

Uniwersytet Łódzki

Piotr Szukalski

Raport merytoryczny z realizacji projektu badawczego

**Status rodzinny a sytuacja zdrowotna i bytowa osób sędziwych
w środowisku wielkomiejskim**

Grant 2H2OE03424

Łódź 2003

Spis treści

1. Status rodzinny seniorów jako przedmiot zainteresowania gerontologii
 - 1.1. Starzenie się ludności a przemiany struktury rodzin
 - 1.2. Rodzina jako obszar zainteresowania gerontologów
 - 1.3. Najważniejsze z punktu widzenia gerontologii demograficzne cechy przemian rodziny
 - 1.4. Ludzie bardzo starzy w Polsce w latach 1921-2002
 - 1.5. Wybór Łodzi jako miejsca badania

2. Podstawowe informacje o badaniu
 - 2.1. Wprowadzenie
 - 2.2. Społeczno-demograficzne charakterystyki badanej próby
 - 2.3. Status rodzinny badanych
 - 2.3.1. Wprowadzenie
 - 2.3.2. Stan cywilny badanych
 - 2.3.3. Liczba i wiek żyjącego potomstwa
 - 2.3.4. Stan cywilny dzieci
 - 2.3.5. Jakość kontaktów z potomstwem
 - 2.3.6. Częstość kontaktów z potomstwem
 - 2.3.7. Wnuki i prawnuki
 - 2.3.8. Żyjące rodzeństwo badanych
 - 2.3.9. Podsumowanie punktu
 - 2.4. Poczucie samotności i osamotnienia
 - 2.5 Status własnościowy zajmowanego lokalu i współzamieszkiwanie

3. Wpływ wieku na wybrane charakterystyki społeczno-demograficzne i zdrowotne
 - 3.1. Wprowadzenie
 - 3.2. Wiek a podstawowe charakterystyki społeczno-demograficznej badanej grupy
 - 3.3. Wiek a stan zdrowia
4. Podsumowanie

4. Determinanty jakości i częstości kontaktów z dziećmi
 - 4.1 Jakość kontaktów z dzieckiem a płeć dziecka
 - 4.2. Jakość kontaktów z dzieckiem a częstość odwiedzin
 - 4.3. Jakość kontaktów z dzieckiem a płeć respondenta
 - 4.4. Liczba dzieci a częstość kontaktów i ich jakość
 - 4.5. Częstość odwiedzin a płeć respondenta
 - 4.6. Częstość odwiedzin a płeć dziecka
 - 4.7. Wiek respondenta a częstość odwiedzin dzieci
 - 4.8 Podsumowanie

5. Podsumowanie

1. Status rodzinny seniorów jako przedmiot zainteresowania gerontologii

1.1. Starzenie się ludności a przemiany struktury rodzin

Proces starzenia się ludności, tj. wzrost odsetka ludzi powyżej 60. (granica używana na kontynencie europejskim) lub 65. roku życia (propozycje ONZ, akceptowane w USA i Wlk. Brytanii), jest nieuniknioną konsekwencją długookresowych przemian dwóch składowych ruchu naturalnego – rozrodczości i umieralności. W trakcie ostatnich 200-250 lat wszystkie społeczeństwa Europy (i prawie wszystkie społeczeństwa świata) przeżyły zmianę reżimu reprodukcji (odtworzenia się) ludności: od reprodukcji rozrzutnej, odznaczającej się wysokim natężeniem urodzeń i zgonów, do reprodukcji oszczędnej z niską rodnością i umieralnością. Powyższe przemiany w syntetyczny sposób ujęte są w koncepcji przejścia demograficznego i towarzyszących temu przejściu dwóch innych, długookresowych zmianach – przejściu epidemiologicznym i przejściu zdrowotnym.

Powyższym długookresowym przemianom reżimu demograficznego towarzyszyły zmiany struktury ludności według wieku – a mianowicie wyraźny wzrost odsetka osób starszych spowodowany, z jednej strony, ograniczaniem liczby urodzeń, a tym samym zmniejszaniem się relatywnej wagi ludności młodej, z drugiej zaś strony – redukcją umieralności w trakcie całego dorosłego życia (w tym i w wieku starszym), a tym samym rozrostem bezwzględnym i względnym populacji seniorów.

W ramach długookresowego procesu zmiany struktury wieku ludności jako rezultatu przejścia demograficznego wyodrębnić można kilka logicznych etapów. Pierwszy z nich charakteryzuje się odmłodzeniem struktury wieku ludności. Dopiero kolejne sekwencje tego procesu związane są ze starzeniem się ludności – początkowo powolny, później szybki wzrost odsetka seniorów jako konsekwencja starzenia się „od dołu piramidy wieku”¹, dopiero na późniejszym etapie, pod koniec przejścia demograficznego szybki wzrost odsetka wynikający

¹ Wyodrębnić można dwa podstawowe źródła starzenia się ludności: tzw. starzenie się od dołu piramidy wieku ludności i starzenie się od góry tejże piramidy.

Piramida wieku ludności to graficzna prezentacja struktury wieku ludności. Na osi pionowej umieszczona jest informacja o wieku, zaś na dwóch osiach poziomych – lewej dla mężczyzn i prawej dla kobiet – poziome „belki” wskazują na liczbę ludności danej płci w danym wieku. Informacja o liczbie może być podana w wielkościach bezwzględnych (tysiące, miliony osób) bądź względnych (odsetek ludności danej płci).

W przypadku „starzenia się od dołu piramidy wieku” proces starzenia się ludności jest konsekwencją – jak już wcześniej wspomniano – szybkiego spadku liczby urodzeń i tym samym relatywnego wzrostu znaczenia ludności w starszym wieku. W przypadku drugim źródłem starzenia się populacji są przemiany umieralności – wzrost liczby bezwzględnej osób starych i bardzo starych związany z wyższym prawdopodobieństwem przeżycia przez wcześniejsze etapy życia. Dotychczas ważniejszym źródłem procesu starzenia się ludności było ograniczanie dzietności, aczkolwiek wiele wskazuje, iż w przyszłości wraz z koncentrowaniem się redukcji umieralności głównie wśród ludności starszej wzrastać będzie waga starzenia się populacji „od góry piramidy wieku”.

ze starzenia się „od góry”. Wraz z pojawieniem się redukcji umieralności wśród starszych grup wieku rozpoczyna się niezwykle ważny etap – tzw. podwójne starzenie się ludności, tj. wzrost w ramach populacji seniorów udziału „starych starych”, a następnie „najstarszych starych”². W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób najstarszych, z najbardziej dynamiczną zmianą liczby stulatków³ (niektórzy mówią o „eksplozji stulatków”). Niekiedy prowadzi to do formułowania twierdzeń o potrójnym charakterze procesu starzenia się ludności.

W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się na populacji osób w wieku 75 lat i więcej, wychodząc z założenia, iż grupa ta charakteryzuje się specyficznymi potrzebami zdrowotnymi, socjalnymi i opiekuńczymi. Literatura gerontologiczna w coraz większym stopniu bowiem uwzględnia fakt, iż zbiorowość ludzi starych nie jest jednorodna, iż występują olbrzymie różnice pomiędzy poszczególnymi fazami starości. W rezultacie podkreśla się konieczność uwzględniania heterogeniczności populacji seniorów, a jednocześnie dąży się do koncentrowania uwagi na wyodrębnionych, homogenicznych z jakiegoś punktu widzenia podzbiorowościach [Pędich, 1998]. Dotychczasowe badania prowadzone w Polsce wychodziły zazwyczaj z założenia, że wystarczająco homogenicznymi subpopulacjami są w przypadku zbiorowości ludzi starych dwie podgrupy: młodsza (najczęściej definiowana jako skupiająca osoby do 74. roku życia) i starsza (jednostki mające co najmniej 75 lat). Rzadko kiedy uwaga badaczy kierowana była na jednostki starsze – zwłaszcza na systematyczne porównanie różnic w ilościowych i jakościowych charakterystykach poszczególnych subkategorii wieku wyodrębnionych w ramach tej właśnie grupy. Niniejsza praca jako jeden z celów postawiła sobie opis sytuacji rodzinnej, zdrowotnej, bytowej w bardziej homogenicznych grupach zaawansowanego wieku⁴.

² W amerykańskiej literaturze gerontologicznej popularny jest podział zbiorowości seniorów na trzy grupy: „młodych starych” (osoby w wieku 65-74 lata), „starych starych” (75-84 lata) i „najstarszych starych” (85 lat i więcej). Podziału tego w niniejszej pracy będę się trzymać, modyfikując nieco nazewnictwo – a mianowicie łączną zbiorowość „starych starych” i „najstarszych starych” nazywać osobami bardzo starymi.

Od ponad 30 lat w gerontologii europejskiej używana jest nieco inna klasyfikacja – na „młodych starych”, tj. seniorów do 74. roku życia, „starych starych” – osoby w wieku 75-89 lat i jednostki długowieczne, które osiągnęły lub przekroczyły 90 lat. W literaturze demograficznej spotkać się można z jeszcze innym, dychotomicznym podziałem – na młodszych (do 79 lat) i starszych (80 lat i więcej) seniorów.

³ Na przykład, według najnowszej prognozy GUS [2003] dla Polski liczba osób w wieku 65-74 lat wzrosnąć ma w latach 2002-2030 o 36%, 75-84 lat o 90%, zaś 85 lat i więcej o 136%. Jednocześnie liczba stulatków będzie w roku 2030 wyższa o 538% w stosunku do wielkości z roku 2002.

⁴ Przykładowo, grupa białostockich, gdańskich i warszawskich gerontologów autorów pracy mającej ambicję całościowego ujęcia sytuacji życiowej polskich seniorów *Polska starość* (B. Synak (red.), Wyd. UG, Gdańsk, 2002) w zasadzie w przypadku praktycznie każdego analizowanego zagadnienia dostrzegała odmienność młodszej i starszej grupy badanych. Niestety, reprezentatywność populacji ludzi starych w połączeniu z relatywnie niewielką próbą uniemożliwiła uogólnienie wyników dotyczących subpopulacji „najstarszych starych” na ogół ludności w tym wieku zamieszkującej Polskę. Wyłączna uwaga na zbiorowość osób bardzo

Niektóre opracowania zachodnioeuropejskie i – zwłaszcza – amerykańskie świadczą o tym, iż w tychże państwach ósma dekada życia, jak i początek dekady dziewiątej odznaczają się relatywnie dobrym stanem zdrowia, zaś jeśli mówić o jakiejś grupie jako charakteryzującej się wysokim prawdopodobieństwem niesamodzielności, niepełnosprawności i konieczności stałego uzyskiwania wsparcia, należy ograniczać się do „najstarszych starych”⁵.

Tym niemniej specyfika sytuacji w naszym kraju jest taka, iż mamy do czynienia z jednoczesnym występowaniem redukcji umieralności wśród seniorów i wzrostu częstości hospitalizacji, wizyt lekarskich, niepełnosprawności w tej populacji. W pierwszym przypadku najlepszym wskaźnikiem jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia sześćdziesięcio-, siedemdziesięcio-, osiemdziesięcioletnich Polaków i Polek⁶ (zob. tab. 1). Jeśli natomiast chodzi o kwestię drugą potwierdzają ją dane gromadzone przez medyczne służby statystyczne [Roszkowska i wsp., 2001; Goryński i wsp., 2003: 67-70], dane NSP’2002 o niepełnosprawności [Skrętowicz, Gorczyca, 2004], czy badania porównawcze subiektywnej oceny sytuacji zdrowotnej seniorów (samoocena) odnotowujące gorsze wskaźniki w roku 2000 w porównaniu z drugą połową lat 1960. [Bień, 2002].

Tab. 1.1. Trwanie życia seniorów w Polsce w latach 1990-91, 1997 i 2003

Płeć	Wiek	1990-1991	1997	2003
Mężczyźni	60	15,53	16,13	17,13
	70	10,14	10,48	11,75
	80	6,26	6,18	6,58
	90	3,93	3,45	3,64
Kobiety	60	20,79	20,80	22,17
	70	13,45	13,11	14,22
	80	8,08	7,17	7,86
	90	3,93	3,52	3,90

Źródło: opracowanie własne na podstawie tablic trwania życia z odpowiednich lat

Występuje zatem wyraźna rozbieżność pomiędzy wnioskami płynącymi z powyższych porównań. Częściowo za taki stan rzeczy odpowiedzialność ponosić może lepsza

starych (80 lat i więcej) skierowana została w opracowaniu autorstwa Z. Woźniaka [1997] poświęconego najstarszym poznaniakom.

⁵ Skądinąd to podejście, widoczne w literaturze od góra kilkunastu lat, wskazuje na postępujący proces poprawy stanu zdrowia seniorów. Upłynęło bowiem niewiele więcej jak lat 30 od chwili, gdy amerykańska psycholog specjalizująca się w psychogerontologii B. Neugarten postulowała rozróżnienie populacji osób starszych na dwie podgrupy – „młodych starych” i „starych starych”, aby podkreślić, iż nie wszystkie jednostki po przekroczeniu 65. roku życia powinny być traktowane paternalistycznie, jako potencjalni niepełnosprawni.

⁶ W przypadku najstarszych Polaków tendencje odnotowane w ostatnich kilkunastu latach nie są jednoznaczne. Najprawdopodobniej są one wypadkową jednoczesnego zmniejszania się umieralności i poprawy wiarygodności informacji o wieku zmarłych. Podejrzewać bowiem należy, iż wraz z upływem czasu dysponujemy coraz dokładniejszymi danymi o zmarłych, tj. w przypadku jednostek po 90. roku życia coraz mniejszą część stanowią osoby o zawyżonym wieku. Taka tendencja obserwowana była i w innych krajach europejskich, w których rejestrację ludności wprowadzono o wiele wcześniej niż w Polsce. Wskutek poprawy wiarygodności danych o wieku wszędzie następował etap czasowego „pogarszania” się umieralności (a przynajmniej jej wskaźników) w najstarszych grupach wieku.

diagnostyka, częściowo zmieniająca się wizja starości – odejście od dominującego dotychczas modelu starości – zwłaszcza sędziwej starości – jako okresu życia nieodłącznie związanego z występowaniem chronicznych schorzeń i niepełnosprawności. Tym samym brak było zapewne w wielu przypadkach powodów do uskarżania się na niepełnosprawność, bądź do ubiegania się o bardziej wyrafinowaną pomoc medyczną. Obecnie środowisko medyczne, a w ślad za nim również i społeczeństwo, coraz częściej upatrują w starości fazę życia, która powinna charakteryzować się dobrym stanem zdrowia somatycznego i psychicznego oraz sprawnością. Tym samym uznawane wcześniej za naturalne przypadłości wieku są coraz częściej definiowane jako nadające się do leczenia – eliminacji bądź ograniczenia. Tym samym zmiana postrzegania starości jako fazy życia prowadzi zapewne w polskich realiach do jednoczesnego pogarszania się „obiektywnych” i „subiektywnych” wskaźników zdrowia, przy jednoczesnym wydłużaniu się trwania życia.

Konieczność uwzględniania specyfiki krajowej, oznaczająca realizm i nieuznawanie wzorców prawdziwych w innych państwach jako bezsprzecznie prawdziwych w innych, doprowadziła do przyjęcia w niniejszym opracowaniu jako populacji charakteryzującej się podwyższonym prawdopodobieństwem uzyskiwania stałej pomocy ze strony innych osób w wieku 75 lat i więcej. W świetle danych pochodzących z NSP'2002 widać jest wyraźną różnicę pomiędzy częstością deklarowania niepełnosprawności pomiędzy osobami, które przekroczyły cezurę 75 lat, a jednostkami młodszymi. Również wcześniejsze badania prowadzone na reprezentatywnych próbach ludności Polski [GUS, 1999], bądź polskich seniorów [Bień, 2002], jednoznacznie wskazują na występowanie różnic w stanie zdrowia tych dwóch populacji. Osoby bardzo stare odróżniają się – jak wykazało badanie PTG [Synak, 2002] – pod wieloma innymi względami. Gorszemu w świetle samooceny stanowi zdrowia towarzyszy zapewne wyższe zapotrzebowanie na wsparcie okazywane przez innych, wsparcie tak formalne (instytucjonalne), jak i nieformalne (przede wszystkim rodzinne).

Podstawowym problemem jest w takim przypadku określenie, kto jest głównym dostarczycielem potrzebnego wsparcia, jak wygląda rozkład wsparcia z punktu widzenia statusu dostarczyciela (wsparcie rodzinne, wsparcie instytucjonalne) oraz to, czy występuje związek pomiędzy statusem rodzinnym osoby w zaawansowanym wieku (stan cywilny, liczba potomstwa, liczba wnuków) a jej stanem zdrowia, sytuacją bytową z jednej strony, a jej zapotrzebowaniem na powyższe wsparcie z drugiej strony. Wydaje się bowiem uzasadnionym w świetle tak literatury przedmiotu, jak i obserwacji życia codziennego, iż status rodzinny w tak tradycyjnie nastawionym społeczeństwie jak polskie odgrywa znaczącą rolę wpływając na

– a niekiedy wręcz determinując – postrzeganie różnorodnych potrzeb opiekuńczych, jak i na status materialny i zdrowotny.

1.2. Rodzina jako obszar zainteresowania gerontologów

Rodzina jako przedmiot zainteresowania gerontologów występuje od powstania tej dyscypliny. Owo zainteresowanie jednakże przejawia się w inny sposób niż w przypadku badań prowadzonych przez socjologów czy demografów.

Zdecydowana większość prowadzonych dotychczas socjologicznych i demograficznych badań nad rodziną skupiała swą uwagę na rodzinie w trakcie jej pierwszej połowy trwania. Relatywnie niewielu badaczy poświęcało swe zainteresowania drugiej części cyklu życia rodziny, choć z czasem, wskutek wpływu czynnika demograficznego, postawa taka stawała się coraz bardziej widoczna. Efektem takiego stanu rzeczy jest nikły poziom „uteoretycznienia” tych nielicznych badań, tj. wpojenia ich w szersze teoretyczne ramy głównych podejść funkcjonujących w socjologii rodziny. Podejścia te skądinąd koncentrują się zazwyczaj na rodzinie nuklearnej, a dokładniej na miejskiej rodzinie współczesności, co pociąga za sobą znaczące pomniejszenie zainteresowania strukturami wielopokoleniowymi i generalnie pozanuklearnymi. Z kolei, relatywnie liczne badania nad drugą częścią życia rodziny prowadzone w środowisku gerontologów zogniskowane są z reguły wokół konkretnych problemów, zagadnień związanych z próbą zrozumienia i rozwiązania występujących w ocenie badaczy nieprawidłowości postępowania członków rodziny z wchodzącym w jej skład seniorem, przede wszystkim osobą chorą, niepełnosprawną, a stąd i wymagającą wsparcia ze strony bliskich. Podejście takie jednakże automatycznie pozostawia na marginesie zainteresowań badawczych rodziny „normalne” (tj. takie, w których przywołane powyżej przypadki różnorodnych upośledzeń nie występują) oraz zdrowych i pełnosprawnych seniorów, rzadko kiedy przy tym osadzając otrzymane konkluzje w szerszych teoretycznych ramach (zob. szerszą dyskusję na ten temat [Cohler, Altergott, 1995]).

Socjologowie rodziny uważają, iż dotychczasowe badania nad rodziną prowadzone przez gerontologów układały się w cztery odrębne etapy [Marshall i in., 1993]. Na samym początku dominowało podejście skupiające się na utracie przez osoby stare ról społecznych i postępującej z wiekiem i biegiem czasu izolacji seniorów od życia rodzinnego. Następnie uwaga była skoncentrowana na procesach wymiany, funkcjonalnej solidarności jako wyrazie adaptacyjności rodziny jako instytucji do wymagań współczesności. Na kolejnym etapie badacze skupiali swą uwagę na solidarności rodziny, wyróżniając jej sześć typów

(normatywna, uczuciowa, funkcjonalna, strukturalna, solidarność związku i zgodności) i próbując dokonać całościowej, wielowymiarowej oceny relacji międzypokoleniowych w rodzinie. Wreszcie ostatni, obecny etap zdominowany został przez dyskusję na temat udzielania i otrzymywania pomocy w ramach rodziny (*family caregiving*) ze szczególnym uwzględnieniem podstawowych opiekunów i psychiczno-ekonomicznego obciążenia opiekuna (*caregiver burden*). Osobiście dodałbym piąty najnowszy etap – w ostatnich latach widoczne są w literaturze przedmiotu tendencje do stosowania holistycznego, eklektycznego podejścia, wpisywanego w szersze ramy badań nad integracją międzypokoleniową. Również i niniejsze badanie próbuje się wpisać w owe szersze ramy.

Dyskusja na temat demograficznego wymiaru przemian rodziny i ich konsekwencji dla sytuacji seniorów teoretycznie wpisana być może w ramy każdego z powyższych etapów. Jednakże badania ankietowe niezbędne do uzyskania odpowiednich danych prowadzone są od niedawna, również i rozwój technik komputerowych umożliwiających konstruowanie modeli demograficznych dostarczających informacji na temat struktury i wielkości sieci rodzinnej w założonych warunkach jest relatywnie świeżej daty. Wszystko to sprawia, iż poważne opracowania dotyczące interesującego nas zagadnienia ukazywały i ukazują się dopiero na czwartym z powyższych etapów badań gerontologicznych nad rodziną. Nie zapominajmy również o tym, iż wraz z jednoczesnym wydłużaniem się trwania życia, czego rezultatem jest powszechne dożywanie do wieku sędziwego, wymagającego stałej opieki, i ograniczaniem liczby posiadanego potomstwa wzrasta obciążenie pomocą ludzi w wieku aktywności zawodowej i wczesnej starości, co przekłada się na częstsze występowanie różnorodnych dylematów rodzinnych opiekunów i ich różnoaspektowych obciążeń.

Dodatkowo podkreślić należy coraz powszechniej występujący w dobie obecnego i przewidywanego w przyszłości kryzysu finansów publicznych pogląd uznający rodzinę za pierwszoplanową instytucję opiekuńczo-pomocową. Podejście takie automatycznie wzmaga zainteresowanie badaniami nad rodziną w kontekście postępującego procesu starzenia się ludności.

Podsumowując niniejszy punkt, nie dziwi zatem fakt, iż – trzymając się pewnej tradycji gerontologicznej – będziemy starać się patrzeć na warunki życia „starych starych” i „najstarszych starych” przez pryzmat ich życia rodzinnego, starając się znaleźć związku pomiędzy statusem rodzinnym a różnorodnymi ważnymi dla jakości życia aspektami.

1.3. Najważniejsze z punktu widzenia gerontologii demograficzne cechy przemian rodziny

Rodzina jako instytucja społeczna jest strukturą dynamiczną. Zmieniają się – dostosowując do wymagań otoczenia – nie tylko jej funkcje, ale również i struktura demograficzna. W niniejszym punkcie chciałbym przyjrzeć się tym zmianom demograficznego oblicza rodziny, które z punktu widzenia zainteresowania sytuacją ludzi bardzo starych uznać należy za najważniejsze.

Pierwszoplanową zmianą, jaka nastąpiła, jest wertykalizacja rodziny. Przejawia się ona pojawieniem się wielopokoleniowości, wydłużeniem okresu pozostawania w danym statusie rodzinnym, homogenizacją pokolenia w znaczeniu nadawanym temu pojęciu w antropologii. Jeśli idzie o wielopokoleniowość, redukcja umieralności, jaka nastąpiła w XX wieku, początkowo widoczna przede wszystkim dzieci w pierwszych miesiącach i latach życia, dotyczyła w coraz większym stopniu dorosłych i seniorów. Wzrastało tym samym prawdopodobieństwo dożycia do zaawansowanego wieku, a w konsekwencji również i szansa doczekania do momentu narodzenia wnuka, prawnuka i – coraz częściej – praprawnuka. Proces ten dobrze został opisany w literaturze przedmiotu [Harper, 2004; Penne, 1996; Szukalski, 2002].

Pojawieniu się wielopokoleniowości towarzyszyło wydłużenie się okresu pozostawania w danym statusie rodzinnym. W miejsce kilku-, góra kilkunastoletniej koegzystencji dziadków i wnuków pojawia się masowe dożywanie przez nesterów momentu obchodzenia przez wnuki 20., 30., a nawet 40. urodzin. Rodzice i dzieci dzielą 60 lat wspólnego życia. Podobną liczbę lat – przy założeniu braku rozwodu lub separacji – spędzają obecni małżonkowie [Uhlenberg, 1996; Szukalski, 2004a]. Rezultatem takiej sytuacji jest z jednej strony opóźnienie występowania momentów zmian statusu rodzinnego wywołanych zgonem bliskich krewnych (późniejsze występowanie wdowieństwa, sieroctwa, utrata dziadków), z drugiej zaś postępująca demokratyzacja wewnątrzrodzinnych, międzypokoleniowych relacji. W tym ostatnim przypadku wyobraźmy sobie, jak na relacje między rodzicami i dziećmi wpływa fakt koegzystencji przez kilka dekad. W miejsce relacji dorosły/dziecko dominujących we wcześniejszym reżimie demograficznym, w którym większość osób, które założyły własne rodziny w rezultacie wielodzietności w momencie zgonu posiadała choć jedno małe dziecko, mamy do czynienia z sytuacją, gdy przez 3-4 dziesięciolecia relacje między przedstawicielami kolejnych generacji są relacjami pomiędzy dorosłymi [Harper, 2004].

Homogenizacja pokolenia z kolei wynika z ograniczania dzietności i z skracania się okresu, w którym podejmowane są wysiłki realizacji planów prokreacyjnych. W miejsce poprzednio

wydawanych 5-7 dzieci, różniących się w przypadku dziecka pierworodnego i najmłodszego z reguły o kilkanaście, jeśli nie o dwadzieścia kilka lat, mamy obecnie do czynienia z dominacją modelu rodziny małodziejnej, wydającej 1-2 potomków. W takim przypadku wiek przychodzących na świat dzieci różni nieznacznie o lat kilka. W okresie wcześniejszym często matki i córki wydawały w tym samym czasie na świat dzieci (matki swe ostatnie, córki – pierwsze), co prowadziło do trudności z ustaleniem wzajemnych relacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny. Obecnie pokolenie skupia osoby w mniej więcej zbliżonym wieku [Riley, Riley, 1986].

Występowanie powyższych zmian prowadzi do wertykalizacji rodziny również i w tym względzie, że upodabnia się ona w coraz większym stopniu do strąka fasoli (*bean pole family*), długiego (wielopokoleniowość wywołana redukcją umieralności) i wąskiego (efekt małodziejności prowadzącej do występowania niewielkiej, mało zmiennej z pokolenia na pokolenie liczby krewnych), wzmacniając wagę relacji międzypokoleniowych, osłabiając zaś stosunków intrageneracyjnych. Jednocześnie wertykalizacja rodziny oznacza wzrost obciążeń dla opiekunów rodzinnych w przypadku konieczności zapewnienia opieki nad sędziwym czy niepełnosprawnym krewnym. Zamiast rozłożenia obowiązków opiekuńczych na kilka osób tworzących dane pokolenie, coraz częściej wykonanie niezbędnych zadań skupia się na jednej osobie lub dwóch – efekt powszechnej małodziejności.

Ale gerontologów interesują przemiany wielkości i struktury rodziny nie tylko ograniczające się do bezpośredniego wpływu zmiany długookresowego reżimu demograficznego. Niezwykle ważne są również przemiany wywołane przez czynnik mentalny, zmianę obyczajów, a niekiedy ideologii. Postępująca modernizacja społeczeństwa, proces szybkiej zmiany społecznej sprawiają bowiem, iż społeczeństwo odchodzi od postrzegania jednego stałego wzorca rodziny – rodziny, której rdzeń stanowi para małżeńska wydająca na świat potomstwo, wzorca od którego odstępstwa mogą być akceptowane jedynie w przypadku niezawinionych, losowych zdarzeń (przede wszystkim zgon jednego z małżonków). Obecnie mamy do czynienia z rozpowszechnianiem się różnorodnych form rodzinnych, form, których nadrzędne motto brzmi „ograniczanie długookresowych zobowiązań” – wobec partnera (rozwoły, separacje, związki nieformalne, związki seryjne, świadomie samotne od momentu zaplanowania rodzicielstwa, życie w samotności) i wobec następnych pokoleń (małodziejność, bezdziejność). Towarzyszy temu odwlekanie podejmowania – w przypadku podjęcia decyzji o próbie ich realizacji – zobowiązań z definicji długookresowych (zawarcie

związku małżeńskiego, wydanie na świat potomstwa), świadczące o coraz bardziej racjonalnym podejściu do kwestii życia rodzinnego⁷.

Powyższe przemiany interesują gerontologów z punktu widzenia ich wpływu na funkcjonowanie dzisiejszych i przyszłych seniorów. Dla dzisiejszych osób starszych sposób, w jaki ich dzieci i wnuki układają swe życie rodzinne, jest powodem do zmartwień i do obniżenia zadowolenia z życia. Jednocześnie stan rodzinny potomków, to czy mają stałego zaangażowanego i aprobowanego przez rodzinę partnera, czy posiadają potomstwo, bezpośrednio określa potencjalny zasięg sieci krewniaczej, tj. liczbę osób, od których można uzyskać wsparcie⁸. Z kolei dzisiejsze jednostki w średnim i młodym wieku za kilka dekad zasila grupę seniorów, zaś ich obecne zachowania matrymonialne i prokreacyjne w bezpośredni sposób przełożą się na posiadanie lub nie małżonka, potomstwa, tj. pierwszoplanowych opiekunów rodzinnych, newralgicznych źródeł wsparcia emocjonalnego i materialnego.

Gerontolodzy są również zainteresowani tym, jak na relacje międzypokoleniowe wpływać będzie obserwowane obecnie wśród młodego pokolenia skłonność do unikania nowych, długookresowych zobowiązań, czy przekształci się ona również w osłabienie siły zobowiązań odczuwanych wobec generacji przodków – rodziców i ich rodzeństwa (zwłaszcza bezdzietnego), dziadków, a tym samym zmniejszenie zaangażowania w opiekę nad starszymi członkami rodziny. Kolejnym, ważnym zagadnieniem jest kwestia upowszechniania się pracy zawodowej kobiet i możliwości jej łączenia z tradycyjnie przypisanej kobietom rolą osoby odpowiedzialnej w rodzinie za emocjonalne i praktyczne wsparcie. W jakim stopniu kobiety zaangażowane w pracę zawodową, myślące o pozyskaniu praw emerytalnych, będą w stanie jednocześnie dzielić swój czas pomiędzy karierę profesjonalną i opiekę nad potrzebującymi tego krewnymi i powinowatymi w starszym wieku. W kręgu zainteresowań gerontologów znajdują się również problemy związane z wpływem na zdolność rodziny do zaspokajania potrzeb opiekuńczych, emocjonalnych i materialnych seniorów wywołane przez: 1) wzrost mobilności przestrzennej (niejednokrotnie dzieci zamieszkują o setki, jeśli nie tysiące

⁷ Szczerze powiedziawszy, wydaje mi się, że mamy obecnie do czynienia z mieszkanką racjonalizmu, bazującego na ekonomizacji zachowań w sferze doboru partnera i prokreacyjnej, i romantyzmu, żądającego, aby decyzjom matrymonialnym towarzyszyło gorące uczucie do wybranka/wybranki, zaś decyzjom prokreacyjnym – miłość rodzicielska, przejawiająca się troską o materialne podstawy procesu wychowywania potomstwa.

⁸ Skądinąd pamiętać należy, że potencjalni wspomagający nie oznacza osób rzeczywiście wspomagających. Dobrego przykładu w tym względzie dają wyniki badania berlińskich seniorów [Wagner i wsp., 1999]. Choć badani średnio wymieniali blisko 11 osób jako wchodzących w skład ich sieci społecznej (w tym bezdzietni 8,1 w porównaniu do 12,0 wśród rodziców), jedynie jedna czwarta wspomnianych osób deklarowana była jako osoba wspomagająca, co jest świadectwem tego, iż nawet wśród najstarszych kontakty z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi nie są skoncentrowane na relacjach mających na celu otrzymanie wsparcia, tj. na relacjach instrumentalnych.

kilometrów od swych rodziców), 2) awans społeczny potomstwa (które w takim przypadku, wstydząc się swego pochodzenia, redukuje kontakty ze swoją rodziną, w tym i rodzicami), 3) rozwój e-technologii (wpływ nowoczesnych technik komunikowania się na zaspokajanie potrzeb emocjonalnych seniorów; ułatwienie wykonywania niektórych usług opiekuńczych dzięki szybkiemu kontaktowi ze specjalistami) czy 4) coraz częstsza zmiana sposobu postrzegania (zarówno przez osoby starsze, jak i te w młodym i średnim wieku) zadań rodziny – z instytucji w pełni odpowiedzialnej za opiekę nad swymi seniorami, do instytucji, która swą odpowiedzialności dzieli – o ile nie składa na barki – agend publicznych (zob. opis zmian w zakresie postrzegania powyższych obowiązków w USA w ujęciu międzypokoleniowym [Hareven, Adams, 1996]).

Zainteresowanie specjalistów z zakresu gerontologii rodziną i jej przemianami ma zatem czysto praktyczne uzasadnienie. Uzasadnienie tym silniejsze, iż o ile przeszłość charakteryzowała się społeczeństwami, w których ograniczenia fizyczne zaawansowanego wieku były znaczne, a być może ekstremalnie wysokie, dominując postrzeganie starości, podczas gdy bariery społeczne były minimalne, o tyle teraźniejszość odznacza się odmienną specyfiką – bariery kulturowe i strukturalne zdecydowanie przewyższają ograniczenia fizyczne [Keith, 1994]. Rodzi to nowe problemy, związane choćby z brakiem rodzinnych ról społecznych dla osób o bardzo zaawansowanym wieku, choć nadal sprawnych (nieistnienie kulturowo zdefiniowanej roli pradziadka czy – w mniejszym stopniu – roli dziadka dorosłej osoby), jak i związane z współwystępowaniem w ramach jednej rodziny dwóch generacji seniorów problemy zapewniania najstarszym członkom lineażu genealogicznego odpowiedniego poziomu wsparcia. Sprzęgnięcie tych nowo ukształtowanych, kulturowych barier starości z demograficznymi przemianami rodziny prowadzi może do niepokojących rezultatów. Zwłaszcza w kontekście nasilającego się podwójnego procesu starzenia ludności, który nie omija i Polski.

1.4. Ludzie bardzo starzy w Polsce w latach 1921-2002

Liczba i odsetek osób bardzo starych uzależnione są od wielu czynników. Najważniejsze z nich to: 1) wielkość danej populacji (określająca liczby bezwzględne); 2) typ reprodukcji występujący w danej zbiorowości w długim okresie (kształtujące liczby względne); 3) czynniki nadzwyczajne (np. wojny, epidemie, przymusowe przemieszczenia – modyfikujące zarówno liczby bezwzględne, jak i względne).

W całym dwudziestym wieku odsetek, a przede wszystkim liczba osób sędziwych dynamicznie się zmieniały. Szacunki odnoszące się do przełomu wieku XIX i XX mówią, iż

na 1000 osób zamieszkujących Wielkopolskę jedynie 29 miało przynajmniej 71 lat, w Królestwie Polskim była to prawda w przypadku 19, zaś w Galicji – 17 osób [Rosset, 1959, s. 332]. Domniemywać należy, iż w takim przypadku osoby w wieku 75 lat i więcej mogły stanowić nie więcej niż 1% populacji ogółem.

Przez cały XX wiek liczba ludności w wieku 75 lat i więcej systematycznie wzrastała (zob. tab. 2), przy czym nie dotyczyło to w każdym okresie wszystkich podgrup. Jeśli idzie bowiem o jednostki wyjątkowo długowieczne, tj. mające przynajmniej 90 lat, zaobserwować można długie okresy zmniejszania się liczby tychże osób. Fakt, iż taka tendencja utrzymywała się tym dłużej, im starszej grupy wieku dotyczyła, wskazuje na zmniejszającą się skalę zawyżania wieku, a tym samym rosnącą wiarygodność deklaracji wieku, jako na główną przyczynę tej niezgodnej na pierwszy rzut oka ze zdrowym rozsądkiem, a przede wszystkim z oczekiwaniami konstatacją (szerzej o przyczynach, skali i konsekwencjach zawyżania wieku przez nestorów [Szukalski, 2002c]).

Tab. 1.2 Liczba i struktura osób w wieku 80 i więcej lat w Polsce w latach 1921–2002 (wg danych spisowych)

Rok	75+	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+
W liczbach bezwzględnych							
1921	325962	157586	107499	35566	17323	5428	2560
1931	390522	221287	108614	39507	13723	4774	2617
1950	414691	234399	117085	45671	12491	4725	320
1960	505173	292190	141651	54567	13306	3027	432
1970	775897	441153	227964	82661	20172	3617	330
1978	1153030	673422	323134	115230	33775	7045	424
1988	1571503	831601	484769	196487	46957	10125	1564
2002	1841417	1013674	489816	228880	91736	15770	1541
W odsetkach poziomo							
1921	100,0	48,3	32,9	10,9	5,3	1,6	0,7
1931	100,0	56,6	27,8	10,1	3,5	1,2	0,6
1950	100,0	56,5	28,2	11,0	3,0	1,1	0,0
1960	100,0	57,8	28,0	10,8	2,6	0,5	0,1
1970	100,0	56,8	29,3	10,6	2,5	0,4	0,0
1978	100,0	58,4	28,0	9,9	2,9	0,6	0,0
1988	100,0	52,9	30,8	12,5	2,9	0,6	0,1
2002	100,0	55,0	26,5	12,4	4,9	0,8	0,1

Źródło: dane Narodowych Spisów Powszechnych i obliczenia własne

Generalnie udział najstarszych Polaków w XX wieku stale podnosił się osiągając w trakcie przeprowadzanych spisów powszechnych następujące wielkości: 1921 – 1,2%, 1931 – 1,2%, 1950 – 1,7%, 1960 – 1,7%, 1970 – 2,4%, 1978 – 3,3%, 1988 – 4,1% i 2002 – 4,8%. Patrząc jednakże na dane przedstawione w tab. 1, dostrzec można wyraźne niejednorodności wzrostu liczby najstarszych Polaków spowodowane występującymi w XX wieku zdarzeniami nadzwyczajnymi – przede wszystkim dwiema wojnami światowymi (z których pierwsza działała zarówno poprzez „demograficzne prawa wojny”, tj. zmniejszenie liczby dzieci wydawanych na świat w okresie działań wojennych i 9 miesięcy po nich, jak i – podobnie jak

miało to miejsce w trakcie drugiego wojennego kataklizmu – poprzez hekatombę mężczyzn w wieku poborowym). W ten sposób należy interpretować nikłe zmiany, jakie dokonały się w okresie pomiędzy ostatnimi spisami powszechnymi w przypadku osób mających 80-84 i 85-89 lat. Natomiast szybki wzrost liczby w tymże wieku, jaki wystąpił pomiędzy 1970 a 1978 i między 1978 a 1988, przełożył się na bardzo duży relatywnie wzrost osób mających 90-99 lat. W konsekwencji wzrasta począwszy od roku 1978 w ramach zbiorowości osób bardzo starych znaczenie „najstarszych starych” – jednostek mających 85 lat i więcej⁹. Jest to zatem świadectwo, iż w również i w Polsce mamy do czynienia z podwójnym charakterem procesu starzenia się ludności.

Zbiorowość „sędziwych starców” (terminu tego używał z lubością w odniesieniu do interesujących nas jednostek nestor polskiej demografii E. Rosset) jest silnie sfeminizowana. Nadwyżka kobiet jest tym większa, im starszej grupy wieku dotyczy. Prawidłowość ta, typowa dla wszystkich współcześnie istniejących, rozwiniętych populacji, mająca swe źródło w biologicznie i społecznie zdeterminowanej nadumieralności mężczyzn, widoczna jest tym silniej, im odnosi się do bardziej współczesnego okresu. Jest to jeszcze jedna wskazówka potwierdzająca zmniejszającą się wraz z przechodzeniem do coraz bardziej współczesnych czasów skalę zawyżania wieku, które to zjawisko dotyczyło na ziemiach polskich zapewne w większym stopniu mężczyzn (np. z powodu chęci uniknięcia poboru do wojska, uczestniczenia w ćwiczeniach mobilizacyjnych).

Tab. 1.3 Liczba i wskaźnik feminizacji populacji osób bardzo starych w Polsce w latach 2002-2030

Rok	Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Wskaźnik feminizacji*
2002	75 lat i więcej	1879511	602283	1277228	212
	85 lat i więcej	329525	86211	243314	282
2010	75 lat i więcej	2433412	806100	1627312	202
	85 lat i więcej	508304	127997	380307	297
2020	75 lat i więcej	2568660	862662	1705998	198
	85 lat i więcej	724443	186369	538074	289
2030	75 lat i więcej	4046156	1504289	2541867	169
	85 lat i więcej	779631	205819	573812	279

* liczba kobiet w przeliczeniu na 100 mężczyzn w danym wieku

Źródło: obliczenia własne na podstawie [GUS, 2003c]

W nadchodzących dekadach przewidywany jest dalszy szybki wzrost liczebności interesującej nas populacji. Zobaczmy zatem, jak zgodnie z oczekiwaniami GUS-owskich prognostyków,

⁹ Udział osób mających przynajmniej 85 ukończonych lat w zbiorowości osób bardzo starych według danych spisowych zmieniał się następująco: 1921 – 18,5%; 1931 – 15,4%, 1950 – 15,1%, 1960 – 13,9%, 1970 – 13,5%, 1978 – 13,4%, 1988 – 16,0% i 2002 – 18,1%. Pamiętać należy, iż początkowe zmniejszanie się zajmującej nas frakcji spowodowane było przede wszystkim zmniejszaniem skali zawyżania wieku oraz w mniejszym stopniu efektem kohortowym (osoby najmłodsze z interesującej nas grupy pochodzą z generacji, które były zdecydowanie liczniejsze niż roczniki urodzone 15-20 lat wcześniej).

przedstawionymi w najnowszej prognozie ludności Polski pochodzącej z roku 2003, zmieniać się będzie liczba i struktura populacji osób bardzo starych.

Najbliższe lata przyniosą ze sobą duży wzrost zarówno liczby osób w wieku 75 lat i więcej, jak i subpopulacji w wieku 85 lat i więcej. Z kolei druga dekada XX wieku charakteryzować się ma brakiem większych zmian ludzi bardzo starych ogółem, natomiast szybkim wzrostem populacji „najstarszych starych”. W trzeciej dekadzie ta ostatnia pozbiorowość ma zwiększyć się nieznacznie, natomiast populacja w wieku 75 lat i więcej wzrośnie o 60%. Dzięki szybszemu ograniczaniu umieralności wśród mężczyzn struktura interesującej nas grupy będzie trochę bardziej zrównoważona z punktu widzenia płci, czego przejawem obniżające się wartości wskaźników feminizacji.

Powyższa, krótka charakterystyka najważniejszych zmian, jakie nastąpią w najbliższych dekadach, wskazuje, iż w poszczególnych podokresach stykać się będziemy z różnym przyrostem ludności w kolejnych podgrupach wieku. Odpowiadać za to będzie czynnik kohortowy – rezultat kryzysu ekonomicznego początku lat trzydziestych i II wojny światowej z jednej strony, z drugiej zaś kompensacji, jaka w naturalny sposób występuje po różnorodnych, nadzwyczajnych czynnikach zakłócających proces reprodukcji.

Tym niemniej przedstawione powyżej najważniejsze oczekiwania prognozy ludnościowej GUS jednoznacznie wskazują, iż problemy związane z zapewnieniem ludziom najstarszym odpowiedniego wsparcia szybko będą w przyszłości nabierać znaczenia. Problem ten będzie tym bardziej istotny, iż porównanie liczby osób najstarszych z liczbą potencjalnych opiekunów (którymi są przede wszystkim ich córki, a zatem kobiety w wieku 45-64 lata) wskazuje, iż w nadchodzących dekadach w Polsce – podobnie jak w innych krajach Europy – gwałtownie obniżyć się będzie wartość współczynnika potencjalnego wsparcia, a zatem przeciętna liczba osób, zwyczajowo opiekujących się sędziwymi starcami (przykładowo w Polsce pomiędzy rokiem 2000 a 2050 aż o 2/3) [Szukalski, 2004].

1.5. Wybór Łodzi jako miejsca badania

Pomiędzy poszczególnymi regionami współczesnej Polski występują duże różnice odnośnie do poziomu zaawansowania drugiego etapu procesu starzenia się ludności (tab. 4). Za regiony uznawać będziemy województwa, dodatkowo wyodrębniając 5 wielkich miast, zamieszkałych przez ponad 500 tys. mieszkańców każde.

Tab. 1.4 Udział ludności w wieku 75 lat i więcej w województwach i największych polskich miastach w 2002 r. (jako % ludności ogółem)

Region	Udział osób w wieku 75 lat i więcej
Dolnośląskie	4,7
Kujawsko-pomorskie	4,4
Lubelskie	5,5
Lubuskie	4,1
Łódzkie	5,9
Małopolskie	4,7
Mazowieckie	5,5
Opolskie	4,1
Podkarpackie	4,6
Podlaskie	5,4
Pomorskie	4,0
Śląskie	4,2
Świętokrzyskie	5,7
Warmińsko-mazurskie	3,8
Wielkopolskie	4,5
Zachodniopomorskie	4,0
Kraków	5,2
Łódź	6,8
Poznań	5,4
Warszawa	6,3
Wrocław	5,4
Polska	4,8

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych spisowych

Poziom zaawansowania drugiego etapu procesu starzenia się ludności jest we współczesnej Polsce wyraźnie zróżnicowany. W przekroju wojewódzkim istnieją bowiem województwa, gdzie przynajmniej 5,5% mieszkańców ma co najmniej 75 lat (łódzkie, świętokrzyskie, mazowieckie), jak i województwa, w których interesujący nas odsetek przyjmuje wartość nie przekraczającą 4% (warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie, pomorskie). Tak duże różnice są odbiciem przeszłości demograficznej poszczególnych regionów – struktury wieku ludności sprzed kilku dekad (przede wszystkim ludności napływowej, zasiedlającej Ziemię Odzyskaną, która z definicji jest młodsza niż ludność osiadła) oraz przebiegu procesów odnoszących się do rozrodczości w ostatnich dziesięcioleciach.

Podkreślenia godny jest fakt, iż w czołówce, jeśli idzie o wspomniany stopień zaawansowania starzenia się ludności, znajdują się polskie wielkie miasta. Jest to naturalna konsekwencja niskiego poziomu dzietności odnotowywanego w nich w trakcie całego powojennego okresu, choć z drugiej strony przeciwdziałać temu powinien fakt, iż wciąż osoby, które masowo napływały do wielkomiejskich skupisk w latach 1960., 1970. i 1980., są w młodszych niż interesująca nas grupach wieku. Ów wysoki odsetek może być zatem pośrednio traktowany jako wskazówka, do jakich rezultatów prowadzić może długotrwałe utrzymywanie się płodności na niskim poziomie. Pamiętać należy jednak, iż jednocześnie we większości polskich wielkich miast mamy do czynienia ze zdecydowanie korzystniejszymi parametrami

tablic trwania życia niż dla Polski ogółem, co mogłoby wskazywać, iż przynajmniej część wysokiego poziomu zaawansowania procesu starzenia się ludności wynika ze „starzenia się od góry piramidy wieku”, tj. z niskiej umieralności wśród seniorów i nestorów¹⁰.

Najwyższy udział osób mających przynajmniej 75 ukończonych lat odnotowany jest w podziale wojewódzkim w łódzkim, zaś wśród wielkich miast w Łodzi. Nie dziwi zatem, iż jeśli uwaga naszego opracowania skupiona jest na problematyce sędziwych starców, jako swoisty „poligon badawczy” wybrany został obszar miasta Łodzi, dużego skupiska ludzkiego odznaczającego się najwyższym w Polsce udziałem jednostek najstarszych.

Wysoki poziom zaawansowania Łodzi w procesie starzenia się ludności zauważalny był już kilka dekad temu [Obraniak, 1997, 1998]. Wyjaśniany jest przez splot kilku czynników: niskiej rozrodczości, która widoczna była w tym mieście już w okresie międzywojennym; niski napływ migracyjny w okresie powojennym (spośród 5 wielkich miast Łódź odznaczała się najmniejszym przyrostem liczby ludności w tym okresie); wczesnym pojawieniem się ujemnego przyrostu naturalnego.

Utrzymywanie się w długim okresie znamion nowoczesnego typu reprodukcji ludności doprowadziło do ukształtowania się w Łodzi rodziny jako instytucji, której kształt jest jak na warunki polskie niezwykle nowoczesny, zdecydowanie wcześniej niż na innych obszarach kraju. Niska dzietność – jak i związana z rozwojem Łodzi jako monokultury przemysłowej kariera ośrodka jako „miasta kobiet”, tj. miejscowości, gdzie współczynniki feminizacji przyjmowały najwyższe wartości wśród ośrodków miejskich w Polsce, co z kolei oznaczało trudności ze znalezieniem odpowiedniego partnera do zawarcia związku małżeńskiego i utworzenia rodziny – jednakże nie kształtowała sytuacji osób bardzo starych samodzielnie. W przeszłości na terenie miasta Łodzi mieliśmy do czynienia z wysoką aktywnością zawodową prowadzącą do tego, iż wśród najstarszych mieszkańców Łodzi mamy dziś do czynienia z bardzo wysokim odsetkiem osób posiadających własne, niezarobkowe źródło utrzymania (emerytury, renty), odsetkiem najwyższym spośród wielkich miast [Obraniak, 2004]. Równocześnie Łódź była miastem, w którym w okresie powojennym liczba ludności wzrosła w najmniejszym stopniu spośród wszystkich wielkich miast. Towarzyszyło temu przemieszczanie się w latach 1960. i 1970. młodej ludności do nowo budowywanych osiedli

¹⁰ Przykładowo, polskie tablice trwania życia z 2003 r. [GUS, 2004] wskazują, iż o ile dla Polski dalsze trwanie życia osoby mającej 60 lat wynosiło w przypadku mężczyzn 17,13 lat, zaś w przypadku kobiet 22,17 lat, te same wielkości przybierały następujące wartości w poszczególnych wielkich miastach: Kraków – 18,3 i 23,1, Łódź – 16,6 i 21,5; Poznań – 17,7 i 22,4; Wrocław – 18,2 i 23,0; Warszawa – 18,6 i 23,0 lat. Jak zatem widzimy, jedynie w Łodzi życie osób wchodzących w jesień życia było krótsze niż średnie dla Polski. W pozostałych wielkich miastach mieliśmy do czynienia z mniej lub bardziej widoczną przewagą w stosunku do danych ogólnopolskich.

mieszkaniowych. W rezultacie w mieście doszło do sytuacji, iż ludzie bardzo starzy skupieni są przede w pewnych enklawach, które zasiedlali 40-50 lat temu. Niska atrakcyjność większości zajmowanych przez nich mieszkań, spowodowana tym, iż są to w dużym stopniu tzw. lokale substandardowe, tj. lokale nie wyposażone we wszystkie media miejskie [Kucharska-Stasiak, 1999], spowodowała, iż brak było zachęt ze strony krewnych czy właścicieli i administratorów budynków do zmiany miejsca zamieszkiwania w ostatnich latach.

Przedstawione powyżej fakty odpowiadają za obecny obraz sytuacji ludzi bardzo starych w Łodzi, gdzie przeciętna liczba osób w gospodarstwach domowych w mieście jest najniższa wśród wielkich miast, zaś generalnie najwyższy jest odsetek gospodarstw małych (w przypadku jednoosobowych nieco niższa frakcja odnotowana jest tylko w Warszawie), najniższy zaś udział gospodarstw dużych [Obraniak, 2004]. Podejrzewać zatem można, iż przemiany demograficznego oblicza łódzkiej rodziny w trakcie XX wieku – najwcześniej zapoczątkowane w naszym kraju i przebiegające przez cały poprzedni wiek dynamicznie – odcisnęły swe piętno na sytuacji rodzinnej łódzkich nestorów. Długookresowe przemiany struktury demograficznej rodziny samoistnie prowadzą do transformacji jej zadań i funkcji. Podejrzewać zatem należy, iż sytuacja najstarszych łodzian stanowić będzie w takim przypadku swoistą zapowiedź tego, jaki będzie w perspektywie kilku najbliższych dekad status rodzinny polskich nestorów, oraz tego, w jaki sposób ukształtowana przez współczesny reżim demograficzny rodzina wypełnia swe odwieczne zadania opieki nad ludźmi sędziwymi w przypadku pojawienia się potrzeby okazywania im wsparcia.

2. Podstawowe informacje o badaniu

2.1. Wprowadzenie

Celem badania było ustalenie podstawowych charakterystyk osób bardzo starych w Łodzi oraz zdobycie informacji pozwalających na określenie, w jakim stopniu wiek, stan cywilny, liczba posiadanego potomstwa i wnuków, postrzegana jakość kontaktów z potomstwem, stan zdrowia są skorelowane z zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze i medyczne oraz jak są powiązane z sytuacją bytową najstarszych mieszkańców Łodzi.

Chcąc zrealizować powyższy cel postanowiłem przeprowadzić badanie kwestionariuszowe wśród osób o odpowiednim wieku. W tym celu opracowałem kwestionariusz (zob. aneks A). Już wstępna analiza kłopotów, z jakim borykały się przy samodzielnym wypełnieniu pierwszej, znacznie uboższej od ostatecznej, wersji kwestionariusza wszystkie poproszone przeze mnie osoby spełniające kryterium wieku (6 osób, w większości członkowie mojej rodziny), wskazywała, iż jedynym możliwym w tym przypadku rozwiązaniem jest wywiad kwestionariuszowy przeprowadzony przez wyszkolonego ankietera.

Kolejnym problemem, jaki przyszło rozwiązywać, była kwestia doboru próby. Samo zdobycie danych do stworzenia operatu losowania byłoby problemem mniejszej wagi. Ponownie rozmowy przeprowadzone z kilkoma sędziwymi osobami wskazywały, iż nie byłyby one skłonne wpuścić do swego mieszkania nieznanej sobie osoby-ankietera. Stąd też decyzja, aby w porozumieniu z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Łodzi skorzystać z bazy danych znajdującej się w dyspozycji tejże instytucji, bazy skupiającej w zdecydowanej większości osoby, które bądź są już obecnie objęte jakimiś działaniami pomocowymi MOPS-u, bądź też o taką pomoc się ubiegają. Zdecydowana większość osób korzystających – bądź chcących skorzystać – z pomocy MOPS-u ogranicza się do usług opiekuńczych, przysługujących każdej osobie, która ukończyła 75 lat i nie jest samodzielnie w stanie wykonywać wszystkich czynności dnia codziennego. Stąd też nie należy takiego zawężenia badanej populacji ludzi starych traktować jako automatyczne nakierowanie uwagi na osoby najuboższe, o najmniejszych zasobach osobistych i społecznych w populacji Łodzi¹¹. Wręcz przeciwnie, tym samym uwaga nasza skoncentrowana jest na tych osobach, które z definicji najbardziej są narażone na ryzyko odwoływania się do pomocy publicznej.

¹¹ Brutalnie rzecz ujmując, zważywszy na selektywność umieralności, tj. silną nadumieralność jednostek najuboższych, o najniższym poziomie wykształcenia należy oczekiwać, iż generalnie zbiorowość sędziwych starców składać się będzie z nadreprezentacji grup uprzywilejowanych w tym względzie, nadreprezentacji tym większej, iż o starszy wiek chodzi.

Badania pilotażowe przeprowadzone w marcu 2004 r. (5 ankieterów przebadano wówczas 29 osób) wykazały, że z niewielkimi zastrzeżeniami narzędzie badawcze spełnia swoje zadanie. Po dokonaniu niezbędnych poprawek – świadczących generalnie o niedocenianiu bogactwa rzeczywistości – zdecydowałem się na rozpoczęcie badań terenowych.

W rezultacie w miesiącach kwiecień-maj 2004 w czterech dzielnicach Łodzi (Śródmieście, Widzew, Bałuty, Polesie) siłami przeszkolonych specjalnie w tym celu pracowników MOPS-u, będących absolwentami studiów socjologicznych (a tym samym mających opanowane podstawowe umiejętności warsztatowe przeprowadzania wywiadu), dokonano wywiadów z 830 osobami w wieku 75 lat i więcej. Osoby te zostały dobrane w sposób losowy z list znajdujących się w dzielnicowych oddziałach MOPS-u, poprzez wyłonienie co drugiej jednostki znajdującej się na liście. W przypadku, gdy wylosowana osoba nie wyrażała zgody na przeprowadzenie wywiadu (zdarzało się to rzadko dzięki uprzedzeniu przez osoby świadczące usługi opiekuńcze o wizycie ankietera) lub nie została zastana w domu w trakcie trzech kolejnych wizyt ankietera, z listy dobierano następną osobę.

Sposób doboru nieco wypaczył badaną zbiorowość. Osoby o najgorszym stanie zdrowia – przebywające w szpitalach, na oddziałach dziennych, znajdujące się w trakcie badania pod stałą, domową opieką swej rodziny w miejscu jej zamieszkiwania – nie znalazły się wśród badanych. Dotyczyło to również kilku osób, do których ankieterzy dotarli, lecz których stan kognitywny nie pozwalał na przeprowadzenie wywiadu. Kłopoty z koncentracją badanych były skądinąd przyczyną konieczności przeprowadzania części wywiadów na dwie tury, decydowania się na dłuższą przerwę w trakcie wywiadu, jak i dużego zróżnicowania czasu niezbędnego na przeprowadzenie wywiadu (od 40 min. do 2 godz.). W rezultacie mamy w naszej zbiorowości nieco mniejszą reprezentację osób w wieku 85 lat i więcej niż wśród całej zbiorowości klientów MOPS w czterech wymienionych dzielnicach, aczkolwiek na poziomie istotności 0,05 brak jest przesłanek do odrzucenia hipotezy o zgodności próby i populacji wyjściowej z punktu widzenia płci i wieku.

Generalnie badani pozytywnie odnosili się do ankieterów i z dużą cierpliwością udzielali odpowiedzi na długi i męczący zapewne kwestionariusz. Część z respondentów wręcz „grzeszyła” chęcią współpracy, sądząc, iż – mimo zapewnień ankieterów – kwestionariusz ma za zadanie sprawdzić stopień ich zadowolenia ze świadczonych przez MOPS usług. Odpowiedzi w większości uznać można za zgodne z rzeczywistością (wielokrotnie badani okazywali dokumenty tożsamości, kwity wskazujące na wysokość otrzymywanych świadczeń emerytalnych i rentowych, dokumenty meldunkowe, itp., co sam miałem okazję sprawdzić uczestnicząc w części wywiadów). Mniejszą pewnością co do prawdziwości podanych

odpowiedzi mieć można w przypadku pytań dotyczących subiektywnej oceny – często w takich przypadkach padały odpowiedzi „nie wiem”, „nie zastanawiałam/łem się nad tym”, lub też odpowiedzi ewidentnie formułowane *ad hoc*. Jest to jednakże wada wszystkich badań na „żywej tkance społecznej”.

2.2. Społeczno-demograficzne charakterystyki badanej próby

Badana próba osób bardzo starych odznaczała się zdecydowaną przewagą kobiet. Stanowiły one 88,3% ogółu badanych, choć jednocześnie NSP'2002 wskazał, że kobiety odpowiadały tylko za 70,4% ludności Łodzi w wieku 75 lat i więcej. Zważywszy na dobór próby, w której z definicji oczekujemy zdecydowanie wyższej wśród udziału osób charakteryzujących się koniecznością uzyskania wsparcia od instytucji publicznych frakcji osób samotnych. Zgodnie z danymi NSP'2002 prawdopodobieństwo, iż to właśnie kobiety będą w interesującym nas wieku samotne, jest zdecydowanie wyższe niż w przypadku mężczyzn. Aż 66,9% mężczyzn mających 75 lat lub więcej nadal znajduje się w stanie małżeńskim, podczas gdy jest to prawdą jedynie w przypadku 17,5% ich rówieśniczek. Na taki stan rzeczy składa się zarówno nadumieralność mężczyzn, jak i tradycyjna różnica wieku pomiędzy małżonkami (mąż starszy od żony o ok. 3 lata).

Tab. 2.1 Rozkład ludności Łodzi w wieku 75 lat i więcej i badanej zbiorowości według wieku (jako % ludności w wieku 75+)

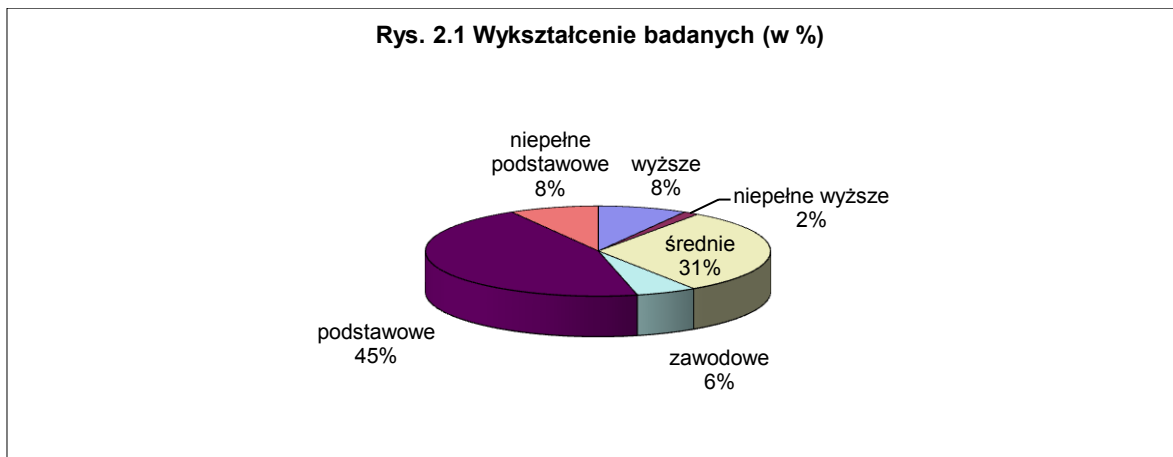
Zbiorowość	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Łódź	57,6	24,5	11,5	4,6	1,5
Badani	34,5	37,3	17,2	9,4	1,4

Źródło: opracowanie własne – dla Łodzi dane NSP'2002

Nadreprezentacja kobiet w stosunku do danych demograficznych odnoszących się do Łodzi wynika po części z faktu, iż podstawowym rodzajem świadczeń oferowanych badanym są usługi opiekuńcze, na które zapotrzebowania ściśle skorelowane jest z wiekiem. W rezultacie w badanej zbiorowości w stosunku do danych NSP'2002 mamy generalnie nadreprezentację osób mających przynajmniej 80 lat. Z uwagi na ścisły związek pomiędzy wiekiem a współczynnikiem feminizacji zawyża to odsetek kobiet. Tym niemniej sam wpływ wieku nie wyjaśnia tak wysokiego stopnia feminizacji badanej zbiorowości. Zapewne wyjaśnienia należy doszukiwać się w fakcie, iż po usługi opiekuńcze zwracają się przede wszystkim osoby samotne, te które utraciły swego życiowego partnera. Zważywszy na wspomniane wcześniej demograficzne uwarunkowania, to właśnie kobiety charakteryzują się wyższą szansą zakwalifikowania się do takiej właśnie grupy.

Chcąc oszacować relatywne ryzyko odwołania się do pomocy publicznej w przypadku, gdy się jest kobietą w stosunku do sytuacji mężczyzn posłużono się metodą ilorazu szans (*odds ratio*). Metoda ta polega na porównaniu udziałów w badanej grupie i w całej zbiorowości łodzian, a następnie na zestawieniu otrzymanej relacji z taką samą wielkością obliczoną dla mężczyzn¹². Za każdym razem, kiedy będę dokonywał porównania z zbiorowością sędziwych łodzian korzystać będę z danych NSP'2002. Jak się wydaje, mimo że od momentu przeprowadzenia spisu do chwili przeprowadzenia badania upłynęły dwa lata, nic nie wskazuje, aby zbiorowość najstarszych łodzian uległa dużym zmianom strukturalnym, uniemożliwiającym dokonanie porównań.

Tak obliczone wskaźniki mówią, iż prawdopodobieństwo, że sędziwa kobieta będzie klientem łódzkiego MOPS-u, jest 3,166 wyższe niż odpowiednie prawdopodobieństwo odnoszące się do zbiorowości mężczyzn. Odpowiednie obliczenia wykonane dla trzech grup wieku wskazują na zmniejszające się z przechodzeniem do bardziej zaawansowanych wiekiem jednostek z 3,711 przez 3,488 do 1,966 w przypadku najstarszych osób, co wskazuje, iż pogarszanie się stanu zdrowia – konsekwencja indywidualnego starzenia się – wyrównuje szanse kobiet i mężczyzn. Powyższe wielkości świadczą o większej konieczności odwołania się do wsparcia publicznego kobiet i są obiektywnym miernikiem ich gorszej sytuacji, jeśli idzie o możliwość uzyskania wsparcia rodzinnego (choć mogą być zakłócone przez mniejszą skłonność mężczyzn do odwoływania się do pomocy innych w przypadku problemów).



¹² Formuła pozwalająca na obliczenie ilorazu szans jest zatem następująca $\frac{U_k^P}{U_m^P} \cdot \frac{U_m^L}{U_k^L}$, gdzie $U_k^P; U_k^L; U_m^P; U_m^L$ w

interesującym nas przypadku oznaczają odpowiednio udział kobiet w badanej próbie i udział kobiet wśród mieszkańców Łodzi w wieku 75 lat i więcej, udział mężczyzn w próbie i udział mężczyzn wśród mieszkańców Łodzi w wieku 75 lat i więcej.

Kolejnym zagadnieniem, przy którym warto się zatrzymać, jest poziom wykształcenia badanych.

Dane zaprezentowane powyżej wskazują, iż najstarsi Łodzianie są zbiorowością osób słabo wykształconych. Mamy w rzeczywistości na powyższym rysunku odzwierciedlenie historii rozwoju (czy raczej niedorozwoju) instytucji oświaty w naszym kraju w pierwszych dekadach XX wieku. Zdecydowanie dominują osoby o wykształceniu podstawowym, zaś drugą co do znaczenia grupą są jednostki o wykształceniu średnim. Występują w tym względzie znaczące różnice, w stosunku zarówno do danych ogólnokrajowych (gdzie na drugim i trzecim miejscu znajdują się odpowiednio osoby o wykształceniu podstawowym niepełnym i średnim), jak i do danych odnoszących się do mieszkańców Łodzi w wieku 75 lat i więcej. W przypadku porównania z sytuacją ogólnopolską mamy bardzo wyraźny nadmiar jednostek dobrze wykształconych, tj. mających co najmniej wykształcenie średnie. Taka sama sytuacja – a aczkolwiek różnica jest mniej widoczna – występuje w przypadku porównania z Łodzią.

Tab. 2.2 Poziom wykształcenia osób w wieku 75 lat w badanej zbiorowości i w mieście Łodzi (w %)

Poziom wykształcenia	Badani	Mieszkańcy Łodzi
wyższe	8,3	7,4
niepełne wyższe	1,4	1,2
średnie	30,8	22,2
zawodowe	5,6	4,8
podstawowe	45,2	52,5
niepełne podstawowe	8,3	11,6

Różnica pomiędzy rozkładem wykształcenia respondentów a sędziwych mieszkańców Łodzi jest istotna statystycznie na poziomie 0,001. Generalnie mamy do czynienia wśród badanych z nadreprezentacją osób dobrze wykształconych, pomimo tego, iż przebadana zbiorowość posiada wyższą frakcję jednostek w wieku 80 lat i więcej, a zatem osób, które posiadały jeszcze mniej okazji do uzyskania wykształcenia powyżej szkoły podstawowej. Potwierdzałyby to tezę sformułowaną niegdyś przez badaczy francuskich, iż odwoływanie się do pomocy publicznej wymaga wiedzy o możliwości uzyskania takiego wsparcia, rezultatem czego jest wyższa szansa składania odpowiednich wniosków przez osoby o relatywnie wysokiej pozycji społecznej, a zatem w rzeczywistości mniej potrzebujące takiego wsparcia [Attias-Donfut, Wolff, 2000].

Potwierdzeniem takiego przypuszczenia są ilorazy szans przedstawione poniżej.

Z wyjątkiem mężczyzn w wieku 75-79 lat we wszystkich pozostałych grupach mamy do czynienia z niedoreprezentowaniem wśród klientów łódzkiego MOPS-u osób gorzej wykształconych, których prawdopodobieństwo otrzymania od tejże instytucji wsparcia jest znacząco z reguły niższe niż odpowiednie prawdopodobieństwo dla osób z wykształceniem

wyższym. Pewne odstępstwa dostrzegalne w zbiorowości mężczyzn w wieku 75-79 lat są następstwem ich niewielkiej liczby, która wyolbrzymia różnice. Generalnie, z im starszą grupą mamy do czynienia, tym upośledzenie ze względu na wykształcenie jest wyższe.

Tab. 2.3 Ilorazy szans dla osób danej płci o danym poziomie wykształcenia (grupa odniesienia – osoby tej samej płci z wykształceniem wyższym)

Wykształcenie	Kobiety		Mężczyźni	
	75-79	80+	75-79	80+
niepełne wyższe	0,752	1,135	7,259	0,926
średnie	0,852	0,809	1,037	0,926
zawodowe	1,042	0,590	2,629	0,778
podstawowe	0,457	0,438	1,000	0,610
niepełne podstawowe	0,333	0,330	1,185	0,221

Tab. 2.4 Ilorazy szans dla kobiet (grupa odniesienia mężczyźni o danym poziomie wykształcenia)

Wykształcenie	75-79 lat	80 lat i więcej
wyższe	2,197	1,418
niepełne wyższe	0,226	0,635
średnie	1,693	1,216
zawodowe	0,847	1,041
podstawowe	1,169	1,000
niepełne podstawowe	0,583	2,450

W prawie każdym przypadku, niezależnie od posiadanego wykształcenia kobiety odznaczają się wyższym w porównaniu do swych rówieśników płci męskiej prawdopodobieństwem zwrócenia się o wsparcie instytucjonalne. Wśród osób młodszych zdecydowanie większe wartości ilorazu szans występują w przypadku lepiej wyedukowanych, wraz z przejściem do starszej grupy wieku różnice pomiędzy poszczególnymi poziomami wykształcenia zacierają się, aczkolwiek najwyższa różnica pojawia się wśród osób z najstarszej grupy wieku z wykształceniem niepełnym podstawowym. Występujące różnice związane pomiędzy ilorazem szans dla kobiet w porównaniu do mężczyzn z poszczególnych grup wieku i z uwzględnieniem dodatkowo poziomu wykształcenia złożyć należy na karb odmiennej struktury porównywanych grup.

Kontynuując wątek wykształcenia, przyjrzyjmy się związkowi pomiędzy wykształceniem a stanem cywilnym badanych.

Najlepiej wykształconą grupą są osoby rozwiedzione oraz kawalerowie i panny, najgorzej zaś osoby owdowiałe. Nie powinno nas to dziwić, zważywszy na już wspomnianą selekcję doboru do tego ostatniego stanu cywilnego, sprawiającą, iż generalnie wśród osób o tym stanie mamy nadreprezentację osób pochodzących z upośledzonych pod względem ekonomicznym, jak i edukacyjnym środowisk społecznych.

Tab. 2.4 Stan cywilny badanych

% z Stan cywilny		Stan cywilny					Ogółem
Płeć	Poziom wykształcenia	żonaty/za mężna	wdowiec/ wdowa	kawaler/p anna	rozwiędzi ony (a)	inny	
Kobieta	wyższe		5.6%	13.9%	12.0%	40.0%	7.3%
	niepełne wyższe		1.3%	1.9%			1.2%
	średnie	32.0%	27.6%	44.4%	42.0%	20.0%	31.2%
	zawodowe	8.0%	5.4%	1.9%	6.0%		4.9%
	podstawowe	48.0%	51.1%	28.7%	34.0%	40.0%	46.4%
	niepełne podstawowe	12.0%	9.1%	9.3%	6.0%		8.9%
	Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Mężczyzna	wyższe	21.4%	11.7%	20.0%	27.3%		15.8%
	niepełne wyższe		1.7%	20.0%			3.2%
	średnie	28.6%	25.0%	20.0%	54.5%		28.4%
	zawodowe	21.4%	13.3%				11.6%
	podstawowe	28.6%	45.0%	30.0%	9.1%		36.8%
	niepełne podstawowe		3.3%	10.0%	9.1%		4.2%
	Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%

Sędziwi łódzcy starcy to w dużej części mieszkańcy tej aglomeracji od urodzenia (38,2%). W przypadku, gdy w ich życiu wystąpiło przemieszczenie, pochodzą głównie z obszarów spoza obecnego województwa łódzkiego (35,9%), zaś w sytuacji migracji na obszarze tej właśnie jednostki administracyjnej częściej pochodzą z obszarów wiejskich (14,7%) niż miejskich (11,2%). Brak jest przy tym znaczących różnic między mężczyznami i kobietami, jak i wyraźnego wpływu wieku.

2.3. Status rodzinny badanych

2.3. 1. Wprowadzenie

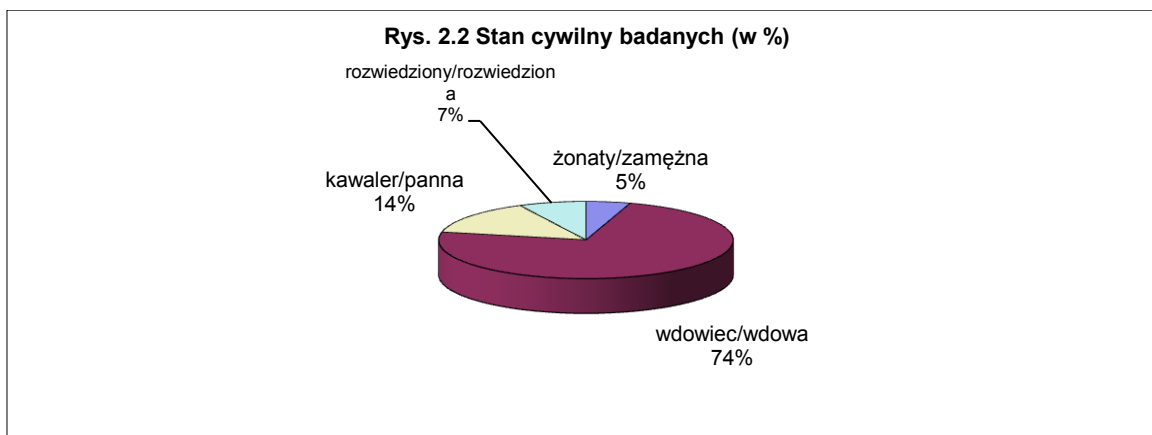
Współczesna gerontologia społeczna pozostaje pod silnym wpływem czynnika ideologicznego widzącego w wybranych instytucjach życia społecznego remedium na problemy związane z zapewnieniem właściwej opieki jednostkom na poziomie mikro i rozwiązaniem problemów związanych ze starzeniem się populacji na poziomie makro. Tym niemniej nawet w kręgach ideologicznie silnie pozostających pod urokiem myślenia w kategoriach kolektywistycznych, wciąż podstawową instytucją odpowiedzialną za wspieranie seniorów jest rodzina. Dlatego też status rodzinny osób starych, a zwłaszcza bardzo starych, jako wyznacznik potencjału wsparcia poprzez określenie dostępu do sieci krewniczej, znajduje się coraz bardziej w kręgu zainteresowania gerontologów.

W niniejszej części opracowania skupimy się na analizie statusu rodzinnego naszych respondentów, starając się określić ich dostęp do wsparcia poprzez opis ich stanu cywilnego, liczby dzieci i wnuków, prezentację wieku dzieci i wnuków, oraz stanu cywilnego potomstwa. Dodatkowo – zważywszy, iż nie tylko czynnik demograficzny (posiadanie bądź nie bliskich krewnych) determinuje możliwości uzyskania wsparcia – prześledzimy płynące z badania

informacje na temat częstości kontaktów potomstwa ze swymi sędziwymi rodzicami oraz percepcji przez najstarszych łodzian jakości relacji ze swymi dziećmi.

2.3.2. Stan cywilny badanych

Stan cywilny badanych łodzian niekorzystnie odbiega od struktury ludności Polski w wieku 75 lat i więcej. Zdecydowana większość badanych to wdowy i wdowcy, a doliczając osoby, które nigdy nie zawarły związku małżeńskiego lub których małżeństwo się rozpadło uzyskujemy 95% całej populacji. Jedynie co dwudziesty respondent żyje w związku małżeńskim. Skala wdowieństwa jest wśród badanych sędziwych starców bardzo wysoka, dużo wyższa niż ta wyłaniająca się z NSP'2002 [Szukalski, 2004].



Na taki stan rzeczy wpływa fakt, iż badana zbiorowość skupia jednostki starsze niż ogół mieszkańców Łodzi w wieku 75 lat, jak i fakt, iż deficyt wsparcia odczuwają zapewne w największym stopniu osoby, które utraciły wskutek śmierci towarzysza swego dotychczasowego życia. Współmałżonek pełni z reguły pierwszorzędą rolę osoby, do której bardzo często kategoria jednostek dopuszczanych do bardzo intymnego kontaktu jest ograniczona, osób, którym można bez większego skrępowania i utraty we własnych oczach twarzy pozwolić na pomaganie sobie bez wywoływania w sobie odczucia, iż jest się od kogoś zależnym.

Ponowne obliczenie wartości ilorazu szans, określającego w tym przypadku krotność prawdopodobieństwa, iż osoba w danym stanie cywilnym znajdzie się wśród osób korzystających z opieki MOPS w stosunku do osób żyjących w stanie małżeńskim, prowadzi do wniosku, iż jednostki nie pozostające w związkach małżeńskich odznaczają się dużo wyższą szansą korzystania z pomocy instytucjonalnej. Odpowiednie wartości ilorazu szans są następujące:

	Kobiety	Mężczyźni
Wdowy, wdowcy	2,145	5,588

Panny, kawalerowie	6,096	11,029
Rozwiedzeni	3,548	7,382

Niezależnie od płci najbardziej narażeni na ryzyko odwołania się do pomocy instytucjonalnej są zatem osoby, które nigdy nie założyły rodziny (w przypadku mężczyzn ich prawdopodobieństwo jest ponad 11-krotnie wyższe niż w przypadku żonatych mężczyzn), następnie osoby rozwiedzione i owdowiałe. Ochronna funkcja małżeństwa jest zdecydowanie silniejsza w przypadku mężczyzn, dla których szanse konieczności zwrócenia się do MOPS są w każdym przypadku wyższe w stosunku do mężczyzn żonatych w porównaniu do sytuacji odnotowanej w zbiorowości kobiet.

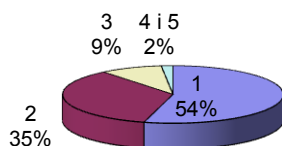
Tym niemniej upośledzona sytuacja kobiet widoczna jest również i w tym przypadku. Kobiety zamężne odznaczają się 3,647-krotnie wyższą szansą odwołania do pomocy publicznej niż ich żonaci rówieśnicy, wdowy 1,4 razy częściej to robią w porównaniu do wdowców. W przypadku osób, które nigdy nie zawarły związku małżeńskiego i osób rozwiedzionych iloraz szans przybiera odpowiednio wielkości 2,016 i 1,752. A zatem najmniejsza różnica występuje w przypadku wdowieństwa, największa wśród osób pozostających w związku małżeńskim. Ta ostatnie stwierdzenie nie powinno dziwić zważywszy na tradycyjną różnicę wieku pomiędzy epuzerami. Z definicji żonaci mężczyźni mają młodsze od siebie – a zatem można założyć, że sprawniejsze – małżonki, zamężne kobiety z kolei mają w domu starszego, mniej sprawnego od siebie męża, co przekłada się na ich odmienną faktyczną sytuację życiową.

2.3.3. Liczba i wiek żyjącego potomstwa

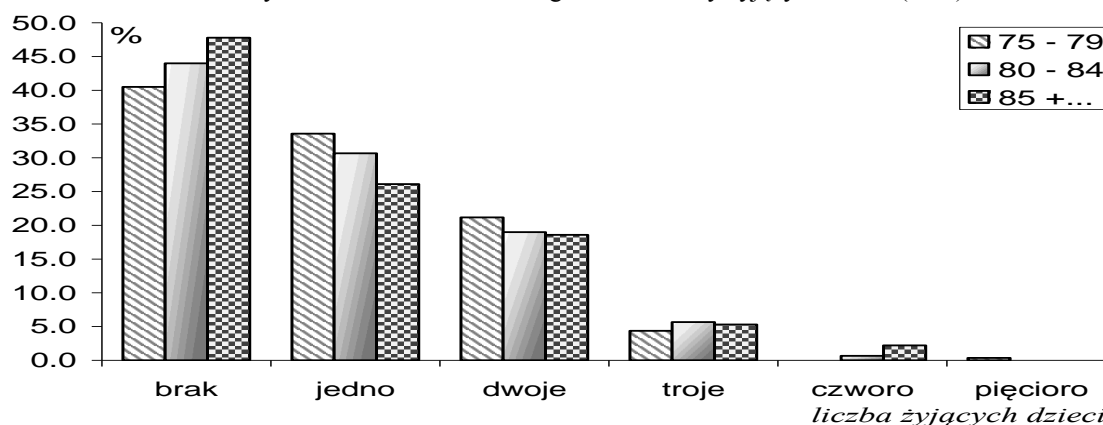
Zgodnie z dominującym w gerontologii podejściem, najważniejszym zaraz po współmałżonku źródłem rodzinnej pomocy są posiadane dzieci. Patrząc z tego punktu widzenia badana populacja w dużym stopniu składa się z osób, które nie mają możliwości odwołania się do wsparcia ze strony własnych dzieci. Aż 43,8% badanych stwierdziło, iż nie posiada żyjącego potomstwa. Wśród osób, które miały żyjące dzieci, zdecydowanie przeważały jednostki mające w tym względzie małe zasoby społeczne.

Blisko 9/10 posiadających dzieci badanych miało co najwyżej 2 dzieci, jedynie jedna osoba deklarowała, iż posiada 5 potomstwa. Jest to rozkład wyraźnie odbiegający od oczekiwanego, naznaczony piętnem Łodzi, miasta, w którym już w okresie międzywojennym występowały lata ujemnego przyrostu naturalnego, zaś kobiety wydawały na świat nikłą liczbę dzieci. Jak pamiętamy, blisko 40% respondentów urodziło się w Łodzi, stąd też nie dziwi tak niska liczba potomstwa.

Rys. 2.3 Osoby posiadające żyjące potomstwo według liczby dzieci



Rys. 2.4 Ankieterzy według wieku i liczby żyjących dzieci (w %)



Im mamy do czynienia ze starszą grupą, tym jest większa część odznaczona małością i bezdzietnością. Generalnie, najstarsi z badanych mają najmniej korzystną strukturę z punktu widzenia możliwości uzyskania wsparcia od własnych dzieci.

Tab. 2.5 Rozkład liczby posiadanego potomstwa według wieku i płci badanych

Płeć	Liczba żyjących dzieci:	Wiek			Ogółem
		75 - 79	80 - 84	85 +...	
Kobieta	żadnego	38.8%	46.2%	51.0%	45.0%
	jedno	34.3%	30.1%	25.3%	30.2%
	dwoje	22.7%	17.7%	18.0%	19.5%
	troje	3.7%	5.6%	3.6%	4.4%
	czworo		.4%	2.1%	.7%
	pięcioro	.4%			.1%
Ogółem		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Mężczyzna	żadnego	54.8%	26.5%	29.0%	36.5%
	jedno	25.8%	35.3%	32.3%	31.3%
	dwoje	9.7%	29.4%	22.6%	20.8%
	troje	9.7%	5.9%	12.9%	9.4%
	czworo		2.9%	3.2%	2.1%
	Ogółem		100.0%	100.0%	100.0%

Występują przy tym różnice odnośnie do liczby posiadanego potomstwa w zależności od płci respondentów. W przypadku kobiet częściej pojawia się bezdzietność i małością, przy czym zmiany związane z wiekiem są różnokierunkowe – wraz z przechodzeniem do starszych

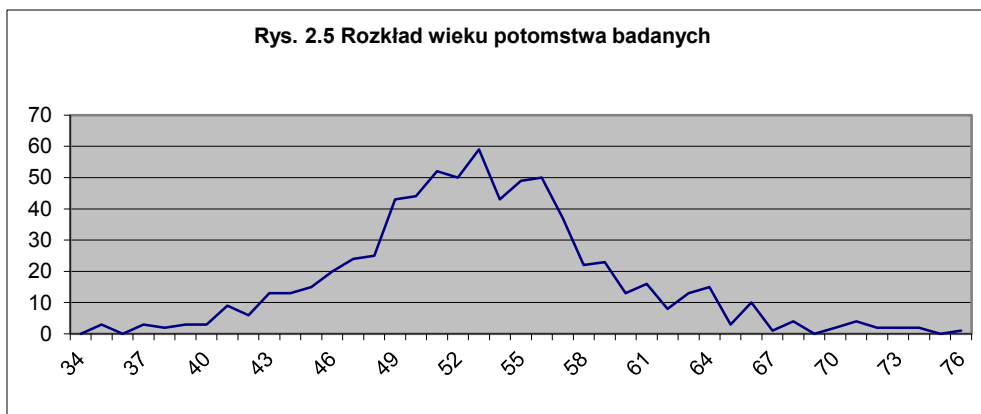
grup wieku zmniejsza się udział bezdzietnych mężczyzn, wzrasta natomiast w przypadku kobiet. Zdaje się, iż wśród mężczyzn odwoływanie się do pomocy MOPS-u uwarunkowane jest silnie brakiem małżonki, niezależnie od liczby dzieci, tymczasem u kobiet posiadanie potomstwa jest lepszym zabezpieczeniem przed koniecznością wsparcia instytucjonalnego. Ostatnią kwestią, pokrótce chciałbym przedstawić, jest związek pomiędzy wiekiem, płcią, stanem cywilnym a liczbą posiadanego potomstwa (z uwagi na małe liczebności poniższa tablica operuje jedynie wielkościami bezwzględny).

Tab. 2.6 Rozkład liczby posiadanego potomstwa według wieku, płci i stanu cywilnego

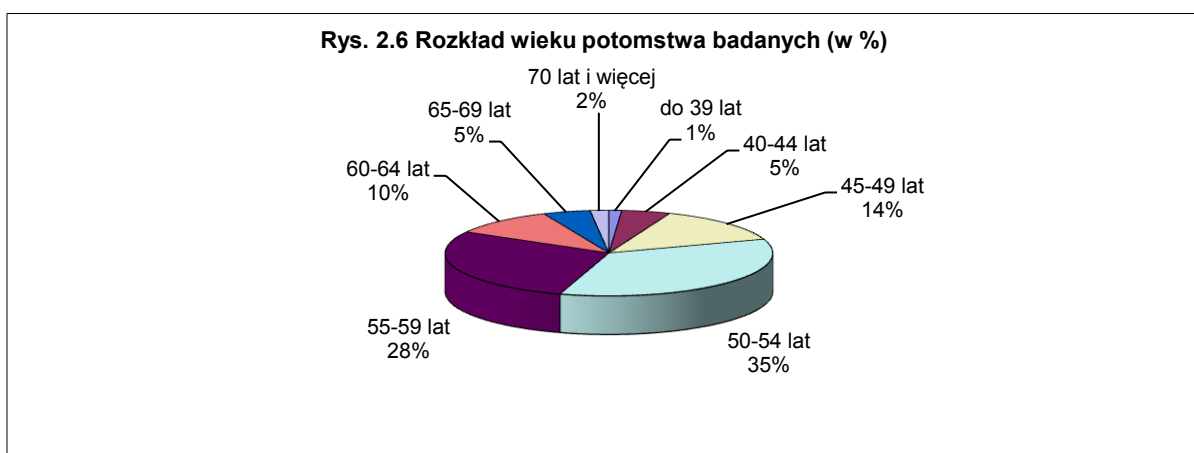
Liczebność		Płeć								
Stan cywilny	Liczba żyjących dzieci:	Kobieta				Ogółem	Mężczyzna			Ogółem
		Wiek			75 - 79		Wiek		Ogółem	
		75 - 79	80 - 84	85 +...			75 - 79	80 - 84		
zonały /zamężna	żadnego	0	3	1	4	2	0	2	4	
	jedno	4	10	0	14	0	3	2	5	
	dwoje	0	3	1	4	0	3	1	4	
	troje	1	1	0	2	1	0	1	2	
	pięcioro	1	0	0	1					
	Ogółem	6	17	2	25	3	6	6	15	
wdowiec/ wdowa	żadnego	57	65	67	189	4	6	6	16	
	jedno	61	64	49	174	7	8	8	23	
	dwoje	54	42	31	127	2	7	4	13	
	troje	7	13	6	26	1	2	3	6	
	czworo	0	1	3	4	0	1	1	2	
	Ogółem	179	185	156	520	14	24	22	60	
kawaler /panna	żadnego	28	42	26	96	7	2	1	10	
	jedno	1	1	0	2					
	dwoje	1	1	1	3					
	Ogółem	30	44	27	101	7	2	1	10	
rozwie- dziony (a)	żadnego	8	10	4	22	4	1	0	5	
	jedno	17	5	0	22	1	1	0	2	
	dwoje	0	1	2	3	1	0	2	3	
	troje	1	1	1	3	1	0	0	1	
	Ogółem	26	17	7	50	7	2	2	11	
inny	żadnego	1	3	1	5					
	Ogółem	1	3	1	5					

Z oczywistych względów najniższe szanse posiadania żyjącego potomstwa mają osoby, które nigdy nie zmieniły swego wyjściowego stanu cywilnego, tj. panny i kawalerowie. Relatywnie duża część osób rozwiedzionych jest też w takiej samej sytuacji. W dalszej kolejności znajdują się osoby owdowiałe, natomiast zdecydowanie najkorzystniej przedstawia się sytuacja jednostek pozostających w związkach małżeńskich.

Owo potomstwo skupia jednostki relatywnie zaawansowane wiekiem. Spójrzmy, jak wygląda rozkład potomstwa najstarszych łodźian według wieku.



Najliczniejszą grupę stanowią dzieci w szóstej dekadzie życia, bowiem aż 63% żyjącego potomstwa ma pomiędzy 50 a 59 lat, w następnej kolejności jest progenitura w wieku 40-49 lat (19%), następnie 60-69 lat (15%). Jednostki mające zarówno mniej jak 40 lat, jak i przynajmniej 70 lat stanowią rzadkość. Z jednej strony bowiem obecni sędziwi starcy wydawali na świat swe nieliczne – w przypadku łódzkich nestorów – potomstwo, gdy zazwyczaj mieli dwadzieścia kilka-trzydzieści kilka lat. Z drugiej zaś w badanej populacji było relatywnie mało jednostek najbardziej zaawansowanych wiekiem (mających przynajmniej 90 lat), tj. takich, które mogłyby posiadać potomstwo znajdujące się w ósmej dekadzie życia¹³.



2.3.4. Stan cywilny dzieci

Badani podawali również informacje odnośnie do stanu cywilnego swego potomstwa. Ponieważ większość tegoż potomstwa była w wieku do 55 lat, tj. wieku, w którym na stan cywilny relatywnie słaby wpływ posiada panujący reżim umieralności, nie dziwi, iż zdecydowanie przeważało potomstwo pozostające w związkach małżeńskich (w badaniu w tym przypadku nie rozróżniano związku formalnego i związku nieformalnego).

¹³ Na marginesie zaznaczmy, iż 3 dzieci badanych najstarszych łódzian spełniała kryterium wieku, pozwalające na zaliczenie do badanej zbiorowości.

Tab. 2.7 Stan cywilny potomstwa badanych według jego kolejności (w %)

Kategoria stanu cywilnego	Pierwsze dziecko	Drugie dziecko	Trzecie dziecko
Kawaler, panna	4,9	6,8	12,7
Żonaty, zamężna	72,0	78,4	65,9
Wdowa, wdowiec	6,9	7,3	4,2
Rozwiedzeni, separowani	15,9	7,3	17,0

Ogółem 73,7% potomstwa badanych pozostawało w stanie małżeńskim. Na drugim miejscu plasowały się osoby rozwiedzione stanowiące 13,4% zbiorowości, dalej wdowy i wdowcy – 7%. Panny i kawalerowie stanowili mniej niż 6% zbiorowości potomstwa badanych.

Różnice w wieku potomstwa poszczególnych rang odpowiadają częściowo za różnice występujące w przypadku stanu cywilnego. Zastanawia szybki wzrost odsetka osób, które nigdy nie zawarły związku małżeńskiego wraz z przechodzeniem do młodszej subpopulacji – częściowo w takim przypadku za taką zmianę odpowiadać może różny poziom umieralności osób o odmiennym stanie cywilnym. Procesy selekcyjne na rynku małżeńskim sprawiają, iż w populacji panien i kawalerów z biegiem czasu narasta nadreprezentacja jednostek upośledzonych pod względem zdrowia somatycznego i umysłowego, co z kolei przekłada się na wyższą umieralność odnotowywaną w tej właśnie grupie.

Z drugiej strony wśród najstarszych dzieci jest zdecydowana w porównaniu do reszty potomstwa przewaga jednostek rozwiedzionych i separowanych. Stanowi to zapewne potwierdzenie obserwacji płynącej z analizy trendów rozwodów, według których w ostatnich latach wzrasta znaczenie wśród małżeństw rozpadających się wskutek ważnego orzeczenia sądowego związków o długim, ponaddwudziestoletnim stażu. Z drugiej strony może stanowić pośrednią wskazówkę co do większej samodzielności najstarszych dzieci, samodzielności wynikającej z wpajanej im przez rodziców wiary we własne siły, samodzielności przejawiającej się mniejszym zdecydowaniem przy trwaniu przy nieudanym małżeństwie niż w przypadku młodszych dzieci, których kontakty emocjonalne z rodzicami nie były tak silne (za tą drugą hipotezą przemawia analiza oceny jakości kontaktów z dziećmi).

Analiza stanu cywilnego potomstwa jest o tyle istotna, gdyż – jak wskazują badania prowadzone w innych krajach – dzieci pozostające w małżeństwach są najlepszymi, najbardziej odpowiedzialnymi opiekunami. Dzieje się tak wskutek swoistego wzmocnienia uzyskiwanego od współmałżonka, jak i dzięki możliwości „dzielenia się” obowiązkami ze swym małżonkiem.

2.3.5. Jakość kontaktów z potomstwem

Aby potomstwo mogło być traktowane jako zasób osobisty, nie wystarczy sam fakt posiadania go. Kluczowym czynnikiem pozwalającym na dokonanie takiego zaklasyfikowania jest występowanie stałego, powtarzalnego kontaktu pomiędzy rodzicem a jego potomstwem. Mówiąc o kontakcie nie wystarczy jednak samo sprawdzenie, czy kontakt taki istnieje, należy bowiem jednocześnie uwzględnić jego intensywność (częstość odwiedzania się – przy czym należy brać pod uwagę, że w przypadku osób najstarszych, posiadających problemy z przemieszczaniem się ważniejsza jest skłonność potomstwa do odwiedzin sędziwego rodzica w jego miejscu zamieszkiwania) oraz jego jakość, tj. sprawdzić w jakim stopniu kontakt zapewnia oczekiwania formułowane wobec niego przez uczestniczące w nim strony.

W trakcie badania pytano również respondentów o ocenę jakości kontaktów z własnym potomstwem. Zdecydowana większość osób posiadających żyjące dzieci potrafiła określić własną percepcję tejże jakości. Z uwagi na fakt, iż posiadanie większej liczby potomstwa jak 3 występowało zbyt rzadko, aby można było przeprowadzić stosowne obliczenia, w poniższej tabelicy ograniczono się jedynie do prezentacji danych odnoszących się do pierwszych trojga dzieci.

Tab. 2.8 Jakość kontaktów z potomstwem kolejnych rang (w % odpowiedzi ogółem)

Jakość kontaktów	Pierwsze dziecko	Drugie dziecko	Trzecie dziecko
Bardzo dobra	48,6	44,5	27,2
Dobra	26,9	31,0	40,9
Przeciętna	12,4	12,0	13,6
Zła	3,3	4,5	0,0
Bardzo zła	2,4	2,5	6,8
Brak kontaktów	6,1	5,5	11,3

Zdecydowana większość badanych pozytywnie ocenia swój kontakt z potomstwem. Ogółem w każdym przypadku przynajmniej 2/3 badanych ocenia jakość relacji z dziećmi jako bardzo dobre lub dobre. Jedynie co 8 respondent uznawał, iż jakość kształtuje się poniżej przeciętnej. Wskazywałoby to na bardzo korzystny obraz relacji międzypokoleniowych w rodzinach badanych osób. Tym niemniej zanim sformułujemy tak optymistyczny wniosek pamiętać należy o kilku zastrzeżeniach, jakie należy postawić.

Po pierwsze, zwrócić należy uwagę na różnicę pomiędzy występującą oceną odnośnie do kontaktów z dziećmi kolejnej rangi. Najwyżej oceniono relacje z dzieckiem pierwszym, zaś im dalsza ranga dziecka, tym niższa percepcja jakości kontaktów. Z jednej strony może to świadczyć, iż więź emocjonalna z najstarszym dzieckiem jest zdecydowanie silniejsza (na co wskazywałyby np. prace amerykańskich ekonomistów, uważających, iż inwestycje zarówno

kapitałowe, jak i przede wszystkim nakłady czasu w wychowanie pierwszego dziecka są największe i jednocześnie najbardziej uzasadnione¹⁴⁾ niżli z jego młodszym rodzeństwem. Zdawać się może, iż rzeczywisty obraz jest w tym przypadku nieco wypaczony przez fakt, że w przypadku dziecka najstarszego istnieje duża szansa, że nadumieralność mężczyzn zwiększa udział w interesującej nas grupie frakcję kobiet, które generalnie odznaczają się większym zaangażowaniem w relacje rodzinne i z którymi kontakty są zazwyczaj zdecydowanie lepiej oceniane [Rossi, 1993]. Tymczasem analiza danych wskazuje, iż wśród dzieci pierwszej, drugiej, trzeciej rangi w każdym przypadku mamy do czynienia z przewagą liczby mężczyzn. Świadczy to moim zdaniem o rzeczywiście większej sile więzi z pierwotnym dzieckiem – bądź wobec jego braku z najstarszym żyjącym potomkiem.

Po drugie, gerontologom – podobnie jak i socjologom rodziny – znana jest hipoteza podwyższonej wartości relacji międzypokoleniowych (*intergenerational stake hypothesis*), mówiąca, iż dokonując porównania ocen wzajemnych kontaktów między kolejnymi generacjami danej rodziny okazuje się, iż przedstawiciele starszej generacji z reguły oceniają jakość relacji między diadami złożonymi z przedstawicieli dwóch pokoleń wyżej niż przedstawiciele młodszych generacji [Giarrusso i wsp., 1995]. Dzieje się tak wskutek pomniejszania przez seniorów znaczenia wewnątrzrodzinnych konfliktów i nieporozumień, jak i wskutek niechęci do publicznego przyznawania się do największego zdaniem większości niepowodzenia życiowego – nieumiejętności stworzenia i utrzymania dobrych kontaktów z własnymi dziećmi, wnukami¹⁵. W rezultacie dochodzi do swoistej idealizacji rodziny, o czym badając opinie ludzi starszych w tym względzie należy pamiętać. Również i w naszym badaniu niektórzy z pracowników MOPS znający badanych wskazywali przy okazji oddawania kwestionariuszy, iż ich informacje odnośnie do jakości kontaktów z dziećmi i częstotści kontaktowania się z nimi są w wielu przypadkach sprzeczne z danymi zadeklarowanymi przez respondentów.

Ostatecznie zaznaczyć należy, iż 2,5% badanych określiło swe kontakty z dziećmi danej rangi jako bardzo złe, zaś 6% wręcz stwierdziło, że nie kontaktuje się ze swym dzieckiem. W sumie

¹⁴ Zdaniem Behrmana, Pollaka i Taubmana [1995] dzieci starsze, a zwłaszcza pierwotne są przez rodziców traktowane lepiej niż kolejne potomstwo. Dzieci te bowiem są w porównaniu do swego rodzeństwa dziećmi mającymi młodszych rodziców, a tym samym odznaczają się mniejszym prawdopodobieństwem wystąpienia błędów w materiale genetycznym przekazywanym przez rodziców. Jednocześnie w warunkach ograniczonej zasobów rodzice preferują inwestycje w starsze dzieci, tj. potomstwo o znanym im poziomie zdolności kognitywnych, zamiast czekać, aż dziecko młodsze osiągnie porównywalny wiek, upewniając ich o braku przeszkód intelektualnych w dokonywaniu i w nie inwestycji.

¹⁵ Przypomnę, iż według ustaleń amerykańskich gerontologów brak jest większej różnicy pomiędzy „przesadną” oceną jakości kontaktów i stopnia solidarności międzypokoleniowej pomiędzy rodzicami obojga płci, co może zaskakiwać, zważywszy na większe w przypadku matek „inwestycje” emocjonalne, czasowe i w postaci kosztów alternatywnych.

zatem co jedenaste dziecko – jeśli przyjąć, że ocena jakości kontaktów jako złych nie oznacza stanu mogącego wywoływać niebezpieczeństwo braku możliwości otrzymania wsparcia w przypadku takiej potrzeby – posiada ze swym sędziwym rodzicem relacje, które badaczy zagadnienia powinny co najmniej niepokoić. W rzeczywistości – wobec wspomnianej powyżej hipotezy podwyższonej wartości relacji międzypokoleniowych przyjąć należy, iż sytuacja jest jeszcze gorsza.

Zapewne te niedobre relacje z własnym potomstwem są choć częściowo powodem, dla którego badani zdecydowali się na ubieganie o pomoc ze strony instytucji publicznej, mimo iż większość z nich preferuje odwołanie się jedynie do wsparcia rodzinnego.

2.3.6. Częstość kontaktów z potomstwem

Podstawową kwestią z punktu widzenia możliwości zapewnienia przez dzieci opieki nad osobami sędziwymi jest częstość kontaktów z potomstwem. Zważywszy na duże różnice, jakie występowały pomiędzy percepcją jakości relacji pomiędzy badanymi a ich potomstwem w zależności od tego, czy były to najstarsze żyjące dzieci, czy potomstwo dalszej kolejności, również i w tym przypadku uwzględnimy rangę potomstwa.

Tab. 2.9 Częstość kontaktów z potomstwem (w %)

Częstość kontaktu	Pierwsze dziecko	Drugie dziecko	Trzecie dziecko
Codziennie	15,8	9,0	11,3
Kilka razy w tygodniu	14,7	19,0	6,8
Raz w tygodniu	16,5	17,5	9,0
Kilka razy w miesiącu	13,3	13,0	15,9
Raz w miesiącu	9,2	11,0	13,6
Kilka razy w roku	11,9	16,0	15,9
Rzadziej	18,3	14,5	27,2

Jak się wydaje, powyższe wyniki dość jednoznacznie wskazują, dlaczego badani zdecydowali się na ubieganie o pomoc oferowaną przez MOPS. Choć w 45,4% przypadków deklarowali, iż ich potomstwo odwiedza swych rodziców przynajmniej raz w tygodniu (13,7% dzieci czyni tak codziennie, dalsze 15,4% kilka razy w tygodniu, zaś 16,3% raz na siedem dni), jednocześnie zastanawia bardzo duży odsetek dzieci, których kontakt z rodzicami jest sporadyczny – blisko 1/3 dzieci respondentów widuje się z nimi co najwyżej kilka razy w roku (13,4% kilka razy w trakcie 12 miesięcy, zaś 17,7% jeszcze rzadziej). W rzeczywistości sytuacja zapewne jest jeszcze mniej optymistyczna, albowiem niechęć do przedstawiania relacji ze swym potomstwem jako wybitnie nieudanych prowadziła zapewne do – wyłapanych w niektórych przypadkach przez znających swych podopiecznych ankieterów – podawania zwiększonej częstości kontaktów z własnym potomstwem.

Powróćmy jeszcze na chwilę do kwestii związków pomiędzy kolejnością potomstwa a częstością kontaktów. Bazując na informacjach odnoszących się do percepcji kontaktów z dziećmi, założyć można, że im dziecko dalszej kolejności, tym mniejsza będzie częstotliwość kontaktów. Z jednej strony wynika to z możliwej słabszej więzi emocjonalnej między dzieckiem a rodzicem w trakcie procesu wychowawczego. Z drugiej jednak strony jest to konsekwencja prostego faktu, iż w zbiorowości dzieci najstarszych dużą część stanowili jedynacy (53,5% ogółu), zaś wśród dzieci drugich z kolei – te posiadające jedynie jedną siostrę lub jednego brata (77,1%). To z kolei znacząco ogranicza możliwości podziału obowiązków związanych z opieką nad sędziwym rodzicem, co wymusza częstsze – niż w przypadku osób posiadających kilkoro rodzeństwa – wizyty u nestora rodziny.

Tym niemniej bezspornym faktem pozostaje zadziwiająco wysoki odsetek osób bardzo starych posiadających przynajmniej troje żyjących dzieci deklarujących rzadkie lub bardzo rzadkie kontakty ze swym trzecim z kolei dzieckiem. Aż 43,1% tych dzieci odwiedza swych rodziców co najwyżej kilka razy w roku, zaś w sumie prawie 57% nie częściej niż raz na miesiąc. Być może alternatywnym w stosunku do hipotezy o zróżnicowaniu więzi emocjonalnej w zależności od tego, czy mamy do czynienia z pierworodnym dzieckiem czy z dalszymi wyjaśnieniem powyższych różnic jest proste stwierdzenie, że w rodzinach badanych osób dzieci dalszej kolejności odznaczały się większą mobilnością przestrzenną, a w konsekwencji zamieszkują w dalszej odległości niż dzieci pierworodne. Niestety, zgromadzony materiał statystyczny nie pozwala na weryfikację takiej tezy.

Kwestią bezpośrednio związaną z omawianym powyżej zagadnieniem jest określenie okresu, jaki upłynął od chwili ostatnich odwiedzin badanych przez potomstwo. Z góry założyć można, że spójność rysującego się do tej pory obrazu nakazuje oczekiwać dużego odsetka dzieci, które od dawna nie odwiedzały swych rodziców, oraz wyraźnie gorszej sytuacji w przypadku potomstwa dalszej kolejności.

Tab. 2.10 Czas, jaki upłynął od ostatniej wizyty dzieci badanych (w %)

Kiedy ostatni raz dziecko odwiedziło badanego?	Pierwsze dziecko	Drugie dziecko	Trzecie dziecko
W tym tygodniu	48,4	40,8	25,0
W ciągu ostatnich dwóch tygodni	12,4	17,3	9,0
W tym miesiącu	8,7	8,6	15,9
W trakcie ostatniego kwartału	9,9	11,2	18,1
Pół roku temu	5,0	7,1	6,8
Rok temu	4,6	3,0	9,0
Rzadziej	10,6	11,7	15,9

Zdecydowana większość potomstwa ostatni raz odwiedziła swych rodziców w trakcie ostatnich kilkunastu dni, albowiem aż 44,7% dzieci w ciągu ostatniego tygodnia, zaś kolejnych 13,8% w trakcie następnego tygodnia. Ten optymistyczny obraz zmaćony jest jednak przez fakt, iż co 9 dziecko (11,1%) nie odwiedziło swych rodziców w ostatnim roku, zaś dalsze 4,4% uczyniło to dalej niż pół roku temu. Zważywszy na moją niewiarę w to, aby nawet w dużej części było to spowodowane bardzo dalekim zamieszkiwaniem (przede wszystkim w innych krajach), jest to kolejna wskazówka potwierdzająca smutny obraz relacji międzypokoleniowych w rodzinach respondentów. Ponownie bowiem należy podkreślić w próbę swoistej projekcji swoich marzeń przez badanych na deklaracje dotyczące wizyt ich dzieci, poprawiające rzeczywistą sytuację.

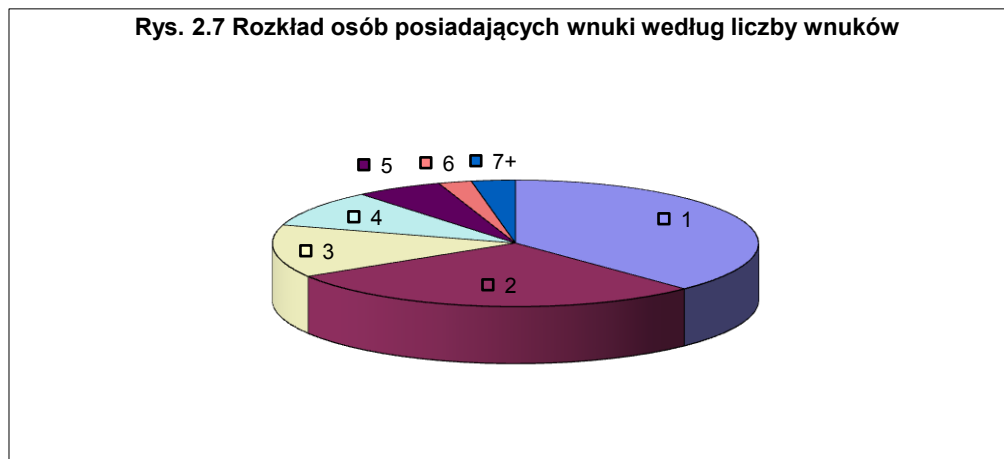
Jeśli z kolei porównamy czas, jaki upłynął od ostatniej wizyty dzieci danej kolejności, ponownie okazuje się, iż pomiędzy dziećmi najstarszymi i następnymi w kolejności nie ma większych różnic (choć widoczna jest niewielkie wydłużenie przeciętnego okresu, jaki upłynął od ostatnich odwiedzin). Znacząco odróżniają się za to dzieci kolejności trzeciej, w przypadku których aż $\frac{1}{4}$ rodziców deklarowała, że została odwiedzona przez dzieci rok temu lub dawniej. W tym przypadku o blisko połowę niższa jest również frakcja jednostek, które złożyły wizytę w trakcie ostatniego tygodnia.

2.3.7. Wnuki i prawnuki

Potencjalni opiekunowie rodzinni osób sędziwych to w zdecydowanej większości przypadków dzieci i małżonkowie potomstwa tychże osób. Zdecydowanie rzadziej są to dalsi potomkowie: wnuki. Wnuki są pierwszoplanowymi opiekunami w zasadzie jedynie w sytuacji wcześniejszego zgonu swych rodziców, utrzymywania się poważnych kłopotów zdrowotnych rodziców, bądź w przypadku gdy zamieszkują ze swymi dziadkami.

Badani przez nas sędziwi starcy z definicji byli zbiorowością, w której znaczny odsetek był pozbawiony wnuków – jak wcześniej ustaliliśmy w zbiorowości mamy bowiem nadreprezentację osób bezdzietnych, a tym samym nie mających dalszych zstępnych. Ogółem wśród badanych, którzy podali szczegółowe informacje odnośnie do liczby posiadanych wnuków, zdecydowanie dominowali ci z zerową liczbą wnuków (41%). Rozkład liczby posiadanych wnuków wskazuje na utrzymywanie się wyraźnej tendencji w rodzinach respondentów do podtrzymywania małodziejności – 22,2% badanych posiadało jedynie jednego wnuka/jedną wnuczkę, 16,7% dwoje wnuków, 7,9% troje, zaś posiadanie przynajmniej czworga wnucząt jedynie 11,9%. Przewaga osób z małą liczbą dalszych zstępnych była jeszcze większa, jeśli ograniczymy się tylko do jednostek posiadających

wnuki (rys. 2.7). A zatem również dane odnoszące się do liczby potencjalnych opiekunów rodzinnych z dalszych pokoleń wskazują na upośledzenie badanej zbiorowości w tym względzie. Dominują bowiem wśród nich osoby nie posiadające wnuków, bądź też mające ich niewielką liczbę.

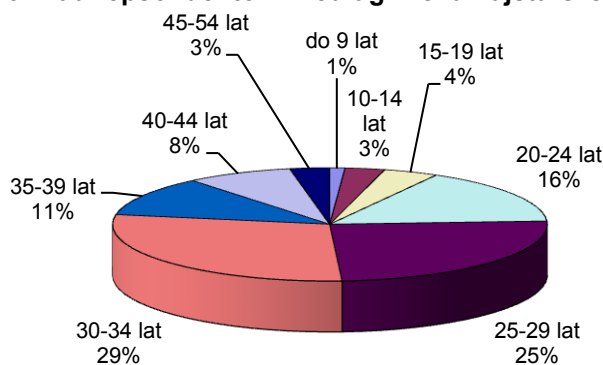


Co więcej, liczba posiadanych wnuków raczej nie wzrośnie, albowiem pamiętać musimy o wieku potomstwa sędziwych starców są to osoby mające najczęściej 40-59 lat, a zatem grupa charakteryzująca się niewielką płodnością.

Jak wiadomo, w literaturze gerontologicznej wiele się mówi o możliwym konflikcie ról tej grupy, która najczęściej wspomaga potrzebujące pomocy osoby najstarsze. Kobiety w wieku 45-59 lat (tzw. *sandwich generation*) są często rozdarte pomiędzy koniecznością okazywania wsparcia swym zaawansowanym wiekiem rodzicom oraz swym dorastającym, usamodzielniającym się dzieciom, często wydającym na świat własne potomstwo. Choć brak jest badań wychodzących poza samo sformułowanie możliwego konfliktu ról, przyjęcie przynajmniej możliwości jego występowania jest uzasadnione. Dlatego ważne jest ustalenie, jaki jest wiek wnuków. Kwestionariusz w tym względzie umożliwia jedynie prześledzenie danych odnośnie do wieku najstarszego wnuka.

Wiek ten jest bardzo zróżnicowany. Najstarszy wymieniony wnuk ma 53 lata, zaś najmłodsza wspomniana osoba zaledwie 3 lata. Podkreślić jednak trzeba, iż młodzi wnukowie są rzadkością. Jedyne 8% badanych podało, iż ich najstarszy wnuk ma mniej niż 20 lat. Zdecydowanie przeważają osoby starsze – ogółem aż 54% najstarszych wnuków posiada 25-34 lata. Zważywszy na przewagę osób posiadających tylko jednego wnuka/wnuczkę, bądź dwoje wnucząt, przyjęć można, iż różnica wieku pomiędzy kolejnymi wnukami nie jest zbyt duża (efekt homogenizacji pojęcia pokolenie – rezultat zmniejszającej się płodności i skracania się okresu aktywnego życia rozrodczego [Szukalski, 2002: 175]). Oznacza to, iż ok. połowy wszystkich wnuków byłaby w wieku powolnego usamodzielniania się ekonomicznego, tworzenia stabilnych związków z życiowymi partnerami i wydawania na świat potomstwa.

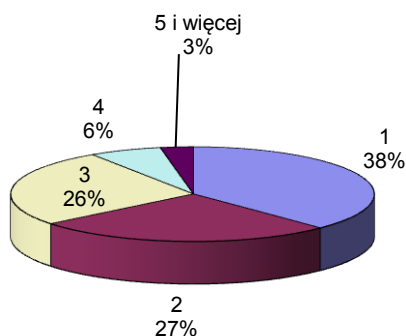
Rys. 2.8 Rozkład repondentów według wieku najstarszego z wnuków



Można zatem rzeczywiście przyjąć, że może występować wśród potomstwa badanych swoiste kalkulowanie, kogo wspierać w pierwszej kolejności, jak rozdzielać posiadane zasoby materialne i czasowe pomiędzy potrzebujących wstępnych i zstępnych.

Kończąc niniejszy wątek demograficzny odnoszący się do liczby posiadanych zstępnych, chciałbym zatrzymać się na chwilę na informacjach o liczbie posiadanych prawnuków. Ponownie mamy do czynienia ze zmniejszeniem się odsetka osób posiadających potomków z kolejnej generacji – wykluczone zostały bowiem nie tylko osoby bezdzietne, lecz również te, które – choć posiadają dzieci – nie doczekały się wnuków, oraz te, których wnuki są zbyt młode na podjęcie decyzji o wydaniu na świat własnego potomstwa. W rezultacie 77% badanych przyznało, iż nie posiada żadnych prawnucząt (w tym 40% osób posiadających wnuki). Dalsze 12,6% deklarowało posiadanie jednego prawnuka, zaś po 8,8% dwoje oraz troje prawnucząt.

Rys. 2.9 Osoby bardzo stare posiadające prawnuki według liczby prawnuków



Patrząc na rozkład osób posiadających prawnuki widzimy, że zdecydowanie dominuje sytuacja, posiadania ich niewielkiej liczby. Choć w 7 przypadkach badani zadeklarowali posiadanie przynajmniej dziesięciorga prawnucząt (dwukrotnie padła liczba 10, również

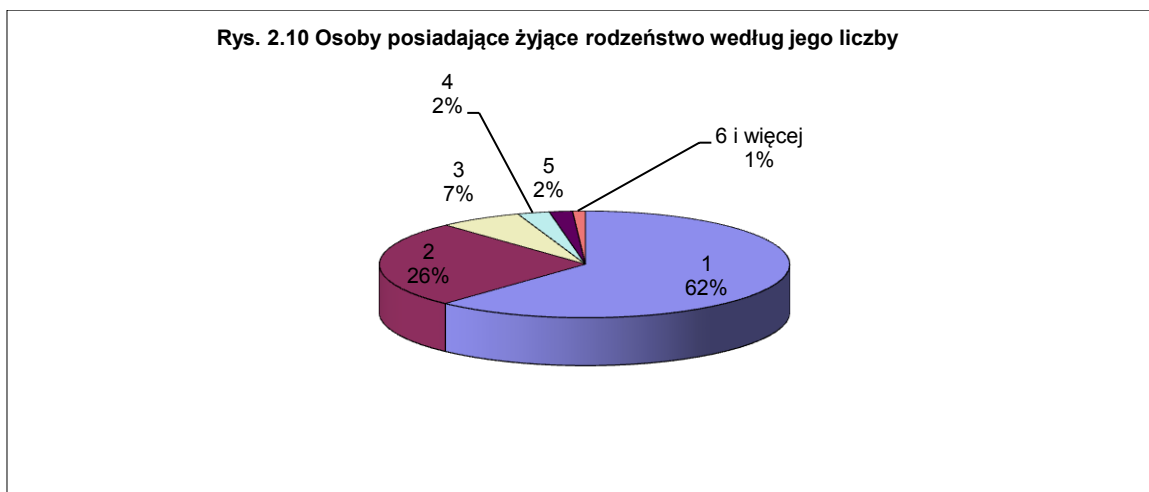
dwukrotnie – 12, jednokrotnie 18 oraz dwukrotnie liczba 26 prawnucząt), jednak jest to zdecydowanie sytuacja nietypowa.

Jak wykazują badania prowadzone w USA, kontakty z prawnukami są relatywnie słabe, pradziadkowie nie biorą praktycznie udziału w procesie ich wychowywania, zarówno z racji swego z reguły bardzo zaawansowanego wieku, jak i chęci swych dzieci do pełnienia niezwykle istotnej dla seniorów roli – roli dziadka [Cherlin, Furstenberg, 1992]. Nie należy zatem upatrywać w tej zbiorowości potencjalnych opiekunów, lecz raczej konkretów w zabiegach o czas pokoleń rozdzielających pradziadków i prawnuków.

2.3.8. Żyjące rodzeństwo badanych

Potencjalni opiekunowie rodzinni najstarszych seniorów to niekoniecznie muszą być ich małżonkowie, potomstwo bądź dalsi zstępni. Bardzo często jako tacy opiekunowie występują siostry i bracia osoby sędziwej. Są to zazwyczaj jednostki w zbliżonym wieku, stąd też duża szansa, iż również i rodzeństwo nestora będzie osobą w zaawansowanym wieku.

W przypadku badanej zbiorowości ponownie mamy do czynienia z jednostkami bardzo ubogimi pod względem tego elementu sieci rodzinnej. Aż 65,5% badanych nie posiada żyjącego rodzeństwa. Spośród pozostałej 1/3 dominują wyraźnie sędziwi starcy z jednym bratem lub jedną siostrą. Jedynie co dziewiąty respondent (11,8%) jest pod tym względem w lepszej sytuacji, ma bowiem przynajmniej dwoje rodzeństwa.



Przewaga osób posiadających niewielką liczbę siostr i braci widoczna jest, gdy przyjrzymy się rozkładowi sędziwych starców posiadających rodzeństwo. 3/5 tej zbiorowości to jednostki mające jedynie jedno z rodzeństwa. Świadczyć to może zarówno o niskiej liczbie dzieci wydawanych w łódzkich rodzinach w okresie międzywojnia, jak też o wysokiej umieralności panującej wśród osób rodzeństwa badanych. Podejrzewać bowiem należy, iż w przypadku,

gdy respondenci pochodzą z rodzin wielodzietnych, występuje wśród nich nadreprezentacja dzieci najmłodszych. W takiej sytuacji ich rodzeństwo byłoby osobami w jeszcze bardziej zaawansowanym wieku, tj. jednostkami charakteryzującymi się bardzo wysokim prawdopodobieństwem zejścia do momentu badania.

2.3.9. Podsumowanie punktu

Przegląd podstawowych danych odnoszących się do statusu rodzinnego badanych wskazuje jednoznacznie na bardzo niekorzystną w tym względzie sytuację respondentów. Sędziwi starcy z niewielkim wyjątkiem są osobami pozbawionymi możliwości odwołania się do wsparcia współmałżonka. Większość zaawansowanych wiekiem klientów łódzkiego MOPS nie posiada żyjących dzieci, ani tym bardziej wnuków czy prawnuków. Równocześnie osiągnięty wysoki wiek sprawia, że spośród rodzeństwa jedynie nieliczne jednostki miały okazję dożyć¹⁶, rezultatem czego jest niewielka frakcja osób posiadających żyjące rodzeństwo.

Dodatkowym czynnikiem, który również pogłębia kłopoty z zapewnieniem opieki, jest fakt, iż nawet w przypadku posiadania własnego potomstwa często jest ono w wieku, w którym odczuwa się z jednej strony pewne problemy zdrowotne, z drugiej strony jest się zmuszonym do dokonywania wyborów, czy i w jakim zakresie ograniczone zasoby materialne i czasu przeznaczyć na wspomaganie przodków i potomków. Jak wykazała analiza danych, znaczny odsetek dzieci nie jest specjalnie zainteresowany okazywaniem wsparcia swym rodzicom, nie odwiedza ich, zaś wzajemne relacje międzypokoleniowe często pozostawiają wiele do życzenia.

Z powyższych uwag podsumowujących rysuje się zatem dość ponury obraz zaawansowanych wiekiem klientów MOPS jako zbiorowości, która wskutek przede wszystkim własnych decyzji prokreacyjnych i wychowawczych, nie posiada wystarczającego dostępu do sieci krewniaczej.

Prezentowane w niniejszym rozdziale dane stanowią również świadectwo występowania i w łódzkich warunkach znanych w innych krajach tendencji odnośnie do zmian kształtu rodziny – wielopokoleniowości prowadzącej wraz z pojawianiem się wskutek ograniczania dzietności

¹⁶ Swoistą, bardzo niedoskonałą informacją o umieralności w tej zbiorowości jest dokonanie wzorem demografów francuskich i amerykańskich założenie, że generacyjne tablice trwania życia wskazują zazwyczaj na trwanie życia noworodka o ok. 6-8 lat dłuższe niż wynikałoby to z przyjęcia tablic okresowych pochodzących z roku przyjścia na świat. Najmłodszy z respondentów przychodził na świat w 1929 r., stąd też można jako wyjściowe tablice przekrojowe przyjąć dla nich tablice z lat 1931-1932. Po dodaniu do tych odpowiednich wartości trwania życia noworodka 7 lat, uzyskujemy dla noworodka płci męskiej 55,2 roku, zaś dla noworodka płci żeńskiej 58,4 roku. Tymczasem rodzeństwo osób bardzo starych powinno osiągnąć wiek o ok. 25 lat wyższy niż powyższe wartości.

prowadzącej do występowania rodziny przypominającej strąk fasoli do wertykalizacji relacji rodzinnych, czy wydłużania się okresu przebywania w danym statusie rodzinnym. Wspomniane przemiany, przedstawione szerzej w pierwszej części raportu, tak mocno widoczne są w badanej zbiorowości, iż można wręcz zaryzykować postawienie tezy, że w przyszłości rodzina polska, która coraz częściej doświadcza nowoczesnego reżimu demograficznego, nie będzie w stanie zapewniać swoim nestorom niezbędnej pomocy.

2.4. Poczucie samotności i osamotnienia

W literaturze gerontologicznej wyraźnie odróżnia się samotność od osamotnienia, traktując je jako dwa odmienne stany – odpowiednio obiektywny i subiektywny. Samotność oznacza pozostawanie przez długi czas w pojedynkę, brak fizycznej możliwości kontaktu z innymi osobami, osamotnienie zaś koncentruje się na psychicznym aspekcie samotności lub poczuciu niemożności bycia zrozumianym przez innych, wyobcowaniu od nich pomimo istnienia fizycznych kontaktów z innymi¹⁷. O ile zatem ocena samotności jest oceną faktów, o tyle w przypadku osamotnienia o odpowiedzi na pytanie decydować może nastrój danej chwili.

Badania prowadzone w innych krajach wskazują na częste pozostawanie seniorów, a zwłaszcza osób bardzo starych w samotności. Przykładowo, dane pochodzące z Australii świadczą, iż wśród osób w wieku 75 lat i więcej dominuje czas spędzany z partnerem, lub – jeśli się go nie posiada – samotnie, przy czym zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku czas ten jest wyższy niż wśród osób mających 65-74 lat. Również badania prowadzone w Polsce wskazują, że wśród seniorów poczucie osamotnienia narasta wraz z wiekiem [Czekanowski, 2002], a co za tym idzie wzrostem szansy na utratę dotychczasowego partnera życiowego, pogorszeniem stanu zdrowia (niemożność „ucieczki” z domu), powolnym wymieraniem przyjaciół, znajomych i krewnych z tego samego pokolenia.

Tab. 2.11 Osoby w wieku 75 lat i więcej wg czasu spędzanego w różnym kontekście społecznym, Australia 1997

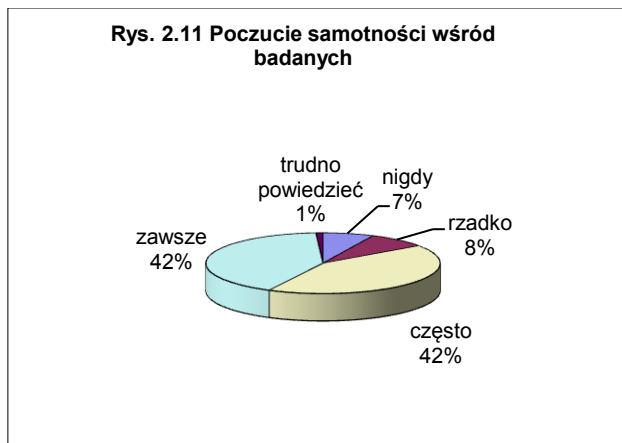
Kontekst społeczny	Osoby mieszkające tylko z partnerem	Osoby mieszkające samotnie
Samotnie	1:20	12:18
Tylko partner	12:05	...
Wyłącznie członkowie rodziny spoza gospodarstwa domowego	0:31	1:33
Rodzina i przyjaciele (a)	0:45	0:13
Tylko przyjaciele	0:26	1:11
Wyłącznie inne osoby (b)	0:10	0:28

(a) Również w obecności obsługi sklepów, warsztatów, urzędów, itp. i ich klientów
(b) Obecność obsługi sklepów, warsztatów, urzędów, itp. i ich klientów

¹⁷ Nieco modyfikuję propozycję P. Czekanowskiego [2002: 151], który przez osamotnienie rozumie tylko „subiektywną i przykrą reakcję na brak” kontaktów z innymi.

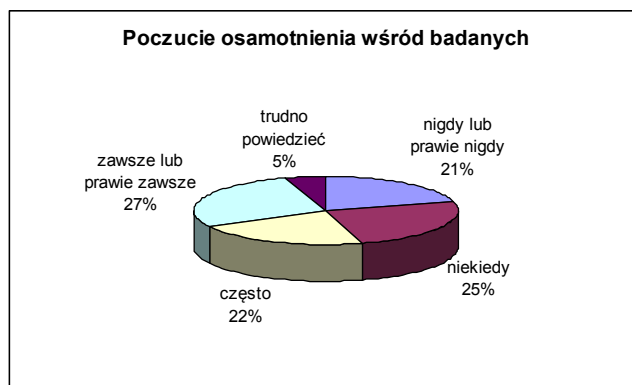
Źródło: [Szukalski, 2003: 27]

Zważywszy na fakt, że zdecydowana większość respondentów zamieszkuje samotnie, oczekiwać należy dużej intensywności odczuwania samotności, a zapewne również i osamotnienia.



Łódzcy sędziwi starcy często skarżą się na samotność. Aż 41% twierdzi, iż zawsze jest samotna, dalsze 43% twierdzi, iż samotność jest zjawiskiem częstym w ich życiu. Relatywnie niewielki odsetek badanych, którzy rzadko przebywają samotnie w mieszkaniu, jest z grubsza równy frakcji osób deklarujących zamieszkiwanie z innymi osobami. Rozmowy z pracownikami MOPS potwierdzają takie odczucia klientów tejże instytucji – pracownicy niejednokrotnie opowiadali, iż w swej codziennej pracy mają do czynienia z samotnie mieszkającymi, pozbawionymi rodziny osobami, dla których ich wizyty są niekiedy jedynym – poza opiekunką i lekarzem – kontaktem z żywymi ludźmi. Skala samotności ludzi bardzo starych jest zapewne w Polsce niedoszacowana, albowiem będąc świadectwem zaniedbań zarówno rodziny, jak i instytucji publicznych, stanowiła by swoisty wyrzut dla instytucji społeczeństwa funkcjonujących na różnym szczeblu.

Znając skalę samotności, przejdźmy do prezentacji danych odnoszących się do osamotnienia.



Porównanie odpowiedzi formułowanych na te dwa kolejno zadawane pytania, świadczy moim zdaniem o niezrozumieniu przez znaczną część respondentów sensu pytania. Pojawia się

bowiem swoisty paradoks – pomimo tego, iż zdecydowana większość badanych przyznawała się do życia w samotności, równocześnie jedynie niecała połowa stwierdzała, iż czuje się osobą osamotnioną. Może to świadczyć bądź o racjonalnej obronie sędziwych starców przed poczuciem wyobcowania, o przyzwyczajeniu się do życia w samotności (w przypadku osób, które nigdy nie założyły rodziny lub z innych powodów od wielu lat zamieszkują samotnie, dojść mogło do swoistego przyzwyczajenia się do zaistniałej sytuacji), bądź też o wypracowaniu sobie sposobu życia na tyle wypełniającego czas, iż badani nie mieli poczucia osamotnienia.

Powyższe wielkości jednoznacznie wskazują, iż problem samotności i osamotnienia jest i będzie w przyszłości realnym problemem społecznym w przypadku ludzi starych w naszym kraju. Choć bowiem analizowana zbiorowość odbiega na wielu płaszczyznach od ogółu ludzi bardzo starych w Polsce, ewolucja demograficzna w Łodzi od okresu przedwojennego wyprzedzała tendencje ludnościowe ogólnokrajowe, wskazując kierunek zmian. Ewolucja demograficznego oblicza rodziny, jak miała miejsce w II połowie XX wieku, sprawia, iż samotne zamieszkiwanie przez osoby bardzo stare będzie narastać w najbliższej przyszłości, sugerując opracowywanie już dziś działań ukierunkowanych na rozwiązywanie problemu samotności i osamotnienia jako właściwości ostatniego etapu życia [Frąckiewicz, 2004].

Metodą przezwycięzania samotności, a również i osamotniania jest, jak już wspomniano, wypracowanie odpowiedniego sposobu życia, sposobu, który umożliwi zagospodarowanie czasu. Jednym z przejawów takiego sposobu życia jest hodowla zwierząt domowych. W warunkach łódzkich jest to jednak metoda wykorzystywana bardzo rzadko, albowiem jedynie 7,3% badanych deklaruje posiadanie pod swoją opieką jakiegoś zwierzęcia domowego. Tym niemniej respondenci potrafili znaleźć inne, skuteczne metody zagospodarowania czasu, gdyż najczęstszą odpowiedzią na pytanie o ilość czasu, jaką badani posiadają, było stwierdzenie, iż tego czasu jest w sam raz (47,9%). Wśród pozostałych osób jednakże dominowały odpowiedzi wskazujące na kłopoty z wykorzystaniem czasu, z jego nadmiarem (31,4%), bądź niezwykle rzadko – niedoborem (2,4%).

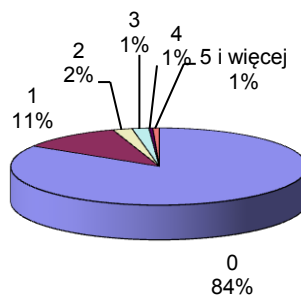
Podjezwawać należy, iż podobnie jak to miało miejsce w przypadku badań prowadzonych przez zespół gerontologów kierowany przez B. Synaka, występują ściśle związki pomiędzy stanem cywilnym, płcią oraz liczbą posiadanego potomstwa a poczuciem samotności i osamotnienia.

2.5 Status własnościowy zajmowanego lokalu i współzamieszkiwanie

Respondenci najczęściej zajmują mieszkania stanowiące ich własność (45%), następnie lokale komunalne (34,1%), pozostałe typy tytułów prawnych do zajmowanego lokalu występują rzadziej – spółdzielcze lokatorskie prawo (12,4%), wynajem od osób prywatnych (6,0%), inne (2,4%). Wskazuje to na ich relatywnie dobrą sytuację pod względem tytułu prawnego do zajmowanego lokalu. W przypadku własności mieszkania posiada się pełnię praw, również w przypadku lokali komunalnych oraz spółdzielczych bez prawa własności istnieje silna ochrona lokatorów przed możliwością wypowiedzenia im umowy wynajmu. Jedynie niewielka część badanych znajduje się pod tym względem w gorszej sytuacji.

Tym, co wyraźnie odróżnia badanych od ogólnopolskiej populacji ludzi bardzo starych jest stopień rozpowszechnienia gospodarstw jednoosobowych, zajmujących oddzielne mieszkania. Pozostawiając na boku w tym miejscu kwestie wyposażenia zajmowanych lokali w różnorodne udogodnienia, zaznaczyć należy, iż zdecydowana większość badanych mieszkała samotnie.

Rys. 2.13 Badani według liczby osób wspólnie zamieszkujących z nimi



Jedynie 1/6 badanych to osoby, które współzamieszkują z innymi. Zważywszy na przewagę w takim przypadku gospodarstw domowych dwuosobowych oraz wiedząc, że 5% badanych pozostawało w stanie małżeńskim, można śmiało powiedzieć, że respondenci, to osoby które nie mają na stałe kogoś „na wyciągnięcie ręki”, kto w przypadku nagłej potrzeby mógłby natychmiast udzielić im niezbędnej pomocy. Podkreślić jeszcze raz należy nasilenie występowania samotnego zamieszkiwania – niezależnie bowiem od odnotowywanego również i w Polsce od kilku dekad zjawiska syngularyzacji gospodarstw domowych (tj. wzrostu znaczenia jednoosobowych gospodarstw domowych), odnotowane w badanej zbiorowości odsetek takowych gospodarstw jest zaskakująco wysoki, wskazując na kolejny czynnik ryzyka, zwiększający szansę odwołania się do pomocy publicznej.

Tab. 2.12 Stan cywilny i płeć badanych a liczba osób wspólnie z nimi zamieszkujących

% z Stan cywilny		Stan cywilny					Ogółem	
Płeć	Liczba osób wspólnie zamieszkujących	żonaty/za męźna	wdowiec/wdowa	kawaler/panna	rozwiędzi ony (a)	inny		
Kobieta	1	24.0%	87.1%	93.8%	81.4%	100.0%	85.3%	
	2	76.0%	7.9%	4.2%	9.3%		10.1%	
	3		1.8%	2.1%	2.3%		1.8%	
	4		2.2%		7.0%		2.1%	
	5		.7%				.5%	
	6 i +...		.4%				.3%	
	Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Męźczyzna	1	20.0%	90.2%	77.8%	80.0%		75.3%	
	2	73.3%	3.9%	11.1%	10.0%		17.6%	
	3	6.7%	3.9%				3.5%	
	6 i +...		2.0%	11.1%	10.0%		3.5%	
		Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Zamieszkiwanie samotne bądź też dzielenie z kimś mieszkania jest silnie zróżnicowane w zależności od stanu cywilnego respondenta – gros osób pozostających w związkach małżeńskich mieszka w gospodarstwach dwuosobowych, podczas gdy w przypadku osób o innym stanie cywilnym zdecydowanie dominują jednostki zamieszkujące samotnie. Sytuacja męźczyzn jest zdecydowanie korzystniejsza – choć rozkład częstości przynależności do gospodarstwa o danej liczbie osób nie odbiega od tego dotyczącego kobiet, odmienna struktura według stanu cywilnego – znacznie wyższy udział osób pozostających w związkach małżeńskich – przekłada się na wyższą frakcję jednostek zamieszkujących wspólnie z innymi.

3. Wpływ wieku na wybrane charakterystyki społeczno-demograficzne i zdrowotne

3.1. Wprowadzenie

Głównym celem niniejszego opracowania jest prezentacja wpływu statusu rodzinnego na stan zdrowia, sytuację bytową i zapotrzebowanie na opiekę instytucjonalną osób bardzo starych. Tym niemniej przedstawiane badanie dostarcza rzadkiej okazji przyjrzenia się, jak – wyjątkowo tylko odrębnie badana – zbiorowość „starych starych” i „najstarszych starych” zróżnicowana jest z punktu widzenia wieku. W tej części niniejszego opracowania przedstawić chciałbym niektóre wyniki dotyczące zróżnicowania wybranych, najważniejszych badanych charakterystyk według wieku. Zważywszy na chęć posługiwania się w miarę jednorodnymi grupami wieku, jednocześnie uwzględnianie oprócz wieku również i płci, oraz na konieczność posiadania odpowiednio licznej zbiorowości umożliwiającej korzystanie choćby z podstawowych metod statystycznych, wydzielono trzy grupy wieku: 75-79 lat, 80-84 lata i 85 lat i więcej. Zdecydowana przewaga w badanej próbie kobiet przekłada się na odmienną liczebność mężczyzn i kobiet wchodzących w skład każdej z wyodrębnionych grup wieku.

W niniejszym rozdziale przedstawiono jedynie podstawowe różnice związane z wiekiem dotyczące pytań zawartych w metryczce oraz dotyczących stanu zdrowia.

Analizując różnice związane z wiekiem pamiętać należy, iż tylko częściowo są one spowodowane „czystym” efektem wieku. W pewnym stopniu owe różnice są rezultatem występowania efektu generacji, odmiennego w przypadku osób, które przyszły na świat w różnych, niekiedy dość odległych od siebie latach, prawdopodobieństwa doświadczenia pewnych zdarzeń (np. zważywszy na występujące w badanej próbie duże różnice wieku pamiętać należy, iż np. poziom wykształcenia tylko częściowo uzależniony jest od efektu wieku, częściowo zaś pojawiające się różnice wynikają z odmiennych szans osób urodzonych w pierwszych dekadach XX w. na osiągnięcie wykształcenia średniego i wyższego).

3.2. Wiek a podstawowe charakterystyki społeczno-demograficznej badanej grupy

W niniejszym punkcie przyjrzymy się, jak wiek różnicuje podstawowe charakterystyki społeczno-demograficzne badanej zbiorowości.

Tab. 3.1. Wiek i płeć badanych

Wiek	Statystyki	[p2]:Płeć ankietowanego		Ogółem
		Kobieta	Mężczyzna	
75 - 79	Liczebność	254	31	285
	% z :Płeć	34.7%	32.3%	34.5%
80 - 84	Liczebność	276	34	310
	% z :Płeć	37.8%	35.4%	37.5%
85 +...	Liczebność	201	31	232
	% z :Płeć	27.5%	32.3%	28.1%
Ogółem	Liczebność	731	96	827
	% z :Płeć	100.0%	100.0%	100.0%

W przypadku mężczyzn mamy do czynienia z porównywalną wielkością poszczególnych grup wieku, podczas gdy w populacji kobiet dominuje środkowa grupa, zaś ostatnia grupa, skupiająca jednostki najstarsze, jest relatywnie mało liczna.

Wiek i płeć wyraźnie różnicują stan cywilny badanej zbiorowości.

Tab. 3.2 Stan cywilny a wiek i płeć badanych

% z Wiek		Wiek			Ogółem	
Płeć	Stan cywilny	75 - 79	80 - 84	85 +...		
Kobieta	żonaty /zamężna	2.4%	6.2%	1.0%	3.4%	
	wdowiec/wdowa	74.0%	69.9%	80.5%	74.2%	
	kawaler/panna	13.0%	16.7%	14.5%	14.8%	
	rozwódziona/roz	10.2%	6.2%	3.5%	6.8%	
	inny	.4%	1.1%	.5%	.7%	
	Ogółem		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Mężczyzna	żonaty /zamężna	9.7%	17.6%	19.4%	15.6%	
	wdowiec/wdowa	45.2%	70.6%	71.0%	62.5%	
	kawaler/panna	22.6%	5.9%	3.2%	10.4%	
	rozwódziona/roz	22.6%	5.9%	6.5%	11.5%	
	Ogółem		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Wśród kobiet wpływ wieku jest zdecydowanie mniejszy, jedyną wyraźną tendencją jest zmniejszanie się odsetka rozwódzionych (widoczne i u mężczyzn), co znajduje uzasadnienie w szybkim wzroście częstości rozwodów, jaki dokonał się w Polsce w latach 1960. i 1970., wzroście, który w większym stopniu dotknął najmłodszych z badanych¹⁸. W każdym wieku przeważają zdecydowanie wdowy, zaś odsetek kobiet zamężnych kształtuje się na niezwykle niskim poziomie, wielokrotnie niższym niż frakcja kobiet pozostających w związkach małżeńskich w Łodzi w danym wieku (np. w wieku 80 lat i więcej wg NSP'2002 udział ten wynosi 9,3%). Również w przypadku mężczyzn odsetek mężczyzn w badanej grupie

¹⁸ Alternatywne wyjaśnienie widziałoby przyczynę takiego spadku częstości występowania osób rozwódzionych w zróżnicowaniu umieralności według stanu cywilnego. Badania tego problemu wskazują, iż w bardzo zaawansowanym wieku wpływ takich czynników jak stan cywilny, wykształcenie, przynależność klasowa, zasoby materialne, są czynnikami tracącymi swe znaczenie, zaś początkowo duże zróżnicowanie umieralności zanika [Podogrodzka, 1992]. Badacze francuscy podkreślają jednak, iż we współczesnych społeczeństwach europejskich mamy do czynienia generalnie ze wzrostem znaczenia stanu cywilnego jako czynnika różnicującego umieralność [Vallin i wsp., 2002: 280-281].

pozostających w związku małżeńskim jest zdecydowanie niższy niż dla ogółu mężczyzn w Łodzi (dla wieku 80 lat i więcej odpowiednio 18,5% i 57%). Porównanie to należy potraktować jako jednoznaczne stwierdzenie faktu, iż posiadanie małżonka jest pierwszoplanowym czynnikiem powstrzymującym przed odwoływaniem się do pomocy publicznej. Żyjący mąż, żyjąca żona w świetle powyższych wielkości traktowani są jako najpewniejsze źródło pomocy w razie potrzeby.

Godny uwagi jest wzrost odsetka żonatych mężczyzn wraz z przechodzeniem do coraz bardziej zaawansowanej wiekiem grupy. W sytuacji, gdy żona pozostaje w zbliżonym do męża wieku i doświadcza podobnych problemów ze zmniejszającą się wraz z wiekiem sprawnością fizyczną i psychiczną, jest to tylko świadectwo niemożności w takim przypadku ograniczenia się do najbliższego kręgu rodzinnego jako źródła wsparcia. Zmniejszająca się częstość występowania mężczyzn, którzy nigdy nie założyli związku małżeńskiego, jest wynikiem tylko tego, iż wśród najstarszych badanych w przypadku wystąpienia konieczności odwołania się do pomocy innych nawet posiadanie żyjącego małżonka nie zapewnia zaspokojenia wyrażanych potrzeb. Niezależnie od stanu cywilnego wzrasta wówczas zapotrzebowanie na opiekę formalną, wyrażane na wcześniejszych etapach życia głównie przez osoby nie posiadające partnera życiowego.

Niejednoznacznie zmiany zaobserwować można w przypadku analizy związku między wiekiem i płcią a wykształcenia.

Tab. 3.3. Wykształcenie a wiek i płeć badanych

% z Wiek		Wiek			Ogółem
Płeć	Poziom wy kształcenia	75 - 79	80 - 84	85 +...	
Kobieta	wy ższe	9.5%	7.3%	5.0%	7.4%
	niepełne wy ższe	1.6%	1.5%	.5%	1.2%
	średnie	32.1%	34.9%	24.9%	31.2%
	zawodowe	5.6%	4.4%	5.0%	4.9%
	podstawowe	44.8%	44.0%	51.2%	46.3%
	niepełne podstawowe	6.3%	8.0%	13.4%	8.9%
	Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Mężczyzna	wy ższe	12.9%	12.1%	22.6%	15.8%
	niepełne wy ższe	6.5%		3.2%	3.2%
	średnie	22.6%	30.3%	32.3%	28.4%
	zawodowe	16.1%	9.1%	9.7%	11.6%
	podstawowe	35.5%	42.4%	32.3%	36.8%
	niepełne podstawowe	6.5%	6.1%		4.2%
	Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

W zbiorowości kobiet wraz z wiekiem wzrasta udział kobiet o najniższym poziomie edukacji, podczas gdy w przypadku mężczyzn mamy do czynienia z sytuacją odwrotną. Prawdopodobnym mechanizmem wyjaśniającym jest proces selekcji – jak pamiętamy, wstępna analiza danych wskazuje na wyraźną nadreprezentację wśród badanych osób

relatywnie dobrze wykształconych. W przypadku kobiet, które znacznie wcześniej tracą swego życiowego partnera z biegiem czasu i pogarszaniem się zdolności do samodzielnego funkcjonowania zwiększa się zainteresowanie danej osoby i jej otoczenia do pozyskania wsparcia instytucjonalnego. Oznaczać to może bądź większą skłonność danej osoby do poszukiwania odpowiednich informacji i podjęcia odpowiednich działań, bądź samoczynne podjęcie przez znające jej sytuację rodzinną i zdrowotną osoby czynności mających na celu zapewnienie jej pomocy. W rezultacie o ile wśród młodszych jednostek większa jest rola samodzielnego poszukiwania (a do tego potrzebny jest dostęp do informacji i świadomość swoich praw – zgodnie z koncepcją kapitału ludzkiego wyższe wśród osób lepiej wykształconych), o tyle w zbiorowości osób starszych większa jest rola działań podjętych przez innych, działań niezależnych od charakterystyk nestora. Hipotezę taką potwierdza zmniejszająca się wraz z wiekiem częstość podawania na pytanie o to, kto załatwiał formalności niezbędne do otrzymania pomocy MOPS, odpowiedzi samemu (od 29% do 22%).

Z kolei wśród mężczyzn wzrastającemu poziomowi wykształcenia, towarzyszy wzrastająca częstość udzielania na powyższe pytanie odpowiedzi wskazującej na samodzielne rozpoczęcie procedury otrzymania pomocy (niestety, fakt występowania nielicznych grup o danym poziomie wykształcenia w ramach grup wieku uniemożliwia dokonanie analizy statystycznej pozwalającej na określenie siły związku między poziomem wykształcenia a autonomicznym podjęciem starań o wsparcie instytucjonalne). W przypadku nestorów płci męskiej pamiętać musimy o tym, że poziom wykształcenia – podobnie jak stan cywilny – jest czynnikiem bardzo silnie różnicującym umieralność. W rezultacie, osoby o wyższym poziomie kwalifikacji żyją dłużej, wskutek skłonności do homogamii (dążenie do znalezienia partnera do związku odznaczającego się podobnymi, kluczowymi z punktu widzenia pozycji społecznej cechami – zbliżony poziom wykształcenia, pochodzenie społeczne, pozycja zawodowa, itp.) później stają się wdowcami. Oznacza to późniejsze wszczynanie poszukiwania pomocy pozarodzinnej.

Wiek był również skorelowany z samodzielnym zamieszkiwaniem, aczkolwiek ponownie pojawiły się różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami.

Tab. 3.4. Liczba osób zamieszkujących wspólnie z respondentem a jego wiek i płeć

% z Wiek		Wiek			Ogółem
Płeć	Liczba osób wspólnie zamieszkujących	75 - 79	80 - 84	85 +...	
Kobieta	1	82.9%	82.8%	91.1%	85.1%
	2	12.9%	11.7%	4.1%	10.1%
	3	1.4%	2.1%	2.4%	1.9%
	4	2.3%	2.5%	1.2%	2.1%
	5	.5%	.4%	.6%	.5%
	6 i +...		.4%	.6%	.3%
	Ogółem		100.0%	100.0%	100.0%
Mężczyzna	1	74.1%	76.7%	75.0%	75.3%
	2	14.8%	16.7%	21.4%	17.6%
	3		6.7%	3.6%	3.5%
	6 i +...	11.1%			3.5%
	Ogółem		100.0%	100.0%	100.0%

O ile wśród mężczyzn brak było większych zmian odnośnie do rozkładu liczby wspólnie zamieszkujących osób według wieku badanego, o tyle w populacji kobiet widać było wyraźny wzrost odsetka samotnie mieszkających w zbiorowości osób najstarszych. Niezależnie natomiast od wieku w każdym przypadku zdecydowana większość badanych mieszkała samodzielnie, a dokładniej rzecz ujmując samotnie. Brak przy tym było większych różnic pomiędzy poszczególnymi grupami wieku, jeśli idzie o liczbę izb (średnia była w tym przypadku wyższa wśród mężczyzn, wskazując na ich lepsze warunki lokalowe – w przypadku kobiet dominowały respondentki zajmujące 2 izby, zaś w zbiorowości mężczyzn ci mieszkających w lokalu o 3 izbach) – zaś niewielkie zmiany, jakie występowały, przybierały odmienny kierunek u mężczyzn i u kobiet. U kobiet występowała tendencja do zmniejszania się średniej wraz z przechodzeniem do starych grup wieku, w przypadku mężczyzn wzrastał odsetek osób zamieszkałych w lokalach mających przynajmniej 3 izby (razem z kuchnią). Powyższej zmianie towarzyszyło zmniejszanie się powierzchni mieszkalnej w przypadku kobiet i zwiększanie się tejże powierzchni wśród mężczyzn. Brak było statystycznie istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi grupami wieku, jeśli idzie o dostęp do gazu, centralnego ogrzewania, kanalizacji, posiadanie w mieszkaniu łazienki i ubikacji. Podobnie brak było różnic w ocenie swoich warunków mieszkaniowych.

3.3. Wiek a stan zdrowia

Wiek w powszechnej opinii jest wyznacznikiem stanu zdrowia. Sprawdźmy zatem, jak nasi respondenci wchodzący w skład różnych grup wieku oceniali swoje zdrowie. Pamiętać musimy, iż poniższe dane odnoszą się do samooceny stanu zdrowia, a zatem do kategorii subiektywnej, tj. podatnej na chwilowe wznosy i upadki emocjonalne. Tym niemniej wstępna

analiza danych wskazuje na spójność odpowiedzi na pytanie dotyczące różnorodnych aspektów zdrowia (poszczególne elementy ADL, porównanie z rówieśnikami, porównanie kłopotów ze wzrokiem, słuchem, snaniem, pamięcią, liczby odwiedzin u lekarza, liczbą zażywanych leków, itd.), co potwierdza dość powszechnie przyjmowane założenie, że występuje związek pomiędzy obiektywnym stanem zdrowia (tj. oceną lekarza) a stanem subiektywnym (oceną badanego). Tym samym, nie przeprowadzając badania lekarskiego, jesteśmy w stanie zgromadzić podstawowe dane informujące o opinii badanego na temat jego zdolności do samodzielnego funkcjonowania.

Niestety, prezentowane dalej dane obliczone były w przypadku mężczyzn dla zbiorowości na tyle nielicznej, iż nie można było zastosować zwyczajowo używanych testów pozwalających na weryfikację tezy o niezależności między wiekiem a interesującym nas aspektem zdrowia. W przypadku kobiet często zdarzało się, że liczba osób przypadająca na dany wariant odpowiedzi również uniemożliwiała dokonanie powyższej procedury weryfikacyjnej.

Tab. 3.5. Samoocena stanu zdrowia według płci i wieku (w %)

Płeć	Samoocena	75-79	80-84	85 i więcej lat
Kobiety	Bardzo dobry	0,7	0,3	2,4
	Dobry	2,3	5,4	4,4
	Przeciętny	24,4	26,0	32,3
	Zły	46,8	46,0	43,2
	Bardzo zły	25,5	22,1	17,4
Mężczyźni	Bardzo dobry	6,4	2,9	0,0
	Dobry	12,9	0,0	12,9
	Przeciętny	25,8	41,1	38,7
	Zły	35,4	29,4	29,0
	Bardzo zły	19,3	26,4	19,3

W populacji kobiet w każdej grupie wieku mamy do czynienia ze zdecydowaną przewagą ocen zdecydowanie niekorzystnych. Odpowiedzi „zły” i „bardzo zły” stanowią 60-70%. Mężczyźni oceniają swój stan zdrowia zdecydowanie korzystniej – po pierwsze, udział powyższych, najmniej optymistycznych wariantów odpowiedzi kształtuje się na poziomie 50-55%, po drugie – za wyjątkiem najmłodszej grupy wieku dominują odpowiedzi „przeciętny”, podczas gdy u kobiet modalnym wariantem jest odpowiedź „zły”. Generalnie mamy do czynienia z powolnym przechodzeniem do preferowania „złotego środka” – im starsza grupa, tym niższa częstość opowiadania się za odpowiedziami skrajnymi, zwiększa się natomiast znaczenie wariantów środkowych, co skutkuje poprawą samooceny zdrowia z wiekiem.

Mamy w takim przypadku z jednej strony ze swoistą selekcją – bardziej zaawansowanego wieku dożywają jednostki o lepszych predyspozycjach genetycznych, prozdrowotnym stylu życia, wyższej pozycji społecznej, z drugiej strony zaś osiągnięciu zaawansowanego wieku

towarzyszy często współwystępowanie przekonania o swym relatywnie (w porównaniu do innych osób w zbliżonym wieku) dobrym stanie zdrowia i odwoływania się do pomocy innych, co traktowane jest jako całkowicie usprawiedliwione wiekiem.

Tab. 3.6. Ocena zdrowia w stosunku do stanu zdrowia rówieśników (w %)

Płeć	Relatywna samoocena	75-79	80-84	85 lat i więcej
Kobiety	Lepszy	7,6	12,8	28,0
	Taki sam	38,4	42,8	47,4
	Gorszy	54,0	44,3	24,4
Mężczyźni	Lepszy	20,0	21,2	32,2
	Taki sam	46,6	42,4	45,1
	Gorszy	33,3	36,3	22,5

Potwierdzeniem powyższej hipotezy jest samoocena zdrowia w porównaniu do rówieśników. Mówię tylko o ostatniej tezie, albowiem poprawie przeciętnego stanu zdrowia osób w danym wieku wskutek selekcji nie musi towarzyszyć poprawa oceny własnego zdrowia badanych wchodzących w skład tejże grupy na tle innych osób w tym samym wieku. Tymczasem przedstawione powyżej wielkości jednoznacznie świadczą o coraz bardziej optymistycznej ocenie własnego stanu zdrowia w porównaniu z innymi osobami. Jest to moim zdaniem przejaw powolnego przyzwyczajania się nestorów do pojawiających się dolegliwości i traktowania ich jako coś normalnego. W takim przypadku drobne dolegliwości i ograniczenia mogą być pomijane przy dokonywaniu porównań z rówieśnikami, o których informacje – w warunkach ograniczenia częstości kontaktów z innymi – dochodzą najczęściej przy okazji traumatycznych przeżyć w ich życiu (choroby, wypadki, pobyty w szpitalu, operacje, konieczność trwałego korzystania z urządzeń wspomagających mobilność) bądź ich zgonu, pogarszając opinię o ich stanie zdrowia.

Do niejednoznacznych wniosków prowadzi analiza odpowiedzi na pytania dotyczące kłopotów z widzeniem, mówieniem, słyszeniem, zapamiętywaniem adresów i spaniem.

Tab. 3.7. Udział osób o danej płci i wieku deklarujących brak wybranych problemów zdrowotnych (w %)

Brak problemu z:	Płeć	75-79	80-84	85+
widzeniem	Kobiety	11,8	14,1	11,9
	Mężczyźni	16,1	17,6	16,1
mówieniem	Kobiety	79,1	76,8	80,5
	Mężczyźni	70,9	79,4	77,4
słyszeniem	Kobiety	50,3	43,4	38,3
	Mężczyźni	41,9	44,1	29,0
zapamiętywaniem	Kobiety	29,5	26,0	27,8
	Mężczyźni	29,0	23,5	22,5
spaniem	Kobiety	20,4	21,0	17,9
	Mężczyźni	35,4	23,5	51,6

Różnice między przedstawicielami obu płci raz uprzywilejowują mężczyzn, innym razem kobiety. Mężczyźni deklarują mniej kłopotów z widzeniem i spaniem, podczas gdy w przypadku kobiet mniej kłopotliwe jest mówienie, słyszenie i zapamiętywanie. Brak jest również poza kłopotów ze słyszeniem u kobiet i zapamiętywaniem u mężczyzn prostych związków pomiędzy osiąganiem wyższego wieku a danym rodzajem kłopotów. W pozostałych przypadkach mamy do czynienia z związkami krzywoliniowymi, wskazującymi jednakże na zmniejszanie się odsetka respondentów deklarujących brak kłopotów zdrowotnych, przy czym ów spadek frakcji zakłócony jest – z reguły w niewielkim stopniu – przez wahania udziałów w grupie wieku 80-84 lata.

Wiek badanych w niewielkim stopniu także determinuje odsetek osób, które w trakcie ostatnich trzech lat znalazły się w szpitalu.

Tab. 3.8. Rozkład odpowiedzi na pytanie o pobyt w szpitalu w trakcie trzech ostatnich lat (w %)

Wariant odpowiedzi	Kobiety			Mężczyźni		
	75-79	80-84	85+	75-79	80-84	85+
Tak	68,8	66,3	49,2	63,3	64,7	61,2
Nie	31,1	33,6	50,7	36,6	35,2	38,7

Tym co jednak zwraca uwagę jest bardzo wysoki odsetek jednostek deklarujących przebywanie w trakcie trzech ostatnich lat w ośrodku zamkniętej opieki. Jest to poziom dużo wyższy niż wynikający z analiz hospitalizacji osób starszych ogółem, jak i dla podgrup 65-74, 75-84 i 85 lat i więcej dla okresu połowy lat 1990. [Roszkowska i wsp., 2000]. Sugeruje to gorszy stan zdrowia badanej zbiorowości niż ogółu najstarszych Polaków.

Tab. 3.9. Rozkład odpowiedzi na pytanie o pobyt w szpitalu w trakcie ostatniego roku (w %)

Wariant odpowiedzi	Kobiety			Mężczyźni		
	75-79	80-84	85+	75-79	80-84	85+
Tak	41,3	36,7	23,1	37,9	38,2	33,3
Nie	58,6	63,2	76,8	62,0	61,7	66,6

Również i udział osób hospitalizowanych w trakcie ostatniego roku jest w badanej zbiorowości nieco wyższy, zarówno u kobiet jak i mężczyzn, o kilkanaście procent niż odpowiednie dane dla osób w porównywalnym wieku dla ludności Polski mieszkającej w miastach ogółem w połowie lat 1990. za wyjątkiem osób najstarszych. Frakcja ta jest zapewne zawyżona w większym stopniu niż wskazywałoby porównanie udziału z współczynnikami natężenia hospitalizacji, albowiem te ostatnie liczone są na podstawie liczby pobytów szpitalnych osób w danym wieku, a zatem traktują dwie lub więcej hospitalizacje tej samej osoby jako odrębne zdarzenia [Roszkowska i wsp., 2000; Roszkowska, Goryński, 2001].

Niekiedy badacze zajmujący się analizą umieralności i stanu zdrowia ludzi starszych twierdzą, iż w przypadku ludności w bardzo zaawansowanym wieku występuje – wskutek

selekcji dokonującej się na wcześniejszych etapach życia – poprawa stanu zdrowia w porównaniu z osobami młodszymi. Jednostki najbardziej chorowite wymierają przed osiągnięciem wyższego wieku, co przekłada się na wyraźne osłabienie efektu wieku [Gavrilov, Gavrilova, 1991]. Również i w przypadku analizowanej zbiorowości powyższy efekt można zaobserwować (widoczny był również i w przypadku danych dla ludności ogółem [Roszkowska i wsp., 2000; Roszkowska, Goryński, 2001]).

Pozyskane dane pozwalają również na dokonanie analizy tego, ilokrotnie jednostki poddane hospitalizacji w trakcie ostatniego roku przebywały w szpitalu. Ponieważ w przypadku mężczyzn liczebność osób w poszczególnych grupach wieku była zbyt niska do dokonania jakichkolwiek obliczeń, połączono zbiorowości mężczyzn i kobiet.

Tab. 3.10. Rozkład odpowiedzi na pytanie o liczbę pobytów w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy (w %)

Liczba pobytów w szpitalu w trakcie ostatniego roku	75-79	80-84	85+
1 raz	50,8	61,8	62,9
2 razy	26,7	21,8	25,9
3 razy	14,2	8,1	9,2
4 razy	5,3	3,6	1,8
5 razy i więcej	2,6	4,5	0,0

Nie dość, iż mieliśmy do czynienia ze zmniejszającą się wraz z wiekiem częstością pobytu w szpitalu, to jednocześnie wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku zmniejsza przeciętna liczba hospitalizacji wśród osób jej poddanych w trakcie ostatniego roku – z 1,82 przez 1,67 do 1,5 rocznie. Towarzyszy temu spadek częstości wielokrotnych pobytów w szpitalach.

Tab. 3.11. Rozkład odpowiedzi na pytanie o liczbę dni spędzonych w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy (w %)

Liczba dni spędzonych w szpitalu w ciągu roku	75-79	80-84	85+
mniej niż 5	8,1	3,6	14,8
5-9 dni	15,3	23,8	20,3
10-14 dni	28,8	35,7	35,1
15-30	27,9	23,8	18,5
więcej niż miesiąc	19,8	12,8	11,1

Równocześnie zmniejsza się skala wskazujących na długi, łączny pobyt odpowiedzi na pytanie o liczbę dni spędzonych w trakcie ostatniego roku w szpitali. Jest to konsekwencja zmniejszającej się wraz z wiekiem częstości wielokrotnych pobytów.

Wiek wpływa nie tylko na kontakty badanych z lecznictwem zamkniętym, lecz również jest wyznacznikiem korzystania z opieki oferowanej przez lekarzy rodzinnych.

Tab. 3.12. Rozkład odpowiedzi na pytanie o częstość odwiedzin lekarza

Kategoria	Kobiety			Mężczyźni		
	75-79	80-84	85+	75-79	80-84	85+
częściej niż raz na dwa tygodnie	2,3	1,8	3,5	0,0	0,0	6,4
raz na dwa tygodnie	13,8	12,3	6,5	9,6	14,7	6,4
raz w miesiącu	50,3	49,8	41,7	32,2	41,1	45,1
raz na kwartał	19,8	15,2	28,1	25,8	20,5	19,3
rzadziej niż raz na kwartał	13,4	20,7	20,1	32,2	23,5	22,5

Mężczyźni zdecydowanie rzadziej niż kobiety korzystają z porad lekarzy rodzinnych. Jest to konstatacja, potwierdzona również i innymi badaniami, wyjaśniana mniejszą skłonnością do odwiedzania lekarzy, mniejszą dbałością o zdrowie, niechęcią do manifestowania nadmiernego, świadczącego o „zniewieścieniu” zainteresowania „niegroźnymi” przypadkościami [Vallin i wsp., 2002]. Jednocześnie wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku znaleźć można przeciwstawne tendencje wśród badanych mężczyzn i kobiet – u tych ostatnich częstość wizyt lekarskich malała, natomiast w zbiorowości mężczyzn rosła. Tradycyjnie uważa się, że procesy selekcyjne silniej oddziałują na mężczyzn, co w interesującym nas przypadku powinno pociągać za sobą odmienny związek. Zdaje się jednak, iż wspomniana już ochronna funkcja małżeństwa widoczna jest i w tym przypadku – do klientów MOPS-u dołączają mężczyźni o relatywnie złym stanie zdrowia, którym po śmierci małżonki nikt nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej opieki. Znajdujące się w takiej samej sytuacji życiowej – tj. utraty małżonka – kobiety mają średnio o kilka lat mniej. Zaznaczyć trzeba, iż w każdym wieku dominują odpowiedzi wskazujące na wizyty lekarskie mniej więcej raz na miesiąc, co oznacza, iż sędziwi starcy nie nadużywają tej formy konsultacji zdrowotnych.

Badanych pytano również o to, kiedy ostatni raz odwiedzali lekarza.

Tab. 3.13. Rozkład odpowiedzi na pytanie o termin ostatniej wizyty u lekarza

Wariant odpowiedzi	Kobiety			Mężczyźni		
	75-79	80-84	85+	75-79	80-84	85+
w tym tygodniu	18,6	11,3	10,5	6,4	8,8	22,5
dwa tygodnie temu	21,0	22,9	19,0	9,6	20,5	19,3
w trakcie ostatniego miesiąca	34,1	33,9	39,5	32,2	29,4	25,8
w ciągu trzech miesięcy	16,2	16,0	14,0	35,4	20,5	19,3
pół roku temu	6,3	8,7	11,0	9,6	17,6	12,9
rok temu	1,1	2,9	3,5	3,2	0,0	0,0
więcej niż rok temu	2,3	4,0	2,5	3,2	2,9	0,0

Dane znajdujące się w powyższej tabeli potwierdzają wcześniejsze ustalenia: mężczyźni za wyjątkiem najstarszej grupy wieku podają dłuższy czas, jaki upłynął od ostatniej wizyty lekarskiej. Jednocześnie, iż przechodzimy do starszej grupy wieku, tym zwiększa się frakcja

mężczyzn, którzy deklarują niedługi okres, podczas gdy jednocześnie zmniejsza się frakcja kobiet, które ostatni raz u lekarza były w trakcie dwóch ostatnich tygodni.

Tab. 3. 14. Rozkład odpowiedzi na pytanie o najczęstszą formę kontaktu z lekarzem (w %)

Wariant odpowiedzi	Kobiety			Mężczyźni		
	75-79	80-84	85+	75-79	80-84	85+
Udaję się do lekarza	39,5	32,3	25,3	51,6	47,0	41,9
Lekarz przychodzi do mnie	50,9	51,6	64,6	45,1	41,1	54,8
Równowaga oby form	9,4	16,0	9,9	3,2	11,7	3,2

W każdym wieku mężczyźni bardziej niż kobiety preferują samodzielne udanie się do lekarza. Jest to zgodne z modelem mężczyzny „niezniewieściałego”, który o ile nie zmagą go poważne choroby powinien bagatelizować kłopoty zdrowotne. W przypadku kobiet w każdej grupie wieku u ponad połowy badanych dominują domowe odwiedziny lekarza. Zaznaczyć przy tym należy bardzo wyraźny efekt wieku – niezależnie od płci wraz z przechodzeniem do starszej grupy wieku mamy do czynienia z wyraźnym wzrostem odsetka osób, których częstszą formą kontaktu z lekarzem są wizyty domowe.

Tab. 3.15. Rozkład odpowiedzi na pytanie o to, jak zazwyczaj lekarz przepisuje recepty badanym (w %)

Wariant odpowiedzi	Kobiety			Mężczyźni		
	75-79	80-84	85+	75-79	80-84	85+
w Pana/Pani obecności	58,9	60,0	52,2	66,6	64,7	67,7
za pośrednictwem dzieci i innych osób	39,8	39,5	47,2	33,3	35,2	32,2
równie często tak i tak	1,1	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0

Bezpośrednio z powyższej przedstawioną różnicą odnośnie do formy wizyty lekarskiej, związane są różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami dotyczące tego, czy przepisywane przez lekarza recepty są wystawiane w obecności respondentów, czy też może za pośrednictwem innych osób. Bardzo często bowiem w opinii seniorów od wielu lat uskarżających się na te same dolegliwości i leczących się u tych samych lekarzy wypisanie recepty jest „czystą formalnością” nie wymagającą badania. Chodzi bowiem o podtrzymanie zapoczątkowanej nieraz lata temu kuracji, nie zaś o diagnozę. Fakt, iż mężczyźni częściej odwiedzają lekarza osobiście, tj. nie nakładają na lekarzy rodzinnych dodatkowych obowiązków – których redukcji chce z reguły każda racjonalnie zachowująca się jednostka – przekłada się na wyższy odsetek jednostek płci męskiej deklarujących, iż lekarz wypisuje recepty w ich obecności. W przypadku kobiet obopólna chęć „zaoszczędzenia” lekarzowi wysiłku przekłada się na wyższy udział jednostek przyznających, iż recepty dostarczane są bez przeprowadzenia badania, na podstawie długoletniej znajomości danej pacjentki, wysłanym przez nią osobom.

W przypadku mężczyzn brak jest wpływu wieku (pamiętajmy o relatywnie małej liczbie osób tej płci w badanej próbie), natomiast w przypadku kobiet wyraźna różnica występuje tylko u osób najstarszych – tj. tych, które najczęściej deklarują wizyty lekarskie.

Ostatnią kwestią, jaką chciałbym omówić w niniejszym rozdziale, jest liczba lekarstw zażywanych regularnie przez badanych.

Tab. 3.16. Rozkład liczby leków przyjmowanych przez badanych regularnie w trakcie ostatnich 3 miesięcy

Wariant odpowiedzi	Kobiety			Mężczyźni		
	75-79	80-84	85+	75-79	80-84	85+
0	1,1	2,9	1,9	6,6	5,8	0,0
1	5,1	3,2	5,9	13,3	5,8	0,0
2	3,5	4,7	8,9	10,0	0,0	3,2
3	7,5	10,5	12,9	20,0	20,5	22,5
4	15,0	11,6	7,4	10,0	5,8	19,3
5	11,9	12,4	16,4	6,6	14,7	9,6
6 i więcej	55,5	55,4	46,2	33,3	47,0	45,1

Ponownie mamy do czynienia z odmiennymi tendencjami u kobiet i mężczyzn w zakresie zachowań zdrowotnych, tym razem odnośnie do wpływu wieku na zmianę liczby przyjmowanych regularnie w trakcie ostatnich trzech miesięcy lekarstw. U kobiet nieco wraz z wiekiem zmniejsza się odsetek jednostek deklarujących przyjmowanie dużej liczby leków, u mężczyzn odwrotnie. Owe tendencje najlepiej opisuje syntetyczna miara – średnia liczba leków (obliczona przy założeniu, że w przypadku ostatniej odpowiedzi mamy do czynienia z 6 lekami), która w przypadku kobiet zmienia się idąc od najmłodszej grupy wieku do najstarszej z 4,88 przez 4,81 do 4,52, zaś wśród mężczyzn wzrasta z 3,67 przez 4,47 do 4,71.

Generalnie rezultaty naszego badania wskazują na zbliżony poziom używania leków co inne badania, przykładowo w *Berlin Ageing Study*, badaniu berlińczyków w wieku 70 lat i więcej, stwierdzono, iż ponad 96% badanych zażywa regularnie przynajmniej jeden lek, zaś 56% przynajmniej 5 [Steinhagen-Thiessen, Borchelt, 1999]. Przywołane badanie, w którym jednocześnie proszono respondentów o wymienienie stosowanych medykamentów i określenie, czy były zakupione na receptę czy też bez niej, wskazało, że badani berlińczycy stosowali w zasadzie w przypadku każdego typu leków ich nadmierne ilości (z reguły od $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$), co więcej ok. 19% zażywało leki, które w świetle badań farmakologicznych uznane są za niewłaściwe dla osób w zaawansowanym wieku lub zażywało je w zbyt dużych dawkach¹⁹.

¹⁹ Wyniki berlińskiego badania potwierdzają rezultaty wcześniejszych eksploracji naukowych, wedle których okres zaawansowanej starości nie jest etapem życia odznaczającym się wielką dynamiką wzrostu konsumpcji leków (dokonuje się to raczej pomiędzy 40. a 70. rokiem życia). Ogółem, 28% osób starych (po przeważeniu próby) pobiera niewłaściwe leki, 19% zażywa lekarstwa niewłaściwe ze względu na wiek, zaś dalsze 14% leki w ocenie uczestniczących w programie lekarzy zbyt szkodliwe. Są to przy tym szacunki minimalne, odnoszące się jedynie do aspektu ilościowego, a nie jakościowego (sposób dawkowania i jego zgodność z wskazówkami

4. Podsumowanie

Osią, wokół której zazwyczaj skoncentrowane są badania starające się uwypuklić zmiany wieku jako główną przyczynę zmian w funkcjonowaniu ludzi starych, są cztery silnie osadzone w tradycji badań gerontologicznych kwestie [Baltes i wsp., 1999: 22]: 1) czynniki zróżnicowania jednostkowego procesu starzenia się – uzależnienia jego przebiegu od posiadanych zasobów i ograniczeń; 2) ciągłość i brak ciągłości tego procesu; 3) poszukiwanie zakresu i ograniczeń elastyczności starzenia się, zwłaszcza w przypadku osób najstarszych; 4) konceptualizacja starego wieku i procesu starzenia się jako zjawiska systemowego i interdyscyplinarnego.

Krótkie omówienie niektórych wyników przeprowadzonego w Łodzi badania zważywszy na dobór próby i sposób prezentacji danych powiązać można z punktem drugim. Spróbujmy zatem pokrótce stwierdzić, na ile przedstawione wyniki pozwalają na stwierdzenie występowania ciągłości lub braku ciągłości w przypadku najstarszych łodzian.

W większości przypadków znajdujemy potwierdzenie prawdziwości hipotezy ciągłości – wraz z dochodzeniem do coraz wyższego wieku zmienia się jednokierunkowo odsetek w sposób ciągły odsetek osób deklarujących dany wariant cechy. Niekoniecznie musi to oznaczać opowiadanie się za którymś z ekstremów. Niekiedy mamy do czynienia z ujednolicaniem się deklaracji wokół wartości typowych (samoocena zdrowia). Podkreślić należy, iż w przypadku badanej zbiorowości mamy do czynienia z silnymi procesami selekcyjnymi dopływu do grupy klientów łódzkiego MOPS-u. Według dotychczasowej wiedzy właśnie procesy selekcyjne odpowiadają za odmienne kierunki zmian występujące wielokrotnie w przypadku kobiet i mężczyzn.

4. Determinanty jakości i częstotliwości kontaktów z dziećmi

Ważnym zagadnieniem poruszonym w literaturze gerontologicznej jest kwestia związków pomiędzy liczbą potomstwa i jakością relacji z dziećmi a możliwością uzyskania od potomstwa wsparcia. W niniejszym rozdziale zajmiemy się analizą danych pochodzących z badania łódzkich nestorów z punktu widzenia częstotliwości i jakości kontaktów z potomstwem. Będziemy starać się określić najważniejsze determinanty częstotliwości i jakości kontaktów z potomstwem badanych.

4.1 Jakość kontaktów z dzieckiem a płeć dziecka

Przegląd literatury familiologicznej i gerontologicznej wskazuje, że płeć dziecka determinuje ilość i jakość kontaktów z rodzicami. Związane jest to z odmiennymi wzorcami odnośnie do traktowania rodziny²⁰. Kobiety zdecydowanie częściej i aktywniej kontaktują się z członkami zarówno swych biologicznych i społecznych rodzin, jak i rodzin swych współmałżonków. Kontakty są planowane, aranżowane, organizowane, wykonywane i omawiane przez kobiety, stąd też to one są uznawane za osoby, wokół których tworzy się tak rodzina, jak i gospodarstwo domowe. Wkład mężczyźni jest pasywny²¹ – zdecydowanie ważniejszą rolę w ich życiu odgrywa świat kolegów z pracy. Według niektórych – rozpowszechnionych zwłaszcza w przeszłości – opinii, mężczyźni odznaczają się lepszymi predyspozycjami psychicznymi i fizycznymi do zajmowania się sprawami ogólnospołecznymi i działaniami instrumentalnymi, m.in. dlatego, iż uczuciowo nie wiążą się z osobami tak mocno jak kobiety. Tym niemniej wraz ze starzeniem się – jako efekt wieku – widoczny jest wzrost zainteresowania rodziną ze strony mężczyzn. Wyjaśniane jest to zmianą typowych dla osób rozpoczynających dorosłe życie zainteresowań materialną stroną życia na zainteresowania problemami egzystencjalnymi [Gaunt, 1997].

Dodajmy, iż płeć odgrywa również znaczącą rolę, jeśli idzie o postrzeganie siły normatywnych obowiązków wobec innych członków rodziny – we wszystkich przypadkach krewni płci żeńskiej są postrzegani zarówno jako osoby zasługujące na wyższy poziom zobowiązań, jak i kobiety są respondentami deklarującymi wyższy poziom zobowiązań w

²⁰ I nie tylko w przypadku rodziny, albowiem kobiety w trakcie swojego życia mają więcej przyjaciół/przyjaciół niż mężczyźni. Już w dzieciństwie kobiety mają większą skłonność do zawiązywania bliższych relacji, co przekłada się na większą sieć wsparcia na starość, jak i większe zarówno korzystanie z tejże sieci, jak i uczestnictwo w pomocy innych [Knoll, Schwarzer, 2004: 34].

²¹ R. Zussman twierdzi wręcz, iż mężczyźni „przekazują pełne uczestnictwo w emocjonalnym życiu swych rodzin w ręce swych żon” (cyt. za [Roschelle, 1997: 185]), co ma łagodzić napięcia i harmonizować role wewnątrzrodzinne.

stosunku do innych członków rodziny. Z powyższym stwierdzeniem współgra fakt, iż badani pytani o krewnych, do których byli szczególnie przywiązani w swym dzieciństwie, najczęściej wymieniali babkę „po kądzieli”, jak i ciotki z tej samej strony rodziny (a zatem siostry matki) [Rossi, 1993].

Potwierdzeniem powyższych związków są badania francuskie, mówiące, iż w ramach rodziny to kobiety wskazywały na wyższą liczbę osób im bliskich uczuciowo, a niezależnie od płci badani częściej wybierali kobiety jako osoby, w stosunku do których poczuwali się do największej zażyłości [Bonvalet i in., 1999].

W efekcie patrząc na relacje w diadach rodzic-dziecko najwyższy poziom i jakość wzajemnych interakcji znalezione zostały w diadach matka-córka. Z kolei najniższy poziom interakcji, wzajemnego zaufania i wymiany pomocy odnotowany jest w relacjach ojciec-syn. Diady składające się z osób przeciwnej płci zajmują miejsce pośrednie [Rossi, 1993: 194].

Większe zainteresowanie kobiet okazywane inwestycjom w sieć krewniaczą (zwłaszcza rodzice, rodzeństwo i potomstwo), w tym i podtrzymywaniu kontaktów z rodziną, wyjaśnić można odwołując się również do zjawisk demograficznych, kształtujących oblicze współczesnych społeczeństw [Rossi, 1993]. Wymienić można kilka takich zjawisk: więcej kobiet niż mężczyzn pozostaje w stanie bezżennym, kobiety wychowują często samotnie dzieci pozamałżeńskie, relatywnie nieliczne kobiety zawierają powtórny związek małżeński po rozwodzie i owdowieniu, kobiety częściej doświadczają wdowieństwa i charakteryzują się dłuższym trwaniem życia (w tym i w stanie choroby). Również przesłanki czysto ekonomiczne przemawiają za większym zaangażowaniem się z życie rodziny – kobiety uzyskują na starość niższe świadczenia emerytalne (efekt krótszego stażu pracy, wynikającego niekiedy z konieczności wychowywania dzieci, niższych płac, wyższego poziomu bezrobocia). Tym samym większy kontakt z rodziną stanowi swoistą formę zabezpieczenia na starość, mającą zapewne większe znaczenie niż dla mężczyzn.

W konsekwencji w trakcie całego, dorosłego życia „słaba płęć” charakteryzuje się wyższym prawdopodobieństwem potrzeby pomocy tak instrumentalnej, jak i emocjonalnej niż mężczyźni. Być może skądinąd kobiety, będąc świadome wyższego poziomu uzależnienia od innych lub antycypując takie wydarzenie, odpowiednio się przygotowują, naśladując „udane” strategie swych matek, siostr, ciotek czy kuzynek, zabezpieczające je przed niekorzystnymi zdarzeniami (rozwodem, zgonem małżonka, itp.).

Podjezwając zatem należy, iż płęć dziecka będzie wyraźnie przekładać się na jakość relacji w ocenie rodzica.

Tab. 4.1. Płeć dziecka a jakość kontaktów z dzieckiem (w %)

Płeć dziecka	bardzo dobra	dobra	przeciętna	zła	bardzo zła	brak kontaktów
Kobiety	50,9	25,6	11,3	3,4	2,5	6,0
Mężczyźni	42,2	31,6	13,1	3,6	3,0	6,1

Pomimo powyższych oczekiwań brak jest w świetle zgromadzonych danych podstaw do stwierdzenia, iż płeć dziecka różnicuje w sposób istotny statystycznie ocenę jakości kontaktów rodziców z potomstwem (dla testu niezależności χ kwadrat $p = 0,364$). Zaznaczyć przy tym trzeba, iż, jeśli dokonać bardziej szczegółowych analiz koncentrujących się na sile związku pomiędzy płcią dziecka danej rangi a oceną jakości kontaktu przez rodzica, zauważyć można, że wraz z przechodzeniem do dzieci wyższej rangi wartości stosowanych miar związku zwiększają swą wartość, aczkolwiek istotność współczynnika dalej pozostawia – oględnie mówiąc – wiele do życzenia – w przypadku pierwszego współczynnika ϕ oraz współczynnika V Kramera przyjmują wartość 0,085 ($p=0,672$), drugiego 0,194 ($p=0,196$), trzeciego 0,297 ($p=0,448$).

4.2. Jakość kontaktów z dzieckiem a częstość odwiedzin

Potencjał opiekuńczy wynikający z wielkości sieci rodzinnej jest często modyfikowany przez inne czynniki, takie jak odległość pomiędzy miejscem zamieszkiwania poszczególnych osób, ich stan cywilny, liczbę potomstwa i innych bliskich krewnych (wyznaczające inne silne, konkurencyjne zobowiązania), jakość kontaktów z innymi.

W niniejszym punkcie szerzej przyjrzymy się związkom pomiędzy jakością kontaktów diady rodzic-dziecko z punktu widzenia starszego członka diady a częstością odwiedzin potomstwa. Przez jakość kontaktów rozumiem percepcję wzajemnych relacji pomiędzy dwiema osobami. Jak już wspomniano w pierwszej części niniejszego opracowania, jakość ta w przypadku badania relacji wewnątrzrodzinnych pomiędzy seniorami a ich dziećmi jest wedle wieloletnich badań często nadmiernie wysoko oceniana, zważywszy na hipotezę podwyższonej wartości relacji międzypokoleniowych (*intergenerational stake hypothesis*), mówiącą o zawyżaniu przez osoby starsze formułowanych ocen.

Tym niemniej należy oczekiwać, iż niezależnie od przewartościowanych ocen występować będzie tendencja, aby dzieci, z którymi kontakty oceniane są lepiej, odznaczały się w opinii rodziców większą skłonnością do odwiedzania ich. Trudno jest w takim przypadku jednoznacznie formułować mechanizm związku – czy dlatego, iż potomstwo częściej odwiedza swych rodziców, ci ostatni lepiej oceniają jakość kontaktów, czy też może mamy do czynienia z odmiennym kierunkiem relacji – potomstwo, z którymi utrzymywana jest lepsza

wież, przejawiająca się lepszą oceną kontaktów, swą więź z rodzicami wyraża częstszymi wizytami. W naszym przypadku częstość kontaktów – zmienna, która często wyraża wyidealizowane poglądy rodziców, z powodu wstydu niezupełnie przystające do rzeczywistości, zastąpiona jest przez zmienną mówiącą o tym, kiedy dane dziecko ostatni raz odwiedziło badanego. Choć między powyższymi zmiennymi nie zachodzi pełna zastępowalność (dziecko tradycyjnie odwiedzające rodzica raz w roku, w dniu jego imienin, może zostać zakwalifikowane jako dziecko, które ostatni raz odwiedziło rodzica w tym tygodniu, jeśli w trakcie ostatnich 7 dni odbywały się imieniny), pytanie dotyczy konkretnej informacji, stąd też jest podatne na mniejsze zniekształcenia.

Aby choć częściowo wyeliminować wpływ liczby posiadanego potomstwa, analiza dokonana została dla dzieci danej rangi. Poniżej zamieszczono przykładowe dane dotyczące rozkładu odpowiedzi dla najstarszych, żyjących dzieci oraz informacje o wartości współczynników i ich poziomie istotności dla trojga najstarszych dzieci (tylko w przypadku dzieci trzech pierwszych rang liczba obserwacji była wystarczająco duża, aby dokonać statystycznej obróbki danych).

Tab. 4.2 Jakość kontaktów z dzieckiem a czas, jaki upłynął od ostatniej wizyty dziecka

Kiedy ostatni raz odwiedziło P/P pierwsze dziecko?	% z Jakość kontaktów z pierwszym dzieckiem:						Ogółem
	bardzo dobra	dobra	przeciętna	zła	bardzo zła	brak kontaktów	
w tym tygodniu	66.0%	43.6%	30.2%	7.1%	18.2%		48.5%
w ciągu dwóch	13.2%	16.2%	11.3%		9.1%		12.5%
w tym miesiącu	5.2%	12.8%	18.9%	7.1%	9.1%		8.8%
w trakcie	7.5%	16.2%	11.3%	14.3%			9.9%
pół roku temu	2.4%	4.3%	11.3%	28.6%	9.1%	3.8%	5.1%
rok temu	2.4%	5.1%	3.8%	28.6%	18.2%	3.8%	4.6%
rzadziej	3.3%	1.7%	13.2%	14.3%	36.4%	92.3%	10.6%
Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Miara	Pierwsze dziecko	Drugie dziecko	Trzecie dziecko
φ	0,839	0,882	1,136
V Kramera	0,375	0,394	0,568
Współczynnik kontyngencji	0,643	0,661	0,751
Liczba obserwacji	433	196	44

W przypadku analizowanego związku zastosowane procedury statystyczne wskazują na występowanie związku. Za każdym razem związki były istotne przy $p < 0,001$, co świadczy, że okres, jaki upłynął pomiędzy ostatnią wizytą dziecka a oceną jakości kontaktów z danym dzieckiem jest silny i dodatni. Mamy co więcej do czynienia z narastającymi wartościami miar zależności wraz z przechodzeniem do dzieci wyższej rangi. Nie powinno to dziwić, zważywszy na fakt, iż wśród dzieci najstarszych ponad połowę stanowiły dzieci jedyne, w

których przypadku poczucie obowiązku wobec rodziców może przeważać nad percepcją jakości kontaktów przy decyzjach o odwiedzeniu rodziców.

Dokonajmy takiej samej analizy biorąc za zmienną określającą odpowiedzi na pytanie o to, jak często dziecko odwiedza swych rodziców. Pamiętajmy jednak, iż tak sformułowane pytanie jest w większym stopniu poddane zniekształceniom związanym z niechęcią do dzielenia się informacjami o nieudanym życiu rodzinny oraz o rzadkiej chęci potomstwa do odwiedzania, co również traktowane jest jako swoiste świadectwo niepowodzeń życia osobistego.

Ponownie, jak miało to miejsce we wcześniejszym przypadku, oczekujemy, że im wyższa częstotliwość wizyt dziecka, tym lepsza ocena jakości relacji pomiędzy dzieckiem a rodzicem.

Tab. 4.3 Jakość kontaktów z najstarszym dzieckiem a częstość jego odwiedzin

Jak często widuje P/P swe pierwsze dziecko?	% z Jakość kontaktów z pierwszym dzieckiem:						
	bardzo dobra	dobra	przeciętna	zła	bardzo zła	brak kontaktów	Ogółem
codziennie	22.3%	9.2%	10.9%	13.3%	27.3%		15.8%
kilka razy w ty godniu	22.8%	10.9%	5.5%				14.7%
raz w ty godniu	21.4%	17.6%	10.9%				16.5%
kilka razy w miesiącu	10.7%	20.2%	18.2%		9.1%	3.7%	13.3%
raz w miesiącu	7.9%	11.8%	12.7%	13.3%	9.1%		9.3%
kilka razy w roku	7.0%	17.6%	20.0%	33.3%	9.1%		12.0%
rzadziej	7.9%	12.6%	21.8%	40.0%	45.5%	96.3%	18.3%
Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100%	100.0%	100.0%	100.0%

Miara	Pierwsze dziecko	Drugie dziecko
ϕ	0,668	0,839
V Kramera	0,299	0,375
Współczynnik kontyngencji	0,556	0,643
Liczba obserwacji	442	200

Ponownie uzyskaliśmy wartości miar wskazujące na występowanie oczekiwanego związku (we wszystkich przypadkach $p < 0,001$) ze znaczną siłą. Pominęliśmy w tym przypadku – z powodu zbyt małej liczebności odpowiedzi w poszczególnych wariantach urodzenia trzecie i wyższe. Po raz kolejny spodziewany związek przyjmuje większą siłę w przypadku dzieci wyższej rangi.

Uzyskujemy w tym przypadku pełne potwierdzenie sformułowanego powyżej oczekiwania.

4.3. Jakość kontaktów z dzieckiem a płeć respondenta

Zgodnie z przedstawionymi wcześniej oczekiwaniami odnośnie do wpływu płci na częstość i jakość kontaktów sformułować można tezę, iż również płeć respondenta powinna mieć

wpływ na percepcję jakości kontaktów z potomstwem. Pamiętać przy tym należy, iż według badaczy amerykańskich brak jest przesłanek pozwalających na stwierdzenie, iż w takim przypadku mechanizm zgodny z działaniem hipotezy podwyższonej wartości relacji międzypokoleniowych zwiększa wpływ związku²².

Tab. 4.4 Płeć respondenta a ocena jakości kontaktów z dziećmi

% z Płeć respond.						
Jakość kontaktów P/P z dziećmi:	Płeć respond.		Ogółem	Wartość	Istotność przybliżona	
	Kobieta	Mężczyzna				
co najmniej dobra	73.4%	56.7%	71.1%			
przeciętna	21.6%	30.0%	22.7%	.147	.009	V Kramera
bardzo zła	5.0%	13.3%	6.1%	.146	.009	Współczynnik kontyngencji
Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	440		N Ważnych obserwacji

Rzeczywiście, w przypadku nowego zgrupowania odpowiedzi na pytanie o jakość kontaktów prowadzącego do wyodrębnienia trzech grup (jakość dobra i bardzo dobra; przeciętna; zła i bardzo zła) uzyskujemy wielkości świadczące o występowaniu statystycznie istotnego związku pomiędzy płcią respondenta a percepcją relacji między badanym a jego potomstwem. Wprowadzenie wieku respondenta jako jedynej determinanty jakości kontaktu nie prowadzi do przyjęcia tezy o występowaniu takiego związku, podobnie jak jednoczesne uwzględnienie wieku i płci badanych.

4.4. Liczba dzieci a częstość kontaktów i ich jakość

Posiadanie większej liczby potomstwa oznacza zmniejszenie obciążenia pojedynczych osób w przypadku wystąpienia konieczności wspierania na starość rodziców. Upowszechnianie się małodziejności posiada zatem daleko idące konsekwencje nie tylko z punktu widzenia sędziwych rodziców (większa konieczność dbania o jakość kontaktów z nielicznym potomstwem, w sytuacji gdy nie można liczyć, iż nieistniejące inne dzieci okażą wsparcie na stare lata), ale również i ich dorosłych dzieci. Zwłaszcza jedynacy nie posiadają praktycznie żadnego pola manewru w tym względzie²³, lecz jest ono również ograniczone w przypadku osób posiadających tylko jednego brata czy jedną siostrę.

W sytuacji gdy mamy do czynienia z jednym dzieckiem, jest ono siłą rzeczy zmuszone do zwiększonego okazywania zainteresowania problemami zdrowotnymi, mentalnymi,

²² Cytowani już amerykańscy badacze twierdzą, iż brak jest świadectw potwierdzających, iż w diadach matka-dziecko widoczne są większe różnice pomiędzy oceną relacji dokonaną przez dziecko i przez matkę w porównaniu do diad ojciec-dziecko [Giarrusso, 1995: 258].

²³ W przypadku rodzin małodziejnych poważniejsze zakłócenia relacji wewnątrzrodzinnych, brak partnera spowodowany pozostawaniem w wolnym stanie lub rozwodem (zwłaszcza w przypadku mężczyzn odznaczających się mniej rygorystycznym stosunkiem do obowiązków rodzinnych), jak i migracje dzieci do innych regionów niż te, w których zamieszkują ich rodzice, prowadzić mogą do sytuacji zbliżonej pod wieloma względami do bezdzietności.

emocjonalnymi swych rodziców niż w sytuacji, gdy tego typu zainteresowanie może być rozłożone na dwoje czy troje dorosłych dzieci. Podejrzewać zatem należy, iż im większa liczba dzieci, tym mniejsza częstotliwość wizyt każdego z potomstwa, albowiem w takim przypadku wsparcie społeczne rozkłada się na większą liczbę głów.

Tab. 4.5. Liczba żyjących dzieci a częstość kontaktów z najstarszym dzieckiem

Jak często widuje P/P swe pierwsze dziecko?	% z Liczba żyjących dzieci:			
	jedno	dwoje	3 +...	Ogółem
codziennie	18.7%	14.0%	6.8%	15.8%
kilka razy w ty godniu	14.1%	15.9%	13.6%	14.7%
raz w ty godniu	17.4%	15.9%	13.6%	16.5%
kilka razy w miesiącu	11.2%	15.9%	15.9%	13.3%
raz w miesiącu	10.8%	7.0%	9.1%	9.3%
kilka razy w roku	12.9%	10.8%	11.4%	12.0%
rzadziej	14.9%	20.4%	29.5%	18.3%
Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Wielkości przedstawione w powyższej tabeli, odnoszące się do częstości wizyt najstarszych dzieci w zależności od liczby posiadanego potomstwa na pierwszy rzut oka potwierdzają tak sformułowane oczekiwanie. Niestety, analiza statystyczna określa poziom istotności, przy którym można przyjąć, że współczynniki określające siłę związku są różne od zera (współczynnik ϕ równy jest 0,171, współczynnik V Kramera 0,121, zaś współczynnik kontyngencji) na bardzo wysokim poziomie ($p=0,371$), co uniemożliwia przyjęcie powyższej tezy.

Zdecydowanie bardziej wyraziste wnioski można natomiast sformułować dla powyższej zależności, gdy będziemy dokonywać obliczeń dla drugiego z kolei według starszeństwa żyjącego dziecka.

Tab. 4.6. Liczba żyjących dzieci a częstość kontaktów z drugim z kolei dzieckiem

Jak często widuje P/P swe drugie dziecko?	% z Liczba żyjących dzieci:		
	dwoje	3 +...	Ogółem
codziennie	10.9%	2.3%	9.0%
kilka razy w ty godniu	21.8%	9.1%	19.0%
raz w ty godniu	18.6%	13.6%	17.5%
kilka razy w miesiącu	11.5%	18.2%	13.0%
raz w miesiącu	8.3%	20.5%	11.0%
kilka razy w roku	14.1%	22.7%	16.0%
rzadziej	14.7%	13.6%	14.5%
Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%

W tym przypadku współczynnik ϕ oraz współczynnik V Kramera równe są 0,261, zaś współczynnik kontyngencji 0,252, natomiast p w każdym przypadku równe jest 0,034, co oznacza, iż można uznać postawioną powyżej tezę za sprawdzoną.

Jak już wspominaliśmy w rozdziale drugim, wzmożone inwestycje dokonywane w kapitał ludzki pierwszego, najstarszego potomstwa mogą wpływać na jego większe zaangażowanie w relacje z rodzicami, a tym samym zniekształcać obraz ogólnych związków pomiędzy liczbą

potomstwa a częstością jego wizyt. W takim przypadku pozostałe dzieci mogą się czuć w jakimś stopniu zwolnione z obowiązku okazywania wsparcia, choćby w postaci częstych odwiedzin rodziców/rodzica.

4.5. Częstość odwiedzin a płeć respondenta

Literatura gerontologiczna – bazując na przedstawionej wyżej prawidłowości, iż kobiety mają bardziej rozbudowane sieci wsparcia poprzez większe zaangażowanie w budowanie i podtrzymywanie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi w trakcie całego życia – uważa, iż również w przypadku seniorów znaleźć można dowody wskazujące, że sędziwe kobiety są częściej odwiedzane przez swe dzieci niż ich rówieśnicy płci męskiej. Zebrane w trakcie badania dane pozwalają na sprawdzenie również i tej kwestii.

Tab. 4.7. Płeć respondenta a częstość kontaktów z dziećmi

Częstość odwiedzin P/P przez dzieci:	Płeć respond.		Ogółem
	Kobieta	Mężczyzna	
w tym ty godniu	57.1%	45.8%	55.5%
w ciągu dwóch ostatnich tygodni	11.7%	15.3%	12.2%
w tym miesiącu	8.8%	11.9%	9.2%
rzadziej niż raz na miesiąc	22.4%	27.1%	23.0%
Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%

Niestety, analiza statystyczna nie pozwala na uznanie za prawdziwe powyższych oczekiwań. Poziom istotności, na którym możnaby uznać bardzo niskie skądinąd wartości współczynników ϕ , V Kramera i współczynnika kontyngencji (wszystkie miary przyjęły wartość 0,079) za istotne statystycznie, jest bardzo wysoki ($p = 0,440$). W jakimś stopniu za taki stan rzeczy odpowiada fakt, że zbiorowość mężczyzn w większym stopniu składa się ze starszych jednostek, a tym samym osób wymagających większego wsparcia ze strony potomstwa.

4.6. Częstość odwiedzin a płeć dziecka

W analizie danych zebranych w trakcie badania starano się również dokonać obliczeń mających pozwolić na sprawdzenie, w jakim stopniu płeć dziecka różnicuje częstość kontaktów z rodzicem.

Tab. 4.8. Płeć najstarszego dziecka i częstość widywania pierwszego dziecka a liczba posiadanych dzieci

Płeć pierw. dziecka:	Jak często widuje P/P swe pierwsze dziecko?	% z Liczba żyjących dzieci:			
		jedno	dwoje	3 +...	Ogółem
K	codziennie	19.0%	11.7%	8.3%	15.0%
	kilka razy w ty godniu	20.0%	18.2%	12.5%	18.4%
	raz w ty godniu	15.2%	14.3%	12.5%	14.6%
	kilka razy w miesiącu	9.5%	15.6%	8.3%	11.7%
	raz w miesiącu	7.6%	9.1%	8.3%	8.3%
	kilka razy w roku	12.4%	9.1%	20.8%	12.1%
	rzadziej	16.2%	22.1%	29.2%	19.9%
Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
M	codziennie	18.2%	14.1%	5.0%	15.7%
	kilka razy w ty godniu	9.8%	14.1%	15.0%	11.7%
	raz w ty godniu	19.7%	17.9%	15.0%	18.7%
	kilka razy w miesiącu	12.9%	16.7%	25.0%	15.2%
	raz w miesiącu	12.9%	5.1%	10.0%	10.0%
	kilka razy w roku	13.6%	12.8%		12.2%
	rzadziej	12.9%	19.2%	30.0%	16.5%
Ogółem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Płeć pierwszego dziecka:	Statystyki	Wartość	Istotność przybliżona
K	Phi	.208	.709
	V Kramera	.147	.709
	Współczynnik	.204	.709
	N Ważnych obserwacji	206	
M	Phi	.250	.277
	V Kramera	.177	.277
	Współczynnik	.243	.277
	N Ważnych obserwacji	230	

Niestety, jak wskazują powyższe dane niezależnie od płci pierwszego dziecka brak było przesłanek do tego, aby uznać, iż mamy do czynienia z wartością stosowanych współczynników istotnie różniącą się od zera.

Dokonane osobno obliczenia uwzględniające płeć rodzica również nie doprowadziły do otrzymania wyników zadowalających, jeśli idzie o poziom istotności statystycznej (za każdym razem $p \geq 0,19$).

Zdecydowanie bardziej zadowalające wielkości uzyskano w przypadku drugich dzieci – w tym przypadku bez uwzględnienia płci rodziców poziomy istotności wskazujące na istnienie związku między liczbą dzieci a częstością odwiedzin wynosiły 0,77 dla kobiet i 0,08 dla mężczyzn, zaś dla w przypadku matek okazało się, że kontakty z córkami są zdecydowanie bardziej związane z liczbą posiadanego potomstwa ($p=0,067$) niż w przypadku synów (0,165). W przypadku ojców brak jest jakiegokolwiek związku.

4.7. Wiek respondenta a częstość odwiedzin dzieci

Kolejnym zagadnieniem, jakie warto zbadać, jest kwestia związku pomiędzy wiekiem a częstością odwiedzin. Oczekiwać bowiem należy, iż wraz z postępującą niepełnosprawnością powinien zwiększać się odsetek osób deklarujących wzrost odwiedzin dzieci. Te wizyty powinny chociaż częściowo rekompensować powolny zanik samodzielności mobilnej, przejawiającej się w samodzielnym wychodzeniu z domu. A zatem wraz z przechodzeniem do

starszych grup wieku wzrastać powinien udział osób deklarujących częste wizyty dziecka. Zależność ta znaleziona została w innych badaniach gerontologicznych [Wagner i wsp., 1999: 288]. Jednocześnie zdawać sobie należy sprawę, iż z im starszymi mamy respondentami do czynienia, tym większa szansa, iż pojawią się odpowiedzi niezgodne z rzeczywistością wskutek niewłaściwego przebiegu procesów kognitywnych. Aby umożliwić wykorzystanie podstawowych metod statystycznych, w tym przypadku połączono niektóre grupy odpowiedzi.

Tab. 4.9. Wiek rodzica a częstość kontaktów z dziećmi

Częstość odwiedzin P/P przez dzieci:	Wiek			Ogółem
	75 - 79	80 - 84	85 +...	
w tym ty godniu	51.9%	53.3%	64.6%	55.7%
w ciągu dwóch ostatnich w tym miesiącu	11.4%	15.8%	8.0%	12.2%
rzadziej niż raz na miesiąc	10.8%	7.9%	8.8%	9.2%
Ogółem	25.9%	23.0%	18.6%	22.9%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Niestety, również i w tym przypadku uzyskaliśmy bardzo niskie wartości współczynników ϕ , V Kramera i kontyngencji (odpowiednio 0,135; 0,096 i 0,134), zaś poziom istotności przy której można uznać, iż wielkości te się różnią istotnie od zera jest zbyt wysoki ($p = 0,241$), aby móc przyjąć taki wniosek. Odpowiednie obliczenia dokonane dla kobiet i mężczyzn osobno (również z wykorzystaniem przedstawionego w powyższej tabeli odmiennego grupowania danych) świadczy o niemożności odrzucenia hipotezy o niezależności pomiędzy wiekiem respondenta a częstością odwiedzin dzieci (poziom istotności równy był dla kobiet 0,470, zaś dla mężczyzn 0,426).

4.8 Podsumowanie

Prezentowane w niniejszym rozdziale rozważania wskazują, iż nie w każdym przypadku przyjęte w światowej literaturze hipotezy i zdroworozsądkowe, logicznie uzasadnione oczekiwania zostały potwierdzone. Pamiętać należy jednak o specyfice grupy, a przede wszystkim o procesach selekcji, prowadzących do nadreprezentacji wśród badanych osób o wysokim poziomie wykształcenia – co poprzez mechanizmy dziedziczenia statusu społecznego może oznaczać odmienne od powszechnego przejawianie się relacji międzypokoleniowych.

5. Podsumowanie

Niniejszy raport – jak wskazuje dołączone do niego podanie o przesunięciu terminu złożenia ostatecznych wyników bardziej dokładnej i rozbudowanej analizy danych – pokazuje jedynie kilka najciekawszych moim zdaniem wniosków płynących z obróbki statystycznej i logicznej otrzymanych wyników.

Najważniejszym wnioskiem płynącym z niniejszego badania jest podkreślenie roli współmałżonka jako dostawcy emocjonalnego i praktycznego wsparcia w okresie późnej starości. Skala wdowieństwa, czy szerzej samotności, wśród badanych była znacznie większa niż w populacji Łodzi ogółem. Stan cywilny był w mojej ocenie najsilniejszym ryzykiem warunkującym przystąpienie do interesującej nas grupy.

Drugim ważnym czynnikiem określającym szansę odwołania się do pomocy formalnej była bezdzietność. Patrząc z perspektywy posiadanej wiedzy na temat zakresu bezdzietności w kolejnych generacjach wydaje się, iż ten czynnik w najbliższej przyszłości nie będzie zwiększał skali zapotrzebowania na wsparcie instytucjonalne.

Warto podkreślić, że również uzyskane potwierdzenie innych badań, iż na prawdopodobieństwo otrzymywania pomocy formalnej pozytywny wpływ mają nie tylko wiek, fakt samotnego zamieszkiwania, kłopoty motoryczne, lecz również wyższy poziom edukacji i społecznego prestiżu. Jest to zatem jeszcze jeden dowód na to, iż opieka oferowana przez instytucje publiczne starcom nie zawsze udzielana jest najbardziej potrzebującym [Wagner i wsp., 1999]. Wyraźna nadreprezentacja w badanej próbie osób o relatywnie dobrym poziomie wykształcenia w porównaniu do zbiorowości mieszkańców Łodzi w wieku 75 lat i więcej wskazuje, iż wzorem innych społeczeństw²⁴ mamy do czynienia z dostępem do opieki formalnej ograniczonym posiadanym kapitałem ludzkim, który z kolei jest pozytywnie skorelowany z pozycją społeczną. Choć można spotkać wyrażane również przez polskich gerontologów opinie, że wyższa częstość odwoływania się do pomocy formalnej w przypadku nestorów lepiej wykształconych jest tylko i wyłącznie związkiem iluzorycznym – dokonującym się za pośrednictwem związku pomiędzy poziomem wykształcenia rodziców i dzieci. Dziedziczenie statusu społecznego sprawia, że lepiej wykształceni sędziwi starcy posiadają lepiej wykształcone dzieci, które z kolei są bardziej wygodne – stąd ich starania o

²⁴ Przykładem mogą być cytowane wcześniej badania prowadzone we Francji [Attias-Donfut, Wolff, 2000] i w Niemczech, gdzie stwierdzono, iż na prawdopodobieństwo otrzymywania pomocy formalnej pozytywny wpływ mają nie tylko wiek, fakt samotnego zamieszkiwania, kłopoty motoryczne, lecz również wyższy poziom edukacji i społecznego prestiżu. Jest to zatem jeszcze jeden dowód na to, iż opieka oferowana przez instytucje publiczne starcom nie zawsze udzielana jest najbardziej potrzebującym [Linden i wsp., 1999].

skorzystanie z pomocy oferowanej przez różnorodne instytucje. Mechanizm ten jest szczególnie widoczny w przypadku najcięższych, wymagających ze strony rodziny największych nakładów czasu przeznaczonego na wsparcie przypadłości zdrowotnych [Barcikowska, 2004].

Ciekawym wnioskiem jest stwierdzenie jakościowo odmiennej oceny kontaktów z najstarszym żyjącym dzieckiem – niezależnie czy było ono dzieckiem jedynym, czy też pierwszym spośród posiadanego potomstwa, więź pomiędzy rodzicem a tymże dzieckiem była najsilniejsza, kontakty najczęstsze i najlepiej oceniane.

Wstępna, niezamieszczona w niniejszym sprawozdaniu obróbka szczegółowych danych dotyczących samooceny zdrowia i jej determinant wskazuje na spójność poszczególnych elementów samooceny zdrowia, jej powiązanie z wykształceniem, i brak wpływu statusu rodzinnego na kształtowanie się ocen odnośnie do własnego stanu zdrowia.

Specyfika badanej grupy nie pozwoliła na potwierdzenie wielu spośród funkcjonujących w literaturze przedmiotu sądów dotyczących związków pomiędzy statusem rodzinnym a poszczególnymi elementami dobrostanu seniorów.

Mam nadzieję, iż bardziej rozbudowana wersja niniejszego raportu, jaka powstanie w przyszłości, dzięki zastosowaniu bardziej wyrafinowanej metodologii i szerszemu wykorzystaniu zgromadzonego materiału statystycznego pozwoli na sformułowanie zdecydowanie ciekawszych ostatecznych wniosków.

ANEKS A

Kwestionariusz badania

Status rodzinny a sytuacja bytowa i zdrowotna osób sędziwych w środowisku wielkomijskim

Metryczka

1. Wiek (liczba ukończonych lat):
2. Płeć: Kobieta/mężczyzna
3. Stan cywilny: 1) żonaty/zamężna, 2) wdowiec/wdowa, 3) kawaler/panna, 4) rozwiedziony/rozwiedziona, 5) inny
4. Miejsce urodzenia: 1) Łódź, 2) inne miasto na terenie obecnego woj. łódzkiego, 3) wieś na terenie obecnego woj. łódzkiego, 4) inne
5. Wykształcenie: 1) wyższe, 2) niepełne wyższe, 3) średnie, 4) zawodowe, 5) podstawowe, 6) niepełne podstawowe
6. Typ mieszkania: 1) spółdzielcze, 2) komunalne, 3) własnościowe, 4) czynszowe (właścicielem jest prywatna osoba lub firma), 5) inne
7. Liczba osób wspólnie zamieszkujących: 1) 1, 2) 2, 3) 3, 4) 4, 5) 5, 6) 6 i więcej
8. Z kim Pan/Pani obecnie mieszka? (można wybrać więcej jak jedną odpowiedź):
1) sam, 2) z żoną/mężem, 3) z synem, 4) z synem i jego rodziną, 5) z córką, 6) z córką i jej rodziną, 7) z bratem/siostrą, 8) z innym krewnym, 9) inne

ADL

Proszę ocenić, w jakim stopniu Pan/Pani wykonuje samodzielnie, a w jakim z pomocą innych następujące czynności:

9. Mycie całego ciała: 1) nie wymaga asysty, 2) wymaga asysty w myciu jednej części ciała, 3) wymaga asysty w myciu więcej niż jednej części ciała
10. Ubieranie się: 1) wyjmowanie garderoby z szafy i zakładanie jej bez asysty, 2) nie wymaga asysty z wyjątkiem wiązania butów, 3) wymaga asysty w więcej niż jednej czynności
11. Toaleta osobista: 1) samodzielna, 2) ograniczona samodzielność, 3) całkowicie zależy od pomocy
12. Przemieszczanie się: 1) samodzielne wstawanie i kładzenie się, 2) siadanie i wstawanie z krzesła (może być np. z pomocą laski), 3) nie wstaje samodzielnie z łóżka
13. Kontrola zwieraczy: 1) kontroluje wydalania moczu i kału, 2) czasami nie kontroluje, 3) całkowicie nie kontroluje
14. Odżywianie: 1) je samodzielnie, 2) je samodzielnie, ale wymaga pomocy w krojeniu mięsa lub smarowaniu chleba; 3) jest częściowo lub całkowicie zależny od asysty

Samoocena stanu zdrowia

15. Jak Pan/Pani ocenia własny stan zdrowia?: 1) bardzo dobry, 2) dobry, 3) przeciętny, 4) zły, 5) bardzo zły

16. Jak Pan/Pani ocenia własny stan zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku?: 1) lepszy niż rówieśników; 2) przeciętny; 3) gorszy niż rówieśników
17. Czy ma Pan/Pani kłopoty z widzeniem? 1) Tak, zawsze; 2) tak, czasem; 3) nie
18. Czy używa Pan/Pani okularów? 1) Tak, stale; 2) tak, czasami; 3) Tak, tylko do czytania; 4) nie
19. Czy ma Pan/Pani kłopoty z mówieniem? 1) Tak, zawsze; 2) tak, czasem; 3) nie
20. Czy ma Pan/Pani kłopoty ze słyszeniem? 1) Tak, zawsze; 2) tak, czasem; 3) nie
21. Czy używa Pan/Pani aparatu słuchowego? 1) Tak, stale; 2) Tak, czasami; 3) nie
22. Czy ma Pan/Pani kłopoty z zapamiętywaniem osób, adresów? 1) Tak, zawsze; 2) tak, czasem; 3) nie
23. Czy ma Pan/Pani kłopoty ze spaniem? 1) Tak, zawsze; 2) tak, czasem; 3) nie
24. Czy korzysta Pan/Pani ze sprzętu rehabilitacyjnego? 1) Nie; Tak: JEŚLI TAK to z jakiego (właściwie zaznaczyć): 2) laska, 3) kule, 4) balkonik, 5) wózek
25. Czy w trakcie ostatnich trzech lat był Pan/Pani w szpitalu? 1) Tak, 2) nie
26. Czy w trakcie ostatniego roku był Pan/Pani w szpitalu? 1) Tak, 2) nie (JEŚLI NIE IDŹ DO PYTANIA 29)
27. JEŚLI TAK: Ile razy przebywał Pan/Pani w szpitalu w trakcie ostatniego roku? 1) 1, 2) 2, 3) 3, 4) 4, 5) 5 i więcej
28. JEŚLI TAK: Ile dni przebywał Pan/Pani w trakcie ostatniego roku w szpitalu? 1) Mniej niż 5, 2) 5-9, 3) 10-14, 4) 15-30, 5) więcej niż miesiąc
29. Kiedy ostatni raz był Pan/Pani badany/a przez lekarza? 1) W tym tygodniu; 2) dwa tygodnie temu, 3) w trakcie ostatniego miesiąca; 4) w ciągu ostatnich trzech miesięcy; 5) pół roku temu; 6) rok temu; 7) więcej niż rok temu
30. Jak często odwiedza osobiście Pan/Pani lekarza bądź jest odwiedzany przez niego? 1) Częściej niż raz na dwa tygodnie; 2) raz na dwa tygodnie; 3) raz w miesiącu, 4) raz na kwartał, 5) rzadziej niż raz na kwartał
31. Czy częściej jest tak, iż: 1) udaje się Pan/Pani do lekarza, 2) lekarz przychodzi do Pana/Pani? 3) wizyty u lekarza i wizyty domowe występują równomiernie
32. Czy zazwyczaj lekarz przepisuje Panu/Pani recepty: 1) w Pana/Pani obecności; 2) za pośrednictwem dzieci i innych osób?
33. Ile leków przyjmuje Pan/Pani regularnie przynajmniej przez ostatnie 3 miesiące? 1) 0, 2) 1, 3) 2, 4) 3, 5) 4, 6) 5, 7) 6 i więcej

Wielkość i struktura rodziny

(pytania zaznaczone gwiazdą zadawać tylko respondentom posiadającym żyjące dzieci)

34. Ile Pan/Pani posiada żyjących dzieci? 1) 0, 2) 1, 3) 2, 4) 3, 5) 4, 6) 5, 7) 6, 8) 7 i więcej

Proszę o wymienienie płci, wieku i stanu cywilnego każdego z nich oraz o stwierdzenie, jak często dane dziecko Pana/Panią odwiedza, kiedy ostatni raz Pana/Panią odwiedziło, oraz o określenie, jak ocenia Pan/Pani jakość kontaktów z poszczególnymi dziećmi.

Dla poszczególnych dzieci wypełniać według wzoru

1.1 **K)** kobieta, **M)** mężczyzna

1.2 wiek

- 1.3 stan cywilny: 1) kawaler, panna; 2) żonaty, zamężna; 3) wdowa, wdowiec;
4) rozwiedziony, rozwiedziona
- 1.4 jak często widuje Pan/Pani swe dziecko? 1) Codziennie; 2) kilka razy w tygodniu;
3) raz w tygodniu, 4) kilka razy w miesiącu, 5) raz w miesiącu, 6) kilka razy w roku,
7) rzadziej
- 1.5 kiedy ostatni raz odwiedziło Pana/Panią dziecko? 1) W tym tygodniu, 2) w ciągu dwóch
ostatnich tygodni, 3) w tym miesiącu, 4) w trakcie ostatniego kwartału, 5) pół roku temu, 6)
rok temu, 7) rzadziej
- 1.6 jakość kontaktów z dzieckiem: 1) Bardzo dobra, 2) dobra, 3) przeciętna, 4) zła,
5) bardzo zła, 6) brak kontaktów
35. Ile Pan/Pani posiada żyjących wnuków? 1) 0, 2) 1, 3) 2, 4) 3, 5) 4, 6) 5, 7) 6, 8) 7, 9) 8, 10) 9, 11) 10 i
więcej

JEŚLI wymienione 0 wnuków przejdź do pytania 38.

36. Jaki jest wiek najstarszego wnuka?
37. Ile Pan/Pani posiada żyjących prawnuków?
38. Ile ma Pan/Pani żyjących braci i siostr? 1) 0, 2) 1, 3) 2, 4) 3, 5) 4, 6) 5, 7) 6 i więcej

Pomoc wewnątrzrodzinna

(pytania zaznaczone gwiazdą zadawać tylko respondentom posiadającym żyjące dzieci; pytania zaznaczone dwoma gwiazdkami zadawać tylko respondentom posiadającym żyjące wnuki, przy czym najstarszy z nich jest w wieku 10 lat i więcej)

39. *W jakiej formie pomaga Pan/Pani swoim dzieciom?
- 39.1**przez udostępnienie mieszkania – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam
- 39.2**finansowo – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam
- 39.3**zapewnienie wyżywienia – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam
- 39.4**pomoc w pracach domowych – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam
- 39.5**opieka nad wnukami/prawnukami – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam
- 39.6**inna
40. *W jakiej formie pomagają Panu/Pani dzieci?
- 40.1**przez udostępnienie mieszkania – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba
- 40.2**finansowo – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba
- 40.3**zapewnienie wyżywienia – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba
- 40.4**pomoc w pracach domowych – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba
- 40.5**sprawują pomoc pielęgnacyjną – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba

40.6załatwianie spraw urzędowych – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba

40.7inna

41. ****W** jakiej formie pomaga Pan/Pani swoim wnukom?

41.1przez udostępnienie mieszkania – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam

41.2finansowo – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam

41.3zapewnienie wyżywienia – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam

41.4pomoc w pracach domowych – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam

41.5opieka nad prawnukami – 1) regularnie, 2) sporadycznie, 3) nie pomagam

41.6inna

42. ****W** jakiej formie pomagają Panu/Pani wnuki?

42.1przez udostępnienie mieszkania – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba

42.2finansowo – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba

42.3zapewnienie wyżywienia – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba

42.4pomoc w pracach domowych – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba

42.5sprawują pomoc pielęgnacyjną – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba

42.6załatwianie spraw urzędowych – 1) regularnie; 2) sporadycznie; 3) nie pomagają, gdyż nie ma takiej potrzeby; 4) nie pomagają, choć jest taka potrzeba

42.7inna

43. **PYTAĆ TYLKO RESPONDENTÓW POSIADAJĄCYCH RODZINĘ**

Jak często bywa Pan/Pani pytany o radę w ważnych sprawach rodzinnych? 1) Zawsze, 2) często, 3) rzadko, 4) bardzo rzadko, 5) nigdy, 6) trudno powiedzieć

44. Gdyby był(a) Pan/Pani w potrzebie, do kogo zwrócił(a)by się Pan/Pani przede wszystkim? 1) Współmałżonek; 2) brat/siostra; 3) córka; 4) syn; 5) synowa/zięć; 6) inni członkowie rodziny; 7) sąsiedzi; 8) przyjaciele; 9) lekarz; 10) pielęgniarka; 11) pracownik socjalny; 12) opiekunka socjalna; 13) inni

45. W przypadku zaistnienia nagłej potrzeby uzyskania pomocy w związku z problemami zdrowotnymi do kogo zwrócił(a)by się Pan/Pani?

1) Współmałżonek; 2) córka, 3) syn; 4) synowa, 5) zięć, 6) wnuki, 7) inni krewni, 8) przyjaciele, 9) sąsiedzi; 10) inne osoby; 11) instytucje kościelne, 12) pomoc społeczna

46. W przypadku zaistnienia nagłej potrzeby uzyskania pomocy w związku z problemami finansowymi do kogo zwrócił(a)by się Pan/Pani?

1) Współmałżonek; 2) córka, 3) syn; 4) synowa, 5) zięć, 6) wnuki, 7) inni krewni, 8) przyjaciele, 9) sąsiedzi; 10) inne osoby; 11) instytucje kościelne, 12) pomoc społeczna; 13) do nikogo, bo nie chcę łaski; 14) do nikogo, bo nie mam do kogo

47. Po jakim czasie – w przypadku zaistnienia nagłej potrzeby otrzymania pomocy – może Pan/Pani liczyć na uzyskanie takiej pomocy ze strony rodziny? 1) Do pół godziny, 2) 30-60 minut, 3) 1-2 godziny, 4) jeden dzień, 5) więcej niż jeden dzień, 6) brak możliwości uzyskania pomocy

Warunki bytowe:

48. Ile izb łącznie z kuchnią posiada mieszkanie? 1) 1, 2) 2, 3) 3, 4) 4, 5) 5, 6) 6 i więcej
49. Jaki jest metraż całego mieszkania?
50. Czy mieszkanie jest wyposażone w wodę bieżącą? 1) Tak, zimną i ciepłą; 2) tak, tylko zimną; 3) nie
51. Czy mieszkanie jest wyposażone w instalację gazową? 1) Tak, sieć miejska; 2) tak, butla; 3) nie
52. W jaki sposób ogrzewane jest mieszkanie? 1) Centralne ogrzewanie; 2) piec węglowy; 3) ogrzewanie gazowe; 4) ogrzewanie elektryczne; 5) inne
53. Czy mieszkanie posiada dostęp do kanalizacji? 1) Tak; 2) nie
54. Czy w mieszkaniu znajduje się łazienka? 1) Tak, 2) nie
55. Czy w mieszkaniu znajduje się ubikacja? 1) Tak, 2) nie
56. Czy pokój, który Pan/Pani zajmuje, użytkuje samodzielnie? 1) Tak; 2) nie, razem ze współmałżonkiem; 3) nie, razem z innymi osobami
57. Na której kondygnacji znajduje się Pana/Pani mieszkanie? 1) Parter, 2) pierwsze piętro, 3) drugie piętro, 4) trzecie piętro, 5) czwarte piętro, 6) piąte piętro, 7) suterena, 8) strych
58. Czy w wyposażeniu zajmowanego przez Pana/Panią mieszkania znajdują się (zaznaczamy tylko odpowiedzi tak): 1) lodówka, 2) pralka automatyczna, 3) pralka wrmikowa 4) radio 5) telefon 6) telewizor kolorowy 7) telewizor czarno-biały 8) wideo
59. Jak Pan/Pani ocenia swoje warunki mieszkaniowe? 1) Bardzo dobre, 2) dobre, 3) przeciętne, 4) złe, 5) bardzo złe, 6) trudno powiedzieć

Warunki materialne:

60. Jakie jest Pani/Pana główne źródło utrzymania? 1) Emerytura; 2) renta inwalidzka; 3) renta rodzinna; 4) inna renta; 5) zasiłki pieniężne; 6) pieniądze otrzymywane od rodziny; 7) inne

61. W PRZYPADKU NIECHĘCI DO UDZIELENIA ODPOWIEDZI, NIE NALEGAĆ. POWRÓCIĆ DO PYTANIA NA KOŃCU WYWIADU.

Jakim dochodem dysponuje Pan/Pani w miesiącu? 1) Mniej niż 300 zł, 2) 300-500 zł, 3) 500-700 zł, 4) 700-900 zł, 5) 900-1200 zł, 6) 1200-1500 zł, 7) 1500 zł i więcej

62. Ile osób razem z Panem/Panią prowadzi wspólne gospodarstwo domowe? 1) 1, 2) 2, 3) 3, 4) 4, 5) 5, 6) 6 i więcej?
63. Na jakie wydatki najbardziej się Pan/Pani uskarża? 1) na leczenie i leki; 2) na odzież i obuwie; 3) na opał, światło, gaz, czynsz i opłaty mieszkaniowe; 4) na żywność; 5) inne; 6) Żadne nie są dla mnie poważnym obciążeniem

64. Na co wydaje Pan/Pani najwięcej? 1) na leczenie i leki; 2) na odzież i obuwie; 3) na opał, światło, gaz, czynsz i opłaty mieszkaniowe; 4) na żywność; 5) inne; 6) Żadne nie są dla mnie poważnym obciążeniem

Jakość życia i zadowolenie z życia

65. Jak często przebywa Pan/Pani sam/sama w domu? 1) Nigdy, 2) rzadko, 3) często, 4) zawsze, 5) trudno powiedzieć
66. Czy czuje się Pan/Pani osamotniony/osamotniona? 1) Nigdy lub prawie nigdy, 2) niekiedy, 3) często, 4) zawsze lub prawie zawsze, 5) trudno powiedzieć
67. Ile ma Pan/Pani czasu, jaki można poświęcić dla siebie? 1) Za mało, 2) za dużo, 3) w sam raz, 4) trudno powiedzieć
68. Czy posiada Pan/Pani pod opieką jakieś zwierzę? 1) Tak, 2) nie
69. Czy jest Pan/Pani zadowolony z obecnego życia? 1) Tak, całkowicie; 2) tak, częściowo; 3) nie; 4) trudno powiedzieć
70. Czy jest Pan/Pani zadowolony ze swej obecnej sytuacji materialnej? 1) Tak, całkowicie; 2) tak, częściowo; 3) nie; 4) trudno powiedzieć
71. Czy ma Pan/Pani poczucie kontroli (samodzielności podejmowania decyzji) nad swym życiem? 1) Tak, całkowicie; 2) tak, częściowo; 3) nie; 4) trudno powiedzieć
72. Czy jest Pan/Pani zadowolony ze swej sytuacji rodzinnej – kontaktów z rodziną? 1) Tak, całkowicie; 2) tak, częściowo; 3) nie; 4) trudno powiedzieć

Stosunek do opieki instytucjonalnej

NIE DOTYCZY OSÓB W WIEKU 100 LAT I WIĘCEJ

73. W jakiej postaci uzyskuje Pan/Pani pomoc od ośrodka pomocy społecznej?
1) finansowej 2) rzeczowej 3) usługi pielęgnacyjnej
74. Jaki rodzaj pomocy ośrodka pomocy społecznej w Pana/Pani ocenie jest najcenniejszy?
1) finansowej 2) rzeczowej 3) usługi pielęgnacyjnej
75. Od kogo dowiedział(a) się Pan/Pani o możliwości uzyskania pomocy od MOPS?
1) Dzieci; 2) małżonek; 3) rodzeństwo; 4) dalsza rodzina; 5) przyjaciele; 6) sąsiedzi; 7) lekarz; 8) pracownicy MOPS; 9) inni; 10) nie pamiętam
76. Kto załatwiał formalności niezbędne do otrzymania pomocy MOPS?
1) Samemu; 2) dzieci; 3) małżonek; 4) rodzeństwo; 5) dalsza rodzina; 6) przyjaciele; 7) sąsiedzi; 8) pracownicy MOPS; 9) inni
77. Jak ocenia Pan/Pani pomoc uzyskiwaną od MOPS (ZOB. PYTANIE 73)?
a) pomoc finansowa – 1) wystarczająca, 2) trochę za niska, 3) wyraźnie niewystarczająca
b) pomoc rzeczowa – 1) wystarczająca, 2) trochę za niska, 3) wyraźnie niewystarczająca
c) usługi pielęgnacyjne – 1) wystarczająca, 2) trochę za niska, 3) wyraźnie niewystarczająca
78. Czy oczekuje Pan/Pani obecnie na miejsce w domu pomocy społecznej? 1) Tak; 2) Nie
79. Czy w perspektywie najbliższych dwóch lat rozważa Pan/Pani możliwość przeprowadzenia się do domu pomocy społecznej? 1) Tak, chętnie; 2) tak, w ostateczności; 3) nie nigdy; 4) trudno powiedzieć

80. Czy chciałby Pan/Pani kiedykolwiek zamieszkać w domu pomocy społecznej dla starszych osób? 1) Tak, chętnie; 2) tak, w ostateczności; 3) nie nigdy; 4) trudno powiedzieć

Pytania do ankietera:

81. Czy według Pana/Pani badany zrozumiał zadawane pytania? 1) Tak, wszystkie; 2) tak, większość; 3) mniej więcej w połowie; 4) tak, mniejszość; 5) nie rozumiał

82. Jaki był stosunek badanego do ankietera? 1) Życzliwy, 2) nieżyczliwy, 3) dwuznaczny

83. Ocena ankietera dbałości badanego o higienę osobistą – 1) wysoka, 2) średnia, 3) niska, 4) bardzo niska

84. Ocena ankietera stanu higieniczno-sanitarnego mieszkania – 1) wysoka, 2) średnia, 3) niska, 4) bardzo niska

Bibliografia:

- Attias-Donfut C., Wolff F.-Ch., 2000, *Complementarity between private and public transfers*, [w:] Arber S., Attias-Donfut C. (eds.), *The myth of generational conflict. The family and state in ageing societies*, Routledge, London, New York, 47-68
- Baltes P. B., Mayer K. U., Helmchen H., Steinhagen-Thiessen E., 1999, *The Berlin Aging Study (BASE): Sample, design, and overview of measures*, [w:] Baltes P. B., Mayer K. U. (eds.), *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, Cambridge, 15-55
- Behrman J. R., Pollak R. A., Taubman P., 1995, *From parent to child. Intrahousehold allocations and intergenerational relations in the United States*, University of Chicago Press, Chicago, London, 313 s.
- Barcikowska M., 2004, *Samodzielność opiekuna osoby z otępieniem w warunkach polskich*, referat wygłoszony na konferencji „Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski”, Warszawa, 25.11.2004
- Bień B., 2002, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] Synak B. (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk, 35-77
- Bonvalet C., Gotman A., Grafmeyer Y. (eds), Bertaux-Wiame, Maison D., Ortalda L., 1999, *La famille et ses proches. L'aménagement des territoires*, Travaux et Documents, nr 143, PUF-INED, Paris, 291 s.
- Cherlin A. J., Furstenberg F. F., 1992, *The new American grandparents. A place in the family, a life apart*, 2nd edition, Harvard University Press, Cambridge, MA, London, 278 s.
- Cohler B. J., Altermatt K., 1995, *The family of the second half of life: connecting theories and findings*, [w:] Blieszner R., Bedford V. H. (eds.), *Handbook of aging and the family*, Greenwood Press, Westport, London, 59-92
- Connidis I. A., 2001, *Family ties and aging*, Sage, Thousand Oaks, 322 s.
- Czekanowski P., 2002, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, [w:] Synak B. (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk, 140-172
- Frąckiewicz L., 2004, *Ludzie starzy a problem samotności*, [w:] Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź, 259-266
- Gaunt D., 1997, *Urban clannishness and the nuclear kin: Trends in Swedish family life*, [w:] Gullestad M., Segalen M. (eds.), *Family and kinship in Europe*, Pinter, London, Washington,
- Gavrilov L. A., Gavrilova N. S., 1991, *The biology of life span. A quantitative approach*, Harwood Academic Publishers, Chur, 369 s.
- Giarusso R., Stallings M., Bengtson V. L., 1995, *The "intergenerational stake" hypothesis revisited: Parent-child differences in perceptions of relationships 20 years later*, [w:] Bengtson V. L., Schaie K. W., Burton L. M. (eds.), *Adult intergenerational relations. Effects of societal change*, Springer, New York, 227-263
- Goryński P., Wojtyniak B., Chańska M., 2003, *Stan zdrowia na podstawie danych o hospitalizacji*, [w:] Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Zakład Statystyki Medycznej PZH, Warszawa, 56-70
- Greenglass E., 2004, *Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem*, [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, WN PWN, Warszawa, 138-151
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2003, *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030*, wersja dostępna 23.12.2004 na stronie internetowej GUS www.stat.gov.pl

- GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2004, Trwanie życia w 2003 r., ZWS, Warszawa, 56 s.
- GUS, 1999, *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju regionalnym w 1996 r.*, ZWS, Warszawa, 373 s.
- Hareven T. K., Adams K. J., 1996, *The generation in the middle: Cohort comparison in assistance to aging parents in an American community*, [w:] Hareven T. K. (ed.), *Aging and generational relations. Life-course and cross-cultural perspectives*, Aldine de Gruyter, New York, 3-29
- Harper S., 2004, *The challenge for families of demographic ageing*, [w:] Harper S. (ed.), *Families in ageing societies. A multi-disciplinary approach*, Oxford University Press, Oxford, New York, 6-30
- Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E., 2001, *Hospitalizacje starszych mieszkańców Łodzi. Częstość, przyczyny, możliwości zapobiegania*, IPT, Łódź, 104 s.
- Keith J., 1994, *Old age and age integration: An anthropological perspective*, [w:] Riley M. W., Kahn R. L., Foner A. (eds.), *Age and structural lag. Society's failure to provide meaningful opportunities in work, family, and leisure*, Wiley & Sons, New York, 197-216
- Knoll N., Schwarzer R., 2004, *Prawdziwych przyjaciół ... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć*, [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, WN PWN, Warszawa, 29-48
- Kucharska-Stasiak E., 1999, *Zasoby mieszkaniowe. Diagnoza stanu technicznego i perspektywy*, [w:] Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), *Perspektywy demograficzne Łodzi i województwa łódzkiego*, ZD UŁ, Łódź, 31-38
- Linden M., Horgas A. L., Gilberg R., Steinhagen-Thiessen E., 1999, *The utilization of medical and nursing care in old age*, [w:] Baltes P. B., Mayer K. U. (eds.), *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, Cambridge, 430-449
- Marshall V. W., Matthew S. H., Rosenthal C. J., 1993, *Elusiveness of family life: a challenge for sociology of aging*, "Annual Review of Gerontology and Geriatrics", vol. 13, numer specjalny "Focus on kinship, aging, and social change" pod redakcją G. L. Maddoxa, M. P. Lawtona, 39-72
- Mianowany M. E., Drygas W. K., 2004, *Ocena zależności między wybranymi cechami społeczno-demograficznymi a samooceną stanu zdrowia starszych mieszkańców Łodzi*, [w:] Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź, 151-163
- Obraniak W., 1997, *Procesy ludnościowe w Łodzi*, [w:] Kowaleski J. T. (red.), *Procesy demograficzne w Makroregionie Środkowym*, Wyd. Absolwent, Łódź, 55-112
- Obraniak W., 1998, *Struktura demospołeczna ludzi starych w Łodzi*, [w:] Indulski J. A., Kowaleski J. T. (red.), *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce (aspekt medyczny i społeczno-demograficzny)*, OW IMP, Łódź, 31-42
- Obraniak W., 2004, *Zmiany w strukturze demograficznej i społeczno-ekonomicznej ludności Łodzi w latach 1989-2002*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź, 40 s.
- Pędich W., 1998, *Uwagi dotyczące specyfiki badań populacji ludzi starszych*, „Gerontologia Polska”, t. 6, nr 2, s. 3-5
- Pennec S., 1996, *Le place des familles a quatre generations en France*, "Population", vol. 51, nr 1, 31-60
- Podogrodzka M., 1992, *Zróżnicowanie umieralności według stanu cywilnego*, „Studia Demograficzne”, nr 3 (109), 45-61
- Riley M. W., Riley J. W. Jr., 1986, *Longevity and social structure: the potential of added years*, [w:] Pifer A., Bronte L. (eds.), *Our aging society. Paradox and promise*, Norton & Co., New York, London, 53-77

- Roschelle A.R., 1997, *No more kin. Exploring race, class, and gender in family networks*, Sage, Thousand Oaks, 233 s.
- Rossi A. S., 1993, *Intergenerational relations: Genders, norms, and behaviors*, [w:] Bengtson V. L., Achenbaum W. A. (eds.), *The changing contract across generations*, Aldine de Gruyter, New York, 191-211
- Roszkowska H., Goryński P., 2001, *Hospitalizacja starszych mieszkańców miast i wsi w Polsce w latach 1979-1996*, „Gerontologia Polska”, vol. 9, nr 2, 21-27
- Roszkowska H., Goryński P., Seroka W., 2000, *Hospitalizacja osób starszych w Polsce w latach 1979-1996*, „Gerontologia Polska”, t. 8, nr 1, 39-45
- Skrętowicz B., Gorczyca R., 2004, *Niepelnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP'2002*, [w:] Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź, 87-97
- Steinhagen-Thiessen E., Borchelt M., 1999, *Morbidity, medication, and functional limitation in very old age*, [w:] Baltes P. B., Mayer K. U. (eds.), *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, Cambridge, 131-166
- Synak B. (red.), 2002, *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk, 346 s.
- Szukalski P., 2002, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź, s. 234
- Szukalski P., 2003, *Gospodarowanie czasem przez seniorów w Polsce i wybranych krajach*, [w:] Klich-Rączka A., Kocemba J., Rączka W. (red.), *Sytuacja osób starszych w Polsce w przeddzień wejścia do Unii Europejskiej*, MC UJ, Kraków, 18-29
- Szukalski P., 2004, *Osoby sędziwe w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, „Prace Instytutu Ekonometrii i Statystyki UŁ”, seria A, nr 142, 33 s.
- Szukalski P., 2004a, *Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce jako problem demograficzny*, [w:] *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*, Materiały konferencyjne, PTG, Oddział Mazowiecki, Warszawa, 175-183
- Uhlenberg P., 1996, *Mortality decline in the twentieth century and supply of kin over the life course*, “The Gerontologist”, vol. 36, nr 5, 681-685
- Vallin J., Caselli G., Surault P., 2002, *Comportements, styles de vie et facteurs socioculturels de la mortalité*, [w:] Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (dir.), *Demographie: analyse et synthèse. Vol. III, Les déterminants de la mortalité*, INED, Paris, 255-305
- Wagner M., Schuetze Y., Lang F. R., 1999, *Social relationships in old age*, [w:] Baltes P. B., Mayer K. U. (eds.), *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, Cambridge, 282-301
- Woźniak Z., 1997, *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*, UMP, Poznań, 139 s.