

LUDZIE STARZY A PROBLEM SAMOTNOŚCI

Samotność jest zapewne jedną z najbardziej bolesnych dolegliwości starości. Nie dziwi zatem fakt, że zagadnieniu temu poświęcono bardzo wiele uwagi w badaniach krajowych i zagranicznych. Nie sposób wymienić tu ogromu publikacji poświęconych temu zagadnieniu, tym bardziej, że jest to problem interdyscyplinarny i stał się przedmiotem dociekań polityków społecznych, psychologów, pedagogów, socjologów, lekarzy, a nade wszystko gerontologów społecznych. Począwszy od pionierskich badań J. Piotrowskiego [1973] opublikowanych przed 30 laty postępujący proces starzenia się społeczeństwa stał się inspiracją coraz szerszych badań nad sytuacją życiową osób starszych. Podsumowaniem stanu badań w Polsce nad ludźmi starszymi lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych była niewątpliwie wydana w roku 1986 *Encyklopedia Seniora*, której autorami byli znakomici przedstawiciele wielu dyscyplin naukowych. Sprawą dość zaskakującą jest fakt, że przeważająca część zawartych w niej stwierdzeń nie uległa dezaktualizacji. Najnowsze liczne badania¹ generalnie potwierdzają dyskryminacyjną funkcję procesu starzenia, ukazują jednak jej zaostrzenie i pogłębienie. Wpływają na to zapewne procesy demograficzne powodujące ilościowy przyrost osób starszych na skutek obniżającej się umieralności i coraz bardziej widoczny kryzys polskiej rodziny, w której trudniej o miejsce dla człowieka starego. Generalnie więc przypuszczać można, że w tej sytuacji relacje osób starszych z młodszą częścią społeczeństwa uległy pewnym niekorzystnym zaostrzeniom. Nie zmieniają tych relacji korzystne dla młodszych generacji „przepływy międzypokoleniowe”, o których z dużym znawstwem problemu pisze P. Szukalski [2002]. Postępująca ekonomizacja i materializacja życia społecznego nie pozostaje jednak bez znaczenia. Bardziej stabilna i korzystniejsza sytuacja materialna emerytów i rencistów w przeciwieństwie do szerzącego się ubóstwa znacznej części osób bezrobotnych, pozbawionych często warunków zapewniających minimum egzystencji, wpływa na konflikt pokoleń. Zachodzą przy tym znaczące różnice międzygeneracyjne w poziomie wykształcenia ludności kraju, a także odmienna hierarchia wartości. Mniej lub bardziej drastyczne stwierdzenia ekonomistów wielu krajów ukazujących ogromne kwoty wydatkowane, związane z coraz kosztowniejszym systemem emerytalnym, ubezpieczeniem zdrowotnym i opieką kształtują generalnie w społeczeństwie nieprzychylną postawę wobec narastającego procesu starzenia się ludności.

¹ Są to badania, których autorami są: B. Bień, P. Błędowski, M. i J. Haliccy, S. Kostrubiec, A. Kurzynowski, W. Pędich, B. Synak, B. Szatur-Jaworska, P. Szukalski, E. Trafiałek, H. Worach-Kardas i inni.

Nie bez znaczenia pozostaje także bezrobocie, które generuje przedwczesnych emerytów, często już przez wiele lat izolowanych od środowiska pracy, nie zawsze społecznie akceptowanych. Brak akceptacji społecznej osób starszych nie jest we współczesnym świecie ani nowy, nie dotyczy też tylko Polski. W państwach, które szybciej od Polski stały się widownią procesu starzenia się ludności, różnego rodzaju działania na rzecz szeroko traktowanej gerontologii społecznej i walki z agismem podejmowano już w latach trzydziestych (*California Institut of Social Welfare*, *Old Age Revoluting Pensions* i inne). W późniejszych powojennych okresach nie można pominąć działań takich organizacji, jak ruch Szarych Panter, które miały za zadanie przekonywanie społeczeństwa o potrzebie kształtowania przyjaznych postaw wobec ludzi starych i przeciwdziałanie ich dyskryminacji [Halicki, 1997].

Przeprowadzony w roku 2004 dla celów tego opracowania sondaż wśród 150 studentów Akademii Ekonomicznej w Katowicach, a zatem osób pochodzących z regionu na ogół zwyczajowo akceptującego rodziny wielopokoleniowe, ukazał na ogół mało przychylną ocenę osób starszych. Przeważały opinie, że są to osoby niedołężne, chorowite, zmęczone, podkreślano jednak doświadczenie życiowe, konserwatyzm, prawdomówność, uczciwość, powszechnie zwracano przy tym uwagę na ich samotność. Co ciekawsze, nawet w odniesieniu do swoich dziadków rzadkie były stwierdzenia, że są ciepłi, serdeczni, wyrozumiali, raczej podkreślano ich złą kondycję fizyczną i psychiczną, gorzkość samotności.

Inną sprawą było to, że studenci mieli także obowiązek określenie wieku, od którego zaczyna się starość i w przeważającej części jako tę granicę wyznaczyli 70 lat. Tym można zapewne tłumaczyć tak niekorzystny zestaw cech przypisywany osobom starszym. Generalnie z przeprowadzonego sondażu ani osoby starsze we własnej rodzinie, ani generalnie osoby starsze nie cieszyły się akceptacją.

Trudno na podstawie tego sondażu wyciągnąć szersze wnioski, zwłaszcza gdy uwzględni się fakt szczególnie niekorzystnych warunków środowiskowych Śląska i równocześnie stosunkowo dobrych świadczeń emerytalno-rentowych byłych pracowników kopalń, hut, budownictwa. Są one jednak sygnałem pewnej dezintegracji międzypokoleniowej.

Wśród przyczyn tego zjawiska nie można pominąć dużych międzygeneracyjnych różnicowań w poziomie wykształcenia. Są one także widoczne w ujęciu przestrzennym (województw), a także według miejsca zamieszkania miastowieś, przy czym w odniesieniu do ludności miast istnieją różnicowania sytuacji miast dużych, średnich i małych. Można przypuszczać, że osoby starsze o wyższym poziomie wykształcenia lepiej sobie radzą z samotnością, mając szersze możliwości zagospodarowania czasu wolnego i kontaktów towarzyskich, aniżeli osoby o niższym poziomie wykształcenia. Wystarczy wspomnieć o rozmieszczeniu w dużych miastach Uniwersytetów III wieku, które z reguły powstawały na bazie ośrodków szkolnictwa wyższego, stanowiąc znakomitą egzemplifikację edukacji przez całe życie. Niestety, jest to jednak przedsięwzięcie elitarne, obejmujące bardzo znikomą część starszej społeczności, a upowszechnienie tych form edukacyjnych napotyka na szereg trudnych do pokonania barier.

Omawiając problem samotności osób starszych warto przytoczyć tu jego związek z postawami wobec starości, a zatem zgodnie z koncepcją A. Kotlarskiej–

Michalskiej [1999] są to postawy: 1) konstruktywna, 2) zależności, 3) obronna, 4) wrogości do otoczenia, 5) wrogości do siebie.

Wykształcenie tych postaw jest niewątpliwie związane z cechami osobniczymi i warunkami zewnętrznymi. Są one przy tym najczęściej uzależnione od sytuacji rodzinnej, zdrowotnej, materialnej. Niemały wpływ ma tu bilans życiowych dokonań [Susułowska, 1989], czy to w odniesieniu do rodziny, czy pracy zawodowej, czy wreszcie własnego rozwoju intelektualnego. Bilans ten – rzecz oczywista – inaczej kształtować się będzie w zależności od poziomu wykształcenia i wieku osób starszych, rzutować przy tym będzie na styl życia, a tym samym formy zagospodarowania czasu wolnego, który zapobiegać będzie odczuciom samotności i osamotnienia. Dla ustalenia istniejących w tym względzie różnicowań wykorzystano szerokie reprezentacyjne badania Instytut Rynku Wewnętrznego i Konsumpcji [Kusińska, 2002], które miały wprawdzie na celu badania możliwości konsumenckich ludzi starych, lecz równocześnie ukazują preferencje interesującej nas grupy ludności w odniesieniu do marzeń i możliwości zaspokajania swych potrzeb oraz określenia hierarchii uznawanych wartości. Okazuje się, że najwyższe wartości przypisują osoby starsze:

- zdrowiu (93,6%),
- miłości, szczęściu rodzinnemu, dobrym stosunkom rodzinnym (81,1%),
- godnemu życiu zgodnie z przekonaniami światopoglądowymi (66,7%),
- niezależności, samodzielności życiowej (64,9%),
- życiu w wolnym kraju, szanowaniu praw człowieka (62,7%),
- zabezpieczeniu materialnemu na przyszłość (55,4%),
- zapewnieniu dzieciom jak najlepszego wykształcenia (54,7%),
- pomocy materialnej dzieciom (46,0%),
- osiągnięciu wysokich dochodów (37,0%),
- wygodnemu urządzeniu mieszkania (29,2%),
- prestiżu w środowisku (17,0%),
- zwiedzaniu świata, poznawaniu nowych miejsc i ludzi (16,7%),
- realizacji zainteresowań, uprawianiu hobby (16,4%),
- wyposażeniu domu i siebie w luksusowe przedmioty na poziomie światowym (9,2%),
- podnoszeniu posiadanych kwalifikacji (13,6%),
- karierze zawodowej (10,9%),
- zdobyciu władzy, pełnieniu funkcji politycznych (3,2%).

Przeprowadzone przez IRWiK badanie pozwoliło na uwzględnienie różnicowań według płci, wieku, poziomu wykształcenia, a także miejsca zamieszkania. Gdy na skali ocen przyjęto 1 jako wartość mało istotną, 10 jako wartość o decydującym znaczeniu dobre zdrowie oceniono na 9,76 punktów, przy czym nie ma istotnych różnic według cech demograficznych. Podobnie też kształtują się oceny innych wartości (tab. 1). Zauważa się natomiast znaczące różnicowania w ocenach według miejsca zamieszkania.

Sprawą zastanawiającą jest, że ani wiek ani poziom wykształcenia nie są cechami różnicującymi w sposób bardziej istotny marzeń osób starszych, ani też dziedziny aktywności, do których autorzy opracowania zaliczyli aktywność zawodową, fizyczną, towarzyską i kulturalną. Jedynie osoby z wykształceniem wyższym odbiegają bardziej od pozostałych grup badanej ludności. Być może, uwzględnienie związku wysokości dochodów z formami aktywności przyniosłoby wielkości zróżnicowane i skorelowane z poziomem wykształcenia. Nie można bowiem wykluczyć, że głównymi czynnikami aktywności jest wyższy poziom zasobności osób z wyższym wykształceniem i tym samym możliwość wyższej aktywności towarzyskiej i kulturalnej. Aktywność osób starszych pozostaje przy tym zapewne w pewnym związku z formami zamieszkania. Około 25% kobiet i 16,5% mężczyzn powyżej 60. roku życia zamieszkuje samotnie. Różnice w samotnym zamieszkiwaniu są ściśle związane z wiekiem. W grupie 60–64-letnich osób samotnie zamieszkuje 14,4%, wśród osób powyżej 80 lat 35,5%. Z współmałżonkiem mieszka 38,0% 60–64-letnich osób, wśród osób ponad 80-letnich 21,5%. Nie wymaga komentarzy fakt, że stosunkowo wysoki udział osób zamieszkujących samotnie wpływać może na ograniczanie aktywności. Ludzie starsi czują się bowiem często zagrożeni poszerzającymi się zjawiskami patologicznymi, które manifestują się kradzieżami,

Tab. 1 Średnie oceny znaczenia przypisywane przez ludzi starszych różnym wartościom

Rodzaje wartości	Ogółem	Płeć		Wiek w latach				
		kobiety	mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80 +
Dobre zdrowie	9,76	9,81	9,69	9,80	9,69	6,68	9,85	9,83
Miłość, szczęście rodzinne, dobre stosunki ze współmałżonkiem i dziećmi	9,17	2,23	9,07	9,22	9,06	9,10	9,30	9,23
Godne życie zgodnie z przekonaniami światopoglądowymi	8,52	8,78	8,11	8,25	8,37	8,79	8,86	8,48
Niezależność, samodzielność życiowa	8,52	8,46	8,61	8,63	8,39	8,46	8,70	8,39
Życie w wolnym kraju, szanowanie praw człowieka	8,27	8,29	8,23	8,22	8,25	8,40	8,44	7,94
Zabezpieczenie materialne na przyszłość	7,95	7,98	7,92	8,32	7,79	7,82	8,10	7,54
Zapewnienie dzieciom jak najlepszego wykształcenia	7,59	7,64	7,52	8,09	7,43	7,57	7,66	6,77
Pomoc materialna dzieciom	7,27	7,39	7,10	7,66	7,39	7,38	7,02	6,26
Osiągnięcie wysokich dochodów	7,07	6,98	7,21	7,52	7,28	6,78	7,11	6,15
Wygodne urządzenie mieszkania	6,63	6,74	6,48	6,85	6,89	6,49	6,66	5,85
Prestizż w środowisku	4,74	4,59	4,97	4,89	4,84	4,59	4,91	4,27
Zwiedzanie świata, poznawanie nowych miejsc i ludzi	4,73	4,77	6,48	5,10	4,66	4,63	4,82	4,12
Realizacja zainteresowań, uprawianie hobby	4,72	4,44	5,16	5,12	4,79	4,62	4,25	4,43
Wyposażenie domu i siebie w luksusowe przedmioty na poziomie światowym	4,33	4,38	4,25	4,67	4,63	4,26	4,12	3,34
Podnoszenie posiadanych kwalifikacji	4,32	4,18	4,55	4,83	4,24	4,30	4,13	3,64
Kariera zawodowa	4,30	4,15	4,54	4,91	4,54	4,04	3,80	3,58
Zdobycie władzy, pełnienie funkcji politycznych	2,35	2,21	2,57	2,62	2,36	2,24	2,51	1,75

Tab. 1 c.d.

Rodzaje wartości	Ogółem	Wykształcenie				Miejsce zamieszkania				
		podstawowe	zasadnicze	policealne	wyższe	wieś	miasta o ludności w tys.			
							do 20	21–100	101–500	pow. 500
Dobre zdrowie	9,76	9,77	9,78	9,76	9,58	9,76	6,65	9,85	9,84	9,61
Miłość, szczęście rodzinne, dobre stosunki ze współmałżonkiem i dziećmi	9,17	9,02	9,61	9,39	9,26	8,95	8,77	9,42	9,18	9,64
Godne życie zgodnie z przekonaniami światopoglądowymi	8,52	8,50	8,73	8,54	8,27	8,46	8,10	8,65	8,64	8,61
Niezależność, samodzielność życiowa	8,52	8,31	8,86	8,88	9,04	8,18	8,25	9,01	8,69	8,78
Życie w wolnym kraju, szanowanie praw człowieka	8,27	8,00	8,82	8,64	9,04	7,85	7,87	8,62	8,34	9,08
Zabezpieczenie materialne na przyszłość	7,95	7,83	8,59	7,95	8,25	7,82	7,72	8,09	7,96	8,28
Zapewnienie dzieciom wykształcenia	7,59	7,18	8,33	8,16	9,04	6,98	7,16	8,11	7,65	8,84
Pomoc materialna dzieciom	7,27	7,06	7,82	7,39	8,39	6,83	6,74	7,66	7,21	8,37
Osiągnięcie wysokich dochodów	7,07	6,90	7,92	7,22	7,09	6,91	7,13	7,04	7,43	6,99
Wygodne urządzenie mieszkania	6,63	6,38	7,30	6,99	7,12	6,34	5,72	6,73	7,02	7,24
Prestiż w środowisku	4,74	4,37	5,59	5,07	6,33	4,31	4,75	5,14	4,98	5,11
Zwiedzanie świata, poznawanie nowych miejsc i ludzi	4,73	4,16	5,11	5,66	7,35	3,83	5,04	4,64	5,13	6,47
Realizacja zainteresowań, uprawianie hobby	4,72	4,13	5,29	5,66	7,19	3,86	4,63	5,04	5,15	6,11
Wyposażenie domu i siebie w luksusowe przedmioty na poziomie światowym,	4,33	4,15	4,97	4,35	5,16	3,99	4,01	4,01	4,76	5,11
Podnoszenie posiadanych kwalifikacji	4,32	3,82	4,78	4,91	7,33	3,63	4,69	4,18	4,53	5,82
Kariera zawodowa	4,30	3,86	5,12	4,80	6,23	3,72	4,86	3,97	4,71	5,33
Zdobycie władzy, pełnienie funkcji politycznych	2,35	2,25	2,87	2,31	2,74	2,19	2,64	2,28	2,54	2,44

Źródło: *Warunki życia ludzi starszych i ich zachowania na rynku*, Praca zbiorowa po red. A. Kusińskiej, Instytut Rynku Wewnętrznego i Konsumpcji, Warszawa 2002, s. 108–109

wybrykami chuligańskimi, a także istniejącymi barierami urbanistycznymi, architektonicznymi i komunikacyjnymi Często nawet samodzielne opuszczenie mieszkania przez starsze osoby niepełnosprawne staje się trudne do pokonania. Warto podkreślić, że 25% osób w wieku 60–64 lat i aż 39,5% osób w wieku 80 i więcej lat zamieszkuje w domach wybudowanych przed rokiem 1946, a zatem w warunkach mało komfortowych, o niskim standardzie, bez wind, barier.

Sprawą interesującą jest ogólna ocena warunków życiowych ludności starszej, która niewątpliwie pozostaje w ścisłym związku z dokonywanymi bilansami życiowymi. *Diagnoza społeczna 2003* [Czapiński, Panek, 2004] przeprowadzona na reprezentacyjnej grupie ludności przynosi ocenę raczej pozytywną. 14,6% osób powyżej 65. roku życia jest z siebie bardzo zadowolonych, 67,0% dosyć zadowolonych. Odpowiednie dane dla całej badanej populacji wynoszą 11,0% i 67,0%. Tym samym wśród osób starszych z siebie niezadowolonych jest 17,4%,

w całej populacji 21,7%. Badani emeryci w jeszcze bardziej optymistyczny sposób oceniali stopień zadowolenia, bowiem zadowolonych z siebie było 83,5% badanych. Wpływa na to fakt stabilnej sytuacji finansowej, która nie jest niestety udziałem wszystkich osób powyżej 65. roku życia.

Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań M. Halickiej i W. Pędicha [2002] prowadzone w latach 1999–2001 na próbie ogólnopolskiej, według których zadowolonych z obecnego życia było 84,2% osób starszych. Istniały stosunkowo niewielkie różnice według miejsca zamieszkania, tak więc w dużych miastach odsetek zadowolonych wynosi 86,5%, w małych miastach 83,9%, na wsiach 83,0%. Na odczucie zadowolenia z życia duży wpływ miała płeć i poziom wykształcenia. Udział mężczyzn pozytywnie oceniających swoje życie z wykształceniem wyższym wynosił 92,6%, z wykształceniem podstawowym 84,8%. Odpowiednie dane dla kobiet wynosiły 87,5% i 81,3%.

Nie wymaga komentarzy fakt, że stopień zadowolenia z życia pokrywał się z oceną stopnia zadowolenia z osiągniętych dokonań, tym też należy tłumaczyć dużą różnicę między osobami według kryteriów posiadanego wykształcenia. W badaniu satysfakcji z życia dużą rolę odgrywał – w świetle badań M. Halickiej i W. Pędicha [2002] – stan zdrowia respondentów. 97,8% osób o dobrym stanie zdrowia oceniało swoje życie pozytywnie i bardzo pozytywnie, odsetek ten malał do 75,6% wśród osób o złym samopoczuciu zdrowotnym. Niezwykle ważne dla dokonanych bilansów życia stają się stosunki rodzinne i stan cywilny osób starszych. Manifestuje się on poczuciem osamotnienia. Jest on z reguły wyższy wśród kobiet niż mężczyzn, wzrasta z wiekiem. Jest także wśród osób nie żonatych i nie zamężnych znacznie wyższy niż wśród osób żyjących w małżeństwie.

Inaczej przedstawia się sytuacja, gdy respondenci mieli ocenić dokonujące się przemiany po roku 1989. Aż 70,8% osób po 65. roku życia określiło je jako niekorzystne wobec 68,0% całej populacji.

W przeprowadzonych badaniach bardzo wyraźnie ujawniły się zróżnicowania w religijności ludności w zależności od wieku. 52,8% osób w wieku powyżej 65. roku życia w trudnych sytuacjach życiowych modli się do Boga, 77,7% uczestniczy w nabożeństwach. Odpowiednie dane dla ogółu ludności kształtują się na poziomie 32,3% i 70,3% [Czapiński, Panek, 2004]. Autorzy *Diagnozy* ukazali również ścisły związek zachodzący między praktykującymi i niepraktykującymi w ocenie życia, a także woli życia. Być może, właśnie ta zależność tłumaczy ogólną ocenę pozytywną wśród osób starszych. Są one bowiem w znacznym stopniu osobami wierzącymi, praktykującymi, rekompensującymi odczucie samotności praktykami religijnymi. Praktyki te są także okazją do spotkań z krewnymi i znajomymi, chwilami, w których zapominano o swojej samotności.

Problem osamotnienia to oczywiście nie tylko kwestia samopoczucia, lecz również niezwykle istotny problem organizacji życia. Wysoki udział osób niepełnosprawnych, wzrastający w miarę wieku, wymaga najróżniejszych form pomocowych, świadczonych bądź we własnym gospodarstwie domowym, bądź w formie zakładowej.

Posługując się informacjami z badania GUS z roku 1996 stanu zdrowia ludności wypada stwierdzić, że pomoc osobom niepełnosprawnym niezależnie od ich wieku

nie jest dostateczna. Im osoby starsze, tym większe są oczekiwania, których realizacja odległa jest od potrzeb. Dość zastanawiający jest przy tym fakt, że w katalogu zadań pomocy społecznej nie ujęta jest „starość” jako kategoria wymagająca świadczeń. Dominacja zadań pomocy społecznej w odniesieniu do ubóstwa, bezrobocia i innych zagrożeń odsuwa problematykę osób starszych, które w wielu przypadkach tej pomocy potrzebują.

Samotne zamieszkiwanie to często nie tylko samotność w sensie psychicznym, lecz również niemożność wykonania niezbędnych zakupów, przygotowania posiłków, ogrzania mieszkania. To także często brak pomocy lekarskiej, samotna śmierć odkrywana po kilku dniach przez współmieszkańców lub administrację domu. Te drastyczne, lecz niestety nieodosobnione przypadki wymagają konkretnych działań i nowych form organizacyjnych. Znakomitych wzorów w tym zakresie dostarczyć mogą takie kraje, jak Francja i Włochy [Frąckiewicz–Wronka, 2002], w których system pomocy osobom starszym ma znakomite formy organizacyjne, a ich realizację powierza się profesjonalnie przygotowanym pracownikom socjalnym i wolontariuszom [Frąckiewicz, 2002]. Dysponujemy również bardzo interesującą koncepcją rozwiązania tych problemów dla warunków polskich autorstwa P. Błędowskiego [2002]. Wyodrębniony przez Autora obszar działania z określonym ich zakresem realizowanym w domach seniora oraz usługi świadczone w placówkach i instytucjach uznać należy za rozwiązanie modelowe. Wymaga ono niewątpliwie pewnych nakładów finansowych oraz przygotowania odpowiednich kadr, tym niemniej z punktu widzenia ekonomicznego jest rozwiązaniem oszczędnym. Wysokie koszty pobytu w zakładach zamkniętych (domy pomocy), a przede wszystkim w szpitalach – przy obecnym kryzysie całej polskiej ochrony zdrowia – przemawiają za realizacją proponowanego przez P. Błędowskiego modelu. Jest on przy tym zbieżny ze wskazaniami geriatrów, którzy podkreślają negatywne konsekwencje przenoszenia osób starszych z ich dotychczasowego środowiska. Postulują oni jednak konieczność zagwarantowania pełnej opieki lekarskiej w warunkach domowych (hospitalizacja domowa).

Interesującą w tym zakresie koncepcję opracowała także B. Żakowska–Wachelko [2002], jedna z twórców polskiej geriatry, która postuluje, aby w zależności od potrzeb lokalnych i możliwości samorządu miejskiego, gminnego, dzielnicowego i osiedlowego podjąć działania nakierowane na realizację programu obejmujące następujące funkcje:

- 1) *Ewidencja potrzeb (dla dzielnicy, osiedla, lub gminy).*
- 2) *Klub seniora z szerokim programem zajęć (także pracy społecznej dla zainteresowanych), zapewniający integrację środowiska starszych osób i możliwość stworzenia lobby emerytów.*
- 3) *Szpital dzienny dla osób przewlekle chorych i niesprawnych, wymagających pielęgnacji, kontroli podstawowych badań, albo konsultacji specjalistów. Zapewnienie warunków przedłużonego leczenia i rehabilitacji, z całodziennym pobytem w ośrodku.*
- 4) *Konsultacje specjalistów: lekarzy, psychologa, dietetyczki, prawnika, oraz porady przedstawicieli administracji budynków mieszkalnych i policji w określonych wcześniej terminach.*

- 5) *Integracja rodzin chorych osób, wypożyczanie sprzętu, oraz wymiana doświadczeń i porady.*
- 6) *Praktyczne zajęcia, szkolenie, konferencje dla środowisk zainteresowanych.*
Niekwestionowane zalety przedstawionego projektu:
 - 1) *Niższy koszt utrzymania ośrodka niż koszt instytucjonalnego, stałego leczenia lub pielęgnacji (chorzy wieczorem odwożeni są do domów, rano przywożeni do ośrodka).*
 - 2) *Pozostawanie w środowisku osób, które w ciągu dnia wymagają pielęgnacji, badań, zabiegów leczniczych, a są ich pozbawione z powodu np. nieobecności pracujących lub uczących się (mieszkających razem) opiekunów.*
 - 3) *Zapewnienie samotnym i sprawnym osobom pracy, kontaktów towarzyskich, rekreacji ruchowej, poczucia bezpieczeństwa.*
 - 4) *Wszechstronność świadczeń.*

Wydaje się, że obie propozycje opracowane przez polityka społecznego prof. P. Błędowskiego i dr n. med. B. Żakowską-Wachelko są godne uwagi. Zmierzają bowiem do zapobiegania samotności i osamotnieniu najstarszej generacji.

Literatura:

1. Błędowski P., 2002, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa
2. Czapiński J., Panek T., (red.) 2004, *Diagnoza społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa
3. Czekanowski P., 2002, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, [w:] Synak B. (red.), *Polska starość*, Gdańsk
4. Frąckiewicz L., 2002, *Monitoring i kształcenie gerontologiczne*, [w:] Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, Katowice
5. Frąckiewicz L., 2002, *O potrzebie samorządowej polityki społecznej i jej uwarunkowaniach*, [w:] Frąckiewicz-Wronka A. (red.), *Samorządowa polityka społeczna*, Warszawa
6. Halicka M., Pędich W., 2002, *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, [w:] Synak B. (red.), *Polska starość*, Gdańsk, 220
7. Halicki J., 1997, *Ageizm i ruch Szarych Panter*, „Gerontologia Społeczna“, nr 3, 41–44
8. Kotlarska-Michalska A., 1999, *Samopoczucie społeczne osób w starszym wieku*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny“, nr 1
9. Kusińska A. (red.), 2002, *Warunki życia ludzi starszych i ich zachowania na rynku*, Instytut Rynku Wewnętrznego i Konsumpcji, Warszawa
10. Piotrowski J., 1973, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa
11. Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa
12. Szukalski P., 2002, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Łódź
13. Żakowska-Wachelko B., 2002, *Zadania i perspektywy gerontologii*, [w:] Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Wyd. Śląsk, Katowice