnościowe i nieżywnościowe ze względu na atrakcyjne ceny (61,5% i 65%), bogatą ofertę/

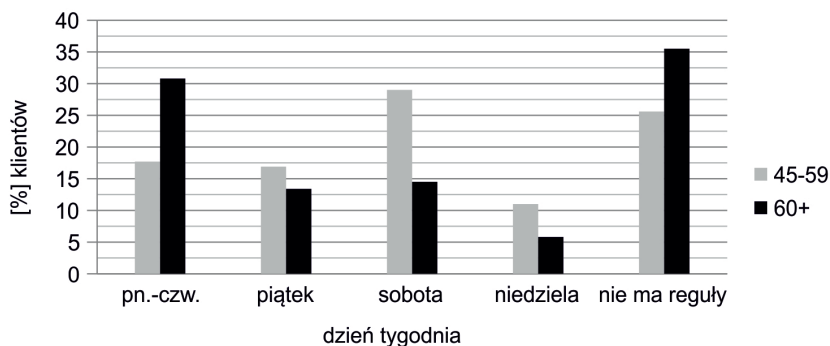
dobrze zaopatrzenie (60,2% i 58,3%), promocje (53% i 52,4%), dogodnie połączenie samochodem/komunikacją (39,4% i 30%), długie godziny otwarcia (38,6% i 32,5%), bliskość miejsca zamieszkania (29,3% i 22,6%). Mało istotne okazały się miła atmosfera, możliwość szybkiego zrobienia zakupów i brak kolejek (poniżej 10%) (*Badanie konsumentów III-go wieku...* 2009). Podobne motywy pojawiają się przy wyborze centrów handlowych, respondenci podczas badań przeprowadzonych przez K. Heffnera i M. Twardzik (2013, s. 104)⁷ korzystają z oferty centrów handlowych najczęściej z powodu kompleksowej oferty, atrakcyjnych promocji, obniżek, konkurencyjnych cen oraz dużej dostępności (zakupy w soboty, niedziele, długo otwarte). Najbardziej sceptyczni w ocenach byli ludzie w wieku 60 lat i więcej, najwięcej pozytywnych ocen wyartykułowali młodzi respondenci.

Łódzkie centra handlowe są frekwentowane przez największy odsetek klientów powyżej 45. roku życia najczęściej 2–3 razy w miesiącu (27,6% i 30,2%), raz w tygodniu (26,2% i 19,8%) lub raz w miesiącu (18,5% i 17,2%). Mniejszy odsetek bywa w nich częściej (13,2% i 10,3%). Co piąta osoba w wieku senioralnym zaznacza, że takie kompleksy odwiedza okazjonalnie: rzadziej niż raz w miesiącu 8,6%, a niektórzy bywają w nich tylko sporadycznie – kilka razy w roku (13,8%).

Znaczna grupa respondentów nie ma ustalonego z góry dnia tygodnia kiedy wizytuje centra handlowe (25,6% i 35,5%). U osób wskazujących na pewien rytm odwiedzin C.H. można jednak zauważyć pewną prawidłowość, otóż większy odsetek osób aktywnych zawodowo (w wieku 45–59) bywa w tych „świątyniach konsumpcji” w dni weekendowe – w sobotę (29%), w piątek popołudniu (16,9%) lub niedzielę (11%). Natomiast spora część seniorów preferuje wizyty w dni powszednie (od poniedziałku do czwartku) – 30,8%. W tej drugiej grupie niewiele osób wskazało niedzielę jako dzień regularnych odwiedzin w centrach handlowych (5,8%) (rys. 2). Respondenci ze starszych grup wiekowych, szczególnie ci na emeryturze, dysponują czasem w dni robocze, w związku z czym właśnie te dni wybierają na zakupy w centrach handlowych w celu uniknięcia „tłumów” i dla większego komfortu przy wykonywaniu tej czynności.

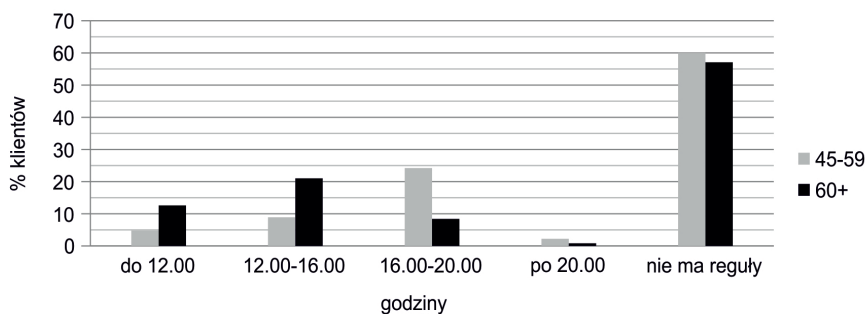
Podobnie sytuacja wygląda w przypadku godzin, w których klienci odwiedzają centra handlowe. Dla większości z ankietowanych osób nie ma z góry ustalonych reguł co do godzin pobytu w tych kompleksach (60% i 57,1%). W przypadku osób, które posiadają ustalone godziny pobytu widać, że klienci aktywni zawodowo z racji swoich obowiązków bywają w nich po zakończeniu pracy – po godzinie 16⁰⁰ (26,4%), natomiast seniorzy często dyspozycyjni czasowo wolą godziny przedpołudniowe i południowe do 16⁰⁰ (33,6%) (rys. 3).

⁷ Badania bezpośrednio przeprowadzono w 2011 roku wśród 600 mieszkańców wybranych miast i obszarów wiejskich zlokalizowanych w zewnętrznej strefie aglomeracji śląskiej (Heffner, Twardzik 2013).



Rys. 2. Pobytu respondentów w centrach handlowych w zależności od dnia tygodnia i grupy wiekowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych



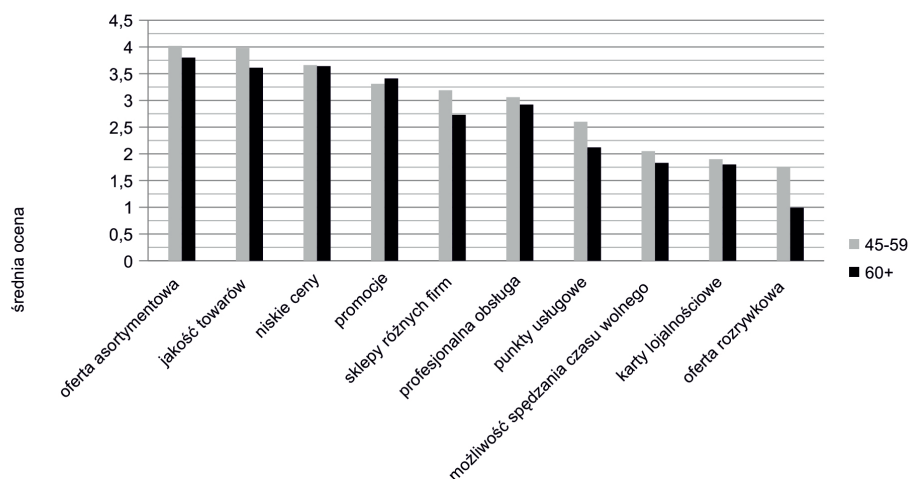
Rys. 3. Pobytu respondentów w centrach handlowych w zależności od godzin pobytów i grupy wiekowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Należy się zastanowić, jakie są główne motywy przyciągające klientów do danych centrów handlowych, co jest największym ich magnesem. Prawie dla wszystkich respondentów (ponad 95%) najważniejsze znaczenie przy wyjazdach do tego typu kompleksów posiada ich bogata oferta asortymentowa (średnie oceny 4,0 i 3,8), odpowiednia jakość towarów (4,0 i 3,6) oraz liczne promocje i niskie ceny (ocena ok. 3,5). Natomiast niewielkie znaczenie odgrywają oferta rozrywkowa (1,8 i 1,0), możliwość spędzania czasu wolnego⁸, karty lojalnościowe

⁸ Osoby starsze, jak wyszło w badaniach A. Rochmińskiej (2013), częściej korzystają z oferty C.H. I i II generacji pozbawionych oferty rozrywkowej, stąd też tak niska średnia ocena oferty rozrywkowej i możliwości spędzania czasu wolnego. Z drugiej strony widać, że osoby starsze nie wybierają C.H. z w/w ofertą, preferują bliżej położone kompleksy, gdzie mogą zaspokoić najważniejsze potrzeby zakupowe.

(oceniane na ok. 2). W obydwu grupach wiekowych jest prawie identyczna hierarchiczna skala ważności motywów przyciągających klientów do wybranych centrów handlowych. Jedynie u seniorów wyższe znaczenie od lokalizacji sklepów różnych firm ważniejsza jest profesjonalna obsługa. Po drugie należy zwrócić uwagę, że promocje są wyżej ocenione przez seniorów niż młodszych respondentów, a oferta rozrywkowa dużo bardziej istotna jest przy wyborze centrum handlowego w wieku „przedstarczym” niż wśród osób ze starszej grupy wiekowej (rys. 4).



Rys. 4. Średnia ocena znaczenia motywów w wyborze centrów handlowych wg grup wiekowych respondentów (skala od 0 – brak znaczenia, do 5 – bardzo duże znaczenie)

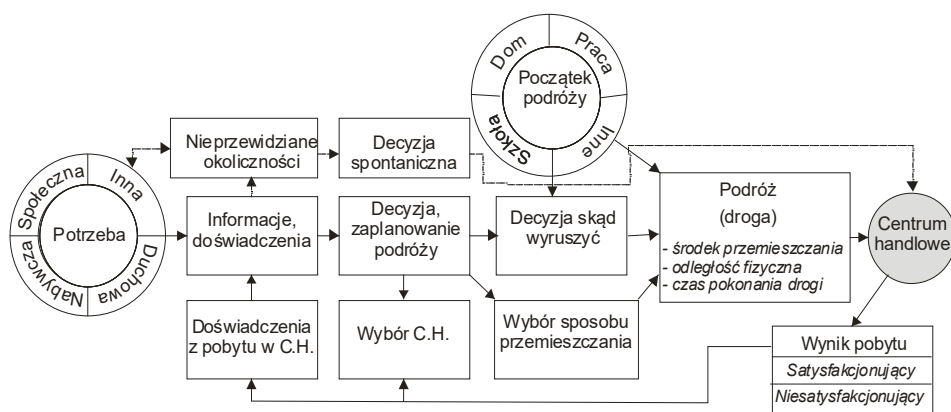
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

4.6. ZACHOWANIA PRZESTRZENNE

Przez zachowania przestrzenne rozumie się te zachowania człowieka, które odnoszą się do przestrzeni. Ludzie zachowują się przestrzennie wtedy, gdy tę przestrzeń pokonują, przebywają, gdy ją oceniają i wybierają do swoich celów, gdy ją postrzegają, doznając przyjemnych lub nieprzyjemnych wrażeń, gdy wreszcie przestrzeń tę organizują, zagospodarowują (Łobos 2001, s. 153). Na potrzeby tego artykułu skupiono się tylko na zachowaniach przestrzennych, rozumianych jako przemieszczanie się klientów centrów handlowych do wybranych kompleksów w celu zaspokojenia własnych potrzeb. Jak zauważa L. Rudnicki (2000, s. 165) wybór konkretnego miejsca sprzedaży zależy od bardzo wielu czynników, ale nie zawsze wszystkie łącznie one o nim decydują. W przypadku dużych centrów handlowych, to o ich odwiedzeniu przez klientów decydują takie czynniki jak wielkość centrum handlowego, czas podróży, lokalizacja przy trasie,

możliwości parkingowe itp. Prawdopodobieństwo, że konsument uda się na zakupy do określonego centrum handlowego, jest wprost proporcjonalne do wielkości tego centrum i odwrotnie proporcjonalne do czasu podróży.

W momencie, kiedy zapada decyzja odpowiednio wcześniej, a wyjazd przybiera charakter zaplanowany, wtedy poprzedza go analiza posiadanych informacji (z różnych źródeł w tym własne doświadczenia), co skutkuje wyborem odpowiedniego centrum handlowego i podjęciem decyzji o rozpoczęciu podróży. Wyjazd tego typu wiąże się z pokonaniem pewnej drogi (odległości czasowej i przestrzennej), odbywanej przy pomocy różnych środków transportu. Pobyt w tego typu miejscu dostarcza odwiedzającej je osobie nowych doświadczeń i kończy się mniej lub bardziej satysfakcjonującym lub niesatysfakcjonującym rezultatem (rys. 5).



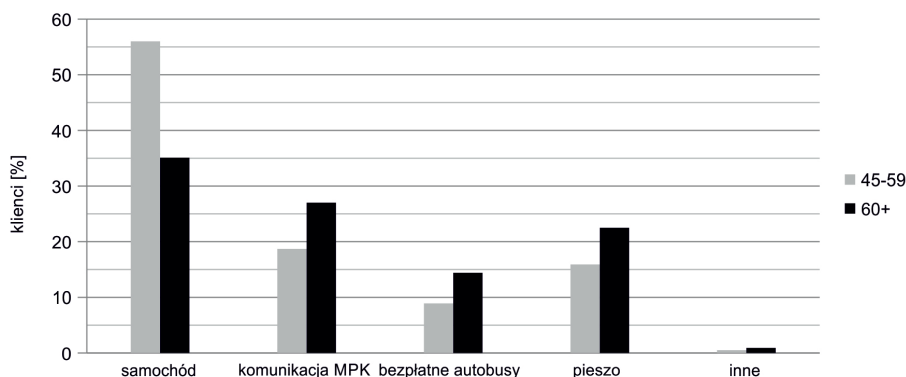
Rys. 5. Uproszczony model zachowań przestrzennych klientów centrów handlowych

Źródło: A. Rochmińska (2013, s. 85)

Podróże do centrów handlowych w wybranych grupach wiekowych dla większości respondentów zaczynają się z domu (60,7% i 78,3%), szczególnie dotyczy to grupy senioralnej. W przypadku znacznej części osób w wieku 45–59 również w drodze powrotnej z pracy (21,8%). Podobny odsetek respondentów w obu grupach wskazał na bywanie w tych kompleksach przy okazji bycia w pobliżu (14,3% i 13,9%). Wyjścia z domu posiadają charakter celowy, co wskazuje, że centra handlowe dla badanych osób są zamierzonym miejscem pobytu w danym dniu o określonych godzinach.

Istotnym z punktu widzenia przemieszczeń jest wykorzystywany do tego środek lokomocji. Duże znaczenie w tym przypadku posiada fakt, czy klient jest dysponentem prywatnego (ewentualnie służbowego) samochodu. Okazuje się, że w przypadku osób w wieku 45–59 to większość posiada do dyspozycji samochód (63,7%), natomiast w grupie osób starszych ten odsetek jest sporo niższy (41,2%).

Dysponowanie własnym pojazdem wpływa na mobilność przestrzenną klientów i przekłada się m.in. na wybór środka lokomocji przy przemieszczaniu się do C.H. (choć to nie jest jedyny powód wyboru wśród różnych alternatyw). Zdecydowanie większy odsetek osób w wieku 45–59 (56%) pokonuje drogę do wybranego kompleksu handlowego przy użyciu samochodu. Natomiast wśród klientów z grupy „senioralnej” (60+) tylko co trzeci korzysta z samochodu, często przemieszczają się oni korzystając z komunikacji miejskiej (27% – głównie tramwaju), pieszo (22,5%) lub bezpłatnymi liniami autobusów poszczególnych C.H., tzw. „frikobusów” (14,4%) (rys. 6).

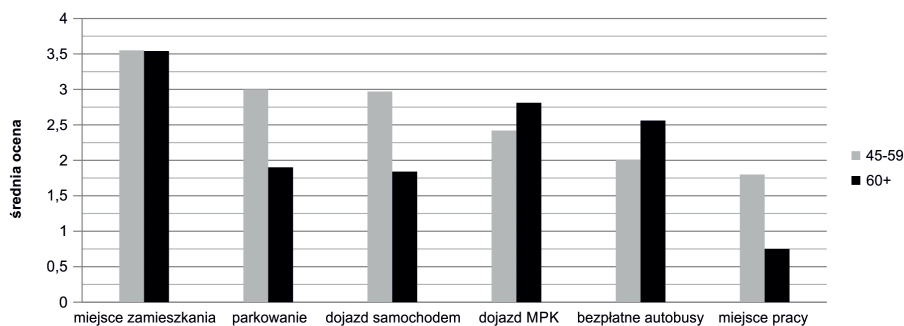


Rys. 6. Średnia przemieszczania się klientów do centrum handlowego według grup wiekowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

W 2011 roku w Łodzi (przed głównymi inwestycjami związanymi m.in. z trasą WZ) czas dotarcia do preferowanego centrum handlowego w obu grupach był podobny i zajmował ok. 15–30 min (53,6% i 49,6%) lub 30–45 min. (35,8% i 37,8%). Nieduża grupa respondentów poświęcała więcej czasu na pokonanie drogi do wskazanego C.H. (10,3% i 13,6%). Ogólnie można powiedzieć, że respondenci pozytywnie odnieśli się do dostępności czasowej łódzkich centrów handlowych twierdząc, że czas poświęcony jest „odpowiedni” lub „nie ma większego znaczenia” (91,7% i 87%). Dla pozostałych klientów, czyli tylko dla co dziesiątego – był on zbyt długi.

Największe znaczenie przy wyborze C.H. (w obu grupach wiekowych) posiada miejsce zamieszkania w stosunku do miejsca lokalizacji wybranego kompleksu (ocena ok. 3,5). Dla osób zmotoryzowanych istotna jest możliwość łatwego dojazdu samochodem i możliwość parkowania, te dwa powody są szczególnie istotne z punktu widzenia osób w wieku 45–59 (ok. 3 pkt.). Dla seniorów ważniejsze są dojazdy środkami komunikacji miejskiej (2,8) oraz dostępność bezpłatnych autobusów (2,6). W przypadku osób pracujących zauważalne jest również docenianie lokalizacji miejsca pracy (45–59 – ocena 1,8) (rys. 7).



Rys. 7. Średnia ocena znaczenia motywów związanych z lokalizacją w wyborze centrów handlowych wg grup wiekowych respondentów (skala od 0 – brak znaczenia, do 5 – bardzo duże znaczenie)

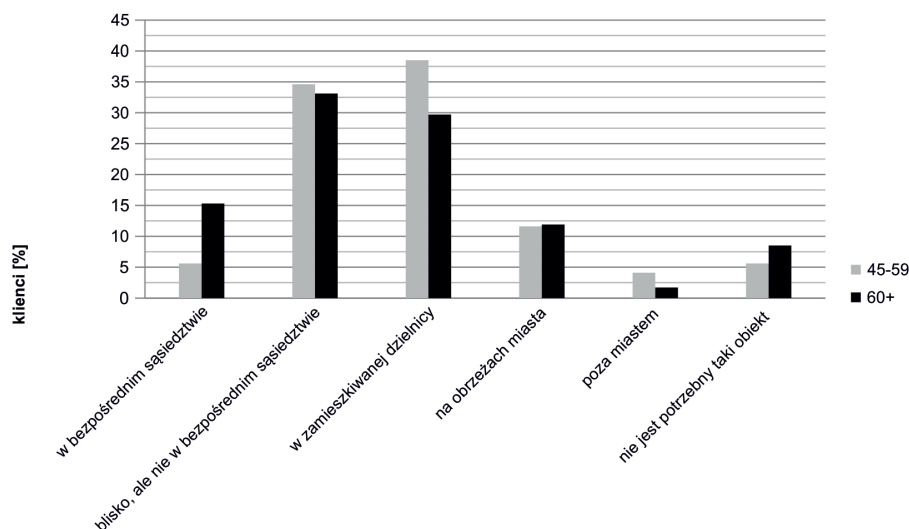
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Lokalizacja centrów handlowych w Łodzi z punktu widzenia wszystkich respondentów z badanych grup wiekowych jest korzystna (85,3% i 80,8%), co dziesiąty ankietowany nie miał w tej kwestii swojego zdania i tylko dla nielicznych osób, lokalizacja C.H. jest niekorzystna.

4.7. ZNACZENIE LOKALIZACJI CENTRUM HANDLOWEGO W POBLIŻU MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Centra handlowe lokalizowane są w dużych miastach lub na ich peryferiach, często w bezpośrednim sąsiedztwie terenów mieszkaniowych, czyli blisko potencjalnych klientów. Głównymi czynnikami lokalizacji szczegółowej centrów handlowych w Łodzi była istniejąca sieć drogowa, rozmieszczenie terenów mieszkaniowych oraz wolne tereny inwestycyjne, a szczególnie zdegradowane obszary poprzemysłowe. Szczególnie istotnym czynnikiem lokalizacji łódzkich C.H. było rozmieszczenie w przestrzeni miasta terenów mieszkaniowych, w związku z tym badane kompleksy zostały wybudowane w/lub na obrzeżu osiedli mieszkaniowych, m.in. Widzewa, Retkini, Teofilowa i Bałut. Jak wcześniej już zauważono, lokalizacja C.H. w pobliżu miejsca zamieszkania jest korzystna z punktu widzenia klientów, ale należy też pamiętać, że może ona pociągać za sobą również negatywne konsekwencje. W związku z powyższym zapytano klientów o najlepszą lokalizację centrów handlowych w stosunku do ich miejsc zamieszkania.

Zdecydowana większość osób (75% i 62,8%) chce, by taki obiekt znajdował się dość blisko jego miejsca zamieszkania („blisko, ale nie w bezpośrednim sąsiedztwie” lub w „zamieszkiwanej dzielnicy”), ale nie chcą mieć go po sąsiedzku „pod oknem”. W tym przypadku zdecydowanie większy odsetek ludzi starszych zaakceptowałoby taki kompleks w pobliżu (15,3%) niż osób w młodszym przedziale wiekowym (5,6%). Co dziesiąty respondent widziałby taki obiekt dalej – wręcz na obrzeżach miasta (ok. 12%) (rys. 8).



Rys. 8. Miejsce lokalizacji centrum handlowego względem ich miejsca zamieszkania wg klientów

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Wielu respondentów podawało argumenty przeciwko lokalizacji centrum handlowego w bezpośrednim sąsiedztwie ich miejsca zamieszkania „pod oknem”. Taki obiekt ich zdaniem przyczyniłby się do powstania utrudnień oraz wpłynąłby na zaistnienie różnych negatywnych zjawisk. Ankietowani przewidują pojawienie się w takiej sytuacji licznych uciążliwości, które związane byłyby ze wzrostem natężenia ruchu samochodowego i pieszego (63,2% i 57,2%). Osoby te szczególnie obawiają się utrudnień komunikacyjnych, np. zatłoczenia dróg dojazdowych (korki), zajmowania osiedlowych miejsc parkingowych. Pewna grupa utożsamia miejsca zamieszkania z azylem, w którym odpoczywają, np. po pracy i dlatego obawiają się zakłócenia ich domowego spokoju w wyniku wzmożonego hałasu komunikacyjnego, czy też przez imprezy odbywające się na terenie tego typu kompleksów. Niektóre z badanych osób widzą w takiej lokalizacji jeszcze inne zagrożenia, związane m.in. z pogorszeniem się jakości środowiska przyrodniczego, będącym skutkiem niszczenia zieleni, zanieczyszczenia powietrza przez wzmożoną emisję spalin, czy też powstającymi nielegalnymi wysypiskami śmieci, dodatkowo obiekty tego typu negatywnie wpłynęłyby na estetykę krajobrazu (9,3% i 10,1%) (tab. 2).

Wśród wszystkich ankietowanych znalazła się też grupa osób (zdecydowanie mniejsza od przeciwników takiej budowy), która byłaby zadowolona z lokalizacji centrum handlowego w bezpośrednim sąsiedztwie zamieszkania. Podkreślali oni przede wszystkim bliską odległość do kompleksu, w którym można nabywać

Tabela 2

Główne argumenty „za” lub „przeciwko” budowie centrum handlowego w bezpośrednim sąsiedztwie miejsca zamieszkania („pod oknami”)

Powody	Argumenty	Grupy wiekowe (w %)	
		45–59	> 60
Argumenty „przeciw”			
Natężenia ruchu samochodowego i pieszego	– utrudnienia komunikacyjne (korki, hałas, spaliny, zajmowanie miejsc parkingowych niszczenie dróg) – organizowanie imprez – hałas, zamieszanie, tłok, itp. – zakłócenie spokoju	63,2	57,2
Negatywny wpływ na środowisko przyrodnicze i estetykę krajobrazu	– zanieczyszczenie powietrza – niszczenie zieleni – pojawianie się nielegalnych wysypisk śmieci – szpeci i zasłaniania widok, rażące neony	9,3	10,1
Argumenty „za”			
Blisko na zakupy – oszczędność czasu i pieniędzy	– duży wybór tanich artykułów (oszczędność pieniędzy) – możliwość częstszego korzystania z promocji – długo otwarty – można szybko zrobić zakupy – wygoda (np. dla osób starszych dla inwalidów) – możliwość bywania częściej	12,2	22,7
Lepsza dostępność – oszczędność czasu – uniezależnienie od środków transportu	– szybsze dotarcie do sklepu (nie stoi się w korkach, nie trzeba robić specjalnej wyprawy) – można robić zakupy w dogodnym momencie, o każdej porze dnia – łatwo dotrzeć (nawet przy braku samochodu) – blisko przynieść ciężkie zakupy – oszczędność pieniędzy (mniejsze wydatki na paliwo)	6,7	5,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

towary taniej, szybciej, bardziej komfortowo oraz w którym dzięki odległości można bywać częściej korzystając z licznych promocji (12,2% i 22,7%). Taka lokalizacja jest postrzegana jako korzystna nie tylko przez osoby niezmotywowane (mogą dotrzeć na pieszo), ale również przez niektóre osoby posiadające samochody (oszczędność paliwa i czasu) (tab. 2).

Lokalizacja centrum handlowego, jak widać, budzi liczne kontrowersje. Klienci łódzkich centrów handlowych w zdecydowanej większości chcą mieć tego typu kompleksy w pobliżu własnych miejsc zamieszkania, ale nie w bezpośrednim sąsiedztwie, dostrzegając ich negatywny wpływ na otoczenie. Tylko nieliczni (głównie z grupy senioralnej) upatrują w takiej lokalizacji pewne pozytywy, głównie związane z oszczędnością czasu i pieniędzy.

4.8. WNIOSKI

Osoby w wieku 45–59 i 60+ są ważnym segmentem klientów łódzkich centrów handlowych. Szczególnie w pierwszej grupie wiekowej cieszą się dużą popularnością. To osoby w tzw. wieku „przedstarczym” są częstszymi bywalcami w tych „świątyniach konsumpcji” korzystającymi z szerokiej gamy ofertowej.

1. W grupie klientów łódzkich centrów handlowych – seniorów, w porównaniu z młodszymi, jest więcej osób będących w stanie wdowim, a mniej osób będących w związkach małżeńskich, większy odsetek prowadzi gospodarstwa jedno- i dwuosobowe, posiadają niższe wykształcenie, dla większości głównym źródłem utrzymania są emerytury, co wpływa na gorszą ocenę własnego statusu materialnego.
2. Większy odsetek osób w wieku 60+ nie robi zakupów w hurtowniach, C.H. specjalistycznych i drogą internetową, natomiast przyznaje się do nabywania towarów w sklepach samoobsługowych, na ryneczku i sklepikach osiedlowych. Do zaopatrywania się w potrzebne artykuły w hipermarketach zlokalizowanych w centrach handlowych przyznaje się większy odsetek respondentów z młodszej grupy wiekowej.
3. Dla pewnej grupy starszych osób zakupy to nie tylko obowiązek, ale również swego rodzaju „przyjemność”, również w ramach czasu wolnego lub wręcz sposób spędzania czasu wolnego, takimi miejscami dla seniorów są m.in. ryneczek, C.H. specjalistyczne oraz centra handlowe.
4. Seniorzy odwiedzają centra handlowe rzadziej, głównie w dni robocze w godzinach przedpołudniowych i południowych. Najważniejsze znaczenie przy wyborze C.H. posiada ich bogata oferta asortymentowa, odpowiednia jakość towarów oraz liczne promocje i niskie ceny oraz lokalizacja w pobliżu miejsca zamieszkania, natomiast niewielkie znaczenie odgrywa oferta rozrywkowa, możliwość spędzania czasu wolnego i karty lojalnościowe.

5. Wyprawy do centrów handlowych zaczynają się dla większości z miejsca zamieszkania. Zdecydowanie mniejszy odsetek seniorów dojeżdża samochodem, często przemieszczają się oni korzystając z komunikacji miejskiej, pieszo lub bezpłatnymi liniami autobusów, co wynika m.in. z mniejszego stopnia zmotoryzowania.
6. Seniorzy w zdecydowanej większości chcą, żeby tego typu kompleksy handlowe były zlokalizowane w pobliżu ich miejsca zamieszkania (większy ich odsetek zaakceptowałby również lokalizację wręcz „pod oknami”).
7. Bliskość centrum handlowego to dla niektórych korzyść w postaci oszczędności czasu i pieniędzy oraz lepszej dostępności, dla innych to utrudnienia związane ze wzrostem natężenia ruchu oraz negatywny wpływ na środowisko przyrodnicze i na estetykę krajobrazu.

LITERATURA

- Badanie konsumentów III-go wieku – raport z badań*, 2009, Raport dla Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Warszawa.
- Barska A., Śnihur J., 2013, *Innowacje w służbie srebrnej gospodarki*, [w:] *Ekonomia dla przyszłości: odkrywać naturę i przyczyny zjawisk gospodarczych: IX kongres ekonomistów polskich*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Byłok F., 2003, *Konsumpcja w Polsce i jej przemiany w okresie transformacji*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa.
- Byłok F., 2013, *Zachowania konsumpcyjne seniorów na rynku dóbr i usług*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica”, 291, s. 139–151.
- Grzybowska-Brzezińska M., Szymt M., 2011, *Wybrane obszary zachowań rynkowych seniorów*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 660, „Ekonomiczne Problemy Usług”, 72, s. 591–603.
- Heffner K., Twardzik M., 2013, *Spółeczne oddziaływanie nowoczesnych centrów handlowo-usługowych na małe miasta w zewnętrznej strefie aglomeracji śląskiej*, [w:] Heffner K., Twardzik M. (red.), *Ewolucja funkcji małych miast w Polsce*, „Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe Wydźiałowe”, 144, Katowice, s. 95–109.
- Kienzler I., Romanowski R., 2009, *Leksykon handlowy*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Kowalczyk I., 2007, *Zachowania nabywcze na rynku żywności osób w średnim i starszym wieku*, „Acta Scientiarum Polonorum”, 6(2), s. 61–70.
- Ławicki J.S., 2011, *Zachowania rynkowe seniorów w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 660, „Ekonomiczne Problemy Usług”, 72, s. 605–613.
- Łobos M., 2001, *Turystyka weekendowa w strefie przymiejskiej Wrocławia*, „Architectus”, 1–2, s. 153–158.
- Olejniczak T., 2015, *Przemiany segmentu konsumentów seniorów w Polsce*, [w:] Olejniczek-Merta A. (red.), *Konsumpcja i innowacje. Marketing i rynek*, Wydawnictwo IBRKK, Warszawa, s. 196–210.
- Rochmińska A., 2011, *Zakupy a czas wolny łódzian*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica”, 11, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 207–217.

- Rochmińska A., 2013, *Atrakcyjność łódzkich centrów handlowych oraz zachowania nabywcze i przestrzenne ich klientów*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Rudnicki L., 2000, *Zachowania konsumentów na rynku*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Skorek M., Dziewanowska K., Kacprzak A., 2014, *Zakupy – przymus czy przyjemność? Analiza motywacji współczesnych konsumentów w świetle badań jakościowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 825, „Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu”, 36, Szczecin, s. 171–179.

Abstract

An increasing group of senior citizen customers constitutes a challenge for both the management of shopping centres as well as the traders offering their goods and services in such complexes. Therefore, attention should be paid to who the senior shopping centre customers are, what are their motives for choosing a given shopping centre as a „visiting” place, how they perceive shopping and staying in such centres and, finally, what stance do they take on their location which determines their spatial behaviours. From both the scientific and the marketing point of view, it is important to determine the preferences and motivations for spatial behaviours also in people of pre-senior age, as they will soon enough be part of the senior group active on the consumer market.

People aged 45–59 and 60+ constitute an important section of the customers of shopping centres in Łódź. The former group is especially popular. Those of the so-called „pre-senior” age making use of the wide range of products and services on offer are the more frequent visitors in the „consumption temples”.

Key words

Seniors, old people, shopping mall, free time, spatial behavior, consumer, Łódź.

CZEŚĆ IV

ZAMIESZKIWANIE LUDZI STARYCH

PART IV

THE ELDERLY PEOPLE'S DWELLINGS

LIDIA GROEGER
ANNA SZCZEREK

Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk Geograficznych
Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami

1 MIESZKALNICTWO LUDZI STARYCH

HOUSING OF THE OLD PEOPLE

Artykuł wpłynął do redakcji 06.12.2015; po recenzjach zaakceptowany 10.05.2016.

Groeger L., Szczerek A., 2015, *Mieszkalnictwo ludzi starych*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 187–211.

*Dr hab. Lidia Groeger, prof. UŁ, Uniwersytet Łódzki, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź;
e-mail: groeger@interia.pl*

*Mgr Anna Szczerek, Uniwersytet Łódzki, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź;
e-mail: annakabala1990@gmail.com*

Zarys treści

Opracowanie zawiera przegląd publikacji na temat mieszkalnictwa ludzi starych w Polsce, opublikowanych w okresie ostatnich 15 lat. Prezentuje przegląd modeli form zamieszkiwania ludzi starych w przykładowych państwach na świecie. Charakteryzuje preferencje mieszkaniowe i warunki zamieszkania osób starych w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej. Prezentuje przykłady nowych rozwiązań form zamieszkiwania seniorów w USA, Niemczech i Polsce.

Słowa kluczowe

Ludzie starzy, mieszkalnictwo, warunki mieszkaniowe, preferencje mieszkaniowe.

1.1. WPROWADZENIE

Mieszkanie dla ludzi starych ma szczególne znaczenie, ponieważ umożliwia zaspokojenie różnorodnych potrzeb. Zmieniająca się sytuacja starzejącego się społeczeństwa skłania do refleksji nad kwestiami mieszkaniowymi ludzi starych. Zjawisko starzenia się społeczeństw dotyczy nie tylko Polski czy krajów europejskich, lecz jest to sytuacja zauważalna również w skali globalnej. Z pewnością nie we wszystkich krajach proces ten przebiega w podobnym tempie, jednak większość krajów zwłaszcza europejskich potwierdza, że jest to sprawa istotna, którą należy dokładniej zbadać (Eurostat 2012).

Zagadnienia mieszkaniowe ludzi starych rzadko były w Polsce przedmiotem kompleksowych badań. W latach 1999–2001 Instytut Gospodarki Mieszkaniowej zrealizował projekt „Mieszkania starszych ludzi w Polsce”, a Polskie Towarzystwo Gerontologiczne „Polska Starość”. Kwestie mieszkaniowe poruszane były również w badaniach GUS „Seniorzy w polskim społeczeństwie” oraz „Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa” (badania Komitetu Prognoz 2000 Plus PAN). Dużo większy dorobek w zakresie badań potrzeb ludności starej w zakresie mieszkalnictwa mają Stany Zjednoczone oraz inne lepiej rozwinięte państwa europejskie. Na szczególną uwagę zasługuje przewodnik opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) *Global age-friendly cities: A guide* (2007), w którym podsumowano wyniki badań nad potrzebami i problemami ludzi starych w przestrzeni miejskiej w różnych rejonach świata.

Celem artykułu jest przegląd dotychczasowych publikacji na temat mieszkalnictwa ludzi starych w Polsce. Zaprezentowanie modeli form zamieszkiwania ludzi starych w przykładowych państwach na świecie. Wskazanie, jak kształtuje się sytuacja mieszkaniowa polskich seniorów na tle innych państw europejskich. W zgromadzeniu informacji dotyczących sytuacji mieszkaniowej osób starych w Polsce w szczególności pomocne były prace: H. Zaniewska, M. Thiel (2004), M. Zrałek (2004, 2012), K. Wądołowska (2009, 2010), T. Śmiłowska, J. Włodarczyk (2010), A. Bartoszek, E. Niezabitowska, B. Kucharczyk-Brus, M. Niezabitowski (2012), S. Pytel (2014), J. Czapliński, P. Błędowski (2014). Dodatkowo w celu szerszego spojrzenia na problem mieszkalnictwa osób starych, w artykule przedstawione zostały informacje dotyczące Stanów Zjednoczonych na podstawie: M. Magdziak (2009), Kuala Lumpur na podstawie: Aınoriza Mohd Aini, Wan Nor Azriyati Wan Abd Aziz, Noor Rosly Hanif (2015). Oprócz powyżej przedstawionych opracowań w niniejszym artykule wykorzystane zostało opracowanie A. Labus (2014), opisujące przykład miasta przyjaznego seniorom, jakim jest miasto Sangerhausen w Niemczech. W większości przypadków wyniki badań przedstawianych w artykule dotyczą okresu czasu po 2000 roku.

Tematem artykułu jest mieszkalnictwo osób starych, dlatego warto wyjaśnić samo pojęcie mieszkalnictwa. Mieszkalnictwo jest jedną z ważnych dziedzin polityki gospodarczej i społecznej. Pod pojęciem „mieszkalnictwo” można rozu-

mieć: budownictwo mieszkaniowe czy ogólnie całą gospodarkę mieszkaniową. Pod tym pojęciem kryje się badanie, ocenianie problemu mieszkaniowego oraz wyrównywanie szans społecznych w dostępie do mieszkań.

Poruszając problem mieszkalnictwa ludzi starych, wyjaśnienia wymaga również pojęcie samej starości. A. Pierzchalska i P. Klang (2008) uznali, że „za podstawowe cechy starości uważa się postępujące ograniczenie samodzielności życiowej, znaczny spadek zdolności adaptacyjnych człowieka w wymiarze biologicznym, psychospołecznym oraz stopniowe nasilenie się zależności od otoczenia”, dodatkowo autorzy stwierdzają, że starość jest to okres w życiu człowieka, w którym pogorszeniu ulega jego stan zdrowia.

Istnieją różne podziały wyznaczające granicę starości. W celu ustalenia granicy wieku, powyżej której osoba zaliczana będzie do grupy osób starych wykorzystane zostały ekonomiczne grupy wieku. Dlatego, jak napisano powyżej za osobę starą w niniejszym artykule uznane zostały osoby w wieku 65 lat i więcej (65+), często też jest to granica wieku, w którym przechodzi się na emeryturę i wówczas całkowicie zmieniają się realia życia takich osób. Coraz częściej w literaturze i statystyce publicznej (rekomendacja ONZ) można spotkać właśnie taką granicę wieku i odpowiadające jej określenie „ludzie starzy”¹, która ułatwia porównania sytuacji badanych osób pomiędzy różnymi państwami (Labus 2014). Granica wieku 65+ klasyfikująca osoby stare, zastosowana została również w pracach: M. Kasperek-Hoppe (1999), H. Zaniewska, M. Thiel (2004), T. Śmiłowska, J. Włodarczyk (2010), A. Bartoszek, E. Niezabitowska, B. Kucharczyk-Brus, M. Niezabitowska (2012), a także A. Labus (2014) oraz S. Pytel (2014).

Na proces coraz szybszego starzenia się społeczeństwa polskiego wpływa wiele czynników takich, jak: postęp medycyny, dzięki któremu okres trwania życia znacznie się wydłuża, emigracja osób młodych do innych miast oraz za granicę kraju w poszukiwaniu pracy i lepszych standardów życia. Bardzo istotnym czynnikiem negatywnie wpływającym na strukturę wieku jest coraz mniejsza liczba urodzeń. Przyczyną takiego zjawiska jest zmiana w modelu rodziny. Znaczny odsetek osób posiada tylko jedno dziecko, ewentualnie dwoje, natomiast rodzina z trójką dzieci w dzisiejszych czasach to rzadkość. Niestety, coraz większa część społeczeństwa w ogóle nie posiada potomstwa. Wszystkie te czynniki niekorzystnie wpływają na strukturę wieku, znacznie zwiększając odsetek ludzi starych w społeczeństwie. W związku z ciągle wydłużającym się okresem trwania życia, autorzy coraz częściej zwracają uwagę na etap starości, dzieląc go na krótsze okresy. W literaturze spotyka się różne podziały czasowe okresu starości. Przykładowo WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) wydzieliła trzy etapy starości: pierwszy etap to wczesna starość, która zaczyna się w wieku 60 lat i trwa do 74. roku życia, kolejnym etapem jest starość pośrednia (75–89 lat), ostatnim

¹ Określenie „ludzie starzy” jest najczęściej stosowanym terminem dla grupy wiekowej 65+, niekiedy używane są zamiennie określenia „osoby starsze”, „seniorzy” mające bardziej pozytywne konotacje.

etapem starości, który wyróżnia WHO jest starość późna, która zaczyna się od 90. roku życia i trwa aż do śmierci². W innych opracowaniach wyróżnia się przykładowo cztery okresy starości: jako pierwszy to okres „starości początkowej”, do którego zalicza się osoby w wieku 60–69 lat, kolejny okres to okres „starości przejściowej” (70–74 lata) między początkową starością a kolejnym okresem, jakim jest wiek ograniczonej sprawności. Trzecim okresem starości jest „starość zaawansowana”. Do tej grupy zaliczane są osoby w wieku 75–84 lat, jako ostatni wyróżniony został okres „starości niedołącznej” po 85 roku życia (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielska 2006).

Jak przedstawiają powyższe podziały, okres starości obejmuje znaczny przedział czasowy. Dlatego podział na krótsze okresy często ma na celu rozróżnienie osób starych o różnym poziomie sprawności fizycznej i umysłowej w zależności od fazy starości.

W niniejszej publikacji osoba stara oznacza osobę, która przekroczyła określony próg wiekowy (60/65 lat), dodatkowo pogarsza się jej stan zdrowia, a także zmniejsza się jej samodzielność. Obok określenia osoba stara, pojawiać się będzie również określenie: senior, które opisuje osobę starą, z punktu widzenia przebytych licznych doświadczeń, mądrości życiowej, nadając temu pojęciu pozytywne konotacje (Brzezińska 2014 za: Gawroński 2015).

Mieszkalnictwo osób starych jest tematem niezwykle ważnym, ponieważ miejsce zamieszkania dla osób starych stanowi główne miejsce pobytu zarówno w dzień, jak i w nocy. Dlatego szczególnie ważnym jest stworzenie jak najlepszych warunków do życia dla osób starych, często niepełnosprawnych lub z ograniczoną sprawnością fizyczną czy psychiczną, które niestety z powodu licznych barier, nie tylko architektonicznych, pozostają większość czasu we własnych mieszkaniach (Zrałek 2012). Istotnym w kwestii mieszkaniowej jest również fakt udziału, jaki stanowią jednoosobowe gospodarstwa domowe w tej grupie wieku.

Podjęmowana w niniejszej publikacji tematyka mieszkalnictwa osób starych jest niezwykle istotna, co potwierdza fakt, że wraz z wiekiem zmienia się sytuacja życiowa tych osób. W miarę przybywania lat zmieniają się potrzeby osób starych dotyczące opieki zdrowotnej, zmienia się wielkość dochodów, ale także wraz z wiekiem różni się struktura wydatków. Dodatkowo potrzeby mieszkaniowe osób starych są zupełnie inne niż osób młodych. Wśród osób starych rosną również wymagania dotyczące otoczenia miejsca zamieszkania. Osoby stare w przeciwieństwie do osób młodszych przywiązują uwagę do zupełnie innych aspektów dotyczących samego mieszkania i jego otoczenia.

² <http://www.starszaosoba.pl/2013/11/starosc-wedug-who.html>.

1.2. KLASYFIKACJA OBIEKTÓW MIESZKALNYCH DLA LUDZI STARSZYCH

Amerykańskie organizacje, które zajmują się problemem mieszkalnictwa osób starych już w latach 50. ubiegłego wieku wyróżniły sześć podstawowych typów zamieszkiwania takich osób w zależności od ich stopnia niepełnosprawności (tab. 1) (Magdziak 2009). Z kolei H. Zaniewska i M. Thiel (2004) uważały, że ewentualne miejsca zamieszkania dla osób starych należy podzielić na dwie grupy w zależności od ich statusu materialnego. W tej klasyfikacji przedstawiony został typ zamieszkania przeznaczony dla osób uboższych, a także preferowany typ zamieszkania dla osób o lepszej sytuacji finansowej (tab. 2). Kolejna propozycja dotyczyła podziału ewentualnych miejsc zamieszkania dla osób starych nie według typów mieszkania, lecz już w skali całego osiedla. S. Pytel (2014) mając na uwadze szerszy zasięg przestrzenny, wyróżnił trzy główne typy osiedli dla seniorów w zależności od preferencji spędzania wolnego czasu przez osoby stare (tab. 3).

Tabela 1

Klasyfikacja obiektów mieszkalnych dla ludzi starych w Stanach Zjednoczonych

Typ zamieszkania	Dla jakiej grupy osób przeznaczony
Wspólnoty mieszkaniowe	Taki typ zamieszkania przeznaczony jest dla osób starych, w dobrym zdrowiu. Osoby takie mogą mieszkać we wspólnotach mieszkaniowych, w mieszkaniach, które znajdują się w zespołach lub domach kolektywnych
Mieszkanie niezależne	Taki typ zamieszkania przeznaczony jest dla osób samodzielnych, które nie potrzebują pomocy osób trzecich w żadnych czynnościach życia codziennego
Państwowe Domy Opieki Społecznej	Taki typ zamieszkania przeznaczony jest dla osób starych, które w większym stopniu są uzależnione od pomocy innych. Bez tej pomocy ciężko byłoby osobom starym sobie poradzić
Pielęgnacyjny Dom Spokojnej Starości	Zamieszkanie z kompleksową opieką, przeznaczone dla osób coraz mniej samodzielnych, które wymagają pomocy w podstawowych czynnościach i codziennym życiu
Wielofunkcyjne Zespoły Urbanistyczne	Takie wielofunkcyjne zespoły urbanistyczne składają się z niezależnych mieszkań, które należą do domu opieki i ośrodka geriatrycznego, przeznaczone są dla osób niesamodzielnych
Szpitalny Oddział Geriatryczny	Taki typ zamieszkania przeznaczony jest dla osób najbardziej niesamodzielnych, niedołężnych, niepotrafiących radzić sobie bez pomocy innych i wymagających ciągłej opieki lekarskiej

Źródło: na podstawie M. Magdziak (2009).

Tabela 2

Klasyfikacja obiektów mieszkalnych dla ludzi starych w Polsce
według statusu majątkowego

Typ zamieszkania	Dla jakiej grupy osób przeznaczony
Osoby o złej sytuacji materialnej	
Mieszkania socjalne	Taki typ zamieszkania zapewnia lokal mieszkalny, który przeznaczony jest dla osób ubogich, a także eksmitowanych na mocy orzeczeń sądowych
Domy opieki (DPS)	Typ zamieszkania, w którym dla osoby starej zapewniona jest pielęgnacja i opieka z „dachem nad głową” przez całą dobę. Domy opieki przeznaczone są dla osób wymagających opieki i pielęgnacji przez osoby trzecie
Osoby o lepszej sytuacji materialnej	
Utrzymanie samodzielności w mieszkaniu	Jest to typ zamieszkania dla osób bardziej samodzielnych finansowo, który polega na świadczeniu wielu usług w mieszkaniu osoby starej – np. codzienna wizyta pielęgniarki czy robienie zakupów itp.
Domy Dziennego Pobytu dla ludzi starszych	Taki typ zamieszkania powstał niedawno, jest jeszcze mało popularny w Polsce. Domy Dziennego Pobytu oferują organizację życia w przyjaznych i bezpiecznych warunkach, przeznaczone są dla osób samodzielnych finansowo
Wspólnoty mieszkaniowe seniorów ³	Typ zamieszkania przeznaczonych dla osób samodzielnych finansowo, którzy mieszkając we własnych mieszkaniach decydują się swoją codzienność dzielić z innymi ludźmi, pozostając z nimi w stałym kontakcie

Źródło: H. Zaniewska, M. Thiel (2004).

³ Wspólnoty mieszkaniowe dla osób starych – dają możliwość przebywania w dotychczasowym mieszkaniu i jednocześnie możliwość korzystania, w razie ochoty i potrzeby, z przestrzeni wspólnej. Aby takowa wspólnota mogła powstać i prawidłowo funkcjonować niezbędne są: w pierwszej kolejności dobrowolność, a także akceptacja wspólnej codzienności. Mieszkanie czy pomieszczenie, które stanowi przestrzeń wspólną powinno być odpowiednio przystosowane i wyposażone w urządzenia ułatwiające życie osobom starym. Dodatkowo, oprócz powyższych warunków, każde mieszkanie uczestniczące w programie powinno posiadać środki łączności, pozwalające na komunikowanie się pomiędzy członkami danej wspólnoty mieszkaniowej (Zaniewska, Thiel 2004).

Tabela 3

Typologia osiedli mieszkalnych dla ludzi starych w Polsce

Typ osiedla dla seniorów	Dla jakiej grupy osób przeznaczone
Typ 1 Osiedle dla ograniczonych ruchowo	W obrębie takiego osiedla znajdują się w pierwszej kolejności mieszkania, które wyposażone są we wszystkie niezbędne udogodnienia dla osób niepełnosprawnych ruchowo oraz szereg usług podstawowych, a także miejsca rekreacji i wypoczynku
Typ 2 Osiedle rekreacyjno-sportowe	Taki typ osiedla przeznaczony jest dla osób sprawnych, aktywnie spędzających czas. Osiedle wyposażone jest w liczne obiekty sportowe
Typ 3 Osiedle ekologiczno-krajobrazowe	Typ osiedla przeznaczony dla osób, które najbardziej cenią ciszę, spokój i walory krajobrazowe. Osiedla takie położone są w terenach, gdzie możliwe jest obcowanie z naturą

Źródło: na podstawie S. Pytel (2014).

Jak wynika z powyżej przedstawionych klasyfikacji typów zamieszkania dla osób starych w Polsce i w Stanach Zjednoczonych, formy i możliwości mieszkaniowe dla takich osób różnią się. W Stanach Zjednoczonych głównym kryterium jest stopień sprawności, natomiast w Polsce H. Zaniewska i M. Thiel (2004) największą uwagę zwracały na sytuację finansową osób starych, natomiast S. Pytel (2014) wydzieliał typy osiedli według preferowanego sposobu spędzania czasu.

1.3. PREFERENCJE MIESZKANIOWE OSÓB STARYCH

Osoby stare w większości przypadków, niezależnie od narodowości, chcą pozostać w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania tak długo, jak tylko to możliwe. Dopóki pozwala im na to stan zdrowia fizycznego i psychicznego starają się żyć samodzielnie. Ogólnie osoby stare niechętnie przeprowadzają się tłumacząc, że „starych drzew się nie przesadza”. Jednak dotychczasowe przekonanie o pozostaniu aż do śmierci w swoim mieszkaniu ulega zmianie. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej następuje powolna zmiana poglądów na temat miejsca zamieszkania na starość, o czym świadczy fakt, że w dalszym ciągu 90% osób starych wyraża chęć pozostania w dotychczasowym miejscu zamieszkania, jednak odsetek osób chcących się przeprowadzić z roku na rok się zwiększa. Dowodzą o tym doniesienia z rynku nieruchomości, według których osoby powyżej 65. roku życia stanowią 10% nabywców nowych domów (a osoby w przedziale wiekowym 55–65 lat stanowią kolejne 10% nabywców). Potwierdza to fakt, że osoby młodsze zawczasu zapewniają sobie odpowiednio przygotowane miejsce

zamieszkania na okres starości. W USA osoby młodsze osiągając wiek 65 lat często szukają nowego miejsca zamieszkania dostosowanego do zmieniających się potrzeb. Dużą popularnością cieszą się wspólnoty mieszkaniowe w zespołach i domach kolektywnych, natomiast znikomy jest odsetek osób starych przeprowadzających się na starość do rodziny czy dzieci. Seniorzy za oceanem zmieniając miejsce zamieszkania zwracają uwagę w szczególności na walory krajobrazowe i klimat (Pytel 2014).

W środowisku o odmiennych uwarunkowaniach kulturowych i społeczno-ekonomicznych takich, jak Kuala Lumpur również zostały przeprowadzone badania dotyczące mieszkalnictwa i przeprowadzek. Celem badań było uzyskanie informacji na temat zadowolenia mieszkańców z własnego domu, a także sąsiedztwa, dodatkowo w tych samych badaniach podejmowany był temat zmiany miejsca zamieszkania. Projekt badawczy obejmował wywiad bezpośredni z mieszkańcami Kuala Lumpur na próbie 768 osób w wieku 40 lat i więcej. Z przeprowadzonych badań wynikało, że mieszkańcy Kuala Lumpur byli zadowoleni z ich obecnych (wówczas) warunków mieszkaniowych. Znaczna większość badanych osób wyraziła zadowolenie zarówno z warunków w samym domu/mieszkanii, a także w jego okolicy, którą uznali za bezpieczną. Biorąc pod uwagę chęć zmiany w przyszłości jakiegoś elementu w mieszkaniu okazało się, że jedynym co chcieliby zmienić byłaby zmiana płytek w kuchni i łazience na mniej śliskie, co pomogłoby uniknąć upadków w starszym wieku. Z kolei mając na uwadze przyszłość osób starych, większość przyznała, że dla nich najważniejszym będzie być bliżej dzieci w celu wzmocnienia więzi rodzinnych, istotny jest również dostęp do transportu publicznego oraz bliskość przyjaciół i znajomych. Co do samych warunków mieszkaniowych, osoby stare nie wykazywały wygórowanych wymagań. Wręcz odwrotnie, czuły się na tyle dobrze we własnych mieszkaniach, że blisko 66% osób badanych nie wyraziło chęci wyprowadzki, a jedynie 22% respondentów było na nią zdecydowanych. Im osoba była starsza, bardziej niepełnosprawna i niestabilna finansowo, tym mniej chęci wyrażała w stosunku do przeprowadzki (Ainoriza Mohd Aini, Wan Nor Azriyati Wan Abd Aziz, Noor Rosly Hanif, 2015).

W Polsce 59% osób starych chciałoby zamieszkać z dziećmi na starość, natomiast jedynie 28% Włochów zgadza się na takie rozwiązanie. Najbardziej preferowaną formą zamieszkania na starość jest pozostanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania, jednak przy pomocy prywatnego lub publicznego usługodawcy, który zapewnia podstawową opiekę (Perek-Białas 2012).

Z badań „Aktualne problemy i wydarzenia” przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w listopadzie 2009 roku (z uwzględnieniem wyników badań z 2007 roku) na liczącej 1 022 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków wynika, że w Polsce osoby stare najczęściej chciałyby pozostać jak najdłużej samodzielnie we własnym mieszkaniu lub zamieszkać z rodziną (Wądołowska 2010). Z racji silnych więzi emocjonalnych z rodzi-

ną, tradycją jest sprawowanie opieki nad osobami starymi przez rodzinę: dzieci, wnuczków lub innych bliskich. Niewielki odsetek osób chce się z własnej woli wyprowadzić do innego miejsca na starość. Ostatnim i najgorszym rozwiązaniem według osób starych jest konieczność przeprowadzki do domu opieki. Jest to dla nich sytuacja ostateczna, która odbija się na ich zdrowiu fizycznym i emocjonalnym. Powodem niechęci osób starych do zmiany miejsca zamieszkania jest przywiązanie do elementów otoczenia, które znają. We własnym mieszkaniu znali wszystkie zakamarki, a wyprowadzając się do domu opieki mieszkają w nowym (obcym) miejscu, z obcymi ludźmi, daleko od rodziny i znajomych. Dodatkowo zmieniają całe otoczenie środowiskowe. Osoby stare cenią sobie samodzielność zamieszkiwania we własnym mieszkaniu, dlatego też popularność zyskuje „zamieszkanie z opieką” (Zrałek 2004). Jest to mieszkanie, które wraz z otoczeniem jest przystosowane do osób starych i niepełnosprawnych, dodatkowo zapewnione są spersonalizowane usługi. Taka forma zamieszkania obejmuje mieszkanie, które w aspektach konstrukcyjnych dostosowane jest do ograniczonych możliwości ruchowych osób starych lub niepełnosprawnych. Dodatkowo taka forma obejmuje usługi takie, jak: sprzątanie mieszkania, zabiegi higieniczne, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków i inne. Powyższa forma organizacji życia osób starych lub niepełnosprawnych wypracowana została w Danii. Dzięki stosowaniu formy „mieszkania z opieką” osoby stare czy niepełnosprawne dłużej mogą pozostawać we własnym mieszkaniu. Obok samej starości problemem staje się również coraz częściej znaczna niepełnosprawność tych osób. Dodatkowo występują coraz większe ograniczenia ruchowe, co sprawia, że osoby stare są wręcz „uwięzione” we własnych mieszkaniach, dlatego dotkliwiej odczuwają brak mobilności i często brak prywatności (ponieważ nie posiadają oddzielnego pokoju) (Zrałek 2004). Podsumowując sytuację osób niepełnosprawnych na wsi i w mieście, w większości przypadków mieszkańcy miasta żyją w lepszych warunkach. Pod względem wyposażenia mieszkania osób niepełnosprawnych w instalacje sanitarno-techniczne, znacznie gorsze wyposażenie mają mieszkańcy wsi. Podobnie jak w przypadku wyposażenia mieszkania w instalacje, tak w przypadku braku odrębnego pokoju w mieszkaniu, również gorsza sytuacja występuje na wsi (GUS).

1.4. FORMY NOWEJ ZABUDOWY MIESZKANIOWEJ DLA LUDZI STARYCH

Tematem starzejącego się społeczeństwa w Stanach Zjednoczonych zajęto się już w latach 50. ubiegłego wieku. Problem starzenia się społeczeństwa i zmieniających się potrzeb ludzi starych wpłynął w znaczny sposób na rozpoczęcie okresu budowania domów/mieszkań, czy nawet całych osiedli mieszkaniowych ze specjalnym przeznaczeniem dla seniorów.

Pionierskim doświadczeniem była budowa przez korporację „Del Web” w 1960 roku osiedla mieszkaniowego w stanie Arizona przeznaczonego dla osób starych. Osiedle to zostało nazwane „Sun City”, a łączna jego powierzchnia to prawie 40 km² (Pytel 2014). W obrębie tej inwestycji, oprócz mieszkańców ze wszystkimi udogodnieniami specjalnie dostosowanymi do osób starszych się, znalazło się wiele różnych atrakcji i obiektów rekreacyjnych. Budowa osiedla miała na celu polepszenie standardu życia osób starych poprzez odpowiednie przystosowanie mieszkań, a także zlokalizowanie w obrębie osiedla usług, które niezbędne są w codziennym życiu. Oprócz centrum handlowego, dodatkowo w celu uatrakcyjnienia czasu wolnego (którego osoby stare zazwyczaj mają więcej) i kultu młodości w Stanach Zjednoczonych, na terenie osiedla zlokalizowane zostały również liczne tereny rekreacyjne takie, jak: pole golfowe, centrum sportowe, studio tańca i aerobiku. Takie zaplecze sportowe daje osobom starym możliwość ciągłej aktywności fizycznej i utrzymywania dobrej formy fizycznej. W miarę przybywania mieszkańców w sąsiedztwie wybudowano również szpital. Osiedle zostało zaprojektowane w sposób przejrzysty, ułatwiający orientację w jego układzie. Osiedle „Sun City” cieszyło się ogromną popularnością, dlatego też w sąsiedztwie powstały w późniejszych latach kolejne osiedla. W latach 70. powstało „Sun City West”, w latach 90. wybudowane zostały dwa tego typu osiedla: „Sun City Grand” i „Sun City Anthem”. W ostatnich latach wzniesiono również „Sun City Festival” (Magdziak 2009). Kompleks osiedli „Sun City” cieszył się tak ogromnym zainteresowaniem, że obecnie biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców jest uznawany za miasto. Może to świadczyć o trafnym zagospodarowaniu przestrzeni, odpowiadającym potrzebom osób starych w USA.

Zupełnie inaczej podchodzi się do tematu osób starych w Malezji. Kuala Lumpur (stolica Malezji) jest dobrym miejscem do badań, gdyż posiada jeden z największych odsetków osób starych wśród całej populacji i prognozuje się, że do 2030 roku stanie się narodem starym. Ze względów kulturowych i religijnych tradycją jest, że starsi opiekują się swoimi dziećmi (niezależnie, czy te mają już własne rodziny), tworząc tym samym rodziny wielopokoleniowe (przedłużony system rodziny). W Malezji wręcz wymagana jest opieka rodziny nad osobami starymi. Starsi uznają, że ich dzieci powinny spłacić im to, co poświęcili na ich wychowanie i teraz zajęli się starymi rodzicami.

W większości krajów azjatyckich popularnym jest współzamieszkiwanie kilku pokoleń rodziny, co pozwala na późniejsze opiekowanie się osobami starymi.

Na kontynencie europejskim, w znacznym opóźnieniu w porównaniu z USA, rozpoczęto działania związane z poprawą warunków mieszkaniowych osób starych.

W 2003 roku Europejska Rada Urbanistów (EUR) opublikowała Nową Kartę Ateńską pod tytułem „Wizja miast XXI wieku”, z kolei w 2007 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała program pod tytułem „Age Friendly

Cities”. W ramach tego globalnego programu (Age Friendly Cities) została stworzona koncepcja miast przyjaznych osobom w każdym wieku, w odpowiedzi na wzrastający odsetek osób starych w społeczeństwie i liczne problemy, jakie generują współczesne miasta. Koncepcja ta określa miasto przyjazne osobom starym jako miasto przyjazne wszystkim mieszkańcom. W programie tym znalazło się osiem istotnych obszarów, które należało ulepszyć, m.in. przestrzenie miejskie i budynki oraz kwestie dotyczące zabudowy mieszkaniowej. Biorąc pod uwagę przestrzenie miejskie i budynki, które powinny stworzyć zaprojektowane środowisko naturalne i zbudowane, aby ludzie starzy mogli bezpiecznie i swobodnie poruszać się po nich oraz mieć swobodny dostęp do terenów zewnętrznych. Z kolei w kwestii dotyczącej zabudowy mieszkaniowej głównym celem było elastyczne projektowanie mieszkań, dostępnych dla ludzi na każdym etapie życia, o różnej sprawności psychofizycznej, różnych zainteresowaniach i różnych możliwościach finansowych, stwarzające bezpieczeństwo i możliwość bycia niezależnym jak najdłużej (promowanie koncepcji „starzenia się w miejscu”). Oprócz dwóch powyższych zagadnień w programie tym znalazły się również kwestie dotyczące: transportu publicznego, wsparcia społecznego i opieki medycznej, lokalizacji i dostępności usług, komunikacji i lepszego wykorzystania technologii informacyjnych, a także kwestie zatrudnienia i zaangażowania społecznego (partycypacja społeczna), szacunku i integracji społecznej, budowania relacji międzypokoleniowej poprzez wspólne użytkowanie przestrzeni miejskiej.

Przykładem europejskiego miasta przyjaznego seniorom może być Sangerhausen, położone we wschodniej części Niemiec. Było to miasto górnicze, jednak po restrukturyzacji przemysłu wiele rodzin i młodych osób wyemigrowało, miasto praktycznie opustoszało. Wówczas opracowany został program mieszkaniowy odnowy miasta z przeznaczeniem dla osób starych. Budynki, których stan techniczny pozwalał na zamieszkiwanie zostały wyremontowane i przystosowane do potrzeb osób starych i niepełnosprawnych. Najważniejszym projektem był zlokalizowany w zachodniej części osiedla „Am Bergmann” obszar, gdzie budynki z lat 50. zostały odnowione i przystosowane poprzez dobudowanie wind i innych udogodnień dla niepełnosprawnych. Budynki wyposażono w innowacyjne systemy zaopatrzenia w energię za pomocą energii słonecznej i odzyskiwania ciepła. Dzięki takim działaniom znacznie zmniejszyły się koszty utrzymania mieszkań (fot. 1). W mieście powstały różne inne formy zamieszkania dla osób starych w zależności od stopnia ich samodzielności. Przykładem może być „dom międzygeneracyjny”, gdzie znalazło się 48 mieszkań przystosowanych dla osób starych, niepełnosprawnych, ale także dla młodych osób (fot. 2). Tworząc wspólne przestrzenie rekreacyjne integruje się mieszkańców ze sobą. Dzięki nawiązaniu takich więzi osoby stare nie czuły się samotne. W Sangerhausen zlokalizowano również dom opieki dla osób starych oraz dom seniora (Labus 2014).



Fot. 1. Odnowione osiedle Am Bergmann
w Sangerhausen



Fot. 2. Dom międzygeneracyjny dla osób
starszych i młodych w Sangerhausen

Źródło: A. Labus (2014)

W Polsce, jak również w większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej budownictwo osiedli mieszkaniowych dla seniorów z odpowiednio wyposażoną infrastrukturą jest uznawane jeszcze za fazę eksperymentalną. Pierwszym przykładem wspólnoty mieszkaniowej z ograniczeniem wiekowym – przeznaczonej jedynie dla osób starych może być „Centrum Seniora AdNovum” zlokalizowane w Obornikach Śląskich (okolice Wrocławia). Centrum Seniora powstawało na terenach byłego sanatorium dziecięcego „Szarotka”. Oprócz modernizacji starych budynków miało powstać 350 nowych mieszkań ze wszystkimi udogodnieniami niezbędnymi dla osób starych i niepełnosprawnych. Mieszkania rozlokowane miały być w trzech kompleksach w ogrodzonym 12-hektarowym parku. Przewidywana powierzchnia indywidualnych segmentów to 45, 65 i 80 m². Oprócz podstawowych usług, na terenie ośrodka miały znajdować się liczne dodatkowe usługi, na tyle rozwinięte, że nie wymagałyby opuszczania ośrodka (Magdziak 2009). Niestety, uchwałą z dnia 28 maja 2009 roku Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników Centrum Seniorów „AdNovum” rozwiązano Spółkę i rozpoczęto jej likwidację z dniem podjęcia niniejszej uchwały⁴.

Innymi przykładami osiedli dla seniorów są: osiedla w Stargardzie Szczecińskim, Skórka k. Piły, Zawichost i Radków. Większość osiedli dla seniorów zlokalizowana została w miejscu, wokół którego znajdują się rozległe przestrzenie dające możliwość aktywnego wypoczynku i dodatkowo zachęcające licznymi walorami krajobrazowymi. Przykładowo Radków jest małym miasteczkiem w okolicach Kłodzka z pięknymi widokami, licznymi terenami rekreacyjnymi i właśnie tam rozpoczął się proces budowy pierwszego w Polsce miasteczka

⁴ Internetowy monitor sądowy i gospodarczy, http://www.imsig.pl/pozycja/2009/158/10601,centrum_senior_w_adnovum_spolka_z_ograniczona_odpowiedzialnoscia_w_likwidacji.

aktywnego seniora. Okolice Radkowa stanowią przepiękne tereny spacerowe, ponad 50 km nieforsownych tras do biegania na nartach zimą i tyle samo tras rowerowych. Miasteczko stanowi ofertę dla aktywnych emerytów po 55. roku życia. W najbliższej przyszłości powstać ma basen i pole golfowe. O dobrą kondycję mieszkańców ma zadbać centrum rehabilitacyjne (Piłat 2010). W 2009 roku zbudowana została dopiero jedna kamienica, jednak samorządowcy wraz z fundacją „Teraz życie” planowali zbudować jeszcze hotele i apartamentowce, w których docelowo miało zamieszkać nawet 2000 osób po 55. roku życia (Waszkiewicz 2013). Pierwsi mieszkańcy Radkowa mieszkają w tym miasteczku już 5 lat. Do tej pory wybudowano zaledwie 24 lokale, kolejnych 16 ma być gotowych w niedalekiej przyszłości (Pietkiewicz 2014). Dokładnie w tym samym czasie, co pierwszą kamienicę w Radkowie, oddano do użytku pierwszy etap osiedla dla seniorów w Stargardzie Szczecińskim – nowy budynek z 23 mieszkaniami o powierzchni od 34 do 56 m² dla osób w wieku 55 lat i więcej. Na parterze budynku przeznaczono dla seniorów znajduje się świetlica z zapleczem kuchennym i toaletą, która ma integrować mieszkańców. Mogą oni też liczyć na pomoc w drobnych, codziennych sprawach pracownika świetlicy. Dodatkowo każdy z mieszkańców ma także urządzenie (pilota), którego może użyć w sytuacji kiedy potrzebuje pomocy. Mieszkańcy powyższych osiedli dla seniorów generalnie deklarują zadowolenie z takiego miejsca zamieszkania (Kulczycka 2013), lecz kompleksowo zagospodarowanych tego typu obiektów w Polsce nadal brakuje.

1.5. WARUNKI MIESZKANIOWE POLSKICH SENIORÓW

Warunki mieszkaniowe polskich seniorów w miarę upływu czasu powoli, lecz systematycznie poprawiają się. Potwierdza to fakt, że w badaniach przeprowadzonych w 1988 roku w Poznaniu na próbie 100 osób w wieku 65–75 lat, metodą sondażu diagnostycznego, realizowanego techniką ankietową ponad połowa z respondentów oceniła swoje warunki mieszkaniowe jako „nie najlepsze” lub nawet „złe” (Tabaczkiewicz-Peach 2014). Część ankietowanych (których warunki są „nie najlepsze” lub „złe”) stwierdziła nawet, że stan ich mieszkania wpływa na pogorszenie się ich stanu zdrowia. Z badań przeprowadzonych w 1997 roku przez GUS wynikało, że gospodarstwa domowe emerytów przedstawiały się w pozytywnym świetle pod względem wyposażenia w dobra trwałe. Mniej było urządzeń nowoczesnych i samochodów, szczególnie w gospodarstwach jednoosobowych. Gospodarstwa domowe jednoosobowe zazwyczaj nie były wyposażone w samochody i magnetowidy (Kasperek-Hoppe 1999).

Jak zostało wspomniane we wprowadzeniu, mieszkanie dla osób starych (zwłaszcza mających problemy z poruszaniem się) staje się głównym miejscem pobytu, które powinno dawać poczucie bezpieczeństwa i możliwość odpoczynku oraz być przystosowane funkcjonalnie do możliwości osoby starej. Z badań

przeprowadzonych w 2009 roku przez CBOS wynika, że 66% osób starych najchętniej pozostałoby w swoim domu najdłużej jak to tylko możliwe, korzystając w razie potrzeby z pomocy znajomych lub rodziny (Wądołowska 2009). Z tych właśnie powodów szczególnie ważne są odpowiednie warunki mieszkaniowe. Na te warunki, na które emeryci zwracają największą uwagę, składają się takie elementy, jak: samodzielność zamieszkiwania mieszkania, wyposażenie mieszkania w różnego rodzaju instalacje, wyposażenie mieszkania w sprzęty i urządzenia ułatwiające życie, kolejnym elementem jest powierzchnia mieszkania i/lub powierzchnia przypadająca na jedną osobę, a także stan techniczny zabudowy, w której znajduje się mieszkanie. Istotnym dla osób starych jest wyposażenie budynku w windę, która ułatwia wydostanie się z mieszkania (Spyrka-Chlipała 2014).

Jak pokazują „Badania gospodarstw domowych emerytów” przeprowadzone w 2012 roku przez Biuro Analiz Sejmowych – Kancelaria Sejmu, blisko 75% polskich seniorów prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe, dodatkowo znaczna część z ankietowanych jest zadowolona ze swoich warunków mieszkaniowych, natomiast niezadowolonych jest tylko 8% z tych seniorów (Tota 2014). Inne badania, przeprowadzone przez CBOS i wykonane w 2009 roku na reprezentacyjnych próbach mieszkańców Polski (1 022 osoby) wykazują podobne wartości, z których oprócz osób prowadzących samodzielne gospodarstwo domowe jedno- lub dwuosobowe (blisko 74%), występują osoby stare mieszkające ze swoimi dziećmi (15% ankietowanych). Z kolei osoby stare (60 lat i więcej) mieszkające z wnukami lub innymi członkami gospodarstwa domowego stanowią 11% spośród wszystkich seniorów (Wądołowska 2010).

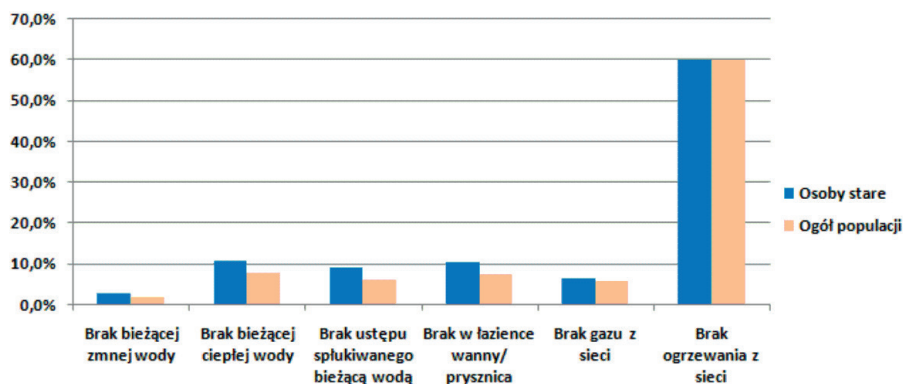
Z badań PolSenior wynika, że rodzaj zamieszkiwanych przez osoby stare zasobów zależy od wielkości miejscowości. Na wsi seniorzy głównie mieszkają w domach jednorodzinnych, co jest spowodowane przewagą takiego rodzaju budownictwa. Z kolei w mieście osoby stare zamieszkują najstarsze zasoby mieszkaniowe (kamienice komunalne i domy czynszowe). Znaczna różnica widoczna jest w podziale na wieś i miasto w przypadku budynków wielopiętrowych, w których na wsi zamieszkuje jedynie 1% seniorów, natomiast w aglomeracjach odsetek ten sięga blisko 44% (Bartoszek, Niezabitowska, Kucharczyk-Brus, Niezabitowski 2012). Zauważalna jest również różnica w stanie wyposażenia mieszkań osób starych na wsi, które są znacznie gorsze od wyposażenia gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby stare w mieście. Często zdarza się, że osoba stara na wsi mieszka w nieremontowanym (z braku środków finansowych), nieocieplonym domu, z nieszczelnymi oknami, bez wyposażenia w podstawowe instalacje sanitarne. Konieczność wychodzenia po wodę czy do toalety poza mieszkanie może stwarzać ogromne trudności dla osoby starej i często niepełnosprawnej. Sytuacja taka znacznie obniża komfort życia (Iwański 2013). Z kolei w świetle badań GUS na temat wybranych aspektów warunków życia osób

starych, stwierdzono ogólnie, że gospodarstwa domowe emerytów zamieszkują głównie w budynkach, w których znajduje się więcej niż dziesięć lokali mieszkalnych (43,7% gospodarstw domowych emerytów) oraz w domach jednorodzinnych wolnostojących (42%). Natomiast 10% gospodarstw domowych, w których znajdują się emeryci zamieszkuje w budynkach, w których liczba lokali mieszkalnych nie przekracza dziesięciu (Śmiłowska, Włodarczyk 2010). Jak wynika z europejskich badań warunków życia ludności EU-SILC, przeprowadzonych w 2008 roku na grupie 37358 gospodarstw domowych, budynki najstarsze, w których zamieszkują seniorzy charakteryzują się najniższym standardem wyposażenia w podstawowe instalacje. Większość osób starych mieszka w mieszkaniach o gorszym wyposażeniu (zarówno w instalacje, jak i w sprzęty podstawowego użytku) od typowego wyposażenia pozostałych grup społeczno-ekonomicznych (GUS 2009).

Niezwykle ważnym w codziennym życiu jest wyposażenie mieszkania w podstawowe instalacje. Mieszkanie bez bieżącej wody czy bez ogrzewania stanowi ogromne utrudnienie w życiu każdego człowieka, a zwłaszcza seniora. Niestety, zdarzają się i takie mieszkania. Zimnej bieżącej wody nie posiada 2,9% gospodarstw domowych seniorów, gdzie dla całej społeczności odsetek ten wynosi 2,1%. Ustępu spłukiwanego bieżącą wodą nie posiada aż 9,4% gospodarstw domowych osób starych, w tym przypadku widać różnice pomiędzy gospodarstwami domowymi ogółem (6,4%) a gospodarstwami seniorów. Niestety sytuacja z posiadaniem w łazience wanny i/lub prysznica nie przedstawia się lepiej, ponieważ aż 10,6% gospodarstw domowych, których członkami są osoby stare nie posiada takiej łazienki, dla całej społeczności ogółem odsetek ten wynosi 7,5%. Dostępu do ciepłej bieżącej wody nie posiada 10,8% gospodarstw emerytów i 8% biorąc po uwagę ogół społeczności.

W gaz (z sieci lub z butli) nie jest wyposażonych 6,5% gospodarstw seniorów i 5,8% gospodarstw ogółem. Natomiast pod względem ogrzewania zarówno mieszkania ogółem, jak i mieszkania osób starszych są ogrzewane z sieci, po 40% gospodarstw domowych posiada takie ogrzewanie (Śmiłowska, Włodarczyk 2010). Jak wynika z powyżej przytoczonych danych, widoczne są różnice w wyposażeniu mieszkań w podstawowe instalacje wodno-kanalizacyjne, a także instalacje ciepłownicze pomiędzy gospodarstwami domowymi prowadzonymi przez osoby stare a pozostałymi gospodarstwami domowymi, na niekorzyść osób starych (rys. 1).

Kolejnym ważnym elementem warunków mieszkaniowych jest wyposażenie mieszkania/domu w podstawowe sprzęty i urządzenia. Jak wspomniano wcześniej, gospodarstwa domowe prowadzone przez seniorów są gorzej wyposażone w instalacje wodno-kanalizacyjne, a także instalacje ciepłownicze od innych przeciętnych gospodarstw domowych. Podobnie wygląda sytuacja dotycząca wyposażenia mieszkań seniorów w środki trwałego użytkowania. Ogółem w kompu-



Rys. 1. Braki w wyposażeniu mieszkań w podstawowe instalacje w gospodarstwach domowych osób starych i pozostałych gospodarstwach domowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Śmiłowska, J. Włodarczyk (2010)

ter i drukarkę z podłączeniem do Internetu wyposażonych jest 55% gospodarstw domowych, natomiast wśród seniorów w takie sprzęty wyposażonych jest jedynie 20% gospodarstw domowych, a kolejne 20% chciałoby takim wyposażeniem dysponować, lecz z powodów finansowych jest to niemożliwe. Zmywarkę posiada 12% przeciętnych gospodarstw domowych, a w przypadku seniorów odsetek ten wynosi 5%. Blisko 30% gospodarstw domowych osób starych zgłasza chęć posiadania kina domowego (Śmiłowska, Włodarczyk 2010). Osoby stare przodują jedynie w wyposażeniu mieszkania w telefony stacjonarne, gdyż znaczna część z nich nie potrafi się posługiwać telefonem komórkowym. Bardzo często zdarza się, że osoby stare wraz z wiekiem stają się coraz bardziej niepełnosprawne. Pod względem wyposażenia mieszkania/domu w urządzenia ułatwiające życie osobom niepełnosprawnym, polskie gospodarstwa domowe wypadają najgorzej wśród krajów europejskich i Izraela. Jedynie niewielki odsetek gospodarstw domowych osób starych (65+) jest wyposażonych w: podjazd i dźwig dla osób niepełnosprawnych, a także szerokie drzwi (3,8%), poręcze i uchwyty w łazience (3,9%), w urządzenia domowe do ćwiczeń i rehabilitacji (3,7%), podłogę antypoślizgową (2,4%) (Bartoszek, Niezabitowska, Kucharczyk-Brus, Niezabitowski 2012). Niepokojącym jest fakt, że nawet w grupie osób najstarszych mieszkania nie są wyposażone w takie sprzęty. W Polsce jedynie 2% gospodarstw domowych z osobą niepełnosprawną posiada specjalistyczne urządzenia, natomiast w Holandii jest to odsetek rzędu 43%, w Izraelu 38%, w Danii 27% (Czapliński, Błędowski 2014).

Powierzchnia mieszkania przypadająca na jedną osobę w mieszkaniach polskich seniorów jest większa niż w mieszkaniach osób młodszych. Jak wynika z badań budżetów gospodarstw domowych przeprowadzonych w 2010 roku przez

GUS na próbie 37 412 gospodarstw domowych, średnia powierzchnia mieszkania przypadająca na jedną osobę to 25,4 m², z kolei w mieszkaniach seniorów średnia powierzchnia przypadająca na jedną osobę to 35 m² (Zrałek 2012). Wraz z wiekiem powierzchnia przypadająca na jedną osobę zwiększa się z powodu spadku liczby członków gospodarstwa domowego, w okresie poprzedzającym starość zazwyczaj wyprowadzają się dzieci, późniejszy ubytek członków gospodarstwa domowego może być spowodowany śmiercią współmałżonka (Bartoszek, Niezabitowska, Kucharczyk-Brus, Niezabitowski 2012).

Oprócz wyposażenia stanu i powierzchni mieszkań bardzo istotna jest ocena własnych warunków mieszkaniowych przez osoby stare. W badaniach Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) ponad połowa osób starych (57%) oceniła swoje warunki mieszkaniowe pozytywnie, z czego 14% seniorów uznało je jako bardzo dobre, a 43% jako „raczej dobre”. Kolejnych 35% oceniło swoje warunki jako przeciętne, a jedynie 8% osób w wieku 65 lat i więcej uznało, że ich warunki mieszkaniowe były raczej złe (6%) i bardzo złe (2%) (Wądołowska 2010).

Podobnie jak dla wielu osób oczywistym jest, że za miejsce, w którym mieszka osoba stara uznawane jest jej mieszkanie. Niewielki odsetek seniorów, którzy nie radzą sobie sami w swoim środowisku lub nie mają skąd uzyskać pomocy trafiają do Domów Opieki (Pomocy) Społecznej. Dla tych osób to właśnie ten ośrodek będzie miejscem zamieszkania i powinien spełniać warunki mieszkaniowe, które powinny ułatwić zaspokojenie wielu potrzeb seniorów. Mieszkańcy dwóch ośrodków w województwie wielkopolskim zapytani o warunki mieszkaniowe w tych ośrodkach wyrażali początkowo opinie pozytywne. Jednak w pytaniach szczegółowych wychwyconych zostało wiele niedogodności, które nie powinny występować. Seniorzy wymieniali liczne bariery takie, jak schody czy wysokie krawężniki i inne. Dlatego też w ostatecznej rozmowie na temat warunków życia wypowiadali się negatywnie (Kmieć 2009).

Badaniom poddane zostały również postawy mieszkaniowe seniorów, którzy są w trakcie zmiany mieszkania. Badania te zostały rozpoczęte przez Katedrę Inwestycji i Nieruchomości Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, które przeprowadzone zostały w ramach projektu badawczego „Potrzeby mieszkaniowe na lokalnym rynku nieruchomości mieszkaniowych i sposoby ich zaspokajania” realizowanego w latach 2010–2012 (Strąckowski 2013). Z badań tych wynika, że znaczna część seniorów (75%) miała dokładnie sprecyzowane wymagania co do ich przyszłego mieszkania. Większość osób starych preferowało lokal mieszkaniowy w bloku, dodatkowo mieszkanie powinno się składać z dwóch pokoi (52% seniorów), z jednego pokoju (19%), z trzech pokoi (15%). Największą popularnością cieszyły się mieszkania o powierzchni poniżej 50 m², zwłaszcza mieszkania w przedziale 36–50 m² (56% osób preferowało takie mieszkania). Mieszkania wielkości 51–65 m² preferowało 22% osób starych. Mieszkania

o mniejszej powierzchni (poniżej 35 m² – 15% wskazań) i większe (66–80 m² – 7% wskazań) cieszyły się dużo mniejszą popularnością. Seniorzy woleli mieszkania mniejsze, a głównym motywem zakupu była chęć obniżenia kosztów użytkowania, a także chęć zamieszkania bliżej dzieci (Strączkowski 2013).

Reasumując stwierdzić należy, że im wyższy poziom wykształcenia osób starych, tym wyższy odsetek osób zadowolonych z warunków mieszkaniowych – dzięki poziomowi wykształcenia możliwe są większe zarobki, dzięki czemu można sobie pozwolić na lepsze wyposażenie mieszkania. W ostatnich latach sytuacja mieszkaniowa osób starych pod względem wyposażenia w podstawowe instalacje ulega powolnej poprawie, jedynie zwiększający się odsetek osób starych, a nieposiadających tych instalacji występuje głównie w domach jednorodzinnych, zwłaszcza na wsi (Spyrka-Chlipała 2014). Ogólnie osoby stare wykazują dość wysoki poziom satysfakcji z własnych warunków mieszkaniowych. Blisko 71% respondentów jest zadowolonych. Z pewnością osoby stare wykazują większe zadowolenie z warunków mieszkaniowych niż z warunków materialnych.

1.6. WARUNKI MIESZKANIOWE EUROPEJSKICH SENIORÓW

Z badań przeprowadzonych w 2011 roku przez Eurostat wynika, że w Unii Europejskiej blisko 90% osób starych (65+) żyło niezależnie, w tym 31,1% osób mieszkało samotnie, natomiast pozostałych 48,3% seniorów mieszkało z partnerem życiowym. Blisko 90% seniorów niezależnie zamieszkiwało w Niemczech, Francji, Finlandii i Wielkiej Brytanii. W Holandii odsetek osób starych i mieszkających niezależnie osiągnął wartość 95,1%, co oznacza, że prawie wszyscy seniorzy mieszkali niezależnie. W zupełnie odmiennym świetle przedstawiła się sytuacja seniorów na Cyprze, w Hiszpanii, Estonii i Portugalii. W państwach tych występuje najmniejszy odsetek osób starych, które mieszkają samotnie. Sytuacja taka spowodowana była faktem, że w tych krajach z powodów kulturowych i nie tylko, znaczną część stanowiły rodziny wielopokoleniowe, które opiekują się osobami starymi w rodzinie. Seniorzy mieszkający w domach, w których mieszkały również dzieci stanowią 4,6% populacji osób starych. Natomiast odsetek osób starych mieszkających w domach, w którym mieszkają również dzieci przekroczył 10% w krajach takich, jak Rumunia, Polska oraz kraje bałtyckie państw członkowskich. W większości przypadków osoby stare (zwłaszcza znajdujące się w gospodarstwach domowych dwuosobowych) są właścicielami nieruchomości, w której zamieszkują, bez nieuregulowanej pożyczki lub obciążenia hipotecznego (Eurostat 2012).

Pod względem struktury własności mieszkań zajmowanych przez seniorów w krajach europejskich, wyraźnie widoczne jest dążenie osób starych do posiadania własnego mieszkania lub domu, którego posiadanie daje poczucie mniejszej zależności od innych. Najwięcej osób starych, które są właścicielami mieszkań

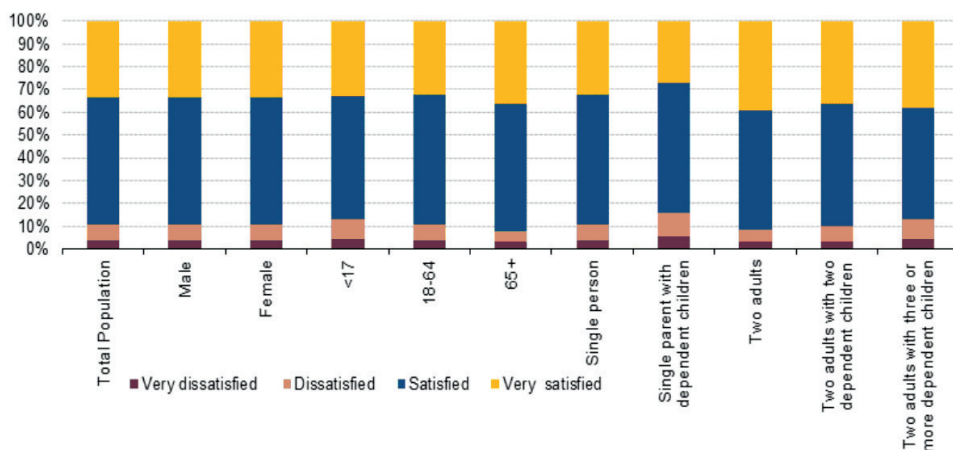
lub domów jest w Danii, a następnie Belgii, w której odsetek takich osób wynosi 60–80% (w zależności od przedziału wiekowego). W Hiszpanii ponad połowa osób w wieku powyżej 65 lat mieszka w mieszkaniach, które są własnością ich lub ich małżonka. Połowa populacji osób starych w Wielkiej Brytanii posiada własne mieszkanie, niewiele mniej, bo 46% osób starych jest właścicielami mieszkań w Szwecji. Generalnie wraz z wiekiem wzrasta odsetek osób będących właścicielami mieszkań lub domów. W Holandii natomiast większość osób starych zajmuje mieszkania czynszowe, które na ogół są znacznie tańsze, ale też dużo starsze (Zaniewska 2001).

Kolejnym wyznacznikiem warunków mieszkaniowych jest przeciętna powierzchnia mieszkania w m² przypadająca na jedną osobę. Na ogół zarówno w Europie, jak również w większości innych państw, przeciętna powierzchnia przypadająca na jedną osobę starą różni się w zależności od tego, czy osoba prowadzi jednoosobowe gospodarstwo domowe – wówczas przeciętna powierzchnia na jedną osobę jest największa, czy wchodzi w skład dwu- lub wieloosobowego gospodarstwa domowego. W większości przypadków osoby stare posiadają większy metraż przypadający na jedną osobę niż osoby młodsze z powodu częstego samotnego zamieszkiwania po śmierci małżonka. Za przykład może posłużyć Belgia, w której na jedną osobę starą, tworzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe, przypada ok. 70 m², co stanowi dwukrotność przeciętnej powierzchni na jedną osobę w Belgii liczoną dla całej populacji. Natomiast w gospodarstwach wieloosobowych, do których należy osoba stara, przeciętna powierzchnia mieszkania przypadająca na jedną osobę nieznacznie przewyższa średnią i wynosi 37 m². Bardzo często w krajach europejskich widoczna jest różnica w przeciętnej powierzchni w m² przypadającej na jedną osobę starą między mieszkaniem a domem. Ogólnie w Niemczech mieszkania są stosunkowo duże, przeciętna powierzchnia w m² przypadająca na jedną osobę starą wynosi ok. 48,5 m². Natomiast przeciętna powierzchnia przypadająca na jednego seniora we własnych domach jednorodzinnych jest wyższa niż w mieszkaniach w zabudowie wielorodzinnej. Tak duża powierzchnia przypadająca na jedną osobę w Niemczech jest spowodowana faktem, że blisko 53% mieszkań, w których mieszkają osoby stare ma jedynie jednego lokatora, następnie 40% mieszkań zajmowanych przez seniorów posiada dwóch lokatorów. Taka sytuacja jest typowa dla Niemiec wschodnich i zachodnich (Zaniewska 2001).

W 2009 roku w krajach Unii Europejskiej sytuacja osób starych pod względem przeludnienia mieszkań i warunków mieszkaniowych kształtowała się lepiej niż średnia dla całej populacji. W krajach UE w przepełnionych mieszkaniach mieszkało 7,2% seniorów, gdzie odsetek osób, które mieszkają w przepełnionych mieszkaniach dla całej populacji wynosił 17,8%. Z kolei w bardzo złych warunkach mieszkaniowych mieszkało 2,5% seniorów w stosunku do ok. 6% w skali całej populacji. Spośród seniorów (2,5%), którzy mieszkali w bardzo złych

warunkach mieszkaniowych, znaczną większość stanowiły osoby samotne. Osoby stare i dodatkowo samotne borykały się z różnymi problemami mieszkaniowymi. Generalizując dane uzyskane dla Unii Europejskiej, seniorzy borykali się z licznymi problemami w mieszkaniach/domach. W sprawach takich, jak: przeciekający dach, wilgotne ściany, podłogi lub fundamenty, zbutwiałe ramy okienne oraz zbyt ciemne mieszkanie nastąpiła nieznaczna poprawa warunków w stosunku do roku 2005. W pierwszym przypadku w 2005 roku problem dotyczył 17% osób starych, a w roku 2009 już 14% seniorów, natomiast w drugim przypadku w 2005 roku – 8%, a w 2009 roku 7%. Z kolei w sprawach takich, jak: brak wanny i prysznic w łazience oraz brak toalety ze spluczką na wyłączny użytek mieszkańców gospodarstwa domowego, nastąpiło pogorszenie warunków mieszkaniowych. W 2005 roku z brakiem wanny i prysznic borykało się 3% seniorów, a w 2009 roku już 4%, w drugim przypadku sytuacja jest identyczna (Eurostat 2012).

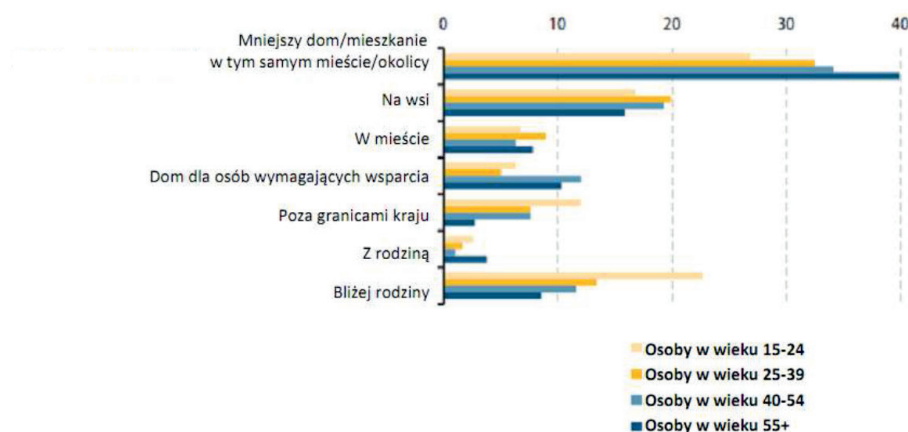
Ogólnie w skali Europy osoby stare miały lepsze warunki mieszkaniowe niż osoby w innych grupach wiekowych, o czym świadczy znacznie mniejszy odsetek przeludnionych mieszkań seniorów w stosunku do ogółu, a także mniejszy odsetek osób starych mieszkających w bardzo złych warunkach mieszkaniowych w stosunku do ogółu. Znaczna większość osób w wieku 65 lat i więcej czuła się usatysfakcjonowana (92%) z własnego mieszkania, z czego 35% osób starych była bardzo usatysfakcjonowana. Jedynie niewielki odsetek osób starych (8%) było niezadowolonych ze swojego mieszkania (z czego 3% osób starych było bardzo niezadowolonych) (Eurostat 2014) (rys. 2).



Rys 2. Ogólne zadowolenie z mieszkania w różnych grupach socjo-demograficznych

Źródło: Eurostat, Statistics Explained (lipiec 2014)

W krajach Unii Europejskiej osoby w wieku 55+ zapytane o najbardziej preferowane miejsce zamieszkania na wypadek ewentualnej przeprowadzki, wskazały zmianę mieszkania/domu na mniejsze, ale w pobliżu dotychczasowego miejsca zamieszkania (40% osób), na wieś przeprowadziłoby się ok. 16% osób powyżej 55. roku życia. Natomiast najmniej preferowanymi lokalizacjami w przypadku ewentualnej przeprowadzki była wyprowadzka za granicę (ok. 3%) oraz przeprowadzka do rodziny (ok. 4,5%) (rys. 3).



Rys. 3. Preferowana lokalizacja miejsca zamieszkania wg wieku respondentów (w %)

Źródło: Eurostat (2012) za: Komisja Europejska, Flash Eurobarometer No 247

Analizie poddane zostały elementy składające się na warunki mieszkaniowe takie, jak: odsetek osób mieszkających niezależnie, struktura własnościowa mieszkań użytkowanych przez osoby stare, przeciętna powierzchnia mieszkania w m² przypadająca na jedną osobę starą i inne. Trudnym zadaniem okazuje się określenie, w których europejskich krajach seniorzy posiadają najlepsze warunki mieszkaniowe, z powodu licznych czynników mających na nie wpływ.

Z wcześniej przytoczonych danych wynika, że najwięcej osób starych mieszkających niezależnie żyje w Holandii, Niemczech, Francji, Finlandii i Wielkiej Brytanii, a przy tym osoby stare w Holandii, Niemczech, Belgii i Danii użytkują mieszkania lub domy o dużej powierzchni użytkowej przypadającej na jedną osobę. Dodatkowo w Danii, Belgii, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii i Szwecji znaczna część seniorów jest właścicielami mieszkań lub domów, które użytkują. Z kolei w państwach takich, jak: Cypr, Hiszpania, Estonia i Portugalia występuje najmniejszy odsetek osób starych, które mieszkały samotnie, ponieważ znaczna większość rodzin w tych państwach to rodziny wielopokoleniowe, które opiekują się osobami starymi. Oczywistym jest fakt, że w krajach, w których znaczna część seniorów żyje niezależnie, powierzchnia przypadająca na jedną osobę

w mieszkaniu będzie znacznie większa niż w krajach, w których dominują rodziny wielopokoleniowe, a tym samym poprawiają się warunki bytowe osób starych mieszkających samotnie. Istotnym jest również fakt, że w Belgii 90% osób starych, a w Holandii 64% jest zadowolonych ze swoich warunków mieszkaniowych, kolejnymi państwami, które charakteryzują się korzystnymi warunkami mieszkaniowymi są Niemcy (głównie wschodnie) oraz Dania.

W Stanach Zjednoczonych, podobnie jak w Europie, osoby starsze mają lepszą sytuację mieszkaniową niż osoby z innych grup wiekowych. Powyższe sformułowanie potwierdzają dane przedstawione przez Amerykański Urząd Statystyczny (The US Census Bureau), z których wynika, że w 2010 roku poniżej federalnego poziomu ubóstwa mieszkało aż 15,1% ludności USA ogółem. Niestety wskaźnik ubóstwa wzrasta od 1993 roku, kiedy to wynosił 14,3%. Stosunkowo w lepszym świetle (choć niezadowolającym) przedstawia się sytuacja osób starszych, z której wynika, że w biedzie żyło 9% Amerykanów w wieku powyżej 65 lat.

1.7. PODSUMOWANIE

Proces starzenia się społeczeństwa postępuje, z roku na rok zwiększając tempo przyrostu odsetka ludzi starych (65+). Zwiększy się również znacznie udział osób bardzo starych (80+). Na skutek licznych migracji osób młodych za granicę, zmianę w modelu rodziny (coraz mniej dzieci) i wydłużaniu się okresu trwania życia dochodzi do bardzo niekorzystnych zmian w strukturze demograficznej ludności (Błędowski 2012). Sytuacja taka pokazuje, że tematem starzejącego społeczeństwa należy zająć się jak najszybciej. Z racji znacznie obniżonej mobilności osób starych spowodowanej różnymi barierami, często architektonicznymi lub zaawansowanej niepełnosprawności, osoby takie większość swojego czasu spędzają we własnych mieszkaniach/domach. Dlatego też niezmiernie ważnym tematem jest mieszkalnictwo tych osób. Proces starzenia się ludności dotyczy nie tylko Polski czy Europy, ale jest to zjawisko zauważalne w skali globalnej (USA, Chiny, Malezja itp.).

Osoby stare, niezależnie od narodowości, pragną zostać jak najdłużej samodzielny. Dla większości osób przeprowadzka do domu opieki jest rozwiązaniem ostatecznym i odbija się w znaczny sposób na ich psychice. W zależności od kraju osoby stare mają inne poglądy na miejsce zamieszkania. Amerykańscy seniorzy coraz częściej na starość przeprowadzają się do specjalnie przeznaczonych dla tego celu osiedli. W Europie większość osób chciałaby przeprowadzić się do dzieci lub mieszkać samemu, lecz z pomocą opiekuna, który pomagałby w codziennych czynnościach. Coraz większą popularnością cieszy się „mieszkanie z opieką”, gdzie do mieszkania osoby starej przychodzi prywatny lub publiczny opiekun.

Zainteresowanie tematem mieszkalnictwa osób starych rozpoczęło się w Stanach Zjednoczonych już w latach 50. XX wieku. Natomiast zjawisko budowania mieszkań/domów ze specjalnym przeznaczeniem dla seniorów rozpoczęło się już 10 lat później. W Polsce pierwsze badania na temat mieszkalnictwa osób starych przeprowadzone zostały dopiero na przełomie XX i XXI wieku. Natomiast temat budowania osiedli dla seniorów w Polsce jest tematem nowym, gdyż dopiero powstają pierwsze zabudowy przeznaczone dla takich osób. Budownictwo dla seniorów najbardziej rozwinięte jest w USA, zaś w Europie w bardzo ograniczonym stopniu. Natomiast w Polsce można spotkać pojedyncze obiekty/osiedla z takim przeznaczeniem.

Polska nie posiada dużego doświadczenia w tematyce budownictwa mieszkaniowego dla osób starych, jednak ciągle zmieniająca się na niekorzyść sytuacja demograficzna kraju wymaga coraz większego zainteresowania tematyką mieszkalnictwa tej grupy wiekowej. Dodatkowo należy dostosowywać zarówno nowe mieszkania, jak i te istniejące do potrzeb osób niepełnosprawnych w celu poprawy możliwości przestrzennego przemieszczania się. Temat mieszkalnictwa osób starych powinien stać się przedmiotem badań socjologów, urbanistów, ekonomistów w celu pogłębienia znajomości różnych aspektów tego tematu i wskazania najbardziej optymalnych rozwiązań dla grupy seniorów w Polsce.

LITERATURA

- Ainoriza Mohd Aini, Wan Nor Azriyati Wan Abd Aziz, Noor Rosly Hanif, 2015, *To move Or not to move? Exploring future housing plan of ageing communities in Kuala Lumpur*, The Asia Pacific Network for Housing Research (APNHR) Conference, Korea.
- Bartoszek A., Niezabitowska E., Kucharczyk-Brus B., Niezabitowski M., 2012., *Warunki zamieszkiwania seniorów – główne ustalenia badawcze*, [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Monografia projektu PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Warszawa.
- Błędowski P., 2012., *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035*, [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Monografia projektu PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Warszawa.
- Brzezińska R., 2014, *Aktywny wiek senioralny. Z badań nad działalnością Kujawsko-Dobrzyńskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Włocławku*, Włocławek.
- Czapiński J., Błędowski P., 2014, *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013*, Warszawa.
- Eurostat, 2012, *Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012*, za: Komisja Europejska, *Family life and the needs of an ageing population (Życie rodzinne i potrzeby starzejącego się społeczeństwa)*, „Flash Eurobarometer”, 247.

- Eurostat, 2014, Statistics Explained, *Housing conditions*.
- Gawroński A., 2015, *Etapy rozwojowe człowieka dorosłego z wyszczególnieniem okresu starości*, „Zeszyty Naukowe WSHE”, 60, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku.
- Global age-friendly cities: A guide*, 2007, World Health Organization, tłum. polskie, *Miasta przyjazne starzeniu: przewodnik*, Fundacja Res Publica im. Henryka Krzeczковского (2014).
- Główny Urząd Statystyczny, 2009, *Budżety gospodarstw domowych w 2008 roku*, Warszawa.
- Internetowy monitor sądowy i gospodarczy, http://www.imsig.pl/pozycja/2009/158/10601,centrum_senior_w_adnovum_spolka_z_ograniczona_odpowiedzialnoscia_w_likwidacji.
- Iwański R., 2013, *Zrównoważony rozwój obszarów wiejskich a sytuacja osób starszych na wsi*, „Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinsensis Oeconomica”, 299 (70), Katedra Socjologii i Filozofii, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, s. 81–90.
- Kasperek-Hoppe M., 1999, *Warunki życia osób w wieku emerytalnym*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 61 (1).
- Kmiecik K., 2009, *Kształtowanie jakości życia osób starszych i niepełnosprawnych w domach opieki społecznej*, MEDiVET PPH, s.c., Śrem Edwin Tytyk, Politechnika Poznańska.
- Kulczycka A., 2013, *Wioska dla emerytów. Czy to może się udać?*, http://rzeszow.wyborcza.pl/rzeszow/1,34962,13443701,Wioska_dla_emerytow_Czy_to_moze_sie_udac_FOTO_.html.
- Labus A., 2014, *Miasto przyjazne osobom starszym na przykładzie Sangerhausen*, [w:] *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, Katowice.
- Magdziak M., 2009, *Mieszkalnictwo dla osób starszych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej*, „Architecture et Atribus”, 1.
- Perek-Białas J., 2012, *Możliwość opieki nad osobami starszymi – włoskie inspiracje*, [w:] *(Nie) Czekając na starość, wyzwania dla polityki społecznej w obliczu demograficznych przemian*.
- Pierzchalska A., Klang P., 2008, *Spoleczne role osób starszych*, [w:] Bokajło W., Pacześniak A. (red.), *Równość w Unii Europejskiej – teoria i praktyka*, Wrocław.
- Pietkiewicz J., 2014, *Radków dla seniorów*, <http://wroclaw.tvp.pl/14872241/radkow-dla-seniorow>.
- Piłat E., 2010, *Raj dla emerytów*, <http://fakty.interia.pl/dolnoslaskie/news-raj-dla-emerytow,nId,1238307,nPack,1>.
- Pytel S., 2014, *Osiedla mieszkaniowe dla seniorów w przestrzeni miast*, „Prace Komisji Krajobrazu Kulturowego”, 25.
- Spyrka-Chlipała R., 2014, *Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów*, „Roczniki Teologiczne”, 61 (1).
- Strączkowski Ł., 2013, *Postawy mieszkaniowe klientów seniorów w świetle badań lokalnego rynku mieszkaniowego*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielska M., 2006, *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa.

- Śmiłowska T., Włodarczyk J., 2010, *Wybrane aspekty warunków życia osób starszych w świetle badań GUS*, Urząd Statystyczny w Łodzi, [w:] Kałuża D., Szukalski P. (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Uniwersytet Łódzki.
- Tabaczkiewicz-Peach A., 1992, *Sytuacja społeczna ludzi starych jako problem pedagogiczny*, „Neodidagmata”, 21, Poznań.
- Tota P., 2014, *Amerykański sen – tendencje rozwoju budownictwa mieszkaniowego dedykowanego seniorom w Polsce*, za: Brzeski W., Kirejczyk K., Kozłowski E., *Perspektywy rozwoju budownictwa senioralnego w Polsce. Obecne i przyszłe problemy związane z zapewnieniem mieszkań dla polskich seniorów*, REAS.
- Waszkiewicz M., 2013, *Potrzebni mieszkańcy do polskiej stolicy seniorów*, <http://wiadomosci.ngo.pl/wiadomosc/899146.html>.
- Wądołowska K., 2009, Komunikat CBOS: *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, Warszawa.
- Wądołowska K., 2010, Komunikat CBOS: *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*, Warszawa.
- Zaniewska H. (red.), 2001, *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, Instytut Gospodarki Mieszkaniowej, Warszawa.
- Zaniewska H., Thiel M., 2004, *Mieszkanie jutra ludzi starszych – nadzieja czy zagrożenie?*, UŁ, Łódź.
- Zrałek M., 2004, *Niepełnosprawność osób starszych*, [w:] Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Zrałek M., 2012, *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Dylematy i kierunki zmian*, [w:] Hryniewicz J. (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, za: *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa, 2011.

Źródła internetowe

- <http://www.finance.senior.pl/98,0,Bieda-w-USA-8211-seniorzy-w-relatywnie-dobrej-sytuacji,12474.html>.
- <http://www.starszaosoba.pl/2013/11/starosc-wedug-who.html>.

Abstract

The study contains an overview of publications on the housing of the elderly people in Poland. It presents an overview of the models of living of old people in the example countries of the world. Characterized housing preferences and living conditions of the elderly people in selected countries of the European Union. It presents examples of new forms of living arrangements of seniors in the United States, Germany and Poland.

Key words

Old people, housing, housing conditions, housing preferences.

TOBIAS WOLDENDORP, RCE

Registered CPTED Expert at N'Lloyd in 2014

2

IMPROVING THE QUALITY OF LIFE IN HIGH-RISE. A SUSTAINABLE APPROACH CPTED OBSERVED IN THE PUBLIC REALM IN WIDZEW

POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA NA OSIEDLU BLOKOWYM. ZRÓWNOWAŻONE PODEJŚCIE CPTED OBSERWOWANE W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ NA WIDZEWIE

Artykuł wpłynął do redakcji 16.12.2015; po recenzjach zaakceptowany 18.05.2016.

Woldendorp T., 2015, *Improving the quality of life in high-rise. A sustainable approach CPTED observed in the public realm in Widzew*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society–Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 213–225.

*Tobias Woldendorp, RCE – Registered CPTED Expert at N'Lloyd in 2014;
e-mail: t_woldendorp@kpnplanet.nl*

Abstract

The article focuses on the sense of security as a very important element affecting the quality of life and its improvement. Attention was drawn to crime and security in public space, which, is used by old people. The aim of the study is to use the CPTED methodology – Dutch solutions in the field of crime prevention such as architectural, urban and green design. The main criteria used in the method is visibility, accessibility, attractiveness and territoriality. Observations and analysis on the use of this method were conducted by the author on the high-rise (real estate) in Łódź-Widzew.

Key words

CPTED methodology, security, crime, Łódź-Widzew.

2.1. INTRODUCTION ON CPTED

When we are talking about crime and, especially, the feeling of crime, there are several aspects to consider, such as the offender, the victim, the kind of crime and the situational context (Brantingham/Brantingham 1981, p. 7). This chapter on improving the quality of life deals with the situational crime-prevention in the neighbourhood of Widzew and will reflect on those aspects in the public space that could be liable for crime or, at least, the fear of crime, especially in cases of elderly people. It will also attempt to give solutions to make the aspects that can increase the quality of life both more resistant and more accessible.

Together with Jane Jacobs, the author of the book *Life and Death in Great American cities* we discussed some aspects thereof during a field walkabout, observing with both Polish “sociological eyes” and from a Dutch CPTED and urban planning perspective, we explored the Widzew high-rise in the surroundings of Widzew (dworzec kolejowy – railway station). Earlier research presented in the booklet *Crime prevention in High-rise Housing. The Crime Prevention Carroussel* (ed. Tim Lukas, Max Planck Institut, 2007) gave insight into the situational differences between Polish, Hungarian, German, British and Dutch approaches on crime prevention. The example: in The Netherlands high-rise almost always equals social housing, owned by housing corporations. Improving high-rise by demolishing entire apartment blocks like in Bijlmermeer, Amsterdam (NL)¹ is impossible in countries like Poland and Hungary – simply because the majority of high-rise is privately owned, and the owners of condominium units are hard to convince to change the structure of a block. Home ownership in Poland often means that people will longer remain living in their (first) dwellings, since there is no need for migration when feeling comfortable at home. An attractive and safe environment allows to grow old in one’s block: the public space, the area where a lot of interactions between people take place or should take place is easier to transform, because it has fewer owners.

A change in approaching public space to make the elderly feel comfortable, therefore increasing the quality of life seen from the CPTED-scope, a scope borrowed from the D of Design (urban design, landscape architecture/designing public space), were interpreted and brought to Poland by Moffat on the basis of his circle and inner circles (1983) (Fig. 1).

2.2. THEORETICAL BASIS: THE CRITERIA

Before delving into the casus, there is a need for the introduction of a brief theoretical basis for the CPTED-criteria, following the so called VATA-criteria in the Dutch approach. In the Dutch approach during the design process maintenance, the security and the friendly use of public space go hand in hand.

¹ COST, Bijlmermeer, Paul van Soomeren, Justin de Kleurver, et al (2014).

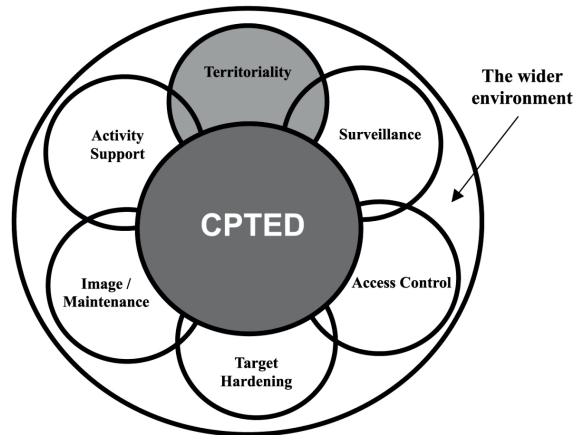


Fig. 1. CPTED according to Moffat (1983)

Source: Adapted from R. Moffat (1983, p. 23)

Four criteria are distinguished:

Visibility

One of the most important criteria. It includes several aspects, such as natural surveillance, that is seeing and being seen from houses and slow-driving cars. Since the feeling of insecurity is often associated with the evening or night, lighting and the particular quality of light constitute an important aspect. The visibility (f.i.) from neighbourhoods into parks and green areas is important as well. Special attention is paid to faking security. Often inhabitants of neighbourhoods propose to light pathways through parks to make them safer at night, but often it is better not to light them at all: there will be no one to help you when you are in the park in a dangerous situation. Better not to go there if not necessary. Light gives a false sense of security.

The last aspect, also mentioned in one of the circles of Moffat, is image and identity. How do I find my way in the neighbourhood? Are addresses easy to be found? When the elderly want to visit each other, it can prove very uncomfortable if wayfinding appears impossible. Even a question of *How do I find my block when all blocks look similar* (important not only when you are in a beginning phase of Alzheimer; the image of the area becoming part of the mental map is the real issue) is crucial.

Accessibility

Access control constitutes another issue discussed by Moffat, although only in one aspect of this important criterion. It is also connected with the problem of accessibility in all uses of the public realm. Can everybody enter the flat, is it accessible to all users, especially the (elderly) people with a physical or a visual

handicap? And is there a way to escape when you feel in danger? Sometimes victim escape-routes and offender access points are worth researching and discussing in advance, when planning a neighbourhood.

Territoriality

Who is responsible for which area? Does anybody feel responsible for this area at all? Where am I welcome and where not? These three questions are crucial for the sense of security in the neighbourhood. This criterion is very similar to accessibility. But it is also important to prevent corners, recessed doorways while structuring the blueprint and layout of dwelling blocks and their neighbourhoods and, simultaneously, create many corners, balconies, loggias and bay windows on the first and second floor – all aspects of natural surveillance as well. That gives the impression of being seen and heard when something happens while being on the street.

Attractiveness

This aspect emphasizes the attention for a user-friendly design and maintenance on various levels. This is where the broken window theory comes in. To prevent vandalism or erosion, objects or items should be immediately repaired after the incident of interference in public domain (whether they are demolished by vandals or disturbed by official non-governmental organizations).

For the elderly, the best way to get a grip on the situation is to have a walk around the area of Widzew. In the survey that took place in May 2015 we mapped the area, had small street interviews and tried to look at public space in particular. The street survey was done in the area of Widzew directly situated at the Widzew railway station. The situation will be explained in two stages. First one comprises a street survey conducted on foot, by walking through the original layout, with the footpath as it was designed in the seventies. The second involves the more recent layout (the central shopping centre).

2.3. THE SURVEY

On the street itself, we firstly looked at the original blueprint from the neighbourhood and analyzed the spatial conditions. A rigid layout of high-rise flats with apartments soars up to the twelfth floor with a lot of green spaces in between, both parks and smaller green belts in between the flats, used as a common meeting place and playground. Traffic is limited in the heart of Jasnogórska street and is situated at the fringes of the neighbourhoods. Parking lots are connected to this infrastructure as a loop.

2.3.1. From the train station through the layout of the high-rise

Following and addressing VATA we can observe: Arriving by bus or train, we have to move to the high-rise, the place where most people live. It is far away and the blocks are oriented so that the apartments get the sun from the south and the kitchens are on the cooler northern side. Much can be said about this choice, but a person can wonder why there are no windows at the side of the station and the routes to the apartment blocks. Indeed, there are none. It would be good to have “social eyes” closer by the station than it appears in the status quo (Visibility) – Picture 1.



Picture 1. No “social eyes” in the neighbourhood of dwellings:
other choices for orientation have been made

Photo: T. Woldendorp

Upon leaving the train station, we follow the crossing (zebra) up to the neighbourhood. At the moment, after crossing Rokicińska street, there is no direct passageway. Why is there no connection with a good path to the blocks? (Accessibility) – Picture 2. Turning around, we encountered people who just “popped out” of the bus heading to the railway station and found out that the material used for the unofficial crossing for pedestrians was very unsuitable. After the bus stop, the pavement ends, so you have to stroll over the material. There is simply no other route, but a concrete zone, designed only for cars. The route is uncomfortable, not only for high-heeled women, but also for those wearing regular shoes: catching a train in these conditions is almost impossible. The route is especially hard for the handicapped or elderly (Accessibility) – Picture 3.



Picture 2. No logical connection to the foothpaths in the neighbourhood

Photo: T. Woldendorp



Picture 3. Material unsuitable for elderly people and women in general

Photo: T. Woldendorp

Once in the neighbourhood of the first blocks, there is almost no sign of visitors or other users of public space. There are shrubs all over, and even the potential “social eyes” can be frustrated by an overdose of green (Visibility).

Finally, a good part of Widzew emerges: with clear visibility and a direct view of the central pathway users. “Social eyes” observing from several floors increase the feeling of being watched (Visibility), the long line of sight is not blocked by green barriers and a well-lit direct street is sparsely used by slow-driving cars (Visibility). The greenery is attractive and well-maintained (Attractiveness) (“People take care for the area, feel responsible!”) – Picture 4.



Picture 4. The sole Syringa in the neighbourhood
– the landmark facilitating wayfinding on the scale of a block (Visibility)

Photo: T. Woldendorp

However, it all changes when the school suddenly appears halfway through the neighbourhood. It was created somewhere in the middle of a direct roadway in the early years of the 21st century, while the routes take a turn and vanish out of sight of dwellings. This results in a well-lit lane in the middle of nowhere. Why should you encourage people to go into the park, where no-one can see you (the absence of “social eyes”) and there is nobody to help when in danger (Visibility)? – Picture 5 and 6.



Picture 5. A well-lit lane in the middle of nowhere. Why should people be encouraged to go into the park, where no-one can see them (absence of “social eyes”) and there is little chance for help when in danger? The route should not be lit, instead a better connection between the two isolated neighbourhoods should be found

Photo: T. Woldendorp



Picture 6. The same strategy applied elsewhere in Widzew.
Perfectly-lit path in the park, while people should meet in the line of sight of dwellings
with ground floor and first story apartments

Photo: T. Woldendorp

The route should not be lit. Instead, a better connection between two isolated neighbourhoods should be found – Picture 7. Its positive aspects comprise its maintenance and daytime attractiveness of the place for pedestrians (Attractiveness) – Picture 8. Unfortunately, at night-time, the elderly are unable to cross this route due to the prevailing darkness (Visibility).



Picture 7: Good visibility, suitable
material in the heart of the
neighbourhood

Photo: T. Woldendorp



Picture 8. Lined-up blueprint without recessed doorways (Territoriality: not accommodating for throwing away litter!) and balconies for extra “social eyes and ears” (visibility)

Photo: T. Woldendorp

The same strategy seems to have been applied elsewhere in Widzew. A perfectly-lit path has been created in the park, ideal for people to share, so they have company in the sight of dwellings with apartments at the ground floor and first stories (Visibility).

Strolling through the neighbourhood around Ulica Jasnogórska, we have discovered a beautiful case of placemaking: originally the land on the fringe of the area was owned by the housing corporation, but renters colonized the public area illegally and became responsible for it, kept it well-maintained. Unfortunately, it is against the law. The increase in the quality of life would require for the block owners to change their attitude.

We have discovered a playground and a place to sit for the elderly in between some blocks. Unfortunately, no one really feels responsible for it, since not all the addresses are linked to the greenery. Since the entrances to blocks are not located by the greeneries, people do not feel responsible for their maintenance.

Meanwhile, groups of tramps, users of alcohol, youngsters spending their free time in areas meant for children are colonizing the site. Due to the high number of robust shrubs, not enough sight on the playground and no feelings of responsibility (therefore lacking the big four principles of CPTED), the elderly people do not dare to use it as a communal meeting place.

Youngsters spend their time on the fringes of the neighbourhood. They remain out of sight with no informal control. It is unfortunate, because people tend to want to stay in the heart of the events, want to be seen. Visiting this place seems

to show that you have to be ashamed to be young: promoting *Welcome in my backyard* (WIMBY) is also the slogan for meeting places. It is possible that if the young were to hang out in places where they can be seen, they would not colonize the meeting places for the elderly and the (other) neighbours.

2.3.2. Spatial conditions after the renewal in the early years of the new millennium

After the communist era Poland woke up and, on a large scale supported by EU-financing infrastructure, was renewed. All from the scope of getting a better quality of life in the high-rise. But there is a difference between wellness and well-being: New infrastructure, an increasing amount of cars, parking garages, shops, shopping centres and even shopping malls were created at the fringes of the neighbourhoods of the part of Widzew where we did the so-called “walkabout”. My introduction of the term *walkabout*, is connected with the song *Big Science* that was written in the late 1970s by the American composer, singer/songwriter Laurie Anderson about the loss of wayfinding in new towns: “Hey pal, how do I get to town from here? Well just take a right from where they are going to build that new shopping mall, go straight to where they are going to put in the highway... and keep going until you hit the place where they are thinking of building that drive in bank” The EU-money was depleted too fast.

2.3.3. Examples from the nearby neighbourhood (shopping centre)

After the larger shopping malls were introduced in the late nineties, the places where shopping and meetings had taken place became isolated areas. Their new functions (e.g. as public toilets) were not successful and after some time destruction by vandalism took place. No one feels responsible. The solution might be to let the hipsters swarm into Widzew: they know what gentrification constitutes. More and more people are using bicycles. That lifestyle is good for both the environment and as an anti-obesity tool (health) – the last aspect is especially important for the elder inhabitants. We found a florist shop on the bicycle path, which constitutes a negative aspect of placemaking, as both cyclists and pedestrians are deprived of their space to move. But, in this case, territoriality becomes the enemy of public space and its use. There is a lot of space, yet, in the end, everybody queues in the public realm.

2.4. LESSONS THAT CAN BE LEARNED FROM WIDZEW FOR THE WHOLE OF POLAND

Some lessons can be learned from the CPTED-approach in order to improve the quality of life, following the VATA-principles:

Visibility

1. Lighting pathways through parks should not be done as it may lead to the creation of a false sense of safety in people. Instead, pedestrians should be lead in the line of sight of “social eyes” from one neighbourhood to another.
2. Generally, the shrubs and bushes should be kept away from the path while tree-growth should be stimulated on lawns.
3. The positions of trees and lampposts in urban plans should always be checked before planting trees.
4. Night-routes should be created, where slow-driving traffic is linked to bicycle paths.
5. Windows, balconies and loggias should be created on the upper side in new apartment blocks.

Accessibility

1. Bicycles should be given more space, since they are the best future prospect for all groups of people: in order for the elderly people to move, they need a safe and secure continuous bicycle path network.
2. Path materials should be chosen carefully and thoughtfully – public realm should be accessible for all users at any time.

Territoriality

1. There should be no recessed doorways in the blueprint.
2. It should be made clear (through hedges or fences) where people are and are not welcome.

Attractiveness

1. A fence is a fence; a fence guides with hedges and creates an attractive environment.
2. Landscape together: by making a public space, placemaking and involvement starts: design together with the neighbourhood!

LITERATURE

- Brantingham P.J., Brantingham P.L. (eds.), 1981, *Environmental criminology*, Beverly Hills, Sage, California.
- Głowacki R., Lotek K., Urban A., 2008, *Wpływ ukształtowania przestrzeni fizycznej na zapobieganie przestępstwom i wykroczeniom*, Materiały dydaktyczne, Higher Police School Szczytno.

- Lukas T. (ed.), 2007, *Crime prevention in high-rise buildings*, Max Planck Institute, Freiburg.
- Luten I. (ed.), 2008, *Handboek Sociaal Veilig Ontwerp en Beheer*, THOTH, Bussum.
- Moffat R., 1983, *Crime prevention through environmental design – a management perspective*, „Canadian Journal of Criminology”, 25 (4), p. 19–31.
- Soomeren P. van, Woldendorp T., 1996, *Secured by Design in The Netherlands*, „Security Journal”, 7, p. 185–195.
- Soomeren P. van, de Kleurver J., et. al., 2014, *High-rise in trouble. The Bijlmemeer*, COST Action TU1203: Crime Prevention through Urban Design & Planning.
- Town S., Davey C., Wootton A., 2003, *Design against crime, secure urban environments by design*, University of Salford, Manchester.
- Town S., Davey C., Wootton A., 2004, *Review Design against crime, secure urban environments by design*, „Crime Prevention and Community Safety: An international Journal”, 6, p. 85–87.
- Voordt D.J.M. van der, Wegen H.B.R. van, 1990, *Sociaal Veilig Ontwerpen*, Publicatiebureau Bouwkunde, Technische Universiteit Delft.
- Woldendorp T., 2015, *Report COST Action Short Term Scientific Mission Łódź, Poland*, Amsterdam.
- Woldendorp T., Smits N., 2007, *The Crime prevention Carousel, what can we learn from each other*, The Dutch Contribution to the Crime prevention Carousel, Max Planck Institut, Freiburg.

Zarys treści

W artykule podjęto temat poczucia bezpieczeństwa jako bardzo istotnego elementu mającego wpływ na jakość życia mieszkańców i jego poprawę. Zwrócono uwagę na przestępczość i poczucie bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej, którą m.in. użytkują ludzie starzy. Celem opracowania jest wykorzystanie metody CPTED – holenderskich rozwiązań w dziedzinie zapobiegania przestępczości – jako rozwiązań architektonicznych, urbanistycznych i projektowania zieleni. Główne kryteria wykorzystywane w metodzie CPTED to widoczność, dostępność, terytorialność i atrakcyjność. Obserwacje i analizy dotyczące wykorzystania tej metody były prowadzone przez autora w Łodzi na osiedlu Widzew.

Słowa kluczowe

Metoda CPTED, poczucie bezpieczeństwa, przestępczość, Łódź-Widzew.