



Uniwersytet Gdański
Pracownia Realizacji Badań Socjologicznych

Gdańsk 80-952, ul. Bażyńskiego 4
tel. 523-44-05, e-mail: prbs@ug.edu.pl

Gdańska starość

Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65+

Piotr Czekanowski

Jarosław Załęcki

Maciej Brosz

Recenzent prof. dr hab. Brunon Synak

Gdańsk 2012



GDAŃSK
www.gdansk.pl

 **Pracownia
Realizacji
Badań
Socjologicznych**

Spis treści

Wstęp.....	4
Rozdział I Założenia metodologiczne.....	8
1.1. Cel i problematyka badań	8
1.2. Metoda badań i dobór próby	10
1.3. Charakterystyka badanej zbiorowości	12
Rozdział II Subiektywne poczucie starości oraz ocena stanu zdrowia i sprawności	16
2.1. Odczuwanie starości.....	18
2.2. Ocena stanu zdrowia.....	20
2.3. Korzystanie ze służby zdrowia.....	24
2.4. Sprawność w zakresie czynności życia codziennego.....	29
2.5. Pomoc w chorobie i niepełnosprawności	35
Rozdział III Sytuacja materialna i mieszkaniowa.....	39
3.1. Źródła utrzymania	42
3.2. Praca zarobkowa	44
3.3. Samoocena sytuacji materialnej	47
3.4. Korzystanie z pomocy społecznej.....	50
3.5. Ocena warunków mieszkaniowych	55
Rozdział IV Sytuacja rodzinna i wzajemna pomoc	61
4.1. Struktura rodziny i współzamieszkiwanie z innymi osobami	63
4.2. Samotność i poczucie osamotnienia	65
4.3. Ocena relacji rodzinnych	71
4.4. Osoba starsza jako odbiorca pomocy w rodzinie	74
4.5. Osoba starsza jako świadczeniodawca pomocy w rodzinie	76
Rozdział V Opinie na temat instytucjonalnych usług pomocowych.....	80
5.1. Potencjalna gotowość do korzystania z usług domów pomocy społecznej i domów dziennego pobytu	81
5.2. Potencjalna gotowość do korzystania z usług klubów seniora oraz innych placówek aktywizujących	86
5.3. Potencjalna gotowość do korzystania z komercyjnych (odpłatnych) usług pomocowych	92
5.4. Pomoc rodziny czy instytucji – preferencje osób starszych	94

Rozdział VI Aktywność i integracja społeczna osób starszych	98
6.1. Przynależność organizacyjna i udział w działaniach społecznych	100
6.2. Uczestnictwo w kulturze	104
6.3. Sport i aktywność fizyczna	107
6.4. Posiadane hobby	109
6.5. Udział w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku	112
6.6. Potrzeby w zakresie zinstytucjonalizowanych działań aktywizujących.....	114
6.7. Korzystanie z komputera i aktywność w sieci internetowej	116
6.8. Kręgi przyjacielskie i relacje sąsiedzkie	118
6.9. Aktywność i integracja czy alienacja społeczna?.....	120
Rozdział VII Waloryzacja miejsca zamieszkania (dzielnicy)	127
7.1. Infrastruktura drogowo-pieszna.....	129
7.2. Ład społeczny	131
7.3. Ład funkcjonalny	132
7.4. Infrastruktura w zakresie rekreacji i czasu wolnego	134
7.5. Ogólna ocena miejsca zamieszkania	137
7.6. Oczekiwania dotyczące inwestycji w dzielnicy	138
Rozdział VIII Postawy wobec środków psychoaktywnych oraz zagrożenie przemocą.....	141
8.1. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu.....	144
8.2. Nadużywanie leków	148
8.3. Osoba starsza jako ofiara przemocy.....	150
Rozdział IX Jakość życia osób starszych i jego społeczne uwarunkowania.....	152
9.1. Założenia teoretyczne pomiaru jakości życia	152
9.2. Indeks jakości życia na tle zmiennych socjodemograficznych	155
Podsumowanie.....	163
Fragment z recenzji prof. dra hab. Brunona Synaka	182
Spis rysunków	169
Spis tabel.....	172
Bibliografia	175

Wstęp

We współczesnym świecie mamy do czynienia z dynamicznie postępującym procesem starzenia się ludności. Podobne trendy obserwujemy także w Polsce. Zwiększająca się liczba ludzi starych w naszym kraju stawia przed współczesną nauką ogromne wyzwania. Pojawia się zatem potrzeba dokonania profesjonalnej i wieloaspektowej diagnozy sytuacji osób starszych oraz odkrycia podstawowych mechanizmów i prawidłowości zachodzących w sferze życia społecznego. Również w Gdańsku obserwujemy obecnie postępujący proces starzenia się populacji. Spowodowany jest on licznymi czynnikami, wśród których za główne uznaje się spadek liczby urodzeń, spadek umieralności oraz migracje. Pomimo występowania takiego trendu demograficznego, jak i jego nasilenia zwłaszcza w ostatnich dekadach, wiedza na temat zbiorowości ludzi starych oraz możliwości ich wspomagania jest daleko niewystarczająca. Okazuje się bowiem, że szersze badania gerontologiczne w ogóle, a badania socjologiczne osób w podeszłym wieku w szczególności, należą w naszym kraju wciąż do rzadkości. Kwestia ta nabiera coraz istotniejszego znaczenia chociażby w świetle najnowszej prognozy ludności dla Polski. Według tej prognozy odsetek ludzi starych (65+) w strukturze naszego społeczeństwa ma ulec zdecydowanemu zwiększeniu, gdyż z dzisiejszego poziomu blisko 14% ma zwiększyć się do ponad 18% w 2020 roku, a w stosunkowo nieodległej perspektywie, czyli w 2035 roku, ma osiągnąć poziom około 23% (zbliżone tendencje demograficzne dadzą się również zaobserwować w odniesieniu do ludności woj. pomorskiego, jak i mieszkańców samego Gdańska). Można zatem założyć, że obserwowane już obecnie bezpośrednie oraz pośrednie konsekwencje zwiększającej się liczby ludzi starych w społeczeństwie znajdą swoje wyraźniejsze odzwierciedlenie w wielu obszarach życia społecznego w najbliższych latach.

Zdaniem autorów tego opracowania, do istotnych zadań, które winna podejmować współczesna polska nauka, należałoby zaliczyć rozpoznawanie istoty wielowymiarowych zmian zachodzących w przyrastającej liczebnie zbiorowości ludzi starych w naszym kraju. Zauważmy bowiem, że zwłaszcza w ostatnich latach, wraz z postępującymi przemianami demograficznymi mamy równolegle do czynienia ze znaczącymi zmianami, które wynikają chociażby z transformacji ustrojowej, z przystąpienia Polski do struktur Unii Europejskiej czy które stanowią efekty postępu technologicznego. Ponadto, wśród tak zwanych zwykłych obywateli, funkcjonuje wiele negatywnych stereotypów w odniesieniu do ludzi starych. Z kolei w tak zwanym świecie nauki nadal brakuje uznanej powszechnie teorii, która tłumaczyłaby w czytelny sposób to, jak funkcjonują ludzie w tej

fazie życia, jaką jest starość. Za przykład mogą tu posłużyć dwie - w zasadzie wykluczające się - teorie czyli teoria wyłączenia się (wycofywania się) i teoria aktywności.

Aby móc analizować i reagować na zasygnalizowane wyżej zmiany oraz weryfikować stereotypowe wizje na temat okresu starości, niezbędne jest oparcie się na możliwie często aktualizowanej wiedzy na temat zbiorowości ludzi starych. Chcemy, aby za jedno z rzetelnych źródeł tej wiedzy można było uznać niniejsze opracowanie. Ma ono charakter studium empiryczno-analitycznego. Jego zasadniczym celem jest dokonanie diagnozy sytuacji psychospołecznej, zdrowotnej, materialnej i rodzinnej mieszkańców Gdańska w wieku 65+. Taka granica wieku wynika z faktu, iż w naukach zajmujących się ludźmi starymi, takich jak gerontologia społeczna, za umowny początek starości przyjmuje się najczęściej 65 rok życia człowieka. Mamy oczywiście świadomość, na co zwracał już uwagę E. Rosset (1959, s. 107), że ustalenie początku starości staje się zawsze problematyczne, ale poczynienie pewnych umownych ustaleń w tym względzie uznajmy za nieodzowne. Co więcej, ze względu na stosowanie tego proggu starości między innymi przez ONZ czy EUROSTAT mamy możliwość dokonywania zarówno krajowych jak i międzynarodowych rzetelnych porównań odnoszących się do tego, co dzieje się w zbiorowości ludzi starych.

Podstawą zaprezentowanych w opracowaniu analiz jest bogaty materiał empiryczny uzyskany w trakcie badań socjologicznych przeprowadzonych (w ramach prac Zakładu Socjologii Stosowanej Uniwersytetu Gdańskiego) metodą wywiadu kwestionariuszowego, na reprezentatywnej próbie 1500 osób – mieszkańców Gdańska w wieku 65+. Badania przeprowadzone zostały w maju i czerwcu 2012 roku. Do podjęcia badań skłoniły autorów zarówno motywacje naukowo-badawcze, jak i względy praktyczno-społeczne, związane z dostarczeniem przesłanek i wniosków aplikacyjnych na użytek władz lokalnych, działaczy społecznych i animatorów życia społecznego, mających wpływ na warunki i jakość życia starszych mieszkańców Gdańska. Chcemy podkreślić, że zrealizowany projekt badawczy był pierwszym projektem w historii Gdańska (i prawdopodobnie pierwszym w Polsce odnoszącym się do konkretnego miasta¹), o tak szerokim zakresie tematycznym i obejmującym tak liczną próbę badawczą złożoną z osób mających 65 lat i więcej.

Badania zostały zainicjowane i przeprowadzone przy współpracy z Gdańską Radą ds. Seniorów, która jest organem doradczym Prezydenta Miasta Gdańska w sprawach dotyczących osób starszych oraz były współfinansowane przez Urząd Miasta w Gdańsku oraz Uniwersytet Gdański. Warto zauważyć, że badania te zostały zrealizowane w 2012 roku, dzięki czemu stanowią

¹ Warto zauważyć, że badania miejskie - o nieco zbliżonym do naszego charakterze - zostały zrealizowane już wcześniej w Poznaniu. Zakres tematyczny tamtych badań był jednak węższy, a próba badawcza obejmowała osoby mające co najmniej 80 lat. Zob. Z. Woźniak, 1997, Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej.

jedno z najistotniejszych działań podejmowanych w Gdańsku w związku z Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej².

Dla autorów przygotowujących badanie, i niniejsze opracowanie³, istotną inspiracją były dwa wcześniejsze, kompleksowe i ogólnopolskie badania ludzi starych (65+). Pierwsze z nich zostało przeprowadzone w roku 2000 roku przez zespół pod kierunkiem prof. B. Synaka (tzw. badania PTG)⁴. Odniesienie się do wyników badań z 2000 roku otworzyło przed nami unikalną możliwość wychwycenia podobieństw i ewentualnych różnic występujących w sytuacji ludzi starych na przestrzeni ostatnich 12 lat⁵. Zwłaszcza te lata charakteryzują się pojawieniem się – jak już zasygnalizowaliśmy wcześniej - bardzo dynamicznie przebiegających i zróżnicowanych zmian zachodzących w całym polskim społeczeństwie, które współtworzą przecież również ludzie starzy.

Drugim z badań ogólnopolskich, do których nawiązujemy w badaniach gdańskich, są te najnowsze zatytułowane *PolSenior*, które zostały zrealizowane w latach 2008-2010 przez zespół pod kierunkiem prof. P. Błędowskiego⁶. Skorzystanie z pierwszych opublikowanych wyników uzyskanych w tych badaniach umożliwi nam dokonanie stosownych porównań, tym razem – w odróżnieniu od wyników badań PTG - z wynikami odnoszącymi się do współczesnej (niemal – obecnej) sytuacji osób zaawansowanych wiekiem w naszym kraju.

Niniejsze opracowanie składa się z dziewięciu rozdziałów. Pierwszy dotyczy założeń metodologicznych badań. Kolejne rozdziały (od 2 do 8) koncentrują się na omówieniu wyników badań według kilku zasadniczych wątków tematycznych, tj.: odczuwanie starości oraz ocena stanu zdrowia, sytuacja materialna i mieszkaniowa, sytuacja rodzinna i wzajemna pomoc w rodzinie, postawy osób starszych wobec instytucjonalnych usług pomocowych, integracja i aktywność społeczna, waloryzacja miejsca zamieszkania (dzielnicy), postawy osób starszych wobec środków

² Podsumowanie działań związanych z tą inicjatywą UE miało miejsce 15 listopada 2012 roku w Brukseli, podczas konferencji zatytułowanej: „Beyond the European Year for Active Ageing: Building on Conclusions and Targeting Future Developments”.

Dodajmy, że rok 2012, został także ustanowiony w Polsce Rokiem Uniwersytetów Trzeciego Wieku (uchwała Senatu RP z 1 lutego 2012 roku). Jak zaznaczył M. Augustyn, Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych, Izba chciała w ten sposób „podkreślić znaczenie edukacji dla rozwoju i wykorzystania potencjału starszego pokolenia Polaków, a także wskazać na ogromną rolę, jaką odgrywają seniorskie organizacje pozarządowe” (zob. pismo M. Augustyna z 24 kwietnia 2012 roku skierowane do Gdańskiej Rady ds. Seniorów).

³ Projekt badawczy poświęcony sytuacji życiowej ludzi starych w Gdańsku został przygotowany przez zespół, który współtworzyli P. Czekanowski (kierownik projektu), J. Załęcki M. Brosz oraz T. Tobis.

⁴ Zob. Polska starość, 2002, B. Synak (red.). Zob. także: P. Czekanowski, 2012, Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości.

⁵ Na ten sam „czasowy” wymiar wartości poznawczych w odniesieniu do badań PTG zwracają uwagę autorzy ogólnopolskich badań zrealizowanych w ramach projektu *PolSenior*. Zob. M. Mossakowska, A. Szybalska, P. Błędowski, 2012, Geneza, cele i zakres badania, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), s. 31.

⁶ Zob. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, 2012, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.).

psychoaktywnych oraz zagrożenie przemocą. Ostatni, dziewiąty rozdział stanowi kompleksowe i wieloaspektowe ujęcie jakości życia osób w wieku 65+ w Gdańsku oraz ukazuje jego społeczne uwarunkowania. Całość pracy została zakończona podsumowaniem, w którym streszczono najważniejsze wyniki z badań.

Rozdział I

Założenia metodologiczne

1.1. Cel i problematyka badań

Problematyka podjętych badań mieści się zarówno w zakresie badań podstawowych – tj. oryginalnych prac teoretycznych podejmowanych w celu zdobycia nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowanych faktach, jak również w zakresie badań stosowanych – tj. prac badawczych podejmowanych w celu zdobycia nowej wiedzy, zorientowanych na zastosowanie w praktyce. Celem przeprowadzonych badań było zarówno odkrycie nowych zależności i twierdzeń o charakterze naukowym, jak również pogłębienie wiedzy już istniejącej, która wymaga ciągłego poszerzania zwłaszcza w odniesieniu do środowiska lokalnego. Chodziło przede wszystkim o uzyskanie wielostronnych i dokładnych informacji o warunkach, jakości życia, potrzebach i oczekiwaniach ludzi starszych w wieku 65+ zamieszkałych na terenie Gdańska. Poza zakresem badań pozostały osoby obłożnie chore, przebywające w szpitalu oraz te, które z racji problemów z pamięcią nie były w stanie uczestniczyć w badaniu. W badaniu nie uczestniczyły również osoby przebywające w domach pomocy społecznej, pensjonariusze zespołów opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz osoby bezdomne. Te kategorie osób starszych wymagałyby bowiem sformułowania zarówno nieco odmiennej tematyki badań, jak i zastosowania innej metody badawczej (w tym także innych treści pytań kierowanych do respondentów).

Na problematykę badawczą składają się dwa zasadnicze pytania, wokół których koncentrowały się przedstawione w tym opracowaniu analizy. Po pierwsze, opierając się na diagnostycznych badaniach przekrojowych, chcemy odpowiedzieć na pytanie: Jaki jest ogólny obraz sytuacji ludzi starych w Gdańsku w wymiarze psychospołecznym, zdrowotnym, materialnym i rodzinnym? Po drugie, na podstawie szczegółowej analizy statystycznej, chcemy odpowiedzieć na pytanie: Jak różnicuje się sytuacja ludzi starych w zależności od stref miasta (dzielnic), cech demograficznych oraz niektórych uwarunkowań psychospołecznych i kulturowych?

Badana te mają zatem do spełnienia dwa cele:

- 1) diagnostyczny, tj. opisanie rzeczywistości w różnych wymiarach życia [jak jest?]
- 2) wyjaśniający, tj. ukazanie zależności [dlaczego tak jest? Od czego to zależy?]

Szczegółowa problematyka badawcza oscyluje wokół następujących zagadnień:

- Wyobrażenie (obraz) starości oraz subiektywne poczucie starości.
- Samoocena stanu zdrowia i korzystanie z usług medycznych, w tym usług odpłatnych.
- Sprawność funkcjonalna w zakresie czynności życia codziennego oraz potrzeba otrzymywania pomocy w chorobie i niepełnosprawności.
- Sytuacja rodzinna, miejsce osób starszych w rodzinie oraz wzajemna pomoc międzypokoleniowa.
- Problem samotności i odczuwanego osamotnienia.
- Sytuacja materialna, aktywność zarobkowa oraz sytuacja mieszkaniowa.
- Ocena miejsca zamieszkania (dzielnicy) w zakresie infrastruktury drogowo-piesznej, rekreacyjnej, kulturalnej oraz ładu funkcjonalnego i ładu społecznego.
- Integracja i aktywność społeczna osób starszych, uczestnictwo w kulturze oraz inne realizowane formy aktywności w czasie wolnym (aktywność fizyczna, pasje, hobby).
- Znajomość obsługi komputera przez osoby starsze oraz korzystanie z Internetu jako źródła pozyskiwania informacji jak również jako formy komunikacji.
- Postawy wobec zinstytucjonalizowanych form pomocy, w tym postawy wobec domów pomocy społecznej, domów dziennego pobytu i innych form pomocy.
- Postawy i oczekiwania wobec różnych form aktywizacji osób w wieku 65+
- Korzystanie ze środków psychoaktywnych (papierosy, alkohol) oraz problem nadużywania leków (zwłaszcza przeciwbólowych, uspokajających i nasennych).
- Poczucie bezpieczeństwa oraz zagrożenie przemocą emocjonalną i fizyczną.
- Oczekiwania wobec lokalnej polityki społecznej oraz programów adresowanych m.in. do osób w wieku 65+.
- Zakres wiedzy oraz korzystania z programów społecznych i zdrowotnych kierowanych m.in. do osób starszych na terenie Gdańska.

Tak szeroko zakrojona diagnoza sytuacji i postaw osób starszych implikuje konieczność postawienia kilku bardziej szczegółowych pytań badawczych:

1. Czy w dobie sygnalizowanego niekiedy kryzysu rodziny oraz rozwoju zinstytucjonalizowanych form pomocy społecznej, rodzina pozostaje wciąż podstawową instytucją i grupą wspierającą osoby starsze, a na ile funkcje rodziny w tym zakresie ulegają redukcji?
2. Czy i w jakim zakresie osoby starsze pozostają przedmiotem oddziaływań społecznych, a na ile są twórczym podmiotem kreującym społeczną rzeczywistość i mającym wkład w życie społeczne i rodzinne?

3. Czy i jak powszechne są postawy wyłączenia się osób starszych z aktywnego życia społecznego, z interakcji społecznych i z uczestnictwa w kulturze?
4. Jakie są potrzeby i oczekiwania osób starszych wobec władz miasta oraz innych instytucji samorządowych oraz organizacji pozarządowych?

Uzyskany materiał empiryczny poddany został analizie w zależności od następujących cech społeczno-demograficznych (zmiennych niezależnych): płeć, wiek, wykształcenie, sytuacja materialna, aktywność zarobkowa, miejsce zamieszkania – strefa/dzielnica miasta, stan cywilny (posiadanie współmałżonka lub stałego partnera życiowego) oraz subiektywna ocena stanu zdrowia. Wiek, a co z tym się wiąże i stan zdrowia badanych osób, określa możliwości w zakresie poruszania się w przestrzeni miasta oraz w zakresie czynności życia codziennego. Niejednokrotnie wykształcenie ma związek z preferencjami i aspiracjami badanych, z ich „wyposażeniem” i potencjałem kulturowym, a więc z potrzebami i oczekiwaniami, sytuacja materialna wyznacza możliwości wyboru i ram potencjalnej konsumpcji. Posiadanie współtowarzysza życia (współmałżonka/partnera) i bliskiej rodziny może dawać poczucie bezpieczeństwa, może chronić przed wyobcowaniem i być czynnikiem mobilizującym do aktywności. I wreszcie usytuowanie w przestrzeni (strefa zamieszkania) stwarza lepsze lub gorsze możliwości komunikacyjne, kształtuje jakość życia codziennego w najbliższym miejscu zamieszkania oraz determinuje preferencje co do sposobu użytkowania i zagospodarowania przestrzeni.

W toku dalszej analizy, obok wielu wskazanych już wyżej zagadnień, sformułowano dwa kluczowe pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom integracji społecznej oraz aktywność w różnych wymiarach życia osób w wieku 65+?
2. Jaki jest poziom jakości życia osób w wieku 65+ uwzględniających zarówno wymiar zdrowotny, jak i wymiar materialny, rodzinny i społeczny?

Aby odpowiedzieć na te pytania przygotowano dwa indeksy (indeks integracji społecznej i aktywności oraz indeks jakości życia). Oba indeksy zostały skonstruowane w oparciu o kilkanaście szczegółowych wskaźników cząstkowych (por. rozdz. 6 i rozdz. 9). Oczywiście pytania te wymagają również rozstrzygnięcia dotyczącego determinantów i społecznych uwarunkowań, które mogą kształtować zarówno poziom integracji społecznej i aktywności, jak również poziom jakości życia osób starszych zamieszkałych na terenie Gdańska.

1.2. Metoda badań i dobór próby

Badania przeprowadzone zostały w maju i czerwcu 2012 roku, na reprezentatywnej 1500 osobowej próbie mieszkańców Gdańska w wieku 65+ (maksymalny błąd próby dla $p < 0,001$ wynosi +/- 2,5%). Ze

względu na fakt, że populację stanowiły osoby starsze (w tym znaczą część stanowiły osoby w wieku przekraczającym 80 lat) dlatego zdecydowano się na zastosowanie metody wywiadu kwestionariuszowego⁷, ze względu na cele badań - o wysokim stopniu standaryzacji, który realizowany był bezpośrednio (*face to face*), przez odpowiednio do tego przeszkolonych ankierów (w większości studentów socjologii Uniwersytetu Gdańskiego). Kwestionariusz zawierał 128 pytań, w tym 125 zamkniętych i 3 otwarte. W kwestionariuszu zawarte były również pytania tabelaryczne pełniące funkcję indeksów (np. indeks dotyczący oceny sprawności respondenta, waloryzacji dzielnicy zamieszkania czy form doświadczanej przemocy). Do kwestionariusza dołączono 5 odrębnych pytań skierowanych do ankiera, których celem było uchwycenie społecznych uwarunkowań towarzyszących przeprowadzanym wywiadam. Ponadto ankierzy podpisali oświadczenie, w którym zobowiązywali się do nieujawniania wiedzy pozyskanej od respondentów w trakcie prowadzonych badań. Przeciętny czas realizacji jednego wywiadu wynosił około 45 minut. Ankier wyposażony był w instrukcję zawierającą uwagi odnoszące się do aranżacji wywiadu, wyjaśnienia dotyczące niektórych pytań oraz sposobu doboru respondentów.

Próba została dobrana za pomocą metody losowo-kwotowej. Obszar miasta podzielony został na dzielnice (osiedla) zgodnie z istniejącym już podziałem na jednostki pomocnicze. Następnie w każdej jednostce wylosowano od kilku do kilkunastu ulic, na których wylosowane zostały tzw. „gospodarstwa startowe”. Następnie ankier dobierał respondentów poruszając się według założonej marszruty (co *n*-te mieszkanie) prosząc o udział w badaniu osoby spełniające określone kryteria demograficzne (płeć i wiek). Metoda ta dała gwarancję równomiernego rozmieszczenia respondentów na całym terytorium miasta oraz uwzględniła przekrój demograficzny całej populacji osób w wieku 65+.

Z danych uzyskanych od ankierów (wypełniony załącznik do ankiety) wynika, że 91% respondentów nie miała większych problemów ze zrozumieniem pytań zawartych w kwestionariuszu, natomiast 9% badanych wymagało dłuższego czasu na zastanowienie i niekiedy oczekiwało dodatkowych wyjaśnień ze strony ankiera. Ponadto w przypadku 21% respondentów podczas wywiadów obecne były osoby trzecie – te osoby to zazwyczaj współmałżonkowie/partnerzy lub osoby spoza rodziny sprawujące opiekę nad respondentem. W większości osoby te nie ingerowały i nie pomagały respondentowi w udzielaniu odpowiedzi. Jedynie w przypadku 7% badanych ingerencja osoby trzeciej była konieczna ze względu na stan zdrowia lub stan sprawności respondenta. Optymistyczne jest to, że osoby, które wyraziły zgodę na udział w badaniu

⁷ O zaletach i ograniczeniach związanych ze stosowaniem tego typu metody badawczej w rozpoznawaniu sytuacji życiowej ludzi starych - zob. Czekanowski 2012, Społeczne ..., op. cit., zwłaszcza rozdział 3.2: Podejście ilościowe i jakościowe – próba wyjścia poza tradycyjną dychotomię.

w zdecydowanej większości (95%) miały życzliwy stosunek do ankietera i wykazywały duże zainteresowanie poruszaną tematyką.

Badania przeprowadzone zostały w oparciu o obowiązujące w nauce procedury i schematy metodologiczne stosowane podczas systematycznego gromadzenia, rejestrowania, analizowania i interpretowania danych. Przy ilościowej analizie otrzymanych wyników zastosowane zostały metody opisowe oraz metody statystyczne, które pozwoliły określić istotność zależności między zmiennymi oraz stwierdzić siłę związków korelacyjnych. Przedmiotem analizy były zmienne jakościowe oraz zmienne ilościowe (najczęściej nominalne i porządkowe). Wnioskowanie statystyczne przeprowadzone zostało (w zależności od rodzaju analizowanych zmiennych) za pomocą testów χ^2 , współczynnika korelacji r -Spearmana, F -Fishera, współczynnik α -Cronbacha oraz miary tendencji centralnej. Przy niektórych zmiennych, gdzie uzyskane odpowiedzi zostały potraktowane tak, jakby tworzyły skalę interwałową, obliczano miarę tendencji centralnej (średnią arytmetyczną). Wybór powyższych współczynników wynikał z charakteru analizowanych zmiennych, czyli z przyjętego poziomu pomiaru. Komputerowa baza danych oraz obliczenia statystyczne wykonane zostały w programie SPSS. W pracy ujęte i omówione zostały w szczególności te zależności między zmiennymi, które wykazały ich wzajemną kowariancję co najmniej na poziomie istotności $p < 0,05$.

1.3. Charakterystyka badanej zbiorowości

Szczegółowe dane dotyczące wielkości oraz struktury ludności zamieszkałej w Gdańsku w wieku 65+ znaleźć można w licznych opracowaniach statystycznych wydanych przez Urząd Miasta w Gdańsku oraz Wojewódzki Urząd Statystyczny w Gdańsku. W tym miejscu ograniczymy się jedynie do dokonania charakterystyki badanej próby w zakresie podstawowych cech demograficzno - społecznych (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny) z uwzględnieniem różnicowań przestrzennych (strefy i dzielnice miasta). Należy podkreślić, że struktura badanej próby pod względem podstawowych cech demograficznych (płeć i wiek) oraz różnicowań przestrzennych (liczebność mieszkańców w poszczególnych dzielnicach) odzwierciedla strukturę całej populacji osób starych w Gdańsku. Występujące niewielkie różnice mieszczą się w dopuszczalnym błędzie statystycznym (test χ^2 nie wykazał istotnych różnic w rozkładzie danych w populacji i w próbie).

Tab. 1. Struktura demograficzno-społeczna badanej próby (%)

płeć	
kobiety	60,2
mężczyźni	39,8
wiek	
65-69 lat	33,8
70-74 lat	28,5
75-79 lat	20,5
80+	17,2
wykształcenie	
podstawowe	20,5
zasadnicze zawodowe	20,5
średnie ⁸	43,5
wyższe	15,5
stan cywilny	
osoby posiadające współmałżonka/partnera	52,8
osoby żyjące samotnie (nie posiadające współmałżonka/partnera)	47,2

n = 1500

W badanej próbie znalazło się 60,2% kobiet oraz 39,8% mężczyzn. W przypadku wieku najliczniejszą kategorię stanowią osoby mieszczące się w przedziale 65-69 lat (33,8%), następnie w wieku 70-74 lat (28,5%) i 75-79 lat (20,5%). Czwartą, najmniej liczną kategorię stanowią osoby w wieku powyżej 79 roku życia (17,2%). Ze względu na posiadane wykształcenie najliczniej reprezentowane są osoby z wykształceniem średnim – odsetek ten wynosi 43,5%. Co piąty respondent deklaruje wykształcenie podstawowe (20,5%) i niemal tyle samo wykształcenie zasadnicze zawodowe (20,5%). Niespełna co siódma osoba zadeklarowała posiadanie wyższego wykształcenia (15,5%). Nieco ponad połowa badanych (52,8%) stanowią osoby pozostające aktualnie w związkach małżeńskich (lub w innych tzw. stałych związkach partnerskich). Osoby żyjące samotnie (tj. nie posiadające aktualnie współmałżonka lub innego tzw. partnera życiowego) stanowią 47,2% ogółu badanych.

Istotną cechą (zmienną) z punktu widzenia założeń badawczych jest rozkład liczebności osób badanych w zależności od zamieszkiwanego obszaru miasta. Dla potrzeb analizy wyodrębniono pięć następujących stref :

1. **Strefa centralna** obejmująca starsze dzielnice miasta, położone wzdłuż głównej arterii komunikacyjnej, o zdecydowanej dominacji własności komunalnej (Śródmieście, Wrzeszcz, Oliwa, VII Dwór, Strzyża, Aniołki).

⁸ Do grona osób z wykształceniem średnim włączyliśmy również te, które miały wykształcenie policealne i pomaturalne, ze względu na ich małą liczebność.

2. **Południowa strefa wielkich zespołów mieszkaniowych** (WZM) obejmująca w większości osiedla zbudowane z „wielkiej płyty” z lat siedemdziesiątych o przewadze własności spółdzielczej (Piecki – Migowo, Suchanino, Niedźwiednik, Wzgórze Mickiewicza).
3. **Taras południowo-zachodni** obejmujący Chełm, Ujeścisko, Łostowice, Jasień oraz pozostałe dzielnice położone w pobliżu obwodnicy trójmiasta (Osowa, Matarnia, Kokoszki). W większości jest to zabudowa spółdzielcza lub developerska.
4. **Północna strefa wielkich zespołów mieszkaniowych** (WZM), obejmująca w większości osiedla z „wielkiej płyty”, z lat siedemdziesiątych o przewadze własności spółdzielczej (Żabianka, Przymorze, Zaspą).
5. **Strefa przemysłowa** obejmująca w większości starsze dzielnice sąsiadujące z terenami o funkcjach przemysłowych, ewentualnie magazynowo – składowych, o przewadze własności komunalnej (Brzeźno, Nowy Port, Letnica, Stogi, Przeróbka, Orunia, Olszynka, Rudniki).

Przy wyodrębnieniu powyższych stref miasta wzięto pod uwagę kilka kryteriów:

- a) położenie przestrzenne, b) realizowane funkcje, c) genezę i czas ich powstawania, d) strukturę społeczno – demograficzną ludności, e) dominujące stosunki własności dotyczące terenów i zabudowy.

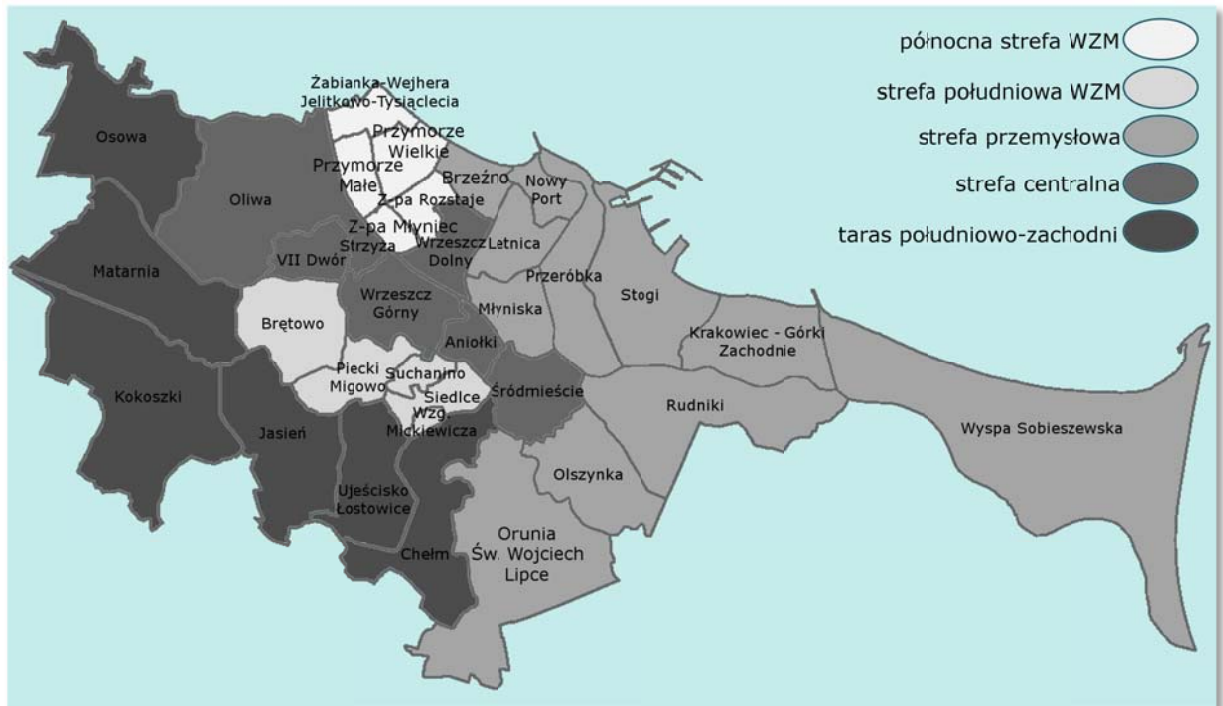
Dokonując doboru próby zadbano, aby jej struktura pod względem rozmieszczenia terytorialnego odpowiadała strukturze całej populacji mieszkańców Gdańska. I tak najwięcej respondentów objętych badaniem zamieszkuje w strefie centralnej (27,8%), następnie w strefie północnych WZM (21,9%) oraz w obrębie tarasu południowo-zachodniego (19,3%). Nieco mniej respondentów zamieszkuje w strefie nazwanej dość umownie, strefą przemysłową (17,5%) oraz w południowej strefie WZM (13,6%).

Tab. 2. Struktura przestrzenna (dzielnicowa) badanej próby (%)

strefa	dzielnica		
strefa centralna	Śródmieście, Aniołki	8,8	27,8
	Wrzeszcz Dolny, Wrzeszcz Górny, Strzyża	13,7	
	Oliwa, VII Dwór	5,3	
południowa strefa WZM	Suchanino, Siedlce, Wzgórze Mickiewicza	6,9	13,6
	Piecki-Migowo, Brętowo	6,7	
taras południowo-zachodni	Chełm, Ujeścisko, Łostowice, Jasień	13,9	19,3
	Osowa, Matarnia, Kokoszki	5,4	
północna strefa WZM	Przymorze Wielkie i Małe, Żabianka	15,5	21,9
	Zaspą Rozstaje, Zaspą Młyniec	6,3	
strefa przemysłowa	Brzeźno, Nowy Port, Letnica, Młyniska,	7,1	17,5
	Stogi, Przeróbka, Krakowiec, Wyspa Sobieszewska	4,6	
	Orunia, Olszynka, Rudniki	5,7	

n = 1500

Rys. 1. Struktura przestrzenna w Gdańsku uwzględniona w badaniu



W okresie PRL, w tzw. socjalistycznej polityce mieszkaniowej, obowiązywała zasada maksymalnego przemieszania przedstawicieli różnych zawodów w miejscu ich zamieszkania. Miała ona zapobiec segregacji ludności według cech zawodowych i wykształcenia, a w rezultacie nie dopuścić do kształtowania się dzielnic „lepszych” i „gorszych” z punktu widzenia ich społecznego składu (Wallis 1971, s. 67). Polityka ta powiodła się tylko częściowo. W badaniach geograficznych nad zróżnicowaniami społeczno – przestrzennymi stwierdzono, że przestrzeń wewnątrz miast polskich jest silnie zróżnicowana. Ogólną prawidłowością jest koncentracja wyższych grup społecznych i zawodowych na obszarach o najlepszych warunkach mieszkaniowych oraz większy udział niższych w hierarchii społecznej grup na obszarach o warunkach znacznie gorszych (Węclawowicz 1988). Przykładem tego jest Gdańsk, gdzie rozmieszczenie mieszkańców w przestrzeni wyraźnie różnicuje się w zależności od wskazanych wyżej cech społeczno-demograficznych. W strefie nazwanej umownie strefą przemysłową (Nowy Port, Letnica, Stogi, Przeróbka, Orunia, Olszynka, Rudniki) zamieszkuje najwyższy odsetek ludności z wykształceniem podstawowym, reprezentujący gospodarstwa domowe o najniższych dochodach. Tam też najniżej oceniana jest przestrzeń miasta, notowane są najwyższe odsetki osób bezrobotnych oraz osób będących klientami pomocy społecznej (Załęcki 2003, s. 49-55). Interesujące jest zatem, czy i na ile usytuowanie w tych tzw. zdegradowanych dzielnicach miasta wymagających rewitalizacji rzutować będzie na sytuację mieszkających tam gdańszczan w wieku 65+.

Rozdział II

Subiektywne poczucie starości oraz ocena stanu zdrowia i sprawności

Aby móc określić, od kiedy rozpoczyna się starość, należy rozróżnić dwa zbliżone do siebie językowo określenia, to znaczy starość i starzenie. Liczni autorzy (m.in. Piotrowski, 1971; Rembowski, 1984; Małecka, 1985; Staręga-Piasek, 1988; Susułowska, 1989; Szatur-Jaworska, 1991, 2000; Łopato, 1991; Szatur-Jaworska, Błędowski i Dziegielewska, 2006; Czekanowski, 1993a, 2012), od lat wskazują na trudności w jednoznacznym i powszechnie akceptowanym definiowaniu obu pojęć. Na przykład I. Stuart-Hamilton (2006, s. 18) zauważa, że starzenie możemy zdefiniować jako procesy, które oddziałują na człowieka w trakcie jego rozwoju. Bardziej całościowo starzenie ujmuje R. C. Atchley (1985, s. 365), według którego - w swobodnym tłumaczeniu - jest ono fizycznym, psychologicznym i społecznym procesem, który przez cały czas powoduje zmiany w możliwościach funkcjonalnych człowieka, rzutując tym samym na jego miejsce w społeczeństwie. Przywołane przykłady uświadamiają nam, że starzenie człowieka traktowane jest zazwyczaj jako proces powstawania i pogłębiania się pewnych cech występujących u człowieka, a starość - w powszechnym i uproszczonym ujęciu - jest zespołem tych cech⁹. Kiedy zatem rozpoczyna się starość? O tym, że poszukiwanie początku starości nie jest proste, przekonują chociażby L. Frąckiewicz i B. Żakowska-Wachelko (1987, s. 58). Autorki te piszą wprost, że „jedną z najtrudniejszych spraw w gerontologii jest określenie granicy starości”. Jak podkreśla I. Stuart-Hamilton (2006, s. 18), przechodzenie z jednej fazy życia do drugiej (konkretnie, z wczesnej dorosłości w późną dorosłość) jest procesem stopniowym, płynnym i ciągłym, tak więc ludzie nie starzeją się z dnia na dzień, a to z kolei implikuje często spotykany w nauce dylemat, czyli „jak w ciągłości wyznaczyć podkategorie?”. J. Piotrowski (1971, s. 126), nieco zawężając, czy precyzując cel tych poszukiwań spostrzega, że „starość ma wyraźnie określoną granicę końcową, którą jest granica życia ludzkiego, natomiast jej granica początkowa jest bardzo nieokreślona”. Napotykając na wspomniane trudności przy ustalaniu kryteriów i „progów” starości, wiele dyscyplin naukowych stara się określić wiek jednostek (czy też - jak demografia - całych populacji), posługując się specyficznymi dla siebie wskaźnikami. Dla

⁹ W ujęciu demograficznym E. Rosset (1967, s. 13) rozróżnia te pojęcia następująco: „Starzenie się ludności jest pojęciem dynamicznym. Mówi nam ono o zmianach w strukturze wieku, które polegają na wzroście proporcji ludzi starych. Istnienie takiego procesu może być stwierdzone przy porównywaniu proporcji ludzi starych w jednym i tym samym kraju w różnych okresach. Pod starością demograficzną rozumiemy sytuację typu statycznego: wyznacza ją określona proporcja ludzi starych w społeczeństwie. Różnice w poziomie starości demograficznej występują przy porównaniu proporcji ludzi starych w różnych krajach w jednym i tym samym czasie”. Zob. też: E. Rosset, 1959, *Proces ...*, op. cit., s. 13.

zasygnalizowania różnorodności zastosowanych tu podejść wystarczy wymienić – za B. Szatur-Jaworską (1991, 2000) – rozmaite określenia wieku (progi starości): wiek biologiczny (funkcjonalny), psychologiczny (psychiczny), społeczny, ekonomiczny, socjalny (prawny) czy wiek kalendarzowy (demograficzny, chronologiczny). W sytuacji, w której występuje tyle ujęć wieku, najłatwiejszym do zoperacjonalizowania, a w efekcie powszechnie stosowanym, okazuje się wiek kalendarzowy, na podstawie którego wyodrębniamy kategorię ludzi starych. Jak uzasadniliśmy we wstępie do tego opracowania, dobierając osoby do próby badawczej za początek starości przyjęliśmy 65 rok życia człowieka. Poczynienie takiego założenia związanego z wiekiem nie oznacza jednakże, że sami ludzie starzy muszą identyfikować początek swojej starości z taką właśnie konkretną liczbą lat własnego życia. Ludzie starzy w zróżnicowany sposób postrzegają tę fazę życia, jaką jest starość. Co więcej, bardzo istotna jest sprawa autoidentyfikacji ze starością. Jak zauważyła bowiem trafnie M. Susułowska (1989, s. 50), najpierw trzeba poczuć się starym, aby nim w rzeczywistości być. Zasygnalizowane tutaj kwestie mają związek nie tylko z postawami wobec starości ale i sposobami przystosowania się do niej. Należy ponadto pamiętać, że starość bywa bardzo długim okresem w naszym życiu, stąd też może być odmiennie postrzegana w zależności od konkretnego etapu w indywidualnym przebiegu starości.

Nie ulega wątpliwości, że stan zdrowia jest w dużej mierze związany z wiekiem danej jednostki. W literaturze gerontologicznej (zob. np. Bień, 2002a, s. 35) podkreśla się, że jakość życia człowieka w dużym stopniu uzależniona jest od stanu jego zdrowia. Jednakże – jak autorka ta zaznacza dalej – uwarunkowania stanu zdrowia ludzi zaawansowanych wiekiem są nie tylko w dużym stopniu złożone, ale i wieloczynnikowe. Z jednej strony bowiem mają związek z tempem naturalnego i jednostkowego procesu starzenia się, a z drugiej – są wynikiem chorób czy urazów, również tych, które zależne są od wieku. Bardzo ważne jest zagadnienie związane z samooceną zdrowia. Okazuje się, że opierając się wyłącznie na badaniach klinicznych nie jesteśmy w stanie zobrazować całej złożoności różnorodnych elementów, które składają się na indywidualne postrzeganie stanu własnego zdrowia, z jego uwarunkowaniami psychofizycznymi i środowiskowymi. Za jeden z istotnych elementów mogących rzutować na stan zdrowia jest dostępność do usług zdrowotnych rozumianych w szerokim zakresie. Kondycja zdrowotna z kolei determinuje możliwość wykonywania różnych czynności, czyli - upraszczając – naszą sprawność. To od niej zależy, czy będziemy w stanie zaspokajać potrzeby we własnym zakresie, czy będzie do tego potrzebne wsparcie tak zwanych osób trzecich. Zwłaszcza w tym drugim przypadku bardzo ważne staje się to, na czyją pomoc starsza osoba może w praktyce liczyć. Nie trzeba dodawać, że potencjalnych podmiotów świadczących taką pomoc może być wiele: rodzina (w tym kontekście niezmiernie istotne staje się coraz częściej rozpoznawane

zagadnienie możliwości funkcjonowania opiekunów rodzinnych ludzi starych¹⁰), sąsiedzi, znajomi czy służby socjalno-medyczne. Zobaczmy zatem, jak te powyżej zasygnalizowane kwestie prezentują się na tle wyników naszych badań.

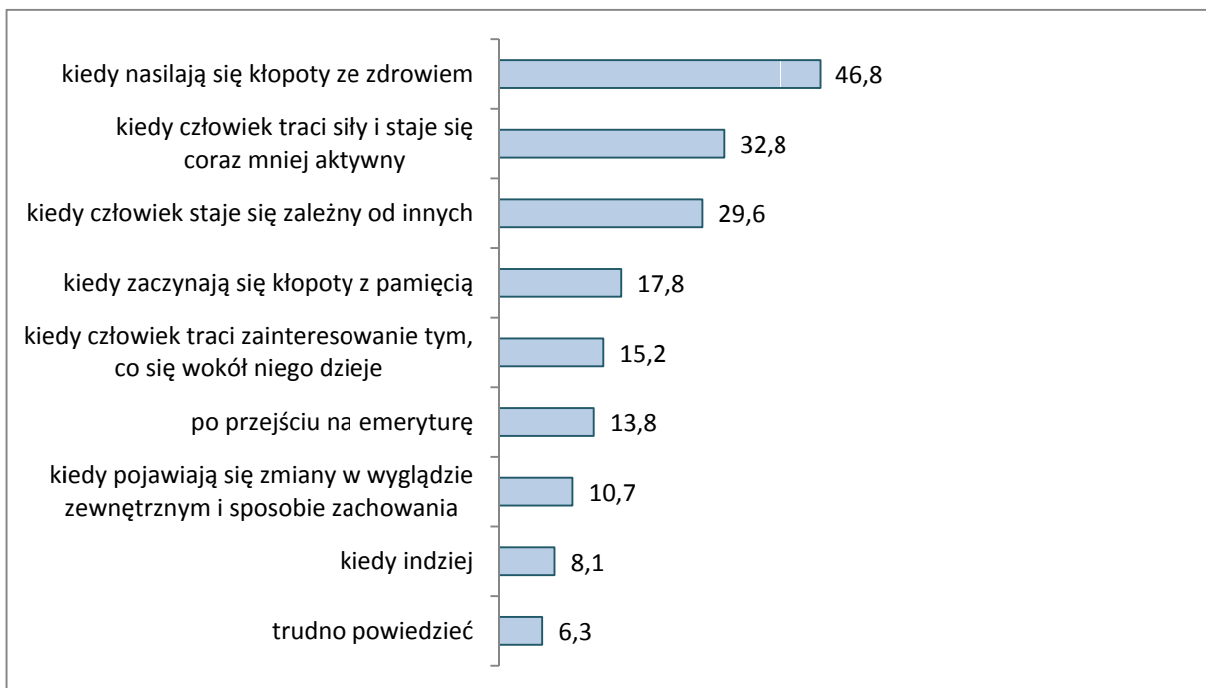
2.1. Odczuwanie starości

Badani zostali zapytani, kiedy ich zdaniem rozpoczyna się starość. Dla blisko połowy respondentów (46,8%), jest to kwestia związana z nasilającymi się kłopotami ze zdrowiem. Na drugim miejscu wskazywano spadek aktywności oraz stopniową utratę sił witalnych (32,8%). Dla niemal jednej trzeciej respondentów (29,6%), starość to okres wzrastającej zależności od innych osób. Doświadczanie kłopotów z pamięcią łączy ze starością 17,8% badanych, a niewiele mniej, bo 15,2%, wskazuje na utratę zainteresowania otaczającym światem i codziennymi wydarzeniami. Przejście na emeryturę jest dla 13,8% badanych istotnym punktem granicznym w postrzeganiu starości. Dla co dziesiątego respondenta (10,7%) oznaką jej są pojawiające się zmiany w wyglądzie i zachowaniu.

W badaniach ogólnopolskich *PolSenior* (Halicka i Halicki, 2011), analogicznie jak w badaniach gdańskich, największa liczba respondentów (55,9%) uznała, że starość rozpoczyna się wraz z nasileniem się kłopotów ze zdrowiem. Na drugim miejscu (u nas na trzecim) z początkiem starości kojarzono problem zależności od innych osób (49,5%), na trzecim – spadek aktywności (46,2%) a na czwartym – kłopoty z pamięcią (27,8%). Porównanie to pokazuje, że w badaniach gdańskich poszczególne przyczyny wskazujące na początek starości nie są tak jednoznacznie postrzegane jak w badaniach ogólnopolskich. Co prawda respondenci wskazują na te same przyczyny powodujące starość, ale odsetki badanych wskazujących na poszczególne powody są zdecydowanie niższe w Gdańsku, niż w skali kraju. Zaistniałe różnice w wynikach obu badań można – przynajmniej w jakimś stopniu – wytłumaczyć tym, że w badaniach ogólnopolskich posłużono się próbą badawczą złożoną z ludzi starych zamieszkujących również wsie. Tacy ludzie funkcjonują niejednokrotnie w gorszych warunkach, niż mieszkańcy dużego miasta, mając chociażby ograniczony dostęp do usług medycznych i socjalnych. Słabsza kondycja materialna i zdrowotna ich samych, jak i na przykład ich sąsiadów, może mieć wpływ na ich wyobrażenia o starości, a zatem na ich skojarzenia i poglądy o tym, kiedy rozpoczyna się starość.

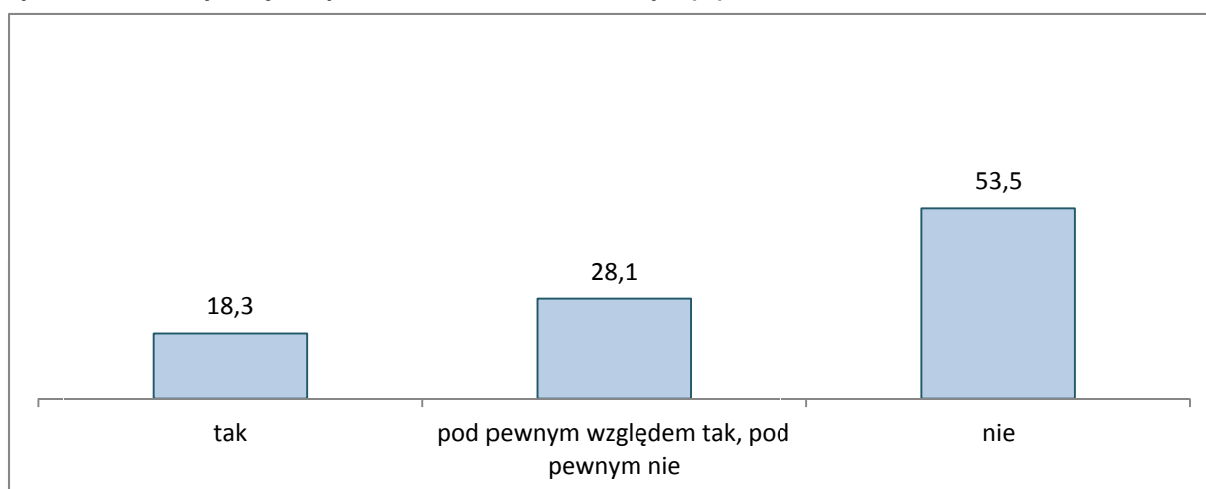
¹⁰ Zob. Family Caregiving for the Elderly in Poland (*Opieka rodzinna nad osobami starszymi w Polsce*), 2006, B. Bień (Ed.) [książka zawiera obszernie (30 stron) streszczenie w j. polskim]; Family Carers of Older People in Europe - A Six-Country Comparative Study, 2008, G. Lamura, H. Döhner, C. Kofahl (Eds.); B. Bień, Z. B. Wojszel, J. Wilmańska, J. Sienkiewicz, 2001, *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*.

Rys. 2. Czynniki, które zdaniem respondentów, określają początek starości (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)



Na pytanie o to, czy respondent czuje się człowiekiem starym, ponad połowa respondentów (53,5%) udzieliła odpowiedzi negatywnej. Z kolei 28,1% badanych odpowiedziało, że jest to doświadczenie niejednoznaczne, wskazując odpowiedź: „*pod pewnym względem tak, pod pewnym nie*”. Najmniejszy odsetek spośród naszych badanych (18,3%) stanowią ci, którzy czują się osobami starymi.

Rys. 3. Samoidentyfikacja respondenta z człowiekiem starym (%)



Rozkład odpowiedzi na pytanie o samoidentyfikację z osobą starą pozostaje w statystycznie istotnym związku z wiekiem badanych – im osoby badane są starsze, tym częściej czują się osobami

starymi. W najmłodszej grupie respondentów (65-69 lat), zarejestrowano 6,9% odpowiedzi „tak”, zaś w grupie 80 i więcej lat – 36,4%. Z kolei odpowiedzi „nie” udzieliło 68,2% respondentów z najmłodszej grupy, a z grupy najstarszej – 38,0%. Zależność ta wydaje się logiczna i naszym zdaniem nie wymaga jakiegось dodatkowego wyjaśniania.

Tab. 3. Subiektywne odczuwanie starości a wiek (%)

	tak	pod pewnym względem tak, pod pewnym nie	nie
65-69 lat	6,9	24,9	68,2
70-74 lat	16,6	31,8	51,6
75-79 lat	24,4	30,6	45,0
80 i więcej lat	36,4	25,6	38,0

$\chi^2=131,07$, $df=6$, $p<0,001$

W naszych badaniach wystąpiła też inna zależność. Okazało się, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, maleje odsetek respondentów określających siebie, jako osoby stare. Odpowiedzi „tak” udzieliło 34,4% osób z wykształceniem podstawowym, a z wyższym – 9,1%.

Tab. 4. Subiektywne odczuwanie starości a wykształcenie (%)

	tak	pod pewnym względem tak, pod pewnym nie	nie
podstawowe	34,4	23,4	42,2
zasadnicze zawodowe	17,5	26,9	55,5
średnie	14,4	30,2	55,4
wyższe	9,1	30,2	60,8

$\chi^2=74,18$, $df=6$, $p<0,001$

Można chyba zaryzykować stwierdzenie, że – uogólniając - osoby lepiej wykształcone mają pełniejszą wiedzę na temat konsekwencji wynikających bezpośrednio z procesu starzenia się organizmu. Ponadto, niejednokrotnie prowadzą aktywniejszy tryb życia niż osoby o niższym poziomie wykształcenia, co zapewne wpływa na postrzeganie kwestii odnoszących się do własnego starzenia.

Zmienne niezależne: płeć oraz strefa miasta nie pozostają w statystycznie istotnym związku z subiektywnym poczuciem starości.

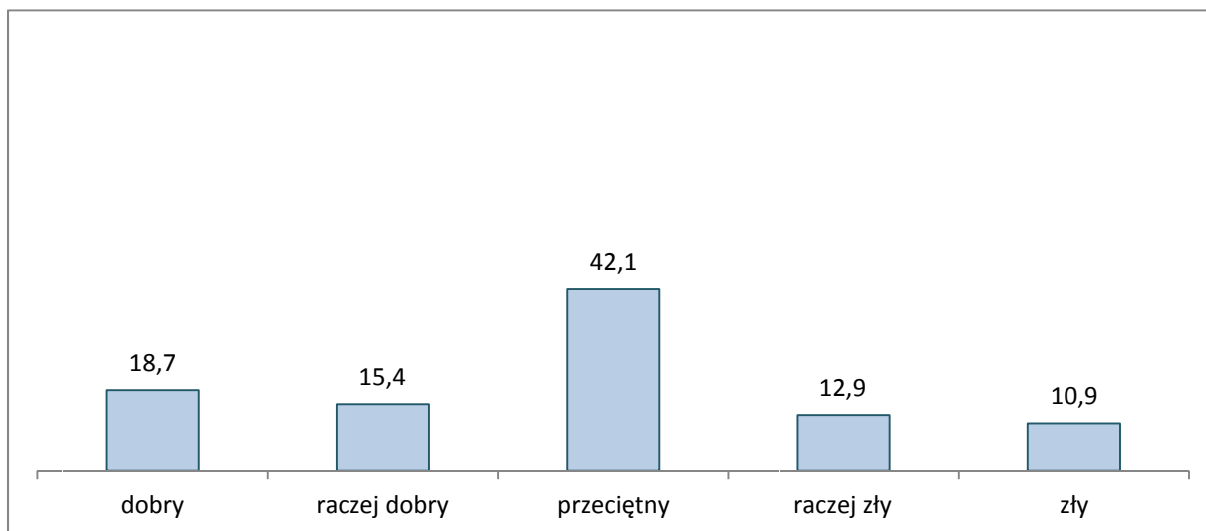
2.2. Ocena stanu zdrowia

Respondenci zapytani o ocenę swojego stanu zdrowia najczęściej wskazywali na odpowiedź - „przeciętny” (42,1%). Pozytywnie swój stan zdrowia ocenia łącznie nieco ponad jedna trzecia badanych (34,1% odpowiedzi „dobry” i „raczej dobry”). Osoby oceniające negatywnie swoją kondycję zdrowotną stanowią 23,8% ogółu badanej zbiorowości.

Rozkład odpowiedzi w badaniach ogólnopolskich PTG z 2000 roku (Bień, 2002a, s. 36-37) był zdecydowanie odmienny, gdyż ponad połowa respondentów (52%) określiła stan swojego zdrowia jako zły bądź raczej zły, 31% badanych jako przeciętny a jedynie 17% respondentów jako raczej dobry lub dobry. Zaistniałe różnice wskazujące na lepszą ocenę stanu zdrowia przez mieszkańców Gdańska, niż badanych w skali całego kraju można wyjaśnić w jakimś sensie następująco. W badaniu PTG mieliśmy do czynienia z respondentami z miejscowości i regionów Polski, których stan zdrowia – ze względu na rozmaite uwarunkowania – jest gorszy, niż osób starszych zamieszkujących stosunkowo dużą aglomerację miejską.

W badaniach *PolSenior* (Waszkiewicz i in., 2011) rozpoznawano z kolei nieco inne kwestie związane ze zdrowotnością ludzi starych, a mianowicie zadowolenie ze stanu swego zdrowia. Zadanie pytania w tej odmiennej formie mogło w jakiś sposób rzutować na charakter udzielanych odpowiedzi, nie mniej jednak można pokusić się tu o pewne porównania. W odróżnieniu od badań gdańskich i badań PTG z 2000 roku, najwięcej osób ankietowanych wybrało pozytywny wariant odpowiedzi (44,7%), wskazujący na to, że osoby te są zadowolone bądź bardzo zadowolone ze stanu swego zdrowia. Z kolei osób wybierających wariant pośredni, czyli tych, które nie były ani zadowolone, ani niezadowolone było 34,0%, a niezadowolonych 21,2%. W badaniach tych nie stwierdzono występowania statystycznie istotnych różnic odnoszących się do zadowolenia ze stanu zdrowia, a miejsca zamieszkania badanych (miasto-wieś) oraz ich wieku (Waszkiewicz i in., 2012, s. 552).

Rys. 4. Stan zdrowia w samoocenie respondentów (%)



Z kolei subiektywna ocena stanu zdrowia badanych osób w Gdańsku wykazuje związek z ich płcią, wiekiem, wykształceniem i sytuacją materialną. Mężczyźni częściej niż kobiety określają swój

stan zdrowia jako dobry i raczej dobry: różnica we wskazaniach wynosi 8,0 punktów procentowych¹¹. Z kolei kobiety prezentują skłonność do ocen negatywnych – w tym przypadku różnica równa się 4,8 p.p. (dla odpowiedzi „*raczej zły*” i „*zły*” potraktowanych łącznie). Częściowe wytłumaczenie tych różnic należy wiązać z tym, że kobiety zazwyczaj żyją dłużej, a skoro stan zdrowia niejednokrotnie pogarsza się z upływem lat (patrz tab. 6), to w najbardziej zaawansowanych grupach wiekowych występuje znacząca przewaga liczby kobiet nad liczbą mężczyzn.

Tab. 5. Ocena stanu zdrowia a płeć (%)

	dobry	raczej dobry	przeciętny	raczej zły	zły
kobiety	16,6	14,3	43,4	14,0	11,7
mężczyźni	21,8	17,1	40,2	11,2	9,7

$\chi^2=11,27$, $df=4$, $p<0,05$

Zależność między wiekiem a oceną stanu zdrowia respondentów została zilustrowana w poniższej tabeli. Analizując zaprezentowane w niej wartości zauważymy pewną prawidłowość. Osoby z najmłodszej grupy wiekowej częściej oceniają swój stan zdrowia jako dobry i raczej dobry (42,0%) niż najstarsi badani (22,9%). Wyniki odnoszące się do dwóch „pośrednich” grup wiekowych respondentów w dużym stopniu są zbliżone do siebie. Z kolei najczęściej odpowiedzi „*zły*” i „*raczej zły*” zarejestrowano w grupie osiemdziesięciolatków (26,4%), a najmniej w grupie najmłodszej (17,4%). Prawidłowości wskazujące na ogólne pogarszanie stanu zdrowia postępującego wraz z wiekiem nie wymagają szczegółowej interpretacji i są spotykane w wielu innych badaniach (zob. np. Bień, 2002, s. 37).

Tab. 6. Ocena stanu zdrowia a wiek (%)

	dobry	raczej dobry	przeciętny	raczej zły	zły
65-69 lat	25,4	16,6	40,6	9,3	8,1
70-74 lat	15,9	15,9	42,3	15,0	11,0
75-79 lat	16,9	16,6	37,1	16,0	13,4
80 i więcej lat	12,0	10,9	50,8	12,8	13,6

$\chi^2=47,66$, $df=12$, $p<0,001$

Wśród respondentów oceniając swój stan zdrowia jako dobry, przeważają osoby z wyższym wykształceniem (24,1%). Z kolei najniższy odsetek takich odpowiedzi zarejestrowano wśród osób o najniższym poziomie wykształcenia (13,6%). Taki rozkład odpowiedzi wskazuje na występowanie pewnej prawidłowości - wzrostu oceny swojego stanu zdrowia wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Przedstawiona zależność może być spowodowana tym, że osoby z wyższym wykształceniem są bardziej świadome wpływu stylu życia na stan zdrowia i bardziej dbają

¹¹ W dalszej części opracowania - w miejsce opisowego wyrażenia „punkty procentowe” - zastosowany będzie skrót: p.p.

o zapewnienie sobie warunków pozwalających dłużej cieszyć się dobrą kondycją fizyczną. Na większą sprawność może przekładać się czynne uprawianie lekkich sportów lub aktywna rekreacja, dbałość o odpowiednią dietę czy ograniczanie używek. Na zróżnicowanie wyników odpowiedzi dotyczących samooceny stanu zdrowia w zależności od poziomu wykształcenia oraz innych czynników społeczno-ekonomicznych zwraca uwagę m.in. J. Halik (2002, s. 104).

Tab. 7. Ocena stanu zdrowia a wykształcenie (%)

	dobry	raczej dobry	przeciętny	raczej zły	zły
podstawowe	13,6	8,4	44,8	16,2	16,9
zasadnicze zawodowe	14,9	12,7	51,0	12,3	9,1
średnie	20,9	19,0	37,6	11,8	10,7
wyższe	24,1	18,1	39,7	12,1	6,0

$\chi^2=58,99$, $df=12$, $p<0,001$

Sytuacja zdrowotna badanych wykazuje z ich sytuacją materialną. Wyniki gdańskich badań są w tym względzie bardzo czytelne. Podczas gdy wśród osób najzamożniejszych, odsetek respondentów oceniających swój stan zdrowia jako zły wynosi jedynie 4,4%, to wśród osób, którym pieniędzy nie wystarcza nawet na zaspokajanie podstawowych potrzeb, ten odsetek jest znacząco wyższy i osiąga poziom 35,5%. To, że wśród osób najuboższych jest najwięcej osób schorowanych może być konsekwencją wynikająca wprost z ich problemów finansowych, ponieważ nie stać ich na zakup odpowiednich leków, czy też leki kupowane są w sposób wybiórczy (na przykład bez nabywania tzw. leków osłonowych). W opisywanej sytuacji niestety trzeba założyć, że sytuacja zdrowotna osób pozostających w najtrudniejszej sytuacji materialnej będzie się jeszcze bardziej pogarszać.

Rozkład odpowiedzi na pytanie o ocenę swojego obecnego stanu zdrowia różni się w zależności od strefy miasta zamieszanej przez badanych. Najlepiej swój stan zdrowia oceniają mieszkańcy takich dzielnic, jak Przymorze, Zaspą, Żabianka (północna strefa WZM) oraz Chełm, Ujeścisko, Łostowice, Jasień, Osowa, Matarnia i Kokoszki (odpowiednio 38,1% i 37,4%). Najwięcej odpowiedzi „zły” i „raczej zły” (łącznie 32,8%), udzielili mieszkańcy dzielnic Nowy Port, Orunia i Stogi, a więc dawnych dzielnic robotniczo – przemysłowych (strefa przemysłowa). Zrozumienie przyczyn tego terytorialnego zróżnicowania w ocenie stanu zdrowia wymagałoby bardziej pogłębionych badań, ale jedną z przyczyn jest zapewne ogólnie niższy poziom wykształcenia respondentów z tych rejonów miasta, które włączyliśmy do strefy przemysłowej.

Tab. 8. Ocena stanu zdrowia z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

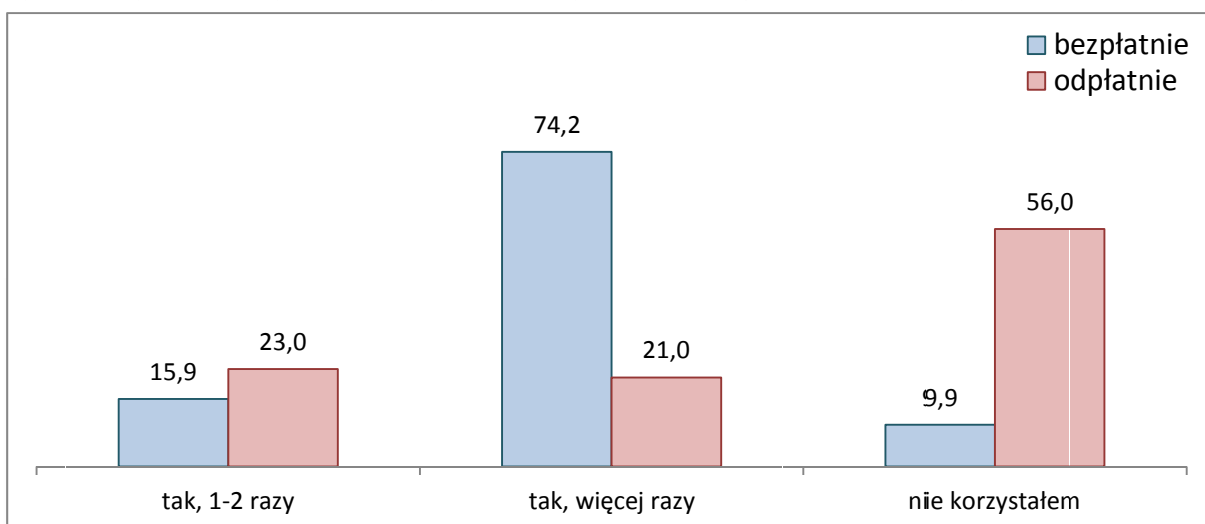
	dobry	raczej dobry	przeciętny	raczej zły	zły
strefa centralna	19,4	16,3	38,1	13,9	12,2
strefa południowa WZM	17,6	13,2	45,6	12,7	10,8
taras południowo-zachodni	19,4	18,0	45,3	9,7	7,6
strefa północna WZM	20,7	17,4	42,4	11,9	7,6
strefa przemysłowa	14,9	10,3	42,0	16,0	16,8

$\chi^2=33,29$, $df=12$, $p<0,05$

2.3. Korzystanie ze służby zdrowia

Podjmując zagadnienie korzystania przez osoby starsze z pomocy służby zdrowia, wprowadzono rozróżnienie na usługi płatne i nieodpłatne. Ze świadczeń bezpłatnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy skorzystało jeden raz lub dwukrotnie 15,9% respondentów, 74,2% z nich skorzystało więcej niż dwa razy w tym samym okresie, a co dziesiąty respondent nie korzystał ani razu. Rozkład odpowiedzi o korzystanie z usług, za które badani płacą z własnej kieszeni, kształtuje się inaczej. Wyraźniej więcej, bo 23,0% badanych, korzystało odpłatnie z pomocy medycznej 1-2 razy w ciągu ostatniego roku, o dwa p.p. mniej osób korzystało z nich częściej, a 56,0% badanych - wcale. Odsetek respondentów (44%) korzystających z odpłatnej służby zdrowia należy uznać za wysoki w odniesieniu do badanej zbiorowości, jaką są osoby starsze. Uwzględniając specyfikę polskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, sytuację, w której blisko połowa badanych decyduje się na odpłatne leczenie, można uznać za wręcz alarmującą aczkolwiek w naszych badaniach – ze względu na ich przekrojowy charakter - nie zadawaliśmy pytań umożliwiających bardziej dogłębną analizę tego zagadnienia.

Rys. 5. Korzystanie z bezpłatnej lub odpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy (%)



Jak wynika z danych zawartych w poniższej tabeli, kobiety częściej niż mężczyźni korzystają wielokrotnie z bezpłatnych usług medycznych. W przypadku kobiet odsetek odpowiedzi wskazujących na taką sytuację wynosi 78,1%, a dla mężczyzn o 9,8 p.p. mniej.

Zwraca także uwagę to, że mężczyźni częściej wskazują na korzystanie z usług medycznych raz lub dwa razy do roku (odpowiedzi takiej udzieliło 13,6% kobiet i 19,4% mężczyzn). Jednocześnie odpowiedź „nie korzystałem(am)” wskazało 12,2% mężczyzn i 8,3% kobiet. Wyniki pokazują, iż mężczyźni rzadziej niż kobiety korzystają z usług medycznych. W tabeli umieszczono tylko rozkład odpowiedzi dotyczący korzystania z bezpłatnej służby zdrowia, ponieważ rozkład odpowiedzi dotyczący służby odpłatnej nie jest różnicowany przez płeć.

Tab. 9. Korzystanie z bezpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy a płeć (%)

	tak, 1-2 razy	tak, więcej razy	nie korzystałem
kobiety	13,6	78,1	8,3
mężczyźni	19,4	68,3	12,2

$\chi^2=17,80$, $df=2$, $p<0,001$

Analizując związek występujący pomiędzy korzystaniem z nieodpłatnych świadczeń medycznych, a wiekiem respondentów, nie można zauważyć jakiejś jednoznacznej tendencji. Najwięcej, bo 77,1% badanych, którzy przekroczyli osiemdziesiąty rok życia, skorzystało z takich usług więcej niż dwa razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Tylko niewielka zbiorowość z tej grupy wiekowej zaznaczyła odpowiedź „nie korzystałem(am)” – 8,5%. Jednakże podobne rozkłady odpowiedzi znajdziemy też w dwóch młodszych grupach wiekowych, tj. 75-79 lat oraz 70-74 lata. Dodajmy, że w poniższej tabeli umieszczono wyłącznie dane dotyczące korzystania z bezpłatnej służby zdrowia, ponieważ rozkład odpowiedzi dotyczący służby odpłatnej nie jest różnicowany przez wiek.

Tab. 10. Korzystanie z bezpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy a wiek (%)

	tak, 1-2 razy	tak, więcej razy	nie korzystałem
65-69 lat	20,5	69,2	10,3
70-74 lat	13,1	77,3	9,6
75-79 lat	13,7	75,6	10,7
80 i więcej lat	14,3	77,1	8,5

$\chi^2=13,70$, $df=6$, $p<0,05$

Zamieszczona na następnej stronie tabela zawiera zestawienie dotyczące korzystania z usług medycznych zarówno odpłatnie, jak i bezpłatnie, na tle poziomu wykształcenia. Obie zmienne są różnicowane w statystycznie istotny sposób przez poziom wykształcenia respondentów.

Osoby korzystające z bezpłatnych porad lekarskich więcej niż dwa razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, to najczęściej osoby z wykształceniem podstawowym (77,9%). Wśród tej grupy badanych zarejestrowano jednocześnie najniższy odsetek (10,4%) osób korzystających z nieodpłatnej porady lekarskiej 1-2 razy w ciągu ostatniego roku. W pozostałych grupach respondentów, czyli

posiadających wykształcenie zasadnicze zawodowe, średnie i wyższe, odsetek ten kształtuje się na zbliżonym poziomie – w granicach 17%.

Z kolei z odpłatnych świadczeń medycznych korzystają najczęściej osoby ze średnim i wyższym wykształceniem. Odpowiedź „1-2 razy” wybrało 27,0% respondentów z wykształceniem średnim i 23,3% z wyższym. Wielokrotnie z odpłatnych porad lekarskich skorzystało 22,5% osób z wykształceniem średnim i prawie o 10 p.p. więcej osób z wykształceniem wyższym (32,3%).

Analizując stopień korzystania z bezpłatnych i odpłatnych usług medycznych w zależności od poziomu wykształcenia badanych można zauważyć, że osoby starsze z wykształceniem podstawowym leczą się w placówkach publicznych częściej niż osoby lepiej wykształcone. Z kolei osoby z wykształceniem wyższym częściej niż osoby słabiej wykształcone wybierają usługi odpłatne. Wyniki uzyskane z naszych badań nie pozwalają przeprowadzić jakiejś bardziej dogłębnej analizy przyczyn takiego stanu rzeczy, tak więc trudno wyciągać z tych prawidłowości w miarę jednoznaczne wnioski.

Tab. 11. Korzystanie z bezpłatnej lub odpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy a wykształcenie (%)

	tak, 1-2 razy		tak, więcej razy		nie korzystałem	
	bezpłatnie	odpłatnie	bezpłatnie	odpłatnie	bezpłatnie	odpłatnie
podstawowe	10,4	20,1	77,9	13,0	11,7	66,9
zasadnicze	17,5	17,2	72,4	17,2	10,1	65,6
średnie	17,3	27,0	74,8	22,5	7,8	50,5
wyższe	17,2	23,3	69,8	32,3	12,9	44,4

bezpłatnie: $\chi^2=14,85$, $df=6$, $p<0,05$; odpłatnie: $\chi^2=57,29$, $df=6$, $p<0,001$

Tabela 12. przedstawia odsetek badanych korzystających z płatnych i bezpłatnych usług medycznych na tle zmiennej terytorialnej, która obie te zmienne różnicuje w sposób statystycznie istotny.

Mieszkańcy strefy przemysłowej najrzadziej korzystają ze świadczeń odpłatnych – 17,9% 1-2 razy i 16,4% wielokrotnie na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy. Wśród mieszkańców tych dzielnic najczęściej respondentów zaznaczyło odpowiedź „nie korzystałem” - 65,6%. Najczęściej ten rodzaj usług medycznych (więcej niż dwa razy w ciągu ostatnich miesięcy) wybierają mieszkańcy tarasu południowo-zachodniego (24,6%) oraz północnej strefy WZM (23,8%).

Odpowiedzi mieszkańców z dzielnic: Chełm, Gdańsk Południe, Kokoszki oraz dzielnic Przymorze, Zaspą i Żabianką, dotyczących korzystania z bezpłatnych usług medycznych uplasowały się na podobnym poziomie sięgającym 80%. Z kolei wskaźniki procentowe ilustrujące wielokrotne korzystanie z usług nieodpłatnych przez mieszkańców pozostałych dzielnic oscylują wokół wartości 70%.

Tab. 12. Korzystanie z bezpłatnej lub odpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

	tak, 1-2 razy		tak, więcej razy		nie korzystałem	
	bezpłatnie	odpłatnie	bezpłatnie	odpłatnie	bezpłatnie	odpłatnie
strefa centralna	21,6	21,6	67,6	19,7	10,8	58,8
strefa południowa WZM	20,6	28,4	68,6	20,1	10,8	51,5
taras południowo-zachodni	11,4	25,3	82,7	24,6	5,9	50,2
strefa północna WZM	10,7	23,5	79,6	23,8	9,8	52,7
strefa przemysłowa	14,9	17,9	72,9	16,4	12,2	65,6

bezpłatnie: $\chi^2=34,79$, $df=8$, $p<0,001$; odpłatnie: $\chi^2=20,63$, $df=8$, $p<0,01$

Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące korzystania ze świadczeń medycznych odpłatnie lub nieodpłatnie pozostaje w związku z sytuacją finansową badanych, co obrazuje tabela 13. Im gorsza sytuacja majątkowa badanych, tym wyższy jest odsetek odpowiedzi „nie korzystałem(am) z odpłatnych usług medycznych”. Jeżeli w pewnych przypadkach usługi odpłatne byłyby niezbędne, to opisywana sytuacja jest niepokojąca, gdyż - jak już napisaliśmy wcześniej - to właśnie osoby najuboższe oceniają swoją sytuację zdrowotną najgorzej,

Osoby, którym „wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania”, korzystają wielokrotnie z bezpłatnych świadczeń medycznych rzadziej, niż pozostali respondenci. Jednocześnie im wyższa ocena sytuacji majątkowej osób badanych, tym częściej korzystają one 1-2 razy w roku z usług medycznych zarówno odpłatnych, jak i bezpłatnych.

Tab. 13. Korzystanie z bezpłatnej lub odpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy na tle sytuacji finansowej badanych (%)

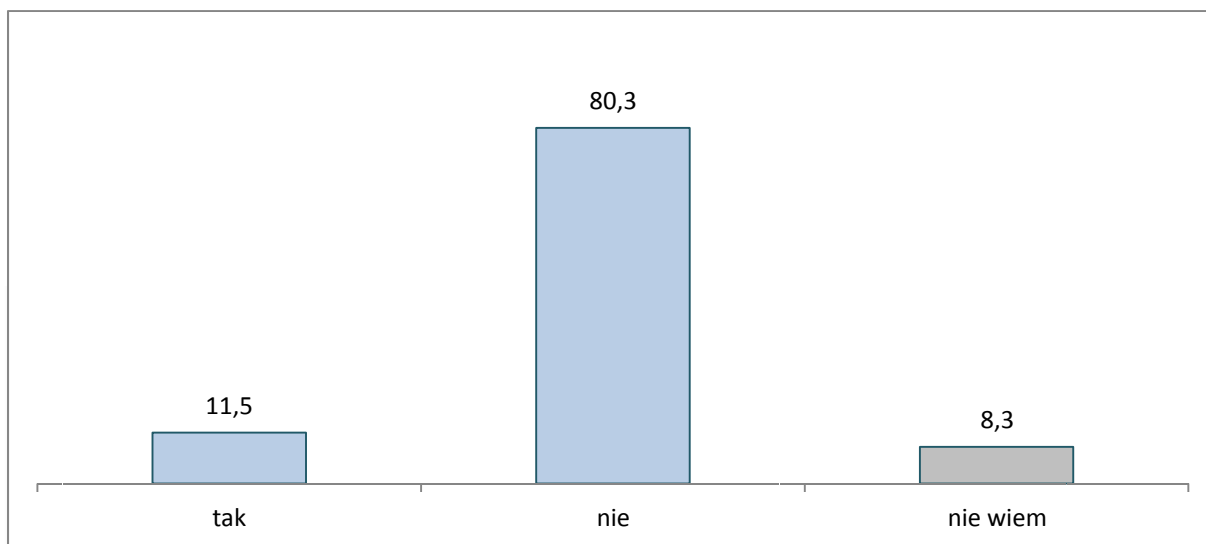
	tak, 1-2 razy		tak, więcej razy		nie korzystałem	
	bezpłatnie	odpłatnie	bezpłatnie	odpłatnie	bezpłatnie	odpłatnie
pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	20,0	27,1	62,2	21,8	17,8	51,1
żyję oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	16,7	24,1	76,3	23,1	7,0	52,8
żyję bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby	13,8	21,1	76,3	18,4	9,9	60,5
pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby	11,8	15,1	76,3	17,2	11,8	67,7

bezpłatnie: $\chi^2=30,62$, $df=6$, $p<0,001$; odpłatnie: $\chi^2=15,47$, $df=6$, $p<0,05$

Z porad lekarza geriatry, czyli specjalisty od profilaktyki i leczenia chorób związanych z podeszłym wiekiem, korzysta ogółem co ósmy badany (11,5%). Odsetek osób starych, którzy nie wiedzieli, czy byli u takiego specjalisty, przekroczył w naszej próbie 8%. Stosunkowo rzadkie korzystanie przez ludzi starszych z usług lekarza geriatry jest spowodowane przede wszystkim

niewielką liczbą lekarzy posiadających taką specjalizację. Poza tym, opisywana sytuacja może być uwarunkowana niewiedzą badanych o tym, że w ogóle istnieją specjaliści zajmujący się profilaktyką i leczeniem chorób częściej pojawiających się w okresie starości.

Rys. 6. Korzystanie z porad lekarza geriatry – specjalisty od profilaktyki i leczenia chorób pojawiających się na starość (%)



Wśród najmłodszych respondentów odsetek korzystających z porad lekarza geriatry wynosi 8,5%, natomiast wśród badanych powyżej 70 roku życia, przekracza 10%. Najwyższy odsetek ankietowanych korzystających z usług takiego specjalisty odnotowano w najstarszej grupie badanych (14,2%). Jest to zrozumiałe, skoro geriatry zajmują się chorobami występującymi na starość, a stan zdrowia człowieka niejednokrotnie pogarsza się wraz z postępującym procesem jego starzenia. W grupie respondentów 80+ odnotowaliśmy również najwyższy odsetek osób, które udzieliły odpowiedzi „nie wiem” (11,6%) – badani ci nie byli zorientowani zatem, czy w ogóle korzystali z porad lekarza geriatry.

Tab. 14. Korzystanie z porad lekarza geriatry w ciągu ostatnich 12 m-cy a wiek (%)

	tak	nie	nie wiem
65-69 lat	8,5	86,0	5,5
70-74 lat	13,8	77,8	8,4
75-79 lat	10,7	79,5	9,8
80 i więcej lat	14,3	74,0	11,6

$\chi^2=20,61$, $df=6$, $p<0,005$

Biorąc pod uwagę podział Gdańska na poszczególne strefy, to najrzadziej z porad lekarza geriatry korzystali zaawansowani wiekiem mieszkańcy strefy centralnej, czyli tej obejmującej Śródmieście, Wrzeszcz oraz Oliwę (8,9%). Z kolei najwyższy odsetek badanych korzystających z porad geriatry odnotowaliśmy wśród mieszkańców Nowego Portu, Stogów i Oruni (16,0%), czyli strefy

przemysłowej. Również wśród respondentów zamieszkujących tę właśnie strefę wystąpił niemal najniższy odsetek tych, którzy nie wiedzieli, czy korzystali z takiej porady. Jeżeli natomiast weźmiemy pod uwagę odpowiedzi osób, które zadeklarowały, że nie korzystały z porad lekarza geriatry, to największy ich odsetek zauważymy w strefie południowej WZM, czyli wśród starych mieszkańców mieszkańcy dzielnic Morena i Suchanino. Do podstawowych przyczyn wywołujących omawiane zróżnicowania przestrzenne w odniesieniu do liczby osób korzystających z porad lekarzy geriatrów można zaliczyć rozmieszczenie niewielu poradni geriatrycznych w naszym mieście, co zapewne rzutuje na ich dostępność. Ponadto, jak już wcześniej zaznaczyliśmy (tab. 8), osoby mieszkające w strefie przemysłowej, czyli w tej, w której odnotowaliśmy największy odsetek odbiorców porad geriatrycznych, najgorzej oceniały stan swojego zdrowia. Zasygnalizowane wyżej zróżnicowania przestrzenne w rozkładach odpowiedzi na pytanie dotyczące korzystania z porad lekarzy geriatrów powinny stanowić istotną przesłankę w planowaniu rozmieszczenia usług geriatrycznych w naszym mieście.

Tab. 15. Korzystanie z porad lekarza geriatry w ciągu ostatnich 12 m-cy z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

	tak	nie	nie wiem
strefa centralna	8,9	83,7	7,4
strefa południowa WZM	9,3	85,8	4,9
taras południowo-zachodni	10,0	79,2	10,7
strefa północna WZM	13,7	74,7	11,6
strefa przemysłowa	16,0	78,6	5,3

$\chi^2=25,11$, $df=8$, $p<0,005$

2.4. Sprawność w zakresie czynności życia codziennego

Osoby starsze biorące udział w badaniu zostały zapytane o to, czy doświadczają trudności w wykonywaniu poszczególnych czynności w codziennym życiu¹². Rozpoznając to zagadnienie wzięliśmy pod uwagę zarówno czynności samoobsługowe, takie jak ubieranie się czy branie prysznica, jak i te wymagające organizacji przestrzennej i instytucjonalnej – chociażby w odniesieniu do samodzielnego poruszania się poza domem czy funkcjonowania w innych sferach życia.

Najmniej trudności sprawiają respondentom działania z zakresu czynności samoobsługowych: ubieranie się (87,5% respondentów zaznaczyło odpowiedź „wykonuję bez trudności”), przygotowanie posiłku (86,4%), poruszanie się po mieszkaniu (86,1%), branie kąpieli/prysznica (82,1%). Nieco mniej badanych wskazało na wykonywanie bez trudności prac domowych (77%) lub czynności wymagających wyjścia z domu: korzystania z komunikacji publicznej (77%), korzystania z usług

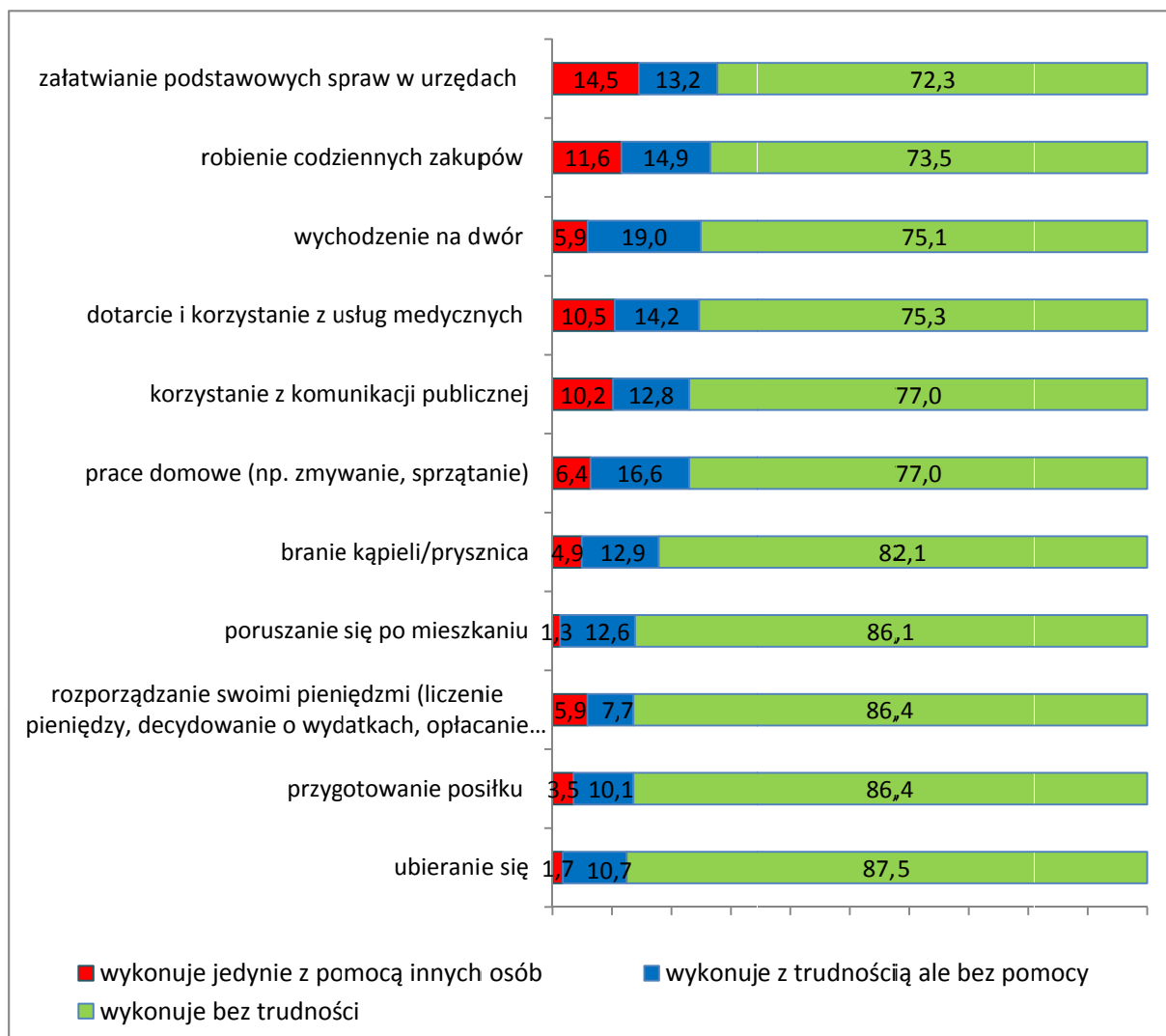
¹² Nasze pytanie obejmowało nie tylko kategorie, które znajdziemy w klasycznym ujęciu ADL (*Activity of Daily Living*) jak ubieranie się czy wychodzenie na dwór, ale zostało poszerzone o kategorie takie jak korzystanie z komunikacji miejskiej czy załatwianie spraw w urzędach.

medycznych (75,3%), robienia codziennych zakupów (73,5%) i załatwiania podstawowych spraw w urzędach (72,3%).

Wśród czynności wykonywanych z pewnymi trudnościami, ale samodzielnie, respondenci najczęściej wskazywali wychodzenie na dwór (19,0% odpowiedzi), prace domowe (16,6%), robienie codziennych zakupów (14,9%), dotarcie i korzystanie z usług medycznych (14,2%) oraz załatwianie podstawowych spraw w urzędach (13,2%).

Część badanej zbiorowości wskazała na konieczność korzystania z pomocy przy wykonywaniu poszczególnych zadań życia codziennego, zwłaszcza wymagających orientacji w przestrzeni oraz znajomości funkcjonowania poszczególnych instytucji, lub wymagających większej sprawności fizycznej (podróż, zakupy). Najczęściej respondenci korzystają z pomocy przy załatwianiu podstawowych formalności urzędowych (14,5%) oraz przy załatwianiu codziennych sprawunków (11,6%). Warto zwrócić uwagę na fakt, że dla nieco ponad 10% badanych korzystanie z usług medycznych oraz podróżowanie środkami komunikacji miejskiej jest możliwe tylko przy pomocy osób trzecich. Uzyskanie przez ludzi starych tego typu wsparcia wymaga zaangażowania między innymi ich opiekunów rodzinnych, ale stanowi zarazem wyzwanie dla wolontariuszy czy służb socjalno-medycznych. Jak można spodziewać się, w obliczu przedłużającej się średniej długości życia człowieka jak i zmianach w modelu współczesnej rodziny, potrzeba czy wręcz konieczność wspierania tej kategorii osób starych przez osoby trzecie będzie nabierać coraz większego znaczenia.

Rys. 7. Doświadczanie trudności w zakresie czynności życia codziennego (%)



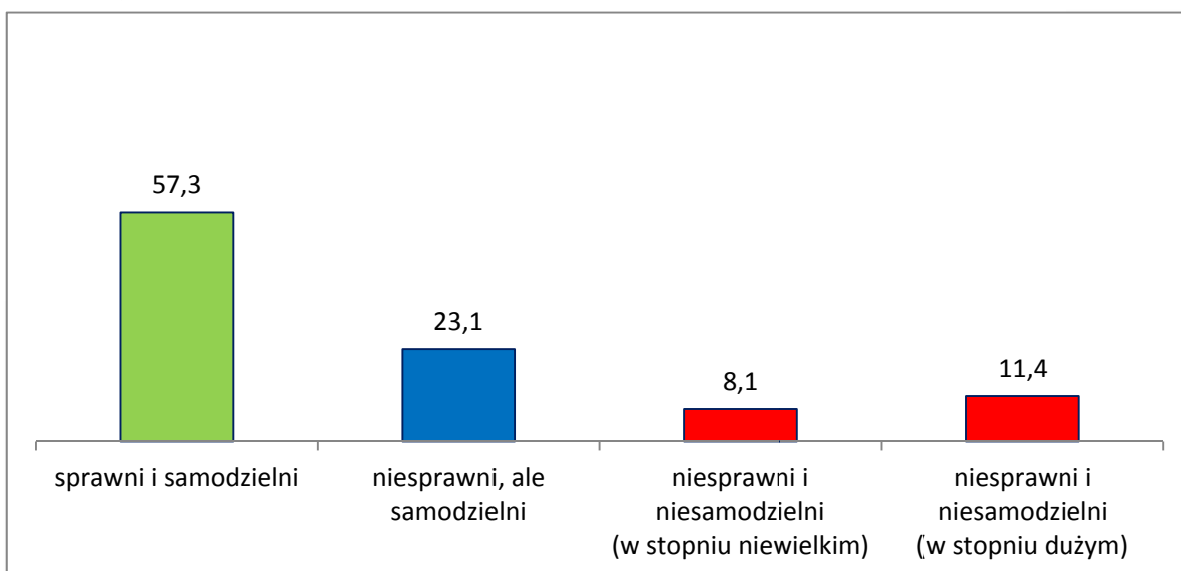
Na podstawie uzyskanych odpowiedzi dotyczących doświadczania trudności w zakresie życia codziennego (rys.7), skonstruowany został indeks typologiczny, który umożliwił wyodrębnienie czterech kategorii sprawności, uzależnionych od stopnia doświadczanych przez respondentów trudności. Indeks ten pozwala na dokonywanie przeglądu skali doświadczanych trudności na tle przyjętych zmiennych niezależnych, takich jak płeć i wiek badanych osób¹³. Opracowany indeks można uznać za rzetelny, ponieważ wskaźnik α -Cronbacha, policzony dla wszystkich pozycji indeksu, wyniósł 0,94 (0,7 to przyjmowany zwykle próg akceptowalności rzetelności indeksu).

Nasi badani zostali przypisani do czterech kategorii, w oparciu o następujące kryteria:

¹³ Więcej informacji na temat rozpoznawania zagadnień odnoszących się do badania stopnia sprawności osób starych w zakresie czynności życia codziennego – zob. np. B. Bień, 2002a, Stan zdrowia i sprawność ludzi starych, [w:] Polska starość, B. Synak (red.), (zwłaszcza s. 57-70).

1. osoby sprawne i samodzielne – do grupy tej zaliczono osoby, które w odniesieniu do wszystkich 11 czynności uwzględnionych w pytaniu zamkniętym (Por.reys.7), udzieliły odpowiedzi „*wykonyją bez trudności*” (57,3%),
2. osoby niesprawne, ale samodzielne – grupę tę tworzyły osoby, które w odniesieniu do wykonywania 11 wymienionych czynności udzielały zarówno odpowiedzi „*wykonyją bez trudności*”, jak i odpowiedzi - „*wykonyją z trudnościami, ale bez pomocy innych*” (23,1%),
3. osoby niesprawne i niesamodzielne (w stopniu niewielkim) – do grupy tej włączyliśmy osoby, które odnosząc się do 11 zaproponowanych czynności udzieliły nie więcej niż 2 odpowiedzi „*wykonyją jedynie z pomocą innych osób*” (8,1%),
4. osoby niesprawne i niesamodzielne (w stopniu dużym) – grupę tę utworzyły osoby, które określając stopień swojej samodzielności przy wykonywaniu 11 czynności udzieliły 3 i więcej odpowiedzi „*wykonyją jedynie z pomocą innych osób*” (11,4%)¹⁴.

Rys. 8. Kategorie sprawności uzależnione od stopnia samodzielności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego (%)



Aby ułatwić posługiwanie się indeksem na tle zmiennych niezależnych, takich jak płeć czy wiek, połączono dwie kategorie: osoby niesprawne i niesamodzielne w stopniu niewielkim oraz osoby niesprawne i niesamodzielne w dużym, tworząc z nich jedną zbiorczą.

Przeanalizujemy obecnie bardziej szczegółowe kwestie, wykorzystując w tym celu opisany powyżej indeks obrazujący stopień sprawności naszych respondentów.

¹⁴ Np. w badaniach EUROFAMCARE, uwzględniony został podział osób starych na cztery kategorie: prawie niezależni, nieznacznie zależni (niesamodzielni), umiarkowanie zależni (niesamodzielni) i poważnie zależni (niesamodzielni). Zob. P. Czekanowski, B. Bień, 2006, Older people and their needs for care, [w:] Family Caregiving ..., op. cit., s. 77-79.

Mężczyźni częściej niż kobiety udzielali odpowiedzi kwalifikujących ich do kategorii „sprawni i samodzielni” (różnica 12,7 p.p.), z kolei kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały, iż doświadczają trudności, chociaż są samodzielne (różnica 7,0 p.p.) oraz że są niesamodzielne (5,7 p.p.). Sytuację tę można w jakimś stopniu wyjaśnić tym, że kobiety oceniały swój stan zdrowia gorzej, niż mężczyźni (por. tab. 5).

Tab. 16. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego a płeć (%)

	sprawni i samodzielni	niesprawni, ale samodzielni	niesprawni i niesamodzielni (w stopniu niewielkim lub dużym)
kobiety	52,3	25,9	21,8
mężczyźni	65,0	18,9	16,1

$$\chi^2=23,78, df=2, p<0,001$$

Doświadczanie trudności w życiu codziennym ma również związek z wiekiem badanych. Im starsi respondenci, tym trudniej jest im wykonywać poszczególne czynności życia codziennego¹⁵. Sytuacja ta wydaje się zrozumiała, zwłaszcza w kontekście analizy obrazującej powiązanie stanu zdrowia respondentów z ich wiekiem (por. tab. 6).

Tab. 17. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego a wiek (%)

	sprawni i samodzielni	niesprawni, ale samodzielni	niesprawni i niesamodzielni (w stopniu niewielkim lub dużym)
65-69 lat	75,0	17,8	7,3
70-74 lat	56,5	27,3	16,1
75-79 lat	49,8	23,8	26,4
80 i więcej lat	32,9	26,0	41,1

$$\chi^2=177,97, df=6, p<0,001$$

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia maleje odsetek badanych zaliczonych do kategorii „*niesprawni i niesamodzielni*”. Z kolei im niższy poziom wykształcenia, tym niższy odsetek osób sprawnych i samodzielnych¹⁶. Jak wspomnieliśmy wcześniej, analogiczną zależność można zauważyć pomiędzy poziomem wykształcenia, a samooceną stanu zdrowia (por. tab. 7).

Tab. 18. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego a wykształcenie (%)

	sprawni i samodzielni	niesprawni, ale samodzielni	niesprawni i niesamodzielni (w stopniu niewielkim lub dużym)
podstawowe	41,6	23,4	35,1
zasadnicze zawodowe	57,5	26,3	16,2
średnie	60,6	23,8	15,6
wyższe	69,0	16,8	14,2

$$\chi^2=73,66, df=6, p<0,001$$

¹⁵ Wartość współczynnika korelacji r_s wyniosła 0,33.

¹⁶ Wartość współczynnika korelacji r_s wyniosła -0,19.

Najwyższy odsetek osób „sprawnych i samodzielnych” zanotowano w obrębie tarasu południowo-zachodniego (69,2%), najniższy zaś w strefie przemysłowej (50,4%) oraz w strefie centralnej (52,3%). W dwóch ostatnich strefach zanotowano zarazem najwyższe odsetki osób niesprawnych i niesamodzielnych - odpowiednio 24,9% w centralnej oraz 22,5% w przemysłowej. Tak wyraźnie różnice występujące w stopniu sprawności respondentów w poszczególnych rejonach miasta stanowić powinny kolejną przesłankę do poszukiwania przyczyn tego typu zróżnicowań oraz ich pogłębionej analizy. Wyniki badań już obecnie pokazują, gdzie występuje potencjalnie największe zapotrzebowania m.in. na usługi opiekuńcze.

Tab. 19. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

	sprawni i samodzielni	niesprawni, ale samodzielni	niesprawni i niesamodzielni (w stopniu niewielkim lub dużym)
strefa centralna	52,3	22,8	24,9
strefa południowa WZM	56,9	21,6	21,6
taras południowo-zachodni	69,2	16,3	14,5
strefa północna WZM	59,1	27,4	13,4
strefa przemysłowa	50,4	27,1	22,5

$\chi^2=39,77$, $df=6$, $p<0,001$

Wyniki naszych badań potwierdzają to, że stan zdrowia pozostaje w ścisłym związku ze sprawnością i samodzielnością w zakresie wykonywania czynności życia codziennego. Subiektywna ocena stanu zdrowia jest powiązana z kategoriami respondentów, wyodrębnionymi w oparciu o indeks. W im lepszej kondycji zdrowotnej znajdują się badani, tym – co oczywiste – są bardziej sprawni i samodzielni¹⁷.

Tab. 20. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego a subiektywna ocena stanu zdrowia (%)

	sprawni i samodzielni	niesprawni, ale samodzielni	niesprawni i niesamodzielni (w stopniu niewielkim lub dużym)
dobry	84,3	10,0	5,7
raczej dobry	71,0	21,6	7,4
przeciętny	58,7	25,0	16,3
raczej zły	31,6	32,6	35,8
zły	17,1	29,3	53,7

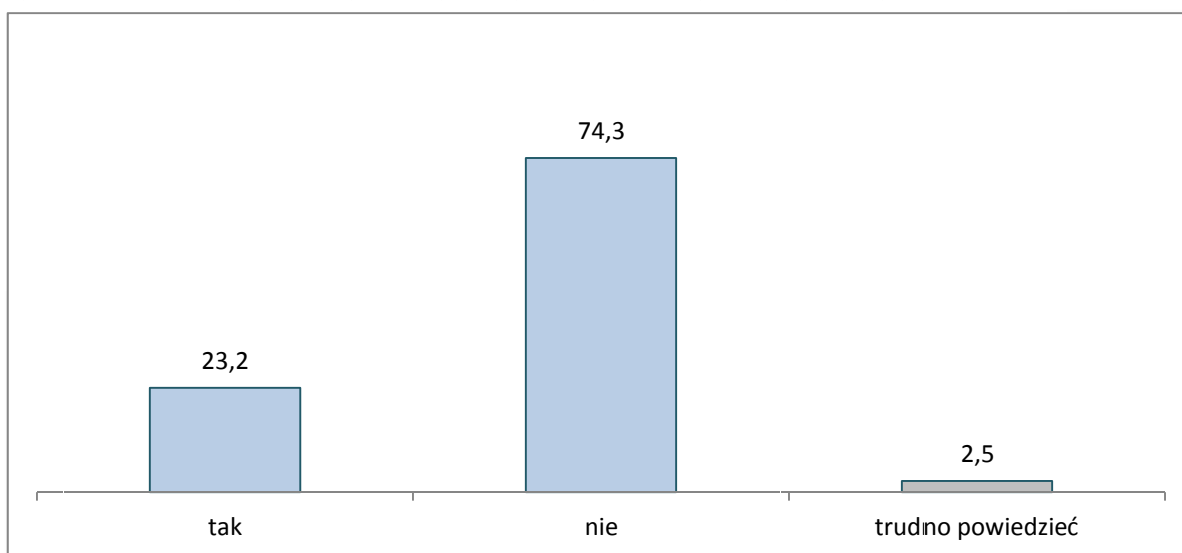
$\chi^2=316,16$, $df=8$, $p<0,001$

¹⁷ Wartość współczynnika korelacji r_s wyniosła 0,45.

2.5. Pomoc w chorobie i niepełnosprawności

Badając kondycję osób starszych i poziom ich samodzielnego funkcjonowania, zapytano respondentów o potrzebę uzyskiwania systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób. Blisko jedna czwarta badanych odpowiedziała, że wymaga regularnej pomocy (23,2%), natomiast niemal trzy czwarte respondentów (74,3%) deklaruje, że tego rodzaju wsparcia nie potrzebuje.

Rys. 9. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób (%)



Kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z pomocy rodziny lub innych osób. Różnica we wskazaniach wynosi 5,1 p.p. - jest to odpowiednio 25,2% kobiet i 20,1% mężczyzn.

Tab. 21. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób a płeć (%)

	tak	nie	trudno powiedzieć
kobiety	25,2	72,1	2,7
mężczyźni	20,1	77,7	2,2

$\chi^2=5,97$, $df=2$, $p<0,05$

Rozkład odpowiedzi na pytanie o potrzebę uzyskiwania systematycznej pomocy w relacji do wieku respondentów jest bardzo czytelny im starsi respondenci, tym większe zapotrzebowanie na pomoc ze strony innych osób. O ile 13,4% ankietowanych z najniższej kategorii wieku (65-69 lat) udzieliło odpowiedzi „tak”, to w dwóch kolejnych kategoriach wiekowych ten odsetek wynosi odpowiednio 18,7% (70-74 lata) oraz 26,7% (75-80 lat). Gdy weźmiemy jednak pod uwagę osoby najstarsze, czyli mające co najmniej osiemdziesiąt lat, to odsetek potrzebujących systematycznej pomocy wzrasta do 45,5%. Przytoczone wyniki jedynie potwierdzają nasze wcześniejsze spostrzeżenia, że wraz z postępującym procesem starzenia się człowieka, często pogarsza się stan jego zdrowia.

Tab. 22. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób a wiek (%)

	tak	nie	trudno powiedzieć
65-69 lat	13,4	84,4	2,2
70-74 lat	18,7	78,0	3,3
75-79 lat	26,7	71,3	2,0
80 i więcej lat	45,7	51,9	2,3

 $\chi^2=109,95$, df=6, p<0,001

Analizując z kolei odpowiedzi respondentów na pytanie o potrzebę pomocy w odniesieniu do poziomu wykształcenia, zauważyć można tendencję wskazującą na mniejszą samodzielność osób z wykształceniem podstawowym. Wśród tej grupy odsetek odpowiedzi wskazujących na potrzebę pomocy wyniósł 38,3%, dla osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim - nieco ponad 20%, a dla respondentów z wyższym wykształceniem – 13,8%.

Powyższe dane pozwalają sformułować wniosek, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia spada zapotrzebowanie na systematyczną pomoc ze strony rodziny lub innych osób. Sytuacja taka może być uwarunkowana sygnalizowanym już ogólnym wyższym poziomem kontroli nad własnym życiem i wyższą operatywnością osób z tej grupy badanych.

Tab. 23. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób a wykształcenie (%)

	tak	nie	trudno powiedzieć
podstawowe	38,3	58,8	2,9
zasadnicze zawodowe	21,4	75,6	2,9
średnie	20,2	77,6	2,1
wyższe	13,8	84,1	2,2

 $\chi^2=56,92$, df=6, p<0,001

Obszary Gdańska, w których zanotowano najwyższy odsetek osób deklarujących potrzebę pomocy, to strefa centralna: Śródmieście, Wrzeszcz, Oliwa (28,8%) oraz strefa przemysłowa: Nowy Port, Stogi i Orunia (26,7%). Jak wspomnieliśmy powyżej (por. tab. 19), to w tych samych strefach miasta respondenci doświadczali największych trudności w zakresie życia codziennego. Nie ulega zatem wątpliwości, że usługi pomocowe powinny być rozwijane zwłaszcza w tych dwóch rejonach miasta.

Tab. 24. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

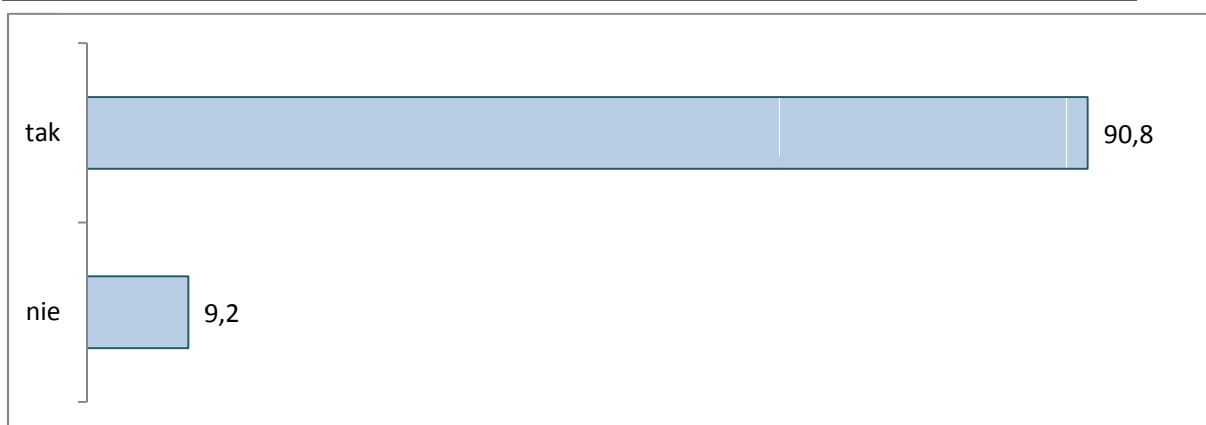
	tak	nie	trudno powiedzieć
strefa centralna	28,8	67,1	4,1
strefa południowa WZM	13,7	83,8	2,5
taras południowo-zachodni	19,4	77,5	3,1
strefa północna WZM	22,6	76,5	0,9
strefa przemysłowa	26,7	72,1	1,1

$\chi^2=32,84$, $df=8$, $p<0,001$

Spośród badanych, którzy na pytanie o potrzebę uzyskiwania systematycznej pomocy ze strony innych osób odpowiedzieli tak (n = 348), zdecydowana większość (90,8%) zadeklarowała, że tę pomoc otrzymuje.

Rys. 10. Otrzymywanie systematycznej pomocy przez badanych ze względu na stan ich zdrowia (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy zadeklarowali, że takiej pomocy potrzebują.



n = 348

Pomocy starym gdańszczanom zdecydowanie najczęściej udzielają ich dzieci (73,9%). Kolejnymi osobami, z których pomocy w podobnym stopniu korzystają zaawansowani wiekiem respondenci, są synowa/zięc oraz wnuki (odpowiednio 25,2% oraz 23,2%). Gdy do już wymienionych osób udzielających pomocy, dołączymy pozostałych członków rodziny, czyli współmałżonków (12,9%)¹⁸, rodzeństwo i dalszych krewnych, to stanie się czytelne, że to rodzina – pomimo zauważalnych zmian w jej modelu - stanowi najistotniejsze źródło wsparcia dla osób zaawansowanych wiekiem. Jeżeli natomiast weźmiemy pod uwagę osoby wspomagające ludzi starych, ale nie będące członkami ich rodzin, to najczęściej są nimi opiekunowie opłacani prywatnie, opiekunki z ośrodków pomocy społecznej, sąsiedzi oraz przyjaciele (3,2%-4,0%). Należy zwrócić uwagę na niski odsetek wolontariuszy (1,6%) zaangażowanych w tego typu opiekę. Tak niewielka

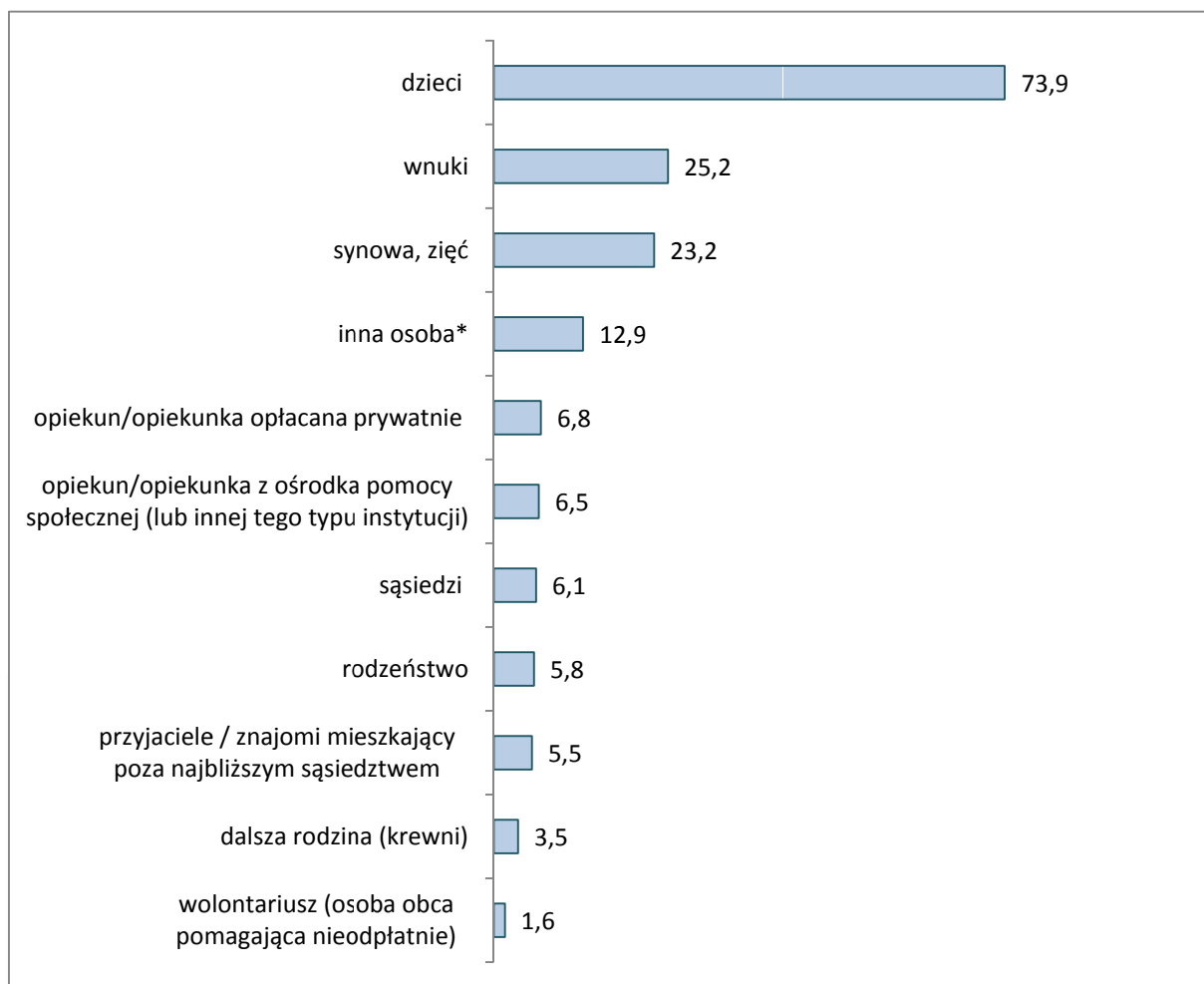
¹⁸ Wśród kategorii osób, które udzielają systematycznej pomocy badanym z uwagi na stan ich zdrowia, współmałżonkowie nie zostali wyodrębnieni niejako „z imienia”, gdyż pytanie miało formę półotwartą. Z tego względu, współmałżonkowie/partnerzy zostali zaliczani przez badanych do kategorii otwartej w tym pytaniu, obejmującej „inne osoby”.

liczba osób udzielających wsparcia, które rekrutują się z kół wolontariatu czy – szerzej – z sektora pozarządowego, warta jest zapewne bardziej pogłębionej analizy. Na pewno należałoby zwiększyć możliwości pozyskiwania przez osoby starsze nieodpłatnego wsparcia płynącego ze strony organizacji pozarządowych.

Chociaż trudno bezpośrednio porównywać wyniki naszych badań z wynikami uzyskanymi w ramach projektu EUROFAMCARE (EFC), w którym rozpoznawano między innymi typ relacji rodzinnych łączących głównego opiekuna rodzinnego i zaawansowaną wiekiem osobę wspomaganą, to i w tamtych badaniach najczęściej wsparcie płynęło do osób starych ze strony ich dzieci (Czekanowski, 2006, s. 95-97, Czekanowski, 2012, s. 277-280). Należy jednak wyraźnie podkreślić, że w badaniach EFC nie pytaliśmy jedynie o systematyczną pomoc kierowaną do osób starszych w sytuacjach pogarszającego się stanu ich zdrowia, ale o pomoc w znacznie szerszym kontekście, świadczoną przez co najmniej 4 godziny tygodniowo.

Rys. 11. Osoby udzielające systematycznej pomocy badanym ze względu na stan ich zdrowia (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy zadeklarowali, że takiej potrzebują i ją otrzymują.



* w kategorii „inna osoba”, mieszczą się m. in. współmałżonkowie lub partnerzy respondentów.

Rozdział III

Sytuacja materialna i mieszkaniowa

Nikogo nie trzeba przekonywać, że sytuacja materialna jest niezmiernie istotnym elementem życia społecznego. W dużym stopniu, to ona warunkuje i określa możliwości zaspokojenia potrzeb ludzkich, w tym tych fundamentalnych, czyli tzw. potrzeb podstawowych. Zagadnienia te nierozłącznie związane są z polityką społeczną, która odpowiada za kształtowanie i możliwości realizacji określonego typu potrzeb i interesów całego społeczeństwa, a zatem i zbiorowości ludzi starszych. Analiza sytuacji materialnej osób starych niejednokrotnie koncentruje się na dwóch grupach dochodów płynących z budżetu państwa, tj. na emeryturach oraz rentach (a czasami również na świadczeniach z pomocy społecznej), gdyż to one właśnie w największym stopniu kształtują sytuację materialną osób zaawansowanych wiekiem. Mimo zróżnicowanych wysokości otrzymywanych świadczeń budżetowych, znaczenie akurat tych źródeł utrzymania jest nie do przecenienia ze względu na regularność i pewność w ich otrzymywaniu. Jak zauważyły bowiem J. Hryniewicz, J. Staręga-Piasek i J. Supińska (1991, s. 138), świadczenia socjalne sprzyjają poczuciu bezpieczeństwa, jeżeli przysługują obligatoryjnie, zagwarantowane jest utrzymanie ich wartości realnej, zasady ich przyznawania są zrozumiałe a załatwianie niezbędnych formalności związanych z nimi jest niekłopotliwe.

Pomimo zastrzeżeń kierowanych przez niektórych badaczy pod adresem samooceny jako subiektywnego narzędzia pomiaru, wydaje się nam, że stanowi ona istotne - jeżeli nie najistotniejsze - źródło wiedzy o sytuacji materialnej ludzi starych. Zwracamy bowiem uwagę, że próba pozyskiwania w badaniach konkretnych informacji odnośnie wysokości osiągniętych dochodów przez osoby stare (na dodatek poszerzona o szacunki odnośnie dochodów uzyskiwanych w całym gospodarstwie domowym) często nie przynosi oczekiwanych efektów. Ludzie starsi – podobnie jak i inni członkowie gospodarstwa domowego – rzadko kiedy dysponują całościową i konkretną wiedzą na temat wysokości dochodów uzyskiwanych przez wszystkich członków współtworzących gospodarstwo domowe i źródeł, z których chodzą. Wychodząc z takiego założenia, w naszej diagnozie wykorzystaliśmy podejście o charakterze opisowym, które w dużym stopniu pomaga zrozumieć w jakiej sytuacji materialnej funkcjonują dzisiaj zaawansowani wiekiem mieszkańcy Gdańska.

Jak pokazują dane GUS oraz wyniki rozmaitych badań, ludzie starsi po przejściu na emeryturę pozostają zazwyczaj – chociaż jest to wynikiem zróżnicowanych przyczyn - bierni zawodowo. Nie można jednak pomijać w analizie tego typu zagadnień sytuacji odnoszących się do tych osób, które

bądź pracują, bądź w aktywny sposób poszukują pracy. Ta praca stanowi niejednokrotnie dodatkowe źródło zarobków, ale jej wykonywanie może być również motywowane na przykład chęcią aktywnego spędzania czasu lub zaspokajaniem istotnej potrzeby, jaką jest poczucie przydatności czy użyteczności. Warto mieć świadomość, że część osób, które nie są już aktywne na rynku pracy, może odczuwać skutki tak zwanej „gilotyny emerytalnej”, które zazwyczaj są silniej odczuwane przez mężczyzn, niż przez kobiety. Kwestie te zaczynają nabierać dodatkowego znaczenia, ze względu na nowe ustalenia odnośnie późniejszego niż dotąd wieku przechodzenia na emeryturę oraz wynikające z tego faktu konsekwencje. Coraz częściej zagadnienia związane z aktywnością zawodową osób starszych, ale i tych na przedpolu starości, rozpatruje się w ramach tzw. srebrnej gospodarki¹⁹. Za jeden z jej wymiarów można zapewne uznać projekt *BestAgers*²⁰. W projekcie tym zwrócono uwagę na to, że najstarsi pracownicy mogą wspomagać młodszych pracowników swoją wiedzą, stając się ich mentorami. W innym przypadku, w niektórych przedsiębiorstwach już w najbliższej przyszłości może pojawić się luka kompetencyjna i organizacyjna.

Rozważając zagadnienia związane z funkcjonowaniem w społeczeństwie osób zaawansowanych wiekiem, nie można pomijać bardzo istotnego zagadnienia związanego ze wspomaganiami tych osób poprzez szeroko rozumiane służby socjalne. Zmiany ustawowe odnoszące się do sektora pomocy społecznej, rzutują na zakres i formy wsparcia płynącego z instytucji pomocy społecznej do ludzi starych, z których część bytuje w bardzo trudnych warunkach. Aby uświadomić konsekwencje wynikające w tym względzie ze zmian legislacyjnych, wystarczy przywołać przykład związany z historią ustaw o – wcześniej – opiece, a współcześnie - o pomocy społecznej. Ustawa o opiece społecznej z 1923²¹ roku mówiła jednoznacznie, iż w jej zakresie mieści się „opieka nad starcami” (Art. 2, ust. c). Z kolei w okresie powojennym - przez ponad 45 lat - nie mogliśmy doczekać się nowej ustawy o pomocy społecznej²². W socjalistycznej Polsce nie mogło być bowiem mowy o problemach społecznych, takich jak ubóstwo, bezrobocie czy - później – narkomania. W takiej sytuacji zatem nowoczesne regulacje prawne w zakresie pomocy społecznej okazywały się decydująco niepotrzebne. W efekcie – najliczniejszą grupą klientów państwowego sektora pomocowego w omawianym okresie stali się ludzie starzy, którzy bez zastrzeżeń mieścili się w „socjalistycznym systemie opiekuńczym”. Po doświadczeniach lat 80. i zmianach ustrojowych

¹⁹ Więcej na temat srebrnej gospodarki, jej ewolucji, cech oraz możliwości spełnienia proponowanych w jej ramach postulatów – zob. P. Szukalski, *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, r. 3.4 „Srebrna gospodarka”, s. 107-114.

²⁰ Za: K. Netka, *Bałtyccy mentorzy 55+*, *Polska Dziennik Bałtycki*, Praca Gratka, 29 10 2012, s. 6.

²¹ Dz. U. Poz. 726.

²² Por. P. Czekanowski 1999, *Gerontologia a nauczanie pracy socjalnej*, [w:] *Praca socjalna, działalność pozarządowa i edukacja: nowe wyzwania i potrzeby*, K. Frysztański (red.), s. 170; B. Synak, P. Czekanowski 2000, *Sytuacja społeczna ludzi starych w warunkach współczesnych zmian kulturowych i ustrojowych*, [w:] *Konferencje i Seminaria 4(32): Seniorzy w polskim społeczeństwie*, *Biuletyn Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu*, s. 46-47; P. Czekanowski, 2002b, *Sytuacja materialna*, [w:] *Polska starość*, op. cit., s 109-110 .

zapoczątkowanych w 1989 roku, doczekaliśmy się jednak Ustawy o pomocy społecznej²³. Zmienione podejście do zakresu pomocy społecznej spowodowało, że ustawodawca nie wymieniał już – tak, jak w przedwojennej ustawie - wyodrębnionych podmiotów, do których pomoc (opieka) ma być w szczególności kierowana (m.in. starców czy inwalidów), ale problemy społeczne, z tytułu których należy się pomoc (np. ubóstwo czy bezrobocie). Formalnie rzecz biorąc, to nowe podejście umożliwiało również ludziom starym - tak jak i innym obywatelom - korzystanie z pomocy w trudnych sytuacjach życiowych. Jednakże nie nazwanie zaawansowanych wiekiem klientów po imieniu, przy przyspieszonych przemianach społeczno - gospodarczych, spowodowało marginalizację tej grupy odbiorców pomocy społecznej i odbiło się w pewnym stopniu na dostępności ludzi starych do usług z sektora pomocowego. Okazało się bowiem, że osoby zaawansowane wiekiem zostały niejednokrotnie wyparte przez nowe (bądź liczniejsze) i bardzo silne grupy klientów, obejmujące osoby bezrobotne czy bezdomne. Późniejsze zmiany w ustawie o pomocy społecznej nie zmieniły sytuacji ludzi starych jako klientów pomocy społecznej w istotniejszy sposób²⁴.

Opisując sytuację życiową starych ludzi należy również wziąć pod uwagę warunki mieszkaniowe, w których funkcjonują. Ważna jest nie tylko ich ogólna ocena, ale również wyposażenie mieszkań, bariery architektoniczne na które w swoich lokalach natrafiają oraz potencjalne chęci do zamiany mieszkania. Analizy tego typu zagadnień zaczęły ostatnio w Polsce nabierać coraz większego znaczenia. Dzieje się tak ze względu na zwiększony zakres mobilności ludzi starych, wynikający chociażby z liczniejszych możliwości realizowania postulatu tzw. „intymności na dystans”²⁵. W prezentowanym obecnie rozdziale odniesiemy się do większości zasygnalizowanych w powyższym wprowadzeniu zagadnień.

²³ Tekst jednolity: Dz. U. z 1998 r., Nr 64, poz. 414, z późn. zm.

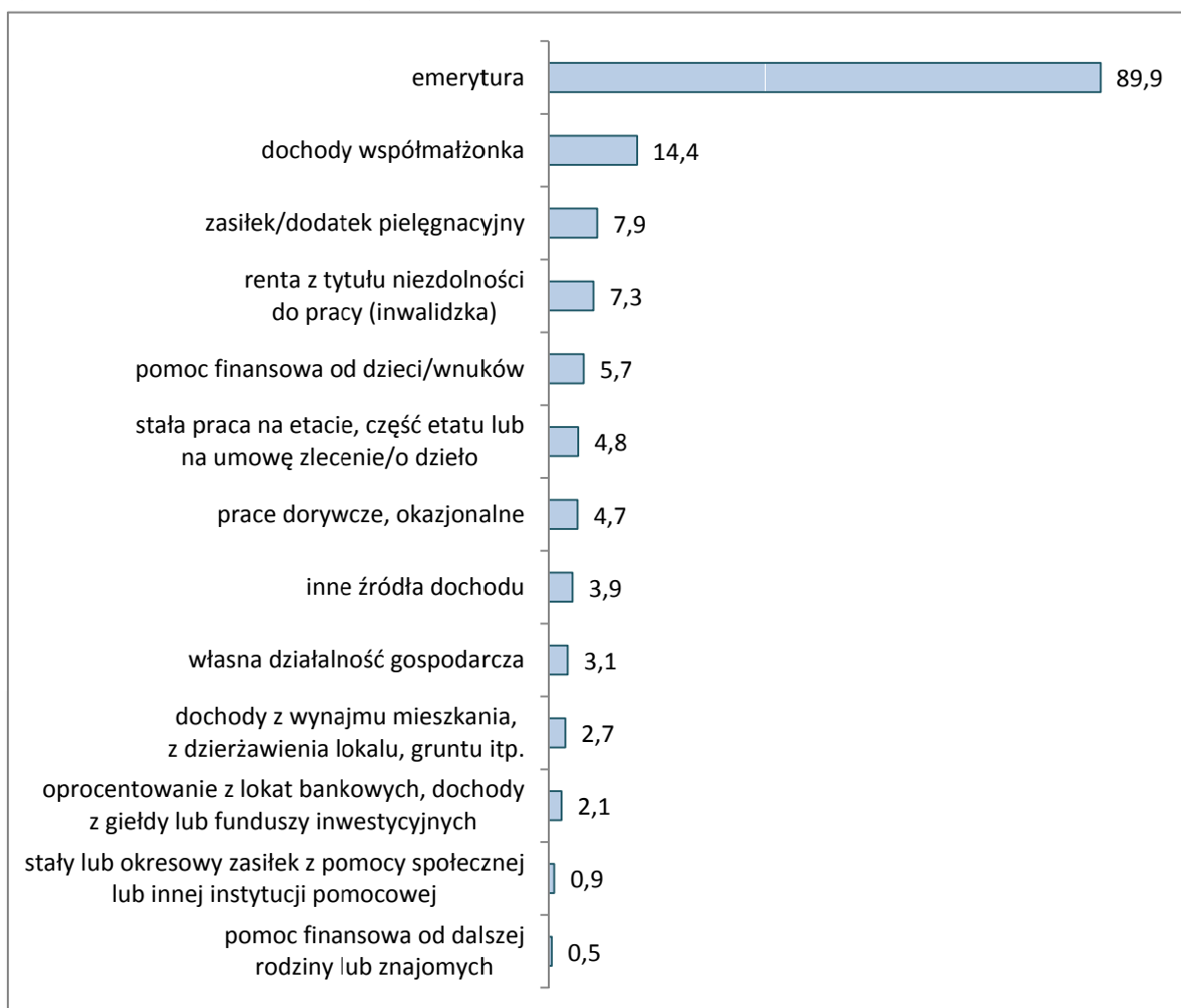
²⁴ Więcej informacji na temat ogólniejszych zagadnień związanych z ewolucją sektora pomocy społecznej w Polsce, jego obecną sytuacją oraz perspektywami rozwoju znajdzie czytelnik w książce zatytułowanej Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem, 2012, M. Rymsza (red.).

²⁵ Więcej na temat zróżnicowanych form przeprowadzek ludzi starych – zob. np. P. Czekanowski, 2012, Społeczne aspekty ..., op. cit., r. 4.4. Mobilność starszego pokolenia.

3.1. Źródła utrzymania

Wśród źródeł swych dochodów, respondenci najczęściej wymieniali emeryturę (89,9%). Na drugim miejscu spośród najczęściej wskazywanych źródeł utrzymania znalazły się „*dochody współmałżonka*”, ale jak można zauważyć, odsetek osób wskazujących na tę kategorię dochodów jest już zdecydowanie mniejszy (14,4%). Na kolejnych miejscach znalazły się: dodatek pielęgnacyjny (7,9%) oraz renta z tytułu niezdolności do pracy (7,3%). Pełne zestawienie źródeł utrzymania prezentuje rysunek 12.

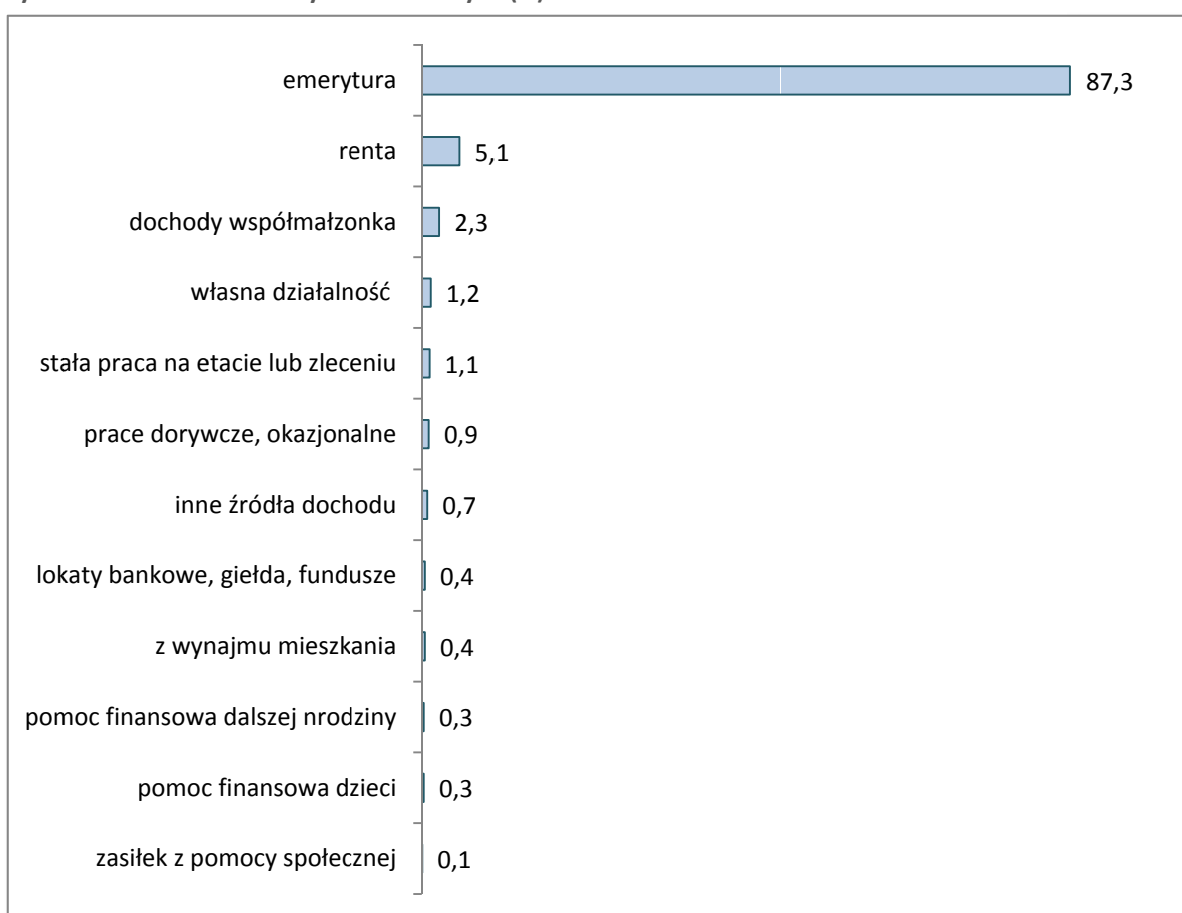
Rys. 12. Źródła utrzymania badanych (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)



Gdy respondentów zapytano z kolei o główne źródło dochodów, to ponownie na pierwszym miejscu wymienili oni własną emeryturę (87,3%). Renta stanowi główne źródło utrzymania dla 5,1% badanych, dochody współmałżonka dla 2,3%, a prowadzenie działalności gospodarczej lub praca to główne źródło utrzymania dla - łącznie - 2,3% respondentów. Również w ogólnopolskich badaniach *PolSenior* (Błędowski, 2011, s. 32), głównymi źródłami utrzymania dla ludzi starych okazały się

emerytury - 64,3% (to źródło było również najczęściej wymieniane przez mieszkańców miast) oraz renty - 14,8%. W dalszej kolejności wymienione zostały takie główne źródła utrzymania, jak emerytura rolnicza (13,9%) oraz praca (5,2%). Gdy połączymy kategorię respondentów otrzymujących emeryturę pracowniczą (głównie mieszkańcy miast) oraz rolniczą (głównie mieszkańcy wsi), to emerytura jako główne źródło utrzymania stanie się udziałem łącznie 78,2% ludzi zaawansowanych wiekiem (65+) w Polsce. Podobną strukturę źródeł utrzymania osób w wieku 65+ zanotowano w badaniach ogólnopolskich prowadzonych przez CBOS. Okazuje się, że w całym kraju – podobnie jak w Gdańsku – 89% badanych wskazało dochody z emerytury jako główne źródło utrzymania (*Sytuacja ludzi starych w społeczeństwie...*, CBOS 2009). Decydująca rola budżetowych źródeł utrzymania jako tych, które przede wszystkim tworzą dochody osób zaawansowanych wiekiem nie zmieniają się od lat, gdyż także w ogólnopolskich badaniach PTG z 2000 roku (Czekanowski, 2000b, s. 101-104), emerytury pracownicze (57,0%) oraz rolnicze (13,9%) - jako główne źródła utrzymania - były przez respondentów wskazywane najczęściej.

Rys. 13. Główne źródło utrzymania badanych (%)



3.2. Praca zarobkowa

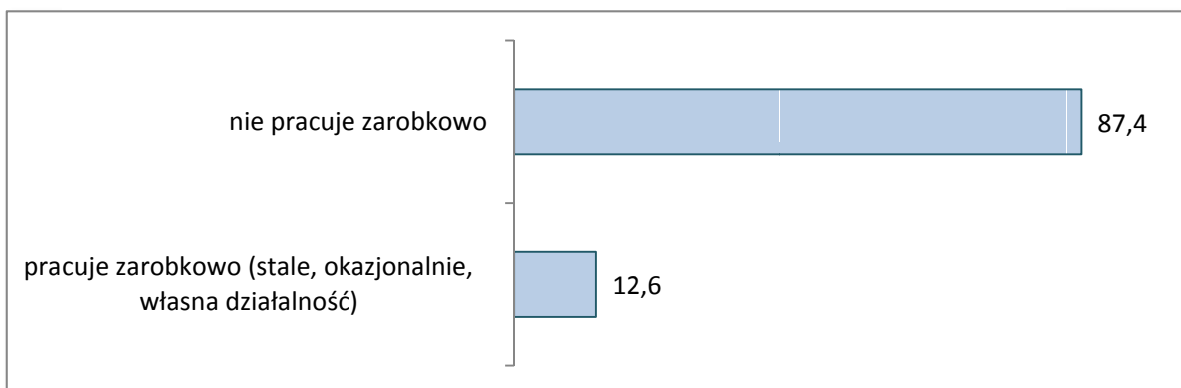
Zdecydowana większość osób starszych nie podejmuje działalności zarobkowej (87,9%). Okazuje się jednak, że co ósmy respondent pracuje zarobkowo (12,6%), prowadząc własną działalność, okazjonalnie podejmując zlecenia lub będąc stale zatrudnionym²⁶. Gdy przeprowadzimy analizę odnoszącą się do skali zatrudnienia osób starych w skali całego kraju, to zauważymy stosunkowo duże zróżnicowania w prezentowanych wynikach. Podczas gdy z ogólnopolskich badań przeprowadzonych przez CBOS dowiadujemy się, że 10% Polaków w wieku 65+ podejmuje jakiegokolwiek aktywności zarobkowe (*Obraz typowego Polaka w starszym wieku...*, CBOS 2010), to w badaniach ogólnopolskich *PolSenior* (Błędowski, 2012, s. 396-399), praca zarobkowa jako źródło utrzymania była wymieniana ogółem przez zdecydowanie mniejszą liczbę badanych, bo 3,2% z nich. Jeżeli natomiast sięgniemy do wyników z badań PTG, które przeprowadziliśmy wcześniej, bo w 2000 roku, to na pracę jako źródło utrzymania wskazywała z kolei większa liczba badanych, bo 4,2% z nich (Czekanowski, 2002b, s. 102).

Powracając do wyników z badania *PolSenior* (Błędowski, 2012, s. 396-399), warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że gdy uwzględnimy osoby stare, ale te, zamieszkujące tereny miejskie, to praca zarobkowa w miastach liczących od 200 tys. do 500 tys. mieszkańców (czyli tych, do których zaliczamy Gdańsk), stanowiła źródło utrzymania dla 3,9% starych mieszkańców miast, ale w aglomeracjach wskaźnik ten wynosił już 5,7%²⁷. Wartości odnoszące się do odsetka ludzi starych, którzy pracują, są zatem w Gdańsku zdecydowanie wyższe niż – opierając się na uśrednionych wynikach z badań *PolSenior* - w innych dużych miastach w kraju. Jest to prawdopodobnie spowodowane specyfiką Gdańska (czy całego Trójmiasta), rozumianego jako rynek pracy, w którym - ogólnie rzecz biorąc - możliwości zarobkowania zazwyczaj nie brakuje. Na te zwiększone możliwości znalezienia pracy wpływa zapewne zróżnicowany charakter przedsiębiorstw przemysłowych czy firm usługowych, w tym tych ukierunkowanych na działalność związaną z dostępem do morza. Zauważalny obecnie odsetek osób starych aktywnych na rynku pracy, może być wynikiem ich większej otwartości na takie formy zarobkowania, jak chociażby prowadzenie tzw. własnej działalności gospodarczej.

²⁶ Do kategorii osób pracujących zarobkowo, w badaniach gdańskich, włączono osoby, które wśród źródeł utrzymania (por. rysunek 12.) wskazały odpowiedzi: „*prace dorywcze i okazjonalne*”, „*stała praca na etacie, część etatu*” lub „*umowa zlecenie oraz własna działalność gospodarcza*”.

²⁷ Różnica w odsetkach może także wynikać z nieco odmiennego konstrukcji pytań odnoszących się do aktywności zarobkowej badanych.

Rys. 14. Aktywność zarobkowa badanych (%)



Wśród osób starszych pracujących zarobkowo przeważają mężczyźni: jest ich 18,9%, podczas gdy kobiet w podobnej sytuacji jest o ponad 11 p.p. mniej. Przyczyn powodujących taką sytuację jest wiele. Za jedną z nich można uznać chociażby zazwyczaj wcześniejszy okres przechodzenia na emeryturę kobiet. Zapewne sporą rolę w tym względzie może odgrywać również model rodziny, w którym tak zwanym ogniskiem domowym zajmuje się częściej kobieta, nie kontynuując (czy nie podejmując) wykonywania pracy zarobkowej.

Tab. 25. Aktywność zarobkowa a płeć (%)

	pracuje zarobkowo	nie pracuje zarobkowo
kobiety	7,6	92,4
mężczyźni	18,9	81,1

$\chi^2=42,94$, $df=1$, $p<0,001$

Aktywność zawodowa osób powyżej 65 roku życia jest ściśle związana z wiekiem. W grupie obejmującej najmłodszych respondentów (65-69 lat) pracuje co czwarty z nich, a w kolejnych grupach wiekowych jest to odpowiednio 8,2%, 6,8% i najmniej – 3,9% spośród osób mających osiemdziesiąt lat i więcej. Sytuacja ta wydaje się całkowicie naturalna.

Tab. 26. Aktywność zarobkowa a wiek (%)

	pracuje zarobkowo	nie pracuje zarobkowo
65-69 lat	22,9	77,1
70-74 lat	8,2	91,8
75-79 lat	6,8	93,2
80 i więcej lat	3,9	96,1

$\chi^2=85,77$, $df=3$, $p<0,001$

Analiza wykształcenia osób starszych biorących udział w badaniu i podejmujących działalność zarobkową wykazuje zależność liniową z aktywnością zawodową. Najbardziej aktywne zawodowo są osoby z wykształceniem podstawowym (6,5%), najczęściej zaś respondenci legitymujący się wykształceniem wyższym (21,6%). Grupy osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz

średnim mają taką samą liczebność – obejmują po 11,7% badanych. W wielu wypadkach wyższe wykształcenie umożliwia dłuższe funkcjonowanie na rynku pracy lub znalezienie dodatkowych zajęć.

Tab. 27. Aktywność zarobkowa a wykształcenie (%)

	pracuje zarobkowo	nie pracuje zarobkowo
podstawowe	6,5	93,5
zasadnicze zawodowe	11,7	88,3
średnie	11,7	88,3
wyższe	21,6	78,4

$\chi^2=28,69$, $df=3$, $p<0,001$

Zwróćmy uwagę na to, że osoby postrzegające siebie jako stare, zdecydowanie rzadziej są aktywne zawodowo, niż osoby, które tylko w jakimś stopniu, a zwłaszcza w ogóle, nie identyfikują się z ludźmi starymi. Wśród respondentów czujących się staro, odsetek pracujących wynosi 1,5%. Z kolei wśród osób, które w żadnym stopniu nie uważają się za ludzi starych, odsetek zatrudnionych jest już zdecydowanie wyższy i wynosi 16,9%. Zaistniałe różnice w odsetkach osób pracujących w zależności od tego, w jakim stopniu czują się staro, można powiązać z ich subiektywnym postrzeganiem starości. Wśród wcześniej analizowanych cech znamionujących początek starości (por. rys. 2), znalazły się przecież takie, jak utrata sił i spadek aktywności oraz nasilanie się kłopotów ze zdrowiem, a więc takie, które z natury rzeczy ograniczają zdolność do wykonywania pracy.

Tab. 28. Aktywność zarobkowa a samoidentyfikacja respondenta z człowiekiem starym (%)

	pracuje zarobkowo	nie pracuje zarobkowo
tak	1,5	98,5
pod pewnym względem tak, pod pewnym nie	10,0	90,0
nie	16,9	83,1

$\chi^2=48,67$, $df=2$, $p<0,001$

Jak można było się spodziewać, ocena własnego stanu zdrowia również pozostaje w statystycznie istotnej zależności z podejmowaniem przez respondentów aktywności zawodowej. Jak pokazuje tabela 29, wśród badanych oceniających swoje zdrowie jako dobre, pracuje co czwarty z nich. Z kolei wśród osób oceniających stan swojego zdrowia jako raczej dobry lub przeciętny, pracę zarobkową wykonuje mniej więcej co dziesiąta taka osoba. najmniejsze odsetki osób pracujących zauważymy wśród respondentów legitymujących się najslabszym zdrowiem.

Tab. 29. Aktywność zarobkowa na tle subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia (%)

	pracuje zarobkowo	nie pracuje zarobkowo
dobry	25,7	74,3
raczej dobry	11,3	88,7
przeciętny	10,6	89,4
raczej zły	5,7	94,3
zły	3,7	96,3

$\chi^2=68,54$, $df=4$, $p<0,001$

3.3. Samoocena sytuacji materialnej

Biorąc pod uwagę ocenę swojej sytuacji materialnej, to największa respondentów, bo prawie połowa z nich (45,9%), wybrała wariant odpowiedzi - „żyję oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko”. Co trzeci badany zadeklarował konieczność oszczędnego gospodarowania zasobami, aby móc sprostać wszystkim potrzebom. Spośród ankietowanych, 15,0% oceniło swój status materialny zdecydowanie pozytywnie – pieniędzy wystarcza im na wszystkie potrzeby bez konieczności oszczędzania. Najmniejszą grupę stanowią badani odpowiadający, że pieniędzy nie wystarcza im nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb (6,2%). W oparciu o wyniki naszych badań można zatem uznać, że w samoocenie respondentów ich sytuacja materialna prezentuje się raczej pozytywnie.

Odsetek respondentów oceniających pozytywnie swoją sytuację materialną wynosi wśród starych gdańszczan 60,9% (przy zsumowaniu dwóch pierwszych odpowiedzi z rys. 15). Warto zauważyć, że jest on o 12,2 p.p. niższy, niż wśród zbiorowości osób starszych z miast liczących 200-500 tys. mieszkańców, które rozpoznano w badaniach *PolSenior*, gdzie analogiczny odsetek wyniósł 73,1%. Porównując wyniki z obu badań można chyba założyć, że przyczyną mniejszego w Gdańsku niż w innych miastach Polski odsetka ludzi starych, którzy oceniają swoją sytuację materialną – ogólnie rzecz biorąc – jako dobrą, są nieco inne oczekiwania i aspiracje finansowe mieszkańców różnej wielkości miast. Prawdopodobnie w największych ośrodkach miejskich (np. liczących powyżej 400-500 tys. mieszkańców), te aspiracje są większe, niż w miastach średniej wielkości (np. liczących 200-300 tys. mieszkańców). Dodajmy tylko, że w badaniach *PolSenior*, odsetek osób oceniających pozytywnie swoją sytuację materialną w skali całego kraju osiągnął poziom 64,8% (Błędowski, 2012, s. 400-401).

Rys. 15. Samoocena sytuacji materialnej (%)

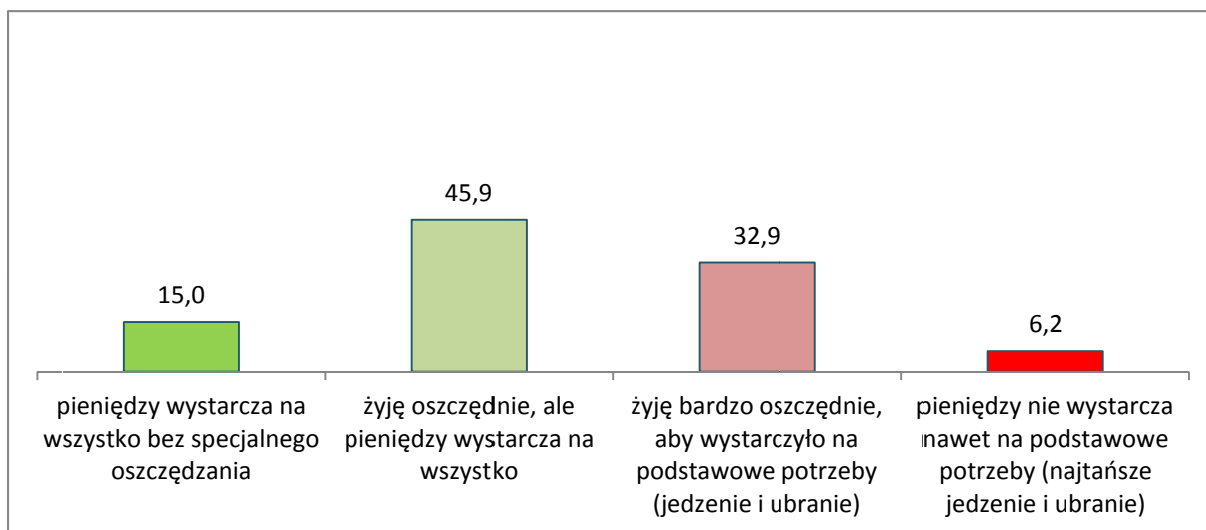


Tabela 30. ilustruje subiektywną ocenę sytuacji finansowej z uwzględnieniem płci osób biorących udział w badaniu. Jak wynika z zaprezentowanych danych, w subiektywnej ocenie mężczyźni zazwyczaj lepiej niż kobiety oceniają swoją sytuację materialną. W grupie osób sygnalizujących trudności finansowe jest nieco więcej (o 1,1 p.p.) kobiet niż mężczyzn.

W badaniach *PolSenior* zauważamy analogiczne tendencje, bo liczba kobiet w najtrudniejszej sytuacji materialnej jest o 0,8 p.p. wyższa, niż liczba mężczyzn (odpowiednio 1,5% i 0,7% - zob. P. Błędowski, 2012, s. 400-401). Podobnie, w grupie badanych deklarujących konieczność podejmowania znacznych oszczędności jest więcej kobiet niż mężczyzn - tu różnica we wskazaniach wynosi 5,7 p.p. Konieczność prowadzenia dość oszczędnego życia, ale bez większych napięć budżetowych, jest deklarowana przez mniej więcej równą liczbę kobiet i mężczyzn. Relatywnie największa dysproporcja w ocenie sytuacji materialnej występuje pomiędzy odsetkami kobiet i mężczyzn oceniających swoją sytuację finansową zdecydowanie pozytywnie i sięga 5,1 p.p. . Odpowiedź, że pieniędzy wystarcza na wszystkie potrzeby bez konieczności oszczędzania zaznaczyło 13,9% kobiet i 18,1% mężczyzn. Ta przewaga odsetka mężczyzn wynika zapewne z tego, że mężczyźni mają zazwyczaj możliwość dłuższego funkcjonowania na rynku pracy, a w efekcie uzyskania wyższej emerytury.

Tab. 30. Samoocena sytuacji materialnej a płeć (%)

	pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	żyję oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	żyję bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtąńsze jedzenie i ubranie)
kobiety	13,0	45,2	35,2	6,6
mężczyźni	18,1	46,9	29,5	5,5

$\chi^2=10,86$, $df=3$, $p<0,05$

Biorąc z kolei za punkt wyjścia poziom wykształcenia starszych respondentów, to w największym stopniu problemów finansowych doświadczają osoby z wykształceniem podstawowym (11,0% ankietowanych), a w najmniejszym – osoby najlepiej wykształcone (1,3%). Odwrotnie pod tym względem prezentuje się z kolei rozkład odpowiedzi wśród osób, które uznały, że „pieniędzy wystarcza mi na wszystko”. Tu najliczniejszą grupę stanowią respondenci z wykształceniem wyższym (26,3%), na drugim miejscu plasują się badani z wykształceniem średnim (18,1%), dalej – zasadniczym zawodowym (9,1%) oraz podstawowym (5,8%). Korzystniejszą sytuację materialną osób lepiej wykształconych można tłumaczyć między innymi ich licznymi zazwyczaj możliwościami zarobkowania.

Tab. 31. Samoocena sytuacji materialnej a wykształcenie (%)

	pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	żyję oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	żyję bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)
podstawowe	5,8	32,5	50,6	11,0
zasadnicze zawodowe	9,1	48,7	34,4	7,8
średnie	18,1	47,9	29,1	4,9
wyższe	26,3	54,3	18,1	1,3

$\chi^2=136,6$, $df=9$, $p<0,001$

Jeżeli chodzi o odsetki osób w bardzo dobrej i dobrej sytuacji materialnej (odpowiedzi: wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania oraz żyję oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko potraktowane łącznie), to sytuacja przedstawia się podobnie w 4 spośród 5 wyróżnionych stref w Gdańsku (czyli poza strefą przemysłową). Odsetki osób charakteryzujących się taką właśnie sytuacją materialną mieszczą się w przedziale obejmującym od 61,8% do 68,8% ogółu starych mieszkańców z tych stref (w strefie przemysłowej odsetek ten wynosi jedynie 44,8%).

Z kolei zdecydowanie największy odsetek badanych oceniających swoją sytuację materialną jako jednoznacznie złą, występuje w dzielnicach: Nowy Port, Stogi, Orunia, czyli w granicach strefy przemysłowej, i wynosi 15,3%. Zauważmy, że w pozostałych strefach miasta, odsetki osób w tej najgorszej sytuacji materialnej są w pewnym stopniu zbliżone do siebie i mieszczą się w granicach 3,5-5, 5%.

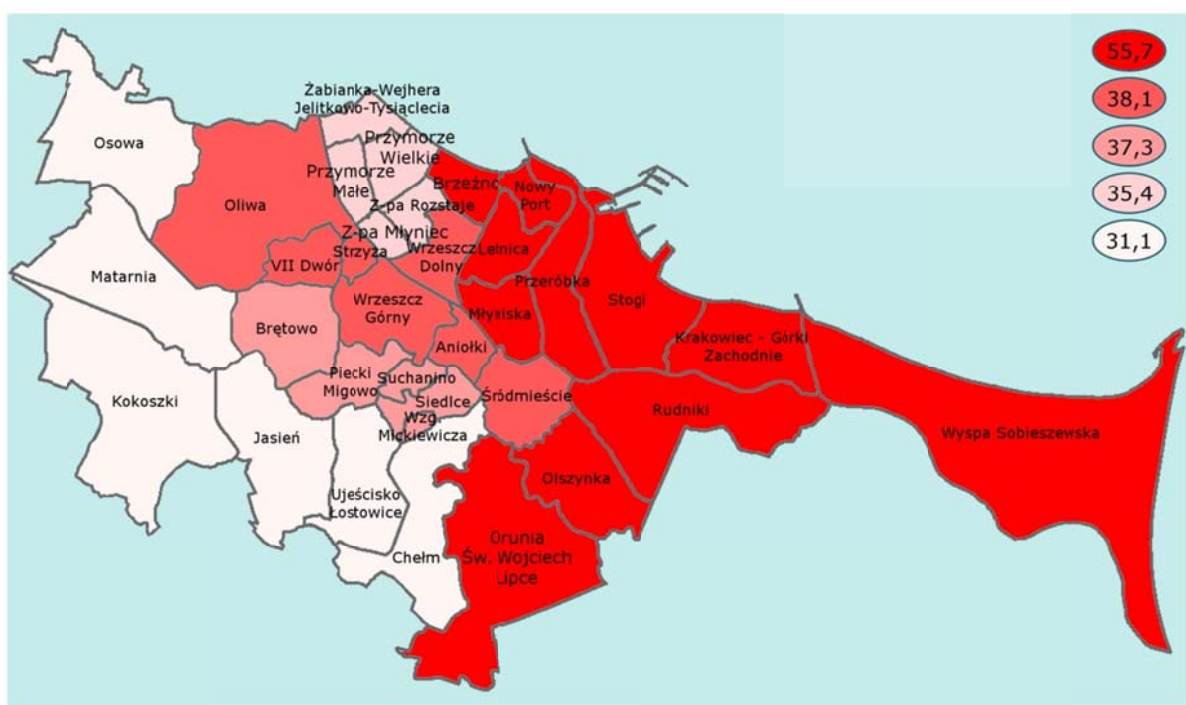
Tab. 32. Samoocena sytuacji materialnej z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

	pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	żyję oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	żyję bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)
strefa centralna	17,0	44,8	33,1	5,0
strefa południowa WZM	15,2	47,5	32,8	4,4
taras południowo-zachodni	14,5	54,3	27,7	3,5
strefa północna WZM	18,0	46,6	31,4	4,0
strefa przemysłowa	8,4	35,9	40,5	15,3

$\chi^2=71,24$, $df=12$, $p<0,001$

W celu graficznego zobrazowania trudnej sytuacji materialnej starych mieszkańców Gdańska, na mapie (rys. 16) znajdują się wskazania dla potraktowanych łącznie kategorii respondentów, którzy wybrali odpowiedzi: „*żyję bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)*” oraz „*pieniędzy nie wystarczy nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)*”. Najwyższy odsetek osób doświadczających tego typu trudności finansowych zarejestrowano w strefie przemysłowej (55,7%). W strefach centralnej oraz południowej i północnej WZM występują zbliżone wartości procentowe (rzędu 35-38%), natomiast najniższy odsetek osób najuboższych odnotowano na obszarze tarasu południowo-zachodniego (31,1%). Uzyskane dane potwierdzają pewną prawidłowość odnotowaną już wcześniej w odniesieniu do Gdańska i wskazującą na występowanie wyraźnej polaryzacji w przestrzeni miasta ze względu na sytuację materialną jego mieszkańców. Jak wynika z innych badań, najwyższe odsetki obywateli o niższych dochodach, osób bezrobotnych oraz klientów instytucji pomocy społecznej występują w strefie przemysłowej, czyli w takich dzielnicach jak Nowy Port, Stogi z Przeróbką czy Orunia Dolna. Natomiast najlepsza sytuacja materialna występuje w dzielnicach Gdańska współtworzących taras południowo-zachodni (Załęcki 2003, s. 54).

Rys. 16. Odsetek respondentów doświadczających ograniczeń finansowych w poszczególnych strefach Gdańska



3.4. Korzystanie z pomocy społecznej

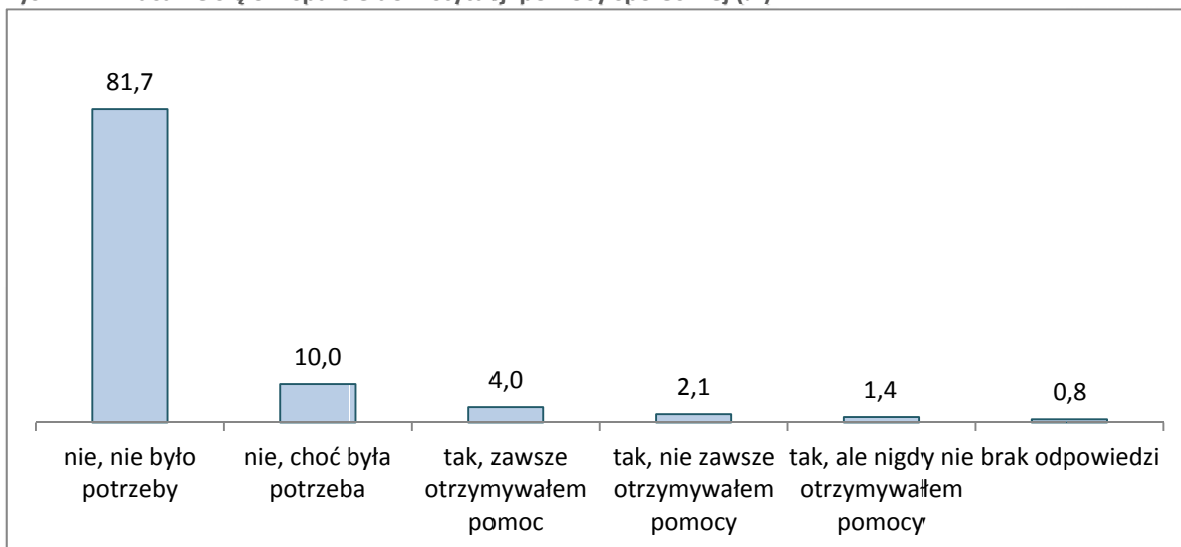
Badani zostali poproszeni o odpowiedź na pytanie o to, czy zwracali się kiedykolwiek (lub ktoś w ich imieniu) do instytucji pomocy społecznej (rys. 17). W zdecydowanej większości udzielili oni

odpowiedzi negatywnej, deklarując że nie było takiej potrzeby (81,7%). Co dziesiąty respondent stwierdził, że choć miał taką potrzebę, to nie zwrócił się o pomoc (10,0%). Odsetek osób zwracających się kiedykolwiek w swoim życiu do instytucji pomocy łącznie obejmował 7,5% badanych (4,0% z wszystkich ankietowanych odpowiedziało, że zawsze taką pomoc otrzymywało, 2,1% nie zawsze otrzymywało wsparcie, a 1,4% nie otrzymało go nigdy).

z kolei w badaniach ogólnopolskich PTG z 2000 roku (Czekanowski, 2002b, s. 110-111), liczba osób starych zwracających się kiedykolwiek do instytucji pomocy społecznej była zdecydowanie wyższa, bo wynosiła 15%. Warto zauważyć, że 6% spośród ogółu respondentów stwierdziło, że zawsze taką pomoc otrzymywało, dalsze 4% starało się o wsparcie, ale nie zawsze je otrzymywało, a 5% nie otrzymało go nigdy).

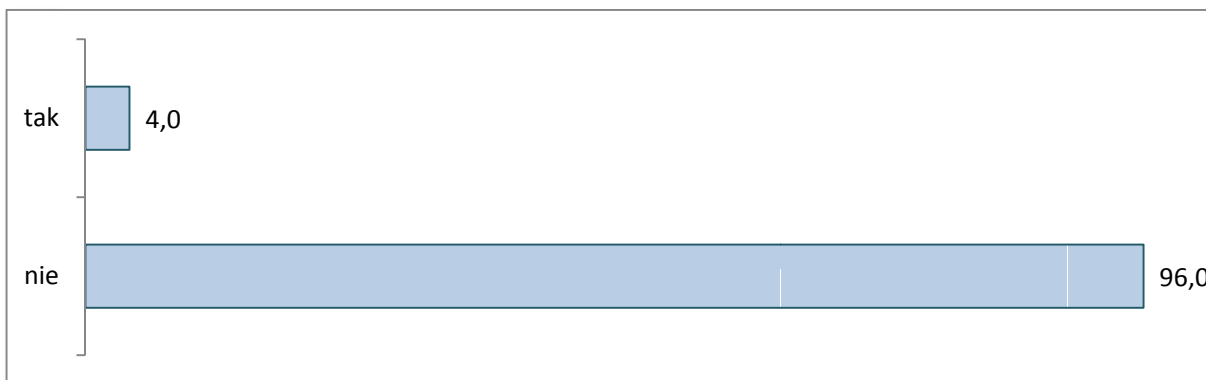
Biorąc pod uwagę potrzebę korzystania z pomocy społecznej, to na tle badań ogólnopolskich z 2000 roku obecna sytuacja starych mieszkańców Gdańska jest zdecydowanie lepsza niż sytuacja starych Polaków sprzed kilkunastu lat. Pobieżna analiza wyników z obu badań mogłaby zatem nastrojać optymistycznie, zwłaszcza ze względu na wyraźny spadek z upływem lat, bo o połowę, odsetka ludzi starych zwracających się kiedykolwiek do instytucji pomocy społecznej. Dokonywanie tego typu porównań powinno być prowadzone jednak z dużą ostrożnością. Po pierwsze, należy pamiętać, że w badaniach ogólnopolskich uwzględnialiśmy również mieszkańców wsi, którzy niejednokrotnie bytowali w trudniejszych warunkach, niż mieszkańcy takiego miasta, jakim jest Gdańsk. Po wtóre, z upływem czasu zmienia się zarówno zakres świadczeń z pomocy społecznej, jak i kryteria ich przyznawania, co również mogło wpłynąć znacząco na zasygnalizowane różnicowania w wynikach obu badań.

Rys. 17. Zwracanie się o wsparcie do instytucji pomocy społecznej (%)



W trakcie przeprowadzania wywiadów kwestionariuszowych zadano respondentom również pytanie o to, czy obecnie (czyli w okresie prowadzenia badań), otrzymywali jakiegokolwiek świadczenia z pomocy społecznej. Spośród ogółu badanych, 4,0% otrzymywało jakieś świadczenia z ośrodków pomocy społecznej (rys.18). W okresie przeprowadzania badań PTG, czyli w roku 2000, odsetek osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej wynosił blisko 3% (Czekanowski, 2002b, s. 111-112).

Rys. 18. Odsetek respondentów otrzymujących obecnie świadczenia z pomocy społecznej (%)



Kobiety częściej niż mężczyźni otrzymywały w okresie prowadzonych w Gdańsku badań świadczenia z instytucji zajmujących się pomocą społeczną. Różnica we wskazaniach wynosi tu 2,0 p.p. Większy odsetek kobiet korzystających z pomocy społecznej może mieć związek z tym, że – jak zaznaczyliśmy wcześniej (por. tab. 30) – zaawansowane wiekiem kobiety nieco częściej niż starsi mężczyźni deklarują to, że mają bardzo złą sytuację materialną.

Tab. 33. Otrzymywanie świadczeń z pomocy społecznej a płeć (%)

	tak	nie
kobiety	4,8	95,2
mężczyźni	2,8	97,2

$\chi^2=3,43$, $df=1$, $p<0,05$

Biorąc z kolei za punkt wyjścia poziom wykształcenia respondentów, to zdecydowanie najczęściej beneficjentami wsparcia płynącego z sektora pomocy społecznej są osoby z wykształceniem podstawowym – 7,5% (wśród badanych zaliczonych do trzech pozostałych grup wykształcenia, współczynnik ten nie przekracza 3,6%).

Tab. 34. Otrzymywanie świadczeń z pomocy społecznej a wykształcenie (%)

	tak	nie
podstawowe	7,5	92,5
zasadnicze zawodowe	3,6	96,4
średnie	3,2	96,8
wyższe	2,2	97,8

$\chi^2=12,88$, $df=3$, $p<0,01$

Świadczenia pomocowe najczęściej uzyskują osoby uznające swoją sytuację finansową za bardzo złą (odpowiedź: pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby), gdyż stanowią 15,1% respondentów tak właśnie postrzegających swoje warunki życia. Sytuacja ta zdecydowanie lepiej przedstawia się wśród pozostałych grup respondentów. Wśród ankietowanych, którym pieniędzy wystarcza już na zaspokojenie podstawowych potrzeb, klientów pomocy społecznej jest znacznie mniej (5,7%), a najmniej (2,6%) w gronie osób, którym środków finansowych wystarcza na wszystko, chociaż w sytuacji prowadzenia oszczędnego trybu życia. Dodajmy, chociaż wydaje się to niejako oczywiste, że najlepiej sytuowani respondenci nie korzystali w ogóle ze świadczeń pomocy społecznej. To, że zauważamy malejący odsetek osób korzystających z pomocy społecznej wśród respondentów lepiej sytuowanych materialnie jest jak najbardziej logiczne i potwierdza jedynie znany fakt, że ośrodki pomocy społecznej wspierają przede wszystkim ludzi doświadczających największych trudności finansowych.

Tab. 35. Otrzymywanie świadczeń z pomocy społecznej na tle samooceny sytuacji materialnej (%)

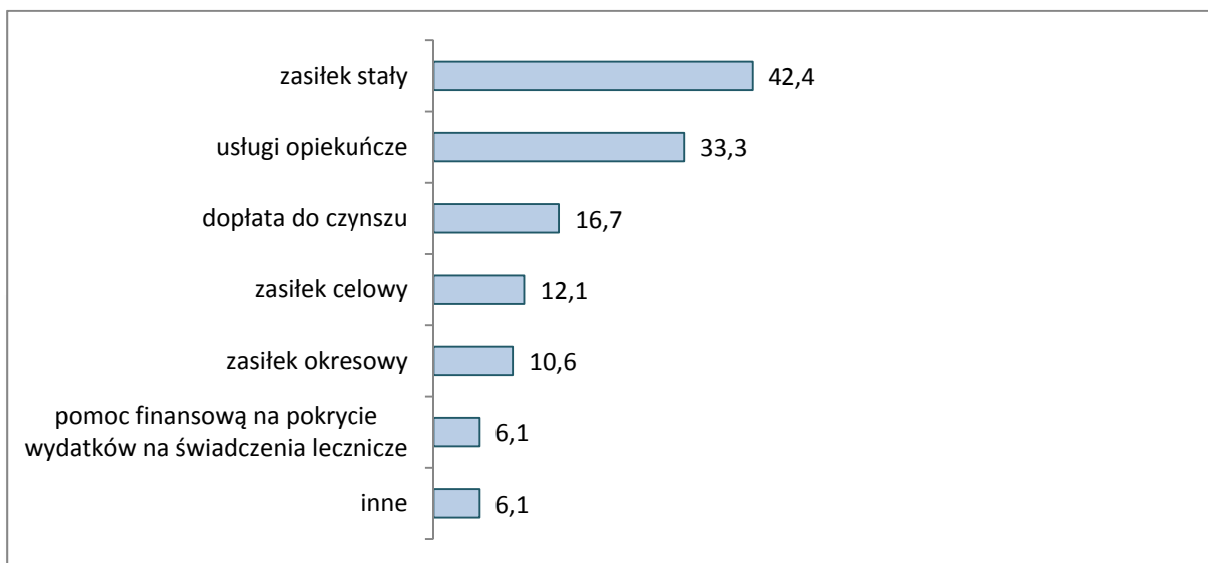
	tak	nie
pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	-	100,0
żyję oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	2,6	97,4
żyję bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	5,7	94,3
pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)	15,1	84,9

$\chi^2=45,98$, $df=3$, $p<0,001$

Spośród otrzymywanych świadczeń (rys. 19), najczęściej wymieniany jest przez badanych zasiłek stały (42,4%), dalej – usługi opiekuńcze (33,3%), dopłata do czynszu (16,7%) oraz pomoc doraźna bądź okresowa (10,6). Można chyba uznać, że właśnie te rodzaje świadczeń są typowe dla zbiorowości osób najbardziej zaawansowanych wiekiem. W badaniach, które w szerszym stopniu niż nasze byłyby ukierunkowane na rozpoznawanie kwestii związanych ze wsparciem uzyskiwanym z sektora pomocy społecznej, warto byłoby szczegółowo zdiagnozować zakres pomocy oparty na poszczególnych metodach pracy socjalnej. Ponadto, w obliczu konsekwencji wynikających z coraz bardziej starzejącego się społeczeństwa, niezbędne wydaje się pełniejsze niż dotąd rozwijanie gerontologicznej pracy socjalnej (zob. np. Czekanowski, 2002b, s. 112). Niestety, w naszym kraju wciąż napotykamy na niedostatek specjalistycznych publikacji przybliżających teoretyczne i praktyczne aspekty stosowania metod pracy socjalnej ukierunkowanej na osoby zaawansowane wiekiem.

Rys. 19. Rodzaj otrzymywanych świadczeń (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy otrzymują świadczenia z pomocy społecznej.

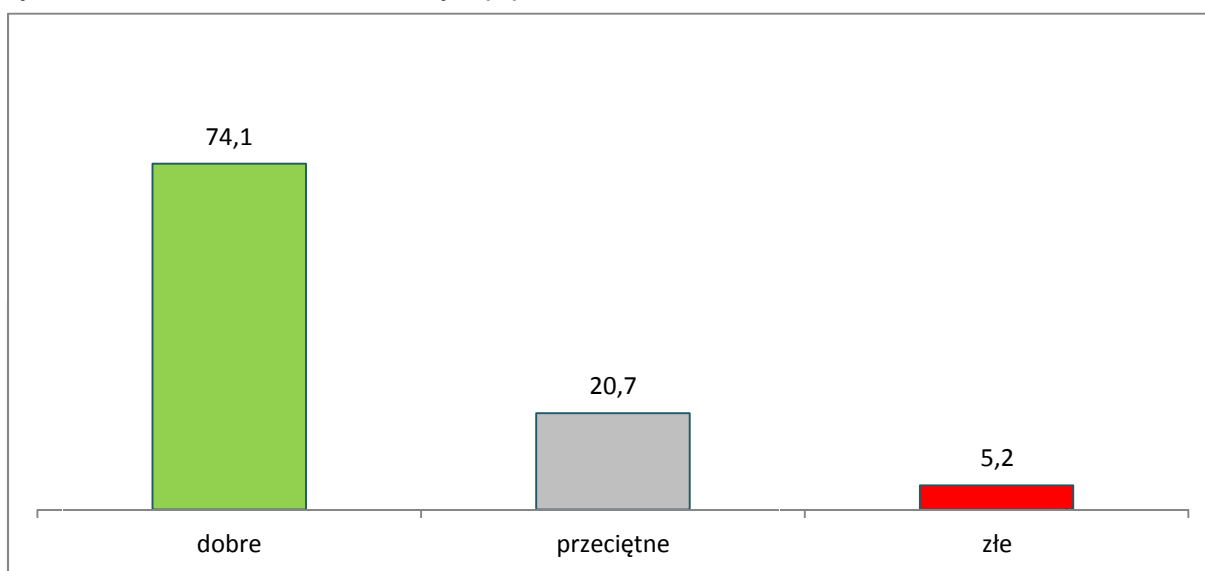


n = 60

3.5. Ocena warunków mieszkaniowych

Blisko trzy czwarte respondentów ocenia swoje warunki mieszkaniowe jako dobre (74,1%). Przeciętnie ocenia je 20,7%, natomiast źle – 5,7%. Osoby starsze w wieku 65+ zamieszkałe w Gdańsku lepiej oceniają swoje warunki mieszkaniowe niż Polacy w tym samym wieku pytani przez CBOS w badaniach krajowych (*Obraz typowego Polaka w starszym wieku...*, CBOS 2010). Z badań CBOS-u wynika bowiem, że jako „dobre” ocenia własne warunki mieszkaniowe 57% badanych Polaków w wieku 65+ (różnica 17,1 p.p.), jako „przeciętne” - 35% z nich (różnica 14,3 p.p.), zaś złe - 8% ankietowanych (różnica 2,3 p.p.). Lepsza sytuacja mieszkaniowa ludzi starych w Gdańsku wynikać może z wielkomiejskiego charakteru badanego środowiska oraz ogólnie lepszej sytuacji gospodarczej aniżeli w skali całego kraju.

Rys. 20. Ocena warunków mieszkaniowych (%)



Uwzględniając płeć badanych osób starych w Gdańsku, to więcej kobiet niż mężczyzn ocenia swoje warunki mieszkaniowe jako dobre – różnica we wskazaniach pomiędzy przedstawicielami obu płci wynosi ponad 5 p.p. Mężczyźni także częściej niż kobiety skłaniają się ku temu, aby swoje warunki mieszkaniowe uznać za przeciętne (odpowiednio 24,6% mężczyzn i 18,1% kobiet).

Tab. 36. Ocena warunków mieszkaniowych a płeć (%)

	dobre	przeciętne	złe
kobiety	76,2	18,1	5,8
mężczyźni	71,0	24,6	4,4

$\chi^2=10,17$, $df=2$, $p<0,05$

Największa liczba respondentów, i to niezależnie od swojego wieku (tab. 37), ocenia własne warunki lokalowe jako dobre, gdyż zbiorowość ta obejmuje około trzy czwarte reprezentantów w każdym z 4 wyróżnionych przedziałów wieku. Z kolei najmniej liczną grupę oceniającą swoje

warunki zamieszkania jako przeciętne tworzą osoby w wieku 80+ (15,5%), jednocześnie w tej grupie wiekowej odnotowano najwięcej odpowiedzi wskazujących na to, że te warunki są złe (9,3%). Zaistniałe zróżnicowania mogą wynikać z tego, że część osób najstarszych wprowadzała się do swoich mieszkań bezpośrednio po wojnie, a zatem do budynków o zazwyczaj najniższym standardzie, które nie zostały w kolejnych dekadach odpowiednio wyremontowane.

Tab. 37. Ocena warunków mieszkaniowych a wiek (%)

	dobrze	przeciętne	złe
65-69 lat	75,5	20,7	3,7
70-74 lat	72,2	22,2	5,6
75-79 lat	73,6	22,8	3,6
80 i więcej lat	75,2	15,5	9,3

$\chi^2=16,98$, $df=6$, $p<0,05$

Osoby z wyższym i średnim wykształceniem znacznie częściej są zadowolone ze swoich mieszkań (około 80% w obu grupach), najrzadziej też odpowiadają, że mieszkają w złych warunkach (po około 2%). Sytuacja występująca wśród osób z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym jest porównywalna - około 64% badanych w każdej z tych grup udzieliło odpowiedzi, że ma dobre warunki mieszkaniowe, nieco więcej niż jedna czwarta – że przeciętne, a mniej więcej co dziesiąta osoba z tego typu poziomem wykształceniem uznała swoje warunki lokalowe za złe.

Tab. 38. Ocena warunków mieszkaniowych a wykształcenie (%)

	dobrze	przeciętne	złe
podstawowe	64,0	25,3	10,7
zasadnicze zawodowe	64,3	27,3	8,4
średnie	81,4	16,4	2,1
wyższe	80,2	17,7	2,2

$\chi^2=70,68$, $df=6$, $p<0,001$

Najbardziej zadowolone z warunków mieszkaniowych są osoby mieszkające w dzielnicach, w których dominuje budownictwo spółdzielcze lub tzw. deweloperskie, powstałe w ostatnim dwudziestoleciu (Morena, Suchanino oraz Orunia Górna, Chełm, Kokoszki - odsetek odpowiedzi pozytywnych przekroczył w nich 80%). Najwięcej odpowiedzi negatywnych odnotowano wśród mieszkańców dzielnic Nowy Port, Stogi, Orunia (strefa przemysłowa). Zasygnalizowane różnice mają związek z tym, że w strefie przemysłowej dominuje jeszcze przedwojenna zabudowa komunalna wymagająca rewitalizacji.

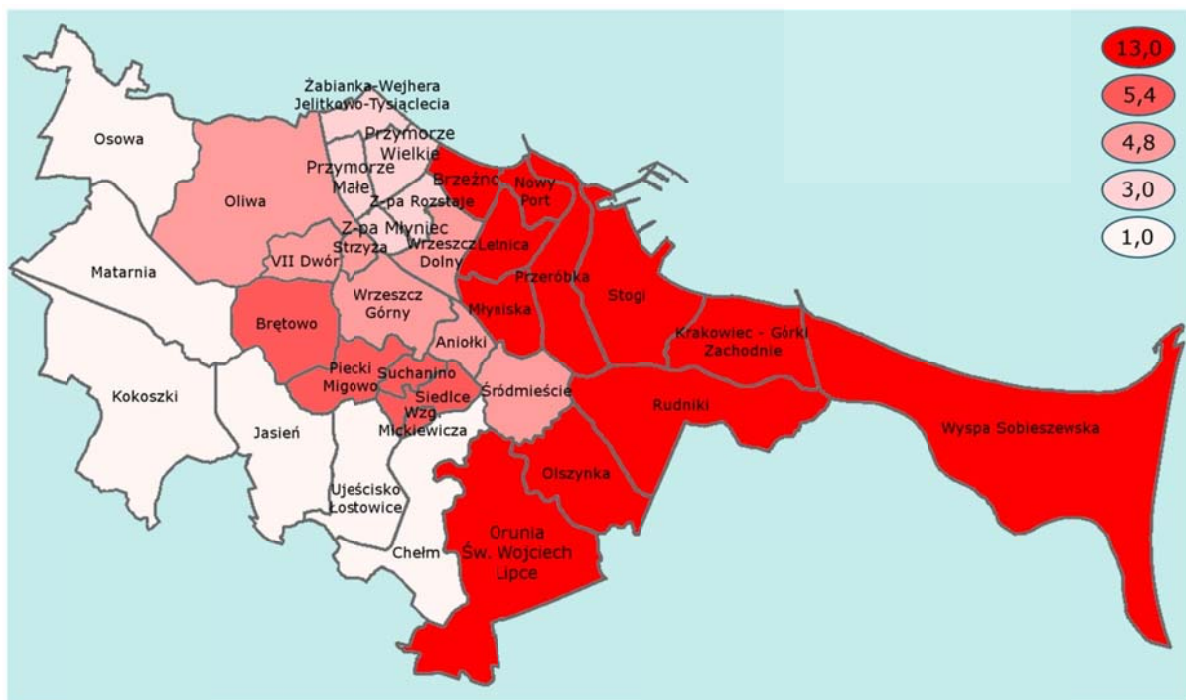
Więcej informacji o rozkładzie terytorialnym w odniesieniu do oceny warunków mieszkaniowych zaawansowanych wiekiem mieszkańców gdańska przedstawia tabela 39. oraz rysunek 21.

Tab. 39. Ocena warunków mieszkaniowych z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

	dobrze	przeciętne	złe
strefa centralna	74,1	21,1	4,8
strefa południowa WZM	81,4	13,2	5,4
taras południowo-zachodni	83,0	15,9	1,0
strefa północna WZM	75,3	21,6	3,0
strefa przemysłowa	57,3	29,8	13,0

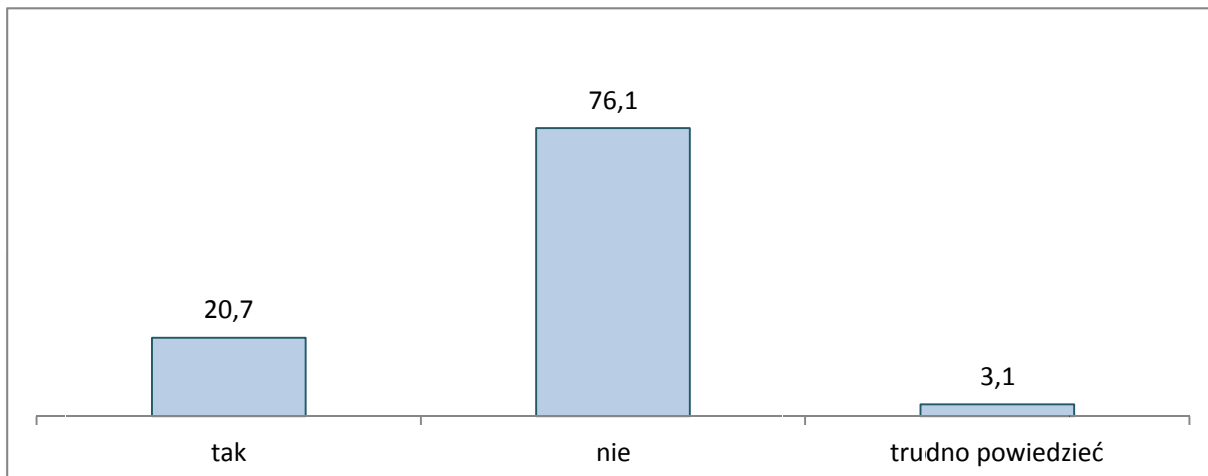
$\chi^2=77,14$, $df=8$, $p<0,001$

Rys. 21. Odsetek respondentów źle oceniających swoje warunki mieszkaniowe w poszczególnych strefach Gdańska



Na istnienie barier architektonicznych w zamieszkiwanym budynku i jego najbliższym otoczeniu, które utrudniają wychodzenie z domu, zwraca uwagę co piąty zaawansowany wiekiem badany (20,7%).

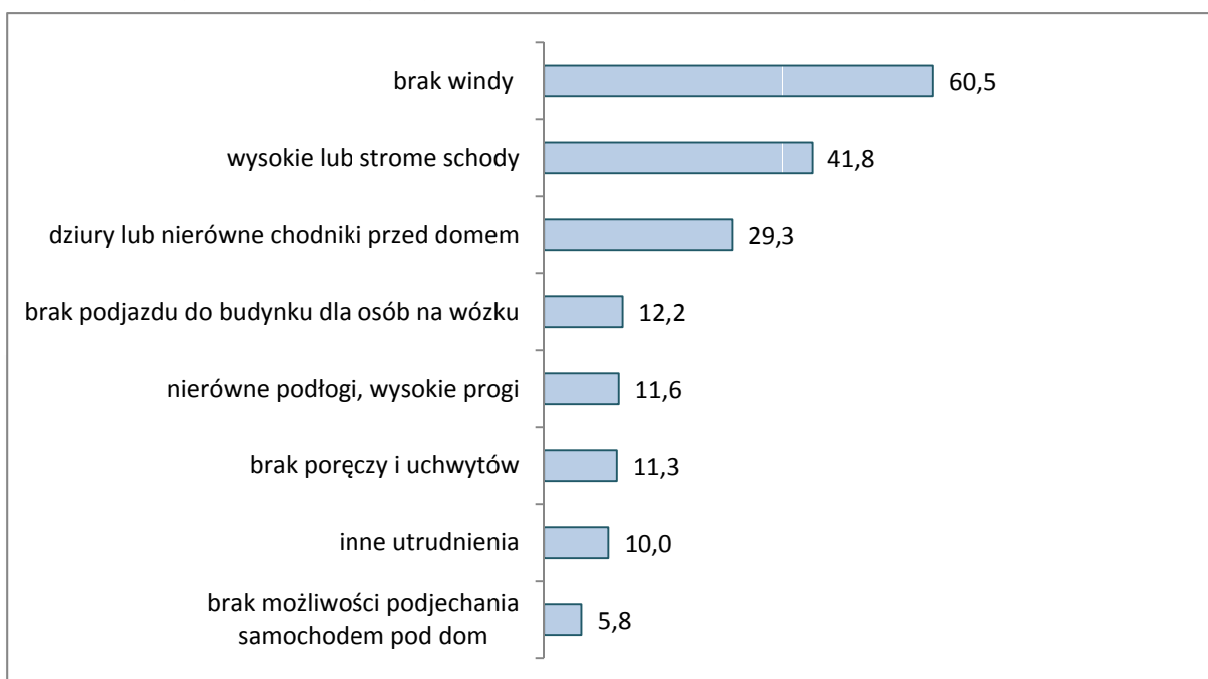
Rys. 22. Napotykanie barier architektonicznych w zamieszkiwanym budynku i jego najbliższym otoczeniu (%)



Wśród najczęściej wymienianych przez respondentów w badaniu gdańskim barier architektonicznych znalazły się (rys. 23): brak windy (60,5% wskazań w grupie badanych, którzy w ogóle sygnalizowali występowanie barier), wysokie lub strome schody (41,8%) oraz niezadbane i niebezpieczne chodniki wokół budynków (29,3%).

Rys. 23. Rodzaje doświadczanych trudności i ich przyczyny (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy napotykają bariery architektoniczne w zamieszkiwanym budynku i jego najbliższym otoczeniu.



n = 309

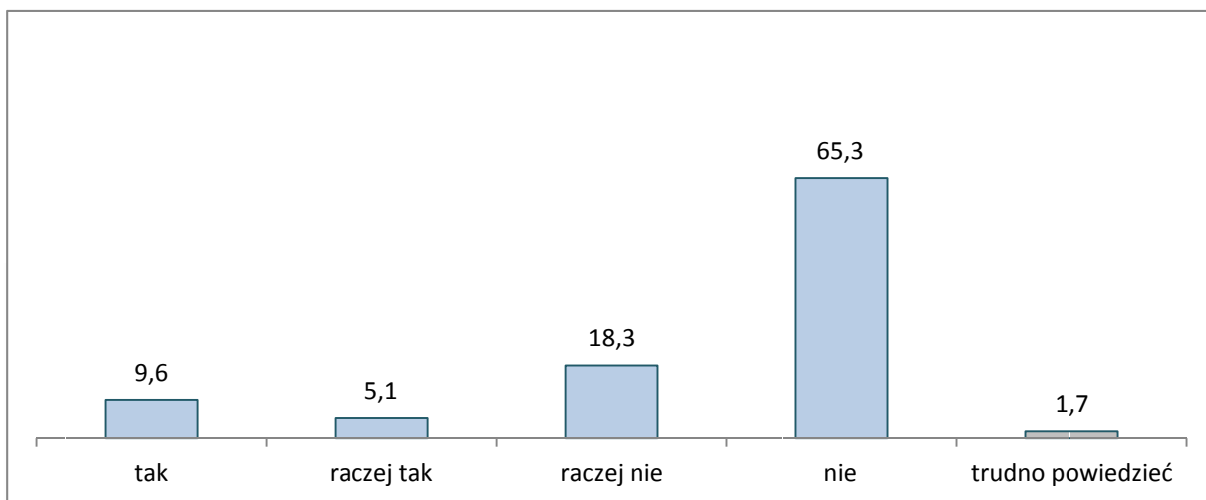
Warto zauważyć, że z kolei w badaniach *PolSenior* w sumie znacznie mniej osób starych (12,8%) zasygnalizowało istnienie różnych barier utrudniających wychodzenie z domu (A. Bartoszek

i in., 2011, s. 40). Taka duża różnica w postrzeganiu występowania barier architektonicznych w badaniach gdańskich i ogólnopolskich wynikać może m.in. z tego, że w badaniach *PolSenior* rozpoznawano sytuację osób mieszkających na przykład w domach na wsi, gdzie tych barier jest zazwyczaj mniej, niż na przykład w dużych blokach usytuowanych na terenach miast.

Według respondentów z badań *PolSenior*, bariery te spowodowane zostały przede wszystkim przez wysokie lub strome schody (5,6% wskazań spośród ogółu badanych osób), brak windy (5,4%), brak dojazdu do budynku dla osób na wózku inwalidzkim (3,7%), brak poręczy i uchwytów (2,4%), oraz nierówne podłogi i wysokie progi w drzwiach (2,2%).

Powracając do wyników badań gdańskich (rys, 24), to zwróćmy uwagę na kolejną istotną sprawę. Pomimo tego, że stosunkowo wysoki jest odsetek osób doświadczających problemów wynikających z występowania barier architektonicznych w miejscu zamieszkania (20,7%), które utrudniają im wychodzenie z domu, tylko część badanych osób (14,7% ogółu respondentów), skłaniałoby się ku zamianie mieszkania (łącznie potraktowane zostały odpowiedzi „tak” i „raczej tak”). W badaniach *PolSenior* (Bartoszek i in., 2011, s. 40-41) jeszcze mniejsza zbiorowość badanych, bo licząca niespełna 9% ogółu z nich, byłaby gotowa do ewentualnej zamiany swojego obecnego mieszkania/domu na inne/inny.

Rys. 24. Chęć zamiany obecnie zajmowanego mieszkania (domu) na inne (%)

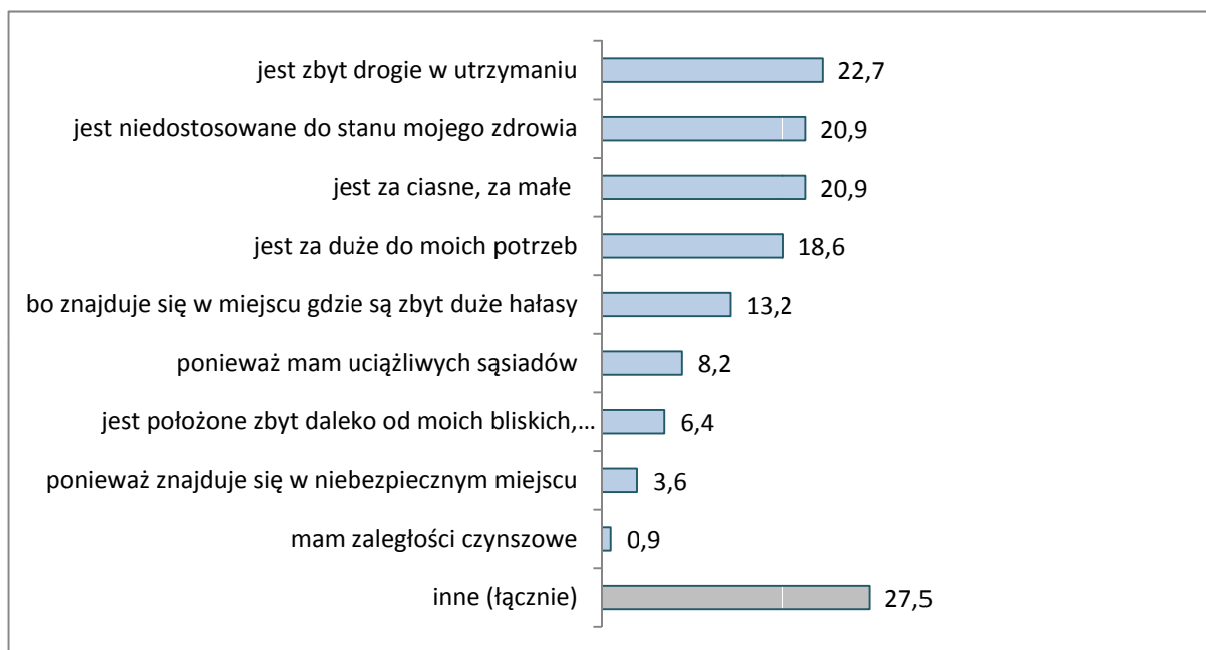


Do czynników wpływających na chęć zamiany mieszkania przez ludzi starych w Gdańsku należą przede wszystkim: wysokie koszty utrzymania (22,7%). Na niedostosowanie aktualnego mieszkania do stanu zdrowia wskazało niewiele mniej, bo 20,9% ankietowanych, tyle samo oceniło, że obecnie zajmowane miejsce jest dla nich za małe, a dla 18,6% respondentów jest ono z kolei za duże do ich potrzeb. W badaniach *PolSenior*, wśród przyczyn motywujących osoby starsze do

zamiany mieszkania zostały wymienione te, które wskazywały, że mieszkania są bądź za małe, bądź z kolei za duże albo koszt ich utrzymania jest za wysoki (Bartoszek i in., 2011, s. 41).

Zebranie szczegółowych informacji na temat sytuacji mieszkaniowej ludzi starych oraz poznanie ich zamiarów odnoszących się do chęci zamiany mieszkania na inne może okazać się bardzo przydatne przy realizowaniu i planowaniu polityki mieszkaniowej w mieście.

Rys. 25. Czynniki wpływające na chęć zamiany obecnie zajmowanego mieszkania (domu) na inne (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)



Rozdział IV

Sytuacja rodzinna i wzajemna pomoc

W wielu opracowaniach z zakresu gerontologii (zob. np. Piotrowski, 1973; Synak, 1987; Czekanowski, 1993a, 2002a, 2012; B. Szatur-Jaworska, 2011), analiza relacji rodzinnych ludzi starych zajmuje znaczące miejsce. Liczni badacze - wśród nich J. Piotrowski (1986, s. 178) – podkreślali to, że rodzina zawsze pełniła szczególną i istotną rolę we wszystkich fazach życia człowieka. Zatem również dla ludzi w starszym wieku, rodzina jest tego typu naturalnym środowiskiem, w którym realizowane są takie jej podstawowe funkcje, jak funkcja materialna czy opiekuńcza. Nie trzeba dodawać, że w rodzinie zaspakajane są także liczne potrzeby emocjonalne. W związku z dynamicznymi zmianami zachodzącymi we współczesnych społeczeństwach, a więc i w rodzinach, sprawą wartą rozpoznania stają się zróżnicowane wymiary funkcjonowania ludzi starych w środowisku rodzinnym. Chodzi tu między innymi o rozpoznanie zagadnień, które odnoszą się do struktury rodzin czy relacji międzypokoleniowych²⁸. Obecnie, wspólne gospodarstwa domowe i występujące w nich stosunki pomiędzy poszczególnymi generacjami różnią się często od tych, które występowały niegdyś w wielkiej, tradycyjnej rodzinie. Wówczas, wzajemne powinności i uprawnienia wynikały z samego faktu przynależności do rodziny i miejsca w niej zajmowanego przez poszczególnych jej członków. Związki występujące we współczesnych rodzinach opierają się w znacznie większym stopniu na uczuciach, niż na przepisach prawa i obyczaju, które zastępowane są przez nowe formy i zasady. Rozpad rodziny wielopokoleniowej rozpoczął się w krajach uprzemysłowionych przed ponad stu laty. Przyczyniły się do tego szybkie zmiany kulturowe, technologiczne i demograficzne, które spowodowały przeobrażenia zarówno w strukturze rodziny, czynnikach ją integrujących, jak i w relacjach pomiędzy poszczególnymi pokoleniami. Efektem tych zmian jest m.in. zanik tradycyjnych wzorów poszczególnych ról rodzinnych, w tym również pełnionych przez ludzi starych ról babci i dziadka (Synak 1987, s. 32). Odbiciem zmian w modelu, wielkości i strukturze rodziny jest chociażby to, iż rzadziej już dziś wspólnie zamieszkują dorosłe (a nawet młodsze) dzieci z rodzicami, czy też rodzice z dziadkami. Analizując współczesne relacje małżeńsko-rodzinne warto zwrócić uwagę na coraz częściej pojawiające się - również w najstarszym pokoleniu - związki kohabitacyjne²⁹, jak

²⁸ Więcej na ten temat - zob. P. Szukalski, 2012, *Solidarność pokoleń*. op. cit.

²⁹ Można je zdefiniować za R. F. Elliotem (1986, s. 180) jako związki, w których kobieta i mężczyzna żyją ze sobą bez zawarcia formalnego małżeństwa. Za: A. Kwak, 2005, *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, s. 127.

również tak zwane związki typu LAT³⁰. Zdaniem S. Ghazanfareon Karlsson i K. Borell (2005, s. 73), związki LAT zyskują na popularności na przykład wśród zaawansowanych wiekiem Szwedów, ale podobne tendencje obserwowane są także wśród starszych mieszkańców i innych krajów Europy Zachodniej. Z kolei T. Szlendak (2010, s. 474), który również przybliżył alternatywne formy życia rodzinnego ludzi starych, wspomina o układach sieciowych seniorów, zwanych inaczej wspólnotami osobistymi osób starszych lub sieciami seniorów. Autor ten definiuje te sieci, jako rozbudowane struktury społeczne, złożone z przyjaciół, sąsiadów, krewnych i powinowatych oraz z członków stowarzyszeń (np. typu UTW), których zadaniem jest zagospodarowywanie czasu wolnego. Coraz więcej badaczy zaczyna podkreślać zatem fakt, że relacje pozarodzinne zaczynają w życiu osób starszych nabierać zdecydowanie większego znaczenia niż w latach poprzednich. Spotykamy się nawet ze stwierdzeniami, że w niektórych przypadkach przyjaciele mogą stawać się nowymi rodzinami - „rodzinami z wyboru”, zajmując miejsce tych, które oparte są na więzach krwi.

Omawiając sytuację rodzinną ludzi starych, warto również wziąć pod uwagę kwestie związane z odczuwanym przez nich osamotnieniem. Zwróćmy bowiem uwagę na fakt, że w dość powszechnym odbiorze, niemalże każda osoba zaawansowana wiekiem, to po prostu osoba samotna/osamotniona. Prowadzenie badań w tym zakresie pozwala nam jednak sprawdzić, na ile ten obraz osamotnionego człowieka starego jest odzwierciedleniem rzeczywistości, a na ile jedynie stereotypowym skojarzeniem.

Analizując zagadnienia związane z osamotnieniem i samotnością należy jednak poczynić pewne istotne ustalenia odnośnie treści kryjących się za tymi określeniami. Zarówno w języku potocznym, jak i naukowym (specjalistycznym), pojęcia te zazwyczaj nie są uznawane ani za jednoznaczne, ani za równoznaczne sobie. Większość badaczy i autorów zajmujących się samotnością i osamotnieniem - takich, jak J. Piotrowski (1973), P. Czekanowski (1993a, 2002a, 2012), E. Dubas (2000a, 2000b), B. Szatur-Jaworska (2012), czy P. Szukalski (2005) - zdecydowanie odróżnia samotność od osamotnienia. W swoich rozważaniach najczęściej wskazują oni na istnienie dwóch odmiennych stanów, tj. obiektywnego - fizycznego, określanego zazwyczaj mianem samotności, w przeciwieństwie do subiektywnego - psychicznego, nazywanego najczęściej osamotnieniem (inaczej – samotnością psychiczną)³¹.

³⁰ Skrót ten wywodzi się od anglojęzycznego określenia Living Apart Together, oznaczającego - w swobodnym tłumaczeniu - życie razem, ale jednocześnie osobno. Zob. na przykład B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski i M. Dzięgielewska, 2006, Podstawy ..., op. cit., s. 109-110. chodzi o długotrwałe intymne relacje występujące pomiędzy osobami mieszkającymi oddzielnie (S. Ghazanfareon Karlsson i K. Borell, 2005, s. 73).

³¹ Oba zagadnienia w odniesieniu do ludzi starych szczegółowo opisuje P. Czekanowski, 1993a; 2002a, s. 150-157; 2012 – zob. zwłaszcza rozdz. 3.3: Samotność i osamotnienie jako przykład trudności badawczych, s. 125-142, oraz rozdz. 5.6: Czynniki różnicujące osamotnienie ludzi starych, s.229-238.

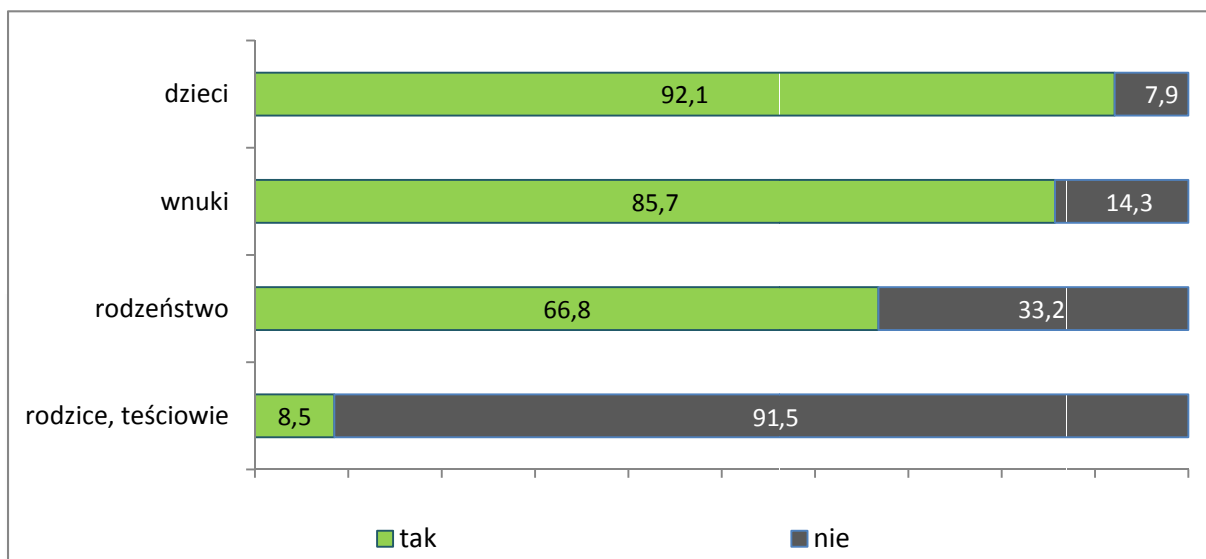
Aby poznać elementy określające relacje rodzinne, jakim są między innymi stosunki i kontakty z dziećmi, poszukujemy rozmaitych wskaźników, charakteryzujących te związki. Część z nich można uznać za mające charakter bardziej obiektywny (np. liczba żyjących dzieci), a część – za te, które charakteryzują się większym stopniem subiektywności (np. ocena jakości stosunków z rodziną), ale jedne i drugie w dużym stopniu dopełniają się.

Rozpatrując zagadnienia dotyczące życia rodzinnego ludzi starych trudno także pominąć aspekt związany z szeroko rozumianym wzajemnym wspieraniem się członków rodziny. Zdaniem B. Szatur-Jaworskiej (2000, s. 96), to właśnie aspekt pomocowy (wymiana dóbr materialnych, świadczenie usług czy dzielenie się mieszkaniem) jest najczęściej analizowanym aspektem podtrzymywania więzi rodzinnych. Kwestie te nabierają szczególnego znaczenia w sytuacjach, w których z upływem lat następuje ograniczenie naszych możliwości w codziennym funkcjonowaniu. Nie ulega bowiem wątpliwości, że środowisko rodzinne jest dla człowieka starszego środowiskiem naturalnym, które najlepiej służy zaspakajaniu wielu potrzeb, stwarzając możliwość uzyskania kompleksowego wsparcia i opieki. Oczywiście, omawiając znaczenie pomocy w rodzinie, nie można pomijać niejako drugiego wymiaru tego wsparcia – czyli wymiaru zwrotnego. Wyraża się on w świadczeniach kierowanych przez ludzi starych do swoich dzieci i wnuków, często o wielofunkcyjnym charakterze. To, że w tego typu przypadkach, osoba starsza czuje się osobą niezbędną, bądź choćby przydatną, może mieć dla niej niekiedy większe znaczenie, niż sygnalizowana wyżej możliwość liczenia na wsparcie członków własnej rodziny. Badania gdańskie umożliwiają nam odniesienie się do wielu z zasygnalizowanych wyżej zagadnień.

4.1. Struktura rodziny i współzamieszkiwanie z innymi osobami

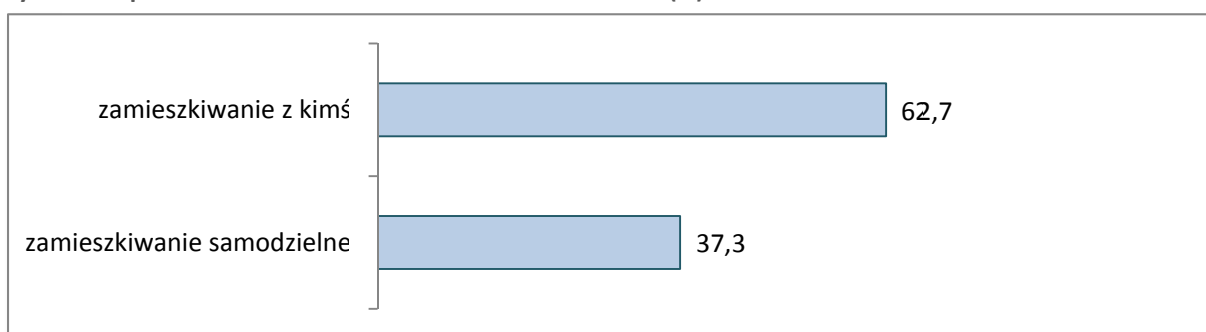
Naszych zaawansowanych wiekiem respondentów zapytaliśmy o to, czy posiadają żyjących członków rodziny. W odpowiedzi na tak postawione pytanie, badani wskazywali najczęściej na dzieci (92,1%), wnuki (85,7%) oraz rodzeństwo (66,8%). Jak już zasygnalizowaliśmy wcześniej (tab. 1), blisko 60% badanych posiada wciąż współmałżonka albo partnera. Jedynie 8,5% ankietowanych wśród żyjących członków rodziny wymieniło rodziców i teściów. W badaniach osób w wieku 65+, tego typu dysproporcje wydają się rzeczą naturalną.

Rys. 26. Posiadanie żyjących członków najbliższej rodziny (%)



Spośród biorących udział w badaniu zaawansowanych wiekiem mieszkańców Gdańska, nieco więcej niż jedna trzecia mieszka samotnie (37,3%). W badaniach *PolSenior* (Szatur-Jaworska, 2011, s. 13), osoby mieszkające samotnie stanowiły zdecydowanie mniejszy odsetek badanych, bo wynoszący 22,0%. Ta wyraźna różnica w odsetkach osób starych mieszkających w pojedynkę uwidoczniła w porównywanych badaniach może wynikać z tego, że w środowisku wielkomiejskim rzadziej występują rodziny wielopokoleniowe zamieszkujące razem, niż w środowiskach małomiasteczkowych i wiejskich (które były uwzględnione w badaniach ogólnopolskich).

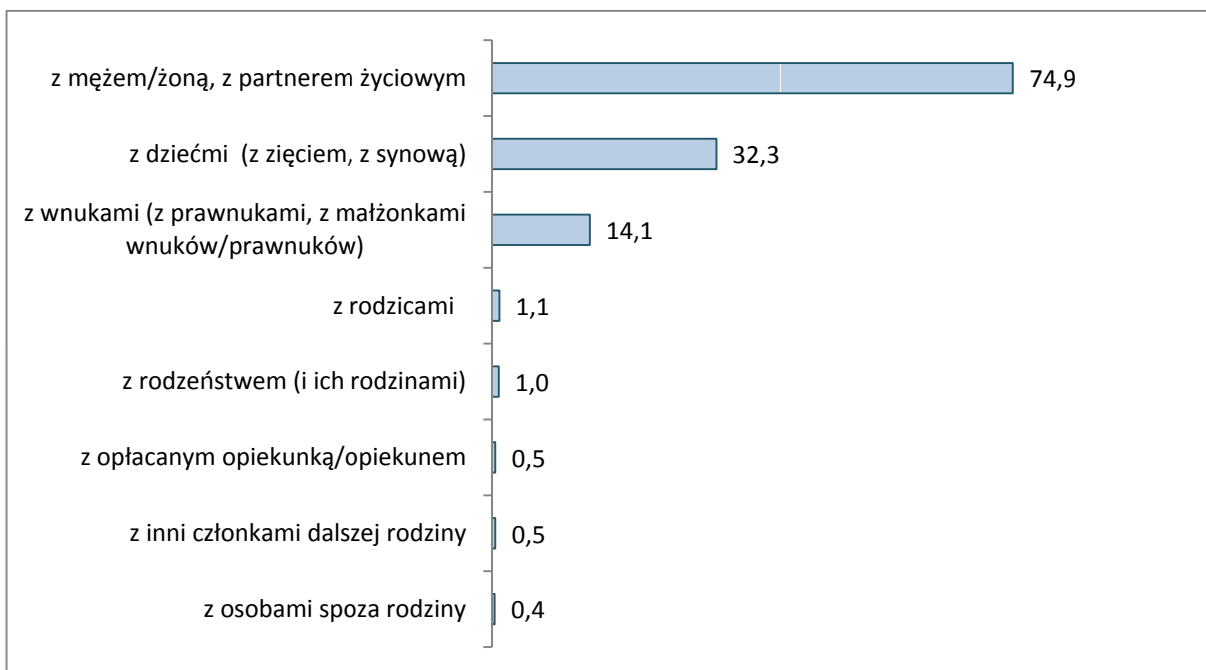
Rys. 27. Współzamieszkiwanie lub zamieszkiwanie samotne (%)



Osobami, z którymi najczęściej zamieszkują starsi respondenci, są członkowie ich rodzin: mąż lub żona – 74,9%, dzieci - 32,3%, wnuki – 14,1 %. Osoby spoza rodziny bardzo rzadko współzamieszkują z badanymi osobami starymi. Zaliczamy do nich przede wszystkim opłacanych opiekunów (0,5%).

Rys. 28. Osoby współzamieszkujące z badanymi (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy nie mieszkają samotnie.



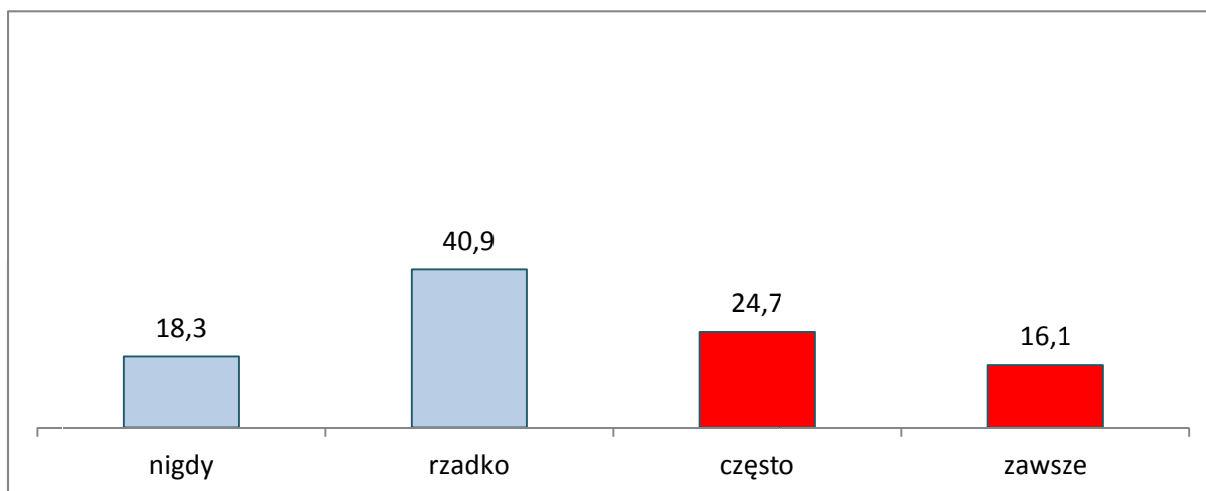
n = 940

4.2. Samotność i poczucie osamotnienia

Chcąc rozpoznać kwestie związane z samotnością i osamotnieniem³² występującym wśród osób starszych, zapytano ich najpierw o to, jak często przebywają w domu bez towarzystwa innych osób. Odpowiedzi skrajnych – nigdy oraz zawsze – udzielano najrzadziej (18,3% - nigdy, 16,1% - zawsze). Najlicniejsza jest grupa osób pozostających w pojedynkę rzadko – 40,9%, zaś niemal co czwarty ankietowany przebywa w domu bez towarzystwa innych osób często (24,7%).

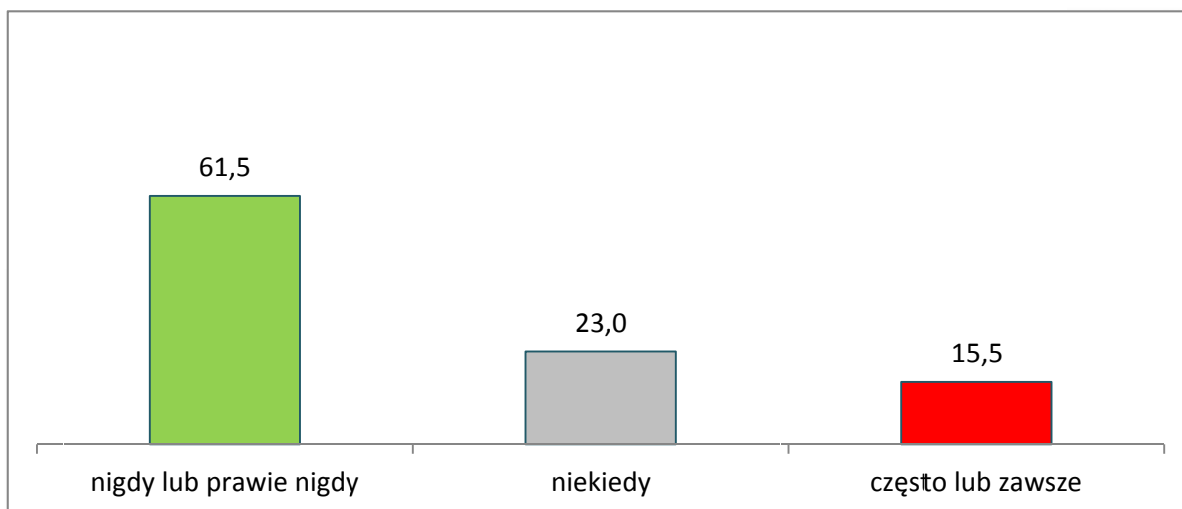
³² Oba zagadnienia w odniesieniu do ludzi starych szczegółowo opisuje P. Czekanowski, 1993a, 2002a, s. 150-157, 2012 – zob. zwłaszcza rozdz. 3.3: Samotność i osamotnienie jako przykład trudności badawczych, s. 125-142, oraz 5.6: Czynniki różnicujące osamotnienie ludzi starych, s. 229-238.

Rys. 29. Częstotliwość pozostawania w domu bez towarzystwa innych osób (%)



Gdy z kolei zapytaliśmy badanych, czy bywają osamotnieni, czyli doświadczają negatywnego odczucia spowodowanego – upraszczając – brakiem innych osób lub wartości (Czekanowski 1993a, 2002a, 2012), respondenci w większości odpowiedzieli, że nie doświadczają go nigdy lub prawie nigdy (61,5%). Mniej więcej co czwarty badany bywa osamotniony „niekiedy” – 23,0%, a osób starych często lub zawsze osamotnionych jest najmniej, 15,5%. Jak podkreśla B. Szatur-Jaworska (2011, s. 15; 2012, s. 444-445), również w badaniach *PolSenior* problem odczuwanego często lub zawsze osamotnienia jest udziałem stosunkowo niewielkiej części badanej zbiorowości (7,8%-14,5% w zależności od formy życia rodzinnego). Wyniki obu badań potwierdzają jedynie spostrzeżenia autorów zajmujących się tą problematyką od lat (zob. np. Czekanowski, 1993a, 2002a, 2012), nieprawdziwe jest stwierdzenie, że niemalże każda osoba w zaawansowanym wieku, to osoba osamotniona. Jak z wielu wcześniejszych badań wynika, odsetek osób starych często lub zawsze osamotnionych nie przekracza łącznie 20% badanych zbiorowości. Analizując przywołane wyniki badań trzeba mieć jednak świadomość, że zjawiska tego nie można bagatelizować, skoro co piąta czy co szósta starsza osoba w Polsce nierzadko boryka się z tym negatywnym odczuciem. Rozwiązanie tego problemu staje się wyzwaniem dla rodziny, przyjaciół czy sąsiadów osoby starej. Niekiedy jednak, ludzie doświadczający osamotnienia powinni szukać wsparcia u specjalistów, takich jak psychologowie, ale z tego typu poradnictwem spotykać się można w Polsce zapewne bardzo rzadko.

Rys. 30. Częstotliwość odczuwanego osamotnienia (%)



Porównanie danych z rysunków 30 i 31 pokazuje, że odsetki osób pozostających zawsze lub często w domu (40,8%) znacznie przewyższają odsetki osób doświadczających „często lub zawsze” osamotnienia (15,5%). Różnica między wskazaniami wynosi 25,3 p.p., a zatem wynik badania potwierdza tezę o tym, że treści pojęć „samotność” (samotność fizyczna) i „osamotnienie” (samotność psychiczna), nie należy utożsamiać (Czekanowski 2012, s. 229 i nast.). Nie mniej jednak, również wyniki badań gdańskich wskazują na występowanie związku pomiędzy samotnością i osamotnieniem - im częściej respondenci przebywają sami w domu, tym częściej doświadczają poczucia osamotnienia. Na przykład, podczas gdy, 31,8% respondentów przebywających „zawsze” samemu w domu, „często lub zawsze” doświadcza poczucia osamotnienia, to analogiczny odsetek w przypadku osób, które nigdy nie pozostają same w domu, wynosi zaledwie – 2,5%.

Tab. 40. Odczuwanie osamotnienia a częstotliwość przebywania samemu w domu (%)

częstotliwość przebywania samemu w domu	poczucie osamotnienia		
	nigdy lub prawie nigdy	niekiedy	często lub zawsze
nigdy	85,5	12,0	2,5
rzadko	69,2	22,0	8,8
często	43,5	31,1	25,4
zawsze	42,6	25,6	31,8

$\chi^2=203,73$, $df=6$, $p<0,001$

Biorąc pod uwagę płeć badanych osób, to większa liczba kobiet niż mężczyzn często lub zawsze doświadcza osamotnienia. Różnica we wskazaniach wynosi prawie 10 p.p. To zróżnicowanie najprawdopodobniej wynika z tego, że kobiety żyją przeciętnie dłużej niż mężczyźni, a więc niejednokrotnie to one pozostają bez towarzystwa partnera życiowego na starość. Biorąc za punkt wyjścia definicję osamotnienia można przyjąć, że w okresie wdowieństwa potęguje się częstotliwość

i stopień odczuwanego osamotnienia. Podobne spostrzeżenia wynikają m.in. z badań realizowanych w ramach projektu *PolSenior* (Szatur-Jaworska, 2011, s. 15-16; 2012, s. 443-445).

Tab. 41. Odczuwanie osamotnienia a płeć (%)

	nigdy lub prawie nigdy	niekiedy	często lub zawsze
kobiety	57,6	23,4	19,0
mężczyźni	67,5	22,4	10,1

$\chi^2=24,69$, $df=2$, $p<0,001$

Częstotliwość odczuwanego osamotnienia jest również powiązana z wiekiem badanych osób (tab. 42). Im bardziej zaawansowany wiek badanego, tym większa jest częstotliwość odczuwania osamotnienia. I tak osoby w wieku 56-59 często lub zawsze czują się osamotnione w 9,5% przypadków, 70-74-latkowie w 14,9%, wśród 75-79-latków odnotowano 19,2% takich odpowiedzi, zaś w grupie 80-latków – 25,2%. Również i w odniesieniu do wieku analogiczne do naszych spostrzeżenia wynikają m.in. z badań realizowanych w ramach projektu *PolSenior* (Szatur-Jaworska, 2011, s. 15-16; 2012, s. 443-444). Opisywana tendencja jest w dużym stopniu zrozumiała, skoro zazwyczaj wraz z upływem lat ulega zawężeniu liczba członków najbliższej rodziny, przyjaciół czy znajomych, przede wszystkim ze względu na ich śmierć.

Tab. 42. Odczuwanie osamotnienia a wiek (%)

	nigdy lub prawie nigdy	niekiedy	często lub zawsze
65-69 lat	68,2	22,3	9,5
70-74 lat	62,4	23,6	14,0
75-79 lat	59,6	21,2	19,2
80 i więcej lat	49,2	25,6	25,2

$\chi^2=42,62$, $df=6$, $p<0,001$

Badając wpływ poziomu wykształcenia na doświadczanie poczucia osamotnienia, można zauważyć pewną czytelną tendencję (tab. 43). Najczęściej osamotnione czują się osoby z wykształceniem podstawowym (23,4%), najrzadziej – z wyższym (8,2%). Wśród respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim częstotliwość odczuwanego osamotnienia jest bardzo podobna, gdyż różnice pomiędzy odpowiedziami w obu grupach nie przekraczają 2 p.p. Największy odsetek osób najczęściej osamotnionych występujący w zbiorowości respondentów najslabiej wykształconych może być wynikiem nie tyle samego poziomu ich wykształcenia, ale zarazem ich wieku. To przecież osoby najstarsze są – uogólniając – najslabiej wykształcone chociażby ze względu na konsekwencje wynikające z II wojny światowej.

Tab. 43. Odczuwanie osamotnienia a wykształcenie (%)

	nigdy lub prawie nigdy	niekiedy	często lub zawsze
podstawowe	47,7	28,9	23,4
zasadnicze zawodowe	65,3	19,2	15,6
średnie	64,0	21,8	14,3
wyższe	68,1	23,7	8,2

$\chi^2=40,61$, $df=6$, $p<0,001$

Badani, którzy nie mają współmałżonka lub partnera życiowego, częściej niż osoby pozostające w związkach, doświadczają poczucie osamotnienia „często lub zawsze” (różnica we wskazaniach wynosi 15,6 p.p.). Z kolei odwrotnie, osoby żyjące w związkach (73,5%), znacznie częściej, niż żyjący samotnie (48,2%), „nigdy lub prawie nigdy” nie doświadczają osamotnienia (różnica 25,3 p.p.). Wyniki te można uznać za swego rodzaju potwierdzenie wcześniejszych wyjaśnień, odnoszących się do tego, dlaczego częściej osamotnione bywają kobiety, i osoby najstarsze. Wiemy, że to właśnie te kategorie respondentów najrzadziej posiadają żyjącego współmałżonka czy partnera.

Tab. 44. Odczuwanie osamotnienia a stan cywilny (%)

	nigdy lub prawie nigdy	niekiedy	często lub zawsze
w związku (żonaty, ma partnera)	73,5	18,4	8,1
samotny (nie ma współmałżonka, partnera)	48,2	28,1	23,7

$\chi^2=113,34$, $df=2$, $p<0,001$

Dzielnice miasta, w których zanotowano najwyższy odsetek odpowiedzi wskazujących na to, że ich zaawansowani wiekiem mieszkańcy często lub zawsze odczuwają poczucie osamotnienia, to Wrzeszcz, Śródmieście i Oliwa (tab. 45). Z kolei najwięcej odpowiedzi „nigdy lub prawie nigdy” uzyskano wśród mieszkańców Nowego Portu, Stogów i Oruni. Trudno – bez przeprowadzenia pogłębionych badań w omawianym zakresie – wyciągnąć z takiego zróżnicowania jakieś konkretne wnioski. Można chyba jednak zaryzykować stwierdzenie, że więzi sąsiedzkie w dzielnicach zaliczonych do strefy przemysłowej są bardziej pogłębione niż w strefie centralnej.

Tab. 45. Odczuwanie osamotnienia z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

	nigdy lub prawie nigdy	niekiedy	często lub zawsze
strefa centralna	58,5	19,4	22,1
strefa południowa WZM	62,3	23,5	14,2
taras południowo-zachodni	58,8	27,7	13,5
strefa północna WZM	62,5	27,4	10,1
strefa przemysłowa	67,6	17,6	14,9

$\chi^2=32,77$, $df=8$, $p<0,001$

Kolejny statystycznie istotny związek występuje pomiędzy częstotliwością odczuwanego osamotnienia a sytuacją materialną badanych. Im lepsza sytuacja finansowa respondentów, tym rzadziej doskwiera im osamotnienie. I odwrotnie - im respondent w większym stopniu doświadcza trudności finansowych, tym częściej bywa osamotniony.

Tab. 46. Odczuwanie osamotnienia a samoocena sytuacji materialnej (%)

	nigdy lub prawie nigdy	niekiedy	często lub zawsze
pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	76,0	17,3	6,7
żyją oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	68,0	19,6	12,4
żyją bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	49,2	28,7	22,1
pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)	44,1	31,2	24,7

$\chi^2=80,18$, $df=6$, $p<0,001$

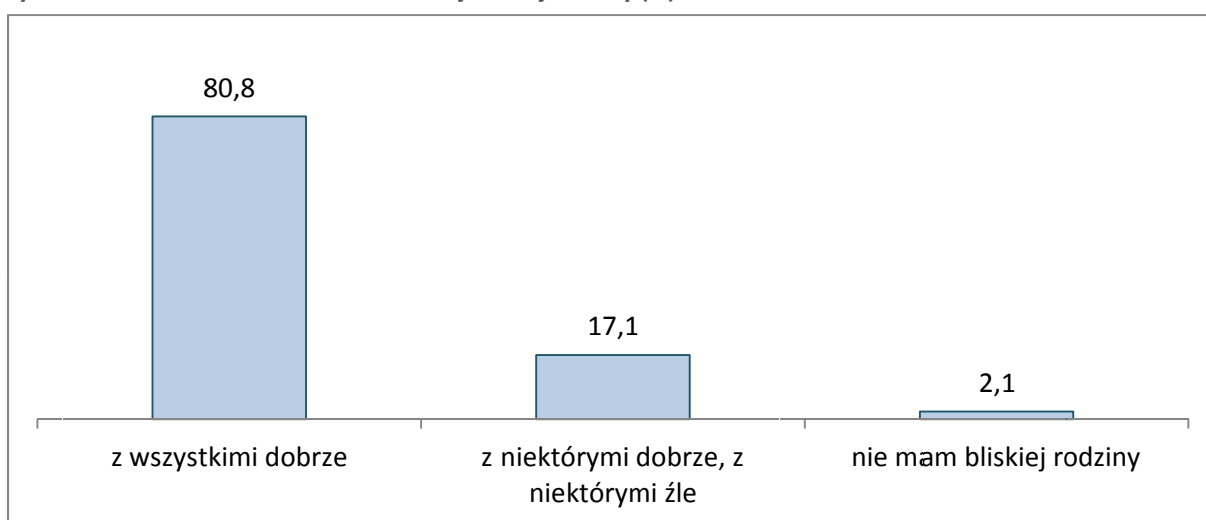
Dodajmy, że czynników w statystycznie istotnym stopniu różnicujących odczuwanie osamotnienia można by w oparciu o nasze badanie wymienić więcej. Dla przykładu - rzadziej odczuwają osamotnienie osoby starsze dobrze oceniające swoje stosunki z rodziną, posiadające przyjaciół, utrzymujące kontakty z sąsiadami czy należące do jakichś organizacji. Szkoda, że w Polsce badania ukierunkowane na rozpoznawanie kwestii związanych z osamotnieniem ludzi starych są podejmowane bardzo rzadko. Niestety, jeszcze rzadziej mamy do czynienia z próbami praktycznego wykorzystania wyników takich rozpoznań, chociaż ze zwiastunami takich działań mamy już do czynienia³³. Nie trzeba przecież dodawać, że wiedza pozyskana z przeprowadzonych badań mogłaby okazać się bardzo użyteczna w działaniach mających na celu ograniczanie stopnia i częstotliwości osamotnienia odczuwanego przez osoby z najstarszego pokolenia.

³³ Zob. kampania przeciwko samotności i izolacji społecznej osób starszych zatytułowana „Bądź blisko”, realizowana przez Fundację „Ja Kobieta” i „Forum 50+” (za: Czekanowski, 2012, s. 141).

4.3. Ocena relacji rodzinnych

W odpowiedzi na pytanie o ocenę stosunków z członkami najbliższej rodziny (rys. 31), zdecydowana większość badanych odpowiedziała, że żyje w zgodzie ze wszystkimi jej członkami (80,8%). Pozostali respondenci stwierdzili, że z niektórymi członkami rodziny żyje im się dobrze, a z innymi źle (17,1%). Dodajmy, że 2,1% ankietowanych odpowiedziało, że nie ma bliskiej rodziny. Jeszcze wyższy odsetek ocen pozytywnych w odniesieniu do oceny relacji z najbliższą rodziną niż w badaniach gdańskich dał się zaobserwować w badaniach *PolSenior* (Szatur-Jaworska, 2012, s. 437). Ta – generalnie rzecz biorąc - korzystna sytuacja nie powinna jednak nas do końca uspokajać, skoro w ponad 17 % przypadków te relacje rodzinne bywają jednak mocno zróżnicowane.

Rys. 31. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny (%)



Kobiety rzadziej niż mężczyźni sygnalizują istnienie konfliktów występujących między nimi, a członkami najbliższej rodziny, skoro 15,8% kobiet a 19,1% mężczyzn odpowiedziało, że relacje układają się z niektórymi członkami dobrze, a z innymi źle. Z kolei w badaniach *PolSenior*, ta ambiwalentna ocena stosunków z rodziną była udziałem kobiet i mężczyzn w podobnym stopniu (około 11%) (Szatur-Jaworska, 2012, s. 442).

Tab. 47. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny a płeć (%)

	z wszystkimi dobrze	z niektórymi dobrze, z niektórymi źle	nie mam bliskiej rodziny
kobiety	81,4	15,8	2,8
mężczyźni	79,9	19,1	1,0

$\chi^2=7,74$, $df=2$, $p<0,05$

Osoby starsze utrzymujące poprawne stosunki z wszystkimi członkami bliższej rodziny, to najczęściej mieszkańcy Chełmu, Gdańska Południe, Kokoszek (86,5%), Nowego Portu, Stogów, Oruni (84,0%) oraz Śródmieścia, Wrzeszcza i Oliwy (82,7%).

Tab. 48. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

	z wszystkimi dobrze	z niektórymi dobrze, z niektórymi źle	nie mam bliskiej rodziny
strefa centralna	82,7	15,3	1,9
strefa południowa WZM	73,0	21,1	5,9
taras południowo-zachodni	86,5	11,8	1,7
strefa północna WZM	75,6	22,9	1,5
strefa przemysłowa	84,0	15,6	0,4

$\chi^2=37,06$, $df=8$, $p<0,001$

Relacje rodzinne osób o różnym stopniu zamożności obrazuje z kolei tabela 49. Im lepsza jest deklarowana sytuacja materialna respondentów, tym częściej odpowiadają oni, że pozostają w dobrych relacjach ze wszystkimi członkami najbliższej rodziny. Wartości graniczne dla tej zmiennej to 86,2% dla osób, którym wystarcza pieniądze na wszystkie potrzeby oraz 74,2% dla tych, którym środków nie wystarcza nawet na zapewnienie podstawowych potrzeb. Skoro część konfliktów rodzinnych ma podłoże finansowe, to być może lepsza sytuacja materialna niektórych badanych przyczynia się do tego, że liczba potencjalnych konfliktów w ich rodzinach jest mniejsza.

Tab. 49. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny na tle samooceny sytuacji materialnej (%)

	z wszystkimi dobrze	z niektórymi dobrze, z niektórymi źle	nie mam bliskiej rodziny
pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	86,2	10,7	3,1
żyję oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	81,4	17,2	1,5
żyję bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	78,7	19,0	2,2
pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)	74,2	22,6	3,2

$\chi^2=12,85$, $df=6$, $p<0,05$

Osoby samotne nieco częściej odpowiadają, że z ich relacje z najbliższą rodziną nie zawsze układają się pozytywnie. O ile wśród respondentów pozostających w stałych związkach odsetek ten wynosi 15,7%, to wśród osób nie mających stałego partnera sięga on 18,8%.

Tab. 50. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny a pozostawanie w stałym związku (%)

	z wszystkimi dobrze	z niektórymi dobrze, z niektórymi źle	nie mam bliskiej rodziny
w związku (żonaty, ma partnera)	83,7	15,7	0,6
samotny (nie ma współmałżonka, partnera)	77,5	18,8	3,7

$\chi^2=20,62$, $df=2$, $p<0,001$

Badając ocenę stosunków z najbliższą rodziną w zależności od subiektywnego poczucia osamotnienia można zauważyć, że osoby rzadko doświadczające osamotnienia lepiej oceniają swoje relacje z bliskimi. I tak w zgodzie ze wszystkimi żyje 84,3% respondentów nigdy lub prawie nigdy nie odczuwających osamotnienia, 75,9% doświadczających go niekiedy i 74,1% - często lub zawsze. Zwróćmy też uwagę na to, że to właśnie wśród osób najczęściej osamotnionych występuje największy odsetek tych, które nie mają bliskiej rodziny (4,3%).

Tab. 51. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny a odczuwanie osamotnienia (%)

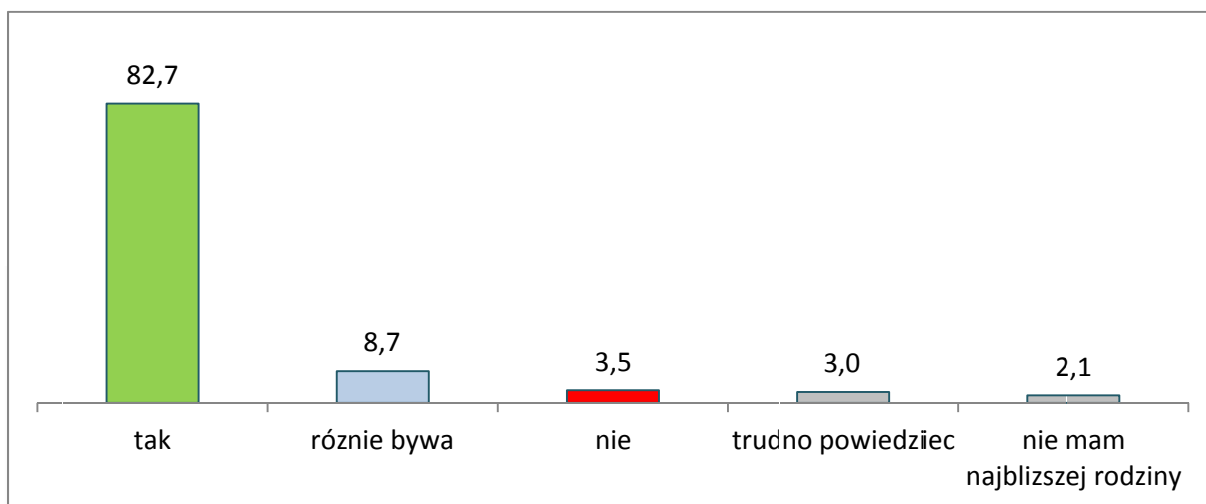
	z wszystkimi dobrze	z niektórymi dobrze, z niektórymi źle	nie mam bliskiej rodziny
nigdy lub prawie nigdy	84,3	14,1	1,6
niekiedy	75,9	22,3	1,7
często lub zawsze	74,1	21,6	4,3

$\chi^2=23,44$, $df=4$, $p<0,001$

Najbliższa rodzina jest dla respondentów gwarantem uzyskania pomocy w razie zaistnienia takiej potrzeby skoro z Zdecydowana większość badanych (82,7%) odpowiedziała, że zawsze może liczyć na taką pomoc. Z kolei na taką pomoc nie może w ogóle liczyć 3,5% badanych. Taka sytuacja jedynie na pierwszy rzut oka może wyglądać bardzo optymistycznie. Dlaczego? Gdy grupę respondentów nie mogących w ogóle liczyć na pomoc rodziny połączymy z tą, która wskazuje, że z uzyskaniem tej pomocy różnie to bywa (oraz z osobami niezdecydowanymi i nie posiadającymi rodziny), to okaże się, że liczba badanych mogących mieć potencjalne problemy z uzyskaniem wsparcia w potrzebie wzrasta nam łącznie do 17,3%. Sytuacja ta stanowi zatem spore wyzwanie dla przyjaciół, sąsiadów, wolontariuszy czy przedstawicieli służb socjalno-medycznych.

Chociaż nie można bezpośrednio odnosić uzyskanych przez nas wyników do tych, które zebrano w ramach projektu *PolSenior*, to poczynimy tu jednak pewne porównanie. W badaniach ogólnopolskich pytano o to, na czyją pomoc respondenci mogą liczyć w trudnych sytuacjach. Jak zauważa B. Szatur-Jaworska (2012, s. 434), potencjalni dawcy pomocy należą do najbliższej rodziny. Jednakże grono osób wspierających ulega poszerzeniu, ale tylko w przypadku poszukiwania przez starych respondentów partnerów, na których towarzystwo mogą liczyć, gdy odczuwają osamotnienie.

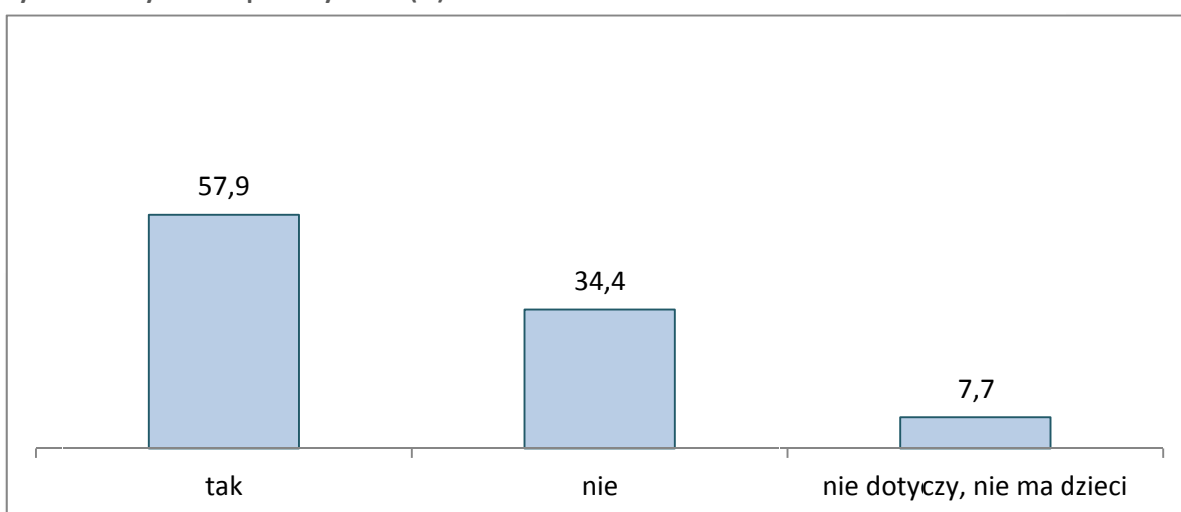
Rys. 32. Ocena możliwości uzyskania pomocy „zawsze” ze strony swojej najbliższej rodziny w razie potrzeby (%)



4.4. Osoba starsza jako odbiorca pomocy w rodzinie

Respondentom zadano pytanie: „Czy dzieci pomagają Panu(i) w jakiś sposób?”. Ponad połowa wszystkich badanych (57,9%), pozytywnie odpowiedziała na to pytanie. Z kolei w przypadku nieco ponad jednej trzeciej respondentów odpowiedź była negatywna (34,4%). Analizując odpowiedzi na tak sformułowane pytanie nie należy wyciągać zbyt uproszczonych wniosków. To, że ponad jedna trzecia badanych nie otrzymuje pomocy może być spowodowane chociażby tym, że nie każdy stary rodzic takiej pomocy już potrzebuje.

Rys. 33. Korzystanie z pomocy dzieci (%)



Wsparcie udzielane przez potomstwo przyjmuje różne formy. Najczęściej polega ono na udzielaniu wsparcia psychicznego, wyrażającego się w obecności dzieci, rozmowach, w ich towarzystwie czy pocieszaniu (59,9%). W mniejszym stopniu ta pomoc odnosi się do tzw. codziennego życia. W tym wymiarze obejmuje ona przede wszystkim wsparcie w robieniu zakupów (43,5%), pielęgnację w chorobie lub zapewnianie opieki (35,7%), załatwianie formalności (35,0%) oraz wykonywanie czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego (28,8%). Blisko co czwarty badany (24,0%) korzysta z pomocy finansowej ze strony swoich dzieci, a 15,4% respondentów korzysta również z pomocy rzeczowej płynącej ze strony swoich dzieci.

Szczególną wagę należałoby zwrócić na kwestie związane ze sprawowaniem opieki. Zazwyczaj wykonywanie tego typu czynności wymaga posiadania odpowiedniej wiedzy, której opiekunowie rodzinni niejednokrotnie nie posiadają. Badania EUROFAMCARE³⁴, które zrealizowano w 6 krajach Europy, w tym i w Polsce, potwierdziły to, że opiekunowie rodzinni nie zawsze dysponują taką wiedzą i odpowiednimi umiejętnościami. Często też nie są zorientowani, gdzie informacje na temat sprawowania opieki mogą uzyskać i gdzie mogą poszukiwać profesjonalnego wsparcia związanego z wypełnianiem zadań opiekuńczych. Dostarczenie opiekunom rodzinnym rzetelnych informacji i udzielanie pomocy w ich działaniach na rzecz najstarszych członków rodziny powinno stanowić jedno z priorytetowych zadań, które stają niejako przed całym społeczeństwem. W związku z postępującym starzeniem się ludności w Polsce, liczba wyzwań związanych z możliwością udzielania skutecznego wsparcia w rodzinie będzie się zapewne zwiększać.

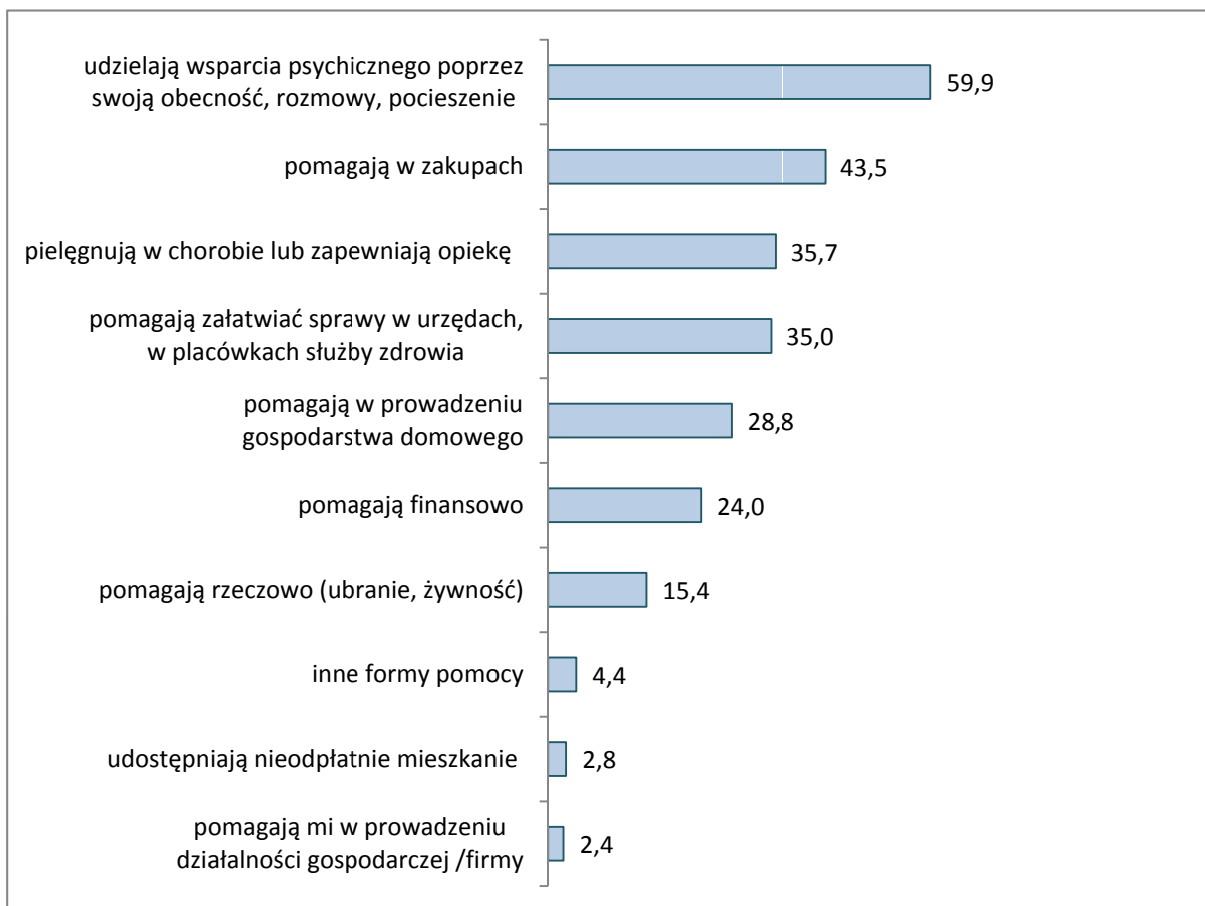
W badaniach *PolSenior* nie rozpoznawano pomocy otrzymywanej ze strony dzieci, a jedynie – jak wspomnieliśmy wcześniej – na ile osoby starsze mogą liczyć na wsparcie w trudnych sytuacjach. W badaniach tych zatem rozpoznano to, jak wygląda subiektywny obraz potencjalnej sieci wsparcia ludzi starych (Szatur-Jaworska, 2012, s. 433). Zobaczmy w takim razie, jak kwestie pomocy uzyskiwanej ze strony dzieci zostały rozpoznane w badaniach PTG (Czekanowski, 2002a, s. 164-166; 2011, s. 216-217; 2012, s. 253-255). W badaniach ogólnopolskich – podobnie, jak w badaniach gdańskich – zostało zadane tzw. pytanie półotwarte, odnoszące się do form wsparcia uzyskiwanego przez osoby stare ze strony swoich dzieci. W roku 2000, pomoc uzyskiwana od dzieci znajdowała swój wyraz w pomocy w pracach domowych (60,1%), w załatwianiu spraw w urzędach (48,4%), w pomocy w robieniu zakupów (48,3%) oraz w opiece pielęgnacyjnej (40,9%). Podczas dokonywania analizy wyników z obu badań powinniśmy wziąć jednak pod uwagę to, że w badaniach PTG nie pytaliśmy bezpośrednio o wsparcie psychiczne wyrażane poprzez obecność, rozmowy czy towarzystwo, które w badaniach gdańskich było wymieniane przez respondentów najczęściej. Czyniąc to zastrzeżenie,

³⁴ Zob. np. *Family Caregiving for the Elderly in Poland*, 2006, B. Bień (Ed.), *Family Carers of Older People in Europe - A Six-Country Comparative Study*, 2008, G. Lamura, H. Döhner, C. Kofahl (Eds.), Czekanowski, 2012, *Společné ...*, op. cit., r. 6: *Pomoc w rodzinie ludzi starych w Polsce*, s. 247-296.

można chyba zaryzykować stwierdzenie, że stopień samodzielności ludzi starych – ogólnie rzecz biorąc - wzrósł w okresie dwunastu lat dzielących oba badania. Dokonując takich porównań trzeba jednak koniecznie pamiętać, że w badaniach ogólnopolskich uwzględnieni zostali na przykład mieszkańcy wsi, którzy niejednokrotnie nie mieli takich możliwości w samodzielnym robieniu zakupów, jakie mają ludzie starzy żyjący w tak dużym mieście, jakim jest Gdańsk.

Rys. 34. Formy pomocy otrzymywanej ze strony dzieci (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy otrzymują pomoc ze strony dzieci.

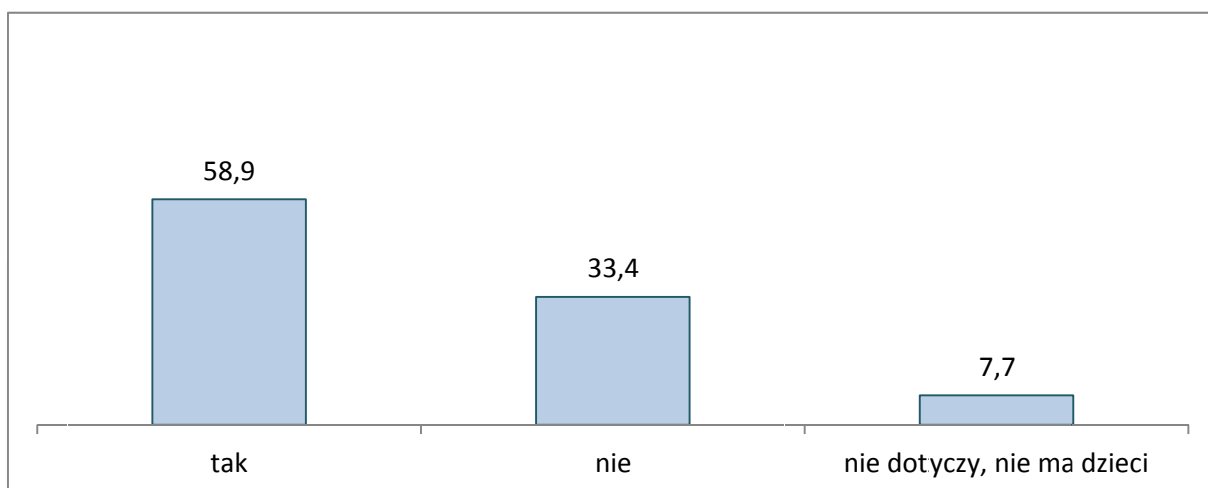


n = 868

4.5. Osoba starsza jako świadczeniodawca pomocy w rodzinie

Po omówieniu zakresu i form pomocy kierowanej ze strony dzieci na rzecz ich zaawansowanych wiekiem rodziców zobaczymy, czy i w jaki sposób rodzice tę pomoc dzieciom odwzajemniają. Wyniki naszych badań są w tym względzie jednoznaczne – duża liczba starych rodziców (58,9%) deklaruje, że w jakiś sposób pomaga swoim dzieciom. Zatem osoby starsze w rodzinie nie tylko uzyskują wsparcie ze strony młodszego pokolenia, ale w podobnej skali tę pomoc odwzajemniają.

Rys. 35. Świadczenie pomocy na rzecz dzieci (%)

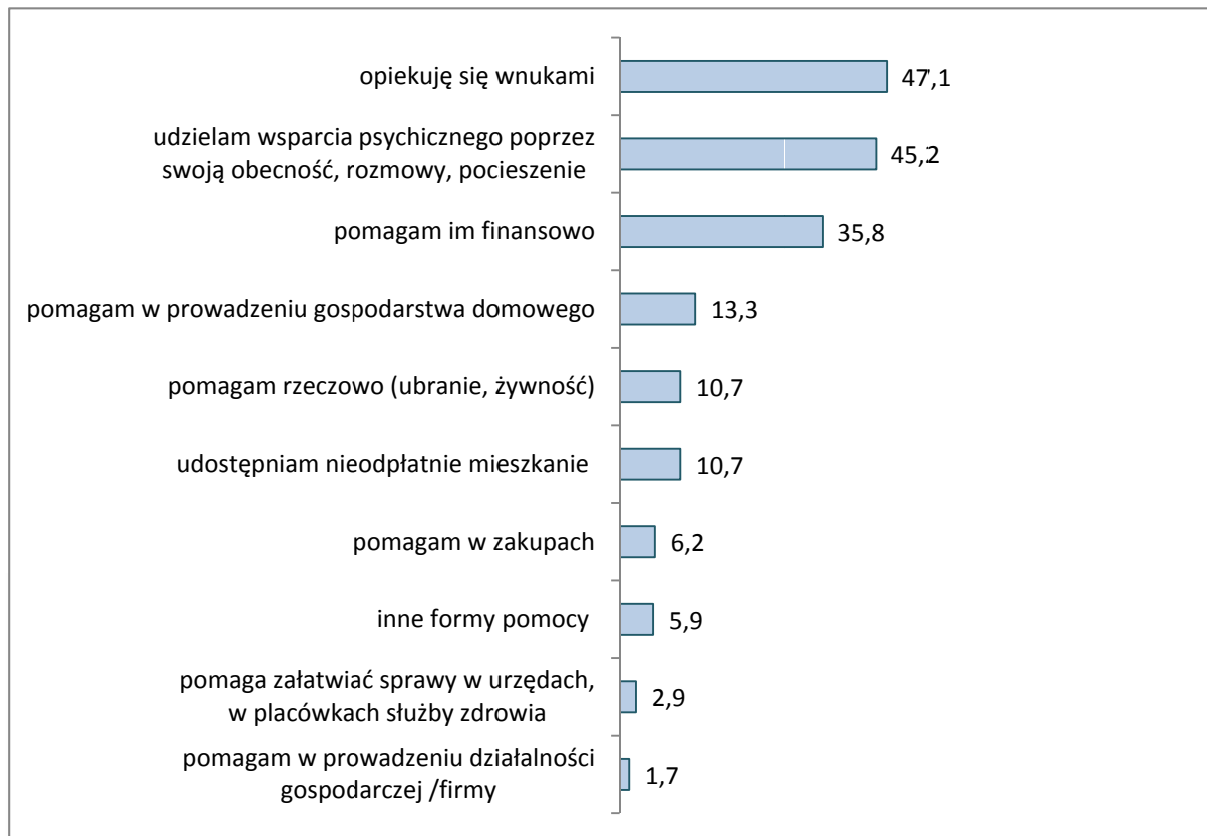


Pomoc płynąca ze strony starszych rodziców polega najczęściej na opiece nad wnukami (47,1%) oraz na udzielaniu dzieciom wsparcia psychicznego, poprzez swoją obecność, rozmowy, pocieszanie (45,2%). Nieco ponad jedna trzecia starych rodziców (35,8%) oferuje swoim dzieciom wsparcie finansowe, a 10,7% badanych udziela materialnej pomocy rzeczowej (ubranie, żywność). Tyle samo wspiera swoje dzieci udostępniając im nieodpłatnie mieszkanie (10,7%). Bezpośrednie porównanie wyników badań gdańskich z wynikami z badań PolSenior nie jest możliwe, gdyż w tych ostatnich badaniach nie pytano o wsparcie kierowane przez osoby stare do dzieci, ale do szerszego grona ludzi: członków rodziny, przyjaciół czy znajomych (Szatur-Jaworska, 2012, s. 433). Jeżeli ponownie sięgniemy zatem do wyników badań PTG (Czekanowski, 2002a, s. 164-166; 2011, s. 216-217; 2012, s. 253-255) - z uwzględnieniem wyjaśnień poczynionych w podrozdziale 4.4 odnośnie możliwości dokonywania zestawień wyników - to prezentują się one następująco. Pomoc udzielana dzieciom przez starych rodziców sprowadzała się najczęściej – tak, jak w badaniach gdańskich - do opieki nad wnukami (46,4%), pomocy finansowej (44,3%), udostępnianiu mieszkania (39,3%) oraz zapewnianiu wyżywienia (26,9%). Podobieństwa i zmiany zauważalne z upływem lat dzielącym oba badania wskazują, że pomimo zmian w modelu rodziny opieka nad wnukami nadal stanowi najczęściej występujący element wsparcia kierowanego do dzieci. Z kolei spadek odsetka starych rodziców wspierających swoje dzieci finansowo, udostępniających im mieszkanie i zapewniających wyżywienie może wskazywać na coraz większe usamodzielnianie się generacji Polaków w tak zwanym średnim wieku. Za pewien paradoks można uznać jednak wciąż istotny wymiar wsparcia finansowego kierowanego przez starych rodziców do swoich dorosłych dzieci. Co więcej, okazuje się, że ludzie starsi częściej świadczą pomoc finansową na rzecz swojego potomstwa, niż ją otrzymują (w naszych badaniach ta różnica pomiędzy odsetkami świadczeń finansowych kierowanych do dzieci

i otrzymywanych ze strony dzieci wyniosła 11,8 p.p.). Sytuacja taka znana jest od lat i występuje nie tylko w Polsce, ale również w innych krajach europejskich³⁵.

Rys. 36. Rodzaj pomocy świadczonej na rzecz dzieci (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy pomagają swoim dzieciom.



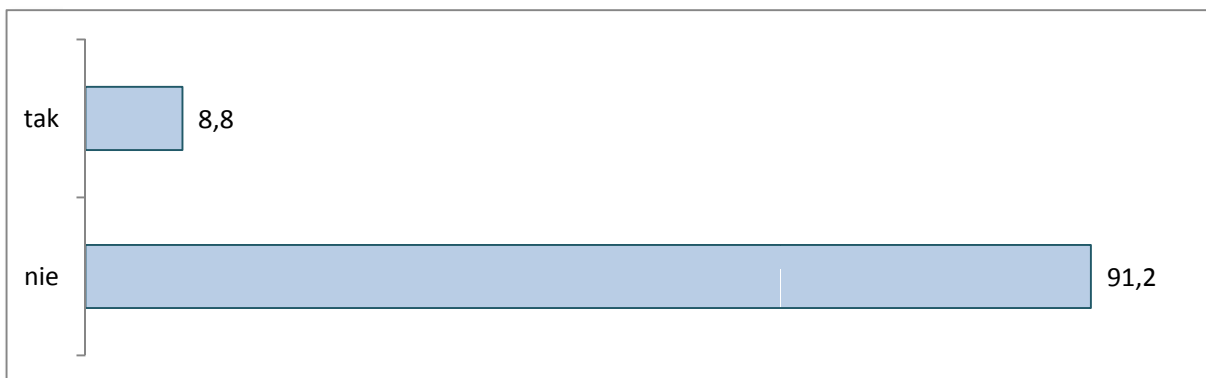
n = 885

Podsumowując kwestie związane z pomocą otrzymywaną przez starych rodziców ze strony dzieci i kierowaną przez nich do swoich dzieci zobaczymy, jak prezentują się wyniki odnośnie czterech możliwości, z którymi możemy mieć tu do czynienia. Okazuje się, że w badaniach gdańskich, sytuacja przedstawia się następująco: największy odsetek badanych rodziców, bo obejmujący 41,6% z nich, stanowią osoby, które są zarówno biorcami, jak i dawcami pomocy. Pozostałe trzy kategorie respondentów są niemal równoliczne, gdyż 17,3 % ankietowanych otrzymuje pomoc od dzieci, ale jej dzieciom nie świadczy, 16,3% z kolei jedynie udziela pomocy dzieciom, ale jej od nich nie otrzymuje, natomiast pozostałe 17,1% badanych nie uzyskuje pomocy od dzieci, ale również jej nie świadczy. Ze względu na zróżnicowane potrzeby występujące w poszczególnych rodzinach, opisywaną sytuację można chyba uznać za naturalną.

³⁵ Więcej na ten temat - zob. np. Synak 1990; Szatur-Jaworska 2000, s. 96, 98; Czekanowski 2002b, s. 166; 2011, s. 217; 2012, s. 251-252; Szlendak, 2010, s. 255.

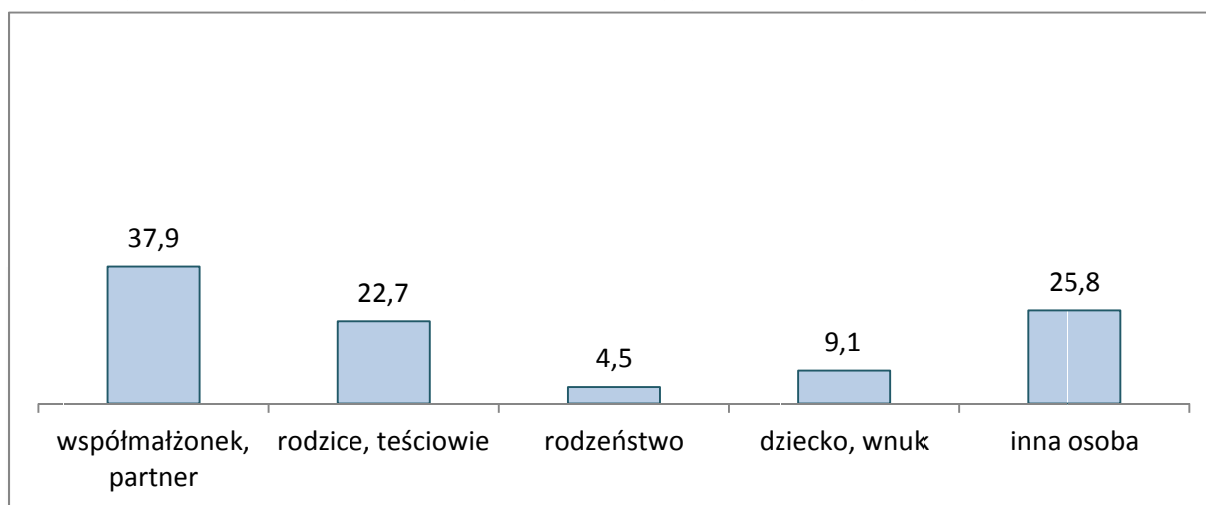
Chcąc rozpoznać kolejne istotne sprawy związane z udzielaniem wsparcia przez osoby stare na rzecz innych osób – i to prawdopodobnie w sytuacjach najtrudniejszych - zapytaliśmy, czy sprawują oni stałą opiekę nad jakimś człowiekiem, który jest chory, niedołączny lub niepełnosprawny. Wśród badanych Gdańszczan w wieku 65+, odsetek ten wynosi 8,8%.

Rys. 37. Sprawowanie przez badanego stałej opieki nad osobą chorą, niedołączną lub niepełnosprawną (%)



Najczęściej osobą stale wspomaganą jest współmałżonek bądź partner (37,9%). Rzadziej respondenci opiekują się chorymi czy niepełnosprawnymi rodzicami lub teściami (22,7%), a zdecydowanie rzadziej - dziećmi bądź wnukami (9,1%) oraz rodzeństwem (4,5%). Warto zauważyć, że mniej więcej co czwarty respondent (25,8%) wskazał, że sprawuje opiekę nad kimś innym, na przykład nad dalszym krewnym, sąsiadem, przyjaciółką lub przyjacielem. Zagadnienia związane z pełnieniem roli nieformalnych opiekunów rodzinnych – zwłaszcza przez osoby stare - warte są pogłębionego rozpoznania, o czym wspominaliśmy wcześniej, odnosząc się do spostrzeżeń wynikających z analizy wyników badań zrealizowanych w ramach projektu EUROFAMCARE.

Rys. 38. Osoba chora lub niepełnosprawna, na rzecz której świadczona jest przez respondentów pomoc (%)
UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy sprawują stałą opiekę.



n = 132

Rozdział V

Opinie na temat instytucjonalnych usług pomocowych

Kwestie związane z pomocą kierowaną do ludzi starych - omawiane już po części w poprzednich rozdziałach - prowadzą do zadania istotnego pytania o to, kto powinien przejąć odpowiedzialność za los tych ludzi: rodzina czy też państwo poprzez swoje wyspecjalizowane agendy (por. Łopato 1991). W postulatach dotyczących państwa opiekuńczego wykazano m.in. społeczno - ekonomiczną zasadność wyręczenia rodziny z jej licznych obowiązków. Takie podejście podyktowane zostało różnymi prognozami wskazującymi na rozpad rodziny wielopokoleniowej, a co za tym idzie, na stopniowy zanik roli rodziny w życiu człowieka. Jak wspomnieliśmy jednak w poprzednim rozdziale, współcześnie obserwowane zmiany w modelu rodziny nie spowodowały erozji pełnionych przez nią takich podstawowych funkcji, jak funkcja ekonomiczna czy opiekuńcza. W zaistniałej sytuacji zwolennicy państwa opiekuńczego zmienili swoje nastawienie odnośnie do zakresu i rodzaju wsparcia płynącego zwłaszcza ze strony państwa do swoich obywateli. Nie mniej jednak, występują w życiu ludzi starych sytuacje, w których – z różnych przyczyn – muszą oni skorzystać z usług tak zwanej pomocy instytucjonalnej. Przenoszenie się do tego typu placówek nosi miano migracji instytucjonalnych (zob. np. Longino, 1990). Przez wiele lat w Polsce występowała wyraźna niechęć do zamieszkiwania w domach pomocy społecznej (zob. np. Czekanowski 2002b, s. 112-113; 2012, s. 288-289). Dla dużej liczby osób tego typu miejsca stałego pobytu kojarzyły się z miejscem, w którym zamieszkują osoby najbiedniejsze, nie radzące sobie w życiu, wyrzucone przez rodzinę lub odrzucone przez społeczeństwo. Co więcej, konieczność zamieszkania w domu pomocy była traktowana jako forma – jak to dzisiaj nazywamy - wykluczenia społecznego, stanowiące wręcz przedsięwzięcie do śmierci. Taka opinia nie zawsze była podbudowana pełniejszą wiedzą na temat tego rodzaju placówek, ale nie da się ukryć, że duża część domów pomocy społecznej - jeszcze w latach 90. XX wieku - rzeczywiście przypominała instytucje totalne³⁶. Ich standard był niski, a musiały one pomieścić niejednokrotnie ponad 100 osób, mogących na dodatek zamieszkiwać jedynie w pokojach wieloosobowych. Co więcej, domy te znajdowały się często w mało atrakcyjnych miejscach i z dala od skupisk ludzkich. Na szczęście ten obraz odnoszący się do sposobu funkcjonowania stacjonarnych placówek pomocowych ulega zmianie, co daje się zaobserwować zwłaszcza w ostatnich kilkunastu

³⁶ Na podobną kwestię, ale w odniesieniu w ogóle do domów pomocy społecznej zwracała uwagę E. Tarkowska ze współpracownikami (1994, s. 7). Więcej na temat funkcjonowania instytucji o charakterze totalnym – zob. E. Goffman, 2011, Instytucje totalne.

latach. Nie jest to wynikiem jedynie standaryzacji, która została niejako wymuszona poprzez uregulowania prawne. Należy tu wspomnieć również o nowego typu placówkach, na przykład małych domach pomocy prowadzonych przez gminy, stowarzyszenia, zakony czy firmy prywatne. Tego typu domy zaczęły proponować niejednokrotnie znacznie bardziej komfortowe warunki pobytu niż te spotykane poprzednio. Warto ponadto zauważyć, że na przykład w Gdańsku zaczęliśmy mieć do czynienia z kolejnymi rozwiązaniami wartymi spopularyzowania w całym kraju. Mamy tu na myśli chociażby rodzinne domy pomocy dla ludzi starych, które są przeznaczone dla nie więcej niż 8 osób. Wzbogacenie oferty odnoszącej się do domów pomocy dla ludzi starych stanowi tylko jeden z elementów ogólniejszych zmian zachodzących w tzw. sferze pomocowej. Od pewnego już czasu można zaobserwować bowiem odchodzenie od wcześniejszych koncepcji, w których to klient przychodził do instytucji opiekuńczej, i zastąpienia jej koncepcją polegającą na tym, że to przedstawiciele instytucji „docierają” do mieszkańca, służąc mu pomocą na przykład w jego lokalu. Dzisiaj nie budzi już zasadniczych wątpliwości zasada, że powinniśmy wspierać osoby starsze w ich miejscach zamieszkania tak długo, jak to jest tylko możliwe³⁷.

Pomoc instytucjonalna nie ogranicza się - rzecz jasna - jedynie do stacjonarnych domów pomocy. Ludzie starzy mają również do dyspozycji chociażby domy dziennego pobytu, zapewniające w ciągu dnia opiekę, posiłki, zajęcia rehabilitacyjne czy rekreacyjne, jak również rozmaitego typu usługi pomocowe o charakterze komercyjnym. Jesteśmy przekonani, że na chęć korzystania z rozmaitych instytucjonalnych usług pomocowych w dużym stopniu wpływa to, jak przez same osoby stare oraz członków ich rodzin jest postrzegany cały sektor pomocy społecznej. Pozytywne zmiany zachodzące w tym sektorze prawdopodobnie spowodują to, że ludzie starsi z większą niż dotąd chęcią będą korzystali ze zorganizowanych form pomocy.

5.1. Potencjalna gotowość do korzystania z usług domów pomocy społecznej i domów dziennego pobytu

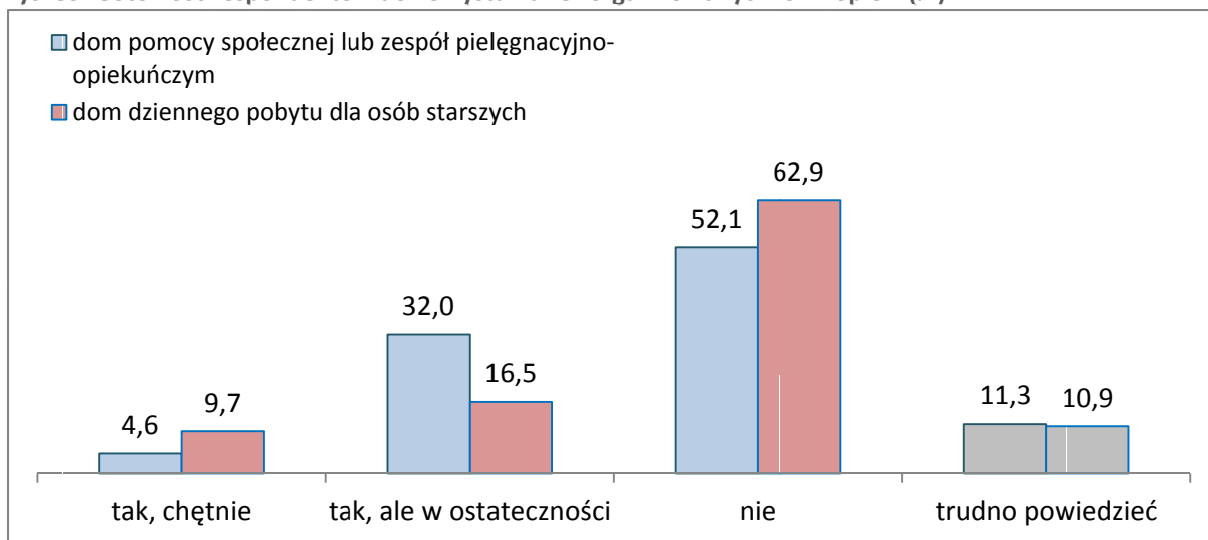
Optymalnym rozwiązaniem problemu starości jest wspomaganie osób starszych przez najbliższą rodzinę. Jednak postępująca atomizacja rodziny oraz procesy migracyjne (wyjazdy dzieci za granicę) pozbawiają często rodzinę funkcji opiekuńczej. Dlatego obok rodziny muszą być stosowane różne inne formy pomocy społecznej. Jedną z nich są usługi świadczone przez domy pomocy społecznej

³⁷ Dla przykładu, warto zasygnalizować zmiany w „filozofii mieszkaniowej”, która nastąpiła w Holandii, jako jednym z tzw. państw opiekuńczych. Jeszcze w 1975 roku 9,3% osób 65-letnich i starszych zamieszkiwało w tym kraju w domach pomocy dla ludzi starych, a 2,2% przebywało w domach opieki. Od lat rezydentów mieszkających w takich placówkach jest zdecydowanie mniej. Zob. J. Baars, K. Knipscheer i E. Breebaart, 1993, *The impact of social and economic policies on older people in the Netherlands*, [w:] *Older People in Europe. Social and Economic Policies. National Report: Netherlands*.

oraz zespoły pielęgnacyjno-opiekuńcze. Oczywiście tego typu pomoc powinna być ostatecznością. Należy także pamiętać, iż możliwość zamieszkania osoby starej w domu pomocy społecznej jest znacznie ograniczona z powodu konieczności partycypowania w kosztach utrzymania takiej osoby przez członków rodziny lub władze gminy. Dlatego – o ile to możliwe – właściwszą formą środowiskowej pomocy są domy dziennego pobytu dla seniorów. Placówki te wypełniają coraz poważniejsze zadania w ramach szeroko zakrojonej instytucjonalnej opieki nad najstarszymi członkami społeczeństwa. To tańsze rozwiązanie od pobytu osoby starej w placówce opieki całodobowej. Domy dziennego pobytu są bardziej przyjazne dla samego seniora, ponieważ nie wrywają osoby starej ze znanego środowiska. Są ośrodkiem wsparcia dla ludzi starszych i ich rodzin, rozumianym jako forma środowiskowej pomocy półstacjonarnej, służącej utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku. Pomimo iż świadczą pomoc tylko w określonym czasie, to jednak umożliwiają zaspokojenie wielu potrzeb nie tylko podstawowych, ale także wyższego rzędu. Prowadzą zajęcia terapeutyczne, rehabilitacyjne oraz organizują zajęcia rekreacyjno-kulturalne.

Czy i w jakim stopniu osoby badane wyrażają gotowość (gdyby zaszła taka potrzeba) do skorzystania z oferty wyżej wymienionych instytucji i form pomocy? Jak można było oczekiwać, respondenci zapytani o ewentualną gotowość do skorzystania z usług domu dziennego pobytu lub do zamieszkania w domu opieki społecznej, odpowiedzieli w większości zdecydowanie negatywnie lub traktowali takie rozwiązanie jako ostateczność. I tak, z domów dziennego pobytu dla osób starszych skorzystałoby chętnie tylko 9,7% ankietowanych, 16,5% zgodziłoby się na taką pomoc w ostateczności, a 62,9% - wcale. Usługi oferowane przez domy pomocy społecznej i zespoły pielęgnacyjno-opiekuńcze spotkały się z pozytywną reakcją jeszcze mniejszej liczby badanych (4,6%), niemal co trzeci ocenił je jako ewentualność ostateczną (32,0%), a ponad połowa (52,1%) zdecydowanie odmówiłaby skorzystania z oferty tych instytucji.

Rys. 39. Gotowość respondentów do korzystania ze zorganizowanych form opieki (%)



Takie podejście większości osób starych do możliwości stałego pobytu w placówkach pomocowych jest w polskiej obyczajowości nadal czymś, przed czym wręcz bronią się ludzie zaawansowani wiekiem. Mimo powolnej, aczkolwiek pozytywnej zmiany w postrzeganiu placówek pomocowych, w których osoby starsze miałyby zamieszkać na stałe, o czym pisaliśmy we wstępie do tego podrozdziału, chęć pobytu tam wydaje się być jakąś ostatecznością³⁸. Przewaga odpowiedzi wyrażających niechęć do korzystania z dostępnych instytucjonalnych form opieki pozostaje w związku z opiekuńczą funkcją rodziny. Jak się bowiem okazało ponad połowa respondentów wskazała, że korzysta z pomocy swoich dzieci, a zdecydowana większość na tę pomoc może liczyć w przypadku zaistnienia takiej potrzeby. Można wnioskować stąd, że badani chętniej poddają się opiece swoich bliskich niż zorganizowanych instytucji świadczących tego typu usługi pomocowe.

Gotowość do ewentualnego zamieszkania w domu pomocy społecznej lub zespole pielęgnacyjno-opiekuńczym nieco częściej deklarują kobiety (5,4%) niż mężczyźni (3,4%). Różnica ta jest jednak niewielka i w dużej mierze wynikać może z tego, że kobiety żyją dłużej, a w związku z tym częściej dożywają okresu, w którym konieczna jest profesjonalna pomoc zinstytucjonalizowana. Starsze kobiety zdecydowanie częściej od mężczyzn wdowieją, a więc pozostają same. Mężczyźni z racji krótszego życia niemal do końca mogą liczyć na pomoc ze strony swojej współmałżonki (oczywiście o ile jest sprawna), stąd są bardziej sceptyczni wobec pozarodzinnych form pomocy.

Tab. 52. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a płeć (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
Kobiety	5,4	32,4	49,8	12,3
Mężczyźni	3,4	31,3	55,4	9,9

$\chi^2=7,524$, $df=3$, $p<0,05$

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku między wiekiem badanych osób a gotowością do zamieszkania w domach opieki społecznej czy zespołach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Czynnikiem różnicującym jest natomiast wykształcenie. Wśród osób z wyższym wykształceniem występuje wyższa niż w grupach z niższymi poziomami wykształcenia gotowość do zamieszkania w tego typu placówkach. Sytuacja ta być może wynika z lepszej orientacji w tym, jakie pozytywne zmiany zaszły w ostatnich latach w polskim sektorze pomocowym, aczkolwiek postawienie takiego wniosku jest mocno ryzykowne. Jak pokazują nasze dane, odsetek osób z wyższym wykształceniem zdecydowanie odrzucających możliwość skorzystania z oferty instytucji opiekuńczych wynosi 47,8%. Jednocześnie grupa, w której zarejestrowano najwyższy odsetek odpowiedzi negatywnych to osoby z wykształceniem podstawowym (60,7%).

³⁸ Więcej na temat tych zmian – zob. np. P. Czekanowski, 2002b, s. 109-113.

Tab. 53. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a wykształcenie (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
podstawowe	4,2	24,7	60,7	10,4
zasadnicze zawodowe	4,2	29,5	51,0	15,3
średnie	4,8	35,3	50,0	10,0
wyższe	5,2	35,8	47,8	11,2

$\chi^2=20,69$, $df=9$, $p<0,05$

Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej lub zespole pielęgnacyjno-opiekuńczym deklarowali najczęściej mieszkańcy strefy przemysłowej (5,7%) oraz północnej strefy WZM (5,5%), najrzadziej zaś tarasu południowo-zachodniego (3,1%). Być może wynika to z tego, że w tej ostatniej strefie zamieszkuje jest nieco inna struktura społeczna – jest więcej młodszych emerytów oraz osób lepiej sytuowanych. Odpowiedzi jednoznacznie negatywnej udzielali najczęściej mieszkańcy stref centralnej (54,7%) oraz strefy północnych WZM (55,5%) i południowych WZM (55,4%). Różnice te nie są jednak bardzo duże i raczej nie upoważniają do zbyt daleko idących wniosków o przestrzennym zróżnicowaniu postaw w tym zakresie.

Tab. 54. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a strefa miasta (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
strefa centralna	4,1	29,7	54,7	11,5
strefa południowa WZM	4,9	30,4	55,4	9,3
taras południowo-zachodni	3,1	44,3	42,9	9,7
strefa północna WZM	5,5	28,4	55,5	10,7
strefa przemysłowa	5,7	27,9	51,1	15,3

$\chi^2=31,76$, $df=12$, $p<0,005$

Osoby samotne częściej niż pozostające w związkach chętniej skłoniłyby się do zamieszkania w domu pomocy społecznej lub zespole pielęgnacyjno-opiekuńczym (7,5% osób samotnych i 2,0% osób w związkach). Jako ostateczność to rozwiązanie z kolei częściej wybrałyby osoby żyjące z partnerem (34,8% przy 28,8% samotnych). Ponad połowa badanych, zarówno samotnych (52,7%) i żyjących w związkach (51,5%) jest zdecydowanie niechętna zamieszkanemu w domu pomocy społecznej lub zespole pielęgnacyjno-opiekuńczym (różnica dla obu grup wyniosła tylko 1,2 punktów procentowych). Dla osób żyjących bez stałego partnera zamieszkanie w domu pomocy społecznej lub zespole pielęgnacyjno-opiekuńczym rzadziej jest postrzegane jako ostateczność niż wśród badanych żyjących z partnerem życiowym. Osoby żyjące bez partnera, na którym niejednokrotnie można polegać, w większym stopniu są skłonne zaakceptować zamieszkanie w domu pomocy społecznej.

Tab. 55. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a stan cywilny (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
w związku (żonaty, ma partnera)	2,0	34,8	51,5	11,6
samotny (nie ma współmałżonka, partnera)	7,5	28,8	52,7	11,0

$\chi^2=28,75$, $df=3$, $p<0,001$

Okazuje się, że doświadczenie osamotnienia pozostaje w związku z chęcią skorzystania ze stałego pobytu w wyspecjalizowanych instytucjach pomocowych. Jak wynika z analizy danych najmniej odpowiedzi negatywnych odnotowano w grupie osób odczuwających osamotnienie (44,8%), najwięcej zaś wśród tych, którzy osamotnienia nie odczuwają (55,3%). Ankietowani doświadczający poczucia osamotnienia najczęściej też odpowiadali, iż chętnie skorzystaliby z usług instytucji pomocowych (8,6% tej grupy respondentów). Jest to sytuacja w dużym stopniu zrozumiała ze względu na specyfikę samego osamotnienia. Skoro osamotnienie - w dużym uproszczeniu - to skutek braku w najbliższym otoczeniu osób bliskich (zarówno w sensie fizycznym jak i psychicznym), to zrozumiałym wydaje się poszukiwanie przez osoby osamotnione jakiegoś wyjścia z tej sytuacji. Wówczas dobrze prowadzony dom pomocy może stanowić atrakcyjną alternatywę.

Tab. 56. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a poczucie osamotnienia (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
nigdy lub prawie nigdy	4,3	29,3	55,3	11,2
niekiedy	2,6	38,0	48,4	11,0
często lub zawsze	8,6	34,1	44,8	12,5

$\chi^2=22,96$, $df=6$, $p<0,005$

Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej lub zespole pielęgnacyjno-opiekuńczym w dużym stopniu zależy od tego, czy osoba starsza ma czy też nie ma możliwości uzyskania systematycznej pomocy ze strony najbliższej rodziny. I tak, osoby które mogą liczyć na pomoc rodziny nieco rzadziej deklarują gotowość do zamieszkania w tego typu placówce (3,7%) w przeciwieństwie do osób, które na pomoc taką nie zawsze mogą liczyć (odpowiedzi „różnie bywa”) - odsetek odpowiedzi „*tak, chętnie*” wyniósł tu 10,7% i „*tak, ale w ostateczności*” - 39,7%. Dość często gotowość do zamieszkania w domu opieki społecznej deklarowały osoby, które nie posiadają rodziny (9,7%) oraz te, które nie potrafiły określić (odpowiedzi „trudno powiedzieć”), czy na pomoc ze strony rodziny mogą liczyć (6,7%). Zastanawia natomiast fakt, iż tylko 5,8% badanych, którzy w ogóle nie mogą liczyć na pomoc swojej rodziny, deklaruje gotowość do zamieszkania w domu opieki społecznej. Ponad połowa z nich w ogóle nie bierze tego pod uwagę (53,8%) a blisko 1/3 byłaby gotowa, ale tylko w ostateczności (32,7%). Zatem domy opieki społecznej i inne tego typu placówki

wciąż traktowane są jako ostateczność nawet przez osoby samotne i pozbawione wsparcia i możliwości pomocy ze strony najbliższej rodziny.

Tab. 57. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a możliwości uzyskania systematycznej pomocy ze strony swojej najbliższej rodziny (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
może liczyć na pomoc	3,7	31,8	52,9	11,6
różnie bywa	10,7	39,7	43,5	6,1
nie może liczyć na pomoc	5,8	32,7	53,8	7,7
trudno powiedzieć	6,7	20,0	48,9	24,4
nie mam najbliższej rodziny	9,7	22,6	58,1	9,7

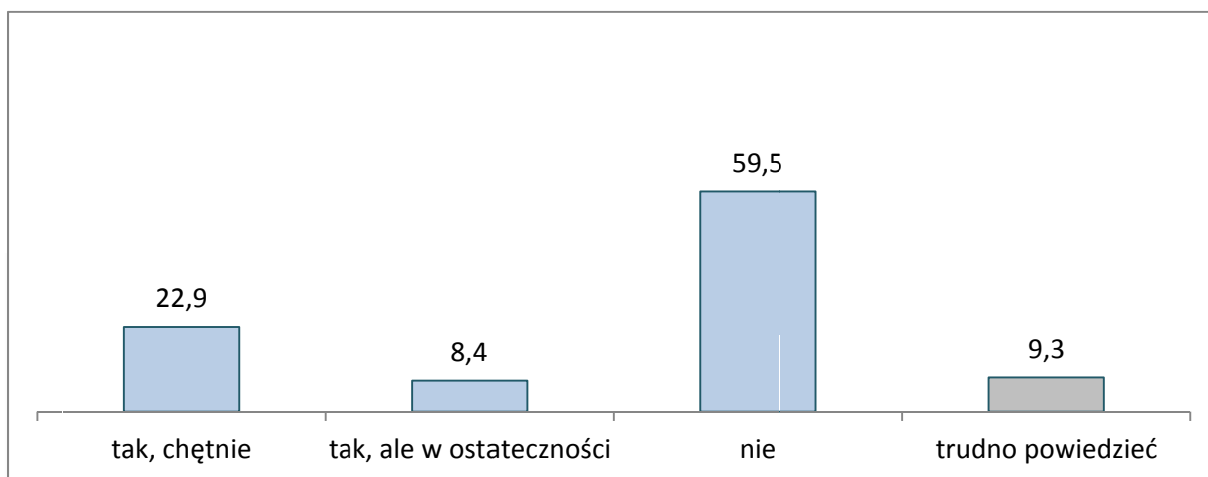
$\chi^2=33,41$, $df=12$, $p<0,005$

5.2. Potencjalna gotowość do korzystania z usług klubów seniora oraz innych placówek aktywizujących

W Gdańsku, podobnie jak w całej Polsce, powstaje coraz więcej klubów seniora. Są to niezależne i samodzielnie działające związki zrzeszające osoby starszej generacji, mające na celu przełamywanie izolacji i samotności z jaką często borykają się ludzie starsi. To forma wspierania i zaspokajania wielu potrzeb. Uczestnictwo w klubie jest dobrowolne i niezobowiązujące. Głównym zadaniem działalności klubów seniora jest aktywizacja i integracja osób starszych, tworzenie nowych więzi społecznych oraz organizowanie wzajemnej pomocy ze stosowaniem zasady wzajemności, a także zapobieganie rosnącej przepaści między seniorami, a aktywnym młodym pokoleniem. Wiele klubów seniora prowadzi zajęcia mające na celu poprawienie kondycji psychofizycznej poprzez rehabilitację ruchową, wycieczki, zabawy taneczne usprawniające i integracyjne, spotkania pozwalające zaprezentować własne zdolności, wspólne wyjścia do kina, muzeum czy teatru. Kluby seniora tworzone są często przy domach kultury, klubach osiedlowych a czasem mają charakter branżowy, tworzone są przy dużych przedsiębiorstwach zrzeszających byłych pracowników (emerytów) a nawet przy wyższych uczelniach, w tym np. przy Uniwersytecie Gdańskim.

Jednym z celów przeprowadzonego badania było zarejestrowanie potencjalnej gotowości badanych osób do korzystania z oferty klubów seniora. W związku z tym badany zadano pytanie: „Czy chciał(a)by Pan(i) kiedykolwiek brać udział w zajęciach organizowanych przez kluby seniora (wycieczki, zajęcia rekreacyjne, kulturalne, hobbyistyczne)?”. I tak, ponad połowa ankieterowanych odniosła się do tego pomysłu niechętnie (59,5% odpowiedzi „nie”), natomiast niemal co piąty badany odpowiedział „tak, chętnie”. W ostateczności aktywność taką podjęłoby 8,4% respondentów.

Rys. 40. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora (wycieczki, zajęciach rekreacyjne, kulturalne, hobbistyczne) (%)



Chęć uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora uzależniona jest od wieku badanych osób. Jest tu bardzo wyraźna zależność liniowa: im młodsze są osoby badane tym częściej deklarują chęć uczestniczenia w klubach seniora. I tak, najmłodsi (w wieku 65-69 lat) najczęściej wykazują zainteresowanie tego typu zajęciami (31,4%), a osoby najstarsze (w wieku 80+) najrzadziej (14,7%). Taką sytuację można to po części wytłumaczyć faktem, że osoby najstarsze bywają niejednokrotnie w gorszej kondycji zdrowotnej, są mniej sprawne oraz mają nieco inną hierarchię potrzeb. W mniejszym stopniu oczekują różnych form wypoczynku i rekreacji, w większym zaś pomocy opiekuńczo-pielęgnacyjnej.

Tab. 58. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a wiek (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
65-69 lat	31,4	10,8	49,1	8,7
70-74 lat	22,2	6,8	59,6	11,4
75-79 lat	16,6	8,8	66,1	8,5
80 i więcej lat	14,7	5,8	71,7	7,8

$\chi^2=57,04$, $df=9$, $p<0,001$

Udział w zajęciach aktywizujących w klubach seniora zależy od wykształcenia badanych osób – tu również zarejestrowano zależność liniową. Najmniej zainteresowani tego typu ofertą to osoby z wykształceniem podstawowym (19,2%), i zasadniczym zawodowym (20,8%), najwięcej zaś z wyższym średnim (24,7%) i wyższym (25,4%). Z kolei rozkład odpowiedzi negatywnych przedstawia się na podobnym poziomie w przypadku osób z wykształceniem zasadniczym, średnim i wyższym (odsetek ten waha się w granicach 57,1% - 57,4%), znacznie wyższy jest natomiast wśród osób z wykształceniem podstawowym (67,9%). Tak wysoki odsetek osób z najniższym poziomem wykształcenia niechętnych do korzystania z oferty klubów seniora wynikać może z braku wiedzy,

nieumiejętności dotarcia do informacji na temat ich działalności (na przykład poprzez Internet) oraz po prostu z niższych aspiracji.

Tab. 59. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a wykształcenie (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
podstawowe	19,2	6,5	67,9	6,5
zasadnicze zawodowe	20,8	10,7	57,1	11,4
średnie	24,7	7,4	57,4	10,6
wyższe	25,4	10,8	57,3	6,5

$\chi^2=21,54$, $df=9$, $p<0,05$

W uzyskanych odpowiedziach można zaobserwować pewien związek między sytuacją finansową badanych, a ich chęcią do skorzystania z oferty klubów seniora. Najwięcej osób najlepiej sytuowanych zdecydowanie nie jest nią zainteresowanych (64,9%). W tej grupie niewiele osób chętnie wzięłoby udział w proponowanych zajęciach (17,3%). Interesujące jest to, że najwięcej chętnych do korzystania z klubów seniora jest wśród tych osób, które „żyją oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko” (łącznie 35,9%, w tym „tak, chętnie” – 25,7% oraz „tak, w ostateczności” – 10,2%). Zatem zainteresowanie tą formą aktywności jest największe wśród osób o przeciętnych dochodach, natomiast najmniejsze zarówno wśród osób zamożnych jak i ubogich.

Tab. 60. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a samoocena sytuacji materialnej (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	17,3	7,1	64,9	10,7
żyją oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	25,7	10,2	56,1	8,0
żyją bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	21,1	6,9	61,3	10,7
pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)	24,7	6,5	61,3	7,5

$\chi^2=17,01$, $df=9$, $p<0,05$

Osoby żyjące w stałych związkach nieco częściej niż ludzie samotni wykazują zainteresowanie zajęciami organizowanymi przez domy seniora („tak, chętnie” odpowiedziało 24,4% osób żyjących w związkach i 21,2% samotnych). Podobnie odsetek odpowiedzi „nie” udzieliło 56,3% osób mających partnera i 63,0% samotnych. Rozkład tych danych jest dość zaskakujący. Wydawać by się bowiem mogło, że to osoby samotne powinny być bardziej zainteresowane uczestnictwem w działaniach aktywizujących prowadzonych przez kluby seniora. Tymczasem, jak się okazało, jest odwrotnie. Samotność (w sensie fizycznym i psychicznym) pogłębia społeczną alienację i jest czynnikiem

demobilizującym. Posiadanie partnera życiowego wpływa natomiast pozytywnie na zachowania prospołeczne i w większym stopniu motywuje do podjęcia jakiejś aktywności. Podobną zależność stwierdzono w przypadku odczuwanego przez osoby badane osamotnienia (por. rys. 30) I tak osoby mające poczucie osamotnienia (często lub zawsze) nieco rzadziej wyrażają gotowość uczestnictwa w klubach seniora (29,8%) niż osoby, które takiego osamotnienia nie doświadczają (27,2%).

Tab. 61. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a stan cywilny (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
w związku (żonaty, ma partnera)	24,4	9,8	56,3	9,5
samotny (nie ma współmałżonka, partnera)	21,2	6,8	63,0	9,0

$\chi^2=8,73$, $df=3$, $p<0,05$

Analiza ewentualnej gotowości podejmowania działań aktywizujących różnicuje się nieco w zależności od strefy miasta. Wśród mieszkańców strefy przemysłowej, czyli w dzielnicach takich jak np.: Nowy Port, Stogi, Orunia, zanotowano największą polaryzację postaw wobec klubów seniora. Z jednej strony zamieszkuje tu najwięcej osób deklarujących chęć uczęszczania do klubów seniora (27,5%), z drugiej zaś najwięcej osób niechętnych (66,0%). W tej strefie miasta postawy ambiwalentne są udziałem zdecydowanej mniejszości (5,3%). Mieszkańcy strefy Gdańsk Południe (Jasień, Ujeścisko, Zakoniczyn, Matarina, Osowa) rzadziej, niż mieszkańcy pozostałych stref, odrzucali kategorycznie taką ewentualność (49,8%), częściej natomiast wybierali odpowiedź „*tak, ale w ostateczności*” (22,1%). Biorąc pod uwagę łącznie wszystkie pozytywne odpowiedzi („*tak, chętnie*” oraz „*tak, ale w ostateczności*”) to zauważyć można, że stosunkowo najmniej chętnych do skorzystania z oferty klubów seniora zamieszkuje w strefie centralnej, w takich dzielnicach jak Śródmieście, Wrzeszcz, Oliwa (24,9%), najwięcej zaś w dzielnicach położonych w tarasie południowo-zachodnim (43,6%).

Tab. 62. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a strefa miasta (%)

	tak, chętnie	tak, ale w ostateczności	nie	trudno powiedzieć
strefa centralna	18,7	6,2	61,2	13,9
strefa południowa WZM	23,5	5,9	62,3	8,3
taras południowo-zachodni	21,5	22,1	49,8	6,6
strefa północna WZM	25,3	6,4	58,8	9,5
strefa przemysłowa	27,5	1,1	66,0	5,3

$\chi^2=117,0$, $df=12$, $p<0,001$

Jak już wspomniano najwyższy odsetek odpowiedzi pozytywnych zanotowano w tych dzielnicach, gdzie oferta skierowana do osób starszych jest prawdopodobnie najuboższa, czyli w strefie przemysłowej: m.in. Nowy Port, Stogi, Orunia, Olszynka. Na drugim miejscu - jeżeli chodzi

o częstotliwość udzielania pozytywnej odpowiedzi - znaleźli się respondenci z północnej strefy WZM (Żabianka, Ząska, Przymorze). Wynikać to może z wysokich oczekiwań mieszkańców tych dzielnic, gdzie jest stosunkowo wysoki odsetek starszych gdańszczan ze średnim i wyższym wykształceniem, wśród których występuje potrzeba partycypacji, przy jednoczesnej świadomości możliwości korzystania z tego typu usług. Rysunek 42 zawiera mapę z rozkładem odpowiedzi pozytywnych w poszczególnych strefach miasta.

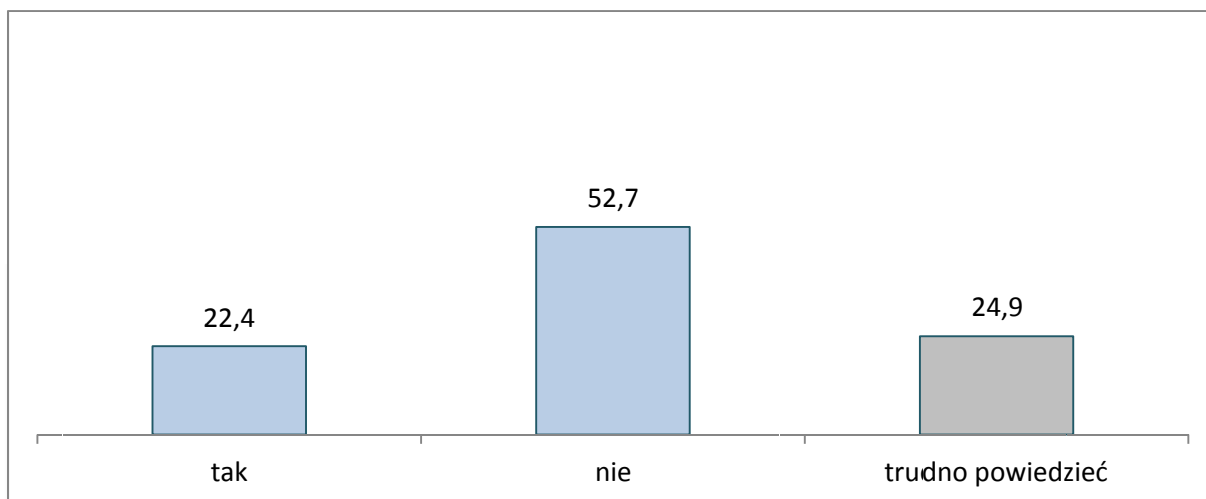
Rys. 41. Odsetek osób deklarujących chęć uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora w poszczególnych strefach miasta (%)



Respondenci zostali zapytani również o to, czy byliby zainteresowani korzystaniem z usług nowej placówki zajmującej się kompleksową działalnością na rzecz osób w podeszłym wieku niezależnie od odległości jaką by mieli do pokonania. Liczba pozytywnych odpowiedzi jest stosunkowo duża skoro 22,4% badanych skorzystałoby z takiej oferty niezależnie w jakim miejscu miasta by powstała. Tych potencjalnych chętnych do skorzystania z oferty mogłoby być prawdopodobnie więcej, gdyż dość duża liczba badanych (24,9%) wybrała wariant „trudno powiedzieć”. Można założyć, że niezdecydowanie wielu respondentów wynikało z faktu, że we wprowadzeniu do naszego pytania można było zamieścić jedynie bardzo krótki opis tego hipotycznego centrum służącego ludziom starszym, co mogło wywoływać u respondentów pewien niedosyt w zakresie informacji na ten temat. Dodać należy, że placówka taka mogłaby na przykład ułatwiać osobom starszym z terenu całego Gdańska wymianę doświadczeń „dzielnicowych”,

podejmowanie wspólnych działań w określonym celu czy integrowanie się. Choć największa liczba badanych, bo ponad połowa (52,7%) nie zadeklarowała osobistej chęci korzystania z oferty takiej placówki, to jednak nie można wykluczyć, że osoby te widziałyby sens jej powołania.

Rys. 42. Zainteresowanie działalnością i korzystanie z oferty hipotetycznej nowej placówki (jakiegoś centrum) świadczącego kompleksowe usługi na rzecz osób starszych (%)



Przechodząc do bardziej szczegółowej analizy uzyskanych odpowiedzi dotyczących potrzeby powstania zasygnalizowanego centrum okazało się, że w najmłodszej grupie badanych zarejestrowano największy odsetek osób, które wyraziły zainteresowanie oraz chęć korzystania z oferty nowej placówki (29,4%). Sytuacja taka może być wynikiem większego zainteresowania osób młodszych wprowadzaniem nowych rozwiązań i ich większej otwartości. Odwrotnie przedstawia się rozkład odpowiedzi wśród osób najstarszych – zainteresowanie korzystaniem z oferty takiej placówki wyraziło zaledwie 13,6% ankietowanych, zaś aż 67,8% brak zainteresowania. Taki rozkład odpowiedzi w najstarszej grupie wiekowej nie dziwi. Dla najstarszych osób, zwłaszcza z dzielnic odległych od obszarów śródmiejskich (gdzie taka placówka prawdopodobnie by powstała), dotarcie do wspomnianego centrum mogłoby stanowić nie lada problem.

Zainteresowanie możliwością korzystania z nowej, „centralnej” placówki prowadzącej kompleksową działalność na rzecz osób starszych wzrasta wraz z poziomem wykształcenia. Największą otwartość na nowe rozwiązanie deklarują ankietowani z wykształceniem wyższym (27,6%) i średnim (23,5%), nieco mniejszą osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (21,4%) i jedynie 17,2% z podstawowym. Odsetek osób niezainteresowanych korzystaniem z oferty nowego centrum we wszystkich analizowanych grupach wykształcenia waha się w granicach 50,4% – 50,6%, a w przypadku osób z wykształceniem podstawowym wyniósł 61,0%.

Biorąc pod uwagę podział terytorialny (dzielnicowy) to zauważyć można, iż jedynie wśród mieszkańców strefy Gdańsk Południe (Ujeścisko, Jasień, Zakoniczyn, Matarnia, Kokoszki, Osowa)

odsetek osób nie zainteresowanych powstaniem takiego centrum dla seniorów nie przekracza 50% i wynosi 43,6%. W pozostałych strefach odsetek ten przekracza tę wartość i waha się w zależności od strefy miasta w granicach 50,4% - 57,6%. Odnotować należy, iż najmniej odpowiedzi pozytywnych zarejestrowano wśród mieszkańców strefy przemysłowej (Nowy Port, Stogi, Orunia itp.) - 16,0%. Należy więc zwrócić uwagę na to, że o ile mieszkańcy tych właśnie dzielnic w największym stopniu są zainteresowani udziałem w klubach seniora w pobliżu miejsca zamieszkania (por tabl. 59), to już w odniesieniu do hipotetycznego miejskiego centrum dla seniorów, przejawiają raczej postawy sceptyczne.

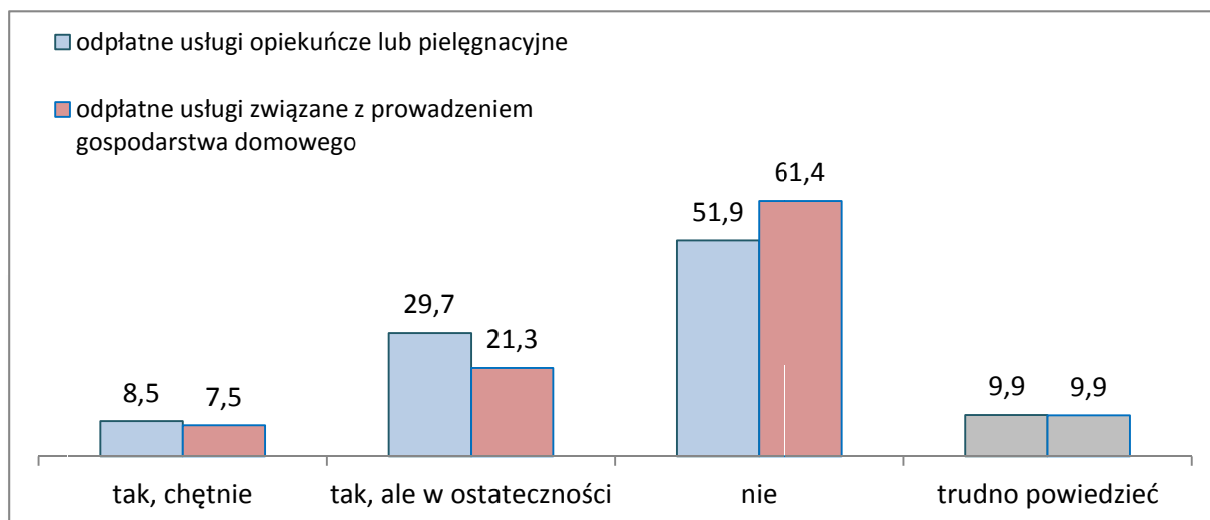
Potencjalna gotowość do korzystania z oferty hipotetycznej placówki świadczącej usługi na rzecz osób starszych różnicuje się także w zależności od tego, czy respondenci pozostają w stałym związku, czy też są osobami samotnymi. I tak osoby samotne wykazują mniejsze zainteresowanie korzystaniem z oferty takiej instytucji (19,1% „tak” i 57,3% „nie”) niż badani żyjący z partnerem lub małżonkiem (odpowiednio 25,4% odpowiedzi „tak” i 48,5% - „nie”).

5.3. Potencjalna gotowość do korzystania z komercyjnych (odpłatnych) usług pomocowych

Zachodzące przemiany demograficzne prowadzące w konsekwencji do postępującego procesu starzenia się polskiego społeczeństwa skutkują nie tylko przyrostem liczby takich instytucji jak domy opieki społecznej, domy dziennego pobytu czy kluby seniora, ale także rozwojem różnego rodzaju usług komercyjnych (odpłatnych) funkcjonujących na zasadach rynkowych, takich jak np. odpłatne usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne lub usługi w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego (sprzątanie, zakupy, pomoc w załatwieniu spraw w urzędach itp). Można się spodziewać, iż w przyszłości tego typu usługi zyskiwać będą na popularności i stanowiąc będą liczący się sektor usług, których grupą docelową będą osoby starsze.

Jak wynika z przeprowadzonych badań gotowość do korzystania z odpłatnych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jak również tych związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego nieco się różni, choć różnica ta nie jest bardzo znacząca. Nieco więcej badanych (38,2%) zadeklarowało chęć skorzystania z odpłatnych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych (w tym 8,5% „chętnie”, a 29,7% „w ostateczności”), nieco mniej zaś (28,8%) z odpłatnych usług związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym 7,5% „chętnie”, a 21,3% „w ostateczności”. Może to świadczyć o tym, że część badanych dopuszcza myśl o konieczności powierzenia opieki wyspecjalizowanym podmiotom, przy czym w większym stopniu dotyczy to usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych niż świadczących pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Rys. 43. Gotowość do korzystania z odpłatnych form pomocy (%)



Analiza statystyczna wykazała, że gotowość do korzystania z odpłatnych form usług z zakresu opieki i pielęgnacji oraz związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego nie pozostaje w związku z sytuacją materialną respondentów ani z wiekiem respondentów. Płeć nie jest zmienną różnicującą w przypadku usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, natomiast różnicuje nieco w zakresie usług gospodarczych (pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego). Mężczyźni nieco częściej (8,5%) niż kobiety (6,8%) byliby skłonni z takich usług skorzystać. Wynika to z tego, że panowie (wdowcy) po utracie współmałżonki częściej niż kobiety, nie radzą sobie z codziennymi czynnościami takimi jak zakupy, sprzątanie czy przygotowywanie posiłków itp.

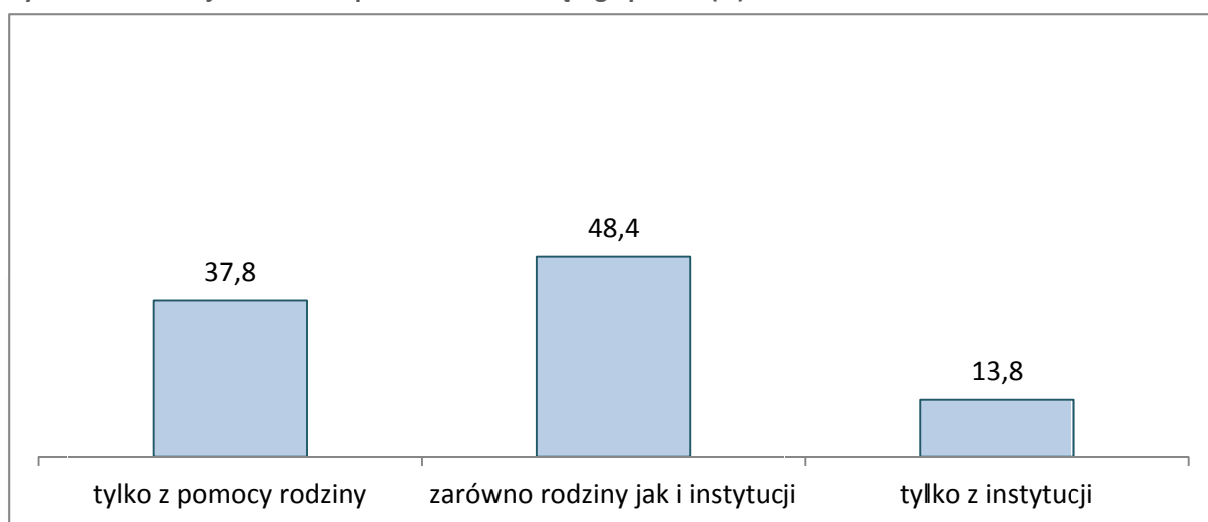
Z odpłatnych komercyjnych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz gospodarczych nieco częściej skłonne są korzystać osoby, które deklarują gorszy stan zdrowia, korzystają już z odpłatnej służby zdrowia (a więc już teraz płacą za usługi medyczne), osoby zamieszkujące samotnie, nie będące w związku oraz deklarujące potrzebę systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób. Zmienną wyraźnie różnicującą jest wykształcenie. Obserwujemy tu zależność liniową – im wyższe wykształcenie, tym wzrasta gotowość do korzystania z tego typu odpłatnych usług. Dla przykładu w zakresie pomocy opiekuńczo-pielęgnacyjnej gotowość taką deklaruje 7,1% osób z wykształceniem podstawowym, 7,8% zasadniczym zawodowym, 8,3% średnim i 11,6% wyższym. Z kolei w zakresie pomocy przy prowadzeniu gospodarstwa domowego gotowość deklaruje 4,5% osób z wykształceniem podstawowym, 5,8% zasadniczym zawodowym, 6,7% średnim i 15,5% wyższym. Tak więc wraz z wykształceniem wzrasta otwartość na pomoc pozarodzinną. Osoby lepiej wykształcone w większym stopniu skłonne są postrzegać tego typu usługi jako alternatywę dla tradycyjnych działań pomocowych (opartych głównie na rodzinie i więzach sąsiedzkich) oraz traktować tego typu działalność jako ważny segment na polskim rynku usług.

5.4. Pomoc rodziny czy instytucji – preferencje osób starszych

Dawnej pomoc osobom starszym świadczona była niemal wyłącznie przez rodzinę (co wynikało z opiekuńczej funkcji rodziny tradycyjnej) oraz przez najbliższych sąsiadów (co wynikało z kolei z tradycyjnego modelu sąsiedztwa). Współcześnie obserwujemy zjawisko atomizacji rodziny i redukcji niektórych jej funkcji. Zanika też tradycyjny model sąsiedztwa świadczeniowego (zwłaszcza w dużych miastach). Z drugiej zaś strony mamy do czynienia z rozwojem opiekuńczych funkcji państwa, rozwojem sektora organizacji pozarządowych ukierunkowanych na pomoc osobom starszym. Do tego coraz więcej podmiotów gospodarczych zaczyna definiować docelowy segment swojej działalności poprzez pryzmat potrzeb osób starszych. W tym kontekście postawić należy pytanie o to, czy zachodzące zmiany społeczne mają swoje odzwierciedlenie w świadomości osób starszych oraz czy i na ile, gotowi są oni zwrócić się w kierunku zinstytucjonalizowanych i profesjonalnych form pomocy.

Z badań wynika, że alternatywa: pomoc rodziny czy instytucji jest alternatywa fałszywą, ponieważ największa liczba osób badanych, bo blisko połowa z nich (48,4%) preferowałaby korzystanie w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia zarówno z pomocy rodziny, jak i instytucji. Pomoc tylko ze strony rodziny zaakceptowałby nieco ponad co trzeci respondent (37,8%), zaś tylko i wyłącznie ze strony instytucji – 13,8%. Wysoki odsetek badanych akceptujących pomoc niesioną tylko ze strony rodziny należy łączyć z silnym, znajdującym oparcie w tradycji – wzorcem powierzającym rodzinie opiekę nad jej starszymi członkami. Z tego względu wysoki odsetek osób akceptujących pomoc ze strony zarówno rodziny, jak i instytucji należy potraktować, jako rzecz stosunkowo nową. Wynikać może ona z coraz większej otwartości na nowe systemy wsparcia, jak i wzrastającego zaufania do profesjonalizmu sektora pomocowego. Z dużym prawdopodobieństwem na poprawę wizerunku instytucji pomocowych wpływa działalność rozmaitego typu organizacji pozarządowych.

Rys. 44. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc (%)



Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc nie są różnicowane przez płeć i wiek badanych. Zmienną różnicującą jest natomiast wykształcenie. Osoby o najniższym poziomie wykształcenia wyraźnie częściej otrzymywaną pomoc opierałyby wyłącznie na swoich najbliższych (43,2%). Odsetek ten spada wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych i w przypadku osób o wykształceniu zasadniczym zawodowym wyniósł – 40,9%, średnim – 36,7% oraz wyższym już tylko 29,7%. W przypadku obu parametrów związanych z akceptacją świadczeń pomocowych uwzględniających częściowe i całkowite wsparcie instytucjonalne wskaźniki są powiązane dodatnim związkiem liniowym. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie też odsetek odpowiedzi wskazujących na akceptację instytucjonalnych form wsparcia.

Tab. 63. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc a wykształcenie (%)

	tylko z pomocy rodziny	zarówno rodziny jak i instytucji	tylko z instytucji
podstawowe	43,2	43,8	13,0
zasadnicze zawodowe	40,9	44,2	14,9
średnie	36,7	51,1	12,3
wyższe	29,7	52,6	17,7

$\chi^2=15,70$, $df=6$, $p<0,05$

Najwyższy odsetek badanych akceptujących wsparcie tylko ze strony rodziny odnotowano w strefie przemysłowej (47,3%). Tu najwięcej osób patrzy raczej sceptycznie na pomoc zinstytucjonalizowaną. Świadczy to o silnym przywiązaniu do tradycyjnych (rodzinno-sąsiedzkich) metod pomocowych w tej części miasta. Z kolei najniższy odsetek osób preferujących tylko wsparcie ze strony rodziny zarejestrowano w dzielnicach zlokalizowanych w tarasie południowo-zachodnim (36,0%). Wynika to między innymi ze struktury społecznej mieszkającej tam ludności (dominują tam emeryci młodszy i lepiej wykształceni).

Tab. 64. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

	tylko z pomocy rodziny	zarówno rodziny jak i instytucji	tylko z instytucji
strefa centralna	37,6	46,3	16,1
strefa południowa WZM	37,7	44,6	17,6
taras południowo-zachodni	31,5	61,6	6,9
strefa północna WZM	36,0	47,6	16,5
strefa przemysłowa	47,3	41,2	11,5

$\chi^2=40,24$, $df=8$, $p<0,001$

W grupie badanych znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji finansowej („pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby”) odnotowano najwyższy odsetek respondentów preferujących pomoc ze strony instytucji (łącznie 69,9%, w tym 46,2% chciałoby korzystać zarówno

z pomocy rodziny jak i instytucji a 23,7% tylko z pomocy instytucji). Natomiast najniższy odsetek respondentów preferujących pomoc zinstytucjonalizowaną jest wśród osób najlepiej sytuowanych finansowo („pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania”) – 56,0%, w tym 40,4% chciałoby korzystać zarówno z pomocy rodziny jak i instytucji a 15,6% tylko z pomocy instytucji.

Tab. 65. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc na tle samooceny sytuacji materialnej (%)

	tylko z pomocy rodziny	zarówno rodziny jak i instytucji	tylko z instytucji
pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	44,0	40,4	15,6
żyją oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	39,0	48,4	12,6
żyją bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	34,8	52,4	12,8
pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)	30,1	46,2	23,7

$\chi^2=17,94$, $df=6$, $p<0,005$

Osoby samotne (16,5%) częściej niż te, które pozostają w związkach (11,4%), zdecydowałyby się na przyjęcie pomocy wyłącznie ze strony instytucji. Tego typu wybory dokonywane przez osoby żyjące bez partnera wydają się dość zrozumiałe. Odwrotnie układają się proporcje w przypadku osób pozostających w związkach. Osoby takie zdecydowanie częściej skłonne są opiekę nad sobą powierzać swojej rodzinie (40,3%).

Tab. 66. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc z uwzględnieniem faktu pozostawania w stałym związku (%)

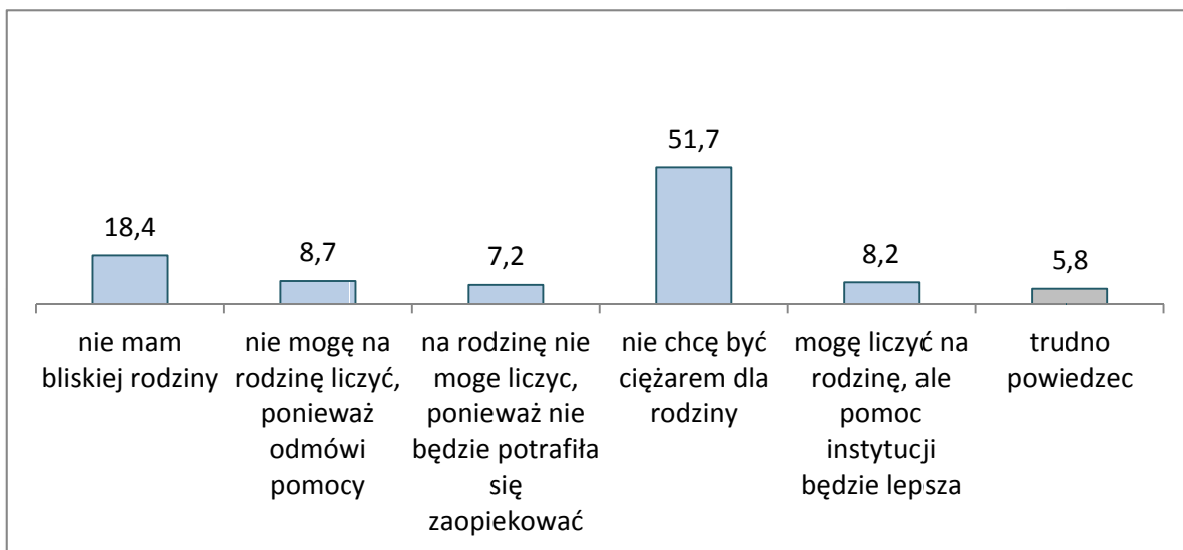
	tylko z pomocy rodziny	zarówno rodziny jak i instytucji	tylko z instytucji
w związku (żonaty, ma partnera)	40,3	48,4	11,4
samotny (nie ma współmałżonka, partnera)	35,0	48,4	16,5

$\chi^2=9,94$, $df=2$, $p<0,05$

W trakcie badania, osobom preferującym korzystanie wyłącznie z pomocy instytucji (w badanej próbie było ich 13,8% - por. rys 45) postawiono pytanie o motywy, jaki skłoniły ich do wyrażenia takiej opinii. I tak, badani, którzy w przypadku pogorszenia się swojego stanu zdrowia zrezygnowaliby z pomocy rodziny i zaakceptowali wyłącznie pomoc instytucjonalną, jako główne powody swojej decyzji wskazali, iż nie chcą obarczać ciężarem swoich bliskich (51,7%). Drugą najczęściej udzielaną odpowiedzią była ta, która wskazywała, że badany nie może liczyć na pomoc rodziny bo jej nie ma (18,4%). Odsetki respondentów, którzy wybierali pozostałe warianty odpowiedzi są zdecydowanie mniej liczne. Warto jednak zauważyć, że na przykład stosunkowo wysoki jest odsetek osób deklarujących, że nie mogą liczyć na pomoc rodziny, bo rodzina tej pomocy prawdopodobnie odmówi (8,7%) lub że nie będzie potrafiła się zaopiekować (7,2%). Oczywiście dane te powinny wzbudzać zaniepokojenie.

Rys. 45. Powody, które skłaniają do rezygnacji z pomocy rodziny (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy preferowaliby otrzymywanie jedynie pomocy ze strony instytucji.



n = 207

Rozdział VI

Aktywność i integracja społeczna osób starszych

Analizując zagadnienia odnoszące się do integracji i aktywności osób starszych należy na wstępie zauważyć, że określenia te są wieloznaczne. Dla przykładu, aktywność może być bardzo różnie rozumiana. Jak zaznaczają M. Halicka i J. Halicki (2002), wyróżnić możemy chociażby aktywność:

- fizyczną, psychiczną, intelektualną i społeczną,
- pozytywną i negatywną,
- wymuszoną i dobrowolną.

Z kolei B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski i M. Dziegielewska (2006) wskazują, że aktywność można podzielić na:

- formalną, która oznacza udział w różnych stowarzyszeniach społecznych, udział w polityce, w pracach na rzecz środowiska lokalnego, angażowaniu się w działania wolontarystyczne itp.,
- nieformalną, polegającą na kontaktach z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi czy sąsiadami,
- samotniczą, obejmującą zazwyczaj oglądanie telewizji, czytanie, rozwijanie własnych zainteresowań (hobby).

Inny podział aktywności osób w podeszłym wieku, który proponuje G. Orzechowska (1999), dotyczy pól zainteresowań:

1. Aktywność domowo-rodzinna, którą rozumie się jako wykonywanie różnych czynności, związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i z życiem najbliższej rodziny.
2. Aktywność kulturalna - przejawia się ona głównie miejskim stylem życia i dotyczy np. czytelnictwa, oglądania telewizji, słuchania radia, korzystania z instytucji kulturalnych, klubów seniora.
3. Aktywność zawodowa - zaspokaja ona potrzebę uznania, użyteczności i przydatności. Chroni także przed obniżeniem się pozycji społecznej, poprawia samopoczucie, a także samoocenę zdrowia, czy ułatwia np. samookreślenie kulturowe.

4. Aktywność społeczna - która jednak jest najslabiej rozpowszechnioną formą aktywności w tej grupie. Uczestniczą w niej najczęściej te osoby, które już wcześniej wyróżniały się aktywnością działacza w danym środowisku.
5. Aktywność edukacyjna - która pomaga człowiekowi starszemu na ciągle doskonalenie siebie. Nauka w starszym wieku staje się ćwiczeniem umysłu, pamięci, przyjemnością poznawania nowych zagadnień i ludzi.
6. Aktywność religijna - z wiekiem wzrasta znaczenie przypisywane religii i uczestniczenie w jej obrzędach, dlatego też na szczególne podkreślenie zasługuje ten rodzaj aktywności. Można tu wskazać na pozytywny związek między praktykami religijnymi a przystosowaniem się do starości.
7. Aktywność rekreacyjna - osobie starszej potrzebny jest również wypoczynek, ruch fizyczny i ulubione zajęcia wykonywane dla przyjemności. Bardzo ważną rolę w życiu ludzi w podeszłym wieku odgrywa także praca na działce. Jest ona niejako kompensacją pracy zawodowej i kontynuacją obcowania z naturą, co równocześnie wiąże się ze specyficznymi kontaktami społecznymi. Nade wszystko jednak jest sposobem aktywności fizycznej. Nowe formy rekreacji, takie jak turystyka, zajęcia sportowe, zabawy, zajęcia klubowe oraz różnego rodzaju hobby mogą skutecznie przeciwdziałać zmianom fizycznym i psychicznym. Stwarzają szansę przerwania monotonii życia codziennego, dają okazję do atrakcyjnego wypełniania czasu wolnego.

P. Czekanowski (1993b) natomiast dzieli formy spędzania czasu wolnego na formy aktywne – „solitarne” (a więc czynności indywidualne, nie wymagające obecności innych osób), aktywne – „towarzyskie” oraz pasywne.

Jak z przytoczonych przykładów wynika, analizując kwestie związane z aktywnością ludzi zaawansowanych wiekiem należy mieć na względzie zróżnicowane formy aktywizowania. Co więcej, zdaniem T. Łobożewicza (1995) analizując kwestie związane chociażby z szeroko rozumianą kulturą fizyczną osób starszych nie można ich ograniczać jedynie procesów biologicznych, gdyż należy pamiętać o czynnikach społecznych i psychicznych związanych ze starzeniem i starością. Precyzyjne rozpoznawanie tego typu zagadnień jest o tyle istotne, że w literaturze przedmiotu funkcjonują tzw. teorie starzenia się, które w znaczącym stopniu wykluczają się wzajemnie³⁹. Chodzi konkretnie o dwie z nich, a mianowicie o teorię wyłączenia się (wycofywania się) i teorię aktywności. W pierwszej z nich, czyli w teorii aktywności przyjmuje się założenie, że naturalną rzeczą dla człowieka jest aktywna adaptacja do życia w starości, gdyż aktywność jest psychiczną i społeczną potrzebą odczuwaną

³⁹ Zob. na przykład: J. Halicki, 2006, Społeczne teorie starzenia się, [w:] Zostawić ślad na ziemi czy P. Czekanowski, 2012, r. 2.6, Ludzie starzy w perspektywie teorii socjologicznych, [w:] Społeczne aspekty ..., op. cit.

w każdym wieku. To przystosowanie do funkcjonowania w zaawansowanym wieku polega na wykorzystaniu w nim wzorów i wartości charakterystycznych dla wieku średniego.

Z kolei w teorii wyłączenia czy – inaczej – wycofywania się za punkt wyjścia służy teza, że „wyłączenie” jest immanentną cechą człowieka starszego i odnosi się do zawężania liczby kontaktów z ludźmi z otoczenia. Co więcej, w świetle tej teorii, proces oddalania, odsuwania, wyłączenia się ludzi starych z życia społecznego przyjmuje się za naturalny i powszechny. Mimo, że założenia teorii wyłączenia spotkały się z mocną krytyką część osób nadal uważa, że tak właśnie wyglądają zachowania osób zaawansowanych wiekiem. Dopiero wyniki badań mogą pomóc zweryfikować te dość skrajne podejścia. Warto bowiem wspomnieć, tak, jak to czyni R. Rowiński i A. Dąbrowski (2011), że WHO i UE zaleca ludziom starszym podejmowanie tak zwanej umiarkowanej aktywności fizycznej przynajmniej przez 30 minut 5 dni w tygodniu albo aktywności bardzo intensywnej przez co najmniej 20 minut 3 dni w tygodniu.

Integracja z kolei jest określeniem bardziej jednoznacznym. M. Halicka i J. Halicki (2002a) konstatują, że integracja społeczna może być rozumiana jako nawiązywanie i pogłębianie kontaktów społecznych i stanowi istotny element spójności danej zbiorowości. Tego typu relacje interpersonalne nie tylko z punktu widzenia osób starszych możemy uznać za bardzo ważne. Omawiając zagadnienia związane z integracją nie powinno się pomijać kwestii związanych z alienacją, izolacją czy wręcz wykluczeniem społecznym. Czynniki te bez wątpienia mają istotny wpływ na funkcjonowanie ludzi starych w codziennym życiu.

Zobaczymy zatem, które wymiary aktywności i jakie elementy integracji stają się udziałem ludzi starych w Gdańsku.

6.1. Przynależność organizacyjna i udział w działaniach społecznych

Niezbędnym warunkiem do kształtowania się społeczeństwa obywatelskiego jest gospodarka wolnorynkowa, demokratyczny ustrój oraz pluralizm społeczno-kulturowy. W Polsce warunki takie zaistniały dopiero po 1989 r. Idea społeczeństwa obywatelskiego od początku napotkała jednak na poważne bariery. W rzeczywistości „realnego socjalizmu” mieliśmy do czynienia z długotrwałym zablokowaniem lub ograniczeniem możliwości realizacji powszechnie akceptowanych wartości, co doprowadziło do rozkładu sfery normatywnej społeczeństwa, osłabienia więzi i integracji (Synak 1992, s. 45). Stąd też za najważniejszą cechę społeczeństwa polskiego wielu socjologów uznaje anomie społeczną, alienację i depryzację (por. Marody 1987, Werenstein–Żuławski 1991). Bardzo mocno zaznaczył się przede wszystkim dualizm między światem prywatnym a publicznym, „światem ludzi” a „światem instytucji” (Nowak 1980). Lata osiemdziesiąte, zwłaszcza po wprowadzeniu stanu wojennego, to okres zwrócenia się obywateli ku wartościom prywatno-stabilizacyjnym, to okres

wzrostu znaczenia rodziny i prywatnej sfery życia w świadomości społecznej oraz czas wycofywania się społeczeństwa polskiego do małych grup (Tarkowska, Tarkowski 1990, s. 40). Zmiany ustrojowe po 1989 r., choć poprawiły radykalnie warunki tworzenia się więzi horyzontalnych, to jednak nie zlikwidowały całkowicie „próżni społecznej”, jaką odziedziczyliśmy po poprzednim systemie. Współcześnie wciąż mamy do czynienia z pewnym paradoksem, na co zwrócił uwagę m.in. A. Rychard – „z jednej strony Polska jest krajem nieustannie rodzących się nowych organizacji (...), z drugiej - powiada się często, że transformacja jest słabo zinstytucjonalizowana, że w istocie zmiany dotyczą dwóch ekstremów: polityki makro i życia codziennego obywateli, a instytucje środka są tu ogniwem najsłabszym” (Giza-Poleszczuk, Marody, Rychard 2000, s. 169).

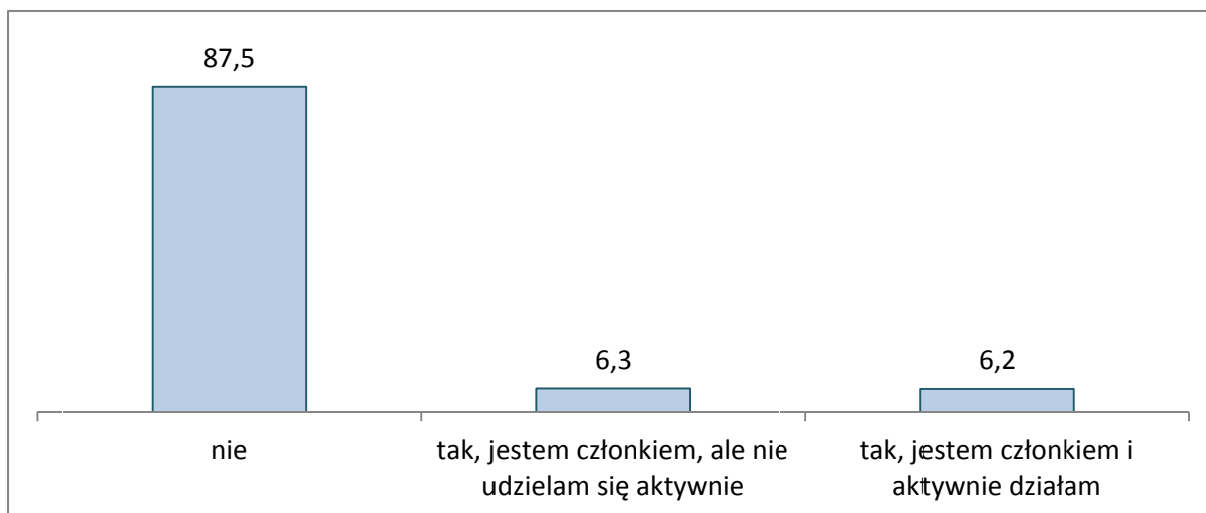
Obok instytucji samorządu terytorialnego bardzo ważnym instrumentem, za pomocą którego mieszkańcy mogą wyrażać swoją podmiotowość, są różnego rodzaju organizacje obywatelskie. Organizacje pozarządowe stanowią formę instytucji społecznych nastawionych na zaspakajanie zróżnicowanych potrzeb mieszkańców. Wspierają one, a w wielu dziedzinach wyręczają władze samorządowe w mieście. Są one odrębnym typem organizacji społecznych klasyfikowanych jako „trzeci sektor”, obok sektora prywatnego i publicznego (rząd i jego agendy oraz samorząd lokalny). Organizacje obywatelskie odgrywają we współczesnych społeczeństwach bardzo ważną rolę. Pełnią one funkcje polityczne, społeczne i psychologiczne, stymulują procesy zmian społecznych oraz integrują społeczności lokalne. Z punktu widzenia roli, jaką pełnią zrzeszenia wobec społeczeństwa wyróżnić można cztery podstawowe funkcje (Sowa 1988, s. 107–116): 1) integracyjno-strukturalizacyjną (zrzeszenia wiążą rozmaite struktury i instytucje z szerszą społecznością), 2) samorządową (umożliwiają partycypację w podejmowaniu decyzji), 3) mediacyjną (pośredniczą między grupą a szerszą społecznością, między jednostką a państwem), 4) inicjowania zmian. Organizacje obywatelskie odgrywają ważną rolę również i z innego powodu. W Polsce powstaje silny sektor korporacji gospodarczych, obejmujący największe ekonomiczne przedsięwzięcia, często o niejasnej strukturze własności. Cechą tego sektora jest to, że operuje on poza polityką, stąd główne ośrodki decyzyjne także istnieją poza sferą polityki, ulokowane są poza fasadą demokracji parlamentarnej. W przeciwieństwie do innych krajów w Polsce nie ma odpowiednio wykształconej przeciwwagi dla tego sektora w postaci silnego społeczeństwa obywatelskiego.

Zmiany ustrojowe po 1989 r., poprawiły radykalnie warunki tworzenia się więzi horyzontalnych, ale jak się okazuje nie zlikwidowały „próżni społecznej” jaką odziedziczyliśmy po poprzednim systemie. Świadczą o tym przeprowadzone badania wśród osób starszych. Jak wynika z badań zdecydowana większość respondentów (87,5%) nie należy do żadnej organizacji społecznej, stowarzyszenia, ani fundacji (rys. 46). Członkostwo w tego typu organizacjach zadeklarowało w sumie tylko 12,5% badanych, z czego połowa zaznaczyła, iż jest to udział aktywny, pozostali badani określili

się jako członkowie nie udzielający się i nie uczestniczący aktywnie w życiu organizacji, do których należą.

Członkami organizacji nieco częściej są mężczyźni (15,2%) niż kobiety (10,7%). Mężczyźni też nieco częściej są członkami aktywnymi (choć różnica wynosi tu zaledwie 1,1 p.p.). Udział w życiu organizacyjnym wciąż pozostaje więc domeną mężczyzn, choć różnice te są niewielkie i ulegają stopniowemu zatarciu. Co ciekawe wiek respondentów nie jest tu czynnikiem istotnie różnicującym. Do organizacji w takim samym stopniu należą zarówno osoby młodsze jak i starsze. Członkostwo w organizacjach pozostaje natomiast w związku z poziomem wykształcenia. Im lepiej wykształceni respondenci, tym wyższy odsetek partycypujących. Podczas gdy co piąty gdańszczanin z wykształceniem wyższym w wieku 65+ należy do jakiejś organizacji (20,2%), to już w przypadku osób z wykształceniem średnim odsetek ten kształtuje się na poziomie 13,6%, zaś z wykształceniem zasadniczym i podstawowym 8,4%.

Rys. 46. Przynależność i aktywność organizacyjna (%)

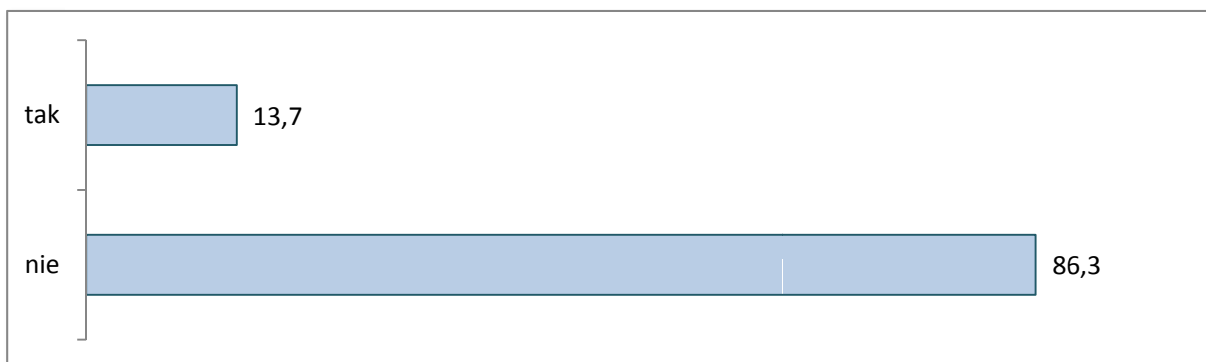


Przynależność organizacyjna uwarunkowana jest usytuowaniem respondentów w przestrzeni miasta. Okazuje się, że najwyższy odsetek osób starszych deklaruujących przynależność organizacyjną odnotowany został w strefie centralnej (Śródmieście, Wrzeszcz, Oliwa – 15,4%) oraz w wielkich zespołach mieszkaniowych (północna strefa WZM - 15,2%, południowa strefa WZM – 14,8%). Z kolei najniższe odsetki odnotowano w strefie przemysłowej (Nowy Port, Letnica, Stogi, Przeróbka, Orunia, Olszynka, Rudniki) – 9,1% oraz w tarasie południowo-zachodnim (obejmującej takie dzielnice jak: Chełm, Ujeścisko, Łostowice, Jasień, Osowa, Matarnia, Kokoszki) – 6,9%. Rozkład powyższych danych wskazuje na interesujące zjawisko. Z jednej bowiem strony najniższe wskaźniki przynależności odnotowane zostały w strefie miasta wymagającej rewitalizacji (w tzw. dzielnicach zdegradowanych zamieszkałych w znacznej części przez uboższych i gorzej wykształconych mieszkańców), z drugiej zaś

strony w strefie stosunkowo młodej (rozwijającej się szczególnie po przełomowym okresie transformacji ustrojowej), a więc w dzielnicach, w których dominuje zabudowa prywatna i developerska, i w których ulokowana jest nieco zamożniejsza ludność.

Drugim miernikiem aktywności społecznej (poza przynależnością organizacyjną) jest udział w nieodpłatnych działaniach na rzecz środowiska lokalnego. Dawniej aktywność tego rodzaju wynikała z nacisków administracyjnych i miała zazwyczaj charakter przymusowy. Inicjatywy oddolne pojawiały się niezmiernie rzadko a te, które stały w sprzeczności z tzw. „porządkiem socjalistycznym” skazane były z reguły na niepowodzenie. Jest rzeczą oczywistą, że dzisiaj - w kilka lat po transformacji systemu w Polsce - poszerzyła się przestrzeń wolności i jakiegokolwiek odgórne naciski nie są w stanie zmusić mieszkańców do podjęcia prac społecznych. Jeżeli są one podejmowane to mają najczęściej charakter okazjonalny i mniej zinstytucjonalizowany, zaś udział w nich odbywa się na zasadzie dobrowolności. Pomimo transformacji społeczno-politycznej zmierzającej do większej demokratyzacji, zaangażowanie osób starszych w lokalne życie publiczne wciąż pozostawia wiele do życzenia. Jak wynika z badań w rozmaite nieodpłatnie działania ukierunkowane na lokalne środowisko zaangażowało się w okresie 12 miesięcy poprzedzających nasze badania 13,7% badanych. Jak można zauważyć odsetek ten jest porównywalny ze wskazanym wyżej wskaźnikiem udziału w rozmaitych organizacjach.

Rys. 47. Uczestnictwo w oddolnych działaniach społecznych świadczonych nieodpłatnie na rzecz lokalnego środowiska mieszkalnego (%)



Odsetek osób podejmujących działania społecznikowskie już nieco wyższy wśród mężczyzn (15,7%) niż kobiet (12,3%). Wynika to jednak z tego, że w populacji osób najstarszych (np. w wieku 80+) zdecydowanie dominują kobiety. Jak wiadomo w tym właśnie wieku w sposób szczególny nasilają się choroby i pojawiają się niepełnosprawności utrudniające i wpływające na znaczne ograniczenie aktywności społecznej. Biorąc pod uwagę kategorię wieku zwrócić można uwagę na to, że działania społeczne częściej podejmują osoby w wieku do 80 roku życia (np. 65-69 lat – 14,8%, 70-

74 lata – 14,5%, 75-79 lat – 14,7%) zdecydowanie rzadziej natomiast osoby starsze powyżej 80 lat – 8,9%. Podobnie jak w przypadku przynależności organizacyjnej, tak i tutaj czynnikiem istotnie różnicującym jest wykształcenie badanych. Wśród respondentów z wykształceniem wyższym odsetek deklarujących działalność społecznikowską wynosi 20,3%, wśród respondentów z wykształceniem średnim – 15,8%, zaś wśród respondentów z wykształceniem zasadniczym – 10,1% i podstawowym – 7,8%. Mamy tu więc do czynienia z zależnością liniową: wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta odsetek osób deklarujących udział w oddolnych inicjatywach społecznych ukierunkowanych na potrzeby lokalnego środowiska. W wymiarze przestrzennym poziom zaangażowania w społeczne inicjatywy jest względnie porównywalny ze wszystkich strefach i dzielnicach miasta za wyjątkiem tarasu południowo-zachodniego, gdzie odsetek osób deklarujących udział w działaniach społecznych wyniósł zaledwie 7,5% - dla przykładu w pozostałych strefach miasta odsetek ten waha się w granicach 13,4% - 15,6%.

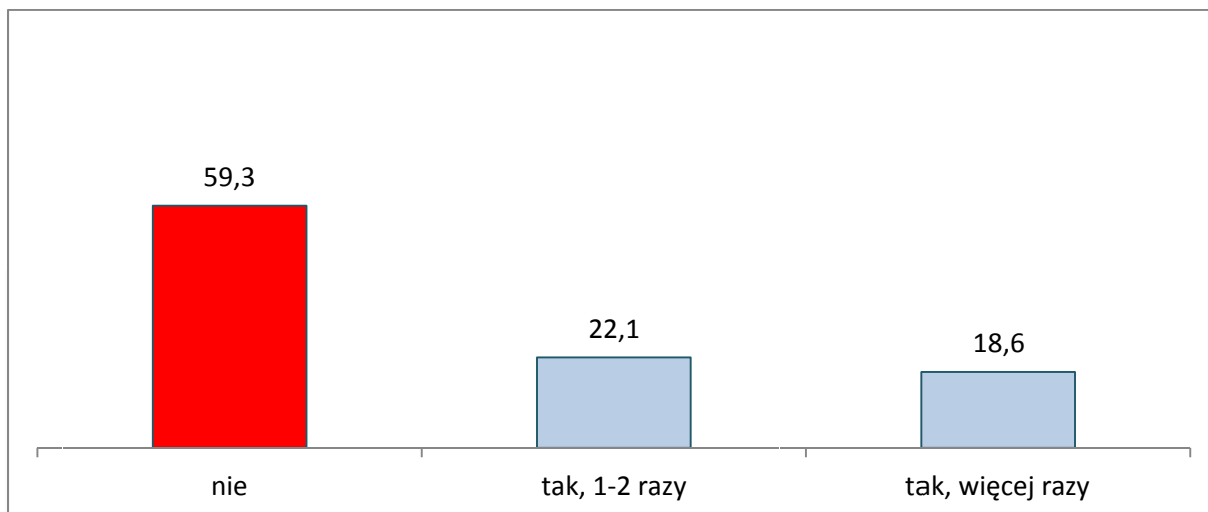
6.2. Uczestnictwo w kulturze

Jedną z form aktywności człowieka jest uczestnictwo w kulturze poprzez branie udziału w zróżnicowanych formach aktywności kulturalnej (kino, teatr, filharmonia itp.). Pojęcie kultury jest pojęciem wieloznacznym i trudnym do jednoznacznego zdefiniowania. Na ten temat istnieje bogata i obszerna literatura naukowa, w której można spotkać około dwustu różnych definicji kultury. Wielu badaczy wyodrębnia trzy kategorie kultury: kulturę bytu, kulturę społeczną oraz kulturę symboliczną. Ta ostatnia odnosi się do znaków, symboli i wartości autotelicznych, której jądro stanowi kultura artystyczna. Kultura artystyczna może mieć swoje odzwierciedlenie zarówno w kulturze masowej (popularnej), jak i wysokiej (elitarnej). Przyjęcie takiego terminu jest zgodą na wymianę niektórych treści z kultury masowej do wysokiej, i analogicznie z wysokiej do masowej. Przez termin „kultura artystyczna” należy więc rozumieć wszystkie wytwory ludzkiej działalności związane z kulturą symboliczną, jaką jest szeroko rozumiana sztuka zmuszająca odbiorcę do wysiłku interpretacyjnego.

Oprócz podstawowych potrzeb egzystencjalnych człowiek posiada również potrzeby wyższe, które mogą być zaspokojone między innymi poprzez odpowiednie zagospodarowanie czasu wolnego w sposób zgodny z uznawanymi wartościami (np. wyjście do kina, teatru, filharmonii lub na koncert czy imprezę plenerową). Bez wątplenia uczestnictwo w kulturze pozwala osobom starszym zarówno na integrację społeczną, jak również stwarza warunki do nieustannego rozwoju osobowościowego i udoskonalania się. Dlatego w trakcie badania postawiono respondentom pytanie dotyczące udziału w wydarzeniach i imprezach kulturalnych. Niestety, jak się okazało, ponad połowa respondentów nie uczestniczyła w ciągu ostatniego roku w żadnym wydarzeniu kulturalnym (59,3%). Więcej niż dwa razy w takim wydarzeniu uczestniczył co piąty (18,6%), natomiast 1-2 razy co czwarty badany (22,1%)

– por rys 49. Fakt, iż ponad połowa osób starszych w wieku 65+ nie uczestniczy w kulturze może budzić niepokój i stanowić wyzwanie dla gdańskich instytucji kultury. Z jednej bowiem strony należałoby lepiej dostosować ofertę kulturalną adresowaną do osób starszych, za drugiej zaś ułatwić im dostęp do instytucji kultury.

Rys. 48. Uczestnictwo w wydarzeniach i imprezach kulturalnych na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy (%)



Na przestrzeni ostatniego roku w wydarzeniach kulturalnych częściej uczestniczyły kobiety (43,8%) niż mężczyźni (36,1%). Kobiety częściej też niż mężczyźni uczestniczyły w wydarzeniach kulturalnych więcej niż 1-2 razy (różnica 6,4 p.p. na korzyść kobiet). Zatem kobiety stanowią większą liczebnie część publiczności w różnego rodzaju wydarzeniach i imprez kulturalnych. Gdyby wziąć pod uwagę tylko respondentów w wieku do 80 roku życia, to te różnice byłyby jeszcze większe na korzyść kobiet. Uczestniczenie w koncertach, seansach filmowych czy innych formach aktywności kulturalnej pozostaje w liniowym związku z wiekiem. Osoby ze starszych grup wiekowych zdecydowanie rzadziej uczestniczą w wydarzeniach kulturalnych niż osoby reprezentujące młodsze grupy wiekowe. Na przykład podczas gdy wśród osób w wieku 80+ tylko 23,7% deklaruje uczestnictwo w jakiejś imprezie kulturalnej (w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie), to już wśród osób w wieku 65-69 lat odsetek ten kształtuje się na poziomie 54,4%. Oczywiście te dysproporcje wynikają zapewne z tego, że wraz z wiekiem pojawiają się naturalne bariery utrudniające uczestnictwo w kulturze wynikające z pogarszającego się stanu zdrowia i znacznie gorszej sprawności psychofizycznej.

Istotnym czynnikiem różnicującym aktywność kulturalną jest poziom wykształcenia. Można stwierdzić, że wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie odsetek osób, które biorą udział w wydarzeniach i imprezach kulturalnych. Wyższy poziom wykształcenia implikuje bowiem

posiadanie większego potencjału kulturowego, który umożliwi partycypację w kulturze oraz często wiąże się z bardziej aktywnym stylem życia, zwłaszcza w sferze kultury. Tak więc, o ile aż 61,2% osób z wykształceniem wyższym i 48,9% z wykształceniem średnim zadeklarowało udział w jakiejś imprezie lub wydarzeniu kulturalnym, to już w przypadku osób z wykształceniem zasadniczym odsetek ten wyniósł 32,8%, natomiast z wykształceniem podstawowym zaledwie 15,9%. Badanie wykazało, że uczestnictwo w kulturze jest uwarunkowane sytuacją materialną badanych osób. Na przykład podczas gdy w jakimś wydarzeniu kulturalnym uczestniczyło 53,8% badanych deklarujących dobrą sytuację finansową („pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania”), to już w odniesieniu do osób reprezentujących gospodarstwa ubogie („pieniędzy na wystarcza nawet na podstawowe potrzeby – najtańsze jedzenie i ubranie”) odsetek ten wyniósł już tylko 19,5%.

Godnym odnotowania jest również fakt, iż uczestnictwu w kulturze sprzyjają ponadto takie czynniki jak: posiadanie partnera życiowego, posiadanie dzieci, lepszy stan zdrowia i lepsza sprawność, przynależność organizacyjna oraz zagazowanie w działalność społeczną.

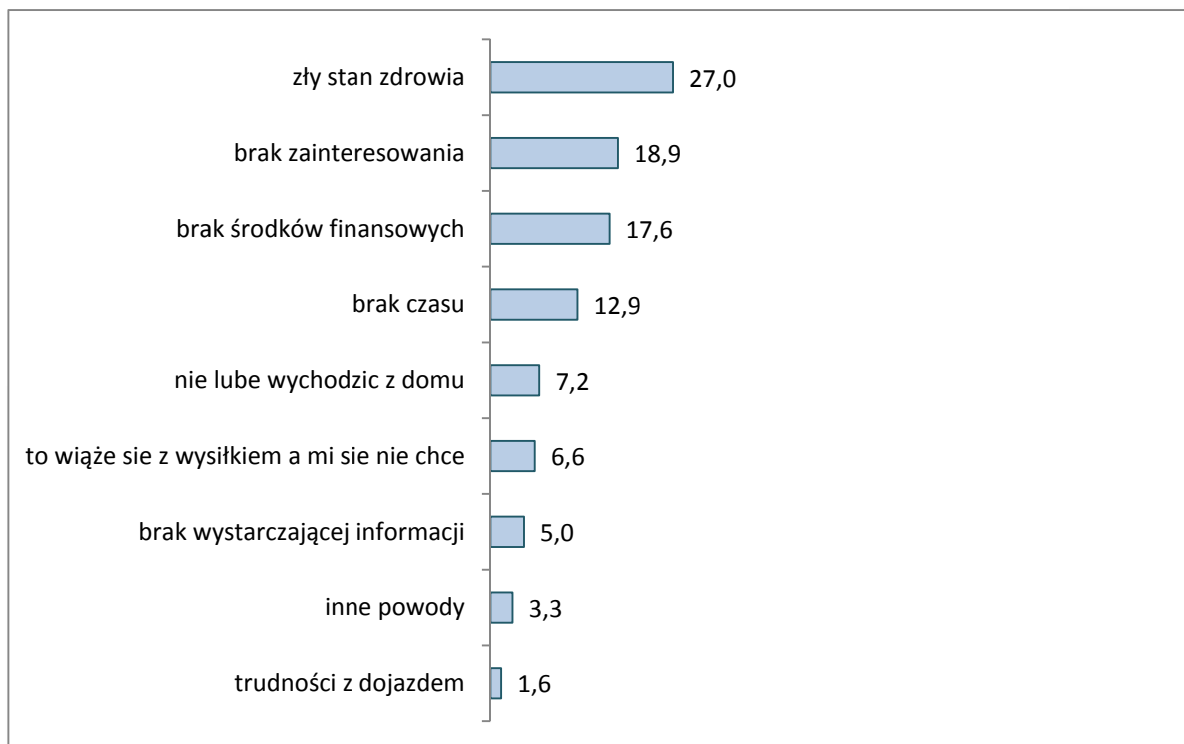
W wydarzeniach kulturalnych najrzadziej uczestniczą mieszkańcy dawnych dzielnic położonych w strefie przemysłowej, czyli Nowego Portu, Letnicy, Stogów, Przeróbki, Oruni, Olszynki (tu tylko 27,9% zadeklarowało udział w jakiejś imprezie kulturalnej). Wynikać to może z faktu, iż na tych obszarach jest znacznie niższy odsetek osób z wyższym wykształceniem aniżeli w pozostałych strefach miasta. W innych dzielnicach miasta odsetek osób uczestniczących w wydarzeniach kulturalnych jest zbliżony i kształtuje się w granicach 60%.

Badanym, którzy zadeklarowali, że nie uczestniczyli w żadnym przedsięwzięciu kulturalnym w ciągu ostatniego roku zadano pytanie o powody takiego stanu rzeczy. Główne przyczyny nieuczestniczenia w wydarzeniach kulturalnych to „zły stan zdrowia” (27,0%), „brak zainteresowania” (18,9%) „brak środków finansowych” (17,6%) oraz „brak czasu” (12,9%). O ile zły stan zdrowia może stanowić rzeczywistą przeszkodę, o tyle pozostałe powody świadczą raczej o braku potrzeby partycypacji w kulturze, jak również o tym, iż nawyki takie nie zostały ukształtowane we wcześniejszych fazach życia. Często wymieniany powód finansowy jest bez wątpienia symbolicznym znakiem czasu. Społeczeństwo ulega bowiem coraz większemu rozwarstwieniu, część ludzi podlega pauperyzacji i w związku z tym ogranicza swoje wydatki do koniecznych i podstawowych. A wydatki na kulturę do podstawowych nie należą. Niemniej i ten powód traktować należy bardziej jako wymówkę niż rzeczywistą przyczynę. W Gdańsku istnieje bowiem wiele bezpłatnych imprez kulturalnych lub imprez dotowanych czy sponsorowanych, w których można uczestniczyć za symboliczną opłatą. Podkreślić należy, iż na brak informacji o imprezach kulturalnych wskazało jedynie 5% badanych. Nie jest to zatem podstawowa przyczyna niskiego uczestnictwa w kulturze.

Wydaje się zatem, iż głównym niewypowiedzianym przez respondentów powodem braku aktywności w sferze kultury jest przede wszystkim brak ukształtowanych aspiracji.

Rys. 49. Główny powód nieuczestniczenia w wydarzeniach kulturalnych (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy nie uczestniczyli w żadnym wydarzeniu.



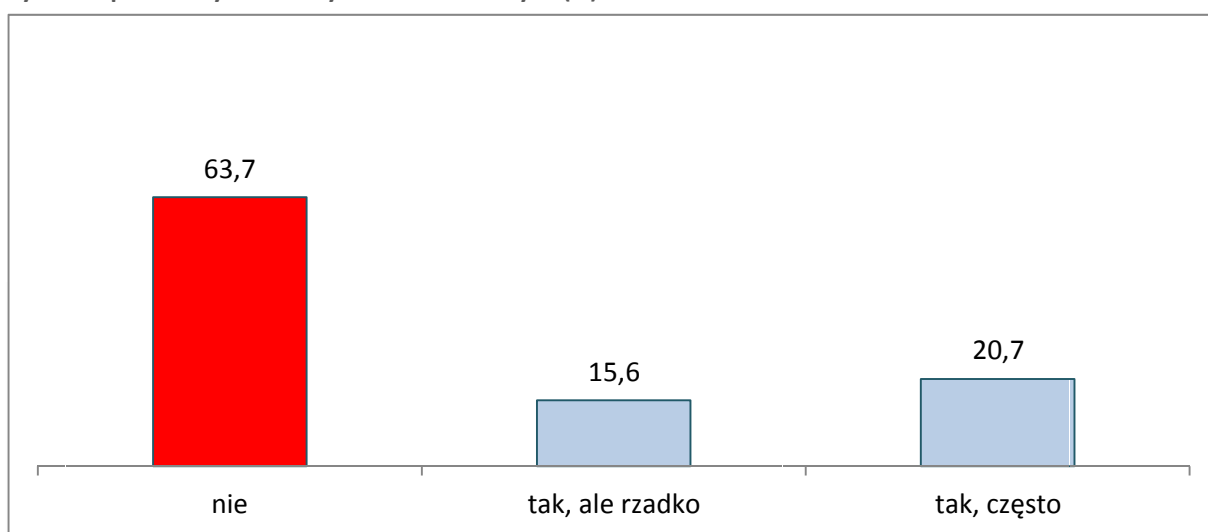
n = 885

6.3. Sport i aktywność fizyczna

Jednym z ważnych czynników umożliwiających tzw. "pomyślne starzenie się" jest aktywność ruchowa utrzymywana do najpóźniejszego okresu życia. Truizmem jest stwierdzenie, że aktywne uprawianie jakiegokolwiek sportu i regularne ćwiczenia ruchowe wpływają bardzo korzystnie na organizm, zwiększają jego wydolność, poprawiają sprawność psychofizyczną, zmniejszają ryzyko zachorowań, a w przypadku osób starszych przyczyniają się do utrzymania sprawności pozwalającej na samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym oraz przełamywania negatywnych stereotypów nakazujących postrzeganie osób starszych jako osób niedołączonych. Obraz jaki jawi się po analizie uzyskanych danych pochodzących z przeprowadzonych badań nie jest zbyt optymistyczny. Spośród wszystkich badanych uprawianie jakiegokolwiek sportu i aktywności fizycznej typu: jogging, jazda na rowerze, gimnastyka, spacer z kijkami, pływanie itp. zadeklarowało łącznie 36,3% respondentów, co oznacza, że dwie trzecie badanej zbiorowości w ogóle nie uprawia żadnej tego typu aktywności

fizycznej. Pomimo tego, dane te wskazują na pozytywne zjawisko – w stosunku do okresu poprzedniego coraz więcej starszych osób podejmuje jakieś działania mające na celu poprawę kondycji i sprawności fizycznej. Coraz więcej starszych osób widzimy na ścieżkach rowerowych, na basenach, coraz więcej starszych osób uprawia *nordic walking*. Zapewne wynika to ze wzrostu świadomości prozdrowotnej w całym społeczeństwie oraz szeroko zakrojonych akcji edukacyjnych w tym zakresie. Choć w stosunku do społeczeństw zachodnich dane obrazujące aktywność fizyczną osób starszych wciąż są niezadawalające, to jednak na horyzoncie pojawiają się już oznaki pozytywnych przemian.

Rys. 50. Sport i aktywność fizyczna osób starszych (%)



Aktywność fizyczna osób starszych pozostaje w związku ze wszystkimi zmiennymi niezależnymi: płcią, wiekiem, wykształceniem, zmienną terytorialną oraz samoocena sytuacji ekonomicznej. Kobiety (66,4%) częściej niż mężczyźni (59,6%) wskazywały na brak jakiegokolwiek aktywności fizycznej – wynikać to jednak może z faktu, iż średnia wieku wśród kobiet jest zdecydowanie wyższa, a co z tym się wiąże wśród kobiet wyższe są też odsetki osób deklarujących gorszą - z racji wieku - sprawność fizyczną (por. tabl. 16). Podejmowanie wysiłku ruchowego w sposób wyraźny pozostaje w związku liniowym z wiekiem. Osoby w młodszych kategoriach wiekowych zdecydowanie częściej deklarują uprawianie jakiegoś sportu czy podejmowanie jakichś regularnych aktywności fizycznych (np. w wieku 65-69 lat – 50,5%) niż osoby w starszych kategoriach wiekowych (w wieku powyżej 79 lat - 23,6%). Zatem różnica między grupami skrajnymi (tj. najmłodszą i najstarszą) wyniosła 26,9 p.p. Również poziom wykształcenia wpływa w sposób istotny na podejmowanie aktywności fizycznej. Na przykład wśród osób z wykształceniem podstawowym odsetek osób deklarujących tego typu aktywność wynosi 21,4%, z zasadniczym zawodowym – 33,1%,

średnim – 39,4%, zaś z wyższym już 51,3%. Również wraz z poprawą samooceny sytuacji ekonomicznej wzrasta częstość udzielanych odpowiedzi wskazujących na podejmowanie aktywności fizycznej. Różnica wskazań pomiędzy skrajnymi grupami wyniosła 12,3 p.p. Podkreślić należy, iż w skali całego Gdańska najwyższy odsetek osób uprawiających jakiś sport lub podejmujących jakąś aktywność fizyczną odnotowano w strefie południowych WZM (Suchanino, Piecki) – 44,1%, natomiast najniższe w tarasie południowo-zachodnim (Jasień, Ujeścisko, Zakoniczyn, Osowa) – 30,4%. W pozostałych strefach miasta odsetki te były względnie zbliżone i wahały się w granicach 35,5% - 37,5%.

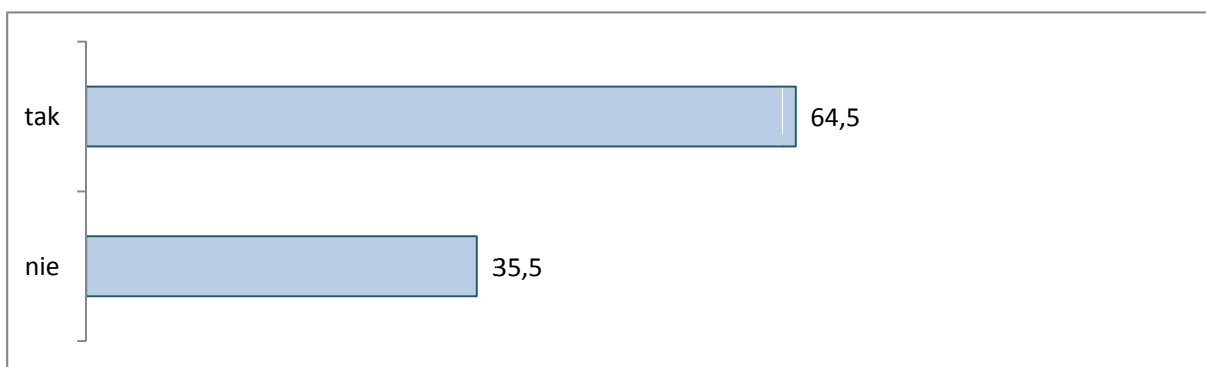
Przeprowadzone badania potwierdziły istotną współzależność między aktywnością fizyczną a stanem zdrowia. I tak osoby, które uprawiają jakiś sport zdecydowanie częściej określają swój stan zdrowia jako „dobry lub raczej dobry” (55,4%) niż osoby, które takiej aktywności nie podejmują (25,8%). Osoby uprawiające sport i aktywność fizyczną zdecydowanie rzadziej też korzystały w ciągu ostatniego roku z usług służby zdrowia (68,7%) niż osoby nie uprawiające żadnego sportu (78,0%). Jak się okazuje sport i regularny wysiłek ruchowy ma dobroczynny wpływ nie tylko na stan zdrowia, ale także na autowizerunek i postrzeganie własnej starości. Na pytanie: „czy czuje się Pan(i) człowiekiem starym?” tylko 5,5% respondentów podejmujących aktywność fizyczną udzieliło odpowiedzi twierdzącej, natomiast w przypadku osób niepodejmujących takiej aktywności odsetek ten wyniósł 24,5%. Niejednokrotnie sport i aktywność fizyczna to także okazja do nawiązania interakcji społecznej. Dlatego osoby podejmujące jakąś regularną aktywność ruchową zdecydowanie rzadziej odczuwają osamotnienie (27,7%) w przeciwieństwie do osób niepodejmujących takiej aktywności (43,2%).

6.4. Posiadane hobby

Aktywność ludzi starych w czasie wolnym przybiera różną postać. Generalnie aktywności te można sprowadzić do kilku typów (por. *Polska starość*, 2002, s. 207). Jednym z nich jest aktywność rekreacyjno-hobbistyczna. Hobby (pasja, potocznie konik) to czynność wykonywana dla relaksu w czasie wolnym od obowiązków. Może łączyć się ze zdobywaniem wiedzy w danej dziedzinie lub doskonaleniem swoich umiejętności w pewnym określonym zakresie. Funkcją czasu wolnego jest odpoczynek, zabawa oraz zajęcia rozwijające. Rozwój działalności hobbistycznej wiąże się z wolnością, przyjemnością i dobrowolnością, nie zaś z obowiązkiem. Posianie hobby oraz rodzaj działań o charakterze hobbistycznym świadczy o systemie wartości człowieka, o jego stylu życia, o jego potrzebach aspiracjach. Przejście na emeryturę, to okres w którym poszerza się przestrzeń czasu wolnego. Wolność od codziennych obowiązków zawodowych pociąga za sobą także konieczność zmiany w zakresie gospodarowania czasem wolnym. Często dopiero na emeryturze

znajdujemy czas na to, na co nie mieliśmy go w okresie wzmożonej aktywności zawodowej. Bywa jednak i tak, że nagły przyrost czasu wolnego po przejściu na emeryturę staje się uciążliwy, zwłaszcza wtedy, gdy osoba taka nie potrafi wypełnić go jakąś nową formą aktywności. Czy czas ten jest jednak dobrze wykorzystany? Czy przejście na emeryturę w każdym przypadku pociąga za sobą wzrost aktywności o charakterze hobbistycznym? Z przeprowadzonego badania wynika, że blisko 2/3 badanych (64,5%) posiada jakieś hobby, ma które poświęca swój wolny czas.

Rys. 51. Posiadanie hobby, pasji, którym badani poświęcają swój czas (%)



Zajęciom o charakterze hobbistycznym nieco częściej oddają się kobiety (66,2%) niż mężczyźni (62,0%). Odnotować należy, iż odsetek osób, które deklarują posiadanie jakiegoś hobby spada wraz z wiekiem. W najstarszych kategoriach wiekowych, wieku 80+, odsetek ten jest zdecydowanie niższy (55,4%) niż wśród młodszych respondentów - w wieku 75-79 lat – 58,3%, w wieku 70-74 lat – 64,7% oraz w wieku 65-69 lat - 72,8%. Mamy tu zatem do czynienia z zależnością liniową. Wynika to zapewne z tego, że wraz z wiekiem pogarsza się nie tylko sprawność fizyczna respondentów, ale również ich zdolności poznawcze i percepcyjne, co rzutuje bezpośrednio na procesy wycofywania się z aktywności oraz prowadzi do spadku zainteresowania światem zewnętrznym.

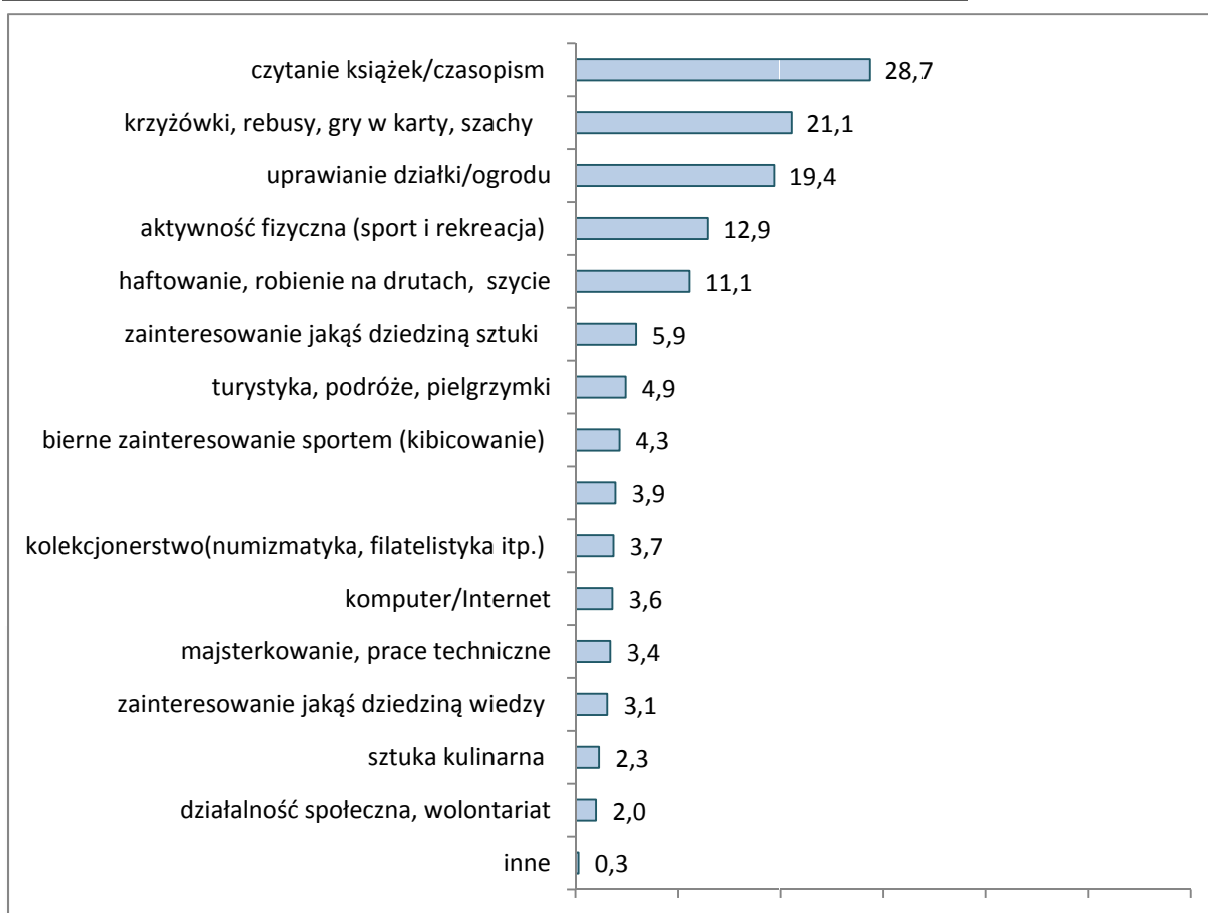
Istotnym czynnikiem mającym wpływ na aktywność o charakterze hobbistycznym jest wykształcenie. I tak, im wyższy poziom wykształcenia mają osoby badane, tym częściej deklarują posiadanie jakiegoś hobby: podstawowe – 49,4%, zasadnicze – 59,1%, średnie – 71,0%, wyższe – 73,7%. W tym przypadku zależność również ma charakter liniowy, a różnica między skrajnymi grupami wyróżnionymi na podstawie poziomu wykształcenia wyniosła aż 24,3 punktów procentowych. Jednocześnie z badań wynika, że sytuacja finansowa nie jest czynnikiem różnicującym. Pasjom i działaniom hobbistycznym w taki samy stopniu oddają się osoby reprezentujące ubogie, jak i zamożne gospodarstwa domowe. Godnym odnotowania jest fakt, że aktywności hobbistycznej sprzyja lepszy stan zdrowia - wśród osób deklarujących dobry stan zdrowia odsetek ten wynosi

70,7%, zaś wśród osób deklarujących zły stan zdrowia 60,4%. Czynnikiem sprzyjającym jest również posiadanie współmałżonka (partnera życiowego). Wśród tych osób odsetek ten wynosi 66,4%, zaś wśród osób samotnych 62,4%.

Badani, którzy zadeklarowali posiadanie jakiegoś hobby, zostali poproszeni o wskazanie zajęć, którym poświęcają swoje wolne chwile⁴⁰. Pytanie to miało charakter otwarty. Zestawienie odpowiedzi przedstawia rysunek 53. Najczęściej wymieniane zajęcia to czytanie książek lub czasopism (28,7%), rozwiązywanie krzyżówek, rebusów itp. (21,1%), uprawianie działki lub ogrodu (19,4%), aktywność fizyczna, związana ze sportem i rekreacją (12,9%) a także rękodzielnictwo typu: haftowanie, robienie na drutach, szycie itp. (11,1%). Inne czynności o charakterze hobbistycznym wskazywane były przez mniej niż 10% badanych.

Rys. 52. Hobby i pasje wymieniane przez badanych (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy mają jakieś hobby lub pasję.



n = 968

Generalnie kobiety w większym stopniu koncentrują się na czytaniu książek, rozwiązywaniu krzyżówek, rękodzielnictwie (szycie, haftowanie), aktywności artystycznej, sztuce kulinarnej,

⁴⁰ Więcej na temat form spędzania czasu wolnego przez ludzi starych – zob. np. M. Halicka, J. Halicki, 2002a, s. 203-218, szczególnie ryc. 8.2.

natomiast mężczyźni na aktywności fizycznej (sport), kolekcjonerstwie, majsterkowaniu oraz częściej korzystają z Internetu. Natomiast takie aktywności jak uprawianie działki (ogrodu), turystyka, zainteresowanie jakąś dziedziną wiedzy oraz działalność społeczna jest tak samo popularna zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Ponadto osoby z wyższym lub średnim wykształceniem (w przeciwieństwie do osób z wykształceniem podstawowym i zasadniczym) częściej czytają książki, rozwijają zainteresowania jakąś dziedziną wiedzy, zajmują się kolekcjonerstwem i korzystają z Internetu. Biorą pod uwagę kategorię wieku, to osoby starsze (80 i więcej lat) nieco częściej od osób młodszych (poniżej 80 lat) zajmują się kolekcjonerstwem oraz rękodzielnictwem, natomiast osoby młodsze z kolei częściej podejmują aktywność fizyczną, zajmują się uprawianiem działki, majsterkowaniem czy turystyką – czyli działaniami wymagającymi elementarnej sprawności.

6.5. Udział w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku

Pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku powstał we Francji w 1972 roku przy Uniwersytecie w Tuluzie. Prekursorem idei kształcenia ustawicznego adresowanego do osób starszych był francuski profesor prawa i nauk społecznych Pierre Vellas. Koncepcja uczelni dla osób starszych szybko rozprzestrzeniła się na inne kraje europejskie, takie jak: Hiszpania, Niemcy, Austria, Wielka Brytania, Holandia, Portugalia. W Polsce pierwszy UTW powstał za sprawą prof. dr nauk medycznych Haliny Szwarz, która korzystając z doświadczenia francuskiego zaczęła organizować zajęcia dla osób starszych w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. UTW oficjalnie zaczął funkcjonować 12 listopada 1975 roku pod nazwą Studium III Wieku i liczył pierwotnie 400 słuchaczy. Obecnie w Polsce swoją działalność prowadzi ok. 280 UTW i skupiają one ponad 100 tysięcy słuchaczy.

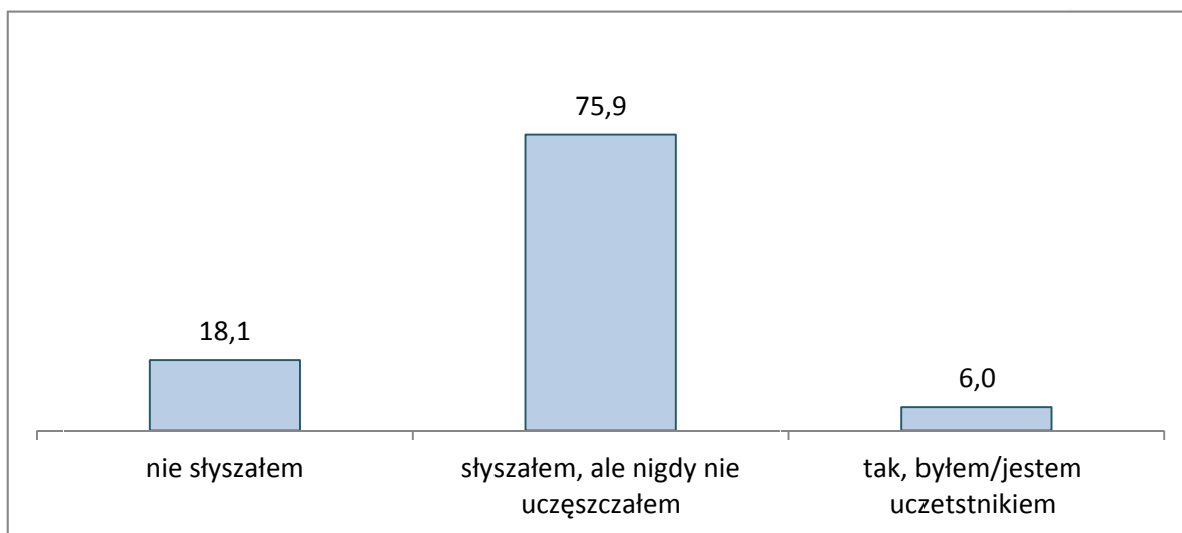
Działalność UTW wynika z potrzeby zagospodarowania wolnego czasu emerytów, samotności ludzi starszych, nobilitacji seniorów korzystających z oferty UTW oraz chęci samorealizacji osób starszych. Główne cele jakie stawiają przed sobą UTW to: umożliwienie kształcenia ustawicznego ludziom w podeszłym wieku, kształcenie w zakresie gerontologii społecznej, przygotowanie odpowiedniej kadry specjalistów pracujących dla ludzi starszych, prowadzenie badań dotyczących problemów medycznych, prawnych i psychospołecznych wieku starszego.

UTW rozwijają różne formy kształcenia ustawicznego. Podstawową formą kształcenia jest wykład, prowadzony zazwyczaj przez profesorów akademickich, a także specjalistów z różnych dziedzin. Często dochodzą do tego liczne zajęcia warsztatowe, np. artystyczne, dziennikarskie, językowe itp. Oprócz wykładów i udziału w warsztatach słuchacze – studenci mają możliwość korzystania z zajęć w grupach zainteresowań, czyli tzw. sekcjach (np. sekcje komputerowe, plastyczne, fotograficzne, literackie, pamiętnikarskie, turystyczne itp.) UTW często organizują wyjazdy krajoznawcze połączone ze zwiedzaniem oraz innymi atrakcjami, pikniki, wyjścia do kin

i teatrów oraz na koncerty. Będąc słuchaczem UTW, seniorzy niejednokrotnie mają możliwość brania udziału w wydarzeniach naukowych: konferencjach, seminariach czy dodatkowych szkoleniach organizowanych przez inne podmioty.

Na Uniwersytecie Gdańskim UTW powstał w 2004 roku i liczy obecnie ok. 1300 słuchaczy. Oprócz tego w Gdańsku funkcjonuje także kilka innych tego typu jednostek w innych uczelniach (zarówno państwowych jak i prywatnych). Jak wynika z badań tego typu jednostki edukacyjne dość dobrze zakorzeniły się w świadomości starszych gdańszczan, ponieważ jak się okazało o działalności Uniwersytetów Trzeciego Wieku na terenie Gdańska słyszało aż 81,9% badanych, w tym 6% uczestniczy (lub uczestniczyło) w działaniach UTW, zaś 75,9% słyszało, ale nigdy nie uczestniczyło – rys 53.

Rys. 53. Działalność Uniwersytetu Trzeciego Wieku w świadomości i doświadczeniu badanych (%)



W zajęciach i wykładach organizowanych w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku częściej uczestniczą kobiety (7,6%), niż mężczyźni (3,5%). Zainteresowanie pogłębianiem wiedzy popularnonaukowej jest związane z poziomem wykształcenia – im jest ono wyższe, tym wyższe są odsetki osób deklarujących udział w zajęciach UTW. Na przykład podczas gdy w zajęciach tych brało (lub bierze) udział zaledwie 1,3% badanych z wykształceniem podstawowym i 2,6% z zasadniczym, to już w przypadku osób z wykształceniem średnim odsetek ten wynosi 7,4%, zaś z wyższym 12,9%. Interesujący rozkład danych uzyskano w odniesieniu do wieku. Okazało się, że częściej udział w zajęciach deklarują osoby w najmłodszej i najstarszej kategorii wiekowej: w wieku 65-69 lat – 7,1% i w wieku 80 i więcej lat – 7,0%, natomiast w dwóch środkowych kategoriach wiekowych tj. 70-74 lat i 75-79 lat odsetki te wyniosły kolejno 5,1% i 4,6%. Biorąc pod uwagę zmienną terytorialną stwierdzić należy, iż najwyższy odsetek uczestników zajęć w ramach UTW odnotowano w strefie centralnej

(Śródmieście, Wrzeszcz i Oliwa) – 9,4%, najniższy zaś w strefie przemysłowej (Nowy Port, Stogi, Przeróbka, Orunia) – 3,1%.

Badanie wykazało, że uczestnictwo w zajęciach UTW koreluje z dobrostanem psychofizycznym badanych osób. Na przykład słuchacze UTW zdecydowanie rzadziej odczuwają osamotnienie (17,8%) niż osoby nie uczestniczące w zajęciach UTW (26,2%). Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku subiektywnego odczucia starości. Zaledwie 4,4% słuchaczy UTW czuje się staro, podczas gdy wśród osób nie uczestniczących analogiczny odsetek wynosi aż 38,7%. Słuchacze UTW częściej także deklarują dobry lub raczej dobry stan zdrowia (41,1%) w przeciwieństwie do osób nie uczestniczących w UTW (26,3%). Dane te potwierdzają pozytywną rolę UTW w promowaniu i utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego osób starszych.

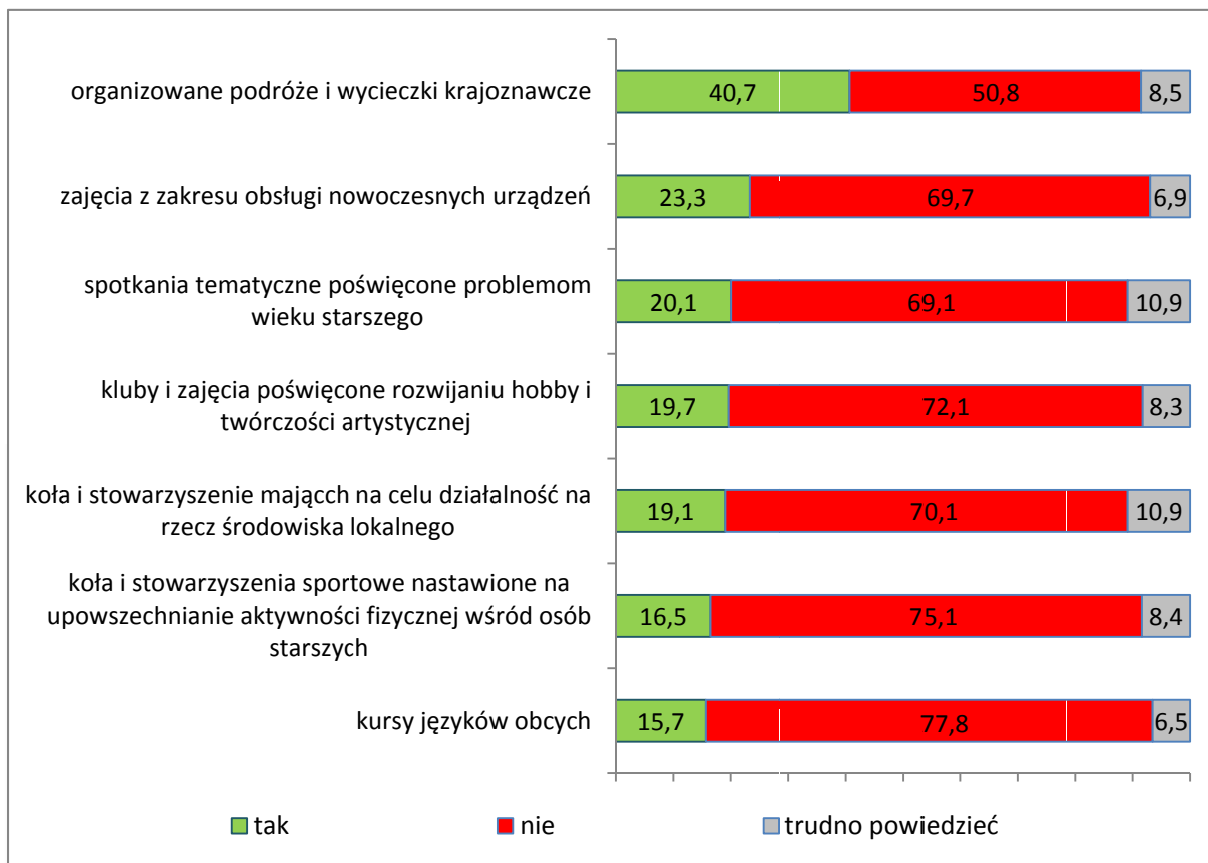
Badanym, którzy nie słyszeli lub słyszeli, ale nigdy nie uczestniczyli w zajęciach UTW zadano pytanie czy byliby nimi zainteresowani? Zdecydowana większość badanych udzieliła odpowiedzi negatywnej (69,0%). Niezdecydowani odpowiadający stanowili grupę obejmującą 13,9%, zaś pozytywnie odnoszący się do takiej możliwości – 17,1%. Ostatni odsetek respondentów wskazuje na istnienie sporej grupy starszych osób, dla których oferta uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku byłaby atrakcyjną formą spędzania wolnego czasu. Jest to więc tak grupa, do której należałoby dotrzeć z szerszą informacją na ten temat oraz w stosunku do której należałoby podjąć działania promocyjno-zachęcające.

6.6. Potrzeby w zakresie zinstytucjonalizowanych działań aktywizujących

Oprócz pytania odnoszącego się do działalności Uniwersytetu Trzeciego Wieku, zadano także pytanie dotyczące potencjalnej gotowości do udziału w różnych formach zajęć adresowanych do osób starszych organizowanych także przez inne instytucje. I tak, spośród różnych form aktywności wskazanych respondentom w naszym badaniu, osoby starsze najchętniej brałyby udział w zorganizowanych podróżach i wycieczkach krajoznawczych - 40,7% (rys. 54). Niewątpliwie na polskim rynku usług turystycznych brakuje wystarczającej skierowanej oferty dla osób starszych, która uwzględniałaby zarówno ograniczone możliwości finansowe, jak i ogólną sprawność psychofizyczną tej kategorii osób. Polscy emeryci wciąż z pewną zazdrością spoglądają na swoich rówieśników z zachodnich krajów wysokorozwiniętych, którzy niejednokrotnie właśnie w wieku emerytalnym rozpoczynają swoje podróże turystyczno-krajoznawcze. I nie chodzi tu bynajmniej o drogie wycieczki zagraniczne, ale o nostalgiczne odwiedzanie i odkrywanie krajowych ciekawych i znaczących miejsc w dobrym i wesołym towarzystwie.

Na drugim miejscu - ze względu na liczbę wskazań – respondenci zadeklarowali zainteresowanie rozwijaniem umiejętności w zakresie obsługi nowoczesnych urządzeń (23,3%). Przeczy to stereotypowej wizji osoby starszej jako zacofanej i nieprzystosowanej do dynamicznych zmian technologicznych występujących we współczesnym świecie. Pozostałe formy aktywności adresowane do osób starszych plasują się na podobnym poziomie wskazań procentowych - w spotkaniach poświęconych problemom wieku starszego chcieliby uczestniczyć 20,1% ankieterowanych osób, w zajęciach poświęconych rozwijaniu hobby i twórczości artystycznej - 19,7%, zaś w stowarzyszeniach mających na celu działalność na rzecz środowiska lokalnego - 19,1%. Najmniejszym zainteresowaniem cieszyłyby się koła i stowarzyszenia mające na celu upowszechnianie aktywności fizycznej wśród osób starszych (16,5%) oraz kursy języków obcych (15,7%).

Rys. 54. Preferencje w zakresie chęci uczestnictwa w formach aktywności adresowanych do osób starszych (%)

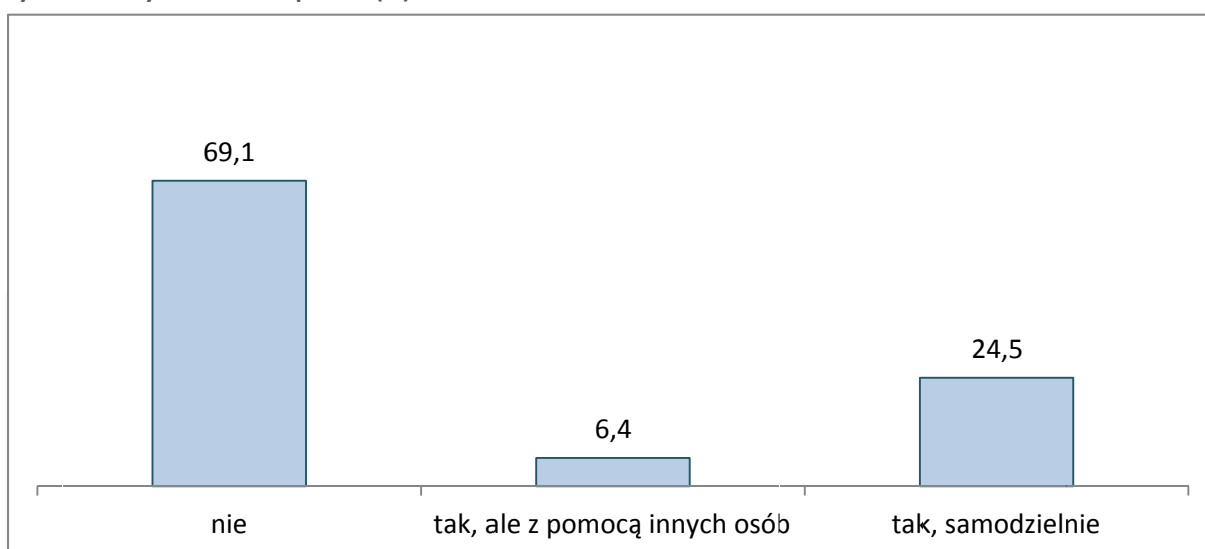


6.7. Korzystanie z komputera i aktywność w sieci internetowej

Jednym z czynników sprzyjających integracji społecznej staje się współcześnie użytkowanie komputera. Brak umiejętności posługiwania się komputerem przez starsze pokolenie może być zasadniczym komponentem tzw. podziału cyfrowego, czyli wykluczenia osób starszych z uczestnictwa w istotnych procesach społecznych oraz obiegu informacji. Margaret Mead, amerykańska socjolog zajmująca się antropologią kulturową, stwierdziła, że „żadne wcześniejsze pokolenie nie poznało, nie doświadczyło i nie wykorzystało tak szybkim zmian” (Mead, 2000, s. 110). Autorka miała tu na myśli przede wszystkim rozwój technologiczny. W tej dziedzinie tempo zmian jest tak ogromne, że w aspekcie socjalizacji kulturowej następuje odwrócenie ról: to dzieci są nauczycielami rodziców a nie odwrotnie. Młode pokolenie pomaga wprowadzić swoich starszych rodziców i dziadków w świat mediów elektronicznych i świat nowych technologii.

Brak umiejętności korzystania z komputera przez osoby starsze może stanowić poważną barierę w komunikacji społecznej między różnymi instytucjami a tą kategorią osób. Współcześnie większość instytucji, urzędów itp. komunikuje się ze swoimi członkami, kontrahentami czy klientami za pomocą stron internetowych, e-maili itp. Dlatego w trakcie badań pojawiło się pytanie o umiejętność posługiwania się komputerem przez osoby starsze. Niestety – jak się okazało - z komputera w ogóle nie korzysta ponad dwie trzecie badanych (69,1%). Z pomocą innych osób (zazwyczaj dzieci lub wnuków) korzysta 6,4%, natomiast całkowicie samodzielnie obsługuje komputer co czwarty badany (24,5%). Dane te świadczą o pilnej potrzebie uruchomienia oferty edukacyjnej w tym zakresie adresowanej do osób starszych.

Rys. 55. Korzystanie z komputera (%)

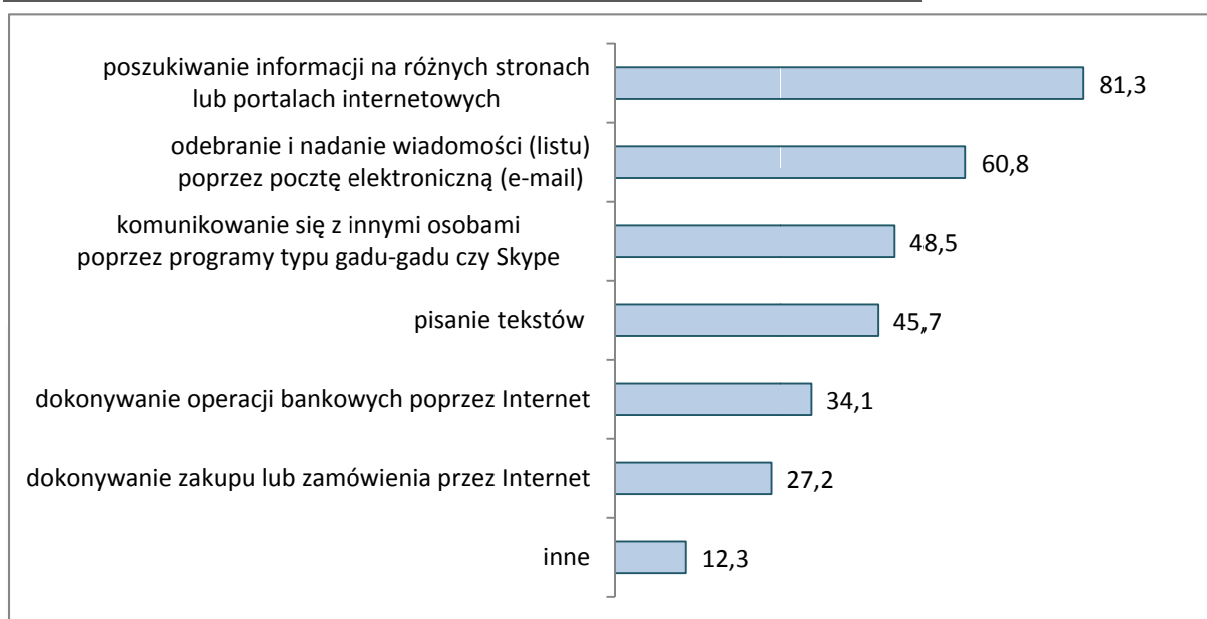


Samodzielnie z komputera częściej korzystają mężczyźni (29,6%), niż kobiety (21,2%). One też, częściej niż mężczyźni w ogóle nie używają sprzętu komputerowego (różnica 8,9 punktów procentowych). Odsetek osób nie korzystających z komputera jest wprost proporcjonalny do wieku: im w starszym wieku są respondenci, tym częściej deklarują brak umiejętności posługiwania się komputerem - różnica między skrajnymi grupami wyniosła 38,8 punktów procentowych. Korzystanie z komputerów wyraźnie powiązane jest z poziomem wykształcenia. Samodzielnie posługuje się komputerem zaledwie 5,2% osób z wykształceniem podstawowym, z zasadniczym zawodowym już 19,5%, ze średnim – 26,5%, zaś z wyższym zdecydowanie najwięcej, bo 51,3%. Korzystanie z komputera jest cechą uwarunkowaną zmienną ekonomiczną. Wśród osób źle oceniających swoją sytuację finansową, odsetek użytkowników (samodzielnie korzystających) wyniósł 10,8%, a wśród oceniających ją dobrze aż 40,4%. Sytuacja ta jest zrozumiała, gdyż nie każda osoba starsza żyjąca z emerytury może pozwolić sobie na zakup własnego komputera.

Do badanych, którzy posługują się komputerem samodzielnie lub z pomocą innych osób skierowano pytanie o to, do jakich celów jest on wykorzystywany. I tak, respondenci posługując się komputerem najczęściej poszukują informacji na różnych stronach lub portalach internetowych (81,3%) oraz korzystają – chociaż już nie tak często - z poczty elektronicznej (60,8%). Nieco rzadziej komunikują się z innymi osobami przy pomocy tzw. komunikatorów (48,5%) oraz piszą teksty (45,7%). Najmniej popularne formy wykorzystania komputera to operacje bankowe przez Internet (34,1%) oraz zakupy przez Internet (27,2%).

Rys. 56. Sposoby wykorzystania komputera (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy korzystają z komputera.



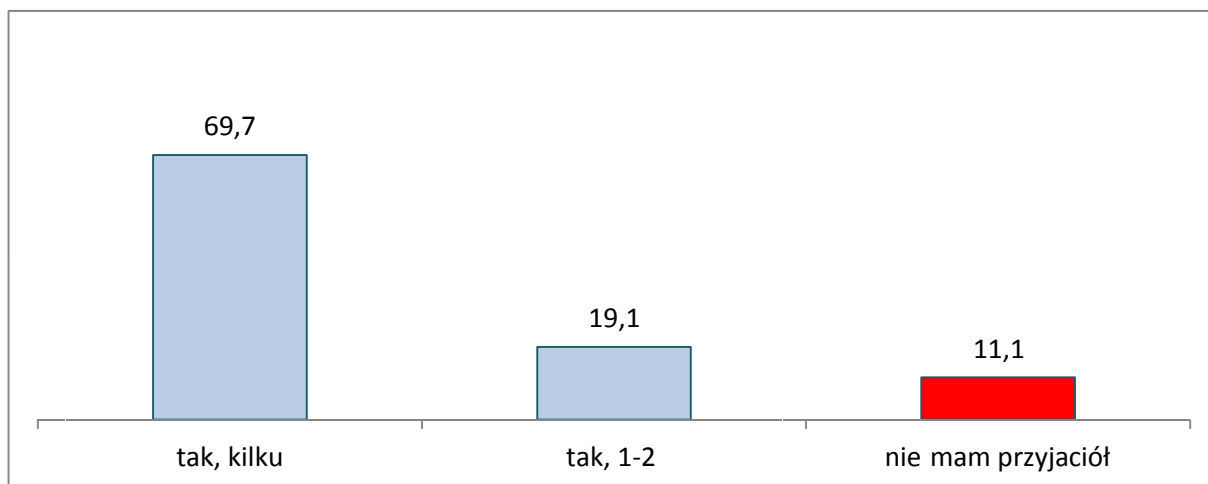
n = 464

6.8. Kręgi przyjacielskie i relacje sąsiedzkie

Kręgi przyjacielskie - obok rodziny - stanowią dla jednostki podstawową grupę odniesienia normatywnego. W kręgach tych kształtuje się osobowość jednostki oraz formułują się jej postawy i opinie. Uczestnictwo w kręgach chroni jednostkę przed alienacją i wyobcowaniem. Posiadanie bliskich przyjaciół, z którymi można spędzić wolny czas, porozmawiać o problemach, podzielić się radościami czy zwierzyć z trosk życia codziennego, stanowi jedną z podstawowych potrzeb człowieka, w tym potrzeby uznania i przynależności.

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość respondentów posiada jakichś bliskich przyjaciół (88,9%). W przypadku blisko 2/3 badanych krąg najbliższych przyjaciół składa się z kilku osób (69,7%), zaś w przypadku 1/5 ograniczony jest do 1-2 osób (19,1%). Zwrócić należy jednak uwagę na to, że blisko co dziewiąty respondent w ogóle nie ma przyjaciół (11,1%). Odsetek respondentów nieposiadających przyjaciół wydaje się względnie wysoki, a przecież, jak już zostało wspomniane, przyjaciele w życiu osób starszych odgrywają niejednokrotnie kluczową rolę w zaspokajaniu rozmaitych potrzeb psychospołecznych. Jak zaznaczyliśmy bowiem we wstępie do rozdziału czwartego poświęconego rodzinie, to właśnie przyjaciele w wielu przypadkach stanowią dla ludzi starych niejako „zastępczą” rodzinę.

Rys. 57. Krąg najbliższych przyjaciół (%)



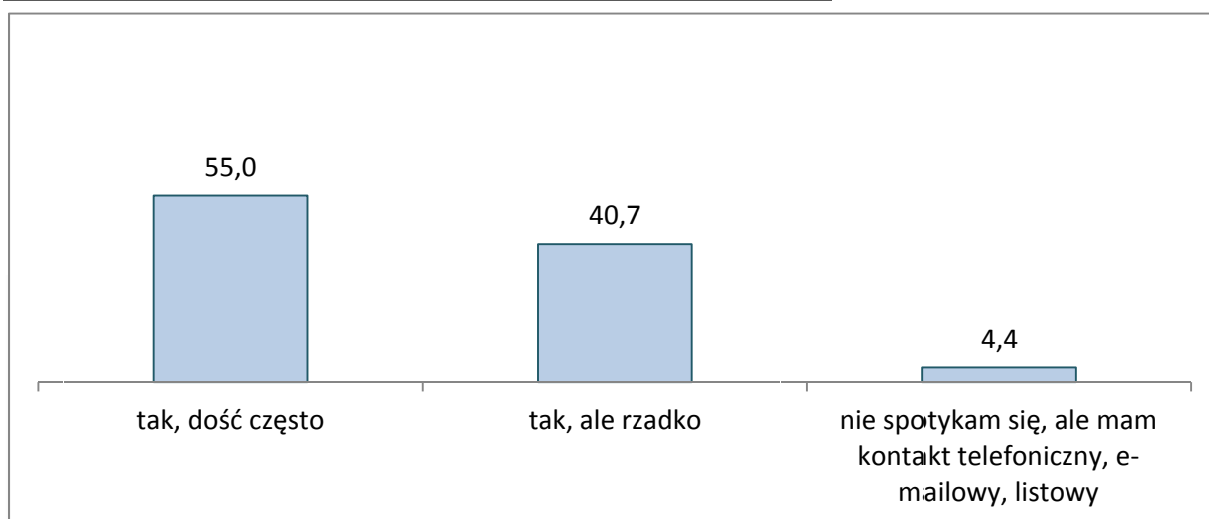
Odsetek osób deklarujących posiadanie przyjaciół maleje wraz z wiekiem. Posiadanie kilku przyjaciół deklaruje 77,5% osób w wieku 65-69 lat, 73,4% w wieku 70-74 lat, 64,5% w wieku 64,5% oraz 54,7% w wieku 80 i więcej lat. Jednocześnie brak jakichkolwiek przyjaciół zadeklarowało 6,1% badanych w wieku 65-69 lat, natomiast aż 24,4% w wieku 80 i więcej lat. Oznacza to, że żadnych przyjaciół w tej grupie nie ma prawie co czwarty badany. Jest to zazwyczaj wynikiem tego, że przyjaciele, którzy już sami są w zaawansowanym wieku, umierają, a pozyskanie nowych przyjaciół na

ich miejsce jest często mało realne. Zapewne dlatego wraz z wiekiem krąg przyjaciół ulega uszczupleniu a z czasem nawet całkowicie zanika. Szersze kręgi przyjacielskie posiadają osoby lepiej wykształcone. Im wyższy poziom wykształcenia, tym niższy jest odsetek odpowiedzi „nie mam przyjaciół”. Analiza danych wykazała tu zależność liniową. Dla przykładu, podczas gdy kilku przyjaciół posiada 82,8% osób z wyższym i 71,9% ze średnim wykształceniem, to już analogiczny odsetek w przypadku osób z wykształceniem zasadniczym wynosi 67,9%, zaś z podstawowym 57,1%.

W naszym badaniu respondenci, którzy mają przyjaciół, zostali poproszeni o określenie tego, jak często spotykają się ze swoimi przyjaciółmi. I tak, ponad połowa badanych (55,0%) spotyka się z przyjaciółmi dość często, a 40,7% rzadko. Warto zauważyć, że niektóre osoby starsze (4,4%) starają się rekompensować w jakiś sposób brak spotkań z przyjaciółmi poprzez kontakt telefoniczny, Internet czy pisanie listów.

Rys. 58. Intensywność kontaktów z kręgiem przyjaciół (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy mają przyjaciół.

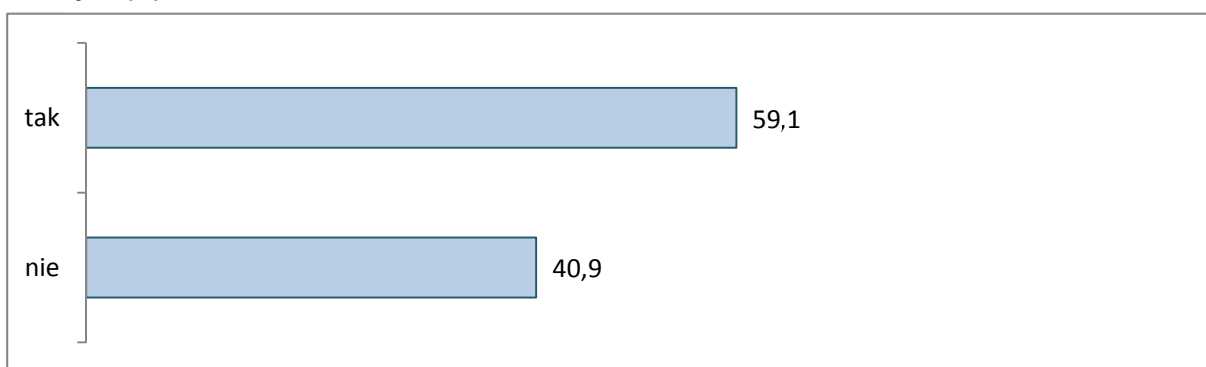


n=1333

Utrzymywanie częstych kontaktów z przyjaciółmi częściej deklarowały kobiety (57,1%), niż mężczyźni (51,8%). Z kolei mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali rzadkie utrzymywanie kontaktów (różnica 6,8 punktów procentowych na korzyść kobiet). Intensywność kontaktu spada wraz z wiekiem. Osoby ze starszych grup respondenckich rzadziej deklarowały utrzymywanie częstych kontaktów (43,1% - w grupie 80 i więcej lat), niż badani młodsi (np. 65,5% w grupie najmłodszych badanych w wieku 65-69 lat i 52,6% wśród respondentów mających 70-74 lata). Interesujące jest to, że odsetek odpowiedzi wskazujący na utrzymywanie kontaktów pośrednich (telefon, list, Internet) wzrasta wraz z wiekiem badanych, co należy łączyć z ograniczoną mobilnością osób w najstarszych grupach wiekowych.

W życiu ludzi starych obok rodziny i przyjaciół istotną rolę mogą odgrywać sąsiedzi. W środowisku zamieszkania wyróżnić można kilka typów relacji sąsiedzkich: ograniczające, konwencjonalne, poinformowana, solidarnościowe, świadczeniowe i towarzysko-przyjacielskie (por. Kryczka, 1981). Z tych sześciu typów tylko dwa ostatnie oparte są na bliższych i bezpośrednich stosunkach i wymagają osobistego zaangażowania, świadczenia sobie wzajemnej pomocy itp. Jak wynika z badań w tego typu stosunkach sąsiedzkich (obejmujących wzajemne odwiedzanie się oraz świadczenie sobie pomocy) pozostaje 59,1% badanych.

Rys. 59. Utrzymywanie kontaktów z sąsiadami poprzez wzajemne odwiedzanie się i pomaganie sobie nawzajem (%)



Utrzymywanie bliższych kontaktów z sąsiadami nie zależy od wieku, ani od poziomu wykształcenia respondentów. Zależy natomiast od płci i zamieszkiwanej strefy miasta (co wiąże się zapewne także z typem zabudowy, genezą dzielnicy oraz strukturą ludności). Kontakty sąsiedzkie częściej utrzymują kobiety (62,3%) niż mężczyźni (54,3%). Pod względem „gęstości” kontaktów sąsiedzkich w najmniej korzystnej sytuacji znajdują się respondenci zamieszkujący obszar strefy przemysłowej (49,6%). Z kolei największa liczba respondentów utrzymujących bliższe kontakty z sąsiadami zamieszkuje w strefie Gdańsk- Południe (66,8%) oraz w północnej strefie WZM (62,5%).

6.9. Aktywność i integracja czy alienacja społeczna?

Aby odpowiedzieć na zasadnicze pytanie o ogólny poziom integracji społecznej osób starych oraz poziom ich aktywności w różnych wymiarach życia, skonstruowano indeks złożony z kilku omówionych już powyżej wskaźników cząstkowych:

- posiadanie przyjaciół i kontakty z przyjaciółmi,
- utrzymywanie bliskich kontaktów z przyjaciółmi,

- uczestnictwo w organizacjach społecznych, uczestnictwo w oddolnych działaniach i inicjatywach społecznych,
- uczestnictwo w wydarzeniach i imprezach kulturalnych wymagających wyjścia z domu,
- podejmowanie aktywności fizycznej (sport i aktywna rekreacja),
- posiadanie i rozwijanie własnych zainteresowań, pasji, hobby,
- potrzeba skorzystania z zinstytucjonalizowanych działań aktywizujących,
- uczestniczenie w zajęciach UTW.

Odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania były punktowane w sposób arbitralny – od 0 do 2 punktów. Łączna suma punktów tworzy teoretyczne kontinuum zawierające się między 0 a 22 punkty, gdzie 0 oznacza bardzo niski, zaś 22 bardzo wysoki stopień integracji i aktywności społecznej. W rezultacie najniższy wynik w próbie wyniósł 0 punktów, zaś najwyższy 19 punktów – i te wielkości stały się podstawą do wyodrębnienia trzech kategorii respondentów:

1. osoby o wysokim wskaźniku integracji społecznej i aktywności – punkty w przedziale od 13 do 19,
2. osoby o średnim (przeciętnym) wskaźniku integracji społecznej i aktywności - punkty od 7 do 12,
3. osoby o niskim wskaźniku integracji społecznej i aktywności - punkty od 0 do 6.

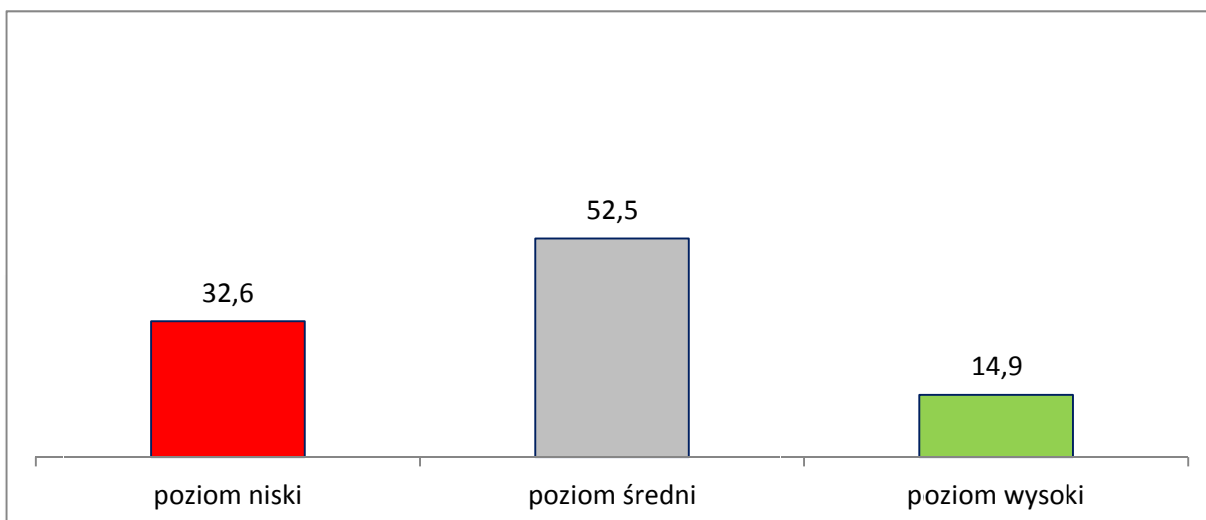
W zależności od ilości uzyskanych punktów zaszeregowano respondentów do poszczególnych kategorii – por. tabela 60.

Tab. 60. Struktura indeksu integracji społecznej i aktywności

poziom integracji społecznej i aktywności	liczba punktów	%
wysoki	13 - 19	14,9
średni	7 - 12	52,5
niski	0 - 6	32,6

Wysoki poziom integracji społecznej i aktywności osiągają osoby, które angażują się w działania społeczne, nawiązują interakcje społeczne, uczestniczą w imprezach i wydarzeniach kulturalnych, posiadają i realizują jakieś własne pasje, hobby itp., jest to więc model najbardziej pożądaný. Na przeciwległym biegunie znajdują się osoby o niskim stopniu integracji społecznej i aktywności. Są to w zasadzie osoby wyalienowane i wykluczone społecznie, poprzestające co najwyżej na utrzymywaniu kontaktów wewnątrzrodzinnych. Pośrodku tego kontinuum znajdują się osoby realizujące tzw. typ pośredni. Oczywiście z punktu widzenia polityki społecznej chodzi o takie działania, aby w jak największym stopniu chronić osoby starsze przed wyobcowaniem i wykluczeniem społecznym, aby takie osoby czuły się społeczeństwu potrzebne, aby były jak najdłużej aktywne i - pomimo zaawansowanego wieku - wciąż były na drodze osobowościowego rozwoju.

Rys. 61. Poziom integracji społecznej i aktywności (%)



W tym miejscu należy postawić pytanie: Jakie czynniki determinują integrację społeczną oraz aktywność osób starszych? Rozkład indeksu nie jest modyfikowany w statystycznie istotny sposób przez płeć oraz zmienną terytorialną (strefy miasta), natomiast czynnikami wpływającymi na jego kształt jest wiek, poziom wykształcenia, samoocena sytuacji ekonomicznej, stan cywilny oraz ocena własnego stanu zdrowia.

Indeks integracji społecznej i aktywności jest odwrotnie proporcjonalny do wieku (tab. 67.), co oznacza, że wraz z wiekiem maleje poziom aktywności i integracji społecznej. Osoby młodsze (65-69 lat) zdecydowanie częściej osiągają wysoki poziom integracji i aktywności (22,1%) niż np. osoby starsze w wieku 75-79 lat (9,8%) czy w wieku 80+ (7,0%). Oczywiście tłumaczyć to można obiektywnymi uwarunkowaniami związanymi z pogarszającym się stanem zdrowia oraz zdolnościami percepcyjno-poznawczymi u osób najstarszych.

Tab. 67. Poziom integracji społecznej i aktywności a wiek (%)

	poziom niski	poziom średni	poziom wysoki
65-69 lat	16,6	61,3	22,1
70-74 lat	32,9	52,1	15,0
75-79 lat	39,4	50,8	9,8
80 i więcej lat	55,4	37,6	7,0

$\chi^2=138,06$, $df=6$, $p<0,001$

Pozytywny związek korelacyjny odnotowano w przypadku poziomu wykształcenia (tab. 68). Poziom integracji społecznej i aktywności rośnie wraz z wykształceniem. Wśród osób z wykształceniem podstawowym odsetek ten wyniósł 1,6%, zasadniczym zawodowym – 9,1%, natomiast w przypadku osób z wykształceniem średnim wyniósł 17,9%, zaś z wyższym aż 31,9%.

Wyższe wykształcenie, a co z tym się wiąże odpowiednio większy potencjał kulturowy, sprzyja otwartości na świat, na innych ludzi oraz na pojawiające się w środowisku inicjatywy społeczne. Wykształcenie nobilituje ale i zobowiązuje do większej aktywności.

Tab. 68. Poziom integracji społecznej i aktywności a wykształcenie (%)

	poziom niski	poziom średni	poziom wysoki
podstawowe	56,5	41,9	1,6
zasadnicze zawodowe	38,6	52,3	9,1
średnie	25,9	56,1	17,9
wyższe	11,6	56,5	31,9

$\chi^2=198,77$, $df=6$, $p<0,001$

Czynnikiem istotnie różnicującym jest sytuacja ekonomiczna. Okazuje się, że im lepiej oceniana jest przez badanych własna sytuacja finansowa, tym osiągają oni wyższy poziom integracji i aktywności (tab. 69.). Na przykład, ci badani, którzy twierdzą, że „pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania” częściej osiągają wysoki poziom integracji i aktywności (21,8%) niż osoby, które twierdzą, że „pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)”. Zatem zasobność portfela może stanowić pewną barierę w tym zakresie. Osobom ubogim trudniej jest uczestniczyć w życiu społecznym i kulturalnym, trudniej jest także nawiązać i utrzymać szersze kontakty społeczne.

Tab. 69. Poziom integracji społecznej i aktywności a samoocena sytuacji ekonomicznej (%)

	poziom niski	poziom średni	poziom wysoki
pieniędzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	21,3	56,9	21,8
żyją oszczędnie, ale pieniędzy wystarcza na wszystko	28,1	53,1	18,9
żyją bardzo oszczędnie, aby wystarczyło na podstawowe potrzeby (jedzenie i ubranie)	41,3	50,4	8,3
pieniędzy nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby (najtańsze jedzenie i ubranie)	47,3	48,4	4,3

$\chi^2=68,23$, $df=6$, $p<0,001$

Fakt pozostawania w związku małżeńskim (partnerskim) w sposób wyraźny modyfikuje odpowiedzi w przypadku niskiego i średniego poziomu integracji i aktywności. Osoby w związkach (małżeńskich, partnerskich) rzadziej niż osoby samotne udzielały odpowiedzi pozwalające zaliczyć je do kategorii wskazującej na niski poziom integracji i aktywności. Różnica we wskazaniach wyniosła 11,6 punktów procentowych. Badani, którzy zadeklarowali, iż żyją w związku częściej uzyskiwali wyniki mieszające się na poziomie średnim (56,6%) niż żyjący samotnie (47,9%). W przypadku

wysokiego poziomu indeksu, różnica między grupami nie jest już tak duża i wynosi tylko 2,9 punktów procentowych. Generalnie można jednak stwierdzić, że posiadanie bliskiej osoby, tzw. towarzysza życia, w znacznym stopniu przyczynia się do większej integracji społecznej oraz wymusza większą aktywność zarówno w wymiarze życia społecznego jak i kulturalnego.

Tab. 70. Poziom integracji społecznej i aktywności a posiadanie bądź nieposiadanie małżonka/partnera życiowego (%)

	poziom niski	poziom średni	poziom wysoki
osoba w związku	27,1	56,6	16,3
osoba samotna (bez partnera)	38,7	47,9	13,4

$\chi^2=22,74$, $df=2$, $p<0,001$

Wśród badanych, którzy zadeklarowali, iż czują się osamotnieni (często, prawie zawsze lub zawsze) zarejestrowano najniższy odsetek respondentów osiągających wysoki poziom integracji i aktywności (3,9%) a jednocześnie najwyższy odsetek respondentów osiągających poziom niski (50,4%). Z kolei te osoby, które nigdy lub prawie nigdy nie doświadczają poczucie osamotnienia znacznie rzadziej osiągają niski poziom integracji i aktywności, a znacznie częściej (od osób osamotnionych) poziom wysoki. Prawidłowość ta wydaje się dość zrozumiała. Wyjście do ludzi, wchodzenie w szersze kręgi społeczne, udział w wydarzeniach kulturalnych itp. niweluje odczucie samotności. Z drugiej strony zasklepienie się w „czterech ścianach własnego domu” potęguje uczucie pustki, społecznego wykluczenia i alienacji.

Tab. 71. Poziom integracji społecznej i aktywności a poczucie osamotnienia (%)

Czy czuje się Pan(i) osamotniony(a)?	poziom niski	poziom średni	poziom wysoki
nigdy lub prawie nigdy	27,2	54,9	17,9
niekiedy	35,1	50,4	14,5
często, prawie zawsze lub zawsze	50,4	45,7	3,9

$\chi^2=59,30$, $df=4$, $p<0,001$

Integracja i aktywność bardzo wyraźnie uwarunkowana jest stanem zdrowia badanych osób. I tak, im lepsza jest ocena stanu zdrowia, tym wyższe są odsetki respondentów uzyskujących wysoki poziom integracji i aktywności (ocena dobra - 24,6%), i odwrotnie: im gorzej badani oceniają swój stan zdrowia, tym wyższe są odsetki związane z niskimi poziomem integracji i aktywności (ocena zła – 45,7%). Jak zatem widać, dobre zdrowie warunkuje integrację społeczną badanych osób. Chorzy i niepełnosprawni respondenci mają ograniczone możliwości interakcji społecznej, gorsze możliwości

poruszania się w przestrzeni miasta. Często skazani są na pomoc ze strony członków rodziny lub innych osób. Ludzie chorzy stają się też mniej atrakcyjni dla innych aktorów interakcji społecznej.

Tab. 72. Poziom integracji społecznej i aktywności a subiektywna ocena własnego stanu zdrowia (%)

	poziom niski	poziom średni	poziom wysoki
dobry	17,1	58,2	24,6
raczej dobry	25,5	49,8	24,7
Przeciętny	32,9	55,4	11,7
raczej zły	51,3	42,0	6,7
zły	45,7	47,6	6,7

$\chi^2=114,22$, $df=8$, $p<0,001$

Podobnie jak zdrowie, tak i sprawność w zakresie czynności życia codziennego istotnie wpływa na poziom integracji i aktywności. Osoby sprawne i samodzielne najrzadziej lokują się na niskim poziomie integracji i aktywności (20,3%), najczęściej zaś osiągają poziom wysoki (20,6%). Z kolei osoby z częściową lub rozległą niesprawnością w zakresie wykonywania czynności życia codziennego zdecydowanie rzadziej od osób sprawnych osiągają wysoki poziom integracji i aktywności (5,8%), częściej zaś poziom niski (57,0%).

Tab. 73. Poziom integracji społecznej i aktywności na tle indeksu doświadczania trudności w zakresie życia codziennego (%)

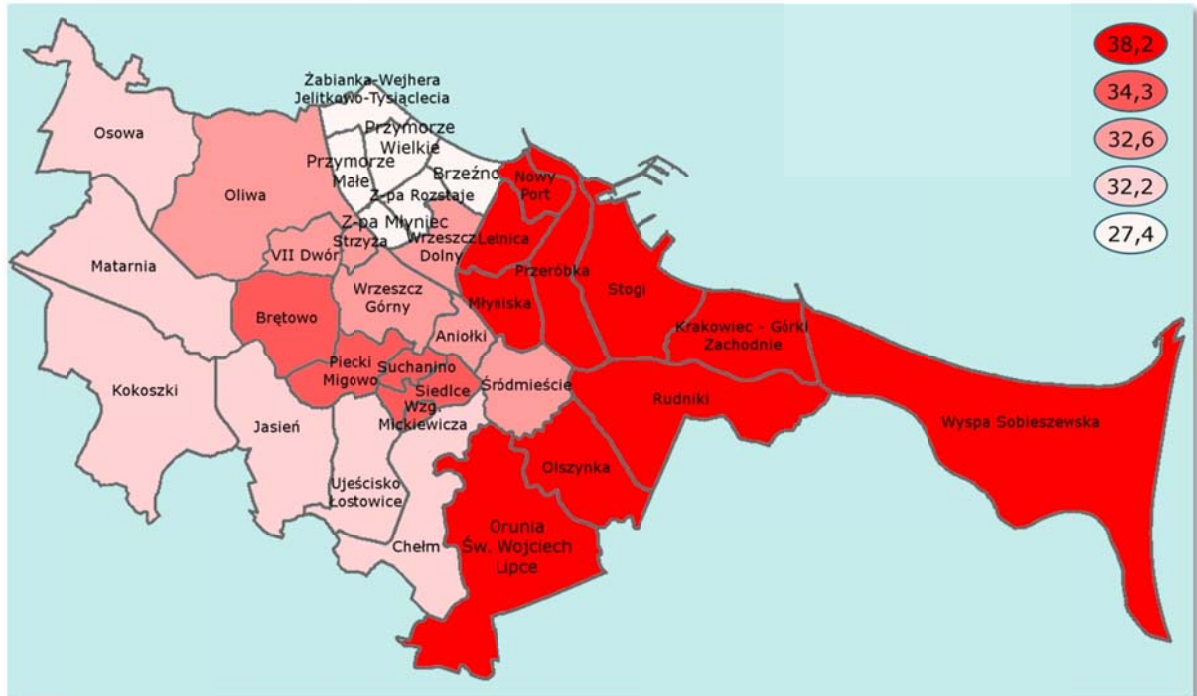
	poziom niski	poziom średni	poziom wysoki
sprawni i samodzielni	20,3	59,1	20,6
niesprawni, ale samodzielni	42,4	49,0	8,6
niesprawni i niesamodzielni (w stopniu niewielkim lub dużym)	57,0	37,2	5,8

$\chi^2=168,11$, $df=4$, $p<0,001$

Istotnym czynnikiem różnicującym poziom integracji i alienacji jest zmienna terytorialna. Okazuje się, że poziom średni i wysoki częściej osiągają osoby zamieszkujące strefę północnych WZM (Zaspa, Przymorze, Żabianka) oraz taras południowo-zachodni (Jasień, Ujeścisko, Zakoniczyn, Matarinia, Osowa, Kokoszki). Z kolei niski poziom integracji i aktywności częściej osiągają osoby zamieszkujące strefę przemysłową (Nowy Port, Stogi, Przeróbka, Orunia, Olszynka) – 38,2%, strefę południowych WZM (Suchanino, Piecki) - 34,3% oraz strefę centralną (Śródmieście, Wrzeszcz, Oliwa) - 32,6%. Uwzględniając wszystkie dane dotyczące integracji i aktywności badanych osób należy zwrócić uwagę zwłaszcza na strefę przemysłową. Niektóre dzielnice położone na tym obszarze wymagają rewitalizacji, i to zarówno w aspekcie urbanistyczno-przestrzennym jak i społeczno-kulturowym. Bez podjęcia działań mających na celu poprawę sytuacji ludności w tej części miasta, trudno będzie mówić o jakichkolwiek zmianach w postawach starszych osób zamieszkujących tę strefę.

Na zaprezentowanej niżej mapce (rys 62) przedstawiono procentowy rozkład niskiego poziomu integracji społecznej i aktywności.

Rys. 62. Odsetek respondentów osiągający niski poziom indeksu integracji społecznej i aktywności w poszczególnych strefach Gdańska (%)



Rozdział VII

Waloryzacja miejsca zamieszkania (dzielnicy)

Badania nad waloryzacją przestrzeni mają w polskiej socjologii długą tradycję (Piotrowski 1966; Pióro 1962; Jałowiecki 1967; Turowski 1963). Inspirowane dorobkiem ekologii społecznej koncentrowały się głównie na poznaniu współzależności między strukturą przestrzenną a strukturą społeczną oraz sposobami waloryzacji przestrzeni miasta. Środowisko zamieszkania spełnia szereg znaczących dla życia społecznego funkcji (Sowa, Maliszewski 1980; Szymański 1973; Turowski 1998). Dlatego problem jest ważny zwłaszcza w kontekście analizy środowiska, w jakim przyszło zamieszkiwać osobom starszym. Dostosowanie najbliższego miejsca zamieszkania do potrzeb i oczekiwań osób starszych (zob. np. Meyer-Bohe, 1998, Czekanowski, 2012, s. 189-194) staje się dziś jednym z kluczowych zadań przed jakim staje samorząd lokalny. Szczegółowa analiza waloryzacji przestrzeni dzielnic może wskazać na pozytywne i negatywne aspekty życia w dzielnicy (tak jak są one doświadczane i postrzegane przez samych mieszkańców) oraz może dostarczyć cennych przesłanek dla polityki inwestycyjnej w poszczególnych obszarach miasta.

Jak dowiodły liczne badania, postrzegany i doświadczany fragment miasta (w naszym przypadku dzielnicy), nie zawsze pokrywa się z obiektywnymi warunkami życia w danym miejscu. Stan wyposażenia dzielnic w odpowiednią infrastrukturę (instytucje miejskie, drogi, stan budynków itp.) oraz obiektywnie panujące tam warunki życia (np. walory estetyczne, ekologiczne, społeczne) nie zawsze idą w parze z subiektywną waloryzacją danej jednostki przestrzennej przez samych jej użytkowników. Percepcja przestrzeni miejskiej często pociąga za sobą tworzenie się pewnych obrazów i przestrzennych stereotypów, będących zbitkami cech urbanistycznych, architektonicznych, ekologicznych i społecznych przypisywanych pewnym miejscom (Szczepański 1991, s. 72-73). Te stereotypowe obrazy stają się podstawą wyodrębniania w przestrzeni różnych dzielnic oraz stanowią przedmiot ich oceny i wartościowania.

Waloryzacji przestrzeni dzielnicowej dokonywać można w wielu wymiarach. Na przykład M. Szczepański w swoich badaniach dokonuje analizy przestrzeni na podstawie pięciu podstawowych form ładu, które obejmują ład urbanistyczno-architektoniczny, funkcjonalny, estetyczny, społeczny oraz ekologiczny (Szczepański 1991, s. 74). Pierwsza forma ładu wyznacza kompozycyjną zwartość

osiedla, dzielnicy czy strefy miejskiej, ulokowanie domów, ich kształt i wielkość oraz usytuowanie obiektów małej architektury itp. Druga forma wiąże się z walorami użytkowymi przestrzeni i ilością punktów usługowych, sklepów, ośrodków zdrowia, przedszkoli i placów zabaw. Ład estetyczny to czystość i schludność, krótko mówiąc „uroda miejsca i przestrzeni”, zaś ład ekologiczny zawiera w sobie wartości przyrodnicze. Ład społeczny, to według wymienionego autora, sieć stosunków społecznych, więzi sąsiedzkie oraz identyfikacja z miejscem.

To wyszczególnienie stało się podstawą określenia kilku dziedzin, w których zachodzić może percepcja i waloryzacja przestrzeni dzielnicowej. Przedmiot oceny dotyczy szczególnie tych elementów przestrzeni, które stanowią o warunkach życia i codziennym funkcjonowaniu w najbliższym miejscu zamieszkania, a także ważne są z punktu widzenia mieszkańca. Dla potrzeb badawczych przyjęto cztery, znacznie zmodyfikowane w stosunku do wyżej zaprezentowanego podziału, formy ładu czy dziedzin, które są bardzo ważne z punktu widzenia potrzeb osoby starszej:

1. **Infrastruktura drogowo-pieszna:** jakość dróg i chodników, usytuowanie i bezpieczeństwo na przejściach dla pieszych, wyposażenie w miejsca parkingowe, w tym możliwość podjechania samochodem pod dom, udogodnienia architektoniczne dla osób niepełnosprawnych.
2. **Infrastruktura i działania w zakresie rekreacji i czasu wolnego:** nasycenie i bliskość do miejsc i terenów zielonych. gdzie można wypocząć i pospacerować oraz miejsc, gdzie osoby starsze mogą uprawiać jakąś aktywność fizyczną, funkcjonowanie w dzielnicy instytucji typu: kluby seniora, klubokawiarnie, domy kultury umożliwiające osobom starszym spędzenie czasu wolnego, podejmowanie lokalnych działań mających na celu organizowanie imprez i działań społeczno-kulturalnych z myślą o osobach starszych.
3. **Ład funkcjonalny:** wyposażenie w ośrodki i przychodnie zdrowia, apteki, sklepy, gdzie można zrobić codzienne zakupy, w punkty podstawowych usług, poczty oraz dostęp do środków komunikacji publicznej.
4. **Ład społeczny:** poczucie bezpieczeństwa na ulicy, podwórzu i w budynku, stosunki i pomoc sąsiedzka, przestrzeganie norm w zakresie ciszy nocnej.

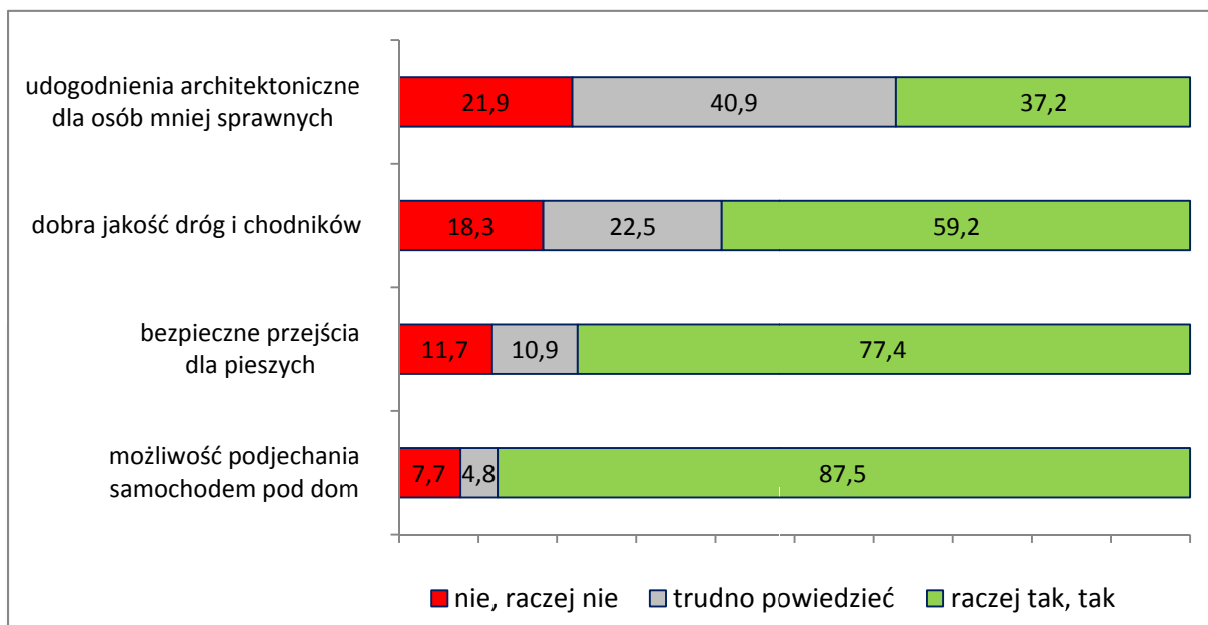
Ocena wszystkich czterech wyodrębnionych ładów rzutuje bezpośrednio na globalną ocenę wartości waloryzowanej przestrzeni. Poszczególnym ładom i dziedzinom poświęcono w kwestionariuszu kilkanaście pytań - twierdzeń dotyczących dzielnicy respondenta. Do każdego w tych twierdzeń respondent musiał wyrazić swoje ustosunkowanie korzystając z pięciostopniowej skali. Wyrażenie zgody z danym twierdzeniem lub zaprzeczenie odzwierciedlało ocenę dzielnicy w pewnym aspekcie. Potwierdzenie („tak” lub „raczej tak”) potraktować można jako ocenę pozytywną, zaś zaprzeczenie („nie” lub „raczej nie”) jako negatywną. Dla dokonania bardziej precyzyjnego pomiaru zastosowano procedurę obliczeniową, stosowaną w analizach skal Likerta.

Odpowiedzi potwierdzającej występowanie pozytywnej cechy w dzielnicy przypisywano 5 punktów (odpowiedź „tak”), natomiast odpowiedzi przeczącej - 1 punkt (odpowiedź „nie”). Między ekstremalnymi odpowiedziami znajdowały się wartości pośrednie („raczej tak” - 4 punkty, „trudno powiedzieć(nie wiem)” - 3 punkty, „raczej nie” - 2 punkty). W ten sposób dla każdego wskaźnika (twierdzenia) obliczono średnią punktów, stanowiącą jednocześnie ocenę poziomu zaspokojenia lub niezaspokojenia potrzeb mieszkańców pod pewnym względem - im wyższa średnia, tym lepsza ocena danego aspektu życia w dzielnicy⁴¹.

7.1. Infrastruktura drogowo-pieszca

Zestawienie poszczególnych parametrów składających się na infrastrukturę drogowo-pieszczą pokazuje, że badani ze swojej perspektywy najgorzej ocenili w swoim miejscu zamieszkania udogodnienia architektoniczne dla osób mniej sprawnych (21,9%) oraz jakość dróg i chodników (18,3%). Co dziewiąty badany zwrócił uwagę na problem bezpieczeństwa na przejściach dla pieszych (11,7%), natomiast – 7,7% na trudność podjechania samochodem pod dom.

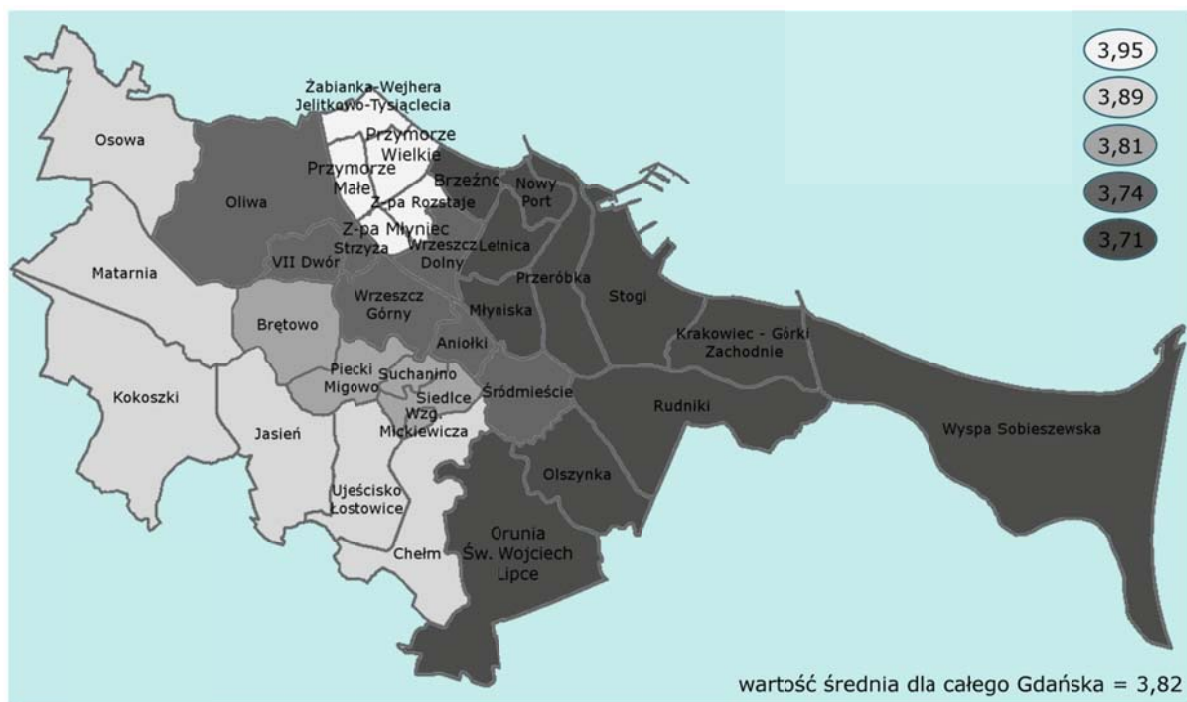
Rys. 63. Infrastruktura drogowo-pieszca w miejscu zamieszkania (%)



⁴¹ Część z tych zagadnień była rozpoznawana w badaniach wykonanych w ramach projektu PolSenior (Bartoszek i in., 2011, 2012), ale ze względu na różnice metodologiczne występujące w badaniach gdańskich i badaniach PolSenior porównywanie wyników jest zdecydowanie ograniczone.

Na podstawie zgromadzonych informacji obliczono wartość średnią dla całego zespołu wskaźników, za pomocą których dokonano oceny infrastruktury drogowo-pieszkiej w poszczególnych dzielnicach miasta. I tak, wartość średnia dla całego Gdańska wyniosła 3,82. Powyżej średniej uplasowały się północna strefa WZM (3,95%) oraz strefa Gdańsk Południe (3,89). Na poziomie zbliżonym do średniej znalazła się południowa strefa WZM (3,81), natomiast poniżej średniej strefa centralna (3,74) oraz strefa przemysłowa (3,71).

Rys. 64. Infrastruktura drogowo-pieszka w miejscu zamieszkania w ocenie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (\bar{x})

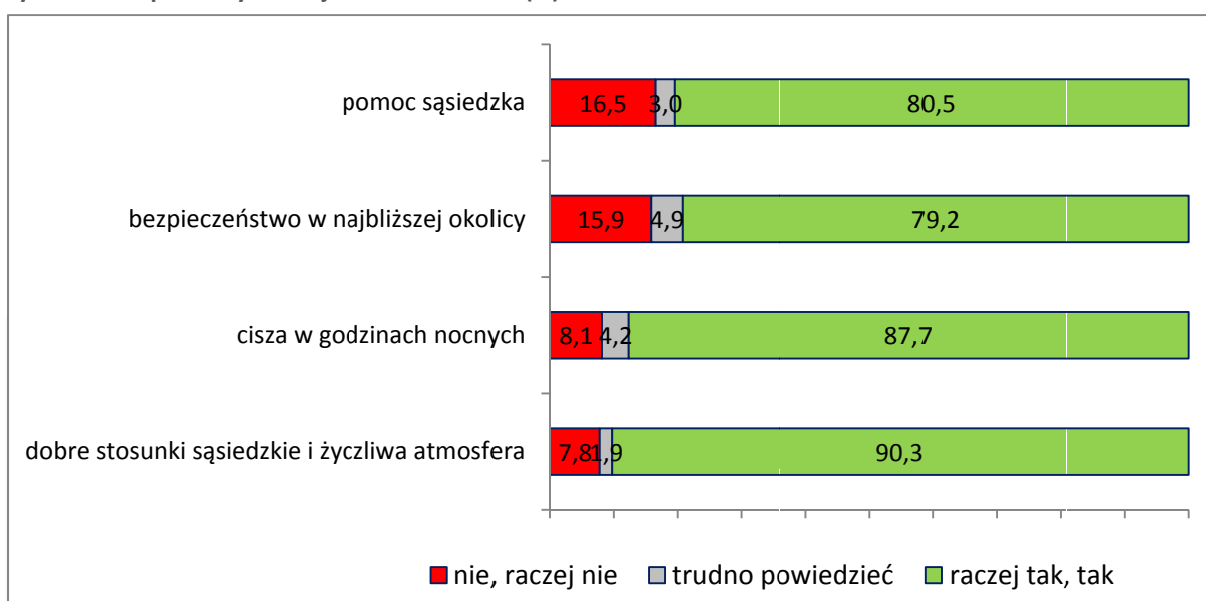


Na tle całego miasta najgorsza sytuacja – jeżeli chodzi o ocenę infrastruktury drogowo-pieszkiej – przedstawia się w dzielnicach przemysłowych takich jak Nowy Port, Letnica, Młyniska, Stogi, Przeróbka, Rudniki, Olszynka, Orunia. Jest to strefa miasta najmniej przyjazna pod tym względem osobom starszym. Natomiast takie dzielnice jak Żabianka, Przymorze, Zaspą uzyskały najlepszą ocenę. W związku z tym nasuwa się wniosek: infrastruktura drogowo-pieszka zdecydowanie lepiej oceniana jest w dzielnicach, w których dominuje zabudowa spółdzielcza, gorzej zaś w starych dzielnicach, w których dominuje zabudowa komunalna. Cieszy fakt, że władze miasta rozpoczęły już prace nad rewitalizacją niektórych dzielnic położonych w tej zdegradowanej, pod względem infrastruktury technicznej, części miasta. Dotyczy to zwłaszcza części Śródmieścia (Dolne Miasto), Oruni, Nowego Portu czy Letnicy. Pamiętać należy, iż niektóre fragmenty infrastruktury technicznej na terenie starych dzielnic komunalnych pochodzą sprzed II wojny światowej i wymagają gruntownego remontu.

7.2. Ład społeczny

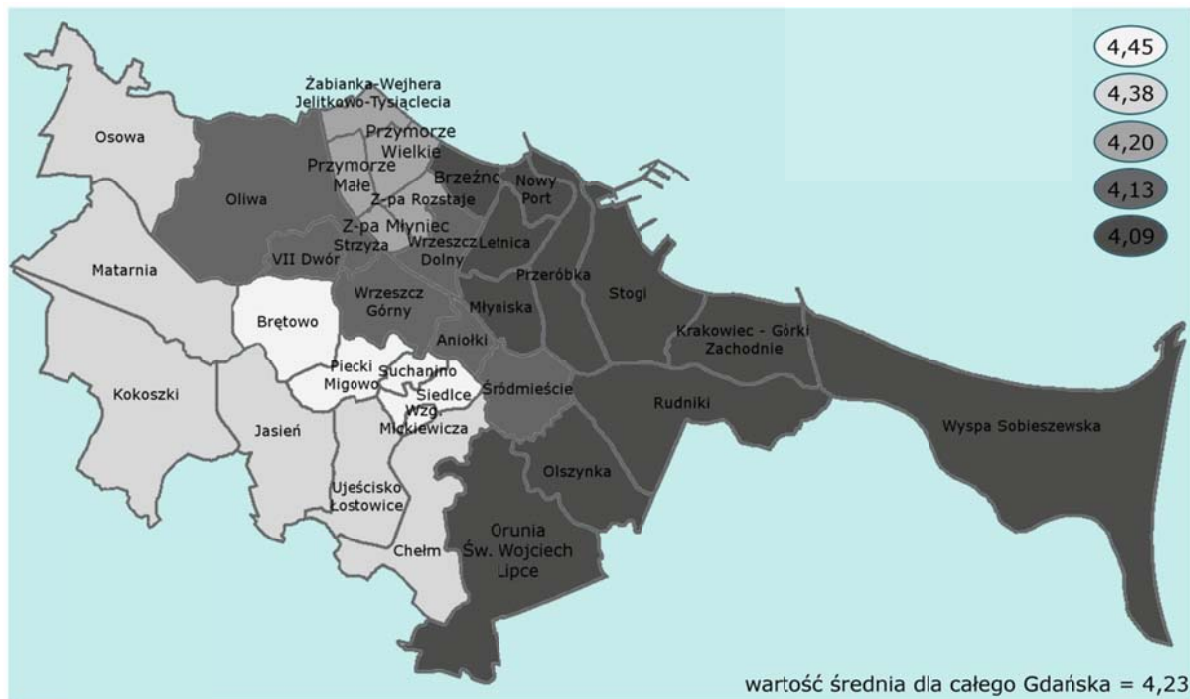
Ład społeczny stanowi bardzo ważny składnik satysfakcji z miejsca zamieszkania. Dobre stosunki sąsiedzkie i poczucie bezpieczeństwa, w znacznym stopniu rekompensować mogą niedostatki w sferze infrastruktury technicznej. Tym bardziej optymistyczne jest to, że we wszystkich czterech wymiarach ładu społecznego branych pod uwagę dominują odpowiedzi „raczej tak” i „tak”. Jednakże, zwracając uwagę na odpowiedzi o charakterze negatywnym, największa grupa badanych stosunkowo źle oceniła w swoim miejscu zamieszkania pomoc sąsiedzką (16,5%) oraz poziom bezpieczeństwa w najbliższej okolicy (15,9%).

Rys. 65. Ład społeczny w miejscu zamieszkania (%)



O ile w skali całego Gdańska ocena poszczególnych parametrów ładu społecznego jest spójna i stosunkowo wysoka (4,23), to uwzględniając podział terytorialny zauważalne są różnice. Najwyższą średnią (4,45) odnotowano na terenie południowej strefy WZM oraz w dzielnicach wchodzących w skład tarasu południowo-zachodniego (4,38). Natomiast najniższe wartości średniej odnotowano w strefie centralnej (4,20) oraz w strefie przemysłowej (4,09). Zatem rejony o najwyższych wskaźnikach, to tereny znajdujące się „na uboczu” o nieco spokojniejszej dynamice życia codziennego. Z kolei strefy, w których zarejestrowano najniższe wartości średniej to dzielnice centralne, w których skupia się życie miejskie (śródmieście, Wrzeszcz, Oliwa) oraz tereny zdegradowane, poddawane procesowi rewitalizacji (Nowy Port, Stogi, Przeróbka, Orunia). Niższy wskaźnik w zakresie ładu społecznego w dzielnicach przemysłowych koresponduje więc z potocznym wyobrażeniem i wizerunkiem tych dzielnic jako niebezpiecznych i mających pewne atrybuty miejskich slumsów.

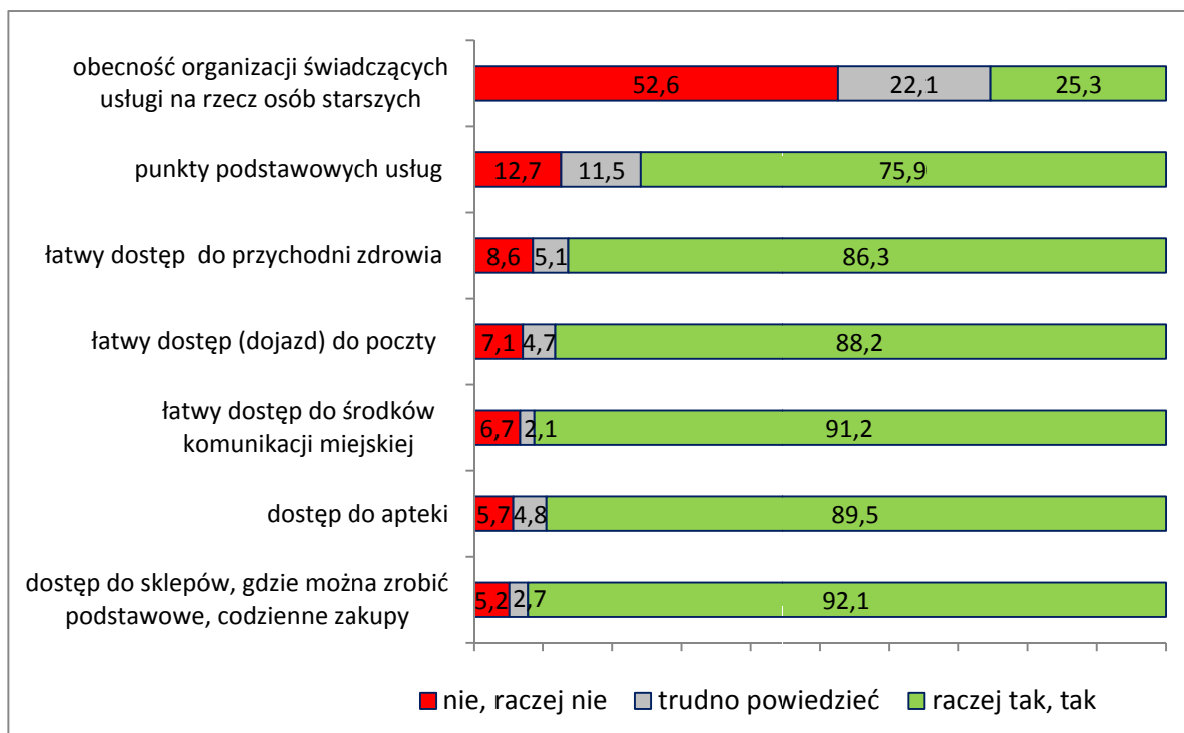
Rys. 66. Ład społeczny w miejscu zamieszkania w ocenie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (\bar{x})



7.3. Ład funkcjonalny

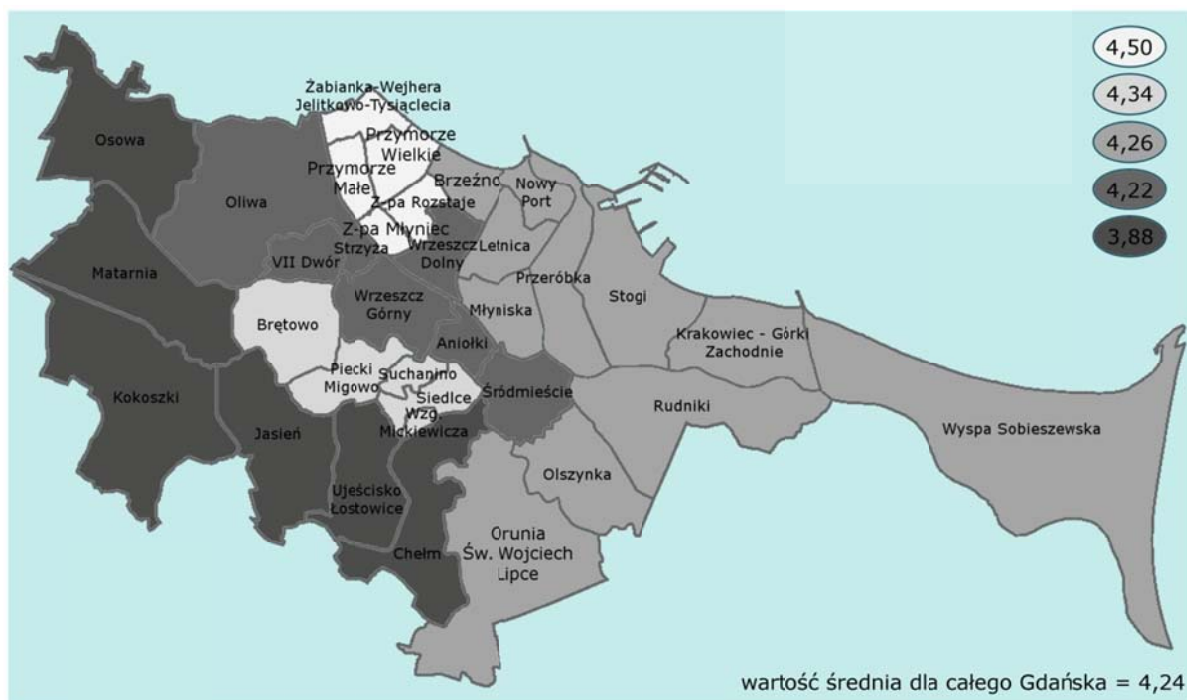
Cechą miejskości są instytucje i podmioty gospodarcze oraz takie rozwiązania urbanistyczne i komunikacyjne, które ułatwiają mieszkańcom codzienne funkcjonowanie. Wygoda życia jest zazwyczaj jednym z podstawowych czynników branych pod uwagę przy wyborze miejsca zamieszkania. Dla osób starszych istotne jest to, czy w ich miejscu zamieszkania znajdują się dobrze zaopatrzone sklepy (z dobrym dojściem), apteka, poczta, przychodnia zdrowia, punkty podstawowych usług, czy jest dostęp do komunikacji miejskiej (transportu zbiorowego), i wreszcie czy działają organizacje, których działalność skierowana jest do osób starszych. W trakcie badań okazało się, że ten ostatni element jest ogniwem najsłabszym – ponad połowa badanych zwróciła uwagę na brak obecności w rejonie swojego zamieszkania organizacji świadczących usługi na rzecz osób starszych (52,6%). Brak podstawowych punktów usługowych dostrzega 12,7% respondentów, brak łatwego dostępu do przychodni zdrowia 8,6%, brak dostępu do poczty 7,1%, brak dostępu do środków komunikacji miejskiej 6,7%, brak apteki (5,7%) oraz brak wystarczającej ilości sklepów 5,2%. Generalnie w wymiarze ładu funkcjonalnego - w porównaniu z innymi wymiarami satysfakcji z miejsca zamieszkania – sytuacja prezentuje się dość dobrze. Jedynym mankamentem jest wciąż zbyt mała ilość instytucji i organizacji (w tym NGO), które wychodziłyby naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom osób starszych.

Rys. 67. Ład funkcjonalny w miejscu zamieszkania (%)



W wymiarze ładu funkcjonalnego najwyższe średnie odnotowano na terenie północnej strefy WZM (4,50) oraz południowej strefy WZM (4,34) – a więc w dzielnicach spółdzielczych. Dawnej dzielnice te pełniły funkcję sypialni miasta. W ostatnich latach w dzielnicach tych znacząco rozwinęła się sieć handlowo-usługowa oraz infrastruktura drogowo-komunikacyjna. Łatwy dostęp do przychodni, komunikacji miejskiej, sklepów, kościołów sprawia, że osobom starszym żyje się tu stosunkowo dobrze. Z kolei najgorzej sytuacja przedstawia się w dzielnicach zlokalizowanych w tarasie południowo-zachodnim (3,88). Wynika to prawdopodobnie z tego, że niektóre dzielnice ze strefy Gdańsk Południe są mocno zróżnicowane pod względem infrastruktury miejskiej (np. gorszy dostęp do transportu publicznego, gorzej rozwinięta sieć usług w pobliżu miejsca zamieszkania). Zwłaszcza nowe osiedla powstające za obwodnicą trójmiasta pozbawione są bardzo często podstawowej infrastruktury miejskiej. Brakuje tam sklepów, przedszkoli, szkół, podstawowych usług, przychodni. Również komunikacja miejska oparta jest tam wyłącznie na transporcie autobusowym, co przy istniejącym niedoborze sieci dróg oraz licznych remontach drogowych stawia mieszkańców tej części miasta w mało komfortowej sytuacji. Można stwierdzić że w dzielnicach położonych za obwodnicą proces urbanizacji ma charakter ułomny – za powstawaniem nowych osiedli nie nadąża miejska infrastruktura.

Rys. 68. Ład funkcjonalny w miejscu zamieszkania w ocenie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (\bar{x})



7.4. Infrastruktura w zakresie rekreacji i czasu wolnego

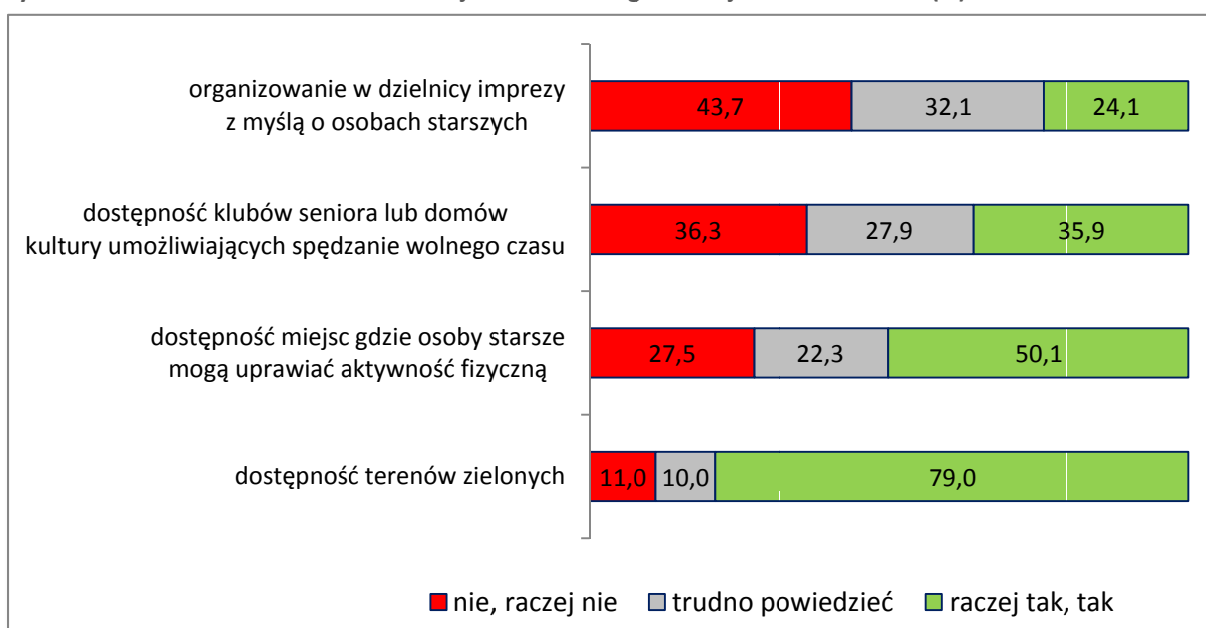
Z ładem funkcjonalnym wiąże się ład związany z kategorią czasu wolnego. Dobrze mieszka się w dzielnicach, w których są możliwości do uprawiania sportu, rekreacji, są miejsca do wypoczynku na świeżym powietrzu, trasy spacerowe, rowerowe, miejsca i instytucje, gdzie można realizować swoje aktywności o charakterze hobbistycznym. Ład w zakresie rekreacji i czasu wolnego ma szczególne znaczenie dla dwóch grup mieszkańców: najmłodszych (dzieci i młodzieży) oraz najstarszych (emerytów).

Z przeprowadzonych badań wynika, że większość badanych dostrzega łatwość dostępu do terenów zielonych, a więc miejsc gdzie można udać się na spacer i odpocząć „na łonie natury” (79,0%). Jest to jeden z największych walorów Gdańska. Z jednej bowiem strony mieszkańcy mają dostęp do plaż i terenów zielonych położonych wzdłuż morza, z drugiej zaś do terenów leśnych w Trójmiejskim Parku Krajobrazowym. Oprócz tego w mieście znajduje się kilka parków miejskich (najczęściej odwiedzane to park w Oliwie oraz w Oruni). W ostatnich latach w mieście przybyło miejsc, gdzie można uprawiać jakąś aktywność fizyczną. Coraz więcej starszych osób jeździ na rowerze, uprawia *nornic walking*, uczęszcza na zajęcia gimnastyczne itp. Być może dlatego połowa

badanych dostrzega w swojej dzielnicy takie miejsca, gdzie można realizować jakąś aktywność fizyczną (50,1%).

Gorzej sytuacja przedstawia się jeżeli chodzi o dostępność klubów Seniora lub domów kultury umożliwiających spędzenie wolnego czasu przez osoby starsze (35,9%). Choć w Gdańsku istnieje ponad trzydzieści tego typu instytucji, to jednak ich sieć nie pokrywa równomiernie całego miasta, a ich oferta nie zawsze trafia w potrzeby potencjalnych uczestników. Ponadto tylko 24,1% badanych dostrzega istnienie imprez organizowanych z myślą o osobach starszych. W tej sferze aż 43,7% badanych w ogóle nie dostrzega takich inicjatyw w swojej dzielnicy/osiedlu.

Rys. 69. Infrastruktura w zakresie rekreacji i czasu wolnego w miejscu zamieszkania (%)

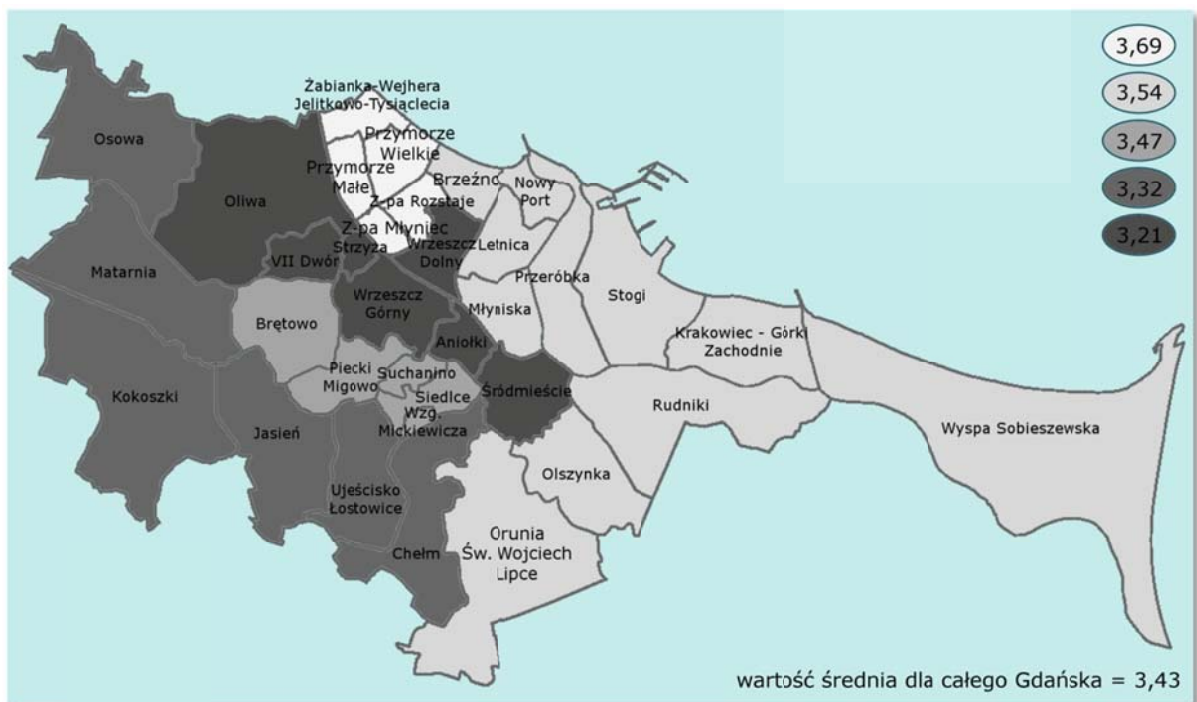


Podobnie jak w przypadku ładu funkcjonalnego, tak i tu najwyższe wartości średnie – związane z oceną infrastruktury w zakresie rekreacji i czasu wolnego – odnotowano w północnej strefie WZM (3,69), najniższe natomiast w strefie centralnej (3,21) oraz w tarasie południowo-zachodnim (3,32). Pozytywna ocena tej infrastruktury w takich dzielnicach jak Przymorze, Zaspa, Żabianka nie dziwi. Nadmorskie położenie tych dzielnic, jak również znaczące inwestycje poczynione przez władze miasta w tym rejonie (ścieżki rowerowe, park Regana) zdecydowanie poprawiły możliwości aktywnego spędzania wolnego czasu przez osoby starsze. W dzielnicach tych funkcjonuje też ok. 12 klubów, kół i domów kultury oferujących jakieś zajęcia dla osób starszych (tj. ok. 1/3 wszystkich działających w mieście).

Z kolei w strefie, gdzie infrastruktura ta została najgorzej oceniona, tj. w strefie centralnej (Śródmieście, Wrzeszcz, Oliwa) brakuje miejsc do aktywnego wypoczynku. Wynika to oczywiście

z centralnego położenia tych dzielnic. Tu bowiem koncentrują się funkcje handlowe, administracyjne oraz największe węzły komunikacyjne miasta. W przypadku strefy Gdańsk Południe, stosunkowo niskie wartości średnie związane z oceną infrastruktury w zakresie rekreacji i czasu wolnego wynikają zapewne z samej specyfiki tych dzielnic (dominuje tu zabudowa prywatna i deweloperska) oraz ze słabego rozwoju infrastruktury miejskiej w tym rejonie Gdańska (brak miejsc do rekreacji oraz instytucji prowadzących działalność społeczno-kulturalną). Niestety obraz zabudowy mieszkalnej zlokalizowanej w „szczerym polu” wciąż pozostaje jednym z elementem krajobrazu tej części miasta.

Rys. 70. Infrastruktura w zakresie rekreacji i czasu wolnego w ocenie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (\bar{x})

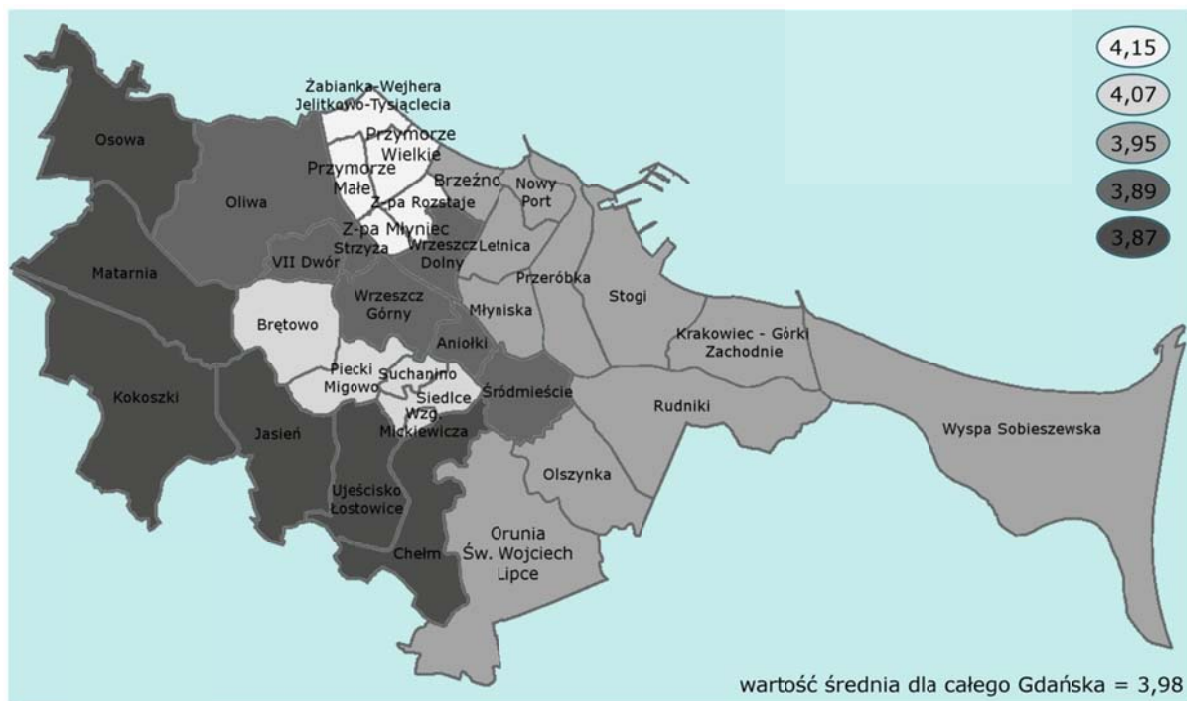


7.5. Ogólna ocena miejsca zamieszkania

Zaprezentowana wyżej wieloaspektowa waloryzacja przestrzeni dokonywana była za pomocą wielu bardzo szczegółowych, cząstkowych wskaźników oceniających cztery wymiary życia w dzielnicy. Oceny te były zróżnicowane w zależności od strefy miasta i zakresu zjawisk, do których się odnosiły. Biorąc pod uwagę łącznie wszystkie wskaźniki cząstkowe – obejmujące wszystkie cztery wymiary – obliczono sumaryczny wskaźnik waloryzacji przestrzeni zamieszkiwanej przez osoby badane. I tak, ogólny wskaźnik ilustrujący ocenę miejsca zamieszkania wyniósł 3,98 wartości średniej. Waloryzacja przestrzeni poszczególnych dzielnic, dokonana przez starszych mieszkańców, wskazuje na rozbieżności w odczuciach co do panujących tam warunków życia. Poniżej przeciętnej oceniono infrastrukturę drogowo-pieszą (3,82) oraz infrastrukturę w zakresie rekreacji i czasu wolnego (3,43). Z kolei powyżej przeciętnej uplasowały się ład społeczny (4,23) oraz ład funkcjonalny (4,24).

Do najgorzej ocenionych z perspektywy osób starszych stref miasta należą dzielnice położone w tarasie południowo-zachodnim (3,87) oraz w strefie centralnej (3,89). Dzielnice stanowiące strefę przemysłową, które zwykle w badaniach jakości życia uzyskują najniższe oceny, uplasowały się blisko wyniku średniego (3,95). Najwyższe oceny uzyskała natomiast północna strefa WZM (4,15) oraz południowa strefa WZM (4,07).

Rys. 71. Ogólna ocena miejsca zamieszkania w opinii mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (\bar{x})



Analiza statystyczna wykazała, iż takie zmienne jak płeć, wiek oraz samoocena sytuacji finansowej, nie różnicują ogólnej oceny miejsca zamieszkania. Czynnikiem różnicującym jest natomiast poziom wykształcenia. Osoby z wykształceniem podstawowym i średnim oceniły swoje miejsce zamieszkania na 3,97. Z kolei najniższy wskaźnik średniej odnotowano wśród badanych z wykształceniem zasadniczym zawodowym (3,93), natomiast najwyższy z wykształceniem wyższym (4,09).

7.6. Oczekiwania dotyczące inwestycji w dzielnicy

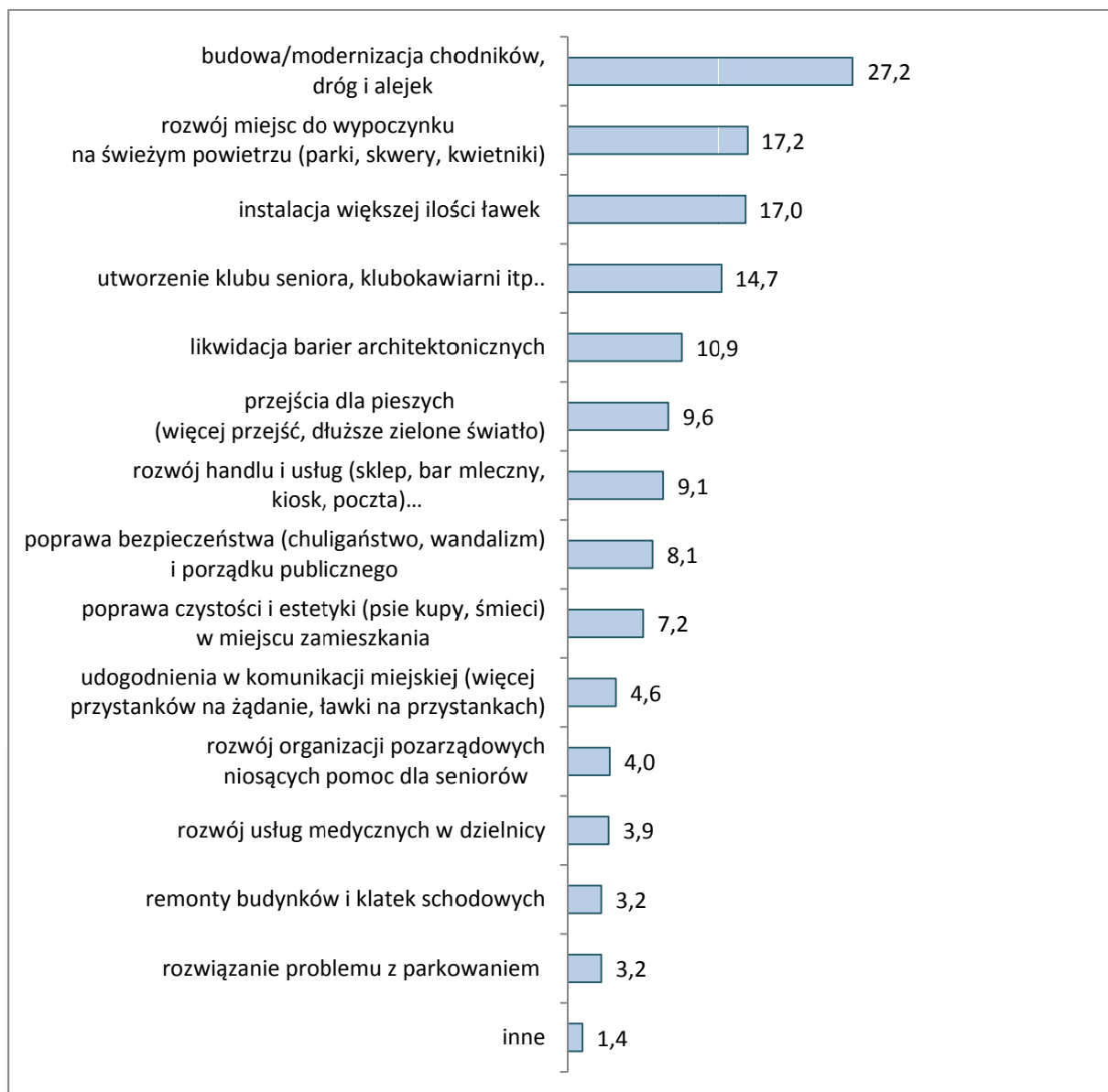
Oczekiwane przez mieszkańców działania i inwestycje, jakie powinny podjąć władze miasta, są najczęściej jakąś odpowiedzią na pojawiające się problemy. Problemem społecznym nazwać można wszelkie „bólączki i dolegliwości w codziennym życiu społecznym mieszkańców wymagające świadomej interwencji władz, instytucji czy też samych mieszkańców w celu ich usuwania a zatem - poprawy warunków życia” (Malikowski, 1998, s. 182). Dla zarejestrowania oczekiwań badanych w zakresie inwestycji w miejscu zamieszkania (dzielnicy) posłużono się następującym pytaniem otwartym: *Proszę pomyśleć o swoim osiedlu/dzielnicy. Co chciał(a)by Pan(i), aby było na nim zrobione w celu ułatwienia i poprawy jakości życia osobom starszym?* Świadomie zrezygnowano z przedstawienia badanym listy potencjalnych działań i inwestycji, do których mieliby się oni odnieść. Prowadzone badanie nie miało na celu ustalenia obiektywnych problemów w mieście istotnych z punktu widzenia urbanistów czy polityków, lecz zarejestrowanie tego, jak widzą te problemy sami gdańszczanie w wieku 65+, jakie dostrzegają uciążliwości, które z nich są najistotniejsze, co chcieliby zmienić w swoim miejscu zamieszkania.

Kompletne zestawienie oczekiwań badanych w zakresie inwestycji, jakie powinny zostać zrealizowane na terenie dzielnicy przedstawia rysunek 73. Do najczęściej wskazywanych propozycji zaliczają się: budowa, modernizacja chodników, dróg i alejek (27,2%), rozwój miejsc do wypoczynku na świeżym powietrzu – skwery parki, zieleńce, miejsca odpoczynku (17,2%), umieszczenie w przestrzeni miejskiej większej liczby ławek (17,0%) oraz utworzenie klubu seniora lub klubokawiarni itp. (14,7%).

Podnoszony od lat w dyskusjach Gdańskiej Rady ds. Seniorów postulat, aby zdecydowanie zwiększyć liczbę ławek w mieście, znalazł swoje czytelne odzwierciedlenie w badaniach empirycznych w wyniku bezpośredniego poznania opinii ludzi starych na ten temat. Ławki, które są inwestycją stosunkowo mało kosztowną w porównaniu z przeprowadzeniem innych wskazanych przez respondentów inwestycji na terenie własnych dzielnic, mogą w znaczący sposób ułatwić ludziom

starym na przykład odpoczywanie podczas wyprawy po zakupy czy podczas spacerowania. Być może wręcz ich dostępność zachęci ludzi starych do tego, aby częściej wychodzić z własnego mieszkania.

Rys. 72. Oczekiwanie osób starszych w zakresie inwestycji na terenie dzielnicy (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)



Warto również podkreślić, że stosunkowo często zwracano uwagę na inne ważne inwestycje, takie jak: likwidacja barier architektonicznych, w tym wysokie krawężniki, brak poręczy (10,9%), problem przejść dla pieszych, zwłaszcza zwiększenie ich ilości oraz rozwiązanie problemu ich współużytkowania przez pieszych i rowerzystów oraz wydłużenie czasu wyświetlania zielonego światła (9,6%). Respondenci podkreślali również konieczność rozwoju punktów handlowo usługowych (9,1%). Postulowano przede wszystkim powstanie większej ilości sklepów

ogólnospożywczych, poczty, kiosku z prasą. Osoby starsze chciałyby mieć w swoim miejscu zamieszkania miejsce zwane potocznie rynkiem (gdzie można byłoby zakupić świeże owoce i warzywa) oraz bar mleczny, gdzie można byłoby zjeść tani i smaczny obiad (jest to istotne zwłaszcza dla osób, którym przygotowanie posiłku sprawia poważną trudność). W dalszej kolejności postulowano konieczność poprawy bezpieczeństwa w dzielnicy (8,1%), poprawy estetyki (7,2%), konieczność wprowadzenia udogodnień komunikacyjnych (4,6%), takich jak więcej przystanków na żądanie i ławki na przystankach, rozwój organizacji pozarządowych niosących pomoc dla seniorów (4,0%) oraz rozwój usług medycznych w dzielnicy (3,9%). Dość rzadko wymieniano konieczność remontu budynku i klatki schodowej (3,2%) czy rozwiązania problemu z parkowaniem samochodów (3,2%).

Generalnie oczekiwania starszych osób nie są zbyt wygórowane. W większości dotyczą spraw, które nie wymagają bardzo dużych nakładów finansowych. Skupiają się na większej estetyzacji przestrzeni, małej architekturze (skwerach, kwietnikach), naprawach chodników, instalacjach ławek itp. Rozwój sieci handlowo-usługowej w rozumieniu starszych osób to nie wielofunkcyjne centra handlowe, z których w większość starszych osób i tak nie korzysta, ale drobny, czasem wręcz uliczny handel (kiosk, warzywniak) i elementarne usługi (bar mleczny, poczta).

Rozdział VIII

Postawy wobec środków psychoaktywnych oraz zagrożenie przemocą

W rozdziale tym omówione zostaną niektóre negatywne zjawiska i zagrożenia, na które narażone są osoby starsze, w tym spożywanie alkoholu, palenie papierosów, nadużywanie leków kupowanych bez recepty oraz kompleks zjawisk związanych w przemocą wobec osób starszych.

Alkohol towarzyszył człowiekowi niemal od zarania dziejów. Na przestrzeni wieków spełniał wiele różnorodnych funkcji, stając się integralną częścią życia społecznego. Wpisał się trwale w tradycję, obyczaje i zwyczaje, a doświadczenia wskazują, że próby wykorzenia go z przestrzeni społecznej nie przynoszą oczekiwanych efektów. Człowiek bowiem nie potrafi (bądź nie chce) zrezygnować z przyjemności płynących z jego stosowania. W wielu współczesnych społeczeństwach, w tym także polskim, poziom konsumpcji alkoholu wykazuje tendencje wzrostowe, stając się przyczyną licznych problemów społecznych. Obecnie średnie spożycie alkoholu na jedną osobę w naszym kraju szacowane jest na około 7,47 litra i wykazuje nadal tendencje wzrostowe (PARPA). Według szacunkowych danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Polsce zjawisko nadużywania alkoholu dotyczy niemałej grupy konsumentów - od 5-7% to osoby pijące szkodliwie, natomiast około 2% to osoby uzależnione od alkoholu. Spożycie alkoholu wzrasta najszybciej wśród pijących najwięcej - ta kategoria społeczna poszerza się w bardzo szybkim tempie. Wzrost konsumpcji oraz specyfika grup, których w szczególności on dotyczy, pozwala przewidywać, że w najbliższym czasie nastąpi wzrost zagrożeń związanych ze sferą zdrowia i porządku publicznego - alarmuje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA).

Skala zjawiska związanego ze spożyciem alkoholu w Polsce wygląda jednak nieco odmiennie i bardziej optymistycznie wśród osób najstarszych. O ile bowiem młodzież spożywa coraz więcej alkoholu, o tyle osoby starsze piją zdecydowanie rzadziej, piją raczej okazjonalnie lub przyjmują postawy abstynenckie (Kinney, Leaton 1996, s. 39). Z badań przeprowadzonych w 2010 roku przez CBOS wynika, że wśród osób w wieku 65+ tylko 49% badanych zadeklarowało częste lub okazjonalne spożywanie alkoholu, w tym 73% mężczyzn i 35% kobiet (*Postawy wobec alkoholu....*, CBOS 2010).

Główną przyczyną ograniczenia spożycia alkoholu w tym wieku jest pogarszający się stan zdrowia i związane z tym zalecenia lekarskie. Wiadomo bowiem, że spożywanie alkoholu, zwłaszcza częste i w dużych ilościach, może stanowić realne zagrożenie nie tylko dla zdrowia, ale i dla życia wielu starszych osób. Nie oznacza to jednak, że wśród ludzi starszych problem choroby alkoholowej nie występuje. Jest on niewątpliwie mniejszy przez sam fakt, że wielu alkoholików nie dożywa do sędziwego wieku. Niemniej ważnym jest oszacowanie odsetka tych starszych osób, dla których alkohol wciąż pozostaje istotnym i nierozwiązanym problemem życiowym (temu służy m.in. zaprezentowany w poniższych paragrafach materiał).

Z problemem nadużywania alkoholu wiąże się problem palenia papierosów. Badania prowadzone nad szkodliwym działaniem dymu tytoniowego wykazały ścisły związek przyczynowo-skutkowy między paleniem a występowaniem wielu chorób, takich jak np. nowotwory złośliwe płuc, jamy ustnej, gardła, przełyku i krtani, choroby układu krążenia, choroba wrzodowa, itd. (Sellman i in. 1999, s. 869). Choć informacje o szkodliwości palenia są powszechnie dostępne, to jednak nie wydaje się by sama świadomość zagrożenia była czynnikiem wystarczającym do tego, by zaprzestać palenia. Wielu palaczy lekceważy je, stosując zasady myślenia życzeniowego. Palacze potrafią podać liczne przykłady znanych sobie osób, które palą i są - w ich opinii - okazami zdrowia. Tak jak w przypadku konsumpcji alkoholu i tu mamy do czynienia ze zjawiskiem dysonansu poznawczego i dążnością do jego redukcji (Cekiera 2001, s. 20).

Współczesna medycyna, poczynszy od lat 80-tych XX wieku jednoznacznie kwalifikuje chroniczne palenie tytoniu jako jedną z form uzależnienia. Obecnie uzależnienie od nikotyny stanowi jeden z najpoważniejszych problemów społecznych. Według Światowej Organizacji Zdrowia palenie tytoniu jest przyczyną wielu zgonów. Rocznie z tego powodu na świecie umiera 5 milionów ludzi.⁴² W Polsce w latach osiemdziesiątych - mimo kryzysu - konsumpcja papierosów utrzymywała się na bardzo wysokim poziomie i wynosiła od 3000 do 3600 sztuk rocznie „na głowę”. Dopiero w latach dziewięćdziesiątych odnotowano spadek poziomu konsumpcji papierosów o około 10-15%. Największy spadek zainteresowania paleniem papierosów wystąpił wśród osób o wysokim statusie ekonomicznym. Najczęściej „wierni” nałogowi palenia pozostali ludzie biedni, o niskich dochodach i wykształceniu. Mimo wyraźniej poprawy (od lat 90. obserwujemy systematyczny spadek odsetka osób palących) nadal jednak zwyczaj palenia jest w Polsce dość popularny, a palaczy spotkać można niemal we wszystkich kategoriach wiekowych i środowiskach społecznych. Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2011 roku wynika, że 35% dorosłych Polaków deklaruje częste lub okazjonalne palenie papierosów. Odsetek palaczy jest zdecydowanie mniejszy wśród osób w wieku

⁴² Por. strona internetowa: www.who.int. dn. 20.08.2004.

65 i więcej lat – 17%. Wśród kobiet w tym wieku odsetek ten wynosi 9%, zaś wśród mężczyzn - 27% (*Postawy wobec palenia ...*, CBOS 2012).

Z problem nadmiernego spożywania alkoholu oraz palenia papierosów wiąże się także inny poważny problem, który dotknąć może osoby starsze – jest to lekomania. Sprzedaż leków w Polsce od kilkunastu lat rośnie. Jak podaje Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, nasz kraj zajmuje szóste miejsce pod względem wielkości rynku zbytu leków w Europie. Niepokój budzi konsumpcja leków dostępnych bez recepty. Niekontrolowane zażywanie leków prowadzić może do uzależnienia psychicznego lub fizycznego, a w efekcie do zmian w zachowaniu oraz do przymusu stałego lub okresowego zażywania leku, w celu doznania oczekiwanego efektu uniknięcia nieprzyjemnych doznań związanych z brakiem leku. Niebezpieczeństwo uzależniania się od leków polega między innymi na tym, że w miarę rozwoju uzależnienia, dla otrzymania pożądanego efektu, osoba taka musi przyjmować coraz większe dawki leku. Najczęściej i najszybciej wytwarza się zależność psychiczna od leku, rzadziej i później zależność fizyczna (somatyczna). Lekomania najczęściej obejmuje leki przeciwbólowe, nasenne, uspokajające oraz poprawiające nastrój (euforyzujące). Wśród zależności lekowych odróżnia się cięższą postać zwaną nałogiem i lżejszą zwaną przyzwyczajeniem. Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2011 roku wynika, że w ciągu całego jednego roku poprzedzającego badanie aż 80% Polaków zażywało leki zakupione bez recepty (*Stosowanie leków ...*, CBOS 2011).

Oprócz diagnozy postaw osób starszych wobec środków psychoaktywnych (alkohol, papierosy, leki) w badaniu podjęto również problem przemocy. Zjawiska odnoszące się do przemocy wobec ludzi starych – pomimo trudności w ich rozpoznawaniu - są ostatnio coraz częściej badane w Polsce⁴³. Osoby w podeszłym wieku (obok dzieci) należą bowiem do tych kategorii społecznych, które najbardziej są zagrożone przemocą. Wynika to z faktu, iż bardzo często są to osoby chore, niepełnosprawne, nie potrafiące skutecznie przeciwstawić się takim negatywnym zjawiskom jako przemoc fizyczna czy emocjonalna. Przemoc wobec osób starszych jest rodzajem patologii społecznej, z którą spotykać się można na każdym kroku, nie tylko na ulicy, ale i w domu. Agresorem bywają zazwyczaj osoby silniejsze, posiadające przewagę fizyczną, psychiczną, często także i ekonomiczną. Wulgarnie słownictwo wypowiedane pod adresem starszych osób, szturchanie czy popychanie powszednieją, przestają być zjawiskiem napiętnowanym społecznie. Charakter i natężenie tego zjawiska przekracza dotychczasowe rozmiary a wypróbowane formy rozwiązywania problemu zawodzą. Coraz częściej media donoszą o przejawach agresji wobec osób starszych, o kradzieżach „na wnuczka”. Na domiar złego w kampanii politycznej oficjalnie działająca partia

⁴³ Zob. Człowiek dorosły i starszy w sytuacjach przemocy, M. Halicka, J. Halicki i A. Sidorczuk (red.), 2009; Przemoc wobec osób starszych, B. Tobiasz-Adamczyk (red.), 2009; Przemoc wobec ludzi starych - na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim, M. Halicka i J. Halicki (red.), 2010.

polityczna apeluje do młodych: „schowaj babci dowód”, zaś artyści scen kabaretowych za wiodący temat swoich dowcipów uczynili sobie tzw. „moherowe berety”. Niby jest to wszystko utrzymane w konwencji żartu, ale niestety niesie za sobą bardzo niebezpieczne konsekwencje i świadczy o tendencji do marginalizacji osób starszych i ich społecznego wykluczenia.

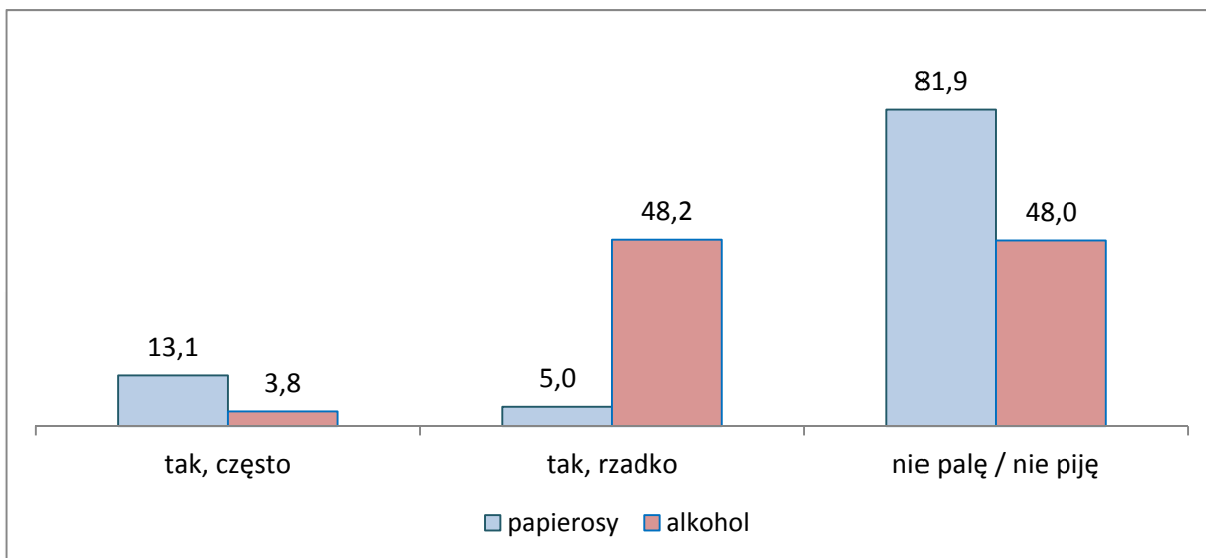
Zainteresowanie problemem przemocy pojawiło się szczególnie silnie pod koniec lat sześćdziesiątych, zaś obecnie stało się jednym z kluczowych kwestii społecznych. Przemoc zdefiniować można jako „wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnej relacji (Pospiszył 1994, s. 12). Przyjmuje się także, iż przemoc to takie zachowanie jednostki lub grupy, w wyniku którego inne osoby ponoszą uszczerbek na ciele lub w zakresie funkcji psychicznych (Fromm 1991). Przemoc może mieć charakter instrumentalny (środek do realizacji określonych celów) lub bezinteresowny (szukanie zadowolenia w znęcaniu się nad innymi) oraz indywidualny lub zbiorowy (Kmieciak-Baran 1999, s. 20). Psycholog społeczny Mellibruda wiąże z przemocą kilka właściwości. Uważa on, że przemoc jest zawsze intencjonalna, powoduje zawsze jakieś szkody, lubi się powtarzać, jest często rozpaczliwym zagłuszaniem poczucia niemocy (Mellibruda 1993). Autor ten rozróżnił przemoc spontaniczną - gorącą oraz instrumentalną – chłodną (Mellibruda 1996). Pierwsza rodzi się z frustracji i niemocy, druga jest natomiast zapisana w obyczaju i kulturze, jest częścią wyposażenia psychologicznego jednostki. Bez wątplenia za zjawisko warte przynajmniej zasygnalizowania jest zjawisko ageizmu które stanowi rodzaj uprzedzenia wobec człowieka wynikający przede wszystkim z jego zaawansowanego wieku (Halicki, 1997, Szukalski, 2009, Czekanowski, 2012, s. 158-163) Ta forma uprzedzenia może przyjmować różne formy, również te, które wyrażają się w pośredniej bądź bezpośredniej przemocy.

8.1. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu

Zestawienie obok siebie rozkładów dotyczących palenia papierosów i spożycia alkoholu pokazuje, że o wiele większa grupa badanych w ogóle nie pali papierosów (81,9%), niż nie pije alkoholu (48,0%). Wśród badanych osoby często sięgające po papierosy to 13,1%, zaś rzadko 5,0%. W przypadku alkoholu osób pijących często jest 3,8%, a rzadko 48,2%. Porównując te dane do wyników badań ogólnopolskich prowadzonych na próbach reprezentatywnych (Polacy w wieku powyżej 18 lat) zauważyć można prawidłowość polegającą na stopniowym odchodzeniu od palenia papierosów i picia alkoholu przez osoby starsze. Wiek i pogarszający się stan zdrowia bardzo często okazuje się skutecznym czynnikiem zniechęcającym do tego typu zachowań. Na przykład podczas gdy w całej populacji dorosłych Polaków odsetek spożywających alkohol rzadko lub często wynosi 76% (por. *Postawy wobec alkoholu ...*, CBOS 2010), to już w próbie gdańszczan 65+ odsetek ten wynosi 52,0%

Podobnie jest z paleniem papierosów. W próbie dorosłych Polaków papierosy pali rzadko lub często 35% badanych (por. *Postawy wobec palenia papierosów ...*, CBOS 2011), zaś w próbie gdańszczan 65+ tylko 18,1%.

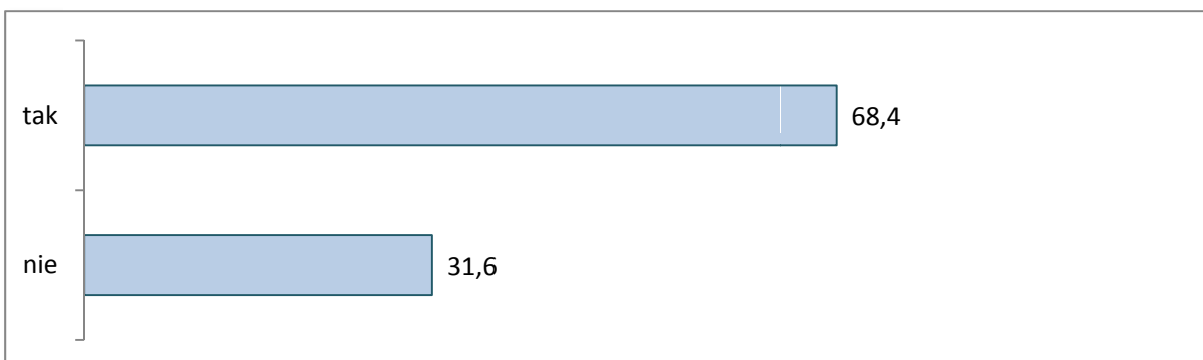
Rys. 73. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu (%)



Osobom, które zadeklarowały częste spożywanie alkoholu, zadano dodatkowe pytanie, o odczuwaną na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy potrzebę ograniczenia picia napojów alkoholowych. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło nieco ponad dwie trzecie badanych (68,4%). Oznacza to, że blisko 2/3 respondentów deklarujących częste spożywanie alkoholu, nie potrafi zaprzestać jego picia, pomimo iż ma przeświadczenie o konieczności ograniczenia jego spożycia (grupa ta nie jest jednak liczna, ponieważ w skali całej próby stanowi zaledwie 2,6% ogółu badanych).

Rys. 74. Potrzeba ograniczenia ilości spożywanego alkoholu w odczuciu respondentów (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy zadeklarowali, że często spożywają alkohol.



n = 57

Analiza statystyczna wykazała, że regularnie po alkohol sięga 6,5% mężczyzn i 2,0% kobiet (różnica 4,5 punktów procentowych na korzyść kobiet), natomiast regularnie (często) pali papierosy 15,7% mężczyzn i 11,4% kobiet (różnica 4,3 p.p. na korzyść kobiet). Kobiety częściej niż mężczyźni w ogóle nie piją alkoholu (różnica 17,9 p.p.), częściej też w ogóle nie palą papierosów (różnica 17,9 p.p.). Struktura osób palących i pijących alkohol w badanej próbie ze względu na płeć jest więc odzwierciedleniem struktury osób pijących i palących w całym kraju - w tych zachowaniach wciąż dominują mężczyźni.

Tab. 74. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu a płeć (%)

	tak, często		tak, rzadko		nie palę, nie piję	
	papierosy	alkohol	papierosy	alkohol	papierosy	alkohol
kobiety	11,4	2,0	4,7	42,9	83,9	55,1
mężczyźni	15,7	6,5	5,5	56,3	78,7	37,2

papierosy: $\chi^2=6,90$, $df=2$, $p<0,05$, alkohol: $\chi^2=57,09$, $df=2$, $p<0,001$

Odsetek osób korzystających z używek – papierosów lub alkoholu – pozostaje w związku liniowym z wiekiem - wraz z wiekiem rośnie odsetek w ogóle nie palących i nie pijących. Im starsi respondenci, tym rzadziej sięgają po papierosy - wśród osób najstarszych w wieku 80+ odsetek palących (często lub rzadko) wynosi 6,2%, podczas gdy wśród najmłodszych, w wieku 65-69 lat, wynosi aż 26,4%. Podobnie ze spożywaniem alkoholu. Im starsi są respondenci tym rzadziej piją alkohol - wśród osób najstarszych w wieku 80+ odsetek pijących (często lub rzadko) często wynosi 41,0%, podczas gdy wśród najmłodszych, w wieku 65-69 lat, aż 61,2%.

Tab. 75. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu a wiek (%)

	tak, często		tak, rzadko		nie palę, nie piję	
	papierosy	alkohol	papierosy	alkohol	papierosy	alkohol
65-69 lat	20,3	3,6	6,1	57,6	73,6	38,9
70-74 lat	13,1	4,4	6,5	43,5	80,4	52,1
75-79 lat	9,1	4,9	3,3	46,9	87,6	48,2
80 i więcej lat	3,9	1,9	2,3	39,1	93,8	58,9

papierosy: $\chi^2=59,47$, $df=6$, $p<0,001$, alkohol: $\chi^2=36,36$, $df=6$, $p<0,001$

Interesujące jest to, że najczęściej często po papierosy sięgają osoby z wykształceniem wyższym (14,7%), nieco rzadziej ze średnim (13,5%). Najmniej natomiast palą osoby z wykształceniem zasadniczym (11,7%) i podstawowym (12,7%). Wynikać to jednak może z tego, że wśród najstarszej kategorii wiekowej (tj. 80+) dominują osoby z niższym poziomem wykształcenia, a jak wiadomo to osoby starsze właśnie – ze względów zdrowotnych - palą zdecydowanie mniej.

Jeżeli chodzi o spożywanie alkoholu to sytuacja przedstawia się podobnie. Osoby z wyższym wykształceniem częściej deklarują picie alkoholu często lub rzadko (62,1%), w przeciwieństwie do osób z wykształceniem średnim, (51,3%), zasadniczym (55,5%) czy podstawowym (42,2%) – wśród tych ostatnich osób odnotowano najwyższy odsetek abstynentów (57,8%).

Tab. 76. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu a wykształcenie (%)

	tak, często		tak, rzadko		nie palę, nie piję	
	papierosy	alkohol	papierosy	alkohol	papierosy	alkohol
podstawowe	12,7	2,9	2,9	39,3	84,4	57,8
zasadnicze zawodowe	11,7	4,5	8,8	51,0	79,5	44,5
średnie	13,5	4,4	5,4	46,9	81,1	48,6
wyższe	14,7	2,2	1,7	59,9	83,6	37,9

papierosy: $\chi^2=18,15$, $df=6$, $p<0,01$, alkohol: $\chi^2=27,74$, $df=6$, $p<0,001$

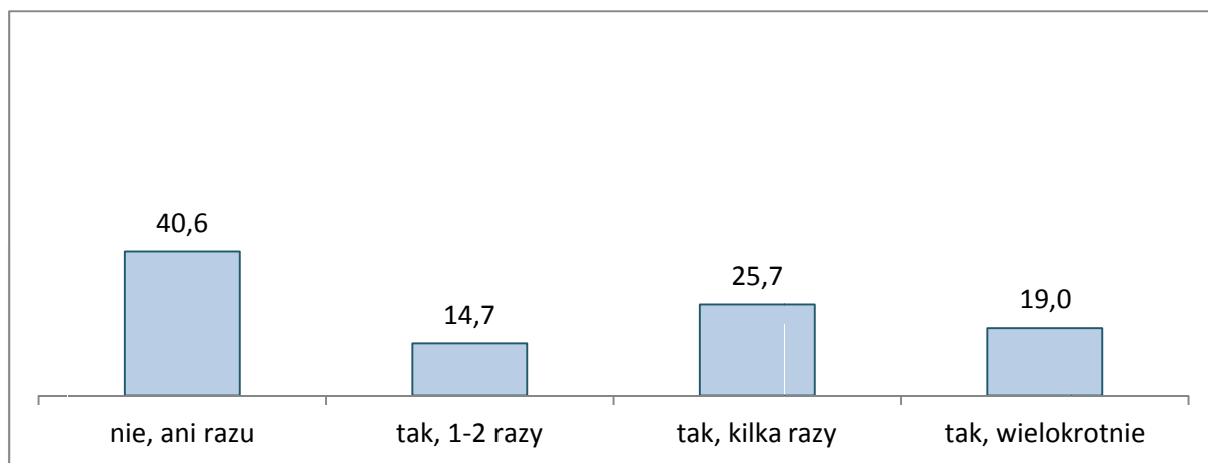
Bez wątplenia palenie papierosów i nadmierne picie alkoholu szkodzi zdrowiu. Twierdzenie to ma swoje mocne i obiektywne podstawy naukowe. Nie zawsze jednak jest ono podzielane przez osoby pijące i palące, które poszukując usprawiedliwienia dla swoich antyzdrowotnych zachowań tworzą własne teorie na ten temat. Przeprowadzone wśród osób starszych badanie wykazało interesującą zależność statystyczną, z której wynika, że papierosy i alkohol mają „zbawienny” wpływ na zdrowie badanych osób. Na przykład podczas gdy 37,0% badanych palących papierosy często i regularnie ocenia swój stan zdrowia dobrze lub raczej dobrze, to już w przypadku osób nie palących analogiczny odsetek wynosi 34,2% (czyli 2,8 punktów procentowych na korzyść osób palących). Bardzo podobnie rzecz przedstawia się w przypadku picia alkoholu. Osoby deklarujące częste picie alkoholu zdecydowanie częściej oceniają stan swojego zdrowia dobrze lub raczej dobrze (40,4%) niż osoby reprezentujące postawy abstynenckie (26,2%) – czyli 14,2 p.p. na korzyść osób pijących.

Wyżej opisane zjawisko to można interpretować dwojako. Po pierwsze, aby dużo palić i dużo pić trzeba mieć dobre zdrowie. Dopiero znaczne pogorszenie zdrowia lub wręcz ryzyko utraty życia zmusza ludzi do zerwania ze złym nawykiem. Nic więc dziwnego, że osoby zdrowe częściej palą i piją niż osoby chore. Trzeba także pamiętać o tym, że wśród osób obecnie nie palących i nie pijących, ale deklarujących zły stan zdrowia, jest wielu byłych amatorów tego nałogu. Po drugie osoby palące i pijące bardzo często bagatelizują negatywny wpływ papierosów i alkoholu na ludzki organizm i mają naturalną tendencję do gloryfikowania stanu swojego zdrowia (co może wpływać na zbyt optymistyczne deklaracje dotyczące dobrego stanu zdrowia u osób pijących i palących). Interpretując zatem statystyczną zależność między piciem i paleniem a stanem zdrowia trzeba mieć na względzie liczne wyżej wskazane uwarunkowania, które bynajmniej nie stoją w sprzeczności z obiektywną wiedzą o szkodliwości palenia i nadużywania alkoholu.

8.2. Nadużywanie leków

Rynek farmaceutyczny w Polsce jest jednym z największych w Europie i jak oceniają eksperci - cały czas rośnie. W najbliższych latach będzie to wzrost nawet o dalsze kilka procent. Polacy coraz częściej kupują leki na własną rękę, bez recepty i bez konsultacji z lekarzem. Z badań przeprowadzonych przez Polską Akademię Nauk wynika, że tylko połowa leków dostępnych na rynku skutecznie leczy nasze dolegliwości, za to wiele z nich ma niepożądane skutki uboczne. Przeprowadzone na terenie Gdańska badanie wykazało, że jest to poważny problem społeczny, który nie omija również osób starszych (w wieku 65+). Jak się bowiem okazało, aż 59,4% badanych używa leków na własną rękę, bez konsultacji z lekarzem. Kilka razy po lek taki sięgnął co czwarty badany (25,7%), natomiast wielokrotnie – co piąty (19,0%). Do pojedynczego korzystania z leków bez konsultacji z lekarzem przyznało się 14,7% respondentów.

Rys. 75. Używanie leków – na własną rękę, bez konsultacji z lekarzem – dostępnych bez recepty (%)



Po leki bez recepty i bez konsultacji z lekarzem częściej sięgają kobiety niż mężczyźni – zarówno kilkakrotnie (różnica 5,1 punktów procentowych na korzyść mężczyzn), jak i wielokrotnie (różnica 4,3 p.p. na korzyść mężczyzn). Jedynie w przypadku pojedynczych zdarzeń odpowiedzi pozytywnej częściej udzielali mężczyźni (16,9%), aniżeli kobiety (13,3%). Podobna zależność została zarejestrowana w badaniach ogólnopolskich prowadzonych przez CBOS (*Leczenie się domowymi sposobami...*, CBOS, 1998)

Tab. 77. Używanie leków – na własną rękę, bez konsultacji z lekarzem a płeć (%)

	nie, ani razu	tak, 1-2 razy	tak, kilka razy	tak, wielokrotnie
kobiety	38,3	13,3	27,7	20,7
mężczyźni	44,1	16,9	22,6	16,4

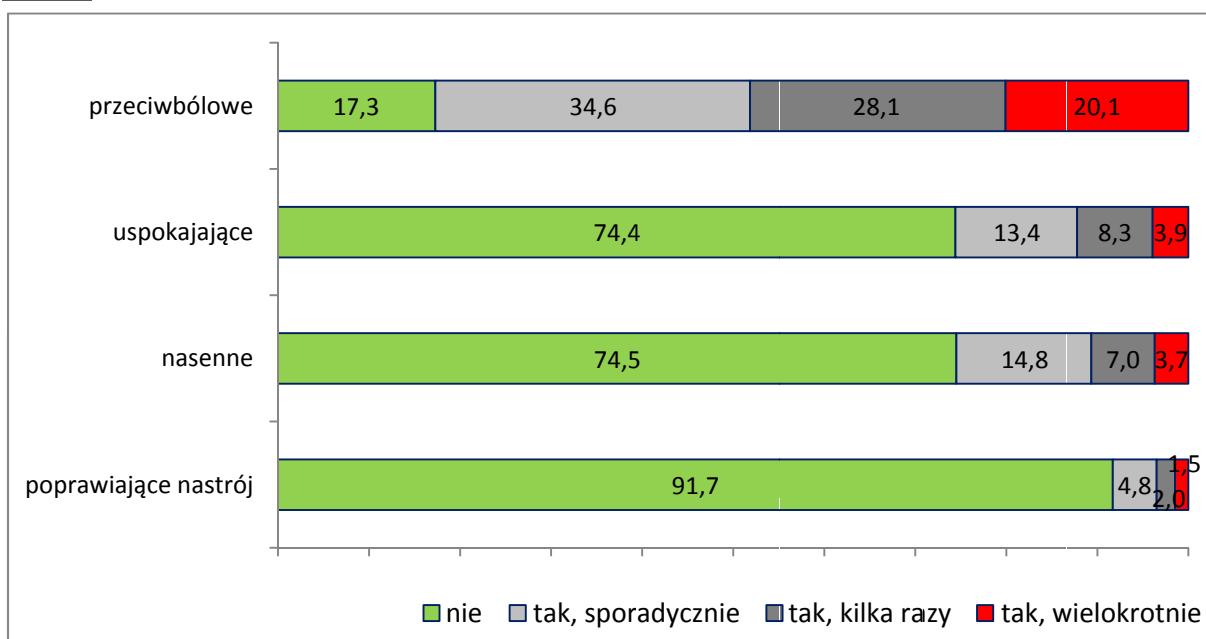
$\chi^2=13,22$, $df=3$, $p<0,005$

Spożywanie alkoholu, ani palenie papierosów nie pozostają w statystycznym związku z korzystaniem z leków dostępnych bez recepty. Związek taki istnieje natomiast w przypadku zmiennej dotyczącej samooceny stanu zdrowia. Jak się okazuje zdecydowanie częściej z leków bez recepty korzystają osoby, które gorzej oceniają stan swojego zdrowia. Na przykład, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie, kilka razy lub wielokrotnie zażywało leki bez recepty i konsultacji z lekarzem ponad połowa badanych określających swój stan zdrowia jako zły (54,3%), a tylko nieco ponad 1/3 badanych (35,4%) określających swój stan zdrowia jako dobry.

Do leków, które są najczęściej zażywane bez recepty i konsultacji z lekarzem należą środki przeciwbólowe - 82,7%, w tym „sporadycznie - 34,6%, kilka razy - 28,1% oraz wielokrotnie – 20,1%. Również z badań ogólnopolskich wynika, że ten rodzaj leków jest najczęściej kupowany przez Polaków bez recepty (*Stosowanie leków ... CBOS, 2011*). Znacznie rzadziej bez recepty kupowane są leki uspokajające (25,6%), nasenne (25,5%) oraz poprawiające nastrój (8,3%). Tak wysoki odsetek respondentów sięgających bez recepty po leki przeciwbólowe ma wiele przyczyn. Nie wszystkie one wynikają z uzależnienia od leku. Wiele starszych osób cierpi z powodu bólu, który uniemożliwia codzienne funkcjonowanie. Wiele też osób nie wie gdzie znaleźć poradnię leczenia bólu, a nie wszyscy lekarze pierwszego kontaktu są do takiego leczenia odpowiednio przygotowani.

Rys. 76. Rodzaj zażywanych medykamentów (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy korzystali z leków bez konsultacji z lekarzem i bez recepty.



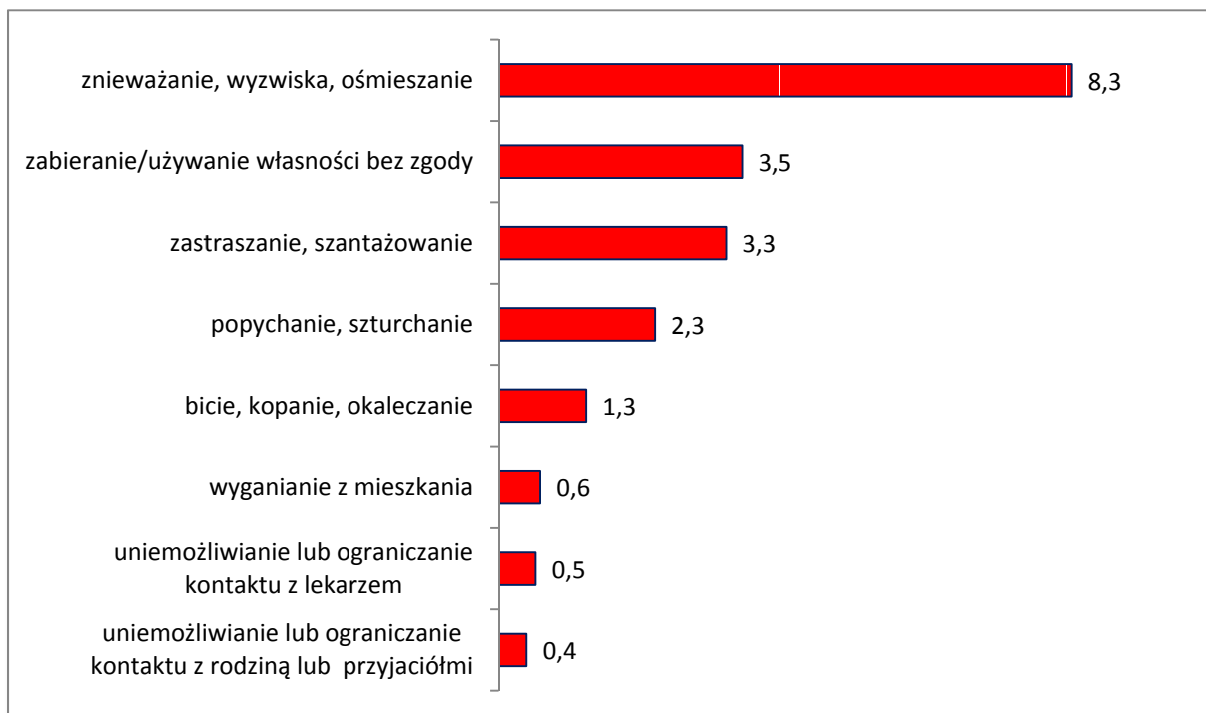
n = 891

8.3. Osoba starsza jako ofiara przemocy

Różnorodność reakcji agresywnych utrudnia sformułowanie jednolitej definicji agresji. Najogólniej możemy stwierdzić, że jest to „wszelkie działanie (fizyczne lub słowne), którego celem jest wyrządzenie krzywdy fizycznej lub psychicznej, rzeczywistej lub symbolicznej jakiejś osobie lub czemuś co ją zastępuje” (Szewczuk 1979, s. 11). Taką właśnie szeroką definicję przyjęto w prowadzonych badaniach. Pozwoliło to na dokonanie operacjonalizacji przemocy poprzez dobór kilku wskaźników odnoszących się zarówno do przemocy emocjonalnej jak i przemocy fizycznej.

Z przeprowadzonych badań wynika, że – po uwzględnieniu różnych rodzajów przejawów przemocy – **doświadczyło jej 12,3% badanych**. Zamieszczony niżej wykres pokazuje rodzaje przemocy doświadczanej przez osoby starsze. Najczęściej występującym przejawem jest znieważanie, wyzwiska i ośmieszanie (8,3%), zabieranie lub używanie własności osoby starszej bez jej zgody (3,5%), zastraszanie i szantażowanie (3,3%), popychanie i szturchanie (2,3%) oraz bicie, kopanie, okaleczanie (1,3%).

Rys. 77. Odsetek respondentów, którzy doświadczyli określonych form przemocy w ciągu ostatnich 12 m-cy (%)



Doświadczenie przemocy przez osoby starsze nie wykazuje statystycznie istotnego związku z płcią, wiekiem, wykształceniem. Jediną zmienną niezależną, która modyfikuje rozkład odpowiedzi jest zmienna terytorialna. Jak się okazuje największy odsetek osób zagrożonych jakąś formą przemocy zamieszkuje w tzw. strefie przemysłowej (16,8%) - w takich dzielnicach jak Nowy Port,

Stogi, Przeróbka, Orunia, Olszynka, Rudniki oraz w strefie centralnej (17,5%) – Śródmieście, Wrzeszcz, Oliwa. Zjawisko przemocy wobec osób starszych znacznie rzadziej występuje w dzielnicach spółdzielczych oraz nowych dzielnicach developerskich.

Tab. 78. Doświadczanie przemocy przez osoby starsze z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)

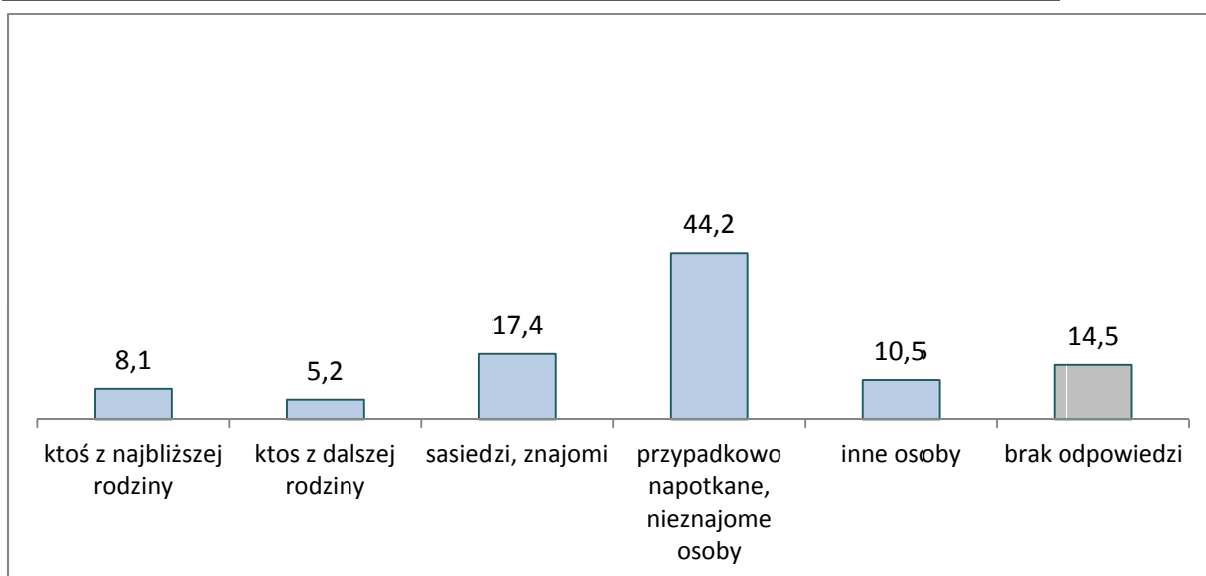
	nie zdarzyło się	zdarzyło się
strefa centralna	82,5	17,5
strefa południowa WZM	90,7	9,3
taras południowo-zachodni	94,5	5,5
strefa północna WZM	89,9	10,1
strefa przemysłowa	83,2	16,8

$\chi^2=30,78$, $df=4$, $p<0,001$

Badani, którzy udzielili odpowiedzi wskazującej na doświadczanie przemocy zostali poproszeni o określenie, kto był sprawcą danego czynu. I tak najczęstszymi sprawcami okazały się przypadkowo napotkane, nieznajome osoby (44,2%), drugą najliczniejszą grupą byli sąsiedzi i znajomi (17,4%) oraz inne osoby spoza bezpośredniego środowiska badanych osób (10,5%). Niepokojące jest to, że ponad co dziesiąta osoba będąca ofiarą przemocy wskazała na członków bliższej (8,1%) lub dalszej (5,2%) rodziny. Odsetek ten jest prawdopodobnie wyższy, ponieważ wiele osób (14,5%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Być może wynikało to ze wstydu lub obawy przed wskazaniem członka rodziny jako agresora i sprawcy przemocy.

Rys. 78. Sprawcy przemocy wobec osób starszych (%)

UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którym zdarzyło się doświadczyć przemocy.



n = 172

Rozdział IX

Jakość życia osób starszych i jego społeczne uwarunkowania

9.1. Założenia teoretyczne pomiaru jakości życia

Jakość życia jest pojęciem bardzo szerokim, stąd też jego zdefiniowanie oraz pomiar nastrocza wiele trudności. Termin jakość życia powstał w połowie ubiegłego stulecia na zachodzie Europy. W sensie społecznym początkowo określał on poziom życia materialnego, stopniowo rozszerzając się na inne aspekty życia człowieka, jak poczucie szczęścia, edukację, szeroko pojętą wolność jednostki i zdrowie. I tak, niektórzy autorzy badają jakość życia poprzez pomiar subiektywnego odczucia dobrobytu przez jednostkę, bądź jej zadowolenia z własnego życia (Harwood 1976). Inni z kolei zwracają uwagę, że jakość życia można uchwycić poprzez poziom satysfakcji, jaki uzyskuje jednostka w wyniku konsumpcji dóbr i usług nabywanych na rynku, konsumpcji dóbr publicznych oraz możliwości w zakresie form spędzania wolnego czasu (Gillingham, Reece 1980). Współcześnie przyjmuje się, że jakość życia jest pojęciem odzwierciedlającym subiektywną ocenę czynności życiowych człowieka – funkcje somatyczne, psychiczne, rodzinne i społeczne.

Do dziś nie ma jednak jednoznacznej definicji, uznawanej przez wszystkich badaczy i praktyków. Według najbardziej uniwersalnej definicji Gilla i Feinsteina jakość życia to sposób, w jaki człowiek odczuwa i reaguje na stan swojego zdrowia i na inne niemedyczne aspekty życia (cyt za: Derbis, Bańka 1998, s. 27). Pojęcie to zawiera w sobie czynniki nie tylko związane ze stanem zdrowia, takie jak fizyczne, funkcjonalne, emocjonalne i intelektualne dobre samopoczucie, lecz również elementy pozamedyczne, jak praca, rodzina, przyjaciele i inne okoliczności życiowe. Na przykład Campbell (1976) stwierdza że jakość życia zależy do stopnia zaspokojenia w określonych z góry następujących dziedzinach życia: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, posiadane wykształcenie i standard życia .

Na potrzeby badań empirycznych należy przyjąć psychospołeczną oraz ekonomiczną interpretację tego pojęcia, która mówi, że jakość życia to stosunek poziomu walorów istniejących w danym środowisku społecznym do ich poziomu pożądanego (Regulski 1982, s.52) Oznacza to, że

poziom zadowolenia mieszkańców z jakości życia można opisywać i interpretować wyłącznie w nawiązaniu do subiektywnych potrzeb mieszkańców oraz ich potencjału kulturowego. Jakość życia nie jest więc wyłącznie wielkością obiektywną lecz także agregatem wielu subiektywnych ocen odnoszących się do różnorodnych aspektów życia i walorów środowiska zamieszkania. Wszystkie składniki określające jakość życia ulegają zmianom w czasie, a wraz z tą zmianą zmieniają się też potrzeby i oczekiwania. Dlatego między innymi w praktyce badawczej rejestrowane są liczne przykłady świadczące o tym, że poprawa obiektywnych wskaźników jakości życia (np. wzrost dochodów ludności czy poprawa jakości oferowanych usług medycznych itp.) nie zawsze pociągała za sobą wzrost oceny jakości życia w wymiarze subiektywnych deklaracji. Zatem obiektywne oceny jakości życia nie są jednoznaczne z odczuciem ich walorów przez poszczególne jednostki (Markowski 1999, s. 58)

Ponieważ jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, stąd też na jego ocenę składa się wiele czynników. Ważną rolę odgrywa sytuacja materialna i mieszkaniowa, poziom poczucia bezpieczeństwa, zadowolenie z miejsca zamieszkania, wolność od patologii społecznej i uzależnień, możliwość aktywnego wypoczynku i rekreacji, uczestnictwo w kulturze, aktywność i integracja społeczna, dostęp do dobrej jakości usług, zadowolenie z relacji rodzinnych, poczucie zakorzenienia w kręgach towarzysko-przyjacielskich itp. Dokonując pomiaru jakości życia należy zatem uwzględnić szereg różnorodnych wskaźników. Na przykład Maria Ciechocińska wskazuje na cztery takie elementy: poziom dochodów gwarantujący określony stopień zaspokojenia potrzeb materialnych, stopień wyposażenia w infrastrukturę mieszkaniową i komunalną, stopień wyposażenia w infrastrukturę społeczną oraz warunki środowiska fizycznego (Ciechocińska 1981, s. 6). Względnie ogólną a zarazem dość wyczerpującą definicję warunków bytowych przedstawił Jan Regulski. Autor ten zwrócił uwagę, na to, że jakość życia jest wynikiem relacji zachodzących pomiędzy poszczególnymi ludźmi a ich otoczeniem, które to z kolei wyznacza ramy życia i działania człowieka i warunki zaspakajania jego potrzeb. „Tak rozumiane warunki bytowe – pisze ów autor – obejmują całokształt związków człowieka z otoczeniem, występują więc one w różnych kategoriach. Dotyczą stosunków społecznych, ekonomicznych, warunków mieszkaniowych i obsługi, warunków tworzonych przez elementy środowiska przyrodniczego i zagospodarowania terenów oraz innych kategorii” (Regulski 1982, s. 32). Błędem byłoby jednak sprowadzenie jakości życia wyłącznie do walorów zamieszkania i walorów ekonomicznych. W badaniu jakości życia należy uwzględnić również aspekt psychofizyczny, a więc stan zdrowia, sprawność w zakresie czynności życia codziennego, subiektywne poczucie samotności i osamotnienia oraz aspekt społeczny związany z aktywnością jednostki w różnych sferach życia: w kulturze, w polityce, w działaniach organizacji pozarządowych, w zakresie rozwoju własnych zainteresowań itp. Nie bez znaczenia jest także aspekt strukturalny.

W tym przypadku chodzi o poczucie zakorzenienia w życiu społecznym i rodzinnym, posiadanie przyjaciół, dobrych sąsiadów i członków rodziny, na których zawsze można liczyć.

Konstruując indeks jakości życia (*Quality of Life Index*) seniorów w Gdańsku uwzględniono następujące wskaźniki (omówione już w poprzednim rozdziale):

- subiektywne odczucie starości,
- sprawność w zakresie czynności życia codziennego,
- warunki mieszkaniowe,
- poczucie osamotnienia,
- relacje rodzinne,
- relacje sąsiedzkie,
- uczestnictwo w kręgach społecznych,
- uczestnictwo w życiu publicznym,
- uczestnictwo w kulturze i aktywność w czasie wolnym,
- gotowość do ustawicznego kształcenia,
- poczucie bezpieczeństwa i wolność od przemocy,
- ocena miejsca zamieszkania

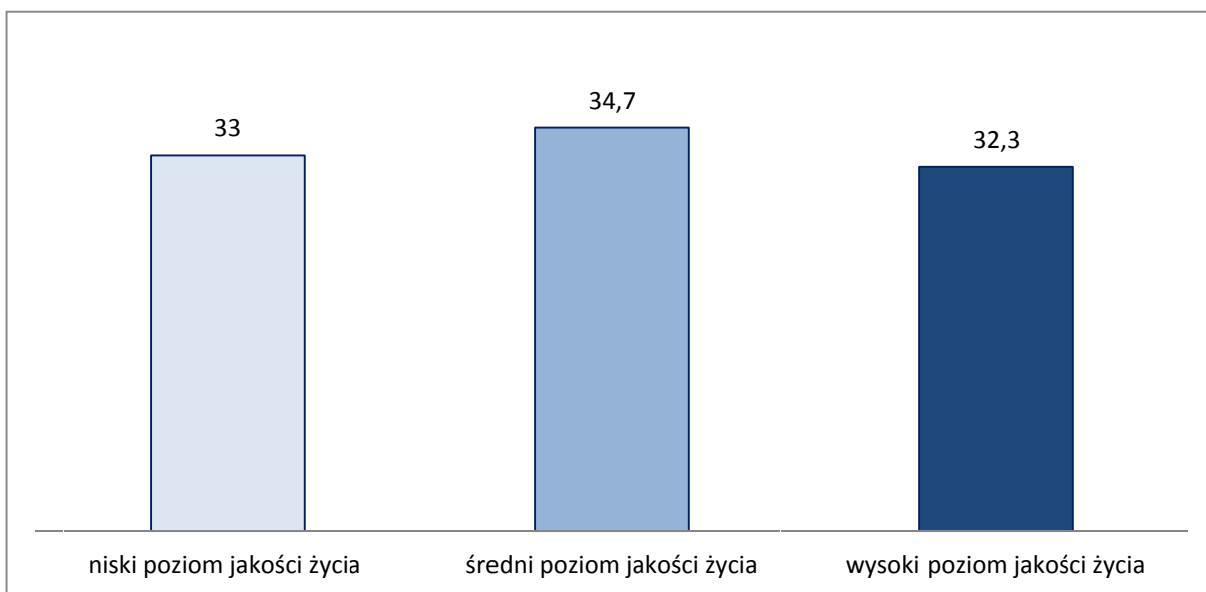
Procedura konstrukcji indeksu (*Quality of Life Index*) polegała na tym, że odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania były punktowane w sposób arbitralny – od 0 do 2 punktów w zależności od udzielonej odpowiedzi. Łączna suma punktów tworzy teoretyczne kontinuum zawierające się między 0 a 44 punkty, gdzie 0 oznacza bardzo niską jakość życia natomiast 44 - bardzo wysoką. W rezultacie najniższy wynik w próbie wyniósł 4 punkty, zaś najwyższy 39 punktów – i te wielkości stały się podstawą konstrukcji indeksu.

Dla celów dalszej analizy podzielono badaną zbiorowość na trzy kategorie o względnie zbliżonej liczebności:

1. Niski poziom jakości życia (punkty w przedziale od 4 do 24) – 33,0% badanych
2. Średni poziom jakości życia (punkty od 25 do 29) – 34,7% badanych
3. Wysoki poziom jakości życia (punkty od 30 do 39) – 32,3% badanych

Zagadnienia związane z jakością życia są obecne w badaniach i analizach gerontologicznych (zob. np. Waszkiewicz i in, 2011, 2012), ale ze względu na istotne różnicowania w metodologiczne odnoszące się do sposobu pomiaru jakości życia oraz okresu, czasu, jaki w swoich odpowiedziach mają uwzględnić badani, bezpośrednie porównywanie wyników badań jest mocno ryzykowne.

Rys. 79. Zróźnicowanie badanych ze względu na poziom jakości życia (wskaźnik obliczony na podstawie indeksu) (%)



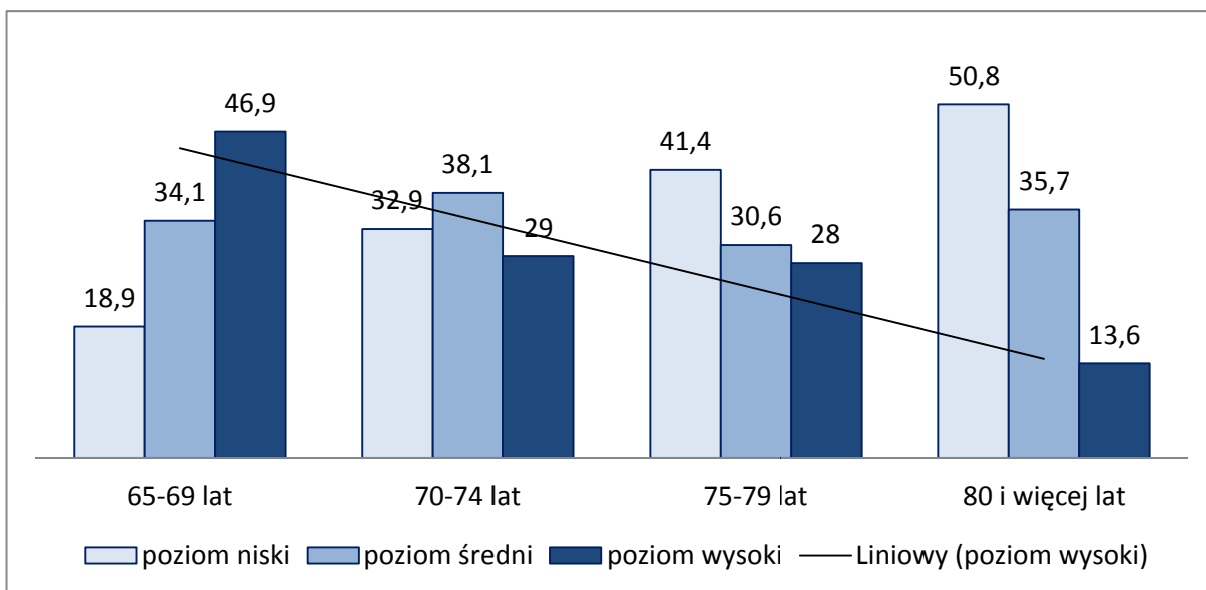
Zastosowany indeks, na podstawie którego wyodrębniono trzy powyższe kategorie (poziomy jakości życia) nie stanowi narzędzia pomiaru *sensu stricto*, lecz jest w zasadzie probabilistycznym testem rozdzielczym. Ma charakter wyłącznie arbitralny i posłuży w dalszej analizie jako podstawowa i zagregowana zmienna niezależna.

Z punktu widzenia przyjętych założeń badawczych istotne jest uchwycenie społecznych uwarunkowań jakości życia osób starszych. Na potrzeby analizy statystycznej wyodrębniono kilka hipotetycznych zmiennych niezależnych, które – jak zakładają autorzy opracowania – mogą w istotny sposób wpływać na poziom jakość życia gdańszczan w wieku 65+. Do czynników tych zaliczono: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, sytuację materialną, aktywność zarobkową oraz usytuowanie w przestrzeni miasta (struktura dzielnicowa).

9.2. Indeks jakości życia na tle zmiennych socjodemograficznych

Spośród przyjętych do analizy zmiennych niezależnych jedynie płeć nie różnicuje rozkładu indeksu jakości życia. Można zatem powiedzieć, że kategoria płci nie jest istotnym determinantem jakości życia. Czynnikiem takim jest natomiast wiek. Analiza statystyczna wykazała ujemny związek liniowy: im starsi są respondenci, tym rzadziej osiągają wysoki poziom jakości życia, i odwrotnie im młodszy badani, tym częściej charakteryzują się wysokim poziomem jakości życia.

Rys. 80. Wiek a poziom jakości życia (%)

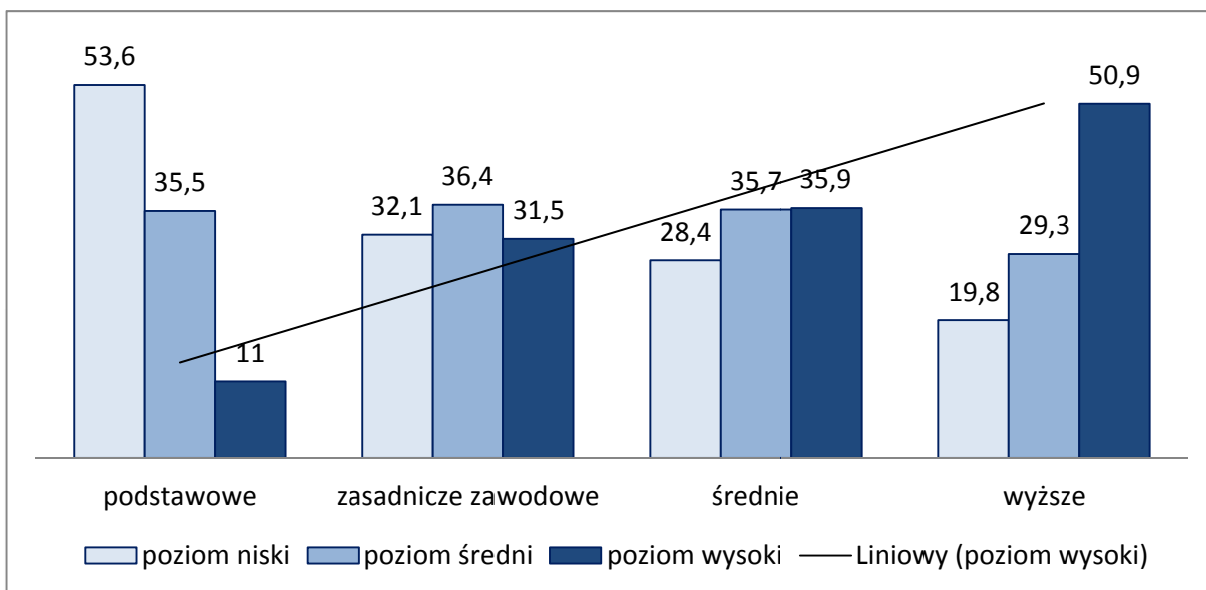


$$\chi^2=129,70, df=6, p<0,001$$

Fakt, iż wraz z wiekiem obniża się wskaźnik jakości życia, wiąże się zapewne z pojawiającymi się dolegliwościami zdrowotnymi, gorszą sprawnością, większą zależnością od innych osób, a co zapewne nie mniej ważne - spadkiem aktywności w sferze życia publicznego oraz w zakresie uczestnictwa w kulturze.

Z jakością życia pozytywnie skorelowane jest wykształcenie: im wyższy poziom wykształcenia tym więcej osób osiąga wyższy poziom jakości życia i *vice versa*. Wśród osób o wykształceniu podstawowym i zasadniczym zawodowym odnotowano najwyższe odsetki osób zakwalifikowanych do niskiego poziomu jakości życia. Badania pokazują zatem, że im lepiej wykształceni badani, tym większa szansa na wyższy poziom jakości życia. Bez wątplenia wiąże się to z potencjałem kulturowym człowieka. Lepsze wykształcenie w większym stopniu chroni jednostkę przed wykluczeniem społecznym oraz otwiera na relacje społeczne. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż osoby lepiej wykształcone częściej realizują prozdrowotny styl życia oraz przywiązują większą wagę do tego, aby utrzymać dobry stan zdrowia oraz witalność do późnych lat swojego życia.

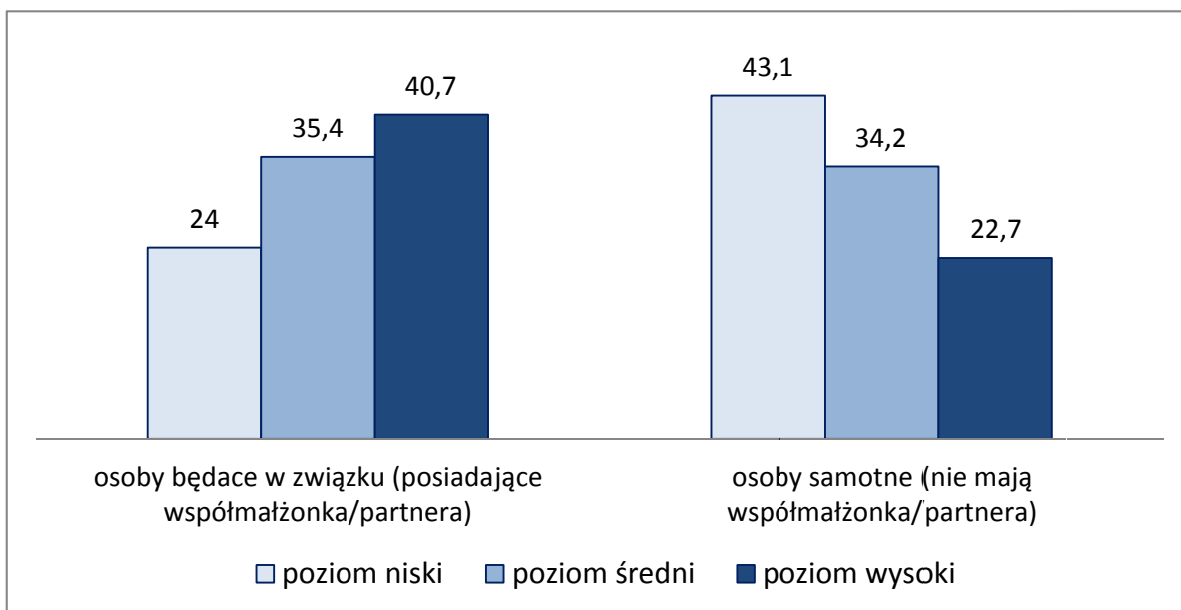
Rys. 81. Wykształcenie a poziom jakości życia (%)



$$\chi^2=129,14, df=6, p<0,001$$

Badania wykazały, iż czynnikiem istotnie różnicującym jest stan cywilny, a ściślej to, czy osoby żyją w związkach małżeńskich (partnerskich). Odpowiedzi osób samotnych (43,1%) pokazują, że wyraźnie częściej niż osoby żyjące w związkach (24,0%), doświadczają one niskiego poziomu jakości życia. Z kolei osoby będące w związku małżeńskim (partnerskim) częściej osiągają wysoki poziom jakości życia (40,7%) niż osoby żyjące samotnie (22,7%). Zatem posiadanie stałego tzw. towarzysza życia jest istotnym czynnikiem sprzyjającym jakości życia. Wynika to prawdopodobnie z tego, że współmałżonek (partner) mobilizuje do aktywności, stawia wymagania, wspiera w trudnych chwilach, zachęca do utrzymywania relacji społecznych, rodzinnych i towarzyskich. Często sam fakt posiadania osoby bliskiej nadaje większy sens ludzkim działaniom. Z drugiej strony osoby samotne w większym stopniu narażone są na wykluczenie społeczne, utratę sensu i chęci do życia czy stan rezygnacji w obliczu pojawiających się trudności życiowych.

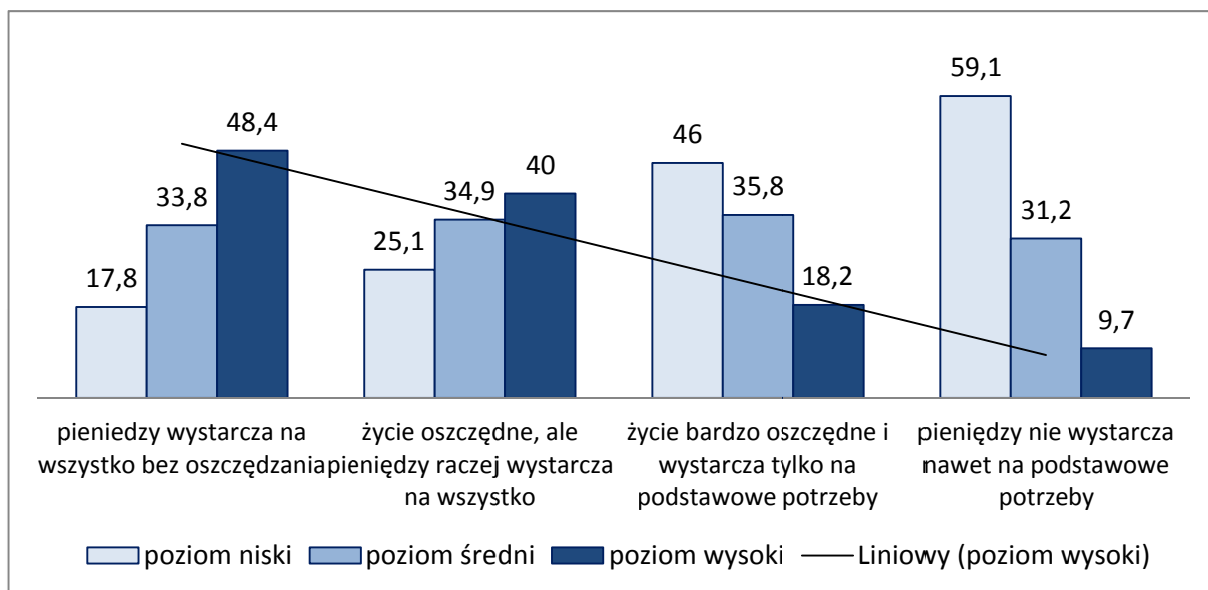
Rys. 82. Stan cywilny a jakość życia (%)



$\chi^2=78,69$, $df=2$, $p<0,001$

Jakości życia jest dodatnio skorelowana z sytuacją finansową badanych osób - im lepsza sytuacja finansowa tym wyższy poziom jakości życia. O ile w przypadku osób, którym „wystarcza na wszystko” odsetek zarejestrowany w wysokim rejestrze wyniósł 48,4%, to wśród badanych z drugiego końca continuum, czyli osób, którym nie wystarcza nawet na podstawowe potrzeby wyniósł on zaledwie 9,7%. Tego typu różnica, choć duża, jest jednak zrozumiała. Środki finansowe ułatwiają jednostce życie, stwarzają możliwości i kreują potrzeby. W gospodarce wolnorynkowej większa zasobność portfela to lepszy dostęp do usług medycznych, możliwość podróżowania, możliwość zakupu lepszego sprzętu do rehabilitacji lub sprzętu uprawiania jakiejś formy aktywności fizycznej. Z kolei osoby o najniższych dochodach (pozostające jedynie na bardzo niskich emeryturach) niejednokrotnie zmuszone są do rezygnacji z zaspokojenia potrzeb wyższego rzędu, z udziału w kulturze oraz mają większą tendencję do zamykania się w „czterech ścianach” swojego domu.

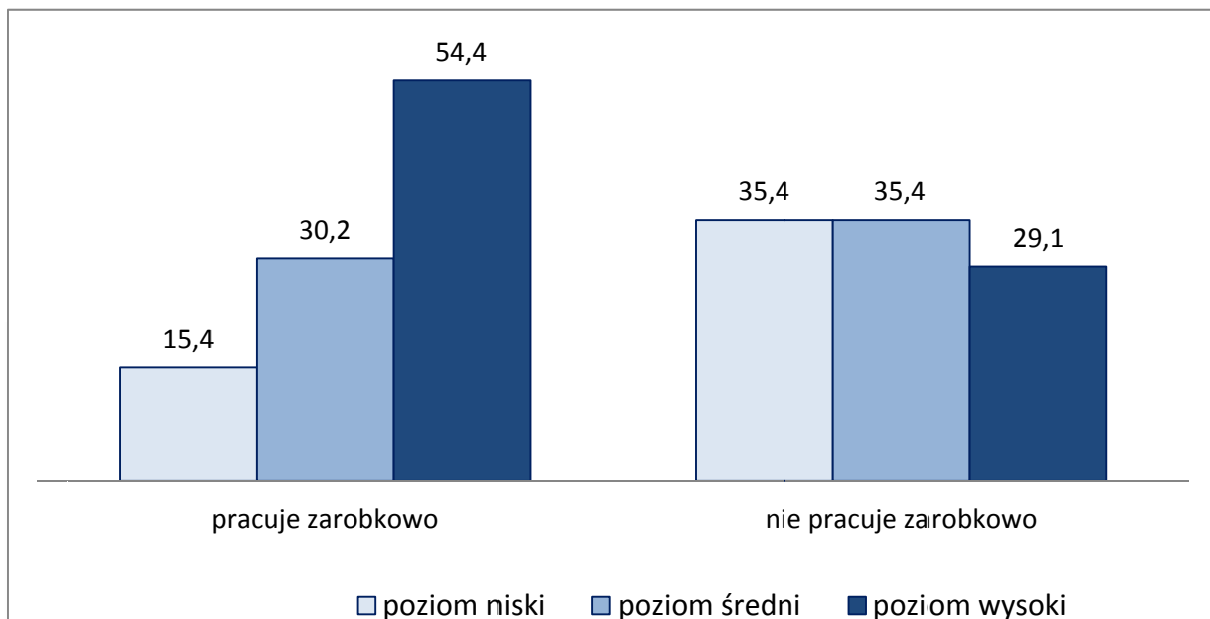
Rys. 83. Sytuacja finansowa a poziom jakości życia (%)



$\chi^2=149,58$, $df=6$, $p<0,001$

Obok sytuacji finansowej ważnym czynnikiem mającym wpływ na jakość życia jest aktywność zarobkowa (czasem związana z kontynuowaną jeszcze aktywnością zawodową). Badane osoby „dorabiają” do emerytury poprzez podejmowanie stałej pracy, ale znacznie częściej poprzez różnego rodzaju prace dorywcze, zlecane itp. Niekiedy, pomimo zaawansowanego wieku, prowadzą jeszcze własną działalność gospodarczą. Jak się okazuje różnice między wskazaniami osób pracujących zarobkowo i nie pracujących są bardzo duże. Na przykład podczas gdy ponad połowa badanych podejmująca jakieś prace zarobkowe osiąga wysoki poziom jakości życia (54,4%), to już w przypadku osób nie podejmujących takich prac odsetek ten wynosi tylko 29,1% (różnica aż 25,3 p.p.). Potwierdziła się zatem powszechnie znana prawidłowość mówiąca o znaczniki i roli pracy w życiu człowieka. Praca to nie tylko możliwość uzyskania dodatkowych dochodów, ale również czynnik sprzyjający zaspokojeniu pozamaterialnych potrzeb, w tym np. potrzeby rozwoju, samorealizacji, społecznej afirmacji itp. Praca wymusza na człowieku wewnętrzną mobilizację, konieczność utrzymania dobrej sprawności, stwarza płaszczyznę do nawiązywania i podtrzymywania relacji interpersonalnych. Poczucie aktywności w tej sferze życia poprawia nie tylko status ekonomiczny polskiego emeryta, ale również wymusza realizację aktywności w innych sferach życia. Wiąże się to także z przekonaniem wielu badanych, iż starość człowieka rozpoczyna się z chwilą zaprzestania aktywności zawodowej.

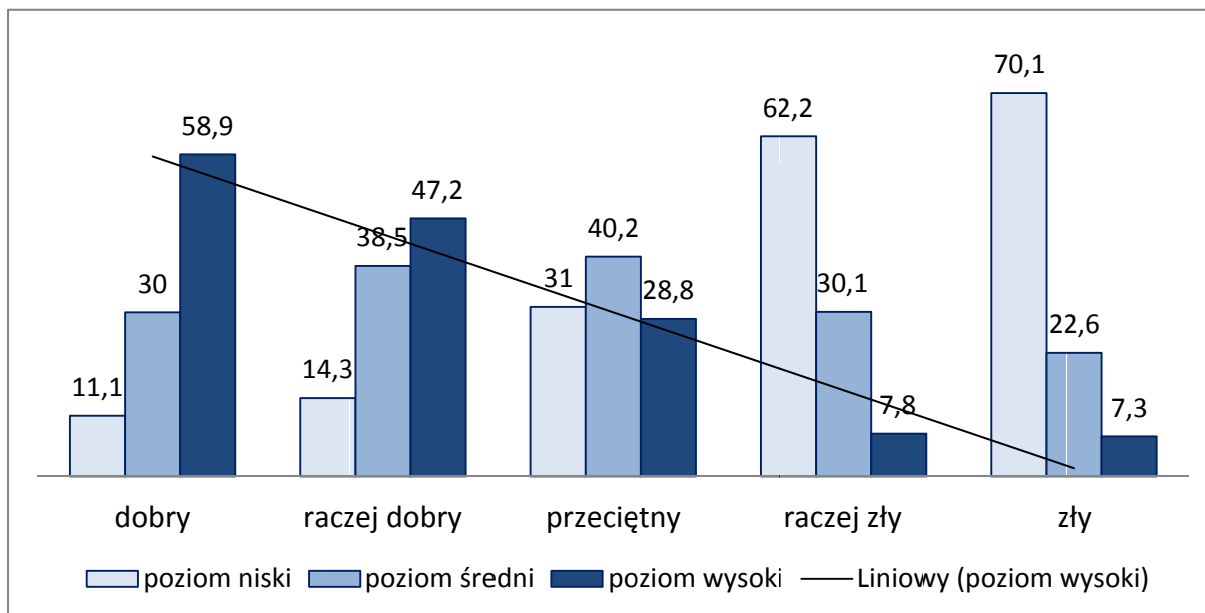
Rys. 84. Aktywność zarobkowa a jakość życia (%)



$\chi^2=52,42$, $df=2$, $p<0,001$

Pozytywny związek korelacyjny został także zarejestrowany pomiędzy jakością życia a subiektywną oceną własnego stanu zdrowia: im badani lepiej oceniają swój stan zdrowia, tym częściej osiągają wysoki poziom jakości życia. Dla przykładu, podczas gdy 58,9% badanych dobrze oceniających swój stan zdrowia uzyskuje wysoki poziom jakości życia, to już analogiczny odsetek u osób źle oceniających swój stan zdrowia wynosi zaledwie 7,3%

Rys. 85. Stan zdrowia a jakość życia (%)

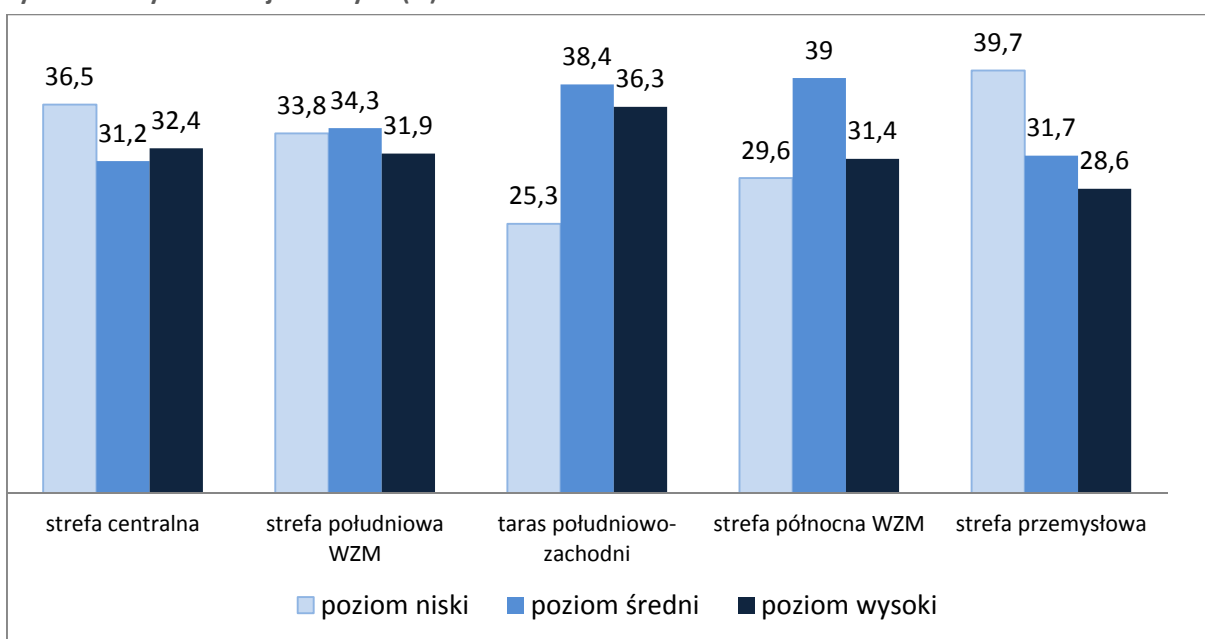


$\chi^2=348,51$, $df=8$, $p<0,001$

Fakt, że osoby o lepszym stanie zdrowia charakteryzują się wyższym poziomem jakości życia nie dziwi. Dobre zdrowie determinuje bowiem szereg innych potrzeb i zachowań, które składają się na ogólną jakość życia człowieka. Od stanu zdrowia zależy bowiem możliwość udziału w życiu społecznym oraz w kulturze, możliwość poruszania i przemieszczania się. Bardzo często człowiek stary, ciężko i przewlekle chory, to człowiek zależny od innych, zamknięty w obszarze własnego domu lub podwórza, ograniczony jedynie do kontaktów z członkami najbliższej rodziny, bez planów na przyszłość.

Ostatnią zmienną niezależną uwzględnioną w niniejszych analizach jest zmienna terytorialna – usytuowanie badanych osób w przestrzeni miasta.

Rys. 86. Strefy miasta a jakość życia (%)

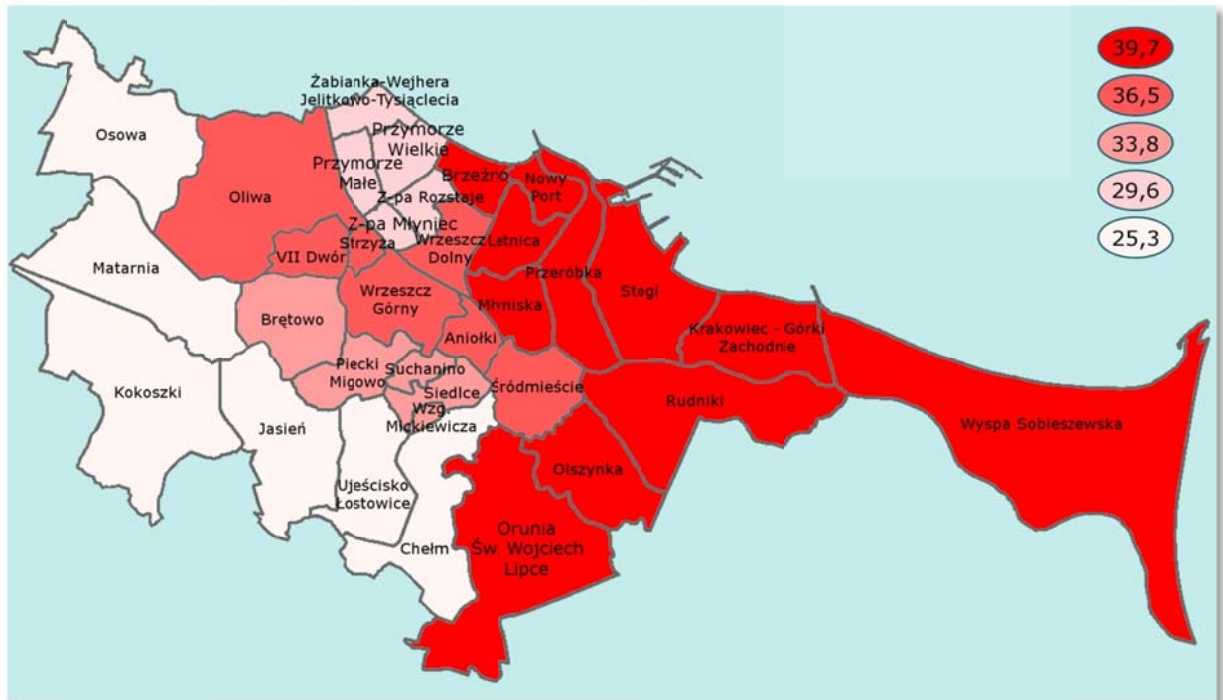


$\chi^2=19,25$, $df=8$, $p<0,05$

Jak się okazuje największe odsetki osób uzyskujących wysoki poziom jakości życia zamieszkuje w dzielnicach zlokalizowanych w tarasie południowo-zachodnim oraz w północnej strefie wielkich zespołów mieszkaniowych. Z kolei najwyższy odsetek respondentów osiągających niski poziom jakości życia odnotowano w strefie przemysłowej (39,7%) oraz w strefie centralnej (36,5%). Biorąc pod uwagę zmienną terytorialną stwierdzić można, iż najgorsza sytuacja pod względem poziomu jakości życia przedstawia się w starych, przedwojennych dzielnicach miasta, położonych w sąsiedztwie terenów poprzemysłowych i magazynowo-składowych: Nowy Port, Letnica, Stogi z Przeróbką, Orunia, Olszynka itp. Tam też mieszka najwięcej osób o najniższych dochodach, o niższym poziomie wykształcenia, gorszych warunkach mieszkaniowych oraz najniższych wskaźnikach aktywności oraz integracji społecznej (por. rys. 62).

Na poniższej mapce wyodrębniono obszary o niskim poziomie jakości życia (podano odsetki osób, które osiągnęły najniższy poziom jakości życia).

Rys. 87. Odsetek respondentów osiągających niski poziom jakości życia w poszczególnych strefach miasta (%)



Podsumowanie

W raporcie zaprezentowany został materiał empiryczny uzyskany w trakcie badań socjologicznych przeprowadzonych metodą wywiadu kwestionariuszowego, na reprezentatywnej próbie 1500 osób – mieszkańców Gdańska w wieku 65+. Badania zostały zainicjowane i przeprowadzone przy współpracy z Gdańską Radą ds. Seniorów oraz były współfinansowane przez Urząd Miasta w Gdańsku oraz Uniwersytet Gdański. Celem badań było uzyskanie odpowiedzi na zasadnicze pytanie: Jaki jest ogólny obraz sytuacji życiowej ludzi starych w Gdańsku w wymiarze psychospołecznym, zdrowotnym, materialnym i rodzinnym?

Z przeprowadzonych badań wyłania się dość optymistyczny obraz dotyczący subiektywnego poczucia starości – nieco ponad połowa badanych (53,5%) nie czuje się staro i nie uważa się za człowieka starego. Odczucie starości wzrasta wraz z wiekiem (co wydaje się oczywiste), ale jednocześnie bardzo wyraźnie maleje wraz ze wzrostem wykształcenia. Zatem wyższy poziom wykształcenia - i co z tym się wiąże – większy potencjał kulturowy, sprzyja zachowaniu mentalnej młodości. Zdaniem respondentów starość zaczyna się wraz z nasilającymi się problemami zdrowotnymi (46,8%), utratą sił witalnych (32,8%) oraz wzrastającą zależnością od innych osób (29,6%). Można zatem powiedzieć, że starość człowieka nie jest wyznaczana poprzez jego wiek biologiczny. Dopóki człowiek nie czuje się stary, jest względnie zdrowy, sprawny i niezależny od innych, tak długo nie jest człowiekiem starym.

Ponad 1/3 badanych ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry (34,1%), 42,1% określa go jako przeciętny, natomiast 23,8% ocenia swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Interesujące jest to, że im wyższe wykształcenie posiadają respondenci, tym lepiej oceniają swój stan zdrowia. Wynika to prawdopodobnie z tego, że wśród osób o wyższym wykształceniu jest nieco więcej osób młodszych, jak również w tego, że osoby lepiej wykształcone przywiązują większą wagę do zdrowego i aktywnego stylu życia.

Ponad połowa badanych (57,3%) to osoby sprawne i całkowicie samodzielne w zakresie czynności życia codziennego, blisko co czwarty badany (23,1%) doświadcza pewnych trudności, ale radzi sobie z nimi samodzielnie, natomiast osoby, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować stanowią 19,5%. Biorąc pod uwagę stan zdrowia oraz sprawność blisko jedna czwarta badanych wymaga regularnej i stałej pomocy (23,2%). W zdecydowanej większości osoby te taką pomoc otrzymują (90,8%).

Z badań wynika, że wśród starszych osób – obok bezpłatnej służby zdrowia - coraz większą rolę odgrywa prywatny i odpłatny sektor usług medycznych. Korzysta z niego aż 44% badanych. Zdecydowanie częściej są to osoby lepiej wykształcone, o wyższym statusie materialnym oraz deklarujące lepszy stan zdrowia. Fakt, że z odpłatnych usług medycznych częściej korzystają zdrowsi pacjenci wynika zapewne z tego, że osoby z poważnymi i przewlekłymi schorzeniami – z racji dużych kosztów leczenia - ograniczają się do usług publicznej służby zdrowia. Natomiast z usług odpłatnych korzystają raczej okazjonalnie.

Zdecydowana większość osób starszych nie podejmuje działalności zarobkowej (87,9%). Tylko co ósmy respondent pracuje zarobkowo, prowadząc własną działalność, okazjonalnie podejmując zlecenia lub będąc stale zatrudnionym. Ponad połowa badanych wśród głównych źródeł dochodów na pierwszym miejscu wskazuje emeryturę (87,3%). Większość badanych uzyskuje dochody, które wystarczają na pokrycie podstawowych potrzeb. W badanej zbiorowości istnieje daleko posunięta polaryzacja sytuacji materialnej. Obok osób, u których pieniędzy wystarcza na wszystkie potrzeby bez konieczności oszczędzania (15%) istnieją takie kategorie gdzie pieniędzy nie wystarcza na zaspokojenie podstawowych, egzystencjalnych potrzeb (6,2%).

Blisko trzy czwarte respondentów ocenia swoje warunki mieszkaniowe jako dobre (74,1%), dalsze 20,7% jako przeciętne, natomiast 5,7% jako złe. Osoby starsze w wieku 65+ zamieszkałe w Gdańsku lepiej oceniają swoje warunki mieszkaniowe niż Polacy w tym samym wieku pytani przez CBOS w badaniach ogólnopolskich. Jednocześnie, co piąty respondent skarży się na istnienie barier architektonicznych w zamieszkiwanych przez nich budynkach (20,7%). Mimo wysokiego odsetka osób doświadczających barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, tylko 14,7% respondentów skłaniałoby się ku zmianie mieszkania

Stan psychiczny, który coraz bardziej daje o sobie znać we współczesnych zatowiszonych społeczeństwach to osamotnienie. Doświadczają go zwłaszcza osoby starsze. Jak się okazuje stanu tego doświadcza ponad jedna trzecia badanych, w tym 23,0% niekiedy, a 15,5% badanych często. Osamotnienia częściej doświadczają osoby starsze, zaś w kategorii płci kobiety.

Ponad połowa badanych (52,8%) to osoby żyjące w stałym związku (zameżne, żonate lub mające partnera życiowego), natomiast osoby żyjące samotnie stanowią 47,2% ankietowanych. Zdecydowana większość badanych dobrze ocenia swoje relacje z wszystkimi członkami najbliższej rodziny (80,8%). Interesujące jest to, że częściej dobre relacje z bliską rodziną deklarują kobiety niż mężczyźni (być może w relacjach rodzinnych są oni nieco częściej źródłem konfliktów). Najbliższa rodzina jest dla respondentów gwarantem uzyskania pomocy w razie zaistnienia potrzeby. Zdecydowana większość (82,7%), odpowiedziała pozytywnie na pytanie o możliwość uzyskania od niej pomocy, a negatywnie tylko 3,5% badanych.

Ponad połowa respondentów uzyskuje jakąś pomoc od swoich dzieci (57,9%). Jest to najczęściej wsparcie emocjonalne (obecność) w trudnych chwilach, pomoc pielęgnacyjna i pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Jednak, jak wykazały badania, osoby starsze to nie tylko beneficjenci działań pomocowych ze strony dzieci, ale również aktywny podmiot udzielający takiej pomocy. Blisko dwie trzecie (64,0%) badanych udziela pomocy swoim dzieciom poprzez opiekę nad wnukami, pomoc finansową, udostępnianie własnego mieszkania czy wsparcie emocjonalne w trudnych chwilach. Obraz ten burzy pewien stereotyp nakazując postrzeganie osoby starszej wyłącznie jako odbiorcy działań pomocowych. Tymczasem jak się okazuje osoby starsze stanowią ważny element w tworzeniu działań pomocowych nakierowanych na młodsze pokolenie. Ich działania pomocowe są odpowiedzią na barm mieszkań (przyjmują dzieci i ich rodziny pod swój dach), na wysokie bezrobocie (udzielają finansowego wsparcia bezrobotnym dzieciom) czy wreszcie na brak wystarczającej ilości żłobków i przedszkoli (zajmując się wnukami, których rodzice podejmują pracę). Niestety te wyżej wymienione funkcje, jakie pełnią osoby starsze na rzecz rodziny, nie są wystarczająco dostrzegane w polityce społecznej państwa.

W świetle przeprowadzonych badań stwierdzić można, że pomimo rozwoju różnych zinstytucjonalizowanych form pomocy, rodzina wciąż pozostaje podstawową instytucją i grupą wspierającą osoby starsze.

Blisko połowa badanych (48,4%) preferowałaby korzystanie w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia zarówno z pomocy rodziny, jak i pomocy instytucji. Pomoc tylko ze strony rodziny zaakceptowałby nieco ponad co trzeci respondent (37,8%), zaś tylko i wyłącznie ze strony instytucji – 13,8%. Respondenci zapytani o ewentualną chęć lub gotowość do skorzystania ze zorganizowanych form pomocy osobom starszym (domy dziennego pobytu, stacjonarne domy pomocy społecznej) odpowiedzieli w większości zdecydowanie negatywnie lub traktując to rozwiązanie jako ostateczność. Z domów dziennego pobytu dla osób starszych skorzystałoby chętnie tylko 9,7% ankietowanych, a 16,5% zgodziłoby się na taką pomoc w ostateczności. Usługi oferowane przez domy pomocy społecznej i zespoły pielęgnacyjno-opiekuńcze spotkały się z pozytywną reakcją 4,6% badanych a co trzeci ocenił je jako ewentualność ostateczną (32,0%). Ponad połowa (52,1%) zdecydowanie odmówiłaby skorzystania z oferty tych instytucji. Wśród dostępnych usług skierowanych do osób starszych istnieje też szereg placówek aktywizujących (w tym np. kluby seniora), nastawionych na organizowanie czasu wolnego, rozwój potrzeb w zakresie edukacji, rekreacji czy kultury. Tymczasem tylko co piąty badany zadeklarował zainteresowanie uczestnictwem w tego typu działaniach. Respondenci zostali zapytani, czy zainteresowanie ich budziłaby nowa placówka (centrum seniora), zajmująca się kompleksową pomocą oraz wspieraniem osób starszych. Stosunkowo dużo, bo 22,4% badanych zadeklarowało chęć skorzystania z oferty takiej placówki aczkolwiek ponad połowa

ankietowanych (52,7%) nie była zainteresowana korzystaniem z działalności tej potencjalnej placówki.

Ogólny wskaźnik ilustrujący ocenę miejsca zamieszkania wyniósł 3,98 wartości średniej (na 5-cio stopniowej skali). Waloryzacja przestrzeni poszczególnych dzielnic, dokonana przez starszych mieszkańców, wskazuje na rozbieżności w odczuciach co do panujących tam warunków życia. Poniżej przeciętnej oceniono infrastrukturę drogowo-pieszą (3,82) oraz infrastrukturę w zakresie rekreacji i czasu wolnego (3,43). Z kolei powyżej przeciętnej uplasowały się łąd społeczny (4,23) oraz łąd funkcjonalny (4,24). Do najgorzej ocenionych - z perspektywy osób starszych - stref miasta należą dzielnice położone w tarasie południowo-zachodnim (3,87) oraz w strefie centralnej (3,89). Dzielnicę stanowiącą strefę przemysłową, które zwykle w badaniach jakości życia uzyskują najniższe oceny, uplasowały się blisko wyniku średniego (3,95). Najwyższe oceny uzyskały północna strefa WZM (4,15) oraz południowa strefa WZM (4,07). Generalnie można powiedzieć, że osobom starszym najlepiej żyje się w dzielnicach zdominowanych przez spółdzielcze tzw. wielkie zespoły mieszkaniowe, najgorzej natomiast w dzielnicach położonych z dala od centrum, zlokalizowanych w okolicy trójmiejskiej obwodnicy.

W trakcie badań respondenci zgłaszali swoje propozycje dotyczące najbardziej pożądanym i oczekiwanych inwestycji oraz działań ze strony samorządu lokalnego. I tak, do najczęściej postulowana budowę lub modernizację chodników, alejek i dróg osiedlowych (27,2%), następnie rozwój miejsc do wypoczynku na świeżym powietrzu (17,2%), umieszczenie w przestrzeni miejskiej większej liczby ławek (17,0%) oraz utworzenie klubu seniora (14,7%).

Ponad połowa respondentów nie uczestniczyła w ciągu ostatniego roku w żadnym wydarzeniu ani imprezie kulturalnej (kino, teatr, filharmonia itp.). Uprawianie jakiegokolwiek aktywności fizycznej zadeklarowało łącznie 36,3% badanych, co oznacza, że dwie trzecie badanych w ogóle nie uprawia żadnej aktywności fizycznej. Ponad co trzecia osoba (35,5%) nie posiada żadnego hobby, żadnej pasji, którą realizowałaby w czasie wolnym. Te osoby, które zadeklarowały posiadanie jakiejś pasji wymieniały najczęściej: czytanie książek lub czasopism, rozwiązywanie krzyżówek oraz różnego rodzaju gry intelektualne i szarady oraz uprawianie działki lub ogrodu. Choć o działalności Uniwersytetu Trzeciego Wieku słyszało 75,9% badanych, to jednak tylko 6% badanych brało kiedykolwiek udział w jakichś zajęciach organizowanych przez UTW.

Zdecydowana większość respondentów (87,5%) nie przynależy do żadnej organizacji społecznej, stowarzyszenia, ani fundacji (należy do nich jedynie 12,5% badanych). W nieodpłatnie podejmowanych oddolnych działaniach społecznych bierze udział zaledwie 13,7% badanych. Badania potwierdziły zjawisko zachodzące w środowisku wielkomiejskim polegające na stopniowym zaniku więzi sąsiedzkich. Jak się okazuje tylko 59,1% badanych wchodzi w relacje sąsiedzkie polegające na

wzajemnym odwiedzaniu się i świadczeniu sobie pomocy. Pociuszające jest to, że zdecydowana większość badanych deklaruje posiadanie jakichś przyjaciół (88,8%). Generalnie badanie potwierdziło prawidłowość - występującą w skali całego kraju – polegającą na ograniczaniu relacji społecznych do rodziny i kręgów towarzysko-przyjacielskich oraz dystansowaniu się w stosunku do szerszego środowiska społecznego oraz zinstytucjonalizowanych form działalności.

W świetle przeprowadzonych badań można stwierdzić, że osoby starsze w zdecydowanej większości pozostają raczej przedmiotem oddziaływań społecznych, a w niewielkim tylko stopniu są twórczym podmiotem kreującym społeczną rzeczywistość i mającym wpływ na życie społeczne. Badania wykazały, że integracji społecznej i aktywności osób starszych sprzyjają takie czynniki jak: młodszy wiek, wyższe wykształcenie, dobra sytuacja materialna, dobry stan zdrowia oraz dobra sprawność oraz posiadanie współmałżonka (partnera).

W epoce społeczeństwa informacyjnego opartego na wiedzy, ważnym źródłem informacji oraz platformą integracji społecznej jest Internet. Bycie poza siecią staje się formą wykluczenia społecznego. Tymczasem z komputera w ogóle nie korzysta dwie trzecie badanych (69,1%). Z pomocą innych osób korzysta – 6,4%, natomiast całkowicie samodzielnie korzysta co czwarty badany (24,5%). Spośród tych badanych, którzy korzystają z komputera 81,3% poszukuje informacji na różnych stronach lub portalach internetowych, blisko dwie trzecie (60,8%) posługuje się pocztą elektroniczną, nieco rzadziej – bo blisko połowa (48,5%) komunikuje się z innymi osobami przy pomocy tzw. komunikatorów.

Organizowane podróże i wycieczki krajoznawcze to forma aktywności, w której osoby starsze najchętniej brałyby udział (40,7%). Pozostałe aktywności adresowane do osób starszych plasują się na podobnym poziomie wskazań procentowych. Respondenci zainteresowani rozwijaniem umiejętności obsługi nowoczesnych urządzeń to 23,3%, spotkaniami poświęconymi problemami wieku starszego 20,1%. Najmniejszym zainteresowaniem, jak pokazują wyniki, cieszyłyby się kursy języków obcych. Chęć uczestnictwa w takiej formie zadeklarowało najmniej, bo 15,7% badanych.

Badania pokazały, że 18,1% badanych pali papierosy, zaś 52% pije alkohol (w większości rzadko i okazjonalnie, a tylko 3,8% pije często). Ponad połowa badanych (59,4%) zażywa leki zakupione bez recepty, w tym co piąty (19,0%) zażywa je wielokrotnie w ciągu roku. Do leków, które są najczęściej zażywane bez recepty i konsultacji z lekarzem, należą środki przeciwbólowe (48,2%), uspokajające (12,2%), nasenne (10,7%) oraz poprawiające nastrój (3,5%). Można zatem zauważyć pewną skłonność do niekontrolowanego i przesadnego zażywania leków, często o charakterze psychoaktywnym, które to leki - w skrajnych przypadkach - prowadzić mogą wręcz do uzależnienia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że – po uwzględnieniu różnych rodzajów przejawów przemocy – doświadczyło jej 12,3% badanych. Najczęściej występującym przejawem jest

znieważanie, wyzwiska i ośmieszanie (8,3%), zabieranie lub używanie własności osoby starszej bez jej zgody (3,5%), zastraszanie i szantażowanie (3,3%), popychanie i szturchanie (2,3%) oraz bicie, kopanie, okaleczanie (1,3%). W większości tego typu sytuacje mają miejsc poza domem, w miejscach publicznych, zaś sprawcami są przypadkowe osoby.

Badania wykazały, iż w badanym środowisku występują znaczące różnice w poziomie jakości życia (obliczonej na podstawie kilkudziesięciu wskaźników częściowych). Najniższy wskaźnik jakości życia osób starszych zarejestrowano w tzw. strefie przemysłowej (Nowy Port, Orunia, Stogi, Przeróbka, Olszynka), natomiast najwyższy wskaźnik w strefie Gdańsk Południe. Jakość życia determinowana jest przez kilka czynników. Z badań wynika, że im wyższe jest wykształcenie respondentów, im młodszy wiek, lepsza sytuacja materialna, lepszy stan zdrowia, tym wyższy jest poziom jakości życia. Również takie czynniki, jak posiadanie współmałżonka (partnera) oraz aktywność zarobkowa (podejmowanie pracy zarobkowej), towarzyszą wyższemu poziomowi jakości życia.

Spis rysunków

Rys. 1. Struktura przestrzenna w Gdańsku uwzględniona w badaniu	15
Rys. 2. Czynniki, które zdaniem respondentów, określają początek starości (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	19
Rys. 3. Samoidentyfikacja respondenta z człowiekiem starym (%).....	19
Rys. 4. Stan zdrowia w samoocenie respondentów (%).....	21
Rys. 5. Korzystanie z bezpłatnej lub odpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy (%)	24
Rys. 6. Korzystanie z porad lekarza geriatry – specjalisty od profilaktyki i leczenia chorób pojawiających się na starość (%).....	28
Rys. 7. Doświadczanie trudności w zakresie czynności życia codziennego (%).....	31
Rys. 8. Kategorie sprawności uzależnione od stopnia samodzielności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego (%).....	32
Rys. 9. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób (%).....	35
Rys. 10. Otrzymywanie systematycznej pomocy przez badanych ze względu na stan ich zdrowia (%)	37
Rys. 11. Osoby udzielające systematycznej pomocy badanym ze względu na stan ich zdrowia (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	38
UWAGA: Pytanie skierowane tylko do respondentów, którzy zadeklarowali, że takiej potrzebują i ją otrzymują.	38
Rys. 12. Źródła utrzymania badanych (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	42
Rys. 13. Główne źródło utrzymania badanych (%).....	43
Rys. 14. Aktywność zarobkowa badanych (%)	45
Rys. 15. Samoocena sytuacji materialnej (%).....	48
Rys. 16. Odsetek respondentów doświadczających ograniczeń finansowych w poszczególnych strefach Gdańska.....	50
Rys. 17. Zwracanie się o wsparcie do instytucji pomocy społecznej (%)	51
Rys. 18. Odsetek respondentów otrzymujących obecnie świadczenia z pomocy społecznej (%)	52
Rys. 19. Rodzaj otrzymywanych świadczeń (%)	54
Rys. 20. Ocena warunków mieszkaniowych (%)	55
Rys. 21. Odsetek respondentów źle oceniających swoje warunki mieszkaniowe w poszczególnych strefach Gdańska.....	57
Rys. 22. Napotykanie barier architektonicznych w zamieszkiwanym budynku i jego najbliższym otoczeniu (%)	58
Rys. 23. Rodzaje doświadczanych trudności i ich przyczyny (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	58
Rys. 24. Chęć zamiany obecnie zajmowanego mieszkania (domu) na inne (%)	59
Rys. 25. Czynniki wpływające na chęć zamiany obecnie zajmowanego mieszkania (domu) na inne (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	60
Rys. 26. Posiadanie żyjących członków najbliższej rodziny (%).....	64
Rys. 27. Współzamieszkiwanie lub zamieszkiwanie samotne (%).....	64
Rys. 28. Osoby współzamieszkując z badanymi (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	65
Rys. 29. Częstotliwość pozostawania w domu bez towarzystwa innych osób (%)	66
Rys. 30. Częstotliwość odczuwanego osamotnienia (%).....	67
Rys. 31. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny (%)	71
Rys. 32. Ocena możliwości uzyskania pomocy „zawsze” ze strony swojej najbliższej rodziny w razie potrzeby (%).....	74
Rys. 33. Korzystanie z pomocy dzieci (%)	74
Rys. 34. Formy pomocy otrzymywanej ze strony dzieci (% , odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	76
Rys. 35. Świadczenie pomocy na rzecz dzieci (%)	77

Rys. 36. Rodzaj pomocy świadczonej na rzecz dzieci (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	78
Rys. 37. Sprawowanie przez badanego stałej opieki nad osobą chorą, niedołązną lub niepełnosprawną (%)	79
Rys. 38. Osoba chora lub niepełnosprawna, na rzecz której świadczona jest przez respondentów pomoc (%)	79
Rys. 39. Gotowość respondentów do korzystania ze zorganizowanych form opieki (%)	82
Rys. 40. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora (wycieczki, zajęcia rekreacyjne, kulturalne, hobbistyczne) (%)	87
Rys. 41. Odsetek osób deklarujących chęć uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora w poszczególnych strefach miasta (%)	90
Rys. 42. Zainteresowanie działalnością i korzystanie z oferty hipotetycznej nowej placówki (jakiegoś centrum) świadczącego kompleksowe usługi na rzecz osób starszych (%)	91
Rys. 43. Gotowość do korzystania z odpłatnych form pomocy (%)	93
Rys. 44. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc (%)	94
Rys. 45. Powody, które skłaniają do rezygnacji z pomocy rodziny (%)	97
Rys. 46. Przynależność i aktywność organizacyjna (%)	102
Rys. 47. Uczestnictwo w oddolnych działaniach społecznych świadczonych nieodpłatnie na rzecz lokalnego środowiska mieszkalnego (%)	103
Rys. 48. Uczestnictwo w wydarzeniach i imprezach kulturalnych na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy (%)	105
Rys. 49. Główny powód nieuczestniczenia w wydarzeniach kulturalnych (%)	107
Rys. 50. Sport i aktywność fizyczna osób starszych (%)	108
Rys. 51. Posiadanie hobby, pasji, którym badani poświęcają swój czas (%)	110
Rys. 52. Hobby i pasje wymieniane przez badanych (%)	111
Rys. 53. Działalność Uniwersytetu Trzeciego Wieku w świadomości i doświadczeniu badanych (%)	113
Rys. 54. Preferencje w zakresie chęci uczestnictwa w formach aktywności adresowanych do osób starszych (%)	115
Rys. 55. Korzystanie z komputera (%)	116
Rys. 56. Sposoby wykorzystania komputera (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	117
Rys. 57. Krąg najbliższych przyjaciół (%)	118
Rys. 58. Intensywność kontaktów z kręgiem przyjaciół (%)	119
Rys. 59. Utrzymywanie kontaktów z sąsiadami poprzez wzajemne odwiedzanie się i pomaganie sobie nawzajem (%)	120
Rys. 61. Poziom integracji społecznej i aktywności (%)	122
Rys. 62. Odsetek respondentów osiągający niski poziom indeksu integracji społecznej i aktywności w poszczególnych strefach Gdańska (%)	126
Rys. 63. Infrastruktura drogowo-pieszna w miejscu zamieszkania (%)	129
Rys. 64. Infrastruktura drogowo-pieszna w miejscu zamieszkania w ocenie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (x)	130
Rys. 65. Ład społeczny w miejscu zamieszkania (%)	131
Rys. 66. Ład społeczny w miejscu zamieszkania w ocenie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (x)	132
Rys. 67. Ład funkcjonalny w miejscu zamieszkania (%)	133
Rys. 68. Ład funkcjonalny w miejscu zamieszkania w ocenie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (x)	134
Rys. 69. Infrastruktura w zakresie rekreacji i czasu wolnego w miejscu zamieszkania (%)	135
Rys. 70. Infrastruktura w zakresie rekreacji i czasu wolnego w ocenie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (x)	136

Rys. 71. Ogólna ocena miejsca zamieszkania w opinii mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdańska (x).....	137
Rys. 72. Oczekiwanie osób starszych w zakresie inwestycji na terenie dzielnicy (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)	139
Rys. 73. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu (%).....	145
Rys. 74. Potrzeba ograniczenia ilości spożywanego alkoholu w odczuciu respondentów (%)	145
Rys. 75. Używanie leków – na własną rękę, bez konsultacji z lekarzem – dostępnych bez recepty (%)	148
Rys. 76. Rodzaj zażywanych medykamentów (%).....	149
Rys. 77. Odsetek respondentów, którzy doświadczyli określonych form przemocy w ciągu ostatnich 12 m-cy (%)	150
Rys. 78. Sprawcy przemocy wobec osób starszych (%).....	151
Rys. 79. Zróżnicowanie badanych ze względu na poziom jakości życia (wskaźnik obliczony na podstawie indeksu) (%).....	155
Rys. 80. Wiek a poziom jakości życia (%).....	156
Rys. 81. Wykształcenie a poziom jakości życia (%).....	157
Rys. 82. Stan cywilny a jakość życia (%)	158
Rys. 83. Sytuacja finansowa a poziom jakości życia (%).....	159
Rys. 84. Aktywność zarobkowa a jakość życia (%)	160
Rys. 85. Stan zdrowia a jakość życia (%).....	160
Rys. 86. Strefy miasta a jakość życia (%)	161
Rys. 87. Odsetek respondentów osiągających niski poziom jakości życia w poszczególnych strefach miasta (%).....	162

Spis tabel

Tab. 1. Struktura demograficzno-społeczna badanej próby (%)	13
Tab. 2. Struktura przestrzenna (dzielnicowa) badanej próby (%)	14
Tab. 3. Subiektywne odczuwanie starości a wiek (%)	20
Tab. 4. Subiektywne odczuwanie starości a wykształcenie (%)	20
Tab. 5. Ocena stanu zdrowia a płeć (%)	22
Tab. 6. Ocena stanu zdrowia a wiek (%).....	22
Tab. 7. Ocena stanu zdrowia a wykształcenie (%).....	23
Tab. 8. Ocena stanu zdrowia z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	24
Tab. 9. Korzystanie z bezpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy a płeć (%).....	25
Tab. 10. Korzystanie z bezpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy a wiek (%).....	25
Tab. 11. Korzystanie z bezpłatnej lub odpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy a wykształcenie (%).....	26
Tab. 12. Korzystanie z bezpłatnej lub odpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	27
Tab. 13. Korzystanie z bezpłatnej lub odpłatnej służby zdrowia w ciągu ostatnich 12 m-cy na tle sytuacji finansowej badanych (%).....	27
Tab. 14. Korzystanie z porad lekarza geriatry w ciągu ostatnich 12 m-cy a wiek (%)	28
Tab. 15. Korzystanie z porad lekarza geriatry w ciągu ostatnich 12 m-cy z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	29
Tab. 16. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego a płeć (%) ..	33
Tab. 17. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego a wiek (%) .	33
Tab. 18. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego a wykształcenie (%).....	33
Tab. 19. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	34
Tab. 20. Kategorie sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego a subiektywna ocena stanu zdrowia (%)	34
Tab. 21. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób a płeć (%)	35
Tab. 22. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób a wiek (%)	36
Tab. 23. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób a wykształcenie (%)	36
Tab. 24. Potrzeba korzystania z systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	37
Tab. 25. Aktywność zarobkowa a płeć (%)	45
Tab. 26. Aktywność zarobkowa a wiek (%)	45
Tab. 27. Aktywność zarobkowa a wykształcenie (%)	46
Tab. 28. Aktywność zarobkowa a samoidentyfikacja respondenta z człowiekiem starym (%)	46
Tab. 29. Aktywność zarobkowa na tle subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia (%).....	47
Tab. 30. Samoocena sytuacji materialnej a płeć (%).....	48
Tab. 31. Samoocena sytuacji materialnej a wykształcenie (%)	49
Tab. 32. Samoocena sytuacji materialnej z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	49
Tab. 33. Otrzymywanie świadczeń z pomocy społecznej a płeć (%)	52
Tab. 34. Otrzymywanie świadczeń z pomocy społecznej a wykształcenie (%)	52
Tab. 35. Otrzymywanie świadczeń z pomocy społecznej na tle samooceny sytuacji materialnej (%)	53
Tab. 36. Ocena warunków mieszkaniowych a płeć (%).....	55
Tab. 37. Ocena warunków mieszkaniowych a wiek (%).....	56
Tab. 38. Ocena warunków mieszkaniowych a wykształcenie (%).....	56

Tab. 39. Ocena warunków mieszkaniowych z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%).....	57
Tab. 40. Odczuwanie osamotnienia a częstotliwość przebywania samemu w domu (%)	67
Tab. 41. Odczuwanie osamotnienia a płeć (%)	68
Tab. 42. Odczuwanie osamotnienia a wiek (%).....	68
Tab. 43. Odczuwanie osamotnienia a wykształcenie (%).....	69
Tab. 44. Odczuwanie osamotnienia a stan cywilny (%)	69
Tab. 45. Odczuwanie osamotnienia z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	69
Tab. 46. Odczuwanie osamotnienia a samoocena sytuacji materialnej (%)	70
Tab. 47. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny a płeć (%).....	71
Tab. 48. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%).....	72
Tab. 49. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny na tle samooceny sytuacji materialnej (%)	72
Tab. 50. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny a pozostawanie w stałym związku (%) .	73
Tab. 51. Ocena stosunków z członkami najbliższej rodziny a odczuwanie osamotnienia (%)	73
Tab. 52. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a płeć (%).....	83
Tab. 53. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a wykształcenie (%)	84
Tab. 54. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a strefa miasta (%)	84
Tab. 55. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a stan cywilny (%).....	85
Tab. 56. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a poczucie osamotnienia (%)	85
Tab. 57. Gotowość do zamieszkania w domu pomocy społecznej a możliwości uzyskania systematycznej pomocy ze strony swojej najbliższej rodziny (%)	86
Tab. 58. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a wiek (%)..	87
Tab. 59. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a wykształcenie (%).....	88
Tab. 60. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a samoocena sytuacji materialnej (%).....	88
Tab. 61. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a stan cywilny (%)	89
Tab. 62. Gotowość do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez kluby seniora a strefa miasta (%).....	89
Tab. 63. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc a wykształcenie (%)	95
Tab. 64. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	95
Tab. 65. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc na tle samooceny sytuacji materialnej (%).....	96
Tab. 66. Preferencje w zakresie podmiotu świadczącego pomoc z uwzględnieniem faktu pozostawania w stałym związku (%)	96
Tab. 60. Struktura indeksu integracji społecznej i aktywności.....	121
Tab. 67. Poziom integracji społecznej i aktywności a wiek (%).....	122
Tab. 68. Poziom integracji społecznej i aktywności a wykształcenie (%)	123
Tab. 69. Poziom integracji społecznej i aktywności a samoocena sytuacji ekonomicznej (%)	123
Tab. 70. Poziom integracji społecznej i aktywności a posiadanie bądź nieposiadanie małżonka/partnera życiowego (%)	124
Tab. 71. Poziom integracji społecznej i aktywności a poczucie osamotnienia (%)	124
Tab. 72. Poziom integracji społecznej i aktywności a subiektywna ocena własnego stanu zdrowia (%)	125
Tab. 73. Poziom integracji społecznej i aktywności na tle indeksu doświadczania trudności w zakresie życia codziennego (%).....	125
Tab. 74. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu a płeć (%).....	146
Tab. 75. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu a wiek (%)	146

Tab. 76. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu a wykształcenie (%)	147
Tab. 77. Używanie leków – na własną rękę, bez konsultacji z lekarzem a płeć (%)	148
Tab. 78. Doświadczanie przemocy przez osoby starsze z uwzględnieniem podziału na strefy miasta (%)	151

Bibliografia

- Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, 2012, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań.
- Atchley R. C., 1985, *Social Forces and Aging. An Introduction to Social Gerontology*, Wadsworth Publishing Company, Belmont, California.
- Baars J., Knipscheer K., Breebaart E., 1993, *The impact of social and economic policies on older people in the Netherlands*, [w:] *Older People in Europe. Social and Economic Policies. National Report: Netherlands*.
- Bartoszek A Niezabitowska E., Kucharczyk-Brus B., Niezabitowski M., 2011, Warunki zamieszkania seniorów w świetle badań socjologów i architektów w projekcie PolSenior, „Polityka Społeczna”, Numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior*.
- Bartoszek A., Niezabitowska E., Kucharczyk-Brus B., Niezabitowski M., 2012, Warunki zamieszkania seniorów – główne ustalenia badawcze, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań.
- B. Bień, 2002a, Stan zdrowia i sprawność ludzi starych, [w:] *Polska starość*, B. Synak (red.), Wyd. UG, Gdańsk.
- Bień B., 2002b, Opieka zdrowotna i pomoc w rodzinie, [w:] *Polska starość*, B. Synak (red.), Wyd. UG, Gdańsk.
- Bień B., Wojszel Z., B., Wilmańska J., Sienkiewicz J., 2001, *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków.
- Błądowski P., 2002, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starszych*, SGH, Warszawa.
- Błądowski P., 2011, Sytuacja ekonomiczna i potrzeby opiekuńcze osób starszych w Polsce, „Polityka Społeczna”, Numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior*.
- Błądowski P., 2012, *Sytuacja materialna osób starszych*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań.
- Campbell A., 1976, *Subjective measures of well-being*, "American Psychologist", nr 2.
- Cekiera C., 2001, *Aspekty uzależnienia od tytoniu*, [w:] *Palenie tytoniu - wolność czy zniewolenie?* C. Cekiera W. Zatoński (red.), Lublin.

- Ciechocińska M., 1981, *Syntetyczna metoda analizy przestrzennej warunków życia*, „Biuletyn Informacyjny”, IGIPZ PAN, nr 33.
- Czekanowski P., 1993a, *Osamotnienie ludzi starych i czynniki je różnicujące*. Niepublikowana praca doktorska - promotor: prof. dr hab. B. Synak.
- Czekanowski P., 1993b, Aktywność ludzi starych w czasie wolnym, „Zeszyty Problemowe PTG”, nr 5
- Czekanowski P., 1999, *Gerontologia a nauczanie pracy socjalnej*, [w:] Praca socjalna, działalność pozarządowa i edukacja: nowe wyzwania i potrzeby, K. Frysztacki (red.).
- Czekanowski P., 2002a, Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie, [w:] Polska starość, B. Synak (red.), Wyd., Gdańsk.
- Czekanowski P., 2002b, Sytuacja materialna, [w:] Polska starość, B. Synak (red.), Wyd. UG, Gdańsk.
- Czekanowski P., 2006, Family carers of elderly people, [w:] Family Caregiving for the Elderly in Poland, B. Bień (Ed.), Wyd. Uniw. Trans Humana, Białystok, s. 85-111.
- Czekanowski P., 2011, Implications of population ageing for family relations and family care, [w:] Population Ageing in Central and Eastern Europe. Societal and Policy Implications, A. Hoff (Ed.), Ashgate, Farnham.
- Czekanowski P., 2012, *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Wydawnictwo UG, Gdańsk
- Człowiek dorosły i starszy w sytuacjach przemocy, M. Halicka, J. Halicki i A. Sidorczyk (red.), 2009, Wyd. UwB, Białystok.
- Derbis R, Bańka A., 1998, *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Poznań
- Dubas E., 2000a, Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia, Wyd. UŁ, Łódź.
- Dubas E., 2000b, Samotność i osamotnienie w świetle dyskusji grupowej (w wypowiedziach uczestników Stowarzyszenia Seniorów „Nie jesteś sam” Osiedla Stoki w Łodzi), [w:] Przygotowanie do życia na emeryturze. Kształcenie wykładowców w ramach współpracy Uniwersytetu Łódzkiego i Uniwersytetu Lumiére, B. Juraś-Krawczyk (red.), Wyd. WSHE, Łódź.
- Elliot R. F., 1986, *The family: Change or continuity?*, MacMillan Press LTD, Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London.
- Family Caregiving for the Elderly in Poland, 2006, B. Bień (Ed.), Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok.
- Family Carers of Older People in Europe - A Six-Country Comparative Study, 2008, G. Lamura, H. Döhner, C. Kofahl (Eds.), LIT VERLAG, Berlin.
- Frąckiewicz L., Żakowska-Wachelko B., 1987, *300 wiadomości o starości*, ŚIN, Katowice.
- Fromm E., 1991, *Wojna w człowieku*, Gdańsk.
- Ghazanfareeon K. S., Borell K., 2005, A home of their own: Women's boundary work in LAT relationships, „Journal of Ageing Studies”, J. F. Gubrium (ed.), vol. 19, no. 1 (February).

- Gillingham R., Reece W.S., 1980, *Analytical Problems in Measurement of the Quality of Life*, "Social Indicators Research", nr 1-4.
- Giza-Poleszczuk A., Marody M., Rychard A., 2000. *Strategie i system. Polacy w obliczu zmiany społecznej*, IFiS PAN, Warszawa
- Goffman E., 2011, *Instytucje totalne*, Gdańsk.
- Halicka M., Halicki J., 2002a, *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] *Polska starość*, B. Synak (red.), Gdańsk.
- Halicka M., Halicki J., 2002b, *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, [w:] *Polska starość*, B. Synak (red.), Gdańsk.
- Halicka M., Halicki J., 2011, *Opinie polskich seniorów na temat starości i przygotowania do niej*, „Polityka Społeczna”, Numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior*.
- Halicki J., 1997, *Ageism i ruch Szarych Panter*, „Gerontologia Polska”, nr 3, s. 41-45.
- Halicki J., 2006, *Społeczne teorie starzenia się*, [w:] *Zostawić ślad na ziemi*
- J. Halik, 2002, *Samoocena stanu zdrowia ludzi starych*, [w:] *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, 2002, Halik J. (red.), Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Harwood P., 1976, *Quality of Life: Descriptive and Testimonial Conceptualizations*, "Social Indicators Research", nr 3-4.
- Hryniewicz J., Staręga - Piasek J., Supińska J., 1991, *Ludzie starzy a polityka społeczna w Polsce*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (wyb. i oprac.), *Studia o kwestiach społecznych*, IPS UW, Warszawa s. 131-150.
- Jałowiecki B., 1967, *Studium socjologiczno-urbanistyczne struktury społecznej Wrocławia*, [w:] *Procesy urbanizacyjne w powojennej Polsce*, Warszawa
- Kinney J., Leaton G., 1996, *Zrozumieć alkohol*, Warszawa
- Kmieciak-Baran K., 1999, *Młodość i przemoc. Mechanizmy socjologiczno – psychologiczne*, Warszawa
- Kryczka P., 1981, *Społeczność osiedla mieszkaniowego w wielkim mieście: ideologia i rzeczywistość*. Wyd PWN, Warszawa
- Kwak A., 2005, *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Leczenie się domowymi sposobami, komunikat z badań*, 1998, CBOS, Warszawa
- Longino C. F. Jr., 1990, *Geographical distribution and migration*, [w:] *Handbook of ageing and the social sciences*, R. H. Binstock, L. K. George (eds), 3rd ed., Academic Press, San Diego, CA.,

- Łobożewicz T. 1991, Stan i uwarunkowania aktywności ruchowej ludzi w starszym wieku w Polsce. Z warsztatów badawczych. Wyd. AWF, Warszawa.
- Łopato J., 1991, *Pomoc społeczna wobec potrzeb ludzi starych na wsi*, Wydawnictwo – Ośrodek Badań Społecznych, Warszawa.
- Malikowski M., 1998, *Socjologiczne problemy miasta*. Rzeszów.
- Małecką B. Z., 1985, *Elementy gerontologii dla pedagogów*, UG, Gdańsk.
- Markowski T., 1999, *Zarządzanie rozwojem miasta*. Warszawa.
- Marody M., 1987. *Antynomie społecznej świadomości*, „Odra”, nr 1.
- Mead M., 2000, *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*. Wyd. PWN, Warszawa
- Mellibruda J., 1993, *Tajemnice etoh*, Warszawa.
- Mellibruda J., 1996, *Patrząc na przemoc*, „Świat Problemów”, nr 5.
- Meyer-Bohe W., 1998, *Budownictwo dla osób starszych i niepełnosprawnych*, przekład: E. Piliszek, Arkady, Warszawa.
- Netka K., Bałtyccy mentorzy 55+, Polska Dziennik Bałtycki, Praca Gratka, 29 10 2012.
- Nowak S., 1980, *Wartości i postawy społeczne*, [w:] *Systemy wartości a wzory konsumpcji społeczeństwa polskiego*, S. Nowak (red.), IS UW, Warszawa.
- Obraz typowego Polaka w starszym wieku, Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2010
- Orzechowska G., 2001, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn
- Piotrowski J., 1970, Społeczne aspekty starości, [w:] *Geriatrya w aspekcie klinicznym i społecznym*, J. Rutkiewicz (red.), PZWL, Warszawa.
- Piotrowski J., 1986a, Gerontologia i geriatrya. [w:] *Encyklopedia seniora*, WP, Warszawa.
- Piotrowski W., 1966, *Społeczno-przestrzenna struktura miasta Łodzi; Studium ekologiczne*, Wrocław
- Pióro Z., 1962, *Ekologia społeczna w urbanistyce (na przykładzie badań lubelskich i toruńskich)*, Warszawa.
- Pismo M. Augustyna z 24 kwietnia 2012 roku skierowane do Gdańskiej Rady ds. Seniorów.
- Płużek Z., 1985, *Hasło: Agresja*, Encyklopedia Katolicka, tom.1, Lublin.
- Polska starość*, 2002, B. Synak (red), Wydawnictwo UG, Gdańsk.
- Pospiszyl I., 1994, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa.
- Postawy wobec alkoholu. Komunikat z badań*, 2010, CBOS, Warszawa.
- Postawy wobec palenia papierosów. Komunikat z badań*, 2011, CBOS, Warszawa.
- Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, 2012, M. Rymśza (red.). ISP, Warszawa.

- Przemoc wobec ludzi starych - na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim, M. Halicka i J. Halicki (red.), 2010, Temida 2 Wyd. Stowarzyszenia Absolwentów Wydziału Prawa UwB, Białystok.
- Przemoc wobec ludzi starych - na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim, M. Halicka i J. Halicki (red.), 2010, Temida 2 Wyd. Stowarzyszenia Absolwentów Wydziału Prawa UwB, Białystok.
- Przemoc wobec osób starszych, B. Tobiasz-Adamczyk (red.), 2009, Wyd. UJ, Kraków.
- Przemoc wobec osób starszych, B. Tobiasz-Adamczyk (red.), 2009, Wyd. UJ, Kraków.
- Puchalska B., 1986, Starość jako faza rozwoju człowieka, [w:] Encyklopedia seniora, WP, Warszawa, s. 57-70.
- Puchalska B., 1986, Starość jako faza rozwoju człowieka, [w:] Encyklopedia seniora, WP, Warszawa, s. 57-70.
- Regulski J., 1982, *Ekonomika miasta*, PWE, Warszawa
- Rembowski J., 1984, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa-Poznań.
- Rosset E., 1959, *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, PWG, Warszawa.
- Rosset E., 1967, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa
- Rowiński R., Dąbrowski A., 2011, *Rekreacja fizyczna a sprawność funkcjonowania i jakość życia osób starszych*, „Polityka Społeczna”, Numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior*
- Sellman J.D., Wootton A.R. Stoner D.B. Doering D. Craig B., 1999, *Increasing diagnosis of nicotine dependence in adolescent mental health patients*, „Australia and New Zealand Journal of Psychiatry”, nr 33
- Sowa K., Maliszewski A., 1980, *Opinie i postawy mieszkańców osiedli wobec swojego miejsca zamieszkania*, „Górnośląskie Studia Socjologiczne”, nr 14
- Sowa K. Z., 1988. *Wstęp do socjologicznej teorii zrzeczeń*, PWN, Warszawa.
- Staręga-Piasek J., 1988, *Psychospołeczne mechanizmy starzenia się*, [w:] *Postępy gerontologii*, B. Synak i T. Wróblewski (red.), PZWL, Warszawa, s. 43-52.
- Stosowanie leków dostępnych bez recepty, Komunikat z badań*, 2011, CBOS, Warszawa
- Stuart-Hamilton I., 2006, *Psychologia starzenia się*, przekł. A. Błachnio, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań.
- Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.
- Synak B., 1987, *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie – niektóre aspekty przemian współczesnych*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 4 (Rok XXVIII), s. 30-40.
- Synak B., 1990, *The Polish family: stability, change and conflict*, „Journal of Ageing Studies”, vol. 3, nr 4
- Synak B., 1992. *Od pozornej jednorodności do wzmożonej różnorodności społeczeństwa polskiego*,

- [w:] *Społeczeństwo polskie. Dylematy okresu transformacji systemowej*, B. Synak, red. Wydawnictwo Morskie, Gdynia.
- Synak B., Czekanowski P., 2000, Sytuacja społeczna ludzi starych w warunkach współczesnych zmian kulturowych i ustrojowych, [w:] *Konferencje i Seminaria 4(32): Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Biuletyn Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu.
- Sytuacja ludzi starych w społeczeństwie. Plany a rzeczywistość. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2009.
- Szatur-Jaworska B., 1991, *Społeczna kwestia ludzi starszych*, [w:] *Społeczne kwestie starości*, B. Rysz-Kowalczyk (red.), IPS UW, Warszawa, s. 7-32.
- Szatur-Jaworska B., 2000, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, IPS UW, ASPRA-JR, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P. i Dzięgielewska M., 2006, *Podstawy gerontologii społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P. i Dzięgielewska M., 2006, *Podstawy gerontologii społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa.
- Szczepański M., 1991, *Wartości ekologiczne przestrzeni i miejsc. Wyniki badań empirycznych*, [w:] *Przestrzeń wielkiego miasta w perspektywie badań nad planowaniem i żywołowością*, K. Wódz (red.), Katowice.
- Szlendak T., 2010, *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, PWN, Warszawa.
- Szukalski P., 2005, *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*, „Auxilium Sociale”, nr 2(34), s. 217-238.
- Szukalski P., 2009, *Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne*, [w:] *Człowiek dorosły i starszy w sytuacjach przemocy*, M. Halicka, J. Halicki i A. Sidorczuk (red.), Wydawnictwo UwB, Białystok.
- Szukalski P., 2012, *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Tarkowska E., Tarkowski J., 1990. *Amoralny feminizm czyli o dezintegracji społecznej w Polsce lat osiemdziesiątych*, [w:] *Grupy i więzi społeczne w systemie monocentrycznym*, E. Wnuk-Lipiński (red.), IFiS PAN, Warszawa.
- Tarkowska E. (współpraca: Czayka-Chełmińska K., Krantz W., Lisek-Michalska J.), 1994, *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*, Wyd. IFiS, PAN, Warszawa
- Turowski J., 1967, *Studium socjologiczno - urbanistyczne miasta. Badania miasta Świdnika*, „Studia Socjologiczne”, nr 4.
- Turowski J., 1998, *Postawy mieszkańców wobec środowiska mieszkalnego w różnych rozwiązaniach struktur osiedlowych*, „Górnośląskie Studia Socjologiczne”, nr 14.

- Wallis A., 1971, *Socjologia i kształtowanie przestrzeni*, Warszawa.
- Waszkiewicz L, Einhorn J., Fołtyn-Zaradna K., Gawęł-Dąbrowska D., Grabowska B., Zatońska K., 2012, Ocena jakości życia Polaków w ieku podeszłym, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań.
- Waszkiewicz L, Połtyn-Zaradna K., Einhorn J., Gawęł-Dąbrowska D., Grabowska B., Zatońska K., 2011, Subiektywna ocena zdrowia i jakości życia starszych Polaków, „Polityka Społeczna”, Numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior*.
- Węclawowicz G., 1988, *Przekształcenia struktury społeczno-przestrzennej miast*, [w:] *Procesy urbanizacji przekształcania miast w Polsce*, B. Jałowiecki, E. Kaltenberg-Kwiatkowska (red.), Ossolineum.
- Werenstein-Żuławski J., 1991, *Strategia przetrwania i jej koszty*, [w:] *Społeczeństwo polskie u progu przemian*, J. Mucha, G. Skąpska, J. Szmatka (red), Wyd. Ossolineum, Wrocław- Warszawa-Kraków.
- Woźniak Z., 1997, *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*. Wyd. Miejskie, Poznań.
- Wójcik D., 1977, *Środowisko rodzinne a poziom agresywności młodzieży przestępczej i nieprzestępczej*, Wrocław.
- Załęcki J., 2002, *Przestrzeń społeczna Gdańska. Analiza socjologiczna*, Wydawnictwo UG, Gdańsk.

Akty prawne:

Ustawa o pomocy społecznej. Tekst jednolity: Dz. U. z 1998 r., Nr 64, poz. 414, z późn. zm.

Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej, Dz. U. Poz. 726.

Fragment z recenzji prof. dra hab. Brunona Synaka

„Z prawdziwą satysfakcją i uznaniem należy odnotować inicjatywę władz Gdańska, podjętą wspólnie z działającą przy Prezydencie Radą ds. Osób Starszych, opracowania socjologicznej diagnozy sytuacji mieszkańców tego miasta w wieku 65+, w oparciu o badania przeprowadzone przy współpracy z Uniwersytetem Gdańskim. Recenzowane opracowanie jest raportem z tych badań, zrealizowanych nieprzypadkowo w roku 2012 -Europejskim Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (...)

Oparcie recenzowanego tekstu na wielowymiarowym i bogatym materiale badawczym uważam za najważniejsze uzasadnienie opublikowania go w formie książki. Dzięki temu walory poznawcze tej publikacji są niezaprzeczalne. Tym bardziej że raport ten jest pierwszą tak kompetentną, dogłębną i wnikliwą analizą sytuacji życiowej gdańszczan w starszym wieku, umożliwiającą w przyszłości śledzenie kierunku zmian tego obrazu oraz wynikających z nich potrzeb seniorów. Pragnę też wyraźnie podkreślić, że żadne z dużych miast polskich nie doczekało się tak wielostronnego i reprezentatywnego opracowania omawianej problematyki (...).

Powodów do opublikowania recenzowanego tekstu jest więcej. Podkreślić należy, że tekst ten (...) zawiera wiele interesujących analiz ukazujących zróżnicowania badanych zagadnień w zależności od zmiennych demograficzno-społecznych, czy dzielnic i stref miasta. Dzięki temu uzyskujemy obraz pogłębiony, ukazujący wiele interesujących konstatacji. Warto też podkreślić, że mimo bogatej warstwy poznawczej opracowania, mamy do czynienia z tekstem czytelnym, napisanym przystępnym językiem, opatrzonym licznymi danymi tabelarycznymi i wykresami. Jego wartość podnosi również zastosowanie najbardziej podstawowych wskaźników statystycznych (testu istotności, korelacji).”